

- ке медико-социальной экспертизы / Д.И.Лаврова, С.Н.Пузин, О.С.Андреева и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – №2. – С.32-43.
10. Лаврова, Д.И. Принципы осуществления реабилитационно-экспертной диагностики в учреждениях медико-социальной экспертизы / Д.И.Лаврова, О.С.Андреева, М.М.Косичкин и др. // Экспертиза и реабилитация. – 2006. – №3. – С.3-5.
 11. Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса (Гигиеническая классификация условий труда). Санитарные правила и нормы СанПиН №11-6-2002 РБ / Мин-во здравоохранения. Республиканские сан.-гиг. и сан.-противоэпидемические правила и нормы. – Минск, 2002. – 107 с.
 12. Шабалина, Н.Б. Основные принципы клинико-психологического обследования больных для целей медико-социальной экспертизы / Н.Б.Шабалина, А.Г.Герсамя // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – №2. – С.48-51.
 13. Гиткина, Л.С. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. рекомендации / Л.С.Гиткина, Э.И.Зборовский, В.В.Колбанов и др. – Минск, 1995. – 20 с.
 14. Международная номенклатура нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности. – М., 1994. – 126 с.
 15. Смычек В.Б. и соавт. Руководство по оценке ограниченной жизнедеятельности при определении инвалидности. – Минск, 2003. – 96 с.
 16. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б.Смычек, Г.Я.Хулуп, В.К.Милькаманович. – Минск.: Юнипак, 2005. – 420 с.

Поступила 08.10.2007 г.

АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОЙ УБЫЛИ НАСЕЛЕНИЯ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

С.В.Нечай, Н.Н.Ваймачева

Могилевский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, г. Могилев

Демографическая ситуация в Могилевской области характеризуется депопуляцией: превышением числа умерших над числом родившихся. Ведущие причины смертности населения - болезни системы кровообращения, новообразования и травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних факторов. Как результат принимаемых мер, в последние годы отмечены относительная стабилизация показателей общей смертности населения области, снижение уровней младенческой смертности. Результаты изучения динамики показателей естественной убыли населения свидетельствуют о важности профилактических, медико-организационных, социальных мероприятий, направленных на увеличение продолжительности активной жизни людей и предупреждение потерь трудовых ресурсов общества.

Численность населения Могилевской области ежегодно сокращается на 9–11 тысяч человек. Уровень смертности – наиболее чувствительный индикатор качества жизни. Показатели смертности находятся в прямой зависимости от возрастной структуры населения. В 2004–2006 гг. в Могилевской области ежегодно отмечалось уменьшение удельного веса детей в возрасте 0–14 лет (2004 г. – 16,6%; 2005 г. – 15,9; 2006 г. – 15,3%). Согласно классификации ООН, старым считается население, в котором доля пожилых людей (65 лет и старше) составляет 7% и более. В 2006 г. удельный вес данной возрастной группы составил 15% общей численности населения области [1].

Естественные демографические потери в Могилевской области начались с 1992 г., когда впервые число умерших превысило число родившихся. Среднегодовой темп прироста (Тпр.) общей смертности за последние 12 лет по области +1,2%. Расчетные прогнозные значения показателя смертности

(на основе среднегодового темпа прироста) могут составить на 2007 год 15,72 на 1000 населения; на 2008 год – 15,74 на 1000 [2].

На протяжении ряда лет уровни смертности населения Могилевской области превышают среднереспубликанские (рис. 1).

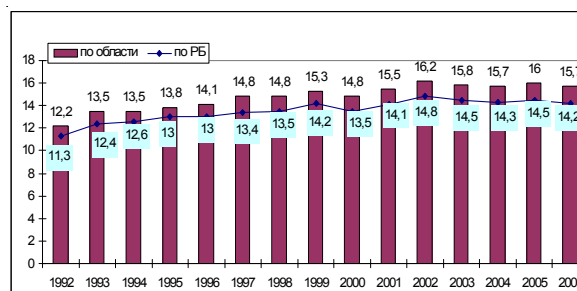


Рис. 1. Смертность населения Могилевской области в сравнении с данными по Республике Беларусь (1992–2006 гг., на 1000 населения)

Вместе с тем, в 2004–2006 гг. уровень смертности относительно стабилизировался (2004 г. – 15,7; 2005 г. – 16,0; 2006 г. – 15,7 на 1000).

Структура смертности всего населения области в 2002–2006 гг. оставалась практически неизменной (рис. 2, 3). Более половины всех умерших по региону составляли умершие от сердечно-сосудистых заболеваний (2002 г. – 57%; 2006 г. – 56,8%). К ведущим причинам смертности относились также новообразования (2002 г. – 12,5%; 2006 г. – 12,4%), травмы, отравления и несчастные случаи (2002 г. – 11,6%; 2006 г. – 11,2%).

Если рассматривать структуру смертности в динамике за 12 лет, то следует отметить рост удельного веса болезней системы кровообращения и травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин и уменьшение доли новообразований. Среднегодовой темп прироста показателей смертности населения области от заболеваний системы кровообращения +1,97%; от травм, отравлений и несчастных случаев – +2,16%.

Среднегодовой (за 2002–2006 гг.) уровень смертности сельских жителей области от сердечно-сосудистых заболеваний в 1,9 раза выше, чем городских. Показатели смертности от болезней системы кровообращения мужчин и женщин находились примерно на одном уровне (средние (2002–2006 гг.) показатели – 9,11 и 9,14 на 1000 соответственно).

В структуре смертности населения области от новообразований преобладали злокачественные новообразования органов дыхания (трахея, бронхи, легкие; 19%) и рак желудка (16%). В динамике прослеживается снижение интенсивных показателей смертности от новообразований со среднегодовым темпом снижения 0,55%.

На основе современных знаний и мирового опыта установлено, что борьба с онкологическими заболеваниями включает профилактику (борьба с табакокурением, злоупотреблением алкоголем, несбалансированным питанием, гиподинамией, ожирением, минимизация контактов с канцерогенными веществами, выявление и лечение предраковых заболеваний) и совершенствование диагностики и лечения новообразований.

Внешние причины смерти на 3-м месте в структуре смертности всего населения. В 2002–2006 гг.

показатели по данному классу составили 1,84 на 1000.

Структуру смертности населения от внешних причин определяли случайные отравления алкоголем (21%), самоубийства (20%), несчастные случаи, связанные с транспортными средствами (10%).

Судебно-медицинская практика свидетельствует, что причиной суицидов чаще бывают семейные и служебные конфликты, психические болезни, в первую очередь алкоголизм, в пожилом возрасте – чувство одиночества и непонимание [3].

Профилактика травматизма – управляемый процесс, он регулируется путем совершенствования производства, охраны труда, улучшения дорог, обучения правилам передвижения на улицах и дорогах, навыкам пользования бытовыми приборами, выработкой у населения постоянной травматологической настороженности. Профилактика детского травматизма является предметом совместных усилий семьи, школы, психологов, широкой общественности.

В 2002–2006 гг. наблюдалась стабилизация показателей смертности населения от болезней органов дыхания (2002 г. – 49,7; 2006 г. – 44,3 на 100 тыс.), которые занимали четвертое место в структуре смертности.

Удельный вес болезней органов пищеварения – 2–3% общего числа умерших (5-е место в структуре смертности). Если в период 2002–2005 гг. фиксировался рост числа умерших от данных болезней, то в 2006 г. показатели относительно стабилизировались и составили 40,9 на 100 тыс. населения (2005 г. – 43,7 на 100 тыс.).

Удельный вес инфекционных и паразитарных болезней в структуре смертности населения области незначителен (2002 г. – 1,1; 2006 г. – 0,8%).

Уровень смертности сельского населения региона в 2,3 раза выше, чем городского. Среднегодовой темп прироста – +1,6%. Средние за 2002–2006 гг. показатели для сельского населения по области составили 27,07, для городского – 11,86 на 1000.

В структуре смертности сельских жителей на первом месте – болезни кровообращения, на второе место с 2004 г. вышли травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (2004 г. – 11; 2006 г. – 10,7%), вытеснив на третье место новообразования (2004 г. – 9,5%; 2006 г. – 9%). Смерт-

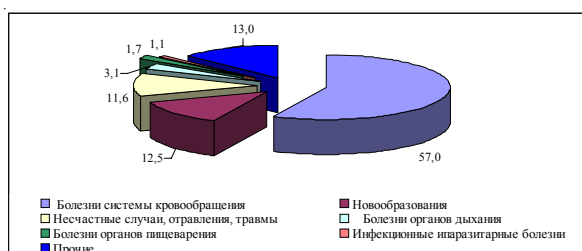


Рис. 2. Структура общей смертности населения Могилевской области в 2002 г. (в процентах)

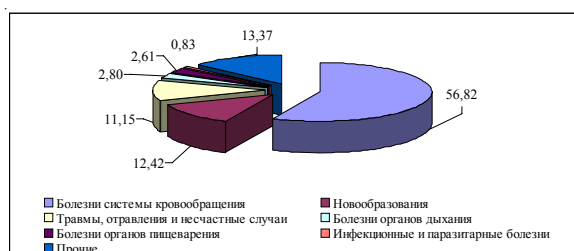


Рис. 3. Структура общей смертности населения Могилевской области в 2006 г. (в процентах)

ность мужчин от внешних причин в сельской местности в 2 раза выше, чем в городской (Тпр. – 4,4%).

Различные причины и предпосылки формируют более неблагоприятную ситуацию в смертности жителей села по сравнению с горожанами. Это можно объяснить различиями в возрастной структуре (удельный вес лиц старше трудоспособного возраста в сельской местности составляет 31,4%, в городской – 17,8%), более развитой социальной инфраструктурой в городах.

Существуют различия в уровне смертности в зависимости от пола. Показатели общей смертности женского населения по всем возрастным группам ниже, чем мужского населения, что обуславливает ситуацию, когда в трудоспособном возрасте женское население по численности преобладает над мужским.

Если в показателях смертности мужчин и женщин, проживающих в сельской местности, существенных различий не наблюдается (среднепогодные показатели за 2002–2006 гг. 28,29 и 26,07 на 1000 соответственно), то уровни смертности городского мужского населения выше, чем городского женского в 1,3 раза.

По данным статистики, мужчины реже обращаются за медицинской помощью. Выборочное обследование домашних хозяйств показало, что в 2006 г. на приеме у врача побывали 34,2% мужчин и 48,1% женщин в возрасте старше 16 лет, а также 15,7% мужчин и 18,4% женщин хотя бы раз в год (независимо от продолжительности) лежали в больнице.

Среди мужской части населения имеет место более широкое распространение вредных привычек (курение, употребление алкоголя).

Из числа опрошенных, по данным выборочного обследования домашних хозяйств, курят более половины (53,2%) мужчин и 9% женщин. В структуре потребительских расходов в домашних хозяйствах расходы на табак составили 1,2%. Наибольший удельный вес курящих (и мужчин, и женщин) приходится на возраст от 30 до 39 лет (66,1 и 18% соответственно). Максимальное число выкуриваемых сигарет в день (18) характерно у мужчин для возрастных групп 40–49 лет и 50–59 лет; у женщин – для возрастной группы 60–69 лет (14 сигарет) [4].

По данным ВОЗ, люди, злоупотребляющие алкоголем, живут в среднем на 10–15 лет меньше.

Заболеваемость мужчин с диагнозом алкогольной зависимости значительно выше, чем женщин (2000 г. – 32,8 и 5,6 на 10 тыс.; 2006 г. – 55,5 и 12,3 на 10 тыс. населения). Подавляющее большинство (76,7%) из числа умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, составляют мужчины. Вызывает тревогу тот факт, что 79% умерших от этих причин – лица трудоспособного возраста. Из всех умерших в трудоспособном возрасте 81,3% – мужчины.

В целом по области уровень смертности населения от отравления алкоголем увеличился с 21,2 на 100 тыс. населения в 1995 г. до 53,3 – в 2006 г.

Большой экономический ущерб обществу наносит смертность трудоспособного населения. В 2006 г. данный показатель составил 6,1 на 1000 (2005 г. – 6,4 на 1000) [5].

В структуре смертности трудоспособного населения Могилевской области преобладают травмы, отравления и несчастные случаи, болезни системы кровообращения, новообразования. Удельный вес лиц трудоспособного возраста, умерших от внешних причин, в 2002 г. составил 36,9%, в 2006 г. – 34,1%; от болезней системы кровообращения – 30,1 и 31,4% соответственно, от новообразований – 13,5 и 14,8% соответственно.

Среднегодовой темп прироста смертности трудоспособного населения от внешних причин – +0,97%, от болезней системы кровообращения – +1,1%, среднегодовой темп снижения (Тсн.) смертности от новообразований – 1,3%.

Смертность сельского населения в трудоспособном возрасте в 1,6 раза выше, чем городского, в том числе от травм, отравлений и несчастных случаев – в 2,4 раза.

Важнейшей государственной задачей является охрана здоровья женщин и детей. Уровни младенческой смертности входят в число основных индикаторов состояния системы здравоохранения.

В Могилевской области наблюдается тенденция снижения показателя младенческой смертности (2004 г. – 7,8 на 1000 родившихся, 2005 г. – 6,9 на 1000, 2006 г. – 5,5 на 1000). Среднегодовой темп снижения – 7%, в том числе от врожденных аномалий – 7,1%, перинатальных состояний – 6,5%, несчастных случаев – 0,7%.

Снижение уровня младенческой смертности в значительной мере обусловлено планомерным проведением мероприятий по охране здоровья матери и ребенка.

На первом месте в структуре смертности детей в возрасте до 1 года находились состояния, возникающие в перинатальном периоде (2002 г. – 28,6%; 2006 г. – 34,6%). Среди причин младенческой смертности значителен удельный вес врожденных заболеваний (2002 г. – 37,4%; 2006 г. – 25,5%), что обуславливает необходимость дальнейшего совершенствования методов дородовой диагностики аномалий развития плода, разработки мер, направленных на минимизацию воздействия факторов риска.

Несчастные случаи, травмы и отравления – на третьем месте в структуре младенческой смертности. Указанные причины смерти детей первого года жизни в определенной мере могут быть обусловлены социально-экономическим статусом семей.

Уровень младенческой смертности в сельской местности в 1,4 раза выше, чем в городской (соответ-

ственно 6,3 и 4,6 на 1000 родившихся). В динамике (как среди сельского населения, так и среди городского) наблюдается снижение показателей младенческой смертности со среднегодовым темпом снижения 6,7 и 7,2% соответственно.

Ранжирование административных территорий области по среднегодовому показателю общей смертности населения за 2002–2006 гг. показало, что районами с наиболее напряженной ситуацией являлись Бельничский, Бобруйский и Чаусский. Данным территориям принадлежали также "лидирующие" места по результатам ранжирования по показателям смертности населения от ведущих причин смерти (болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины смерти). По ранговому расположению ведущих причин смерти в струк-

туре смертности населения Бельничского и Чаусского районов отсутствуют существенные различия со структурой смертности населения по области в целом. В Бобруйском районе первое место в структуре смертности принадлежит болезням сердечно-сосудистой системы, второе – внешним причинам смерти, третье – новообразованиям.

Для снижения уровней смертности и увеличения ожидаемой продолжительности жизни Программой демографической безопасности Могилевской области на 2007–2010 гг. предусмотрен ряд мероприятий по формированию здорового образа жизни, созданию благоприятной среды обитания и здоровосохраняющей производственной среды, охране здоровья матери и ребенка, совершенствованию оказания медицинской помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные статистические показатели здравоохранения Могилевской области, 2002–2006 гг. // Статистические сборники Управления здравоохранения Могилевского облисполкома. – Могилев, 2003–2007.
2. Основные принципы организации и проведения социально-гигиенического мониторинга: Инструкция по применению №179–1206. – Минск, 2007. – С.22–24.
3. *Артюшкевич В.С., Давыдов Р.Р.* Насильственная смерть как фактор, влияющий на демографическую ситуацию в Беларуси // Медицинские новости. – 1998. – №4. – С.54–57.
4. О состоянии здоровья населения Могилевской области (данные Могилевского областного управления статистики). – Могилев, 2007.
5. Здоровье населения и окружающая среда в Могилевской области в 2006 году: Информационно-аналитический бюллетень. – Могилев, 2007.

Поступила 11.10.2007 г.

ВЛИЯНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ БЕРЕМЕННОЙ И НОВОРОЖДЕННОГО

М.Ю.Сурмач¹

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

По данным социологического опроса и анализа первичной медицинской документации беременных и родильниц 15–24 лет уточнены распространенность опасных для здоровья форм поведения молодых женщин до наступления беременности, особенности их поведения по отношению к получению медицинской помощи. Доказано позитивное влияние профилактически направленного прегравидарного поведения на здоровье беременной, родильницы и новорожденного.

Охрана здоровья матери и ребенка – государственный приоритет для Беларуси. Организация акушерско-гинекологической помощи непрерывно совершенствуется: разрабатываются новые, более эффективные организационные модели и профилактические технологии, внедряются программы по

повышению качества медицинской помощи, форм и методов предоставления медицинских услуг, что обеспечивает традиционно лучшие результаты в СНГ, выражаемые в низких показателях младенческой и материнской смертности [1–3]. В то же время, наряду с данными о благоприятных тенденциях

¹ Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Б07М-160)