

ди учащихся школ с буфетом-раздаточной, чем среди учащихся ОУ со столовой (48,6 против 68,2 %).

Риск формирования гиповитаминозных состояний в большей степени обусловлен отсутствием регулярного приема витаминов ($RR = 1,3$ — $1,7$; $EF = 23,1$ — $41,2$ %), чем дефектами школьного и домашнего питания ($RR = 0$ — $1,2$; $EF = 0$ — $16,7$ %), в большей степени выражен в группе учащихся старших классов.

Подтверждены и уточнены различия в характеристиках УР школьников. В ОУ разного вида с одинаковой организацией общественного питания учащиеся 3-х классов массовых школ чаще демонстрировали признаки выраженного утомления (26,7 против 4,5 % гимназистов; $p < 0,001$); в группе десятиклассников, наоборот, более неблагоприятная динамика показателей УР имела место у гимназистов. В массовых школах с буфетом-раздаточной, среди учащихся 6-х и 10-х классов, выявлено в 1,7—2,1 раза больше школьников с признаками выраженного утомления, чем в школах со столовой.

Риск развития утомления, обусловленный фактором «школьное питание», наиболее выражен среди учащихся 3-х и 6-х классов в конце недели ($RR = 1,05$ — $1,6$; $EF = 4,7$ — $37,5$ %). Этиологическая доля вклада фактора «питание в школе» в развитие утомления у старшеклассников наиболее значима

в начале недели и относится к градации высокой степени ($RR = 2,9$; $EF = 65,5$ %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, относительный риск нарушений здоровья школьников, обусловленный дефектами питания, дифференцирован в зависимости от возраста и показателя здоровья. Дефекты домашнего и школьного питания определяли наиболее высокую степень риска нарушений самочувствия, физического развития, высокого индекса нездоровья у старшеклассников, у третьеклассников — высокий риск нарушений физического развития и развития утомления. Отсутствие горячего питания в школе обуславливало наиболее высокую степень риска нарушений самочувствия у учащихся 10-х классов и дефекты физического развития у учащихся 3-х классов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В. П. // Вопросы детской диетологии. — 2009. — Т. 7, № 1. — С. 49—52.
2. Косарев В. В. // Гигиена и санитария. — 2001. — № 4. — С. 64—66.
3. Усанова Е. П. Интегральные качественно-количественные оценки состояния здоровья школьников // Новые организационные формы профилактической и оздоровительной помощи школьникам учреждений образовательного типа. — Н. Новгород, 1998. — С. 139.

Т. Г. Светличная, И. Г. Мосягин, С. В. Губерницкая

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006—2010 гг.

УДК 614.2:314(470.11)

В статье приведены результаты анализа медико-демографической ситуации в Архангельской области в 2006—2010 гг. Последняя характеризуется позитивными сдвигами: увеличением рождаемости, уменьшением смертности, сокращением естественной убыли населения, ростом средней продолжительности ожидаемой жизни. Вместе с тем сохраняются и негативные тенденции: высокая мужская смертность и ухудшение репродуктивного здоровья населения, обусловленное высоким уровнем бесплодия и заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем.

Ключевые слова: демографическая ситуация, Архангельская область, рождаемость, смертность, инфекции, передающиеся половым путем.

T. G. Svetlichnaja, I. G. Mosjagin, S. V. Gubernitskaja

MEDICO-DEMOGRAPHIC SITUATION IN THE ARKHANGELSK REGION IN 2006—2010

The paper presents results of an analysis of medico-demographic situation in the Arkhangelsk region in 2006—2010. The situation is characterized by positive trends: birth rate increase, death rate reduction, reduction of natural decline in population, growth of average expected lifespan. At the same time, negative tendencies are there as well: a high male death rate and deterioration of reproductive health of the population, caused by a high rate of infertility and sexually transmitted diseases.

Key words: the Arkhangelsk region, birth rate, death rate, sexually transmitted diseases.

Формирование демографических процессов в России происходит под сочетанным воздействи-

ем множества факторов: климатогеографических, социально-экономических, социально-культурных,

этнических, экологических и др. Особую актуальность изучение процессов воспроизводства населения приобретает для северных территорий европейской части России, на 40 % представленных Архангельской областью с ее своеобразными природно-климатическими, экологическими и социально-экономическими характеристиками.

Климатические условия проживания в регионе являются дискомфортными для человека: резко выражены контрастность и переменчивость температуры, влажности, скорости ветра, атмосферного давления и содержания кислорода в воздухе. Природная экстремальность Севера сочетается с порождаемыми ею же специфическими экологическими особенностями: малой устойчивостью экосистем, высокой их ранимостью при хозяйственной деятельности, хрупкостью и легкой разрушаемостью природных комплексов, низкой способностью природной среды к самоочищению, экологической чувствительностью и изменчивостью под влиянием антропогенных воздействий. Дискомфортные условия Севера негативно влияют на здоровье человека, обуславливая повышенную заболеваемость (в 2,3 раза выше, чем в среднем по стране) [1], выраженную ее сезонность, различия патологии и ее течения по климатическим зонам области и устойчивую тенденцию к хронизации заболеваний.

В последние годы в Архангельской области сформировалась крайне неблагоприятная демографическая ситуация, обусловленная устойчивым миграционным оттоком населения, который уже в ближайшем будущем поставит под угрозу усилия предыдущих поколений по освоению русского Севера. Поэтому выявление региональных особенностей формирования демографической ситуации с последующей разработкой комплекса мероприятий, направленных на ее улучшение, приобретает важное медико-социальное значение.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение медико-демографической ситуации в Архангельской области.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведен комплексный анализ процессов воспроизводства населения в 2006—2010 гг.

Объектом исследования явилось население Архангельской области.

Предметом исследования послужили тенденции развития демографических процессов (смертности, рождаемости, миграции, брачности, разводимости) в Архангельской области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Медико-демографическая ситуация, сложившаяся в Архангельской области за последние пять лет (2006—2010 гг.), характеризуется позитивными сдвигами: увеличением рождаемости, уменьшением смертности, сокращением естественной убыли населения, ростом средней продолжительности ожидаемой жизни. Вместе с тем общая численность постоянного населения области с учетом естественных и миграционных процессов за тот же период сократилась на 5 %, составив на 01.01. 2011 г. 1 млн 225,3 тыс. чел. [1] (табл. 1).

В области сохраняется тенденция к усилению половозрастного дисбаланса, вследствие продолжающегося старения населения. Одновременно отмечается рост коэффициента демографической нагрузки (с 540 в 2006 г. до 590 в 2010 г.), в основном за счет лиц старше трудоспособного возраста [1, 3]. В эти годы в регионе сформировался регрессивный тип населения. В настоящее время доля лиц старше 50 лет составляет 32,1 %, превышая относительное число детей в 2 раза (16,6 %) [3]. Коэффициент демографической нагрузки сопоставим с аналогичным показателем Северо-Западного федерального округа (590) и несколько ниже общероссийского (606) [4, 5].

За 2006—2010 гг. средний возраст населения увеличился на 0,8 лет, составив 38,3 года (РФ — 38,9 г.) [1, 3]. Женщины области «старше» мужчин на 5,2 года. Средний возраст мужчин составляет 35,5 лет, женщин — 40,7 лет [1, 3] (РФ: у мужчин — 36,1 года, женщин — 41,2 года) [6]. За тот же период число женщин, приходящихся на 1000 мужчин, увеличилось с 1138 до 1147 [1, 3] (по РФ: с 1158 до 1162) [5, 6]. Преобладание женщин в составе населения начинает отмечаться уже с 40-летнего возраста, и с его увеличением этот разрыв только нараста-

ТАБЛИЦА 1

Динамика демографических показателей населения в 2006—2010 гг.

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010
Общая численность населения, чел.	1291,4	1280,2	1271,9	1262,0	1235,8
Естественный прирост населения, %	-4,9	-2,8	-2,6	-2,1	-2,0
Миграционный прирост населения, %	-3,8	-3,6	-5,1	-4,0	-7,9
Доля населения в возрасте 0—14 лет, %	16,6	16,1	16,2	16,3	16,6
Доля лиц старше трудоспособного возраста, %	18,6	19,0	19,5	19,9	20,6
Доля женского населения, %	53,2	53,3	53,3	53,4	53,4
Общий коэффициент рождаемости, на 1000 населения	10,9	11,9	12,0	12,3	12,6
Общий коэффициент смертности, на 1000 населения	15,8	14,7	14,6	14,4	14,6
Ожидаемая продолжительность жизни, годы	64,8	66,3	66,9	67,6	н/д
Число браков, на 1000 населения	7,6	8,9	7,9	8,4	8,7
Число разводов, на 1000 населения	4,4	4,9	5,2	5,1	4,6

ет. Причиной такой неблагоприятной тенденции является сохраняющаяся высокая смертность мужчин трудоспособного возраста. Так, например, в 2009 г. численность мужчин сократилась на 0,6 %, женщин — на 0,5 %, составив на 01.01.2010 г. 584,3 и 670,1 тыс. чел. соответственно.

Как известно, наиболее информативными индикаторами, характеризующими здоровье населения и качество жизни, являются общий коэффициент смертности и ожидаемая продолжительность жизни. В области, начиная с 2003 г., наблюдается тенденция к снижению показателя смертности. Вместе с тем он остается довольно высоким и продолжает превышать рождаемость. В 2006—2010 гг. общий коэффициент смертности снизился на 7,6 %, с 15,8 до 14,6 (в расчете на 1000 населения) [1, 3], что отражает общероссийскую тенденцию (РФ: с 15,2 до 14,2) [4—6] (табл. 1).

В структуре причин смертности населения по-прежнему первое место занимают болезни системы кровообращения (56,8 %), второе — новообразования (14,5 %), третье — внешние причины (13,7 %). На них приходится 85 % всех смертельных исходов [3].

Серьезной проблемой сложившейся демографической ситуации остается высокая мужская смертность. Несмотря на наметившуюся тенденцию к ее снижению, уровень показателя остается достаточно высоким. За период 2006—2010 гг. коэффициент смертности мужчин снизился на 10,8 % (с 18,6 до 16,6), женщин — на 6,8 % (с 13,3 до 12,4) [1, 3]. При этом смертность мужчин выше смертности женщин в 1,2 раза (РФ — 1,1) [3].

В 2000—2006 гг. определяющим фактором депопуляции стал отрицательный естественный прирост населения, то есть превышение числа умерших над числом родившихся. С 2007 г. наибольший вклад в общее сокращение численности населения внесла миграционная убыль, на долю которой ежегодно приходится 70—80 % [3]. С 2003 г. в регионе отмечается позитивная тенденция к снижению уровня естественной убыли (с 4,9 в 2006 г. до 2,0 в 2010 г.) [1, 3], что соответствует общероссийской тенденции (РФ: с 4,8 до 1,8) [4].

Не менее важным показателем, отражающим состояние здоровья населения, является ожидаемая продолжительность жизни. Тенденция к ее увеличению наблюдается лишь с 2004 г. За 2005—2009 гг. показатель увеличился на 4,7 года (у мужчин на 5,2 года, у женщин на 3,3 года), достигнув 61,3 и 74,4 лет соответственно [1, 3], (РФ: 62,7 и 74,6) [4, 5]. При этом продолжает сохраняться беспрецедентный разрыв в средней продолжительности ожидаемой жизни мужчин и женщин (13,1 года) [1, 3] (РФ — 11,9 года) [4, 5] (табл. 1).

Наиболее информативным критерием, отражающим репродуктивное поведение населения, является показатель рождаемости. Он определяется влиянием множества факторов: демографических, медицинских, экономических, трудовых, социальных и др. Немаловажное значение имеют и происходящие в

обществе глубинные социокультурные изменения, тесно связанные с трансформацией семейных ценностей, изменением образа и стиля жизни людей, и как следствие, формированием установок на осознанное ограничение рождаемости. Вместе с тем, начиная с 2000 г., в области наблюдается устойчивая тенденция к ее росту. Общий коэффициент рождаемости увеличился с 8,8 в 2000 г. до 12,6 в 2010 г. [1, 3, 4] (РФ: с 8,7 до 12,3) [5, 6] (табл. 1). Однако более полное представление об интенсивности этого процесса дает суммарный коэффициент рождаемости. Несмотря на рост данного показателя, его величина все еще остается недостаточной для простого воспроизводства населения. Значение суммарного коэффициента рождаемости приблизилось к 1,5 на одну женщину, что в полтора раза ниже необходимого для простого замещения детьми выбывших поколений.

Динамика рождаемости в Архангельской области повторяет общероссийскую тенденцию и связана с патерналистскими усилиями государства по улучшению демографической ситуации в стране. Наиболее «чувствительными» к государственным инициативам в регионе оказались 25—39-летние женщины, среди которых отмечается стойкая тенденция роста возрастных коэффициентов рождаемости [3].

Рождаемость тесно связана с брачностью населения и разводимостью. Начиная с 2000 г., в области наметилась положительная тенденция к росту числа зарегистрированных браков. Общий коэффициент брачности увеличился с 6,4 в 2001 г. до 8,7 в 2010 г. [1, 3] (РФ: с 6,2 до 8,5) [5]. Вместе с тем на всем протяжении этих лет сохраняется высокий уровень разводов (4,9—5,7 разводов на 1000 нас.) [1, 3] (РФ: 4,2—5,9) [5], исключая весьма короткий период их незначительного снижения (2009—2010 гг.) (табл. 1). Особую тревогу вызывает тот факт, что в результате разводов в области ежегодно остаются без одного из родителей около 5 тысяч несовершеннолетних детей [3].

Одновременно с ростом числа зарегистрированных браков отмечается увеличение добрачных сожительства и юридически неоформленных браков. Число последних увеличивается ускоренными по сравнению с зарегистрированными браками темпами, способствуя сохранению высокого уровня внебрачных рождений (36—39 %) [1].

Ситуацию усугубляет ухудшение репродуктивного здоровья населения. В частности, начиная с 2001 г., в области отмечается устойчивая тенденция к росту распространенности бесплодия. В эти годы его частота среди женщин увеличилась в 3,1 раза (с 2,3 до 7,2 %, на 1000 женщин в возрасте 18—49 лет.) [3].

Одной из основных причин распространения бесплодия является высокая заболеваемость населения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). В структуре заболеваемости ИППП первое место занимает трихомониаз (27 %), второе — хламидийная (23,5 %), третье — гонококковая инфекции (20 %). В общей совокупности всех причин на них приходится 70,5 %. Оставшаяся треть (29,5 %) принадлежит

сифилису (14,5 %), аногенитальным бородавкам (11 %), урогенитальному герпесу (4 %) [3] (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2

Заболеваемость населения Архангельской области ИППП в 2006—2010 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

Нозологическая форма	2006	2007	2008	2009	2010
Сифилис	60,3	73,7	76,6	69,3	71,8
Гонорея	99,4	102,8	107,0	95,6	98,1
Трихомониаз	261,0	243,4	226,4	170,6	130,3
Хламидиоз	133,5	119,6	151,6	138,0	114,9
Урогенитальный герпес	22,7	23,8	32,0	33,2	21,4
Аногенитальные бородавки	55,4	53,5	54,7	61,8	54,6

Как известно, наиболее медицински и социально значимой инфекцией, передаваемой половым путем, является сифилис. За последние пять лет его распространенность увеличилась на 19,1 %, составив в 2010 г. 71,8 на 100 тыс. населения, что в 1,6 раза выше среднероссийского показателя [2, 3] (РФ — 44,6) [5] (табл. 2). Показатель варьирует от минимального в Ненецком автономном округе (7,1) до максимального в Устьянском районе (290,8) [2, 3]. Особую тревогу вызывает сохраняющаяся неблагоприятная тенденция к «омоложению» сифилитической инфекции и увеличению доли беременных среди больных сифилисом, достигающей 14—15 % от общего числа женщин, больных сифилисом [2, 3].

Вторым по значимости урогенитальным заболеванием является гонококковая инфекция, заболеваемость которой по-прежнему остается очень высокой. Тенденция к ее стабилизации наметилась лишь с 2009 г. В 2010 г. заболеваемость гонореей достигла 98,1 на 100 тыс. населения, превысив аналогичный показатель по РФ в 2,3 раза [2, 3] (РФ — 42,4) [5] (табл. 2). Она больше всего распространена в г. Северодвинске (183,8), г. Архангельске (133,0), Лешуконском (127,3) и Каргопольском районах (104,2), Ненецком автономном округе (111,1) [2, 3].

В 2006—2010 гг. заболеваемость другими ИППП (трихомониаз, хламидиоз, урогенитальный герпес, аногенитальные бородавки) снизилась на 22,3 % (с 632,1 до 491,1) [2, 3], что совпадает с общероссийской тенденцией. Вместе с тем показатель остается на достаточно высоком уровне. Заболеваемость трихомониазом снизилась на 50 % (с 261 до 130), хламидиозом — на 13,6 % (с 133,5 до 114,9), вирусными урогенитальными инфекциями — стабилизировалась [2, 3] (табл. 2).

Более благоприятная обстановка в области сложилась по распространенности ВИЧ-инфекции. Она характеризуется низким уровнем пораженности населения, которая в 2010 г. составила 31,5 на 100 тыс. населения [1, 3], что в 8,2 раза ниже среднероссийского показателя (РФ — 260,9) [4, 5]. Темпы разви-

тия эпидемии невысоки. За 2006—2010 гг. заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличилась с 3,2 до 6,0 [1, 3] (РФ: с 20 до 40) [4, 5].

Официально зарегистрированный уровень заболеваемости ИППП/ВИЧ не отражает истинной распространенности данных инфекций в связи с недостаточно развитой лабораторной базой в большинстве районов области, высокой стоимостью обследования и отсутствием жесткой системы учета и отчетности урогенитальных инфекций в медицинских учреждениях негосударственной формы собственности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, как свидетельствуют официальные данные, здоровье населения Архангельской области в последние годы несколько улучшилось. Социально-демографическую ситуацию в регионе, как и в большинстве субъектов Российской Федерации, характеризует низкий уровень рождаемости, высокий уровень смертности и отрицательное значение естественного прироста. Отмеченный нами ранее рост рождаемости и снижение смертности обусловлены последовательной реализацией политики, направленной на формирование ответственного отношения к здоровью и стимулирование рождаемости путем экономической поддержки молодых семей, улучшения их материального благосостояния и повышения качества жизни в целом. В последние годы в демографическом развитии области продолжились позитивные изменения: стабилизировались тенденции к увеличению рождаемости, снижению смертности и др. Однако эти позитивные перемены не изменили в целом неблагоприятную демографическую ситуацию. Достижение стабильно устойчивого роста численности населения осложняется сохранением негативных диспропорций в половозрастной структуре населения, высоким уровнем бесплодия и заболеваемости ИППП, которые предопределяют неблагоприятные тренды в показателях естественного движения населения в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архангельская область в цифрах (статистический сборник), 2010 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.arhangelskstat.ru>. (дата обращения: 15.12.2011.)
2. Барышков К. В. Состояние дерматологической помощи населению Архангельской области в 2009 г. Эпидемиология ИППП и заразных заболеваний в Архангельской области с 2005 по 2009 г. / К. В. Барышков, И. Д. Приб // Мат. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы оказания дерматовенерологической помощи в Архангельской области». — Архангельск, 2010. — С. 11—58.
3. Государственный доклад о состоянии населения Архангельской области в 2010 г. — Архангельск: МИАЦ. — 2011. — 180 с.
4. Регионы России. Социально-экономические показатели, 2010 г. (статистический сборник) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru>. (дата обращения: 15.12.2011.)
5. Российский статистический ежегодник, 2010 г. (статистический сборник) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru>. (дата обращения: 15.12.2011.)
6. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru>. (дата обращения: 15.12.2011.)