

пациентам с заболеваниями костно-мышечной системы в городе Москве / С.Н.Черкасов, Л.В.Кудряшова, К.А. Егиазарян // Российская академия медицинских наук. Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А.Семашко, Россия, г.Москва. - 2015.- выпуск 4-5. - С.199-205.

5. Щепин В.О. Современные демографические тенденции в Российской Федерации / Щепин В.О., Расторгуева Т.И., Карпова О.Б. // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2013. № 2. С. 10-13.
6. Черкасов С.Н. Пути оптимизации модели амбулаторного мониторинга беременных женщин в условиях крупного города / автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Казань, 2002.

Роговина А.Г.¹

**ДИНАМИКА РЕГИОНАЛЬНОГО ВАРЬИРОВАНИЯ
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В 2005-2013 ГГ.**

¹ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва

Rogovina A.G.¹

**REGIONAL VARIATION DYNAMICS
OF MEDICAL DEMOGRAPHIC SITUATION IN 2005-2013**

¹ National Research Institute for Public Health, Moscow

Роговина Анна Григорьевна – старший научный сотрудник; e-mail: rogovina_ag27@rambler.ru

Резюме. Демонстрируется, что благоприятные демографические тенденции в России с 2006 г. сопровождались сужением спектров регионального варьирования показателей

естественного воспроизводства населения и его основных детерминант. Обсуждаются корреляционные зависимости фертильности и смертности от возрастного состава, уровня образования и доходов населения, обеспеченности врачами, мощностями амбулаторно-поликлинических учреждений и койками стационаров, урбанизации, миграционной привлекательности и криминальной активности на территориях. Выявляется слабость системы здравоохранения в противостоянии демографическим вызовам. Акцентируется значимость достоверности и сопоставимости статистических данных, учета фундаментальной обусловленности разнонаправленных сдвигов для адекватной оценки текущей ситуации, перспектив ее развития, распределения и использования выделяемых ресурсов.

Ключевые слова: рождаемость, смертность, состав населения, ресурсы здравоохранения, региональное варьирование.

Abstract. Positive demographic trends in Russia since 2006 are demonstrated to be associated with narrowing regional variation spectra of population natural replacement indices and its basic determinants. Fertility and mortality correlations are discussed with population age composition, education level, income, potential of inpatient and outpatient health care facilities, number of physicians, urbanization, migration attractiveness of territories and criminal activity. Health care system is revealed to be weak in withstanding demographic challenges. Data reliability and comparability, attention to inherent causation of mixed changes are stressed to be indispensable for adequate evaluation of current situation, prospects of its development, distribution and usage of available resources.

Key words: fertility, mortality, population composition, health care resources, regional variation.

Введение. На рубеже веков ухудшение показателей общественного здоровья в нашей стране сопровождалось нарастанием региональных различий [4]. С 2006 г. определилась преимущественно противоположная тенденция. Проследим ее на изменении к 2013 г. уровней и ранговых корреляционных зависимостей варьирования рождаемости и смертности по федеральным округам (ФО) и независимым субъектам РФ.

Результаты и обсуждение. Комплекс социальных мер, реализуемых на государственном и местном уровнях, ассоциируется с 29,4%-ным подъемом от 10,2 живорождений на 1000 постоянного населения в 2005 г. до 13,2 в 2013 г. В расчете на 1000 женщин 15-49 лет (фертильность), ослабляющем влияние варьирования половозрастного состава населения, прирост еще значительнее – 43,8% (с 36,8 до 52,9). Он достигает 1,5 раз в Уральском и Приволжском ФО - соответственно, с 38,9 до 59,5 и с 35,4 до 54,0. Темп вдвое скромнее в неизменно лидирующем по воспроизводственному потенциалу Северо-Кавказском ФО - +25,7%, с 50,5 до 63,5, отставание от которого Центрального ФО сократилось с 1,5 до 1,4 раза, благодаря более интенсивному увеличению - +39,2%, с 32,9 до 45,8 (табл. 1). Спектр значений по независимым субъектам РФ также сузился: минимум Ленинградской области в начале изучаемого периода втрое уступал рекорду Чечни (29,0 против 88,1), а в конце – в 2,6 раза Тыве (37,6 против 97,4).

Таблица 1

Динамика фертильности и младенческой смертности

	Родившихся живыми на 1 000 женщин 15-49 лет		Темп (%)	Умерших в возрасте до 1 года на 1 000 родившихся живыми		Темп (%)
	2005	2013		2005	2013	
Федеральные округа						
Российская Федерация	36,8	52,9	+43,8	11,0	8,2	-25,5
Центральный	32,9	45,8	+39,2	10,0	7,6	-24,0
Северо-Западный	33,5	49,8	+47,2	9,4	6,2	-34,0
Южный ФО	39,1	50,7	+29,7	11,4	7,9	-30,7
Северо-Кавказский	50,5	63,5	+25,7	13,0	12,2	-6,2
Приволжский	35,4	54,0	+52,5	10,5	7,5	-28,6
Уральский	38,9	59,5	+53,0	10,0	7,4	-26,0
Сибирский	39,9	59,0	+47,9	12,3	8,5	-30,9
Дальневосточный	41,1	55,3	+34,5	13,5	11,0	-18,5

Переход на международные критерии живорождения (с апреля 2012 г. подлежат регистрации в органах ЗАГС рождения и смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела - от 500 до 1000 г) ненадолго поддержал затухающий эффект пронаталистских мер (в 2011 г. рождаемость возросла всего на 0,8% - с 12,5 до 12,6‰ – против 9,7% в 2007 г. – с 10,3 до 11,3‰ – и 5,6% в 2012 г. – с 12,6 до 13,3‰; темп прироста фертильности в 2011 г. ограничился 2,1% - с 47,8 на 1000 женщин 15-49 лет до 48,8 – против 9,8% в 2007 г. – с 37,7 до 41,4 – и 7,4% в 2012 г. – с 48,8 до 52,4; уже в 2013 г. рождаемость сократилась до 13,2‰ – на 0,8%, а фертильность так и не достигла 53, увеличившись менее чем на 1,0%), но прервал многолетнее неуклонное снижение **младенческой смертности** подъемом с 7,4 на 1000 родившихся живыми в 2011 г. до 8,6 в 2012 г. (+16,2%). Ее общероссийское значение в 2013 г. (8,2 на 1000 родившихся живыми) на четверть ниже отметки 2005 г. (11,0). В Северо-Западном ФО, при минимуме частоты летальных исходов до 1 года, сокращение превысило треть – с 9,4 до 6,2. Максимум сначала регистрировался на Дальнем Востоке - 13,5, а в конце – на Северном Кавказе – 12,2 (здесь убыль ограничилась 6,2%). В результате отставание округа-аутсайдера увеличилось с 1,4 до почти 2,0 раз. При этом Санкт-Петербург стартовал с преимуществом перед Ингушетией в 4,3 раза (6,0 против 25,7), а финишировал в 5,4 раза успешнее Чукотки (4,4 против 23,9).

Стандартизованная **смертность** россиян сократилась с 1033,7 на 100 тыс. женщин в 2005 г. до 755,0 в 2013 г. (-27,0%) и с 2173,5 на 100 тыс. мужчин до 1523,9 (-29,9%). Самые низкие значения Северо-Кавказского ФО уменьшились всего на 9,9% у «слабого» пола (с 751,5 до 677,1) и на 16,1% у «сильного» (с 1405,7 до 1179,2). Темп изменения дальневосточного максимума аналогичен общероссийскому: соответственно, -27,3% (с 1242,5 до 903,5) и – 30,0% (с 2564,9 до 1796,5), так что его проигрыш лидеру уменьшился с 1,7-1,8 раза до 1,3-1,5 (табл. 2). Постоянно мизерна смертность в Ингушетии: 599,6 и 495,2 у женщин, 894,7 и 719,3 у мужчин. Противоположный полюс регионального спектра оккупирован с более чем троекратным разрывом у первых Чукоткой (2143,2 и 1568,0), у последних – Тывой (3164,4 и 2351,3).

Смертность россиян в трудоспособном возрасте снизилась за изучаемый период с 826,5 на 100 тыс. человек до 560,9 (-32,1%). И здесь феноменальному благополучию Северного Кавказа (409,4 в начале и 299,5 в конце) противостоит Дальний Восток (соответственно, 998,7 и 690,1 с отрывом 2,4 и 2,3 раза). Значения по субъектам РФ в 2005 г. варьировали от 184,4 в Республике Ингушетия до 1318,5 в Псковской области с разницей между ними 7,2 раза. В 2013 г. при том же лидере (166,7) аутсайдером оказался Чукотский автономный округ (987,6) с сокращением разрыва до 5,9 раза.

Таблица 2

Динамика смертности населения (на 100 тыс. человек)

Федеральные округа	Стандартизованные коэффициенты						В трудоспособном возрасте		
	женщины			мужчины			2005	2013	темп (%)
	2005	2013	темп (%)	2005	2013	темп (%)			
Российская Федерация	1033,7	755,0	-27,0	2173,5	1523,9	-29,9	826,5	560,9	-32,1
Центральный	977,6	708,5	-27,5	2076,2	1403,7	-32,4	804,5	521,9	-35,1
Северо-Западный	1084,0	741,5	-31,6	2311,9	1499,6	-35,1	979,7	563,9	-42,4
Южный	987,8	737,5	-25,3	2009,5	1423,1	-29,2	689,0	493,4	-28,4
Северо-Кавказский	751,5	677,1	-9,9	1405,7	1179,2	-16,1	409,4	299,5	-26,8
Приволжский	1029,9	767,4	-25,5	2239,8	1639,9	-26,8	828,2	617,1	-25,5
Уральский	1047,2	772,8	-26,2	2204,5	1624,9	-26,3	808,4	588,2	-27,2
Сибирский	1167,1	842,9	-27,8	2439,4	1721,1	-29,4	978,1	669,0	-31,6
Дальневосточный	1242,5	903,5	-27,3	2564,9	1796,5	-30,0	998,7	690,1	-30,9

Неизменное медико-демографическое превосходство Северо-Кавказского ФО в значительной мере обусловлено наименьшей интенсивностью **старения** населения: там всего 15-16% жителей старше трудоспособного возраста против 23,4-25,3% в Центральном. В возглавляющей авангард старения Тульской области данное

значение уменьшилось с 29,1 до 26,3%, но отрыв от стартового минимума Чечни (8,9%) и завершающего Чукотки (7,2%) возрос с 3,3 до 3,7 раза.

Почти 2/3 детей рождаются у матерей 20-29 лет, доля которых в общей численности россиянок репродуктивного возраста увеличилась за межпереписной период с 27,5 до 32,2%, варьируя по ФО от 29,6 и 34,0% на Северном Кавказе до 26,7 и 31,5% в Центре, а по субъектам РФ – от 32,7 и 36,1% в Ингушетии до 24,9 и 28,9 на Чукотке.

Обратная ранговая корреляция регионального варьирования фертильности с долей лиц преклонного возраста ($-0,8$ в 2005 г. и $-0,7$ в 2013 г.) даже сильнее, чем ее прямая зависимость от удельного веса 20-29-летних среди женщин 15-49 лет ($+0,6$). При этом посильная забота старшего поколения о внуках, по-видимому, объясняет устойчивое умеренное противостояние интенсивности старения и младенческой смертности ($-0,3$).

Умеренно корреспондирует с повышением смертности населения в трудоспособном возрасте, с ослаблением в динамике от почти $+0,5$ до $+0,3$, увеличение в их составе удельного веса миновавших 50-летний рубеж. По данным переписей, в целом по стране он возрос с 14,0% в 2002 г. до 18,0% в 2010 г., сводясь к минимуму в Северо-Кавказском ФО (соответственно, 9,9% и 14,0%) и достигая максимума в Центральном и Северо-Западном ФО (14,8 и 18,5%). Дистанция между полюсами регионального спектра сократилась с 2,5 раза (6,8% в Ингушетии против 17,0% в Магаданской области) до 1,9 раза (11,4% в Тыве против 21,5% в Кировской области).

Влияние урбанизации на воспроизводство населения неоднозначно: сельчане более склонны к многодетности и реже сознательно отказываются от обзаведения потомством; города, особенно крупные, аккумулируют, наряду с благами цивилизации, возможностями развития и реализации человеческого потенциала, экологические и социальные риски.

Удельный вес проживающих в городской местности возрос незначительно – с 73,2% в 2005 г. до 74,2% в 2013 г., причем Северный Кавказ, где он сводится к минимуму, выделяется сокращением с 49,4 до 49,1%. Максимум остается за Северо-Западом

– 82,8% в 2005 г. и 83,9% в 2013 г. Помимо мегаполисов федерального значения (Москва и Санкт-Петербург), доля горожан больше всего в Магаданской области, меньше всего – в Республике Алтай (со снижением, соответственно, с 95,3 до 94,1% и с 29,0 до 26,2%).

Увеличение удельного веса городского населения ожидаемо умеренно (-0,3) коррелирует со снижением фертильности и смертности в возрасте до 1 года, поскольку на селе менее популярны и доступны эффективные средства контрацепции и передовые технологии выхаживания новорожденных. Но пристального внимания заслуживает аналогичной выраженности прямая корреляция урбанизации (+0,3) со стандартизованными коэффициентами смертности мужчин и женщин, а также со смертностью в трудоспособном возрасте, противоречащая концентрации в городах материальных и социальных преимуществ.

Прежде всего, там располагаются все высшие учебные заведения, возможности подготовиться к поступлению в которые, обеспечить проживание вдали от дома в период обучения и трудоустроиться после получения диплома на селе весьма ограничены. Продолжение образования, безусловно, противостоит рискам преждевременной смерти, но и ограничивает репродуктивные намерения, отсрочивает их реализацию.

За межпереписной период число получивших высшее образование из каждой 1000 россиян увеличилось со 161,6 до 234,1 (+44,9%). Аналогичные темпы его распространения в наиболее продвинутом Центре (+44,0% -200,8 до 289,2) и на замыкающем Северном Кавказе (+45,4% - со 137,1 до 199,4) консервируют почти полутора кратный разрыв между ними. Увеличение ограничивается +39,4% в Северо-Западном ФО (со 185,9 до 259,2) при максимуме +51,9% в Уральском (со 138,3 до 208,7). При этом превосходство неизменно лидирующей столицы над непоправимо отстающей Чечней сократилось с 4,2 раза (312,6 против 74,6) до 3,6 раза (421,6 против 118,6).

Умеренная оппозиция данного показателя незначительно усиливается по отношению к смертности в трудоспособном возрасте и стандартизованной смертности мужчин (с -0,3 до -0,4). Обратная ассоциация с фертильностью, вначале слабая, упрочилась до -0,3, а младенческой смертностью, напротив, ослабла. Следует отметить,

что на пике демографического неблагополучия позитивное влияние интеллектуального развития на все три показателя смертности взрослых достигало средней силы (обратная ранговая корреляция в интервале от $-0,5$ до $-0,7$) только в Сибирском ФО, в конце к нему присоединились Центральный и Северо-Западный. При этом на Северном Кавказе парадоксальная прямая зависимость той же силы в 2013 г. перестала выявляться только у женщин.

Другая беда сельской местности - продолжение форсированного сокращения там сети здравоохранения. Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в городах возросла с 300,9 посещения в смену на 10 тыс. населения в 2005 г. до 314,0 в 2013 г. (+4,4%), а на селе сократилась со 131,1 до 122,3 (-6,7%). При этом обеспеченность койками стационаров сельчан уменьшилась на 33,5% (с 55,6 до 37,0) против 16,1% у горожан (со 130,3 до 109,3).

Таблица 3

Динамика обеспеченности населения мощностями и кадрами системы здравоохранения (на 10 тыс. человек)

Федеральные округа	Койки стационаров			Посещения в смену			Врачи		
	2005	2013	темп (%)	2005	2013	темп (%)	2005	2013	Темп (%)
Российская Федерация	110,9	90,6	-18,3	256,0	264,5	+3,3	48,6	48,9	+0,6
Центральный	112,4	87,6	-22,1	268,9	270,8	+0,7	50,9	51,0	+0,2
Северо-Западный	108,0	92,1	-14,7	293,6	303,4	+3,3	54,3	57,5	+6,1
Южный	104,8	87,9	-16,1	227,4	240,7	+5,8	43,6	43,6	0,0
Северо-Кавказский	82,3	76,1	-7,5	161,9	169,4	+4,6	42,5	41,2	-3,1
Приволжский	111,7	89,5	-19,9	236,2	257,8	+9,1	46,7	46,5	-0,4
Уральский	110,1	89,6	-18,6	268,4	282,5	+5,3	42,5	44,8	+5,4
Сибирский	119,9	100,5	-16,2	284,7	282,9	-0,6	51,0	50,4	-1,2
Дальневосточный	126,7	111,7	-11,8	260,1	277,9	+6,8	54,3	55,1	+1,5

Связанные с необходимостью обращаться в городские лечебно-профилактические учреждения физические, материальные и

временные издержки посильны далеко не каждому, создают благодатную почву для теневых выплат как в государственном, так и в частном секторе здравоохранения ради получения оперативного доступа к помощи, стимулирования ее качества [1]. Эти издержки тем более ощутимы, чем ниже уровень благосостояния и тяжелее патология.

Обеспеченность больничными койками по стране в целом уменьшилась со 110,9 на 10 тыс. человек в 2005 г. до 90,6 в 2013 г. (-18,3%). Она остается минимальной в Северо-Кавказском ФО, хотя снизилась всего на 7,5% (с 82,3 до 76,1). Немногим более интенсивен нисходящий тренд в Дальневосточном ФО (-11,8%), удерживающем первенство – 126,7 и 111,7, определяя стабильность различий между этими округами (табл. 3).

Предполагаемое сокращением коечного фонда перераспределение нагрузки на амбулаторное звено не подкрепляется значимым наращиванием его мощности: в целом по стране прирост ограничился 3,3% (с 256,0 посещений в смену на 10 тыс. человек до 264,5). Разрыв между «потолком» Северо-Запада (около 300) и «полом» Северного Кавказа (менее 170) остался практически без изменения – 1,8 раза.

Оппозиция тех же округов по обеспеченности врачами акцентируется форсированным подъемом у лидера с 54,3 на 10 тыс. человек до 57,6 (+6,1%) при спаде у аутсайдера с 42,5 до 41,2 (-3,1%) и стабилизации общероссийского значения чуть ниже 49.

По субъектам РФ стартовые различия в обеспеченности койками стационаров достигали 6,3 раза (250,8 в Чукотском автономном округе против 40,0 в Республике Ингушетия), а итоговые ограничились 3,2 раза (соответственно, 148,9 против 46,1); разрыв по мощности амбулаторно-поликлинических учреждений между Чукоткой и Дагестаном сократился с 5,2 раза (603,3 против 115,6) до 4,3 (483,6 против 113,1); по обеспеченности врачами Санкт-Петербург в 2005 г. опережал Ингушетию в 3,6 раза (82,3 против 23,1), а в 2013 г. – Чечню в 3,0 раза (81,2 против 27,0).

От регионального разнообразия обсуждаемых характеристик системы здравоохранения фертильность и младенческая смертность категорически не зависят. Обеспеченность врачами не влияет и на остальные показатели смертности. Но как стандартизованная, так и

преждевременная смертность неизменно прямо связана с мощностью стационаров (+0,5 - +0,6), а в 2013 г. – и амбулаторно-поликлинических учреждений (+0,4 - +0,5). Это предполагает слабость системы здравоохранения перед лицом демографических вызовов, несмотря на все усилия по ее модернизации. Ощутимое противостояние всем рассмотренным аспектам смертности со стороны обеспеченности врачами и мощностями амбулаторно-поликлиническими учреждений сохраняется только на Урале.

Миграционная привлекательность региона определяется, прежде всего, развитием экономики и инфраструктуры, благоприятным климатом и экологии, социальной стабильностью. В то же время обилие приезжих означает дополнительную нагрузку на учреждения здравоохранения, образования, общественный транспорт; является источником межличностных и групповых конфликтов, в т.ч. криминального характера.

Российский миграционный прирост более чем удвоился – с +9 на 10 тыс. постоянного населения в 2005 г. до +21 в 2013 г. Его величина в Центральном ФО (+35 и +60) по-прежнему несколько больше, чем убыль в Дальневосточном (-32 и -53). В Южном ФО возрос перевес прибывших с +12 до +45, а в Северо-Кавказском - выбывших с -16 до -40. Восьмикратный подъем положительного сальдо на Северо-Западе (с 9 до 72) вывел его в лидеры. В Поволжье к концу анализируемого периода сформировалась убыль (-5 против +1 в начале), а на Урале – прирост (+3 против -8). Отток из Сибири неизменен - -8. Он наиболее интенсивен из Магаданской области: - 154 и -142. Противоположный полюс спектра переместился из Московской области (+82) в Санкт-Петербург (+197). Противостояние миграционного прироста и смертности россиян в динамике упрочивается, а фертильности – ослабевает в рамках умеренного интервала (от -0,3 до -0,5), но в Сибирском ФО к 2013 г. обе зависимости усилились до -0,7 - -0,9).

Уравнительное монетарное стимулирование рождаемости не представляется оправданным: варьирование среднедушевых доходов по территориям нерелевантно для показателей фертильности, а материнский капитал преимущественно привлекателен для малоимущих слоев населения, способность которых обеспечить

необходимые условия для развития потомства весьма проблематична [2].

К 2013 г. сформировалась умеренная обратная ассоциация численности и выживания новорожденных с отношением среднедушевых доходов к прожиточному минимуму (-0,3). Соответствующая обратная ассоциация со смертностью взрослых в целом по стране слаба (она и вовсе остается прямой в Северо-Кавказском ФО), косвенно подтверждая обоснованную Тапилиной В.С. (2004) необходимость для обеспечения нормального воспроизводства человека на нижнем допустимом уровне в нашей стране доходов в размере не меньше двух прожиточных минимумов [3].

В среднем по России отношение среднедушевых доходов к прожиточному минимуму возросло с 2,69 раза в 2005 г. до 3,55 в 2013 г., в постоянно самом благополучном Центральном ФО – с 4,14 до 4,86; в наименее состоятельном Дальневосточном – с 1,82 до 2,48. Урал выделяется снижением данного показателя (с 3,55 до 3,36), в результате выше общероссийской отметки остался только Центр. Сокращается безоговорочное преимущество москвичей, доходы которых сначала превосходили соответствующий прожиточный минимум почти в 6 раз, при том что в Ингушетии ему уступали, а через 8 лет столичный рекорд, сократившись до 5,00, противостоял Тыве (1,66).

Но неравенство россиян по доходам обостряется: коэффициент фондов возрос с 14,8 в 2005 г. до 16,3 в 2013 г., коэффициент Джинни – с 0,405 до 0,419. Среди субъектов РФ лидерство сохраняет столица (с сокращением с 38,6 и 0,567 до 26,2 и 0,481), а замыкающее положение от Ивановской области (7,6 и 0,311) перешло к Тверской (с увеличением до 10,6 и 0,359). Изначальная слабость сопряженности данных коэффициентов с анализируемыми демографическими показателями и ее элиминация в динамике может объясняться недостаточной чувствительностью официальных оценок к масштабам истинного неравенства.

Социальное благополучие во многом зависит от криминогенной обстановки, активности правоохранительных органов в выявлении и профилактике преступных деяний. В 2005 г. на 100 тыс. наших соотечественников приходилось 2 477 правонарушений, в 2013 г. – 1 537 (-37,9%), меньше всего в Северо-Кавказском ФО –

соответственно, 1 028, в 3,3 раза меньше, чем в Уральском (3 405), и 748, в 2,9 раза меньше, чем в Дальневосточном (2 141). Сокращение сводится к минимуму в Южном ФО (-25,9% - с 1 715 до 1 271) при максимуме в Приволжском (-47,1% - с 2 654 до 1 403). На старте полярные значения по регионам различались в 13,1 раза (343 в Республике Ингушетия против 4 492 в Пермском крае), через 8 лет – в 11,8 раза (272 в Чеченской Республике против 3 203 в Забайкальском крае).

В целом по стране прямая связь преступности с фертильностью сохраняется (+0,3, хотя в пределах Северо-Кавказского и Дальневосточного ФО она остается обратной), а со смертностью взрослых усиливается (с +0,5 до +0,7). Ее обратной корреляцией с младенческой смертностью выделяются те же Северный Кавказ (-0,6 - -0,8) и Дальний Восток (-0,2 - -0,3) при общероссийских колебаниях чуть выше нулевой отметки.

Выводы. Таким образом, позитивная динамика медико-демографической ситуации на фоне реализации масштабных национальных проектов в социальной сфере не сопровождается расширением оазисов зачастую неправдоподобного благополучия, а инвестиции в проблемные зоны, не подкрепленные научно обоснованной стратегией и тактикой вмешательств, не дают ожидаемого эффекта. Диверсификация возрастной структуры населения по регионам требуют отказа от нестандартизованных показателей смертности и рождаемости при региональных сравнениях, анализе и контроле динамики. Особую озабоченность вызывает мощное влияние криминалитета, лишь в незначительной мере раскрываемое правоохранительными органами.

Краткосрочная перспектива омрачается экономической рецессией, исчерпанием потенциала урбанизации, низким качеством образования, приобретаемого на коммерческой основе, ограничением доступности эффективной медицинской помощи, а главное – форсированным старением населения. В этих условиях особенно пагубны конъюнктурные искажения официальной статистики, поверхностная интерпретация динамических сдвигов, игнорирование деструктивных корреляционных зависимостей.

Литература.

1. Баранов И.Н. Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг / Конкуренция и конкурентная политика. – М., 2008. – С. 207-241.
 2. Белов В.Б., Роговина А.Г. Проблемы повышения рождаемости на современном этапе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008. - № 6. - С. 3-6.
 3. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // СОЦИС. – 2004. - № 3. – С. 126-137.
 4. Щепин О.П., Купеева И.А., Щепин В.О., Какорина Е.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. – М, 2007. – 360 с.
-
-

Руселевич М. В.¹

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, СОПУТСТВУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫМ АЛЛЕРГОЗАМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

¹ Медицинский центр ООО «Медаком Крым», Россия

Roselewicz M. V.¹

INTEGRATED MEDICAL-STATISTICAL ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO RESPIRATORY ALLERGIES IN CHILDREN

¹ Medical center “Mediacom Kriym”, Russia

Руселевич Майя Викторовна – к.м.н., директор медицинского центра ООО «Медаком Крым», 299003, г. Ставрополь, ул. Толстого Льва, д.19

Резюме. Дифференцированный подход к терапии больных детей с респираторными аллергиями пыльцевой этиологии должен включать в себя не только комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, но и предусматривать соблюдение основных принципов в выборе профилактических мер с учетом медико-социальных