

УДК 614.1+312.2(571.63)

Е.Б. Кривелевич, О.И. Мажуга, И.В. Непрокина

МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОСТА ДЕПОПУЛЯЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРИМОРЬЕ

Владивостокский государственный медицинский университет, Уссурийский государственный педагогический институт

Ключевые слова: депопуляция, смертность, естественная убыль населения.

Современная демографическая ситуация в Приморье и в целом по стране характеризуется как сложная и напряженная. Для большинства регионов Российской Федерации среди важнейших проблем и процессов демографического развития начала XXI века следует выделять следующие:

1) депопуляция — сокращение численности населения,

- 2) естественная убыль населения,
- 3) постарение населения,
- 4) сокращение ожидаемой продолжительности жизни,
- 5) деградация генофонда нации.

В государственном докладе о здоровье населения и аналитической справке «Здоровье населения России в 1993 г.» сказано: «Разницу между возрастающей смертностью и сокращающейся рождаемостью в Российской Федерации (и особенно в ее русских регионах) позволяют охарактеризовать Россию как страну с вырождающимся населением» [4]. Приморский край не является исключением. В 90-е годы XX века в Приморье произошел переход к депопуляционному характеру развития демографических процессов, установился тип воспроизводства населения, характерный для долгожующих стран [1]. Установились режимы сверхсмертности мужчин и высокий уровень смертности экономически активного населения, сохранилась низкая общая средняя продолжительность предстоящей жизни, появилась опасность вымирания русского этноса.

Сокращение размера естественного прироста в крае,

как и в целом по стране, наблюдалось на протяжении нескольких десятилетий, но, начиная с 1994 г., отмечено его отрицательное значение (-8411 чел.), и к 2002 году этот показатель достиг отметки -10042 чел. [1]. По мнению доктора медицинских наук проф. В.А. Овчаровой, доля трудных условий жизни, ухудшение материального комфорта составляет в общей картине снижения рождаемости примерно 30% [5]. Главной является общемировая тенденция снижения числа детей в семьях. Сейчас в нашей стране показатель суммарной рождаемости один из самых низких в мире. Демографы прогнозируют изменения его до 1,1-1,0, а это обозначает полное изменение репродуктивных установок населения большинства регионов России. Уже сейчас каждая четвертая мать единственного сына и каждая восьмая мать единственной дочери рискует пережить своих детей и остаться бездетной в старости.

В настоящее время в крае очень актуальна проблема возникшего в 90-е годы XX века феномена сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста. Согласно информации краевого комитета государственной статистики, только в 2002 г. число умерших в трудоспособном возрасте в Приморье составило 10732 чел, в том числе мужчин — 8336 чел. Из них число умерших от несчастных случаев, отравлений и травм составило 3812 чел., в том числе мужчин — 3080 чел. [4].

Таблица 1

Родившиеся, умершие и естественная убыль (прирост) населения по городам и районам Приморского края в 2002 г.

Регион	Родившиеся	Умершие		Естественный прирост (убыль)
		Всего	В т.ч. до 1 г.	
Приморский край	20816	30858	268	-10042
Арсеньев	600	961	9	-361
Артём	1046	2005	14	-959
Владивосток	5304	7585	42	-2281
Дальнегорск	491	891	6	-400
Дальнереченск	413	588	3	-175
Лесозаводск	501	706	5	-205
Находка	1677	2381	26	-704
Партизанск	489	1240	8	-751
Спасск-Дальний	500	848	7	-348
Уссурийск	1675	2499	36	-824
Анучинский	191	312	0	-121
Дальнереченский	168	214	3	-46
Кавалеровский	326	589	3	-263
Кировский	357	409	5	-52
Красноармейский	269	303	2	-34
Лазовский	200	235	1	-35
Лесозаводский	117	157	3	-40
Михайловский	393	636	5	-243
Надеждинский	432	687	11	-255
Октябрьский	419	602	13	-183
Ольгинский	129	156	1	-27
Партизанский	327	474	5	-147
Пограничный	276	321	0	-45
Пожарский	410	503	7	-93
Спасский	362	550	8	-188
Тернейский	177	190	1	-13
Уссурийский	264	388	4	-124
Ханкайский	344	438	4	-94
Хасанский	451	486	6	-35
Хорольский	425	576	4	-151
Черниговский	447	741	8	-294
Чугуевский	346	512	6	-166
Шкотовский	298	483	2	-185
Яковлевский	213	296	3	-83

Резкое падение уровня жизни в регионе в большей мере определило ухудшение здоровья населения, увеличение заболеваемости и, как следствие, коэффициентов общей и возрастной смертности (табл. 1).

Главными причинами высокой и растущей смертности в крае являются:

- 1) старение населения,
- 2) недостаточное развитие сети качественных и доступных учреждений здравоохранения,
- 3) относительно высокий уровень производственного травматизма,
- 4) алкоголизм и наркомания,
- 5) влияние отрицательных изменений экологической обстановки,
- 6) феномен сверхсмертности (особенно мужчин),
- 7) огромная психологическая нагрузка, приходящаяся в первую очередь на женщин, их переутомление, и как следствие повышение заболеваемости и рождение физически ослабленных детей,
- 8) резкое снижение уровня благосостояния и ухудшение питания населения.

По определению Всемирной организации здравоохранения здоровье — это состояние и осознание своего полного физического, духовного, социального благосостояния, а не только отсутствие болезни и физических дефектов у человека. По данным ВОЗ, здоровье, в основном определяющее благосостояние людей, зависит на 55% от условий и образа жизни, на 20% — от генетических факторов, на 25% — от состояния окружающей среды, на 15% — от деятельности учреждений здравоохранения [2]. Трудно ожидать, что приморские жители могут обладать отменным здоровьем, если значительная его часть живет в экологически неблагоприятных условиях.



Рис. 1. Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти в Приморском крае (на 100 тыс. населения).

Среда обитания играет большую роль в формировании индивидуума и популяции. На конференции ООН по окружающей среде и развитию (Рио-де-Жанейро, 1992) наша страна была названа в группе самых загрязненных в экологическом отношении регионов земного шара, что, естественно, сказывается на здоровье людей, ее населяющих.

Значительное количество городского населения юга Приморского края (свыше 40%) проживает на территориях с очень высоким уровнем загрязнения атмосферы. Это сказывается на качестве здоровья населения и объясняет высокий уровень заболеваемости [3]. За пять последних лет в крае резко повысилась заболеваемость всего населения, в том числе за счет роста уровня заболеваемости органов пищеварения в 2–4 раза. У взрослых наблюдалась некоторая стабилизация показателей болезней системы кровообращения, кожи и нервной системы. У подростков и детей выявлен значительный рост заболеваемости мочеполовой системы, кожи, нервной системы, а у детей — также инфекционной патологии. Заболеваемость городских жителей Приморья превышает уровень заболеваемости сельского населения: у взрослых на 35,4%, у подростков на 1,5%, у детей на 40%.

Повышение уровня заболеваемости ведет к повышению смертности. В структуре причин смерти первые места заняли болезни системы кровообращения, отравления и травмы, несчастные случаи (рис. 1). Из-за биологической нестойкости мужчин их смертность гораздо больше, чем у женщин. У мужчин особенно велика смертность от неестественных причин (убийства, травмы, суициды и т.д.).

С начала 1995 г. в Приморье отмечается стабильный рост числа смертей от инфекционных и паразитарных заболеваний — с 40,7 в 1995 г. до 43,7 чел. на 100 тыс. трудоспособного населения в 2003 г. С 1990 г. в крае существенно увеличилась смертность, особенно мужская, от болезней органов дыхания (в том числе туберкулеза): с 14,9 в 1990 г. до 59,7 чел. на 100 тыс.

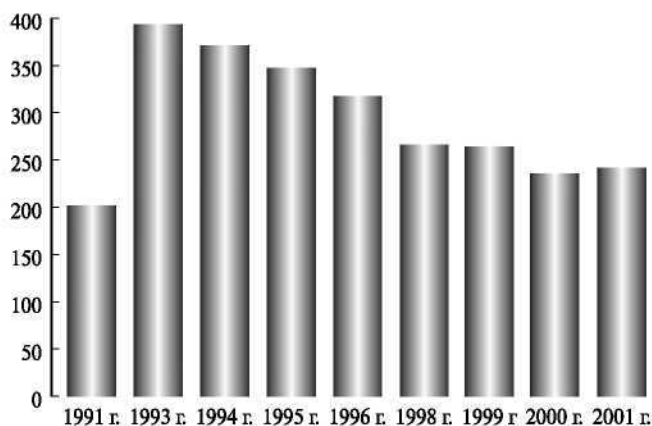


Рис. 2. Коэффициенты смертности в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти в Приморском крае (на 100 тыс. трудоспособного населения).

трудоспособного населения в 2000 г. Максимальное число смертей пришлось на группу насильственных причин, включающую несчастные случаи, отравления (часто алкогольные), травмы, наркотические передозировки. С 1990 по 2000 г. этот показатель в разные годы колебался от 202 до 393,5 на 100 тыс. трудоспособного населения (рис. 2).

Проблема роста депопуляционных процессов в крае является не только актуальной, но и первостепенной. Стабилизация естественного прироста населения, уменьшение общих коэффициентов смертности, увеличение рождаемости возможно при условии изменения не только социально-экономической обстановки, улучшения экологии, но и повышения качества учреждений здравоохранения. А этот процесс займет не один год.

Литература

1. *Демографическая ситуация в Приморском крае: статистический ежегодник*. — Владивосток: Примкрай-стат, 2003.
2. *Доклад конференции ООН по окружающей среде и развитию*. — Нью-Йорк, 1992.

3. Журавская НС, Гику П.Ф. // *Здоровье населения Приморского края*. — Владивосток, 1997. — С. 232-246.
4. *Здоровье населения и среда обитания: Инф. бюл. Госкомсанэпиднадзора*. — М., 1995. — №5.
5. Овчарова В.А. *Путь в XXI век*. — М., 1999.

Поступила в редакцию 16.11.03.

MEDICO-GEOGRAPHIC ASPECTS OF INCREASE IN DEPOPULATION PROCESSES IN PRIMORYE

E.B. Krivelevich, O.I. Mazhuga,
I. V. Neprokina

Vladivostok State Medical University,
Ussuriysk State Teacher's Training College

Summary — The authors describe the present-day demographic setting in Primorsky region of the Russian Federation, which is characterized as depopulation associated with the reproduction of population being typical for the countries waging a war for a long while. They show both high death rate among the economically active population and low average forthcoming life interval, and draw a conclusion that the stabilization of the natality, diminution of the mortality and increase of the birth rate are possible when improving the social and economic situation and environment, as well as the quality of public medical care.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 1, p. 90-92.

УДК616.74-018.38+616.72-018.36-002]-002.5-07

А.И. Тазалов

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ТЕНОСИНОВИТЫ КИСТИ

Николаевская больница Дальневосточного
окружного медицинского центра МЗ РФ
(г. Николаевск-на-Амуре)

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, диагностика.

При росте заболеваемости туберкулезом легких среди населения России [4] можно предположить рост заболеваемости и внелегочными формами этой инфекции. В литературе последних 10 лет не удалось найти статистических сведений о частоте встречаемости внелегочного туберкулеза среди населения в Российской Федерации.

В практике общего хирурга чаще встречается костно-суставной туберкулез и туберкулез мочевой системы, и очень редко встречается туберкулез синовиальных влагалищ и слизистых сумок [3]. Последние формы заболевания, как правило, поздно диагностируются и нередко приводят к потере функции пораженных отделов конечностей [2]. Некоторые авторы отмечали рост заболеваемости внелегочным туберкулезом среди медицинского персонала общелечебной сети, а не только у работников противотуберкулезных учреждений [1]. Подтверждением этому служит следующее наблюдение.

Больная К., 49 лет, медицинская сестра, в контакте с больными туберкулезом могла оказаться только случай-

но (при нахождении таких больных в терапевтическом отделении больницы, где она работала). Контакт с больными животными исключен. Заболела в начале декабря 2001 г., когда появилась боль в области правого лучезапястного сустава с иррадиацией в первые три пальца и кончик IV пальца, парестезии в пальцах правой кисти. Попеременно лечилась то у хирурга, то у невропатолога с диагнозом: «Синдром запястного канала». Проводилось лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, вводились гормоны с анальгетиками, выполнялись физиопроцедуры. Стойкого эффекта не было. Постепенно появилось ограничение сгибания пальцев, нарастали парестезии в зоне иннервации срединного нерва. 14.05.2002 г. выявлен серозный локтевой бурсит справа, после пункции и эвакуации серозной жидкости воспаление было «купировано».

Боли, парестезии в пальцах правой кисти нарастали. Консультирована на одной из хирургических кафедр ДВГМУ, диагноз не установлен. В связи с неэффективностью консервативной терапии 06.06.2002 г. выполнена операция рассечения поперечной связки запястного канала. После вмешательства боли и парестезии в пальцах кисти уменьшились, но через неделю на ладони возникла тестоватая припухлость с розово-синюшной окраской кожи над ней, а вскоре у дистальной ладонной складки открылся свищ со скудным серозно-фибринозным отделяемым. Через две недели на фоне применения пенициллина и стрептомицина свищ закрылся, кожа ладони приобрела обычную окраску. Однако в середине сентября 2002 г. вновь усилились ноющие боли в правой кисти, наросли парестезии в пальцах. У основания возвышения I пальца возникла тестоватая припухлость с розово-синюшной окраской кожи над ней и размягчением в центре. Образование было вскрыто (подозревался абсцесс), выделилось около 10 мл серозной жидкости с «некротическими тканями».

Больная после этого консультирована хирургом отделения хирургии кисти Хабаровской краевой больницы — выставлен диагноз «Абсцесс правой кисти», рекомендовано противовоспалительное лечение.