

СОЦИОЛОГИЯ

В.Ф. Алиева

**СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ДАГЕСТАНЕ
(По данным Всесоюзной 1989 г. и Всероссийской
2002 г. переписей населения)**

В Дагестане в первом полугодии 2005 года родилось 3905,5 человек, умерло – 1573,1. Прирост населения составил 2333,4 человека, или 2,4% населения (7).

Дагестан остается одним из немногих субъектов Российской Федерации, где сохраняется естественный прирост населения и обеспечивается его всепроизводство (замещение поколений родителей их детьми).

Таблица 1

Смертность населения Дагестана

Годы	Тысяч человек			Умерло на 1000 населения		
	Все население	Город	Село	Все население	Город	Село
1990	11,5	4,5	7,0	6,2	5,6	6,8
1997	15,6	5,9	9,7	7,5	6,8	8,0
1999	16,0	6,1	9,9	7,5	7,0	7,8
2001	15,2	5,8	9,4	7,0	6,8	7,2
2002	15,9	5,9	9,9	7,3	6,8	7,5

Составлено по: Демографический ежегодник. 2001 г. Махачкала, 2002. С. 82–84.

Из таблицы 1 видно, что самая низкая смертность населения была в 1990 г. – 11,5 тыс. человек или 6,2 ‰.

Начиная с 1997 года, смертность стала расти и в 2002 г. достигла 15,9 тыс. человек. Снижение смертности по республике не наблюдается, в 2002 г. по сравнению с 1990 г. она увеличилась на 1,1 ‰ (на тысячу человек населения).

В целом по республике коэффициент смертности в 2002 г. по сравнению с 2001 г. увеличился на 0,3 ‰, в городе он не изменился и составил 6,8 ‰, а в сельской местности смертность увеличилась на 0,3 ‰, поэтому говорить о какой-то стабилизации ее уровня не следует.

Уровень общей смертности различен по городам и селам республики. В высокогорных районах, где медицинская помощь населению малодоступна, показатели смертности высокие. Большая преждевременная смертность выявлена в Хивском, Цумадинском, Цунтинском, Акушинском, Дахадаевском, Кайтагском, Тарумовском районах и городах: Южно-Сухокумске, Махачкале, Хасавюрте.

Основными причинами смерти в 2002 г., как и в предыдущие годы, являются: болезни системы кровообращения, органов дыхания, новообразований, а также несчастные случаи и травмы.

Причинами ухудшения состояния здоровья населения являются ухудшающаяся эпидемиологическая ситуация, артериальная гипертония, а за последнее время ими стали также неблагоприятные социальные факторы, являющиеся источником стрессовых напряжений и риска возникновения артериальной гипертонии, падение жизненного уровня большей части населения, психологическая неуверенность в завтрашнем дне, снижение у большинства населения возможностей организации активного отдыха. Неблагоприятная ситуация усугубляется некачественной работой органов и учреждений здравоохранения. Несвоевременная диагностика и

неэффективное лечение приводят к развитию тяжелых форм артериальной гипертонии и обусловленных ею сердечно-сосудистых заболеваний.

Рассмотрим показатели детской смертности в перинатальном периоде (в возрасте до 7 дней. – Авт.).

Таблица 2

Перинатальная смертность по республике

Годы	Умершие в перинатальном периоде			Коэффициент перинатальной смертности (на 1000 родившихся живыми, мертвыми)		
	Всего	в том числе		Всего	в том числе	
		мертво-рожденные	умершие в возрасте до 7 дней		мертво-рожденные	умершие в возрасте до 7 дней
1989	866	597	269	17,9	11,9	5,3
1990	765	500	265	15,7	10,3	5,4
1997	572	316	256	13,8	7,6	5,2
1998	617	314	303	14,9	7,6	7,3
2001	503	237	266	12,9	6,1	6,9
2002	552	229	232	13,3	5,5	7,8

Составлено по: Демографический ежегодник 2002 г. Махачкала, 2003. С. 115.

Из таблицы 2 видно, что показатель умерших в перинатальном периоде было в 1989 г. самым большим – 597 детей, уменьшение на 360 человек произошло в 2001 г., а в 2002 г. смертность увеличилась по сравнению с 2001 г. на 49 детей. Умерших детей в возрасте до 7 дней было больше в 1998 г. Коэффициент смертности мертворожденных самым большим был в 1989 г. – 11,9 %, а самым низким в 2002 г. – 5,5 %.

Коэффициент смертности в возрасте до 7 дней был самым большим в 2002 г. – 7,8 %, а самым низким в 1997 г. – 5,2 %.

Таблица 3

Перинатальная смертность в городах и сельской местности

Годы	Умершие в перинатальном периоде			Коэффициент перинатальной смертности (на 1000 родившихся живыми, мертвыми)		
	Всего	в том числе		Всего	в том числе	
		мертво-рожденные	умершие в возрасте до 7 дней		мертво-рожденные	умершие в возрасте до 7 дней
1989	486	333	153	25,0	17,1	7,9
1990	484	303	171	25,0	16,0	9,0
1997	286	188	98	21,2	14,0	7,3
1998	336	204	132	24,4	14,8	9,6
2001	333	160	173	24,7	11,9	12,8
2002	364	161	203	24,5	10,8	13,6
1989	380	264	116	12,3	8,6	3,8
1990	291	197	94	6,6	3,2	3,2
1997	286	128	158	10,2	4,6	5,6
1999	288	169	119,4	22,4	13,2	9,3
2001	170	77	93	6,7	3,1	3,7
2002	188	68	120	7,1	2,6	4,5

Составлено по: Демографический ежегодник 2001 г. С. 105–106; 2002 г. С. 115–116.

Как ни странно, но показатели перинатальной смертности в сельской местности Дагестана намного ниже, чем в городах. В сельской местности нет точного учета этих показателей. Родильные дома находятся в районных центрах, а смертность детей, рожденных вне этих учреждений, не всегда фиксируется.

В перестроечный период в городах умерших детей до семи дней было больше в

2002 г. – 13,6 ‰, а в сельской местности в 1999 г. – 9,3 ‰ (См. табл. 3).

Многих детей можно было бы спасти, если бы все роддома были оснащены необходимым оборудованием, а медицинский персонал более ответственно относился к появлению новой жизни и умел квалифицированно ухаживать за слабыми младенцами.

Таблица 4

Умершие в возрасте до 1 года по основным классам причин смерти. Все население

Причины смерти	1991	1997	1999	2000	2001	2002
Умершие до 1 года от всех причин:	1054	783	885	709	683	723
в том числе:						
от инфекционных и паразитарных болезней	266	88	154	95	91	71
от болезней нервной системы и органов чувств	16	15	34	20	18	23
от болезней органов дыхания	251	266	189	154	129	121
от болезней органов пищеварения	5	4	–	6	1	3
от врожденных аномалий	137	119	95	130	113	141
от некоторых причин перинатальной смерти	268	212	303	238	285	324
от несчастных случаев, отравлений и травм	44	37	33	25	21	18

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 124; 2002 г. С. 134.

Из таблицы 4 видно, что причинами высокой смертности детей до одного года в республике были: врожденные аномалии, некоторые причины перинатальной смерти, болезни органов дыхания.

Таблица 5

Умершие в возрасте до одного года по основным классам причин смерти. Городское население

Причины смерти	1991	1997	1999	2000	2001	2002
Умершие до 1 года от всех причин:	367	190	269	219	269	315
в том числе:						
от инфекционных и паразитарных болезней	69	13	33	20	12	16
от болезней нервной системы и органов чувств	6	5	6	12	8	3
от болезней органов дыхания	48	39	40	31	28	33
от болезней органов пищеварения	2	1	–	4	–	–
от врожденных аномалий	66	36	40	44	54	56
от некоторых причин перинатальной смерти	152	79	122	96	161	198
от несчастных случаев, отравлений и травм	10	7	6	5	3	2

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 125; 2002 г. С. 135.

Таблица 6

Умершие в возрасте до одного года по основным классам причин смерти. Сельское население

Причины смерти	1991	1997	1999	2000	2001	2002
Умершие до 1 года от всех причин:	687	593	616	490	414	408
в том числе:						
от инфекционных и паразитарных болезней	197	75	46	75	79	55
от болезней нервной системы и органов чувств	10	10	28	8	10	20
от болезней органов дыхания	203	227	149	123	101	88
от болезней органов пищеварения	3	3	3	2	1	3
от врожденных аномалий	71	83	55	86	59	85
от некоторых причин перинатальной смерти	116	133	181	142	124	126
от несчастных случаев, отравлений и травм	34	31	27	20	18	16

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 126; 2002 г. С. 136.

Из данных таблицы 5 видно, что в городах наибольшее количество детской смертности до 1 года происходило от некоторых причин перинатальной смерти, врожденных аномалий и болезней органов дыхания.

В сельской местности так же наибольшее количество смертей происходило от некоторых причин перинатальной смерти, болезней органов дыхания и врожденных аномалий (Табл. 6).

В сельской местности от болезней органов дыхания умирает больше детей, чем в городах, а в городах больше детей умирает, особенно в последние годы, от некоторых причин перинатальной смерти.

В Дагестане формирование и развитие детского населения имеет свои особенности. До 40% детей проживают в многодетных семьях. Нельзя не учитывать и тот факт, что в республике имеется 80% малообеспеченных семей, в числе которых преимущественно многодетные.

Не снижается уровень заболеваемости как среди женского, так и среди детского населения. Показатель заболеваемости женщин по городам на 32% больше, чем в сельской местности. 22,8% женщин детородного возраста страдают анемией, 11,0% – заболеваниями сердечно-сосудистой системы, 10,6% – патологией почек, 7,7% – заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 12,1% – гинекологическими болезнями.

По данным Минздрава республики за 2002 г. у 59,1% беременных регистрировалась выраженная анемия, у 13,4% – патология мочевой системы, у 8,2% – болезни системы кровообращения, у 1,1% – дисфункция щитовидной железы. Почти в два раза выросла частота гестозов. Около 30% беременностей искусственно прерываются.

Из приведенных выше данных видно, что в Дагестане индекс здоровья женщин низкий, отсюда и высокий показатель материнской смертности: в 1995 г. – 53,7; в 2001 г. – 45,5 на 1000 новорожденных. В структуре смертей преобладают гестозы и кровотечения во время родов.

Показатели материнской смертности в разных странах неодинаковые: от 870 человек – в некоторых африканских государствах до 1–3 человека в Канаде и Швеции на 100 тысяч родов. В большинстве экономически развитых держав (США, Англия, Франция, Германия, Япония, Израиль и др.) этот показатель составляет менее 10 смертей.

Низкий индекс здоровья женщин определяет высокий процент (до 35%) новорожденных детей с небольшим ростом и малым весом.

Ухудшается качество здоровья детей, увеличивается число фоновых состояний на первом году жизни (гипотрофии, анемии, рахиты). Среди детей не более 30% относятся к группе относительно здоровых.

Полноценное питание получает лишь одна треть новорожденных. Доля детей, находящихся на грудном вскармливании до возраста 6 месяцев, составляет всего 35%.

Продолжается рост заболеваемости детей, обусловленный врожденной и наследственной патологией, риск которой в Дагестане велик, ввиду наличия географических изоляторов (высокогорье), изолированных этнических групп. Много заболеваний связаны с генетически детерминированной патологией (психоневрологической, ортопедической, почечной и др.). В республике числится 5039 детей-инвалидов, заболевания которых обусловлены наследственной и врожденной патологией.

Плохая материально-техническая база абсолютного большинства родовспомогательных и детских учреждений, особенно в сельской местности, недостаточная оснащенность лабораторий, отсутствие диагностической и лечебной аппаратуры, выраженный дефицит лекарств – все это является условиями, поддерживающими высокий уровень материнской и детской смертности.

Профессиональная некомпетентность части медицинских работников также является причиной смертности матерей и детей.

Доказано, что исход беременности в равной степени зависит как от качества медицинской помощи, так и от самой женщины. Низкий уровень санитарной культуры и отсутствие заботы о собственном здоровье, имеющиеся у значительной части населения, как и ответственности за сохранение жизни каждого рожденного ребенка, способствуют поддержанию высокого уровня смертности у детей и рожениц.

Таблица 7

Умершие в трудоспособном возрасте

Годы	Всего умерло	На 1000 человек населения
1989	2826	3,02
1991	2968	3,09
1997	3837	3,5
1999	3804	3,31
2000	3641	3,1
2001	3617	2,98
2002	3703	2,98

Составлено по: Демографический сборник 2002 г. С. 90.

Как видно из таблицы 7, количество смертей в трудоспособном возрасте очень велико. Особенно оно возросло во время перестройки, поскольку социально-экономические изменения, происшедшие в стране, пагубным образом сказались на состоянии здоровья большинства населения.

Таблица 8

Умершие по основным классам причин смерти
в трудоспособном возрасте (все население)

Причины смерти	1991	1997	1999	2001	2002
Всего умерших от всех причин:	2968	3837	3804	3617	3703
в том числе:					
от инфекционных и паразитарных болезней	180	385	408	326	340
от новообразований	583	565	562	612	577
от болезней системы	858	927	840	830	857

кровообращения					
от болезней органов дыхания	132	168	177	155	120
от болезней органов пищеварения	115	173	129	153	205
от несчастных случаев, отравлений и травм	854	1092	1265	1023	1040

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 118; 2002 г. С. 128.

В Дагестане больше всего людей умирают в трудоспособном возрасте от несчастных случаев (катастрофы, аварии, конфликты), отравлений и травм в 2002 г. их смертность составила 1040 человек. Много людей умерло в 2002 г. и от болезней кровообращения – 857 человек, а так же от новообразований – 577 человек. От несчастных случаев, отравлений и травм в 1997 г. умерло больше людей, чем в 2002 г. на 52 человека. От заболеваний системы кровообращения – на 70 человек, а от новообразований больше людей умерло в 1991 г. по сравнению с 2002 г. на 6 человек (Табл. 8).

Таблица 9

Умершие по основным причинам смерти
в трудоспособном возрасте
Городское население

Причины смерти	1991	1997	1999	2001	2002
Всего умерших от всех причин:	1377	1733	1779	1645	1673
в том числе:					
от инфекционных и паразитарных болезней	96	210	233	170	172
от новообразований	297	295	255	305	282
от болезней системы кровообращения	393	408	417	369	385
от болезней органов дыхания	50	60	68	51	47
от болезней органов пищеварения	65	75	61	68	98
от несчастных случаев, отравлений и травм	366	465	525	431	414

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 119; 2002 г. С. 129.

Из таблицы 9 видно, что самая большая смертность в трудоспособном возрасте была в 1999 г. – 1779 человек, немало умерло и в 2002 г. – 1673 человека, на 106 человек меньше.

Как в целом по республике, так и в городах больше всего людей в трудоспособном возрасте умерло от несчастных случаев, отравлений и травм, а также от болезней системы кровообращения и новообразований.

Таблица 10

Умершие по основным причинам смерти
в трудоспособном возрасте.
Сельское население

Причины смерти	1991	1997	1999	2001	2002
Всего умерших от всех причин:	1591	2104	2025	1972	2030
в том числе:					
от инфекционных и паразитарных болезней	84	175	175	156	167
от новообразований	286	270	307	307	295

от болезней системы кровообращения	465	519	423	461	472
от болезней органов дыхания	82	108	109	104	73
от болезней органов пищеварения	50	98	68	85	107
от несчастных случаев, отравлений и травм	488	627	740	592	626

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 120; 2002 г. С. 130.

Из таблицы 10 видно, что самая большая смертность в сельской местности в трудоспособном возрасте была в 1997 г. – 2104 человека, а в 2002 г. – 2030 человек, т.е. за 5 лет смертность в трудоспособном возрасте в сельской местности уменьшилась на 74 человека. В сельской местности в трудоспособном возрасте люди умирали от тех же причин, что в городах и по всей республике.

Показатели смертности преобладают среди лиц пенсионного возраста (в таблицах изданий они не выделены. – Авт.), в год умирает 1000 человек, причем мужчин – свыше 50 %. В 2002 г. от транспортных травм погибло 408 человек, ранено 1725, в 2001 г. погибло 444 человека, ранено 1558. Количество смертей в результате транспортных происшествий снизилось в 2002 г. на 36 человек, а раненых было больше на 167 человек. Это говорит о том, что от транспортных травм в 2002 г. пострадало на 131 человек больше, чем в 2001 г. По всей вероятности необходимо правоохранительным органам обратить особое внимание на дорожно-транспортную ситуацию, уровень подготовки водителей и прочее (З. С. 248).

Высокий уровень мужской смертности вызывает особую тревогу. В России она в 4,2 раза выше женской (из каждых 100 тысяч мужчин в 2002 г. в трудоспособном возрасте умерло 1256 человек, женщин соответственно – 296). В случае сохранения этой тенденции из мужчин 16-летнего возраста 2006 г. до 60 лет доживут только 54%. Уровень смертности в рабочих возрастах выше, чем столетие назад; в 1998–2003 гг. вероятность дожить до 60 лет у 16 летних юношей в 50 областях европейской части России составила 56%. В Дагестане в 2002 г. мужчин умерло больше чем женщин в 1,2 раза.

Самоубийство и убийство в России участились соответственно в 1,6 и 1,9 раз. На насильственные смерти трудоспособных граждан сегодня приходится треть погибших от всех неестественных причин. В западноевропейских странах, США и Японии уровень смертности мужчин, не достигших пенсионного возраста, в 2–5 раза ниже, чем в России (5).

Смертность мужского населения в Дагестане также выше, чем женского.

Таблица 11

Смертность мужчин и женщин

Годы	Мужчины	Женщины
Все население		
1990	6049	5433
2001	8030	7263
2002	8567	7320
Городское население		
1990	2435	2068
2001	3198	2664
2002	3375	2580
Сельское население		
1990	3614	3365
2001	4832	4599
2002	5192	1740

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 77–79; 2002 г. С. 82–84.

Из таблицы 11 видно, что как в целом по республике, так в городах и сельской местности мужчин умерло больше, чем женщин. Мужчины чаще попадают в автокатастрофы, т.к. среди них больше водителей, употребляют алкоголь и наркотики, в силу чего снижается иммунитет, что приводит к серьезным, зачастую неизлечимым болезням и в итоге к смерти.

Таблица12

Умершие в трудоспособном возрасте по полу

Годы	Мужчины (человек)	На 1000 человек населения	Женщины (человек)	На 1000 человек населения
1990	2235	4,8	650	1,4
2001	2663	4,5	450	1,5
2002	2813	4,6	890	1,4

Составлено по: Демографический сборник 2002 г. С. 90.

Мужчин в трудоспособном возрасте умерло больше, чем женщин в 1990 г. – на 1585 человек, или на 3,4‰, в 2001 г. – на 1709 человек, или на 3,0‰, в 2002 г. – на 1943 человека, или на 3,2‰ (Табл. 12).

Наибольшая смертность людей в трудоспособном возрасте отмечалась в 2002 г. В этом возрасте больше погибает людей 20–40 лет, т.к. это самый подвижный контингент населения. Они уезжают на заработки в центральные районы России, страны СНГ и в дальнее зарубежье, и там часто умирают и гибнут. Люди часто погибают от несчастных случаев на производстве, т.к. охрана труда слабо организована, от инфекционных болезней и т.д.

Уезжать людей заставляет безработица. В Дагестане она самая высокая в горной местности, где филиалы от производств перестали функционировать, распались колхозы и совхозы, нет работы, даже специалисты с высшим образованием не могут трудоустроиться.

В 2002 г. в ходе всеобщей диспансеризации детского населения осмотрено 98% детей. Из них у более 65% выявлены отклонения в состоянии здоровья. Выросла заболеваемость детей среди всех возрастных групп, от 0 до 14 лет – на 59%. По итогам диспансеризации признаны здоровыми 36,3% подростков, а имеющими заболевания – 960,3 на 1000 подростков (по РФ – 934,4). Физическая подготовленность у 27,8% подростков признана ниже средней, у 49,6% – средней, у 22,4% – выше средней.

Состояние здоровья детей тесно связано с состоянием самотического и репродуктивного здоровья населения, и прежде всего женщин.

Уровень общей заболеваемости женщин составляет 57,3%, показатели заболеваемости девочек-подростков на 10% выше, чем у юношей.

Показатели нездоровых людей (37,6%) и заболеваемости (4,7%) населения значительно превышают средние показатели по России. Тем не менее, в республике мало полноценных функциональных кабинетов, оснащенных современной диагностической аппаратурой.

Сложнейшей медико-социальной проблемой остается онкологическая заболеваемость. В 1,5–2 раза она превышает средний по республике показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в Гергебильском, Гунибском, Унцукульском, Карабудахкентском районах и в г. Кизилюрте. Профилактическая работа по выявлению онкологической патологии малоэффективна.

Уровень эндокринной патологии также вызывает озабоченность своей социальной значимостью. Так, сахарный диабет поздними осложнениями увеличивает преждевременную смерть, занимая третье место в мире. В 2002 г. в республике выявлено и взято на учет 1290 человек больных сахарным диабетом. В 2002 г. в десяти

обследованных районах из числа охваченных профилактическим осмотром 16,6% больных были поражены эндокринологической патологией.

Эпидемиологическая обстановка по инфекционным и паразитарным болезням в 2002 г. оставалась напряженной, хотя их число снизилось по сравнению с предыдущим годом на 31,7%. Республика является одной из неблагополучных территорий Российской Федерации по острокишечным инфекциям (2. С. 306). Это связано с неблагополучной санитарно-гигиенической обстановкой, неудовлетворительным состоянием водопроводных сетей. Более половины населения вынуждены использовать для питья воду, не отвечающую гигиеническим нормативам.

С 2000 г. в республике регистрируются случаи конго-крымской геморрагической лихорадки. В 2002 г. зарегистрировано 7 случаев. С целью недопущения распространения инфекции ежегодно проводятся противоэпидемические мероприятия, но природные очаги в связи со стойкостью возбудителя болезни представляют постоянную угрозу для здоровья населения.

Быстрыми темпами растет заболеваемость вирусными гепатитами. В 2002 г. республиканская целевая программа "Профилактика вирусного гепатита «В» не финансировалась из республиканского бюджета, в таком же состоянии находятся территориальные программы, принятые в 11 администрациях.

Краевыми патологиями (сложные заболевания. – Авт.) в республике являются заболевания почек и мочевыводящих путей, прогрессирует рост больных с мочекаменной болезнью. Не менее тревожна ситуация сложилась с неврологической заболеваемостью. За последние 10 лет удвоилось число совершаемых общественно опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами. Совместно с сотрудниками Института имени В.П. Сербского в 2002 г. психиатрической службой республики проделана значительная работа по оказанию специализированной помощи пострадавшим от террористического акта в г. Каспийске.

Наметилась стабилизация с болезнями, вызываемыми вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

В Дагестане «... за период 1988–2002 гг. всего зарегистрировано 298 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе в 2002 г. 51 случай, из них 27 случаев, выявленных и зарегистрированных в республике, 10 – в спецучреждениях УИН Минюста РФ по РД, 10 – инфицированных за пределами республики. Всего на диспансерном учете на конец 2002 г. состоит 192 ВИЧ-инфицированных, за весь период регистрации умерло 28 человек, в том числе от СПИДа – 15, из них 5 детей до 14 лет» (2. С. 308). По сравнению с 2001 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией снизилась на 1,1 раза и составила 1,24 на 100 тыс. населения (по РФ–30,75).

В эпидемиологический процесс вовлечены 8 городов и 23 района республики, но, целевые программы "Анти-ВИЧ/СПИД", реализуемые на этих территориях, не финансируются из местных бюджетов (2. С. 308).

Следует отметить, что восприимчивость к Вич/СПИД – поголовная, смертность от нее 100%.

Раньше эта была болезнь определенных социальных групп, а сегодня в немалой степени в результате неадекватных установок. Всемирной организации здравоохранения, которая категорически возражала против любого вида обязательного обследования ВИЧ-инфицированных, заявляя, что при этом нарушаются права человека, риску подвергаются абсолютно все.

Защищая права больного, врачи попирают права здорового человека. Да, действительно каждый человек имеет право на тайну своего заболевания, но только до тех пор и в том случае, если это заболевание не опасно для окружающих. Больному СПИД-инфекцией нельзя находиться в обычных поликлиниках, роддомах. Детей, больных СПИДом, нельзя держать со здоровыми детьми в роддомах, школах.

Исходя из всего этого, необходимо требовать от властей выделения больным ВИЧ/СПИДом санаториев (специальные лечебные профилактические учреждения), где

были бы все условия для проживания человека с семьей и обучения детей. Врачи же обязаны проводить среди них профилактическую работу.

Серьезную озабоченность вызывает употребление некачественных продуктов питания, что в свою очередь способствует появлению, например, стенокардии, диабета и некоторых видов новообразований (желудка, пищевода, прямой кишки).

Большой проблемой для общества является потребление некоторой его частью алкоголя, никотина, наркотических средств. За 7 последних лет количество наркологических больных увеличилось в 2,8 раза. Только за 2002 г. взято на учет 414 наркоманов, из них 193 шприцевых. В основном это лица до 30 лет. Заболеваемость городского населения среди наркоманов в 3 раза выше, чем сельского. Из числа наркоманов только 10% работающих (2. С. 309).

Нарастает напряженность в санитарно-гигиенической обстановке: увеличивается число инфекционных заболеваний, которые по своей медицинской и социально-экономической значимости остаются наиболее актуальной проблемой в здравоохранении РД. Ежегодно в республике регистрируется около 250–300 тысяч инфекционных заболеваний, суммарный экономический ущерб от которых исчисляется сотнями миллионов рублей в год.

Также способствуют сохранению инфекции в окружающей среде географические особенности республики, что подтверждается постоянными высевами холерных вибрионов из объектов, которые поддерживают эпидемиологическую напряженность и затрудняют проведение противохолерных мероприятий.

Высокая заболеваемость кишечными инфекциями, в т.ч. и холерой, зависит от крайне недостаточного уровня коммуникационного благоустройства населенных пунктов – от водоснабжения, канализации и качества их очистки. Отсутствует возможность обеспечения противэпидемического режима в условиях сельских населенных пунктов и городов, сточные воды которых в больших объемах сбрасываются в открытые водоемы, используемые для рекреационных целей. Санитарное состояние большинства городов и районов республики неудовлетворительное.

Но охрана здоровья не сводится только к оказанию медицинской помощи. Необходимо, прежде всего, обустроить среду обитания, которая была бы благоприятной для человека (от того, какую воду пьем, что едим, чем дышим, зависят многие параметры нашей жизни). Не последнюю роль здесь играют проведение эффективной демографической политики, переоснащение рабочих мест, профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни и т.д.

Понятно, что проблема эта комплексная и никакому ведомству в одиночку с ней не справиться. За состояние здоровья населения должно отвечать руководство страны. Именно по качеству жизни следует оценивать деятельность Президента, Федерального собрания, Правительства РФ и республик, администраций краев и областей.

Угрожающей проблемой в республике стал туберкулез, запущенные формы которого приводят к инвалидности и смерти.

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в республике остается сложной. Особенно неблагоприятная ситуация сложилась в гг. Махачкале, Каспийске, Кизилюрте, Кизляре, Хасавюрте, а также в Кизилюртовском, Ногайском, Тарумовском, Новолакском, Хасавюртовском и других районах, где заболеваемость превышает среднереспубликанский показатель в 1,5 раза. Сохраняется тяжелая эпидситуация в г. Махачкале, где выявляется каждый третий больной туберкулезом из всех зарегистрированных в целом по республике.

70% болеющих туберкулезом – лица трудоспособного возраста, т.е. это люди 20–50 лет, а пенсионный контингент составляет чуть больше 10%.

Следует заметить, что за 2002 г. заболеваемость снизилась на 2,8%, количество нездоровых людей уменьшилось на 14,4% на 100 тыс. человек населения. За последние годы возросло финансирование комплекса противотуберкулезных мероприятий в

рамках целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998–2004 гг.». Так, в 2002 г. из республиканского федерального бюджета на проведение программных мероприятий (приобретение медикаментов и оборудования) выделено и освоено 39,3 млн. рублей (2. С. 307–308).

Рассмотрим вопрос о продолжительности жизни людей в Дагестане.

Таблица 13

Продолжительность жизни людей в республике

Годы	Все население	Мужчины	Женщины
1989-1990	73,0	67,9	77,4
1991	72,8	67,8	77,1
1999	70,1	65,2	75,2
2000	70,7	66,3	77,8
2001	71,6	67,2	75,7
2002	71,4	66,7	76,1

Составлено по: Демографический сборник 2002 г. С. 55.

Из таблицы 13 видно, что самая высокая продолжительность жизни была в 1989–1990 гг., т.к. в те годы все люди были заняты трудом, женщинам государство уделяло много внимания (декретные отпуска, роды, занятость, устройство детей в детские дошкольные учреждения и т.д.), была стабильная жизнь.

После 1991 г. продолжительность жизни людей начала снижаться с 72,8 года до 71,4 года в 2002 г.

Продолжительность жизни мужчин ниже женщин и отмечена по всем исследуемым годам. В 1989–90 гг. она была ниже женской на 9,5 лет, а в 2002 г. на 4,7 года.

Таблица 14

Продолжительность жизни населения в городах и сельской местности.
Городское население.

Годы	Все население	Мужчины	Женщины
1989-1990	73,0	68,3	77,6
1991	72,5	67,9	76,7
1999	70,9	66,0	75,8
2000	72,0	67,7	76,2
2001	72,3	67,8	76,5
2002	72,3	67,4	77,4
Сельское население			
1989-1990	72,8	67,6	77,2
1991	73,0	67,9	77,3
1999	69,8	64,7	74,6
2000	69,9	65,5	74,1
2001	71,2	66,9	75,2
2002	71,0	66,2	75,4

Составлено по: Демографический сборник 2002 г. С. 55.

Из таблицы 14 видно, что самая высокая продолжительность жизни наблюдалась в 1989–90 гг. как в городах, так и в сельской местности. Продолжительность жизни мужчин меньше в городах, чем в сельской местности.

Мужчины в 1989–90 гг. в городах жили меньше женщин на 9,3 года, а в 2002 г. на 10 лет. В сельской местности соответственно на 9,6 и 9,2 года.

В 2002 г. увеличилась продолжительность жизни женщин в сельской местности по сравнению с 2002 г. на 0,2 года, а в городах – на 0,9 лет. Пока объяснить этот факт трудно.

Как в России, так и в Дагестане ухудшение условий жизни сильнее всего ударило по молодежи. Прямым следствием непродуманных реформ 90-х гг. считается увеличение среди нее венерических болезней. Так, заболеваемость сифилисом выросла в 50 раз, а среди детей и подростков – в сотни раз. В государственном докладе сказано: «Среди причин, приведших к увеличению заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, следует указать прежде всего на произошедшие изменения социально-экономических отношений, приведших к расслоению общества на бедных и богатых, повлиявших на поведенческие, в том числе сексуальные реакции людей» (8).

Реформы привели и к банкротству отечественных заводов, выпускавших лекарства вполне хорошего качества и по цене в десятки раз ниже, чем западные, чтобы расчистить рынок для западных компаний. Многие лекарства, антибиотики и витамины были у нас самого лучшего качества. Теперь все это почти ликвидировано, в ход были пущены экономические методы – не последнюю роль здесь сыграли СМИ: они пугали людей якобы фальсифицированными лекарствами, и в этом участвовали высшие чиновники государства. Результат налицо. Больницы, поликлиники в плачевном состоянии. Техника изношена, производство ее прекращено, лекарства стоят огромных денег, а это значит, что его не смогут купить все нуждающиеся. Следовательно, еще больше наших граждан перестанут лечиться, а это прямой путь к вымиранию.

Социально-экономическая нестабильность поддерживает негативные тенденции в развитии брачно-семейных отношений. Сокращение рождений в определенной мере обусловлено снижением числа заключенных браков.

Таблица 15

Общие коэффициенты брачности (на 1000 человек)

Годы	Общие коэффициенты брачности		
	Все население	Городское население	Сельское население
1989	10,3	7,6	12,4
1991	9,9	7,8	11,6
1999	6,1	4,6	7,1
2001	7,1	5,6	8,0
2002	7,6	6,0	8,7

Составлено по: Демографический сборник 2001 г. С. 58; 2002 г. С. 61.

Из таблицы 15 видно, что больше всего браков заключалось в республике в 1989 г. В 2002 г. их число уменьшилось на 2,7 %, в городах – на 1,6 %, в сельской местности – на 3,7 %.

Резкое усиление неблагоприятных демографических тенденций – явный признак глубокого социально-экономического кризиса, поразившего страну.

В конце 80-х гг. на здравоохранение тратилось 3,6 % от ВВП и считая, что этого мало, ввели в качестве дополнительного источника страхование. Сейчас затраты на здравоохранение – 2,5% от ВВП, что не просто мало, а разрушительно мало. Даже эти крохи зачастую не попадают больным. Например, около 6–8 % собранных средств обязательного медицинского страхования уходит на содержание чиновничьей бюрократии.

Медицина при молчаливом согласии органов государственной власти становится платной. Россияне платят в больницах за лекарство, питание, операции, и роль государства в охране здоровья снижается.

На заседании правительства РФ, интересуясь соотношением платных и бесплатных услуг, его председатель М. Фрадков узнал, что по официальной статистике, в России около 40% родов являются платными. «Это те суммы, которые медицинские учреждения берут за ту или иную часть услуг. Неофициальные данные повыше», – признался В. Стародубов (зам. министра здравоохранения и социального развития). По его данным, в различных регионах стоимость родов колеблется от 500 до 2000 долларов. «Это действительно болезненная тема. Платное здравоохранение существует». Такая информация не порадовала главу правительства, который заметил, что государство должно нести ответственность, предоставляя бесплатные услуги (6).

На правительственном заседании был поднят вопрос о материнстве и детстве. Глава правительства М. Фрадков, несмотря на то что проблема охраны здоровья детей и материнства возникла давно и вопрос этот надо было ставить раньше, констатировал, что «руки дошли только сейчас». Но уже одно то, что дошли вообще, порадовало и самих врачей, и рядовых россиян: ведь в медицине, которая уже давно стала платной, за последнее время накопилось столько проблем, что и перечислить их уже сложно.

Казалось бы, президент РФ придал реформе здравоохранения статус национального проекта и предложил повысить зарплаты, правда, только врачам и медсестрам первичного звена. Детский врач Л. Рошаль раскритиковал доклад заместителя здравоохранения и социального развития В. Стародубова, заметив, что решение увеличить зарплаты только врачам и медсестрам первичного звена не приведет к улучшению ситуации в здравоохранении. «Понятно, хотели укрепить первое звено в поликлиниках. Однако не учитываются интересы специализированных врачей, которых и так сегодня не хватает в поликлиниках», – отметил он. По его мнению, «правительство и администрация президента не знают структуру поликлиник». Это вполне естественно, поскольку для таких вопросов существует министерство здравоохранения, которое «почему-то не справилось со своими функциями».

Л. Рошаль категорически высказался и против ранее рассматривавшейся идеи по переходу системы здравоохранения на систему врачей общей практики. На его взгляд, это полностью развалило бы всю систему здравоохранения, поскольку врачи общей практики эффективны только в сельской местности, где они заменяют фельдшеров. «Лучше специалиста, чем педиатр, нет, никакой врач общей практики не сможет его профессионально заменить» – уверен Рошаль.

Он подверг резкой критике представленный Минздравом и соцразвития проект концепции охраны здоровья детей до 2010 г. По его оценке, этот документ не содержит «никакой конкретики относительно того, насколько будет снижена за ближайшие пять лет заболеваемость, инвалидность и смертность среди детей». Он напомнил и о том, что реформа здравоохранения в России продолжается много лет. На осуществление проектов у Всемирного банка был взят заем на 336 миллиардов долларов. «Он был потрачен впустую. Деньги ушли в песок», – уверен Рошаль.

В 2006 г. на здравоохранение и спорт выделено всего 4,23 млрд. рублей, а на культуру, кинематографию и СМИ – 148,64 млрд. рублей (4).

Из всего сказанного видно, что здравоохранение опять будет находиться в плачевном состоянии и не будут построены новые больницы, поликлиники, закуплено оборудование, лекарства и функционировать бесплатное лечение населения.

В Дагестане, как и в России, идет снижение естественного прироста населения.

Таблица 16

Естественный прирост населения (на 1000 населения)

Годы	На 1000 человек населения		
	Все население республики	Городское население	Сельское население

1989	21,0	18,4	23,0
1991	19,0	15,6	21,5
1999	10,4	7,6	12,4
2001	10,7	8,5	12,1
2002	11,6	9,9	12,5

Составлено по: Демографический сборник 2002 г. С. 33–35.

Из таблицы 16 видно, что снижение естественного прироста населения началось с 1991 г., т.е. в период перестройки. В республике он снизился в 2002 г. по сравнению с 1989 г. на 9,4%, в городах – на 8,5%, в сельской местности – на 10,5%.

В 2002 г. по сравнению с 2001 г. естественный прирост немного повысился: по республике – на 0,4%, в городах – на 1,4 %, в сельской местности – на 0,4%. Этого очень мало, чтобы говорить об улучшении демографической ситуации в Дагестане.

Главный вывод из сказанного – виновата реформа! По людям и семьям она нанесла 3 удара: Первое – бедность (плохое питание, безработица, а когда есть работа, то она идет на износ). Второе – тяжелый стресс, чему способствует телевидение. Нам не показывают, как люди трудятся, как возрождается промышленность, сельское хозяйство, улучшается жизнь. Нам бесконечно демонстрируют убийства, взрывы, жестокость, пьянство, наркоманию и т.д. И третье – развал здравоохранения (ни качественных лекарств, ни квалифицированной врачебной помощи). Падает также уровень образования. Все остальное – производное от этих причин. Тут массовые убийства, самоубийства, травмы, пьянство, вспышки болезней при снижении естественного прироста населения.

Не могу не привести пример. Забота о детях и материнстве в Швеции очень хорошая. В стране, где нет нефти, газа, золота, алмазов и плодородных земель, есть льготный рай. Каждая шведская мать в течение всего периода беременности получает бесплатную и квалифицированную медицинскую помощь. После рождения ребенка родителям представляется 450-дневный оплачиваемый отпуск, которым по выбору могут воспользоваться вместе или раздельно мать и отец ребенка. Кроме того, для поощрения рождаемости многодетным отцам предоставляется дополнительный месячный оплачиваемый отпуск. В случае заболевания детей в возрасте до 12 лет родителям дается 120-дневный «лечебный отпуск» с сохранением 75% месячной зарплаты. И в дальнейшем, по мере возрастания, детей продолжает вести заботливая рука государства. На каждого из двух первых детей до 16-летия семьи ежемесячно получают по 750 крон (100 долларов), а на последующих детей (например, шестого) сумма льготных выплат достигает 6000 крон (800 долларов). И еще, почти все шведские малыши (за исключением болеющих) воспитываются в государственных яслях, садиках, дошкольных учреждениях. За последние десятилетия их сеть возросла в 50 раз! Во всех этих учреждениях детей бесплатно кормят, лечат (родители покрывают в среднем 2–3 % расходов на их содержание). В этих учреждениях детей воспитывают в духе коллективизма, взаимопомощи: человек человеку – друг, товарищ и брат. Такому воспитанию способствует и то обстоятельство, что никаких элитных детсадов и закрытых пансионатов для избранных в Швеции нет.

После завершения пребывания в детских садах дети поступают в 12-летнюю школу, где, конечно же, обучение бесплатное. Их бесплатно кормят, лечат, обеспечивают учебниками и школьными принадлежностями, бесплатно привозят в школу и доставляют домой в школьных автобусах. Все школьники, начиная с первого класса, получают от государства ежемесячно стипендию в размере 750 крон (100 долларов, или около 3000 рублей). Таких денег у нас не получают даже многие вузовские преподаватели, не говоря уже о сельских учителях, врачах, библиотекарях. После школы для всех детей Швеции широко открывается дорога в любой вуз, в котором они получают бесплатное образование, лечение, содержание в общежитиях,

им выдают 250-долларовую стипендию. В этой стране нет никаких частных школ, привилегированных лицеев, закрытых колледжей.

Кроме вузов и школ, в этой стране действует 147 прекрасно оборудованных учебных центров. В этих центрах в соответствии с изменениями в структуре экономики проходит переподготовка кадров всех уровней, причем бесплатная. Здесь же проходят обучение и переподготовку и иммигранты, которых в Швеции насчитывается свыше 1,5 миллиона. Всего же постоянно учатся и переучивается более трети населения страны. Выдающийся премьер Швеции Улаф Пальме подчеркивал: «Народное просвещение – это наша гордость, а Швеция должна быть постоянным и нескончаемым «учебным кружком». Будем постоянно учиться – будем всегда впереди!». Это же самое завещал советским людям и В.И. Ленин: учиться, учиться и еще раз учиться! Как же не хватает России подобных премьеров!

Для выхода Дагестана из тяжелого демографического положения считаю необходимым:

1. Устранение причин неестественной смерти мужчин трудоспособного возраста.
2. Усилить пропаганду здорового образа жизни, культы здоровья; принять программу борьбы с алкоголизмом, курением, наркоманией.
3. Общациональная система здравоохранения должна строиться на единой государственной политике, вбирающей в себя все лучшее из нашего прошлого опыта и мировой практики.
4. Законодательно необходимо закрепить ответственность государства за оказание населению бесплатной медицинской помощи, ее профилактической направленности и общедоступности.
5. Молодые и многодетные семьи обеспечить жильем, кредит молодым давать на 20–30 лет с самым низким процентом их выплаты (2–3%). Многодетным семьям квартиры давать бесплатно. Молодым, если родился первый ребенок – списать четверть кредита, второй – половину, а третий – полностью списать долг.
6. Из многодетных семей дети должны поступать в вузы бесплатно. Если все это будет учтено, рождаемость увеличится, а смертность уменьшится и увеличится средняя продолжительность жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакланов В. Шведский рай // Советская Россия. 10 февраля. 2005 г.
2. Дагестан 2002. Махачкала, 2003. Ч. 1.
3. Дагестан 2002. Махачкала, 2003. Ч. 2.
4. Консилиум министров (Правительственный час) // Российская газета. 30 сентября. 2005 г.
5. Независимая газета. 30 мая. 1997 г.
6. Российская газета. 30 сентября. 2002 г.
7. Российская газета. 7 сентября. 2005 г.
8. Советская Россия. 14 августа. 2003 г.