

ТИПИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИЙ ПО ОСОБЕННОСТЯМ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ: МЕТОДИКА И ЕЕ АПРОБАЦИЯ НА ПРИМЕРЕ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.С. Моликевич, ХГУ, г. Херсон, Украина

Моликевич Р.С. Типизация территорий по особенностям медико-демографической ситуации: методика и ее апробация на примере Херсонской области. В статье изложен общественно-географический подход к изучению медико-демографической ситуации в регионе и основы проведения медико-географического зонирования (типизации). На примере Херсонской области проанализировано соответствующие показатели и проведена медико-демографическая типизация.

Molikevych R.S. Medical-demographic typology for the territories: technique and its approbation by the example of Kherson region. The article deals with the socio-geographical approach to the study of medical-demographic situation in the region and conducting of medical-demographic zoning (typology). The author analyzes the corresponding indicators and conducts medical-demographic typology on the example of the Kherson region.

Ведение. Вопросам комплексной оценки уровня социально-экономического развития регионов и созданию региональных программ развития уже посвящены работы многих украинских и зарубежных ученых: Г.В.Балабанова, В.А.Поповкина, А.В.Гладкого, С.И. Ищука, Стеченко Д.Н., Топчиева А.Г., А.И.Чистобаева, и других [1]. В то же время, в научной отечественной литературе слишком мало внимания уделяется вопросу применения методического инструментария таких исследований в оценке медико-демографической ситуации (МДС). А именно показатели МДС наиболее взвешенно отражают социальное положение и качество жизни населения региона, и, в свою очередь, оказывают значительное влияние на тенденции экономического развития. То есть МДС является краеугольным камнем при создании региональных программ и требует особого внимания при общественно-географическом исследовании регионов.

Современная ситуация, с видимой территориальной дифференциацией медико-демографических показателей, требует глубокого научного анализа и обязательного использования его результатов при определении дальнейшего развития демографической политики и здравоохранения на разных территориальных уровнях. Особая потребность в выявлении условий, причин и факторов, формирующих современные показатели рождаемости, смертности, продолжительности жизни и показателей заболеваемости населения, возникает в тех регионах, которые играют первостепенную роль в развитии хозяйства страны, а также там, где сложилась менее благоприятная демографическая обстановка и остро ощущается дефицит трудовых ресурсов.

Целью статьи является исследование и анализ теоретико-методологических особенностей медико-демографической ситуации и

проведение медико-демографической типизации административных районов региона областного уровня (на примере Херсонской области).

Изложение основного материала. Исследование медико-демографической ситуации является неотъемлемой составляющей при изучении социogeосистемы, ее структуры и потенциала. С целью выявления общих проблем и общего вектора развития региональных социogeосистем, целесообразным является выделение административных территорий с однородными условиями и схожими показателями медико-демографической ситуации. Наиболее подходящими инструментами в данном случае являются медико-демографическое зонирование и типологизация территорий. Медико-демографическое зонирование может способствовать решению многих актуальных научных и прикладных проблем в области прогнозирования медико-демографической ситуации, осуществления прогрессивной социально-ориентированной экономической политики в регионе, повышения уровня общественного здоровья, санитарно-эпидемиологического надзора и т.д.[2].

При первичном изучении медико-демографической ситуации в регионе необходимым является анализ демографических показателей и показателей, описывающих состояние общественного здоровья – как объективной их составляющей, так и субъективной. За основу берутся объективные статистические показатели: рождаемости, общей смертности, смертности по основным группам причин, младенческая смертность, смертность трудоспособного населения, природный прирост населения, общая заболеваемость, заболеваемость по основным классам болезней и по отдельным видам заболеваний (ВИЧ, туберкулез), ожидаемая продолжительность жизни. Вместе с тем, актуальным будет применение субъективной оценки медико-демографической ситуации, то есть проведение опроса или анкетирования с целью корректировки «сухой» статистики, которая не всегда корректно отображает действительное положение вещей.

Простым примером такого несоответствия являются результаты общественно-географического анкетирования «Общественное здоровье и качество жизни населения» проведенного нами в январе-феврале 2015 года по районам Херсонской области. Среди прочих вопросов, респондентам было предложено указать сколько раз они болели за прошедший год, и сколько раз обращались за помощью в больницу или фельдшерско-акушерский пункт. Практически 95% респондентов ответили, что далеко не каждый раз во время болезни они обращались в больницу. Исходя из этого, можно сделать вывод, что показатели официальной статистики весьма приблизительно отражают реальную ситуацию по здоровью населения. Немаловажными при анкетировании были результаты ответов на вопросы, касающиеся оценки собственного состояния здоровья, факторов влияния на плохое самочувствие (заболеваемость), частоты стрессов, качества медицинских услуг и т.д. Субъективные показатели позволяют рассматривать медико-демографическую

ситуацию в ее актуальной динамике и данных о региональных особенностях здоровья населения.

Ниже приведем краткую характеристику медико-демографической ситуации в Херсонской области и результаты типизации ее административных единиц на основе данных официальной статистики.

Показатель рождаемости в 2013 г. В Херсонской области составлял 11,4 ‰ (по сравнению со средним по Украине 11,1 ‰), или 12300 новорожденных. Закономерно сохраняется ситуация, при которой показатель рождаемости в сельской местности выше, чем в городской - 12,5 ‰ и 10,7 ‰ соответственно. В региональном плане выше среднеобластного показатель рождаемости имеют Высокопольский (14,5‰), Горностаевский (13,2‰), Каховский (13,9‰) и Чаплинский районы (13,6‰). Низкие показатели рождаемости наблюдались в Верхнерогачикском районе (8,9‰). Суммарный коэффициент рождаемости несколько уменьшился, по сравнению с 2012 г., и составил 1,599, что соответствует уровню середины 1990-х гг.

По сравнению с другими регионами Украины, Херсонская область имеет средние показатели смертности - 14,9 ‰ (против 14,6 ‰ по Украине на 2013 г.), однако они являются довольно высокими среди южных регионов (Одесская обл. - 14 ‰, Николаевская обл. - 14,8 ‰, АР Крым - 13,7 ‰). За период с 2000 по 2013 гг. интенсивность смертности уменьшилась на 0,6 ‰. Но эта тенденция относительная и носит циклический характер. Показатели смертности увеличивались с 2000 по 2008 гг. - достигнув максимального пика в 16,3 ‰, далее до 2011 происходил резкий спад до минимального за период показателя в 14,6 ‰. Следующий цикл имеет тенденцию на дальнейшее повышение показателей смертности. Значительной, за весь период исследования, была смертность сельского населения, общий уровень которой достигал максимальной разницы в 1,6 ‰ по сравнению с показателями смертности городского населения в 2008 г. В целом ситуация на селе закономерно хуже, что объясняется низким качеством медицинских услуг и старшей возрастной структурой.

Лидерами по показателям максимального уровня смертности среди районов Херсонской области были попеременно Верхнерогачинский и Высокопольский районы. В 2007 г. в Верхнерогачикском районе коэффициент смертности населения достиг самого высокого за период уровня - 21,2 ‰. Высокие коэффициенты смертности стабильно характерны также для Великоалександровского и Великопетихского районов. Причинами тому является их транспортная удаленность от крупных городов и областного центра, неблагоприятная возрастная структура населения, низкий уровень медицинского обслуживания, распространение социальных проблем (безработица, бедность, алкоголизм и др.). Такое положение вещей отражает «центро-периферийные» тенденции, когда с увеличением удаленности от областного центра и городов ухудшаются социально-экономические показатели, обеспеченность населения услугами и, соответственно, качество

жизни населения. Ядрами сравнительно лучших социально-экономических условий ожидаемо являются города Херсон, Новая Каховка, Каховка, Скадовск. По мере удаленности от ядер относительно пропорционально увеличиваются показатели смертности.

Структура причин смертности в области существенно не отличается от общеукраинской картины. Главные причины смертности - болезни системы кровообращения (БСК) - 61%, далее новообразования - 13,6%, внешние причины - 7,94%, болезни органов пищеварения - 4%, инфекционные и паразитические болезни - 1,98% и болезни органов дыхания - 1,75%. Относительно показателей 2000 г., смертность от болезней системы кровообращения возросла лишь на 2,8%, а смертность от новообразований - на 5,8%. По другим причинам показатели практически не изменились.

Лидерами среди районов области по смертности от БСК является Генический (1055,9 чел / 100 тыс.) и Скадовский районы (1032,9 чел / 100 тыс.). Высокие показатели смертности от новообразований также имеют северные районы - Великопетихский (284,3 чел / 100 тыс.), Белозерский (245,1 чел / 100 тыс.), Великоалександровский (227,3 чел / 100 тыс.) и Верхнерогачикский (227,0 чел / 100 тыс.). Общая трендовая динамика детской смертности в области свидетельствует об ее уменьшении и выравнивании разницы между городскими поселениями и сельской местностью. Самый высокий уровень смертности детей до 1 года в 2013 г. был в Верхнерогачинском районе - 27,3 ‰, что почти в 3 раза превышает среднеобластной показатель (9,4 ‰). Ситуация довольно нетипичная для района, поскольку в предыдущие годы показатели были меньше среднеобластных. Также высокая смертность наблюдалась в Великоалександровском (17,7 ‰), Чаплынском (16,3 ‰), Великопетихском (15,4 ‰), где показатели традиционно высоки. Стабильно низкие показатели детской летальности имеют города Херсон и Каховка, Голопристанский, Каховский, Бериславский и Нововоронцовский районы.

Достаточно весомым показателем является уровень заболеваемости населения. В 2013 г. зарегистрировано 656,5 тыс. случаев впервые выявленных заболеваний, или 61127,1 случаев на 100 тыс. населения, что на 2,8% случаев меньше 2012 г., и на 14,4% - по сравнению с 2000 г.

Среди основных классов болезней в Херсонской области доминируют заболевания органов дыхания - 36,7%, болезни мочеполовой системы - 7,9%, болезни системы кровообращения - 7,3%, болезни кожи - 7,1%, травмы и отравления - 6,6 ‰, болезни глаза - 6%, болезни уха и болезни костно-мышечной системы - по 4,8%, инфекционные и паразитические заболевания - 4,5%, болезни органов пищеварения - 3,9%. Среди новообразований наиболее распространены: новообразования кожи - 13,68% случаев (603), молочных желез - 9,38% (414), матки - 7,12% (314), трахеи, бронхов и легких - 10,42%.

По заболеваемости туберкулезом Херсонская область продолжает занимать лидирующие позиции среди регионов. В 2013 г. показатели заболеваемости активным туберкулезом сократилась на 11,2% по сравнению с

2012 г. Всего зарегистрировано 1036 случаев, среди которых 68,3% мужчины. К районам с высоким риском возникновения активного туберкулеза относятся: Белозерский (99 случаев за 2013 г.), Цюрупинский (86 случаев), Голопристанский (68 случаев).

Для проведения типизации административных единиц и медико-демографического зонирования Херсонской области, нами был использован метод кластеризации с соответствующими параметрами подсчетов, которые позволяют подчеркнуть отличительные особенности территориальных единиц (метод Варда, расстояние Чебышева [3]) (рис.1). В качестве показателей для кластеризации были выбраны наиболее часто применяемые: рождаемость, общая смертность, природный прирост, детская (младенческая) смертность, общая заболеваемость, а также показатели смертности и заболеваемости по кровеносной системе, как наиболее распространенной группой заболеваний и причин смертности. Далее обоснуем сделанный нами выбор показателей. Рождаемость, смертность и природный прирост являются типичными показателями, которые описывают демографическую ситуацию. Показатель младенческой смертности взят усреднено за три года. Связано это со значительной степенью непостоянства показателя. Показатели заболеваемости являются обязательными при описании общественного здоровья. Смертность по причине болезней кровеносной системы и заболеваемость кровеносной системы играют роль индикаторов здоровья и возможных прогнозируемых потерь населения в будущем.

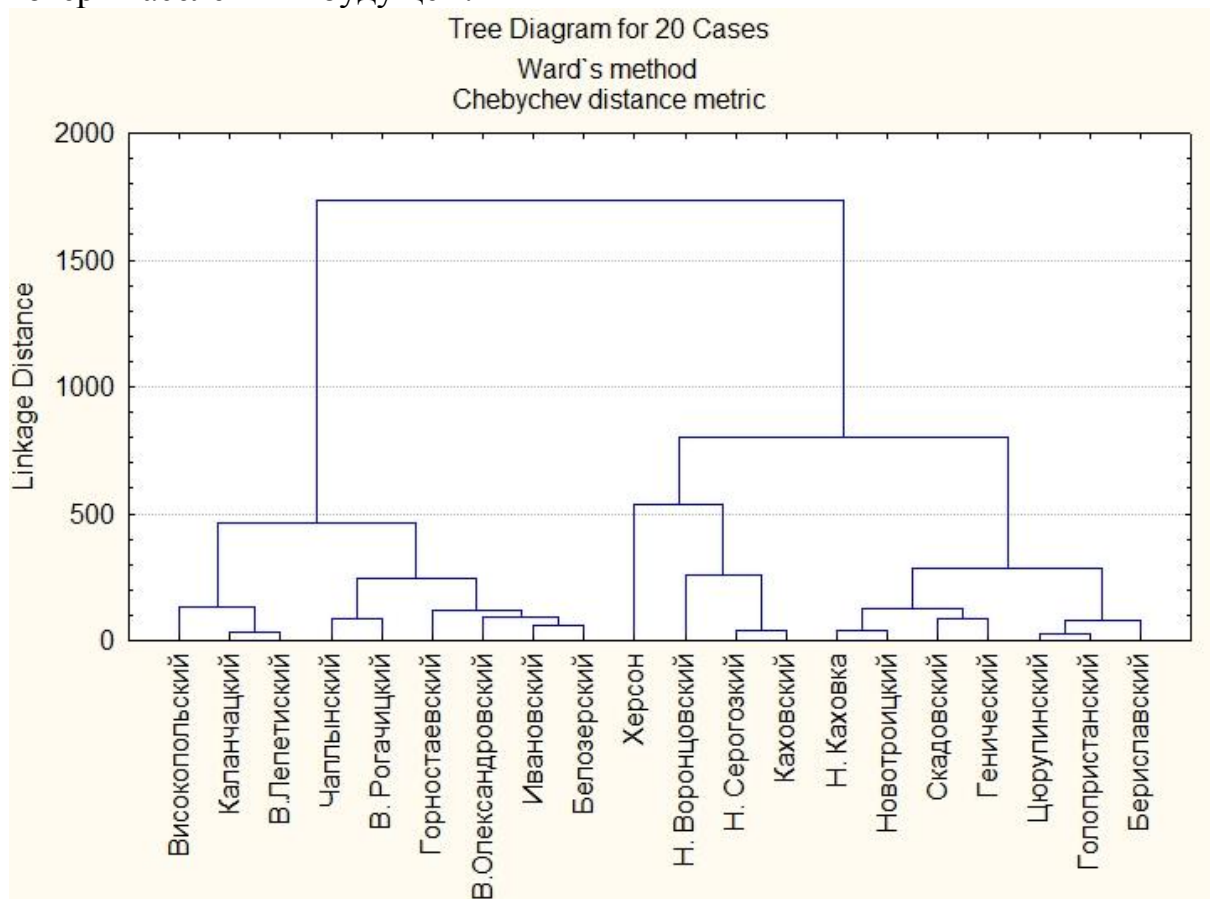


Рисунок 1 – Кластеризация административно-территориальных единиц Херсонской области по показателям медико-демографической ситуации

По результатам кластеризации проведена медико-демографическая типизация Херсонской области (рис.2). Исследуемые показатели также отображены как усредненные (средневзвешенные) показатели для каждой административной единицы и каждого типа (табл.1).

Таблица 1 – Типизация административных единиц Херсонской области по основным показателям медико-демографической ситуации

Тип	Подтип	Состав (административно-территориальные единицы)	Рождаемость	Смертность	Природный прирост	Детская смертность	Заболееваемость (всего зарегистрировано)	Смертность от болезней кровеносной системы	Заболееваемость болезнями кровеносной системы	
I.	I.1.	Високопольский	+	++	-	+	--	+	-	
		Великолепетиский	+	++	-	+	--	--	-	
		Каланчацкий	+	+	-	+	-	-	-	
	I.2.	Белозерский	+	+	+	+	-	-	-	
		Великоалександровский	+	++	-	++	-	-	--	
		Верхнерогачицкий	-	++	--	+	-	+	-	
		Горностаевский	+	+	++	-	-	-	-	
		Ивановский	+	+	--	-	-	-	-	
			Чаплынский	+	+	++	+	-	++	-
	Среднее для типа I			+	+	-	+	-	-	-
II.	II.1.	Каховский	++	-	++	+	-	--	+	
		Нижнесерогозский	0	+	-	+	-	--	++	
		Нововоронцовский	0	-	+	-	+	--	+	
		Херсон	-	-	-	-	+	-	+	
	II.2.	Бериславский	+	+	-	-	-	+	+	
		Генический	+	+	+	+	-	++	+	
		Голопристанский	+	+	-	-	-	+	-	
		Новотроицкий	0	+	-	+	+	+	+	
		Скадовский	0	+	-	+	0	++	+	
		Цюрупинский	+	-	+	-	-	+	-	

		Н.Каховка	-	-	-	0	0	+	-
Среднее для типа II			+	0	+	0	-	-	+

Исходя из особенностей медико-демографической ситуации и на основе кластерного анализа, выделено такие типы административных единиц:

Тип I. К нему относятся Високопольский, Великолепетиский, Каланчацкий, Белозерский, Великоалександровский, Верхнерогачицкий, Горностаевский, Ивановский, Чаплынский районы. Особенностью этого типа является более высокая, чем в среднем по области, рождаемость, и смертность, а также высокие показатели младенческой смертности. Хотя при этом данный тип характеризуется низкими показателями заболеваемости. В пределах типа так же выделено два подтипа. В *подтип I.1.* входят: Високопольский, Великолепетиский, Каланчацкий районы. Для первого подтипа характерны высокие показатели смертности и высокие показатели природного уменьшения населения. Вместе с тем, подтип характеризуется низкими и очень низкими показателями заболеваемости (как общей, так и по заболеваниям кровеносной системы).

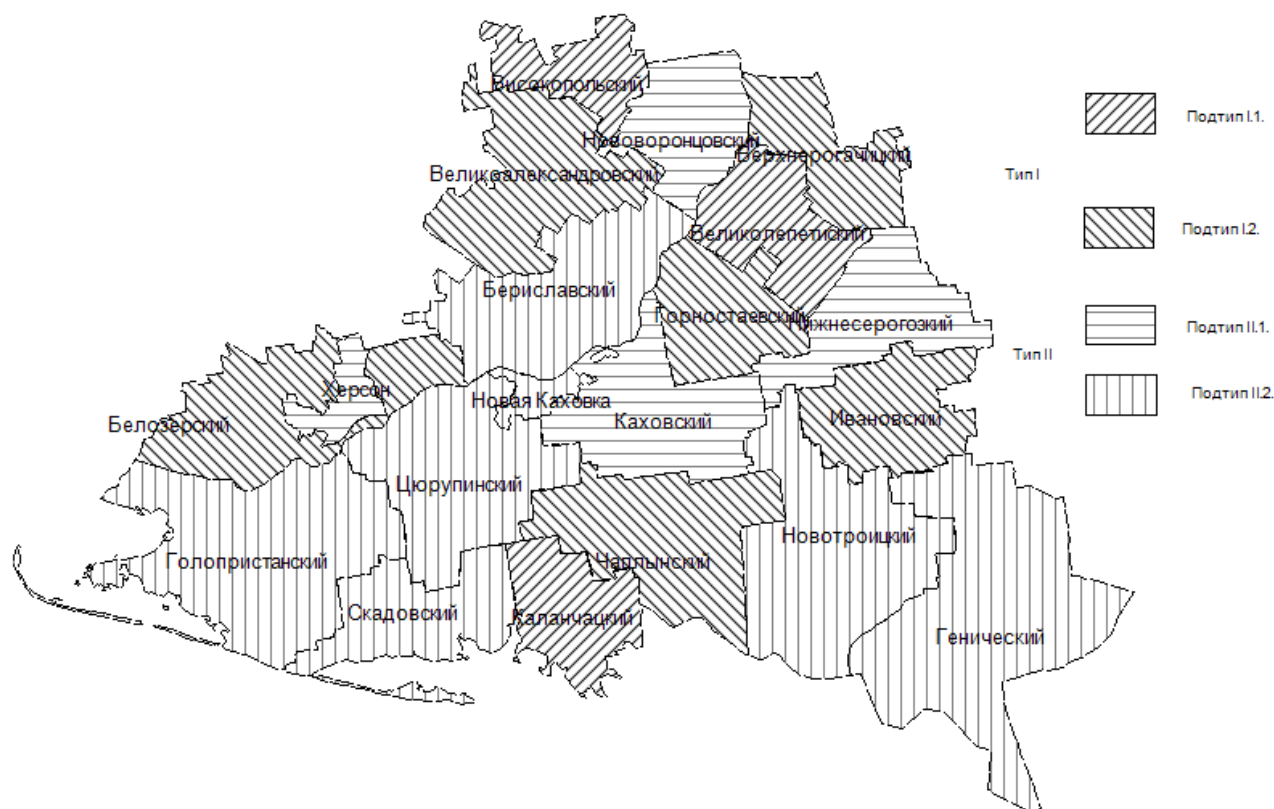


Рисунок 2 – Медико-демографическая типизация территорий Херсонской области

Тип II. характеризується близькими к середнім по області показателям рождаємості (криме Херсона и Новой Каховки). *Подтип II.1*, в состав которого входят Каховский, Нижнесерогозский, Нововоронцовский и город Херсон, характеризується низкими показателями смертности от болезней системы кровообращения, но высокими показателями заболеваемости кровеносной системы. *Подтип II.2* характеризується высокими показателями смертности от заболеваний кровеносной системы, но низкими, или близкими к средним, показателями общей заболеваемости.

Выводы. Для улучшения медико-демографической ситуации в Херсонской области необходимо осуществлять следующие стратегические шаги на разных уровнях управления: решение проблем на рынке труда и содействие занятости населения; улучшение транспортной и медицинской инфраструктуры, в частности внедрение семейной медицины, улучшение санитарно-эпидемиологической ситуации на селе и экологической ситуации в городах; усиление мер по диагностике и профилактике заболеваемости, профилактика репродуктивного здоровья населения, уменьшение социально детерминированных причин в заболеваемости и смертности населения, формирования механизма мотивации населения к ведению здорового образа жизни.

Литература: 1. Арзынцева Д.А. Наукові підходи до комплексної оцінки медико-демографічної ситуації в регіоні/ Д.А. Арзынцева // Університетські наукові записки. Часопис Хмельницького університету управління та права. - 2008. - №3. - С. 451-455. 2. Прохоров Б.Б. Медико-демографическое прогнозирование: Учеб. Пособие / Б.Б. Прохоров, Е.И. Иванова, Д.И. Шмаков, Е.М. Щербаков. – М.: МАКС Прес. 2011. – 360 с. 3. Пилипенко І.О. Методи та методики суспільно-географічних досліджень: Навчальний посібник / І.О., Д.С. Мальчикова. – Херсон: ПП Вішемирський В.С., 2009. – 156с