

На правах рукописи

РЕДЬКО
Андрей Николаевич

**СОЦИАЛЬНО ОПАСНАЯ ПАТОЛОГИЯ
КАК ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва
2006

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Войцехович Борис Андреевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Алексеева Вера Михайловна;
доктор медицинских наук, профессор
Дубынина Елена Ивановна;
доктор медицинских наук, профессор
Сон Ирина Михайловна

Ведущая организация: **Федеральное бюро медико-социальной
экспертизы МЗ и СР РФ**

Защита состоится « 29 » декабря 2006 года в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

Автореферат разослан «27» ноября 2006 года.

Ученый секретарь Диссертационного Совета
кандидат медицинских наук

Е.И.Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Преодоление негативных тенденций здоровья населения России является ключевым компонентом устойчивого экономического и социального развития нашей страны, фактором национальной безопасности (В.В.Путин, 2003, 2005, 2006). Менее чем за 10 лет страна перешла от тезиса о «социальной однородности здоровья» к его жесткой социальной обусловленности, социальной дифференциации и поляризации (Е.П.Какорина, 1999; Т.М.Максимова с соавт., 2001, 2004; Б.А.Войцехович, 2003; Ю.П.Лисицын, 2003; В.И.Стародубов, Ю.В.Михайлова, А.Е.Иванова, 2003; А.С.Киселев, 2004; А.Л.Линденбратен, 2005; О.П.Щепин, 2006). При этом отмечается, что «здоровье людей, его критерии, пути сохранения и укрепления в сложных социально-экономических условиях нашей жизни - практически полностью выпали из сферы интересов современной медицины и здравоохранения России» (В.А.Миняев, Н.И.Вишняков, 2003), а «...учения, концепции о здоровье и особенно общественном, значительно отстали от учений о патологии» (Ю.П.Лисицын, 2002).

Здоровье населения и экономика страны с развитием общества становятся все более обусловленными и неотделимыми в своем влиянии на численность и качество народонаселения (О.П.Щепин, В.К.Овчаров, 2003, 2004; В.А.Медик, В.К.Юрьев, 2003; Ю.В.Михайлова, И.М.Сон, С.А.Леонов, 2006). При этом отсутствуют объективные критерии оценки общественного здоровья и механизмы выработки политических, экономических приоритетов по его улучшению (В.А.Медик, 2001), отмечается недостаточность и несовершенство правового обеспечения охраны здоровья (А.И.Вялков с соавт., 2002; Н.Ф.Герасименко, О.Ю.Александрова, 2005). Общеизвестно, что нуждаются в развитии методологические подходы к оценкам общественного и группового здоровья, на основе которых можно было бы сформировать позитивные критерии целевой функции по охране здоровья (В.П. Корчагин, 1997; А.Г.Сердюков, 2000; Е.А.Тишук, 2002; 2003; В.О.Щепин, 2003; С. Murray, 1996; WHO, 1997, 2002, 2004).

В последнее время проблемы здоровья населения неоднократно рассматривались в связи с укреплением безопасности страны, разработкой неотложных мер по поддержанию здоровья менее защищенных групп населения в сложных условиях социально-экономических преобразований. Все аспекты деятельности государства, как общественного института, утрачивают свой смысл, если процессы де-

популяции, социальной дезадаптации, ухудшения здоровья населения выходят из-под контроля и приобретают характер необратимых.

Необходимость новых подходов подтверждена постановлением Правительства РФ № 715 от 1 декабря 2004 г., утвердившим перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Однако круг изменений показателей здоровья населения России, представляющих угрозу дальнейшему социально-экономическому развитию страны, значительно шире. Среди интегральных критериев уровня достижения целей Национального проекта «Здоровье» Министерство здравоохранения и социального развития РФ делает особый акцент на показатели ожидаемой продолжительности жизни. В этой связи нуждаются в уточнении региональные особенности динамики смертности от ведущих причин, особенно в трудоспособном возрасте. Углубленного рассмотрения заслуживает смертность населения от несчастных случаев, отравлений и травм, относимая к категории предотвратимой (Ю.В.Михайлова, В.Г.Семенова, В.Н.Боровков, 2002; Э.Р.Салахов, Е.П.Какорина, 2004; А.Д.Калоев, А.Д.Соломонов, В.И.Дмитриев, 2005). В России, в отличие от западных стран, неблагоприятные процессы смертности концентрируются в определенных социальных стратах на фоне общего ухудшения ситуации (В.К.Овчаров, Т.М.Максимова, В.Б.Белов, 2002; В.Г.Семенова, 2005; Ю.В.Михайлова, А.Е.Иванова, 2006; D.A.Leon, V.M.Shkolnikov, 1998). Радикальные социально-экономические изменения в стране привели к появлению новых факторов и групп риска, которые недостаточно изучены. Изменение региональных пропорций смертности и формирование специфичных для отдельных территорий приоритетов в области снижения смертности требует в каждом случае самостоятельного рассмотрения.

Неблагоприятная демографическая ситуация сопровождается ростом и широким распространением заболеваний, относящихся к категории социально обусловленных. Несмотря на значительное число научных работ, посвященных медико-социальным аспектам и современным особенностям туберкулеза, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, психических расстройств, алкоголизма и наркоманий, большинство из них носит монотематический характер, фрагментарный по отношению к проблеме в целом. Остаются не решенными вопросы интеграции в профилактике и оказании медицинской помощи населению при социально обусловленных заболеваниях (В.И.Стародубов, Ю.В.Михайлова, И.М.Сон, 2004).

Нуждаются в уточнении параллели в изменениях демографических показателей, смертности и распространенности социально обусловленных болезней. Это

диктует особую значимость обоснования спектра социально опасной патологии для выработки политических, правовых и организационных решений по ее снижению и профилактике. Потребность в концептуальных решениях, объединенных в рамках единой стратегии, обусловлена острой необходимостью укрепления общественного здоровья, снижения медико-социальных угроз безопасности и устойчивого развития общества.

Цель исследования: научное обоснование закономерностей формирования социально опасной патологии в современных условиях и разработка концептуальных подходов к созданию интегральной системы ее мониторинга, предотвращения медико-социальной опасности и профилактики.

Задачи исследования:

- дать методологическое обоснование понятию «социально опасная патология» и разработать комплексную программу по ее изучению;
- оценить особенности современных медико-демографических процессов и установить специфику формирования регионального профиля смертности в Краснодарском крае;
- дать комплексную характеристику смертности от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних факторов, а также углубленно исследовать смертность от отравлений алкоголем и наркотиками, самоубийств;
- выявить закономерности распространения социально обусловленных инфекций на моделях туберкулеза, ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и сифилиса.
- дать характеристику современным тенденциям психических заболеваний, психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ;
- определить общие закономерности формирования социально опасной патологии;
- разработать концептуальные основы стратегии улучшения показателей общественного здоровья, оптимизации мониторинга, профилактики и снижения социально опасной патологии.

Научная новизна и теоретическая значимость.

Предложен новый концептуальный подход к оценке ключевых проблем воспроизводства и охраны здоровья населения. Впервые научно обосновано содержание понятия «социально опасная патология», его структура и критерии отнесения. Разработана методология анализа, включающая совокупность методических

приемов, позволяющих на основании использования различных источников данных восстановить истинные масштабы проблем, выявить источники искажения информации и пути их устранения. Впервые на основе математического моделирования и прогнозирования разработаны методики: восстановления истинных масштабов алкогольной компоненты в смертности от травм и отравлений; моделирования масштабов и структуры алкогольного потребления; моделирования уровней и динамики заболеваемости туберкулезом в однородных социальных группах; мониторинга социального портрета самоубийцы; оценки потенциала эпидемии ВИЧ-инфекции с учетом процессов среди отдельных групп населения.

Опираясь на новое концептуальное видение проблемы и разработанную методологию исследования, были получены новые научные результаты в отношении распространенности социально опасной патологии, ее тенденций и прогноза, механизмов формирования, а также социально значимых последствий для развития населения региона. Получены новые данные об особенностях медико-демографических процессов в Краснодарском крае и установлена специфика региональных тенденций общей смертности и смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. Дана углубленная оценка смертности от отравлений алкоголем и наркотиками, самоубийств. Дополнены теоретические представления об эпидемиологических параллелях, медицинской, социальной и экономической значимости социально опасной патологии, конкретизированы факторы и контингенты риска.

Обоснована стратегия укрепления общественного здоровья и профилактики социально опасной патологии на региональном уровне и ее информационное обеспечение. В рамках общей стратегии развития региона предложены приоритетные направления, организационные мероприятия и механизмы реализации комплексной программы по улучшению здоровья населения, совершенствованию системы мониторинга, профилактики и снижения уровня социально опасной патологии.

Практическая значимость исследования и внедрение в практику.

На основании проведенного комплексного исследования разработаны и апробированы:

- методические подходы и рекомендации по совершенствованию изучения здоровья населения;

- концептуальные основы стратегии улучшения показателей общественного здоровья, оптимизации мониторинга, профилактики и снижения уровня социально опасной патологии;

- дополнения и поправки к законодательным и нормативным актам в сфере здравоохранения федерального уровня, Краснодарского края и Республики Адыгея.

Разработанные методические подходы могут быть применены в практике медико-социальных исследований в других регионах страны, а выявленные закономерности формирования социально опасной патологии могут быть экстраполированы на другие территории Российской Федерации.

Полученные данные были использованы при подготовке ряда законодательных и правительственных документов, методических рекомендаций и пособий, организационно-методических и программно-целевых документов на федеральном, региональном, территориальном и учрежденческом уровнях. Аналитические материалы диссертационного исследования использовались при разработке, утверждении и реализации:

- региональных целевых программ в области охраны здоровья населения («Вакцинопрофилактика», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Краснодарском крае», «Комплексная программа противодействия злоупотребления наркотическими средствами и их незаконному обороту по Краснодарскому краю», «Сельское здравоохранение»);

- Закона Краснодарского края № 937-КЗ от 25 октября 2005 года «Об основных направлениях профилактики алкоголизма, наркомании и токсикомании на территории Краснодарского края»;

- «Стратегии развития здравоохранения Краснодарского края в 2006 году и на период до 2010 года»;

- «Стратегии развития Краснодарского края до 2020 года».

Результаты исследования представлены в виде публикаций и докладов на различных международных, Всероссийских и региональных конференциях.

Материалы исследования применяются в деятельности органов и учреждений практического здравоохранения Краснодарского края, Республики Адыгея и Южного федерального округа, медицинских учреждений Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН России), МВД России, что подтверждено соответствующими актами внедрения.

Материалы диссертационного исследования внедрены в учебный процесс, используются в лекционном курсе и проведении практических занятий на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, социальной медицины ФПК и ППС, психиатрии, инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет».

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 48 работ, из них 2 монографии, 14 публикаций в журналах, включенных в «Перечень периодических изданий», рекомендуемых ВАК РФ, а также другие журнальные статьи и публикации, отражающие участие в международных, всероссийских, межрегиональных и региональных конференциях.

Апробация работы. Основные положения работы доложены и обсуждены на VI международной конференции «Экология и здоровье человека. Экологическое образование. Математические модели и информационные технологии» (Краснодар, 2001), третьей и шестой международных конференциях «Здоровье и образование XXI века» (Москва, 2002; 2005), международных конференциях «Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения» (Новосибирск, 2005), «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией» (Москва, 2005), «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2006), всероссийской научно-практической конференции ведущих кафедрami организационного профиля «Актуальные вопросы преподавания в медицинских и фармацевтических вузах проблем общественного здоровья и здравоохранения» (Анапа, 1999), на всероссийских научно-практических конференциях «Медицина будущего» (Краснодар-Сочи, 2002), «Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения (Москва, 2003), «Российское село в XXI веке: проблемы и перспективы» (Москва-Краснодар, 2004), «Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность» (Пенза, 2005); «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения» (Москва, 2006); межрегиональных научно-практических конференциях «Экология, наука, образование» (Краснодар, 1998, 2000), «Теоретические и прикладные аспекты проблемы здоровья населения Северного Кавказа» (Майкоп, 2002), «Южно-российский регион: потенциал и перспективы» (Краснодар, 2004), «Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России» (Ростов-на-Дону – Краснодар – Геленджик, 2005), на региональных научно-практической конференциях «Развитие социально-культурной сферы Кубани» (Краснодар, 1994), «Социально-экономические проблемы на рубеже веков» (Краснодар, 2000), «Эпи-

демиологические аспекты злокачественных новообразований и организация онкологической помощи населению на современном этапе» (Краснодар, 2002), «Социально-психологические и экономические аспекты развития Краснодарского края в современных условиях» (Краснодар, 2004), «Повышение экономической эффективности функционирования и управления социальной сферой региона в современных условиях» (Краснодар, 2005), юбилейных научных конференциях ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» (2000, 2005).

Результаты исследования докладывались на Коллегиях Департамента здравоохранения Краснодарского края (2003, 2004, 2005, 2006), на заседаниях комитета по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения Законодательного собрания Краснодарского края (2003, 2005), Коллегиях Министерства здравоохранения Республики Адыгея (2004, 2005), на совместном заседании лаборатории мониторинга общественного здоровья, отдела медико-социальных исследований, лаборатории генетики и сектора инновационных форм организации здравоохранения Краснодарского научного центра РАМН и администрации Краснодарского края (2002), на расширенных заседаниях кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» (2002, 2003, 2004, 2005, 2006).

На заседании апробационного совета ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава», где был заслушан доклад автора, выступления рецензентов и после обсуждения, диссертация рекомендована к защите.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработана программа и план комплексного изучения социально опасной патологии среди населения Краснодарского края, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработаны статистические карты и учетные статистические формы по соответствующим направлениям исследования. Автор непосредственно участвовал в сборе первичного материала, составлении программы обработки данных и ее реализации, лично осуществил обобщение и математико-статистический анализ результатов исследования. Доля личного участия автора в накоплении информации более 80 %, в обобщении и анализе материала - до 100 %.

Наряду с подготовкой ряда методических документов и материалов, автор является разработчиком предложений по совершенствованию системы информационно-аналитического обеспечения мониторинга социально опасной патологии,

внедренных в работу органов управления здравоохранения и лечебных учреждений края, а также предложений, включенных в утвержденные и реализуемые территориальные целевые программы в области охраны здоровья населения. Подготовленные при непосредственном участии автора материалы использовались в работе Законодательного собрания Краснодарского края, департамента здравоохранения Краснодарского края, Министерства здравоохранения Республики Адыгея.

Отдельные фрагменты исследования выполнены совместно с сотрудниками ГУЗ «Клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» департамента здравоохранения Краснодарского края, на что имеются ссылки в диссертации и отражено в совместных публикациях. Автор выражает глубокую признательность и благодарность сотрудникам ГУЗ «Наркологический диспансер», ГУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1», ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» департамента здравоохранения Краснодарского края и другим учреждениям, где автор проводил исследования.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Методология, программа и методика комплексного изучения социально опасной патологии.
- Региональная специфика демографической ситуации, смертности и распространенности социально опасной патологии в Краснодарском крае.
- Существующая информационная база не позволяет проводить комплексный мониторинг здоровья населения и социальных процессов. При формировании системы мониторинга социально опасной патологии необходимо тесно увязывать социально-экономическое развитие общественной формации с имеющимися информационными ресурсами.
- Разработанные модели и прогностические оценки существенно дополняют систему традиционного анализа и позволяют получить новые данные.
- Стратегия и комплекс мероприятий, направленных на совершенствование информационно-аналитического обеспечения мониторинга социально опасной патологии, создание интегральной системы ее профилактики и улучшение общественного здоровья.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, аналитического обзора литературы, главы, посвященной методике и организации исследования, 6 глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических реко-

мендаций, списка использованной по теме диссертации литературы и приложений. Текст диссертации изложен на 373 страницах машинописного текста, содержит 89 таблиц, 37 рисунков и 5 схем. Библиографический указатель включает 365 источников литературы, в том числе 262 отечественных и 103 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность, определены цель и задачи исследования, его научная новизна и практическая значимость разработки проблемы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе на основании изучения работ отечественных и зарубежных исследователей представлен аналитический обзор современных тенденций здоровья населения России. Акцентировано внимание на увеличении негативных оценок количественного и качественного воспроизводства населения страны, сохраняющуюся депопуляцию, снижение ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, напряженность в отношении социально обусловленных заболеваний. Каждая из указанных проблем расценивается многими исследователями как угроза национальной безопасности страны. Причем это касается как существующих уровней показателей, так и их тенденций. Дается анализ понятия «социальная безопасность» и рассматриваются различные подходы к ее оценке с использованием для этого показателей здоровья населения.

В обзоре показано, что экономические, политические и социальные изменения в Российской Федерации в течение последних лет носят многогранный характер и оказывают существенное влияние на все составляющие образа и качества жизни населения. Отечественными и зарубежными авторами отмечается целый ряд факторов, проявивших свое негативное влияние на здоровье населения России в ходе реформ. Это колоссальное отставание от европейского сообщества по уровню жизни, последствия социоэкономического стресса, социальная дезорганизация, духовное неблагополучие, высокие уровни и опасные формы потребления алкоголя и наркотиков, низкие установки самосохранного поведения населения, снижение государственных расходов на социальную сферу и здравоохранение. Одним из интегральных подходов к оценке происходящих процессов является гипотеза маргинализации населения России. В ряде публикаций авторы указывают, что за период реформ в стране успел сформироваться расширяющийся и воспроизводящий

себя слой населения, живущий на грани или за чертой бедности, со всеми присущими поведенческими привычками и факторами риска.

Ключевое влияние на определение стратегии действий оказывают существующие взгляды на общественную (социальную) значимость различных видов патологии. Причем это имеет не только теоретическое значение, но и непосредственный выход в практику. Выделение группы таких состояний влечет приоритетную концентрацию усилий и ресурсов на борьбу с ними. В этой связи ряд проблем требуют научного анализа и пересмотра традиционных подходов к их решению.

В силу разных причин термины «социальная патология», «социальные болезни» приобрели некоторую размытость понятия и им на смену пришли другие категории. Среди них «социально обусловленные», «социально значимые» болезни, «социопатии», «заболевания, имеющие особо важное социально-гигиеническое значение». Утверждение на уровне Правительства РФ перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих, носит, безусловно, прогрессивный характер. Однако термины «социально значимые заболевания» и «социально обусловленные заболевания» понятия не идентичные. В.И.Стародубов, Ю.В.Михайлова, И.М.Сон (2004) отмечают, что «вопрос о том, какие конкретно заболевания отнести к социально обусловленным, до настоящего времени остается дискуссионным».

На основании проблемно-критического анализа различных подходов и экспертных оценок терминологических категорий, а также проведенного анализа тенденций здоровья населения России, впервые вводится понятие «социально опасной патологии». Предложены критерии отнесения заболеваний и травм к этой группе на основе оценки их влияния на устойчивое человеческое развитие общества и его безопасность, общности механизмов формирования и распространения (схема № 1.).

Во второй главе представлена концептуальная модель, программа и организация комплексного этапного медико-социального исследования.

Исследование проводилось в Краснодарском крае – наиболее крупном по численности проживающего населения субъекте Российской Федерации Южного Федерального округа, с численностью населения более 5,1 млн. человек.

Многообразие задач, поставленных для достижения цели исследования, сделало необходимым применение комплексной методики, включающей различные методы, используемые при изучении общественного здоровья и здравоохранения.

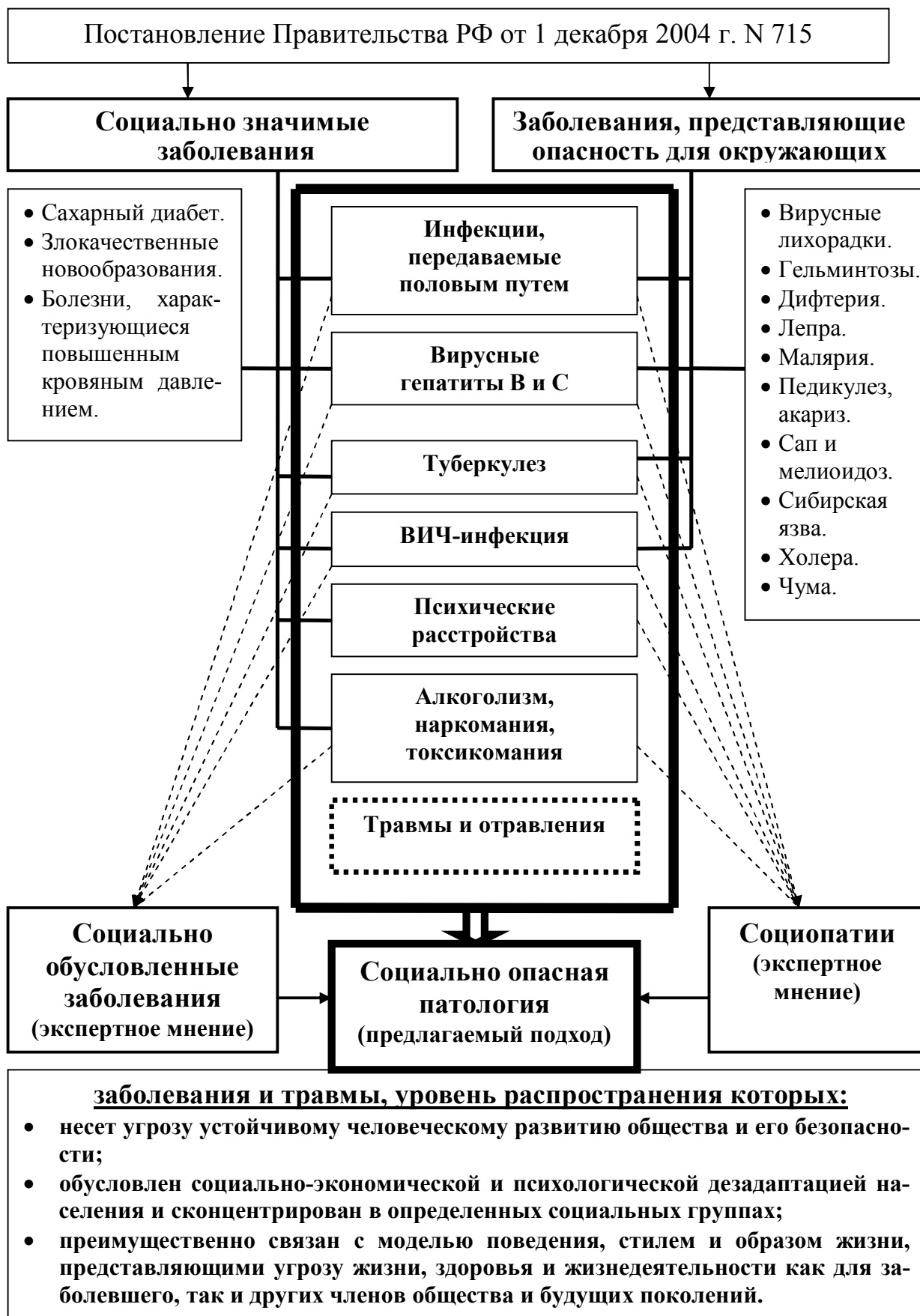


Схема № 1. Предлагаемые подходы к определению, структуре и критериям отнесения к социально опасной патологии.

В работе были применены следующие научные методы: контент-анализ, статистический, аналитический, медико-социологический, экономический, экспертных оценок, математического моделирования, системного анализа и организационного моделирования.

Для реализации задач исследования научный поиск проводился в несколько этапов. Программа, методы исследования, источники информации и объем наблюдений приведены на схеме № 2. В главе дана подробная характеристика каждого этапа исследования, обосновано применение различных методических подходов к сбору материала и его обработке, которые позволили описать данные, проверить гипотезы, измерить связь между явлениями. Исследование проводилось как на основе форм официальной статистической отчетности, первичных документов, так и специально разработанных в соответствии с программой исследования специальных статистических карт. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием стандартных пакетов прикладных программ Microsoft Office XP, а также пакета «Statgraphics». Применялся комплекс современных математико-статистических методов: дисперсионный, корреляционный, факторный анализ, стандартизации, моделирования и прогнозирования. Полученные результаты графически интерпретированы различными видами диаграмм. Все полученные статистические материалы были обработаны как с использованием стандартных, так и специально разработанных, в соответствии с техническим заданием автора, программ анализа.

В третьей главе представлены материалы изучения особенностей современных демографических процессов и углубленного анализа общей смертности в Краснодарском крае за 1969-2004 гг. Главными особенностями демографической ситуации в крае является значительный рост численности населения в течение последних 15 лет на фоне существенных отрицательных значений коэффициента естественного прироста и выраженного положительного миграционного сальдо.

В регионе сохраняется высокий удельный вес сельских жителей (46,6 %), значительно опережающий среднероссийский показатель (26,6 %). Имеет место преимущественный рост численности сельского населения в крае, обусловленный более активным вовлечением в процессы механической миграции сельских населенных пунктов. Примерно каждый седьмой из ныне постоянно проживающих жителей региона мигрировал в Краснодарский край в течение последних 15 лет (740-780 тыс. человек).

Программа, информационная база и методы исследования.

Разделы программы исследования	Методы	Источники информации	Объемы
1. Аналитическое изучение и оценка состояния проблемы.	Контент-анализ	Отечественные и зарубежные источники по теме исследования, законодательные акты федерального и территориального уровней.	365 источников
2. Оценка особенностей медико-демографических процессов и специфики формирования регионального профиля смертности в Краснодарском крае.	Статистический, аналитический	Государственные отчетно-статистические формы по Краснодарскому краю (формы № 4, 5; № С-51, № С-52; № Т-2РН).	287 единиц документации (1969-2004 гг.)
3. Комплексная характеристика смертности от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних факторов; смертности от отравлений алкоголем и наркотиками, самоубийств.	Статистический, аналитический, социологический, экономический, экспертный, математическое моделирование	Государственные отчетно-статистические формы по Краснодарскому краю (формы № 4, 5; № С-51, № С-52; № Т-2РН), отчеты краевого бюро судебно-медицинской экспертизы; данные ЦСУ об объемах и структуре потребления алкогольных напитков (1970-2004), «Медицинское свидетельство о смерти» (форма № 106-у-98), «Акт судебно-медицинского исследования трупа», «Заключение эксперта» (форма № 170-у-87), «Статистическая карта изучения завершенных суицидов» (карта экспертной оценки), отказные дела прокуратур по факту самоубийства.	36 единиц документации (1969-2004 гг.), 19 750 случаев смертельными отравлениями алкоголем, 352 случая смертельных отравлений наркотиками, 586 случаев самоубийств
4. Выявление закономерностей распространения социально обусловленных инфекций на моделях туберкулеза, ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и сифилиса.	Статистический, аналитический, математическое моделирование, системный анализ	«Отчет о заболеваниях активным туберкулезом» (ф. № 8), «Сведения о больных туберкулезом» (ф. № 33), «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза...» (ф. № 89/у-туб), «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» (форма № 61), «Сведения о результатах исследований крови на антитела к ВИЧ» (форма 4), «Сведения о заболеваниях, передаваемых половым путем...» (форма № 9), «Оперативное донесение о лице, в крови которого при исследовании в реакции иммуноблота выявлены антитела ВИЧ» (форма № 266/у-88), «Карта эпидемиологического расследования случая заболевания СПИД (вирусоносительства)».	69 единиц документации (1990-2004 гг.), 3573 случая впервые выявленного туберкулеза, 3711 случаев ВИЧ с законченным эпидемиологическим расследованием.
5. Характеристика современных тенденций психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий.	Статистический, аналитический	«Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения...» (форма № 10), «Сведения о контингентах психически больных» (форма № 36), «Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами» (форма № 11), «Отчет о больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (форма № 37).	60 единиц документации (1990-2004 гг.)
6. Интегральная оценка социально опасной патологии. Разработка региональной стратегии укрепления общественного здоровья, оптимизации системы мониторинга, профилактики и снижения уровня социально опасной патологии.	Системный анализ, организационное моделирование	Результаты исследований в рассмотренных направлениях, включая авторские разработки.	

Тенденции основных показателей воспроизводства населения в крае соответствуют закономерностям в целом по стране. Среднегодовой коэффициент естественной убыли населения в течение последних 10 лет превышает «-5 ‰» с более высокими негативными значениями на селе. Некоторое увеличение рождаемости в течение 2000-2004 гг. связано со стабилизацией социально-экономического положения в стране и регионе, а также численным пополнением женщин репродуктивного возраста. Безусловная социальная опасность депопуляционных процессов может лишь частично компенсироваться миграционными потоками. Реализация комплекса мер по оптимизации миграционных потоков и демографической ситуации в Краснодарском крае требует участия не только местных органов власти, но и федеральных структур. При этом миграция должна носить регулируемый характер в связи с тем, что она создает не только определенную социальную дестабилизацию для постоянно проживавшего населения, но и носит дезадаптационный характер для мигрантов. Кроме того, высокая региональная миграционная нагрузка требует дополнительных мер по охране здоровья мигрантов, играющих существенную роль в дальнейшем воспроизводстве населения.

Необходимость достижения устойчивого баланса между показателями рождаемости и смертности, присущего экономически развитым странам, выдвигает на приоритетные позиции решение задач по радикальному снижению крайне высокой смертности населения, представляющей наибольшую угрозу российскому социуму и государству.

Комплексный анализ динамики смертности населения Краснодарского края за 1969-2004 гг. выявил общую трендовую направленность на увеличение показателей. Уровень смертности за весь период вырос по стандартизованному коэффициенту на 31,5 %. Резкие колебания показателей в течение 1984-1994 гг. коренным образом изменили представления о смертности как наиболее устойчивом во времени критерии здоровья. Социальные перемены середины 80-х годов, трансформировавшиеся в радикальные реформы всех сторон жизни общества, еще раз подтвердили крайне высокую зависимость в нашей стране уровня смертности от политического и социально-экономического курса проводимых преобразований. К 2003-2004 гг. стандартизованный коэффициент смертности в крае достиг уровня 1375,7 на 100 тыс. населения, что на 22,3 % выше, чем на начальном этапе реформ.

Результаты проведенных исследований показали, что изменение региональных пропорций смертности носило неоднородный характер по территориальным,

гендерным и возрастным характеристикам. Максимальное увеличение стандартизованных коэффициентов смертности за весь период зафиксировано в сельской местности (41,2 %). Преобладание уровня смертности на селе над городскими территориями в настоящее время более 10 %. Самый высокий темп увеличения был отмечен для сельских мужчин (41,3 %), самый низкий - для городских женщин (10,3 %). Индекс мужской «сверхсмертности» увеличился до 1,983.

Для детей в возрасте 0-9 лет показатели снизились практически на 1/3. Среди лиц в возрасте 10-19 лет диапазон изменения показателей смертности был наименьшим. В этих группах населения современная ситуация характеризуется самым низким уровнем смертности за весь анализируемый отрезок времени как для представителей мужского пола, так и женского. Наиболее выраженные неблагоприятные изменения смертности произошли в возрастной категории 30-49 лет. За 1989-2004 гг. максимально высокие темпы прироста показателей смертности отмечены в группе 30-39 лет (у мужчин 55,5 %, а у женщин 47,6 %).

Анализ смертности с позиций потерь человеческого капитала показал, что наибольший вклад в потерянные годы потенциальной жизни (ППЖ) вносит население 20-59 лет. Это характерно как для абсолютных значений, так и потерь на 100 тыс. населения соответствующего возраста. За 1989-2004 гг. происходило нарастание значимости трудоспособного населения в возрастной структуре потерянных лет потенциальной жизни. У мужчин данный показатель увеличился с 67,4 % до 84,4 %, а у женщин с 53,4 % до 72,8 %. Характерно, что различия между 1989-1990 гг. и 2003-2004 гг., а также избыточные потери по абсолютному числу лет потенциальной жизни были обусловлены только негативной динамикой у лиц 20-59 лет.

Конфигурация динамики смертности в Краснодарском крае сходна с общероссийской. Однако, величина стандартизованного коэффициента смертности в настоящее время в крае на 11,3 % ниже среднего по России. Хотя на начальном этапе реформ показатели были весьма близки. Показатели смертности населения трудоспособного возраста в крае в 2003-2004 гг. составляли у мужчин 84,8 % (1065,6 и 1257,1), а у женщин 81,0 % (324,1 и 400,2) от среднероссийских значений. Аналогичная ситуация складывается и по показателю ОПЖ. Имея в 1989-1990 гг. меньшую, чем по стране в целом, продолжительность жизни населения, Краснодарский край к 2003-2004 гг. достиг перевеса над среднероссийскими значениями для мужчин (2,14 года) и для женщин (1,55 года). Находясь в настоящее время на 14 месте в России по данному показателю, Краснодарский край занял ли-

дирующие позиции по положительной динамике в рейтинге среди субъектов Федерации. Это свидетельствует о том, что, в целом соответствуя негативным тенденциям смертности в стране, ситуация на Кубани характеризуется наименьшими потерями относительно других регионов России.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют, что реализованные в крае меры по компенсации негативных сторон проводимых реформ, частично были успешными. Ориентированная в эти годы преимущественно на население нетрудоспособного возраста, социальная политика привела к снижению смертности у детей, подростков и молодежи, а также достаточно низким (по сравнению с трудоспособным населением) темпам увеличения смертности лиц старших возрастных групп.

В период реформ произошло радикальное изменение в неблагоприятную сторону процессов смертности не только от травм (у мужчин на 22,8 % и у женщин на 7,8 %) и болезней системы кровообращения (соответственно, на 28,6 % и 3,3 %), но и от ряда других классов. Смертность от инфекционных заболеваний увеличилась в 2 раза у мужчин и в 2,2 раза у женщин, от психических расстройств в 3,3 и в 2,1 раза, от болезней органов пищеварения - в 1,5 раза для обеих групп. Причем патология органов пищеварения вышла на четвертое место в структуре причин смерти, оттеснив болезни органов дыхания. Смертность от алкогольной болезни печени выросла в 8,2 раза у мужчин и в 9,3 раза у женщин, от заболеваний поджелудочной железы в 2,1 раз и 6 раз, от фиброзов и цирроза печени в 1,8 и 2,6 раза. Общий рост смертности от I класса МКБ-X определялся только увеличением смертности от туберкулеза, ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов. Крайне высокий темп увеличения смертности от психических расстройств был связан с ростом хронического алкоголизма (в 4 раза у мужчин и 3,4 раза у женщин), алкогольных психозов, психических расстройств, вызванных употреблением наркотиков. Кроме того, было установлено, что в 2003-2004 гг. для лиц трудоспособного возраста удельный вес алкогольной кардиомиопатии среди умерших от хронических форм ИБС составил у мужчин - 64,6 %, а у женщин - 83,5 %. Все это свидетельствует о формировании и широком распространении за годы реформ нездорового образа жизни, социально опасной модели поведения среди значительной части населения, резком обострении и особой актуальности в современных условиях проблемы пьянства, алкоголизма, употребления психоактивных веществ. Индуцированные изменениями уровня и образа жизни населения

негативные тенденции смертности не только продолжают сохраняться, но и усиливаются.

Анализ потерянных лет потенциальной жизни за 1989-2004 гг. для населения трудоспособного возраста показал, что для мужского населения выросли в 3,6 раза потери, связанные с психическими расстройствами, в 2,9 раза от болезней органов пищеварения, в 2,8 раза от инфекционной патологии, в 1,9 раза от болезней системы кровообращения. Для женщин в наибольшей степени увеличились потери от инфекционных заболеваний – в 4,5 раза, болезней органов пищеварения – в 3,1 раза, психических расстройств – в 2,9 раза, болезней системы кровообращения – в 1,5 раза, травм и отравлений – в 1,3 раза.

Эти изменения отразились на рейтинге нозологий, входящих в первые десять наиболее значимых причин смерти населения. Вернулись в эту группу туберкулез, фиброз и цирроз печени, существенно поднялись по рейтинговой шкале самоубийства. В возрастной группе 30-39 лет, укрепившейся на лидирующих позициях по темпам роста смертности, изменения в рейтинге отдельных нозологий носили у мужчин и женщин в целом сходный характер. Отмечено существенное увеличение роли и значимости в этой возрастной группе таких причин смерти как туберкулез, фиброзы и цирроз печени, самоубийства, убийства, утопления, отравления алкоголем. Принципиальные изменения в соотношении между показателями смертности трудоспособного населения Краснодарского края и России определялись менее неблагоприятной их динамикой на Кубани в 1989-2004 гг. по ведущим группам причин смерти, как у мужчин, так и у женщин. Выявленные в Краснодарском крае тенденции и отмеченные изменения в ранговом распределении важнейших причин смерти по отдельным рубрикам МКБ и их объединениям обусловлены, прежде всего, негативной динамикой патологии, имеющей ярко выраженную социальную обусловленность и несомненным влиянием алкогольного фактора. С учетом сопоставления с динамикой смертности в России, а также результатами анализа предотвратимой смертности в стране в целом (Ю.В.Михайлова, А.Е.Иванова, 2006), можно высказать предположение, что негативные следствия реформ в регионе проявились в меньшей степени. По всей видимости, в крае оказалось существенно ниже разрастание маргинальных слоев населения при сохранении в регионе общероссийской тенденции на увеличение преимущественно в этих группах рисков смертности от внешних причин, туберкулеза, хронического алкоголизма и алкогольных психозов, циррозов разной этиологии, пневмоний, а также симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний.

Выявленные региональные особенности динамики показателей смертности и ОПШЖ дают основание полагать, что в Краснодарском крае существует реальная возможность преломления негативных демографических тенденций в случае эффективного воздействия на преждевременную, предотвратимую и избыточную смертность в соответствии с зонами территориального, возрастного, гендерного и нозологического риска.

В четвертой главе дана комплексная характеристика смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. Представлен углубленный анализ уровня потребления алкоголя населением, смертности от отравлений алкоголем и наркотиками, самоубийств.

От внешних причин в Краснодарском крае за 1969-2004 гг. погибло более 254 тыс. человек. Стандартизованный показатель смертности от травм, отравлений и других последствий воздействия внешних факторов за этот период увеличился у мужчин в 1,5 раза, а у женщин в 1,7 раза. В течение 1989-2004 гг. наибольший прирост был зафиксирован у мужчин городских территорий (31,7 %), примерно в равной степени увеличились стандартизованные коэффициенты смертности от травм у мужчин (14,2 %) и женщин (15,6 %) сельской местности и практически не изменились для женщин городских территорий (1,4 %).

Максимальные значения уровня смертельного травматизма характерны в настоящее время для мужчин сельских территорий края в возрасте 50-59 лет (585,1). Для этой же возрастной группы мужского населения отмечен наибольший темп увеличения показателей, как в сельской местности, так и городской. У женщин за весь период лидирующее положение по приросту коэффициентов смертности от травм в сельских поселениях занимают возрастные группы 20-29 лет (2,7 раза) и 30-39 лет (2,5 раза), а в городской местности группы 30-39 лет и 40-49 лет (2,0 раза). Эти закономерности в последние годы только усиливаются.

В структуре смертности от данного класса в 2003-2004 гг. наибольший удельный вес имели транспортные травмы (19,6 %), самоубийства (17,3 %), убийства (10,5 %), повреждения с неопределенными намерениями (9,8 %), острые отравления алкоголем (8,2 %). Динамика отдельных видов смертельных травм свидетельствует о резком увеличении смертности в последние годы от таких причин как острые отравления алкоголем (в 2,2 раза у мужчин и 5,8 раза у женщин), убийства (соответственно, в 2,7 раза и 2,3 раза), повреждения с неопределенными намерениями (в 4,6 раза и 5,6 раза).

В то же время как общие, так и повозрастные, коэффициенты смертности от травм населения Краснодарского края существенно уступают среднероссийским значениям. В 2003-2004 гг. для всего населения края показатели были ниже средних по стране на 23,1 % (168,2 против 218,8). Эти различия в наибольшей степени проявились для городских женщин края, для которых в эти годы показатели оказались почти на 35 % ниже данных по стране, а в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет меньше в 2 раза. Значения для городских мужчин во всех возрастных группах не менее чем на 25 % уступают цифрам для мужского населения России.

Отдельным фрагментом исследования изучены вопросы взаимосвязи между потреблением алкоголя населением и смертельным травматизмом. Точные количественные оценки общего числа умерших в алкогольном опьянении, числа погибших от травм в состоянии алкогольного опьянения на основе действующей демографической статистики затруднены. В результате параллельного анализа данных по отчетным формам Госкомстата (ф. С-51), первичной и отчетной документации бюро судебно-медицинской экспертизы установлено, что только за 2000-2004 гг. общий недоучет случаев алкогольного опьянения при смертельных травмах в Краснодарском крае по форме С-51 составил более 20 тыс. случаев. Информативность сведений, касающихся алкогольного опьянения в момент смерти, ни в «Медицинских свидетельствах о смерти», ни форме С-51, составляемой на основе этих свидетельств, является не только явно недостаточной, но и искажает реальную картину в сторону видимого благополучия.

Используя уровень смертности от травм в алкогольном опьянении (по материалам бюро СМЭ) как один из наиболее чувствительных индикаторов потребления алкоголя населением, в ходе исследования был получен ряд уравнений линейной регрессии, по которым можно отслеживать потребление алкоголя в зависимости от величины смертности от травм в алкогольном опьянении.

Проведенные расчеты выявили чрезвычайно высокую разницу между официальными сведениями продажи алкоголя населению и данными, полученными в результате моделирования. Максимальное расхождение приходится на первые годы отказа государства от монополии на алкоголь. На фоне самых высоких показателей насильственной смертности в алкогольном опьянении в 1993-1995 гг. нелегальный оборот алкоголя составлял более 80 %. В среднем за 1990-2004 гг. эта величина составила 46,9 %. Со второй половины 90-х годов тенденция изменилась в лучшую сторону. Однако вклад официально реализуемых алкогольных напитков

составляет в последние годы около $2/3$ от общей величины потребления чистого алкоголя населением края.

На основе результатов моделирования было установлено, что величина потребления алкоголя на душу населения Краснодарского края в 2003-2004 гг. находилась в диапазоне 8,7 – 10,6 литров абсолютного алкоголя, что превышает верхний порог уровня безопасности по критериям ВОЗ (8 л). Однако, несмотря на высокие полученные значения по Краснодарскому краю и нахождение региона за пределами «зоны социальной безопасности» по потреблению алкоголя, ситуация по смертельному травматизму несколько лучше по сравнению с другими территориями России. Это, по всей видимости, связано и с меньшим среднедушевым потреблением алкоголя в регионе.

Анализ смертельных отравлений алкоголем также установил, что используемые для подготовки документов на федеральном уровне показатели, основанные на форме С-51, являются существенно заниженными. На материалах Краснодарского края по острым смертельным отравлениям алкоголем только за 1990-2004 гг. выявлен недоучет 32,6 % случаев. Такая ситуация, вероятно, характерна не только для Краснодарского края, но и для других субъектов Федерации и России в целом. Роль смертельных отравления алкоголем на формирование показателей смертности населения существенно недооценивается.

Изучение материалов бюро СМЭ позволило установить, что частота смертельных отравлений алкоголем выросла за 1970-2004 гг. в 3,4 раза (с 6,6 до 22,7 на 100 тыс. населения), а за 1990-2004 гг. в 1,5 раза. В настоящее время полученные значения по данным бюро СМЭ в 1,6 раза превышают цифры, рассчитанные на основе форм Госкомстата. Тенденции на сокращение разрыва нет. Увеличение смертности от острых отравлений алкоголем в равной степени коснулось мужчин и женщин, а перевес мужских показателей над женскими в разные годы колебался от 4,5 до 7,2 раза. Наиболее неблагоприятная ситуация в крае отмечена для жителей сельских территорий. Сельские мужчины погибали и погибают от этих причин почти в 1,4 раза чаще городских мужчин. Смертность сельских женщин в 1,5 раза превышает аналогичные значения для жительниц городов, хотя до начала 90-х годов уровень смертельных отравлений алкоголем был у них ниже. Самые высокие по возрастные коэффициенты смертности в 2003-2004 гг. отмечены и у мужчин и у женщин независимо от территории проживания в возрастных группах 49-49 лет и 50-59 лет.

Важнейшей современной проблемой являются смертельные отравления наркотиками. Частота таких отравлений увеличилась в крае за 1990-2004 гг. в 7,3 раза. Изучение выборочной группы смертельных отравлений наркотиками показало, что 92,6 % всех случаев приходится на мужчин, а преобладающей возрастной группой являются лица 15-39 лет (95 %). Отмечено омоложение погибших в результате смертельных отравлений наркотическими средствами, связанное с более ранним началом употребления наркотиков с парентеральным механизмом введения. Средний возраст погибшего в результате такого отравления наркомана составил в среднем $28,38 \pm 0,38$ года, а женщины оказались моложе мужчин ($26,54 \pm 2,49$ года против $28,53 \pm 0,89$ года). Среди умерших в результате отравления наркотическими средствами почти 75 % погибли от передозировки морфином, 19,3 % в результате сочетанного применения морфина и кодеина, 4,5 % - от эфедрина. Каждый четвертый погибший от передозировки наркоман использовал лекарственные средства для пролонгирования или усиления действия наркотиков. При сочетании всех видов веществ (наркотиков, алкоголя и медикаментов) отмечается самый молодой возраст погибших ($27,22 \pm 1,21$ года). Это свидетельствует о крайней степени снижения установок самосохранного поведения у наркоманов более молодого возраста.

Еще одним важнейшим индикатором, который в последние годы используется при оценке такой категории как уровень жизни (в группе показателей социального здоровья и социальной безопасности) являются самоубийства. В рамках фрагмента настоящего исследования нами продолжено комплексное изучение самоубийств, первый этап которого был осуществлен в 1987-1993 гг. Уровень самоубийств в Краснодарском крае в 2003 г. по стандартизованным показателям был ниже среднего по России на 12,2 %, но выше в 1,5 раза значений по ЮФО. Доля мужчин составила 79,2 %, а женщин - 20,8 %. Отмечено преобладание удельного веса сельских жителей над городскими (54,0 % против 46,0 %; $p < 0,05$). Стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств вырос за весь 36-летний период на 25,2 % (с 22,7 до 38,5 на 100 тыс. населения), а общий интенсивный показатель на 38,8 % (с 21,8 до 30,3). Имевший место рекордный подъем показателя самоубийств в середине 90-х годов в настоящее время в городах полностью нивелировался, тогда как на селе ситуация продолжает оставаться неблагоприятной. За 1989-2004 гг. показатель суицидов увеличился только для мужчин села (16,3 %). У женщин сельских территорий края установлено снижение на 20,7 %, а у городских женщин на 25,4 %. Для городских мужчин показатели достоверно не изменились.

Сокращение уровня аутоагрессивных действий со смертельным исходом отмечено в подавляющем большинстве возрастных групп городских женщин и колебалось в диапазоне 9,0-47,1 %. Показатели оказались не только ниже уровня 1989-1990 гг., но даже меньше значений 1969-1970 гг. Среди сельских мужчин смертность от самоубийств увеличилась во всех группах населения с приростом в 1,2-2,2 раза.

Для оценки условий формирования группы самоубийц был использован факторный анализ, на основе 47 признаков самоубийц, отобранных по единой методике с ранее проведенным исследованием. Результаты показали нарастание значимости для мужчин-самоубийц факторов дисгармонии брачно-семейных отношений (в виде разрушения брака или его отсутствия), одинокого проживания или сожительства, незанятости в общественном производстве (для трудоспособного контингента), миграции, хронического алкоголизма, злоупотребления алкоголем и применения наркотиков.

В пятой главе представлены эпидемиологические и медико-социальные аспекты туберкулеза в Краснодарском крае. Уровень заболеваемости туберкулезом в регионе за 1990-2004 гг. увеличился в 2,4 раза (с 29,0 до 70,0 на 100 тыс. населения), а распространенность туберкулеза возросла за 1990-2003 гг. на 42,5 % (с 180,5 до 257,3), снизившись в 2004 г. (186,0). Темпы увеличения заболеваемости туберкулезом были одинаковы в городской и сельской местности края. Установлен преобладающий рост показателей заболеваемости у мужчин по сравнению с женщинами (2,5 раза против 2,2 раза). На один случай впервые выявленного туберкулеза у женщин приходится в настоящее время 3,2 случая у мужчин. Доминирующей нозологической формой является туберкулез органов дыхания (94,5% у женщин и 98,5% у мужчин) и рост заболеваемости туберкулезом произошел только за счет этой локализации.

Самые высокие уровни заболеваемости в 2004 г. были отмечены в возрастной группе 25-34 года как для мужчин (192,9), так и для женщин (74,0). Почти 2/3 случаев впервые выявленного туберкулеза приходятся на возрастную группу 18-44 года (у мужчин – 62,2 %, у женщин – 66,8 %). Анализ динамики по возрастных показателей заболеваемости туберкулезом был затруднен в связи с многократными пересмотрами отчетных форм о заболеваниях активным туберкулезом в 90-е годы, изменением важнейших реквизитов в этих формах и охватом различных контингентов. Для обеспечения сопоставимости состава заболевших и возможности элиминации отдельных контингентов больных при моделировании было проведено углубленное изучение первичной документации за 2004 г. (3573 слу-

чаев туберкулеза). Полученные данные свидетельствуют, что рост заболеваемости отмечен во всех возрастных группах населения. «Лидирующие» позиции по темпам увеличения принадлежат группе 20-39 лет, для которой за рассматриваемый период времени показатели увеличились в 2,4 раза (с 52,6 до 125,5).

В результате расчетов при исключении из числа впервые заболевших туберкулезом в 2004 г. лиц, отбывающих наказание, а также неработающих трудоспособного возраста и лиц, имеющих официальный статус безработных, установлено, что по возрастные показатели заболеваемости у женщин в 1990 и 2004 годах принципиально не отличаются. У мужчин в самых «проблемных» на сегодняшний день группах трудоспособного возраста уровни заболеваемости оказались ниже, чем в 1990 г. на 24,3-28,9 %. Такое сопоставление дает основание полагать, что с одной стороны, истинный уровень заболеваемости туберкулезом в начале 90-х годов был выше, чем зафиксирован в отчетных формах этого периода, а с другой – это одно из наиболее убедительных доказательств роста туберкулеза как социально обусловленного заболевания. В то же время следует отметить, что повышение заболеваемости среди детей и подростков, несомненно, является свидетельством общей активизации эпидемического процесса туберкулеза.

Влияние заболеваемости лиц, находящихся в следственных изоляторах и учреждениях пенитенциарной системы ФСИН РФ, расположенных на территории Краснодарского края, на итоговые показатели для всей территории крайне велико. Уровни заболеваемости и распространенности туберкулеза среди всего этого контингента в 2003-2004 гг. превышали значения в целом для Краснодарского края, соответственно, в 30,1 и 38,7 раза. Только для лиц, находящихся в ИТК, преобладание над среднекраевыми значениями составило 37,3 раза (2685,2 против 71,9; $p < 0,05$) и 63,9 раза (14166,4 против 221,6). Кроме того, существенно осложняет обстановку в крае активная миграция больных, прибывающих на постоянное место жительства. За 1990-2004 гг. в Краснодарский край прибыло 18143 больных активными формами туберкулеза, из которых 49,5 % из них являлись бактериовыделителями. Не менее половины этого контингента – лица, освобождающиеся из мест заключения.

Показатели смертности от туберкулеза являются одними из наиболее значимых для комплексной оценки ситуации как в плане организации медицинской помощи больным, так и социально-экономического уровня жизни населения. Туберкулез сыграл основную роль в увеличении смертности от I класса МКБ-X за 1989-2004 гг. Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза вырос за

этот период в 2,5 раза и вышел на уровень рубежа 60-70 годов. Несмотря на близость итоговых уровней стандартизованных показателей смертности от туберкулеза в 1969-1970 гг. (23,9) и 2003-2004 гг. (23,6), современную ситуацию следует определить как значительно более неблагоприятную. Средний возраст умерших снизился на 5,9 года (с $52,55 \pm 0,46$ до $46,65 \pm 0,34$ года; $p < 0,05$), а наибольшая доля умерших приходится на группу 40-49 лет (36,8 %). Значительное омоложение умирающих от туберкулеза определяется преимущественным ростом смертности среди населения, находящегося в активном трудоспособном возрасте. Для мужчин 20-59 лет смертность от туберкулеза увеличилась за 1969-2004 гг. в 1,6 раза, а за 1989-2004 гг. - в 2,6 раза. Для женщин этой возрастной группы за весь период отмечено сокращение смертности на 31,7 %, а за 1989-2004 гг. - рост в 4,5 раза. В наибольшей степени за последние 15 лет выросли коэффициенты смертности у мужчин в возрастных группах 40-49 лет (2,8 раза), 30-39 лет (2,7 раза) и 50-59 лет (2,6 раза), а у женщин для возрастных категорий 40-49 лет (6,4 раза), 20-29 лет (5,2 раза), 30-39 лет (3,8 раза), 50-59 лет (3,7 раза).

Увеличение смертности от туберкулеза в течение 90-х годов прошлого века носило последовательный характер, стабилизировавшись в 2002-2004 гг. Более высокие темпы роста стандартизованных коэффициентов смертности были характерны для женщин. Тем не менее на один случай смерти от туберкулеза у женщин приходится в настоящее время 7,6 случаев смерти мужчин. Смертность от туберкулеза сельских жителей стабильно опережает значения жителей городов (у мужчин на 23,3 %, а у женщин на 55,1 %).

Существенно выросла и величина потерянных лет потенциальной жизни (ППЖ) в результате смертности от туберкулеза. За 1969-2004 гг. абсолютное значение потерь для всего населения края увеличилось в 1,6 раза, а за 1989-2004 гг. в 2,8 раза. Темп роста данного показателя оказался значительно выше, чем для «грубых» и стандартизованных коэффициентов смертности от туберкулеза. В настоящее время самая высокая величина потерь ППЖ на 1000 населения характерна для сельских мужчин (1,6 года) и мужчин городов (1,4 года).

По основным показателям, характеризующим ситуацию по туберкулезу, в Краснодарском крае положение значительно лучше, чем в среднем по ЮФО. Однако, при сопоставлении со среднероссийскими данными имеют место более высокие стандартизованные коэффициенты смертности. По всей видимости, это связано с дефектами оказания медицинской помощи больным с туберкулезом в Краснодарском крае и активной миграцией в регион больных с запущенными формами

туберкулеза. Кроме того, влияние оказывает значительное представительство среди контингента больных туберкулезом социально-дезадаптированных лиц, уклоняющихся от лечения.

Изучение медико-социальных характеристик впервые выявленных больных туберкулезом в Краснодарском крае в 2004 г. показало, что преобладающей группой среди них оказались неработающие лица трудоспособного возраста с отсутствием инвалидности. На их долю приходится 36,7 % случаев впервые выявляемого туберкулеза. При исключении из рассмотрения лиц, отбывающих наказание в ИТУ, эта доля увеличивается до 45,6 %. Каждый пятый случай туберкулеза установлен у лиц, находящихся в учреждениях пенитенциарной системы.

Характерно, что удельный вес случаев туберкулеза в возрасте 25-54 года для лиц БОМЖ (85,7 %), контингента учреждений системы ФСИН (79,5 %), а также неработающих и безработных (78,7 %), достоверно превышал значения для других социальных категорий постоянно проживающего населения края (56,7 %).

Изучение сопутствующей патологии у больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза позволило установить, что у 29,4 % из них туберкулезная инфекция сочеталась с различными заболеваниями, среди которых преобладала ассоциация с хроническим алкоголизмом. Удельный вес больных, с сопутствующими туберкулезу социопатиями, нарастал от занятого в общественном производстве населения (5,0 %) к контингенту заключенных (12,2 %), неработающим и безработным (15,3 %).

В ходе исследования было установлено, что суммарная доля лиц, имеющих социальную дезадаптацию в виде лишения свободы, незанятости в общественном производстве, наличия социально обусловленных заболеваний, сопутствующих туберкулезу (психические расстройства, ВИЧ-инфекция, алкоголизм и/или наркомания с нахождением на официальном учете в соответствующих группах ЛПУ) для возрастной группы 25-44 лет составила 70,5%. У мужчин роль социальной дезадаптации проявлялась достоверно выше, чем у женщин (74,3 % против 58,7 %).

Среди больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза выделяются две группы больных, обладающих специфичными медико-социальными портретами. Наиболее типичными характеристиками первой группы являются мужской пол, возраст 35-44 года, незанятость длительное время в общественном производстве либо наличие статуса безработного, злоупотребление алкоголем и/или официальный учет по поводу хронического алкоголизма, наличие широкого спектра соматической патологии без стойкой утраты трудоспособности. Вторая группа

представлена также мужчинами, 25-34 лет, находящимися в ИТУ, до осуждения состоявших на учете в наркологических учреждениях по поводу хронического алкоголизма или наркомании, с наличием сопутствующих заболеваний.

Взаимосвязь туберкулеза и социальной дезадаптации перерастает в настоящее время во взаимобусловленность. С одной стороны, наличие такого заболевания как туберкулез является мощным фактором профессионального отбора при трудоустройстве, с другой – длительное отсутствие работы у больных туберкулезом или лиц трудоспособного возраста индуцирует расширение их контактов, прежде всего, с маргинальными слоями общества. Среди этих контингентов не только выше уровень заболеваемости туберкулезом и другими социопатиями, но и значительно шире распространены различные варианты социально опасной модели поведения. Некоторая стабилизация основных показателей, характеризующих ситуацию по туберкулезу, свидетельствует о сохранении возможности управления этими процессами. Необходимо совершенствование комплекса мер экономического, правового, социального и медицинского характера, ориентированного, прежде всего на население трудоспособного возраста, а также на детей и молодежь, предохраняя их от контактов с маргинальными элементами.

В шестой главе дается оценка региональных тенденций ВИЧ-инфекции. Это заболевание приобрело глобальное распространение и представляет угрозу социально-экономическому развитию многих стран, а эффективное решение проблемы ВИЧ/СПИДа считается самой безотлагательной задачей в области общественного здравоохранения (WHO, 2004).

Краснодарский край является дебютной территорией, где впервые был выявлен случай ВИЧ-инфекции на территории бывшего СССР и в современных границах РФ. Кроме того, регион принадлежит к числу субъектов России, для которых в 1996 г. отмечено начало эпидемического распространения данного заболевания. С момента начала регистрации по абсолютному количеству выявленных случаев ВИЧ-инфекции Краснодарский край занимает первое место в ЮФО (34,6 % всех случаев инфицирования).

До 1995 г. в крае отмечены единичные случаи ВИЧ-инфекции, из которых на долю граждан России пришлось 55,4 % случаев. В дальнейшем ситуация качественно изменилась и в 1996-2004 гг. удельный вес иностранных граждан сократился до 3,8 %, из которых подавляющее большинство являлись гражданами стран ближнего зарубежья (Украины, Грузии, Армении). Резкий подъем выявления ВИЧ-инфекции в 1996 г. был обусловлен выраженной активизацией парентераль-

ного пути передачи среди наркоманов, использующих внутривенное введение психотропных средств (85,2 % всех случаев). Более чем каждый третий случай в этот период пришелся на лиц, находившихся в местах лишения свободы. В 2001-2004 гг. инфицированность ВИЧ колебалась на уровне 11,1–13,4 на 100 тыс. населения, опережая значения 1996 года в 1,5-1,8 раза. Показатель кумулятивного числа заражений ВИЧ среди жителей края за 1996-2004 гг. увеличился в 16,8 раз (с 7,3 до 122,4). Эпидемия ВИЧ с 2001 г. охватила всю территорию Краснодарского края, накапливая эпидемический потенциал повсеместно. Среди выявленных случаев наибольшая доля приходится на жителей городов (79,5 %). Однако, последние годы характеризуются преобладающими темпами увеличения инфицированности ВИЧ в сельских населенных пунктах. Наиболее высокие уровни по возрастной инфицированности сместились от группы 20-29 лет к лицам 30-39 лет. Средний возраст вырос на 3,5 года (с $28,77 \pm 0,34$ до $32,30 \pm 0,46$). Установлена достоверная тенденция на сокращение удельного веса мужчин (с 75,0 % в 1996 г. до 56,8 % в 2004 г.). С 1998 года снижается удельный вес «наркотической» передачи на фоне увеличения доли полового пути заражения при гетеросексуальных контактах. В 2004 году после семилетнего перерыва половой путь передачи вновь стал доминирующим (61,6 %).

Ежегодное количество детей, рождающихся от инфицированных женщин за 1996-2004 г. выросло в 29,3 раза. Увеличение показателей рождаемости детей с перинатальной экспозицией ВИЧ было характерно при расчете на все население края, на общую численность женщин и на количество женщин фертильного возраста. При этом интенсивность процессов выросла в 28,2-30,1 раза. Если в начале 1 случай перинатальной экспозиции приходился на 15625 новорожденных детей в Краснодарском крае, то к 2004 г. эта величина сократилась до 627 случаев рождения на территории.

Установлено нарастание преимущественного поражения лиц, имеющих ту или иную форму социальной дезадаптации. Удельный вес неработающих лиц трудоспособного возраста увеличился с 54,2 % до 70,9 %. Вместе с лицами, находящимися в местах лишения свободы, доля этой объединенной группы за 1996-2004 годы в среднем составила 88,4 %.

С середины 90-х годов количество ежегодно регистрируемых случаев смерти среди контингента больных ВИЧ-инфекцией увеличилось в 13 раз. Только за 1999-2004 гг. показатель общей смертности для лиц с ВИЧ-инфекцией вырос почти в 3 раза (с 25,5 до 73,7 на 1000 населения). Частота самоубийств среди этого

контингента (303,4 на 100 тыс. населения) в 2003-2004 гг. в 10 раз превысила средние значения для Краснодарского края в этот период (33,3). При этом самоубийства занимали второе ранговое место среди причин смерти ВИЧ-инфицированных.

Реструктуризация путей инфицирования, изменение состава ВИЧ-инфицированных по возрасту и полу тесно коррелировали между собой. В ходе исследования установлено, что в Краснодарском крае начался этап поливекторного распространения ВИЧ. Тенденция снижения удельного веса лиц, заразившихся в результате парентерального введения наркотических средств и рост доли заболевших при гетеросексуальных половых контактах приняла стабильный характер. Это связано не столько со снижением наркоманов, употребляющих наркотики внутривенно, сколько с накоплением среди населения контингента ВИЧ-инфицированных и началом более широкого выхода инфекции из группы социально-дезадаптированных лиц к другим категориям населения.

В ходе исследования была проведена оценка потенциала развившейся эпидемии с помощью моделирования и экстраполяции на основе учета процессов среди отдельных групп населения. При этом были отобраны наиболее реалистичные модели, учитывающие поведение сексуально-активного населения и основные пути инфицирования. Экстраполированные показатели инфицированности ВИЧ жителей края по результатам лабораторного обследования населения были выше официально учтенных показателей в 1,5-3 раза.

Среди отдельных контингентов населения наиболее выраженные темпы прироста показателя инфицированности ВИЧ были характерны для доноров (3,8 раза) и беременных (30,2 раза). Установлено, что повышение показателей выявления инфекции среди доноров и беременных зависит от роста распространенности заболевания среди всего населения, на включение в эпидемический процесс групп населения с отсутствующим или скрытым поведенческим риском. Это служит объективным признаком генерализации эпидемии.

Установлена возрастающая направленность тренда показателей инфицированности у доноров, опережающая темпы роста значений для всего населения края. Это указывает на неблагоприятное развитие ситуации и возрастание риска нозокомиального распространения ВИЧ. Вероятно, это связано с увеличением среди контингента доноров числа неработающих лиц трудоспособного возраста, для которых высока ассоциированность с маргинализацией. В то же время общность тенденций показателей обнаружения ВИЧ-инфекции среди доноров и среди совокупного населения Краснодарского края указывает на определяющее влияние

кумулятивного числа случаев заражения ВИЧ в регионе на инфицированность доноров. Это требует дальнейшего совершенствования директивных документов МЗ и СР РФ по организации донорской службы, более четкого определения групп риска с исключением законодательных коллизий.

В рамках этого фрагмента исследования также была рассмотрена общность проблемы ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и сифилиса. Регистрируемая выявляемость ВИЧ-инфекции по интенсивности приближена к показателям заболеваемости ОВГС. Соотношение показателей острых форм гепатитов и носительства вирусов явно определяется в пользу носительства. В среднемноголетнем исчислении это превосходство выше в 2,0 и в 10,4 раза соответственно по гепатитам В и С. Частота выявления маркеров гепатитов В и С у инфицированных ВИЧ половым путем достоверно ниже, чем у лиц заразившихся при внутривенном введении психоактивных веществ. В связи с этим в маркировке конкретных путей инфицирования использовать модель парентеральных гепатитов представляется затруднительным. Более адекватно можно оценить эффективность функционирования половой передачи ВИЧ на модели сифилиса – классической инфекции, передающейся половым путем. Установлено, что заболеваемость сифилисом значительно превышает заболеваемость ВИЧ-инфекцией за все анализируемые годы. С 1997 г. динамика интенсивных показателей заболеваемости сифилисом и ВИЧ-инфекцией принимает общую тенденцию развития. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о необходимости направления усилий на профилактику ВИЧ-инфекции в группах с высоким уровнем заболеваемости сифилисом, а также на контроль сифилиса, как особую стратегию профилактики ВИЧ-инфекции. При этом профилактические программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции должны носить комплексный характер и иметь достаточный адаптационный ресурс в связи с формирующимися в современных условиях параллелями в распространении ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и сифилиса.

Седьмая глава посвящена оценке современных тенденций психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикомании. Отдельными разделами в главе рассмотрены закономерности формирования заболеваемости и контингентов лиц, получающих медицинскую помощь в психиатрической службе, и динамика показателей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ).

Психическое здоровье населения является одним из наиболее важных показателей благосостояния государства и критерием его социальной безопасности. Анализ распространенности психических расстройств в Краснодарском крае свидетельствует, что тенденция роста патологии приняла тотальный характер, охватывает территории независимо от степени их урбанизации, как мужчин, так и женщин, по основному спектру регистрируемых нозологических форм и имеет специфику в отдельных возрастных группах.

За 1990-2004 гг. заболеваемость психическими расстройствами увеличилась в 1,8 раза (с 191,5 до 350,8 на 100 тыс. населения). Уровень распространенности вырос в 1,3 раза (с 2619,1 до 3459,7). Общий контингент больных, наблюдаемых психиатрической службой, увеличился в 1,3 раза. Рост заболеваемости у мужчин составил 79,4 % (с 232,3 до 416,8), а у женщин – 76,3 % (с 166,4 до 293,4). Самые высокие темпы увеличения были характерны для женщин, проживающих в городах (2,1 раза). Далее следуют мужчины городской местности (1,9 раза), мужчины села (1,7 раза), сельские женщины (1,4 раза). Итоговый показатель заболеваемости психическими расстройствами в городских территориях края в настоящее время в 1,5 раза выше, чем на селе (418,9 против 274,2).

Оценка динамики заболеваемости за 1993-1994 гг. и 2003-2004 гг. в отдельных возрастных группах показала, что наиболее неблагоприятная ситуация складывалась для лиц 18-19 лет. В этой группе по возрастной коэффициент заболеваемости увеличился на 74,0 %. На втором месте по темпам роста подростки 15-17 лет (69,1 %), на третьем – группа 60 лет и старше (37,5 %). При анализе по возрастных изменений учтенной заболеваемости психическими расстройствами было установлено снижение пограничных расстройств в результате резкого сокращения показателей в возрастных группах 20-59 лет и 60 лет и старше. Тогда как для детей, подростков и лиц 18-19 лет показатели увеличивались. Для лиц старше 60 лет выросла «грубая» патология в виде психозов (в 1,7 раза). В группе 18-19 лет в 1,7 раза увеличилась частота регистрации умственной отсталости.

Тенденция роста распространенности психических расстройств также проявилась и городской местности и сельской. Опережающие темпы выявлены в городах (36,1% против 27,5 %). Показатели у мужчин увеличились на 35,6 % (с 3086,0 до 4185,8), а для женщин на 22,9 % (соответственно, 2299,8 против 2827,3). В наибольшей степени увеличился уровень распространенности психических расстройств у лиц 18-19 лет (в 1,7 раза). На втором месте по темпам увеличения - дети 0-14 лет (1,4 раза). Распространенность умственной отсталости в этой группе

увеличилась почти на 1/3, лишь немногим уступив по темпам роста группе 18-19 лет (1,4 раза). Удельный вес умственной отсталости среди всех психических расстройств в сельской местности составляет в настоящее время 38,6 %, а в городах - 19,4 %. Установлен перевес в 1,6 раза распространенности умственной отсталости на селе по сравнению с городами (1194,8 против 737,6).

Регистрируемые уровни патологии, по всей видимости, являются отражением не столько распространенности психических болезней в обществе, а в разном характере медицинской активности населения и организации медицинского обслуживания отдельных возрастных групп. Регулярность медицинского контроля за детьми, подростками, а также лицами 18-19 лет (особенно мужчинами, подлежащими призыву на военную службу), активность родителей в этом направлении способствуют увеличению выявляемости патологии при медицинских осмотрах и обращаемости в ЛПУ. Для лиц 20-59 лет и группы старше 60 лет закономерности динамики уровней заболеваемости и распространенности связаны, вероятно, со снижением обращаемости населения за психиатрической помощью, изменением критериев нахождения на учете у врачей психиатров вследствие изменившегося законодательства.

Установлена тенденция роста числа психически больных, совершающих общественно опасные деяния. Число лиц, совершивших общественно опасные деяния и признанных невменяемыми, увеличилось в 2,4 раза. Из них 2/3 были ранее зарегистрированы врачами психиатрами. Значительная доля приходится на детско-подростковую группу лиц с умственной отсталостью. Рост числа опасных деяний по причине психических расстройств во многом обусловлен серьезными препятствиями для трудового устройства лиц с психическими расстройствами, сложностью организации социально-трудовой и психосоциальной реабилитации в новых условиях рынка труда. Затянувшийся в нашей стране выход из социально-экономического кризиса негативно сказывается не только на росте психической патологии среди населения, но и способствует ее утяжелению и декомпенсации.

Уровни учтенной заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, увеличились в целом по краю за 1990-2004 гг. на 14 %. В 2003-2004 гг. значения заболеваемости для населения Краснодарского края составляли 327,7 случаев на 100 тыс. населения, а для распространенности, соответственно, - 2072,0. Для женщин были характерны более высокие темпы увеличения показателей по сравнению с мужчинами как по заболеваемости (73,6 % против 7,6 %), так и по распространенности (75,0 % про-

тив 23,1 %). Заболеваемость росла опережающими темпами в сельской местности, а распространенность - в городской.

Анализ динамики отдельных групп патологических состояний, связанных с употреблением ПАВ, показывает снижение учтенных психических и поведенческих расстройств, связанных с алкоголем, и увеличение роли всех видов патологии, индуцированной потреблением наркотиков. Уровень «наркозависимой» заболеваемости вырос для мужчин городов в 4,7 раза, для сельских мужчин в 4,9 раза, городских женщин в 3,6 раза, сельских женщин в 1,4 раза. Заболеваемость наркоманией увеличилась в группе 15-19 лет в 1,8 раза, а в группе 20-59 лет в 4,4 раза. При этом в течение последних 5 лет (2000-2004 гг.) показатель снижался. Проведенный анализ установил, что наиболее эффективными мерами борьбы с наркоманией оказались для лиц 15-17 лет и 18-19 лет. В этих возрастных группах населения уровень заболеваемости наркоманией сократился в 3-5 раз. Эта тенденция прослеживается для мужчин и для женщин, для городской местности и сельской. Положительная динамика преимущественно связана с наркотиками, вводимыми внутривенно. Тенденции последних лет свидетельствуют, что имеет место повышение эффективности противодействия незаконному обороту наркотиков. Прежде всего, со стороны силовых структур.

В то же время, регистрируемый в настоящее время уровень наркологических расстройств многократно превышает значения конца 80-х - начала 90-х годов. За 1990-2004 гг. общий рост распространенности патологии вследствие употребления наркотиков составил у мужчин 5,1 раза, у женщин 6,2 раза. Только частота наркомании у мужчин возросла в 4,9 раза, а у женщин в 6,9 раза. Преобладание крайних данных над значениями по России в первое пятилетие 90-х годов в среднем составило 3,9 раза (93,1 против 24,0). В начале нового столетия (2000-2003 гг.) перевес несколько сократился, хотя и остается весьма значительным – 1,7 раза (375,0 против 217,9). Рост показателей распространенности наркомании в Краснодарском крае носил прогрессирующий характер для всех форм патологии и не имел выраженных гендерных особенностей. Роль производных опиумного мака сохраняется на высоком уровне в течение последних лет: 2/3 мужчин и 3/4 женщин, страдающих наркоманией, являлись потребителями опия. Необходимо дальнейшее укрепление межведомственного взаимодействия правоохранительных органов, учреждений образования и здравоохранения по проблемам борьбы с наркоманией.

На фоне реализуемой государственной политики противодействия наркомании мероприятия по преодолению последствий злоупотребления алкоголем, вклю-

чая выявление и регистрацию больных алкоголизмом, отошли на второй план. Частота заболеваемости хроническим алкоголизмом в целом для населения Краснодарского края сократилась на 31,0 % (с 121,7 до 84,8), а выявление больных, относящихся к группе профилактического учета, снизилось на 35,4 % (с 146,7 до 94,8). Прямо противоположная ситуация отмечается в отношении алкогольных психозов, уровень которых вырос в 4,3 раза (с 8,4 до 35,6). Наиболее резко разнонаправленность тенденций алкогольных психозов и учтенной заболеваемости хроническим алкоголизмом проявилась для мужчин, сельских жителей, возрастной группы 20-59 лет. Это свидетельствует о явном недоучете лиц трудоспособного возраста, страдающих хроническим алкоголизмом. Тенденции показателей распространенности хронического алкоголизма и алкогольных психозов в целом повторяют закономерности, характерные для заболеваемости. Увеличение распространенности алкогольных психозов составило 1,8 раза у мужчин и 1,9 раза у женщин. В то же время официально зарегистрированные случаи распространенности хронического алкоголизма у мужчин снизились на 15,1 %, а у женщин отмечен некоторый рост - 26,8 %. Но даже при таком неполноценном учете каждый семнадцатый мужчина в возрасте 40-59 лет, проживавший в Краснодарском крае в 2004 г., официально являлся хроническим алкоголиком. Значительное сокращение учтенной распространенности хронического алкоголизма в возрастных группах 20-59 лет и 60 лет и старше сопровождалось ростом в 34 раза частоты этой патологии для возрастной категории населения 15-19 лет.

Депопуляция населения на фоне алкогольной и наркотической деградации требует кардинальных изменений в системе обеспечения социальной безопасности государства. Если противодействие незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ в России усиливается, то вопросы построения эффективной государственной политики в отношении алкоголя нуждаются в безотлагательной разработке. Изменение ситуации возможно лишь на основе осознания социальной опасности существующих тенденций рассмотренной патологии на уровне общества и выработки стратегии борьбы на государственном уровне.

Восьмая глава посвящена обобщению выявленных закономерностей формирования социально опасной патологии и научному обоснованию стратегии укрепления общественного здоровья, созданию интегральной системы мониторинга и профилактики социально опасной патологии.

Интегральная оценка показала, что суммарный уровень официально регистрируемых случаев впервые выявляемого туберкулеза, инфицированности ВИЧ,

психических заболеваний, а также расстройств, связанных с употреблением ПАВ в 2003-2004 гг. составил в Краснодарском крае 761,1 случаев на 100 тыс. населения, а распространенности - 6571,7 случаев. Показатели для мужского населения опережают в 2,8 раза значения для женщин, а наиболее неблагоприятная картина имеет место в возрастной группе 20-39 лет. Без учета ассоциации заболеваний почти каждый десятый мужчина и одна из 27 женщин из числа постоянно проживающих на территории края больны либо туберкулезом, либо инфицированы ВИЧ, имеют психические расстройства или заболевания, связанные с употреблением ПАВ. При сохранении существующих тенденций к 2015 г. каждый двенадцатый житель края может страдать этими видами заболеваний.

В ходе выполнения исследования была установлена концентрация рассматриваемых заболеваний в определенных социальных группах и преимущественное поражение лиц, имеющих ту или иную форму социальной дезадаптации. В современной экономической ситуации формируется замкнутый круг, в который попадают дезадаптированные лица. С одной стороны, для этих групп населения выше риск развития данной патологии, а с другой – исключительно сложный путь социальной и медицинской реадaptации. Результатом роста патологии является не только ее накопление среди населения, но и увеличение численности дезадаптированных групп и степени их десoциализации. В итоге эти процессы определяют увеличение смертности. Причем как от рассматриваемых нозологий, так и от состояний, напрямую с ними связанных (травм и отравлений, убийств, самоубийств, циррозов, алкогольной кардиомиопатии и других болезней).

Оценка корреляционных связей стандартизованного коэффициента общей смертности с социально-экономическими характеристиками административных территорий Краснодарского края за 2000-2004 гг. выявила определенные закономерности. Уровень смертности был выше там, где меньше численность населения муниципального образования (-0,510), больше удельный вес сельских жителей (+0,400), где ниже уровень образования (-0,629), меньше размер доходов населения (-0,519) и ниже показатели подушевого финансирования здравоохранения (-0,481).

Полученные данные позволили выстроить логическую цепь для достижения стратегической цели для региона в виде увеличения ожидаемой продолжительности жизни при рождении: снижение уровня социально опасной патологии - снижение смертности от предотвратимых причин - снижение смертности населения в трудоспособном возрасте - снижение стандартизованных показателей смертности.

Рассматривая возможность реализации национальной стратегической цели в области социальной политики и здравоохранения в виде достижения показателя ОППЖ величины 70 лет к 2011 году в конкретных условиях Краснодарского края, была проведена прогностическая оценка на основе моделирования данной величины при разных вариантах снижения смертности среди населения трудоспособного возраста. Расчеты показали, что достижение перспективных значений возможно лишь при сокращении существующих уровней смертности трудоспособного населения не менее чем на 35 %. Это требует не только устранения «избыточной» смертности в настоящее время по сравнению с дореформенным периодом, но и совершенно новых радикальных мер по значительно более выраженному сокращению смертности трудоспособного населения. Установлено, что 52,9 % прироста показателя ОППЖ, необходимого для населения региона, обеспечивается за счет суммарного снижения смертности от травм и отравлений, туберкулеза, ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов, психо-соматических последствий злоупотребления алкоголем, фиброзов и циррозов печени. Основа этого - снижение рисков для здоровья населения (прежде всего поведенческого характера) и формирование здорового образа жизни, сокращение численности маргинальных и околомаргинальных групп, предупредительные мероприятия для адаптированных слоев населения.

Столь высокая значимость снижения последствий указанных групп патологических состояний для достижения стратегических значений показателя ОППЖ, общность и опасность их социальной составляющей, которая препятствует устойчивому развитию государства и общества в целом, может служить еще одним аргументом в сторону возможности использования термина «социально опасная патология».

В рамках разработки путей совершенствования социально-гигиенического мониторинга социально опасной патологии был проведен анализ существующей системы сбора и обработки информации о смертности и заболеваемости населения, а также обоснованы предложения на оптимизацию ситуации. Необходимо ускорить принятие инструкции по заполнению «Медицинского свидетельства о смерти». Следует восстановить учет признаков в свидетельстве, по которым можно было бы судить о социальном портрете умерших. Нуждается в совершенствовании система информационного взаимодействия между бюро судебно-медицинской экспертизы и территориальными органами Госкомстата. Оптимальной моделью могло бы стать внедрение на федеральном уровне мониторинга слу-

чаев смерти в состоянии алкогольного опьянения и создание регистра всех случаев насильственной смерти на основе данных из «Акта судебно-медицинской экспертизы трупа» и «Заключения эксперта».

В Краснодарском крае разработана и апробирована региональная модель информационной системы, включающая мониторинг преждевременной и предотвратимой смертности, которая нуждается в дальнейшем развитии.

Анализ состояния системы статистического учета социально обусловленных заболеваний показывает, что интегральная оценка патологии на основании официальных форм федерального статистического наблюдения в настоящее время затруднена в связи различным составом учитываемых реквизитов и их группировкой. Сложившаяся ситуация не способствует комплексному анализу распространенности патологии как на уровне субъекта Федерации, так и по стране в целом, и нуждается в коррекции. Главное требование - обеспечение возможности интегральной оценки уровней смертности и заболеваемости в разрезе единых возрастных, гендерных и территориальных групп на основе официально утвержденных форм без проведения дополнительных выборочных исследований. Выборочные исследования должны дополнять получаемую информацию на основе действующей статистической отчетности для характеристики региональной специфики, групп повышенного риска, в оперативном режиме осуществления мониторинга здоровья населения.

Концептуальные основы мероприятий, направленных на преодоление негативных процессов и улучшение здоровья населения, включая профилактику социально опасной патологии, должны строиться на взаимодополнении мер экономического, правового, социального и медико-организационного характера.

Факторами, которые могут обеспечить достижение установленных целей перспективного развития, в Краснодарском крае являются:

- общее улучшение социально-экономической ситуации (рост доходов, уровня образованности, занятости населения и, как следствие, снижение численности маргинальных и околomarгинальных групп за счет их социальной реадaptации и вертикальной социальной мобильности);
- выравнивание условий реализации мер социальной политики, включая здравоохранение, для жителей городских и сельских территорий края (индексация подушевого финансирования социальных программ и здравоохранения с учетом уровня урбанизированности территории, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи сельскому населению);

- проведение целевых мероприятий в рамках краевых комплексных программ по здравоохранению в отношении наиболее уязвимых контингентов и рассмотренных групп патологических состояний.

В регионе разработана и начата реализация «Стратегии развития Краснодарского края до 2020 года», одобренной Министерством регионального развития РФ. Ведущий принцип разработки стратегии - ее социальная ориентированность. Стратегия, предусматривает кардинальное повышение уровня и качества жизни населения, создание необходимых условий для полного и эффективного использования возможностей и потребностей человека. В рамках одного из направлений развития ключевым вопросом обозначено уменьшение бедности населения, социальной дезадаптации и нисходящей социальной мобильности.

Параллельно с утверждением общей Стратегии развития региона была принята «Стратегия развития здравоохранения Краснодарского края в 2006 году и на период до 2010 года» (март 2006). Цель стратегии развития здравоохранения - укрепление здоровья населения и снижение медико-социальных последствий болезней, уменьшение смертности, увеличение продолжительности жизни за счет повышения качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия. Следует отметить неразрывность социально-экономических и медико-организационных мероприятий, направленных на достижение этих результатов, что воплощается во взаимосвязи общей стратегии развития региона и стратегии развития здравоохранения (схема № 3.).

Конкретным результатом мероприятий, реализуемых в рамках этих стратегий, должно стать увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, снижение заболеваемости, предотвратимой и преждевременной смертности населения Краснодарского края.

Это положение официально закреплено, что является качественно новым подходом в оценке деятельности всей системы реализации государственной социальной политики, включая здравоохранение, на региональном уровне.

В то же время сохраняют чрезвычайную актуальность вопросы правового регулирования борьбы с социально опасной патологией. Инициативы субъектов по законодательному и нормативно-правовому обеспечению этих мероприятий (закон Краснодарского края № 937-КЗ от 25 октября 2005 года «Об основных направлениях профилактики алкоголизма, наркомании и токсикомании на территории Краснодарского края») требуют поддержки федерального уровня.

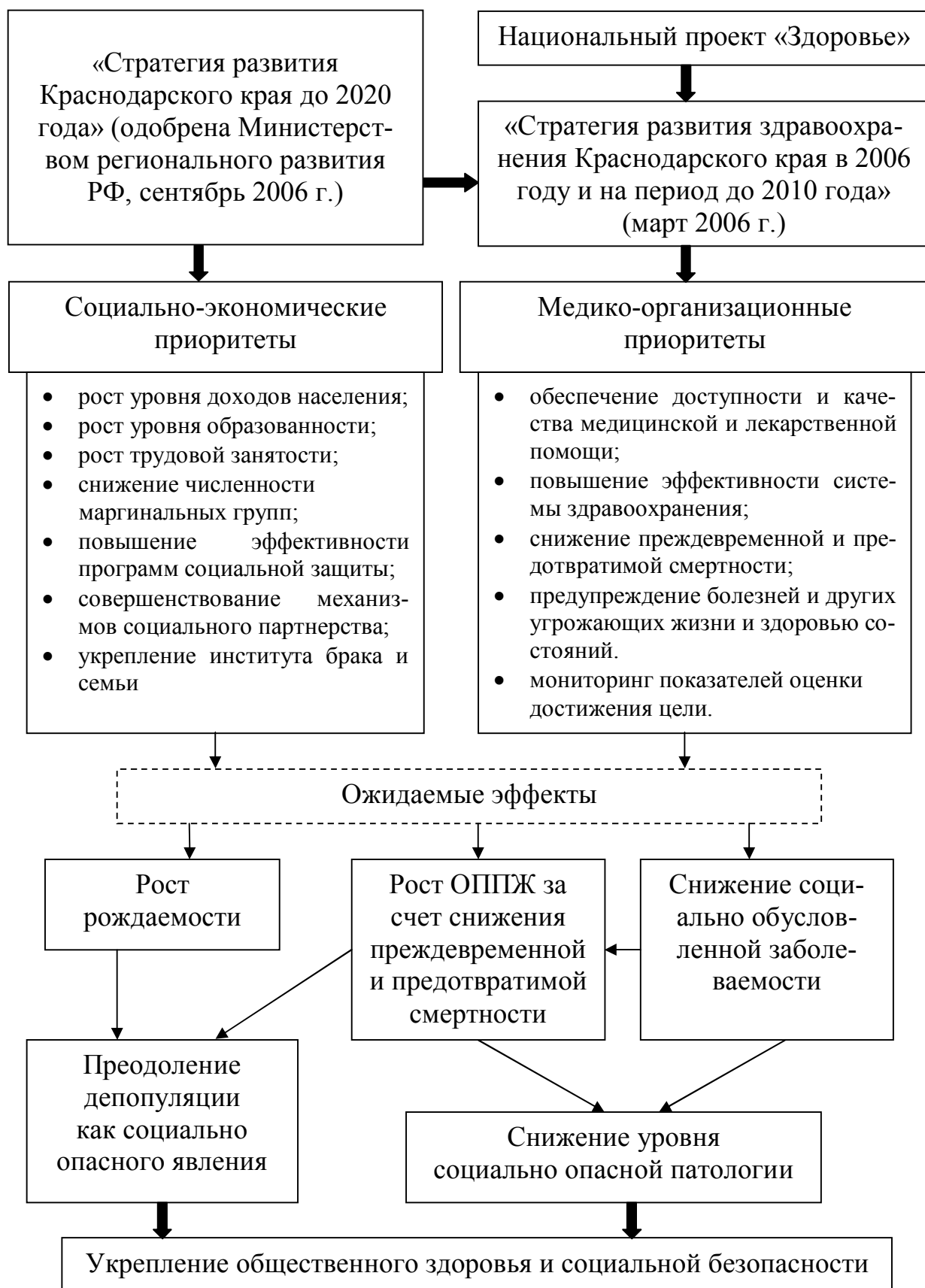


Схема № 3. Концептуальные основы стратегии укрепления общественного здоровья, снижения и профилактики социально опасной патологии на модели Краснодарского края.

Необходимы дополнения в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» в части усиления контроля за реализацией алкогольной продукции. Следует ускорить принятие Федерального закона, направленного на профилактику алкоголизма, наркомании и токсикомании, а также правовых актов, предусматривающих возможность применения принудительных мер медицинского характера к лицам, злоупотребляющим алкоголем и наркотическими средствами.

Существует необходимость в принятии нормативных актов, направленных на восстановление системы активного выявления социально обусловленных заболеваний. Требуется обеспечить достаточную правовую регламентацию вопросов принудительной госпитализации (в соответствии с решением суда) больных заразными формами туберкулеза, нарушающих санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющихся от обследования или лечения туберкулеза.

Лишь комплексность подхода при проведении социально-экономических и медико-организационных мероприятий, сочетание социальной направленности государственной политики на всех уровнях власти и возрождения духовных ценностей в обществе, развитие социального партнерства и повышение ответственности каждого члена социума способны обеспечить устойчивое человеческое развитие нашей страны, преодолев существующие медико-социальные угрозы безопасности России.

В **заключении** представлено обобщение полученных результатов и раскрыты основные положения, выносимые на защиту.

ВЫВОДЫ

1. Введение понятия «социально опасная патология» будет способствовать концентрации усилий на преодолении ключевых проблем воспроизводства и охраны здоровья населения. Разработанная методология анализа масштабов и оценки значимости социально опасной патологии включает совокупность методик, позволяющих моделировать процессы, восстанавливать реальную ситуацию, осуществлять прогноз.

2. Демографическая ситуация в Краснодарском крае имеет существенные отличия от других регионов России. Главной особенностью является сочетание роста численности населения, депопуляции, высокой миграционной нагрузки.

Примерно каждый седьмой из ныне постоянно проживающих жителей региона мигрировал в Краснодарский край в течение последних 15 лет (740-780 тыс. человек). Сложившаяся ситуация должна учитываться при проведении социальной политики и организации медицинской помощи и корректироваться с привлечением целевых ресурсно-финансовых источников территориального и федерального уровней.

3. Смертность населения имеет общую трендовую направленность на увеличение показателей. Наибольшие темпы роста отмечены в сельской местности, у мужчин, в возрастной группе 30-39 лет, были характерны для смертности от психических расстройств, инфекционных заболеваний, болезней органов пищеварения, травм и отравлений. Увеличение смертности обусловлено ростом причин, имеющих выраженную социальную обусловленность. Ситуация в крае благоприятнее, чем в среднем по России. В регионе оказалось существенно ниже разрастание маргинальных слоев населения при сохранении в крае общероссийской тенденции на увеличение преимущественно в этих группах рисков смертности от внешних причин, туберкулеза, хронического алкоголизма и алкогольных психозов, циррозов разной этиологии, пневмоний, а также симптомов, признаков и не точно обозначенных состояний.

4. Уровень смертности населения от травм и отравлений в регионе меньше средних значений по стране. Негативные тенденции смертельных травм наиболее выражено затронули женщин 20-39 лет и мужчин 40-69 лет. Опережающими темпами увеличивалась смертность от острых отравлений алкоголем, наркотиками, убийств, повреждений с неопределенными намерениями. Роль алкогольного фактора на формирование смертности существенно недооценивается. Степень недоучета смертельных отравлений алкоголем и величины общего потребления алкоголя населением края не менее 30 %. Уровень потребления алкоголя в регионе превышает порог безопасности по критериям ВОЗ. Увеличение показателей смертности от острых отравлений алкоголем в равной степени коснулось мужчин и женщин, с более выраженным ростом в сельских территориях края и в возрастных группах 40-59 лет. Частота смертельных отравлений наркотиками увеличилась в крае за 1990-2004 гг. в 7,3 раза. Преобладающей группой являются мужчины и возрастная группа 15-39 лет. Отмечено омоложение смертельных отравлений наркотическими средствами, связанное с более ранним началом употребления наркотиков с парентеральным механизмом введения, среди которых доминирует опиатная группа.

5. Динамика самоубийств являлась отражением сложных процессов социальной дезадаптации и социально-психологической адаптации населения в изменившихся условиях жизни. Имевший место рекордный подъем показателя самоубийств в середине 90-х годов в городах полностью нивелировался, тогда как на селе ситуация продолжает оставаться крайне неблагоприятной, особенно у мужчин. Для мужчин-самоубийц нарастала значимость факторов дисгармонии брачно-семейных отношений (в виде разрушения брака или его отсутствия), одинокого проживания или сожительства, незанятости в общественном производстве (для трудоспособного контингента), фактора миграции, хронического алкоголизма, злоупотребления алкоголем и применения наркотиков.

6. Значимость туберкулеза увеличивалась как по показателям заболеваемости, распространенности, так и смертности. В наибольшей степени негативные процессы заболеваемости туберкулезом затронули лиц 20-39 лет (рост в 2,4 раза), а смертности - население 30-49 лет (рост в 2,9 раза). На ситуацию в Краснодарском крае существенное влияние оказывают заболеваемость в пенитенциарной системе ФСИН РФ, активная миграция больных туберкулезом, социально-дезадаптированные контингенты. Суммарная доля лиц, имеющих социальную дезадаптацию в виде лишения свободы, незанятости в общественном производстве, наличия социально обусловленных заболеваний, сопутствующих туберкулезу (ВИЧ-инфекция, алкоголизм и/или наркомания, психические расстройства) для возрастной группы 25-44 лет составила 70,5 %. Взаимосвязь туберкулеза и социальной дезадаптации перерастает в настоящее время во взаимобусловленность.

7. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае охватила все муниципальные образования, характеризуется увеличением среднего возраста впервые выявляемых ВИЧ-инфицированных, сокращением удельного веса мужчин, снижением доли «наркотической» передачи и возвращением доминирования полового пути заражения при гетеросексуальных контактах, значительной долей лиц, имеющих различные формы социальной дезадаптации. В Краснодарском крае начался этап поливекторного распространения ВИЧ, который является предвестником широкого выхода инфекции из группы социально-дезаптированных лиц к другим категориям населения. Оценка потенциала развивающейся эпидемии ВИЧ-инфекции установила, что экстраполированные показатели были выше официально учтенных в 1,5-3,0 раза. В современных условиях возрастает риск нозокомиального распространения ВИЧ, что диктует необходимость совершенствования деятельности донорской службы. Профилактические программы по противодействию

вию эпидемии ВИЧ-инфекции должны носить комплексный характер в связи с формирующимися в современных условиях параллелями в распространении ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и сифилиса.

8. Тенденция роста психических расстройств охватывает территории края независимо от степени их урбанизации, как мужчин, так и женщин, характеризуется утяжелением патологии и ее декомпенсацией, сопровождается увеличением общественно опасных деяний, совершаемых психическими больными. Нарастает умственная отсталость с опережающими темпами и преобладающим уровнем в сельской местности. Общий уровень психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, также характеризуется тенденцией к увеличению. Показатели учтенной патологии, связанной с употреблением наркотических веществ, многократно выросли. Показатели, связанные с алкоголем, сократились. Имеет место явный недоучет лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Это результат низкого охвата медицинским наблюдением хронических алкоголиков и лиц, злоупотребляющих алкоголем, в государственных учреждениях здравоохранения. Активизация борьбы с наркоманией привела к росту учтенной патологии, стабилизации уровня в последние годы и наметившейся тенденции к снижению. Опыт эффективного противодействия незаконному обороту наркотиков и укрепления межведомственного взаимодействия борьбы с наркоманией нуждается в дальнейшем развитии и переносе на проблемы, связанные с алкоголем.

9. Тенденции социально опасной патологии носят угрожающий характер по темпам роста, уровням распространения, влиянию на количественные и качественные аспекты воспроизводства и здоровья населения. Депопуляция населения на фоне роста отягощенности туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, алкогольной, наркотической, психической деградации, требует кардинальных изменений в системе обеспечения социальной безопасности государства и внесения существенных корректив в реализуемую государственную социально-экономическую политику. В рамках «Стратегии развития Краснодарского края до 2020 года» и «Стратегия развития здравоохранения Краснодарского края в 2006 году и на период до 2010 года» разработаны, методически обеспечены, апробированы и внедряются компоненты комплексных социальных и здравоохранительных программ, ориентированных на укрепление здоровья населения и снижение медико-социальных последствий болезней, уменьшение смертности, увеличение продолжительности жизни. Реализация этих мер позволит снизить существующие медико-социальные угрозы и обеспечить устойчивое региональное развитие.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Профилактика и борьба с социально опасной патологией должна рассматриваться органами власти и управления как особо приоритетное направление государственной социальной политики и здравоохранения в целях обеспечения безопасности общества. Необходимо продление и переработка Федеральной и территориальных программ «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)» на качественно новой основе.

2. С целью оптимизации информационно-аналитического сопровождения мероприятий по борьбе и профилактике социально опасной патологии необходимо дальнейшее развитие социально-гигиенического мониторинга здоровья населения на федеральном и региональном уровнях.

3. Установленные в ходе исследования закономерности формирования здоровья населения целесообразно использовать для оптимизации медико-социального контроля за определенными контингентами. В современных условиях особый акцент должен быть направлен на группы неработающего населения трудоспособного возраста, мужчин и женщин 30-49 лет, маргинальные слои, а также лиц с сочетанной патологией социального характера.

4. Нуждаются в поддержке на федеральном уровне инициативы законодательной власти субъектов Федерации по законодательному и нормативно-правовому обеспечению организационных мероприятий по профилактике и борьбе с социально опасной патологией. Целесообразно ускорить принятие Федерального закона, направленного на профилактику алкоголизма, наркомании и токсикомании, и законодательно усилить контроль государства за оборотом алкоголя. Необходимо совершенствование правовой базы по применению принудительных мер медицинского характера к больным с социально опасной патологией, уклоняющимся от лечения.

5. Концептуальные основы стратегии улучшения здоровья населения, включая профилактику социально опасной патологии, должны строиться на взаимодополнении мер экономического, правового, социального и медико-организационного характера при взаимодействии федеральных и региональных органов государственного управления.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Редько А.Н. Пусть умирает тот, кто не хочет жить?: Монография / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько. - Краснодар, 1994.- 149 с.
2. Редько А.Н. Использование математического моделирования при анализе потребления алкоголя населением / А.Н.Редько, В.Я.Зобенко // Экология, наука, образование: Материалы межрегиональной научно-практической конференции (Краснодар, октябрь 1998 г.). - Краснодар, 1998.- С. 62-63.
3. Редько А.Н. О взаимосвязи показателей смертности с уровнем употребления алкогольных напитков / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько // Социально-медицинские аспекты здоровья населения: Сборник науч. тр. под ред. Б.Н.Давыдова. - Тверь, 2000.- С.32-33.
4. Редько А.Н. Социальная экология и здоровье населения Краснодарского края / А.Н.Редько // Экология, медицина, образование: Материалы межрегиональной научно-практической конференции (Краснодар, декабрь 2000 г.). - Краснодар, 2000.- С. 90-91.
5. Редько А.Н. Современные проблемы формирования здоровья населения Краснодарского края / А.Н.Редько, А.А.Слободин // Экология человека. - Архангельск, 2001. - № 1. - С.19-20.
6. Редько А.Н. Некоторые аспекты динамики демографической ситуации в Краснодарском крае / А.Н.Редько // Эпидемиологические аспекты злокачественных новообразований и организация онкологической помощи населению на современном этапе: Материалы краевой научно-практ. конференции (Краснодар, 22 марта 2002 г.). – Краснодар: «Сов.Кубань», 2002.- С.125-130.
7. Редько А.Н. Особенности динамики смертности сельского населения Краснодарского края / А.Н.Редько, Д.А.Скулаков // Теоретические и прикладные аспекты проблемы здоровья населения Северного Кавказа: Сборник науч. тр. - Майкоп, 2002. - С.208-210.
8. Редько А.Н. Эволюция демографических процессов на Кубани // Материалы Третьей международной конференции «Здоровье и образование XXI века». (Москва, 29-31 марта 2002 г.). - М.: РУДН, 2002. - С.337-338.
9. Редько А.Н. К вопросу о закономерностях динамики показателей самоубийств / А.Н.Редько // Сб. мат. научн.-практ. конф. «Медицина будущего». - Краснодар - Сочи, 2002.- С.13
10. Редько А.Н. Медико-социальная и экономическая оценка инфекционной заболеваемости в современных условиях / А.Н.Редько // Медико-социальные и клинико-социальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения: Труды АГМА.- Том 25 (XLIX). – Астрахань, 2002. - С.241-245.
11. Редько А.Н. Здоровье населения Краснодарского края – современные тенденции и медико-социальные аспекты / А.Н.Редько // Медико-социальные и клинико-социальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения: Труды АГМА.- Том 25 (XLIX). – Астрахань, 2002.- С.245-249.

12. Редько А.Н. Медико-экономический анализ инфекционной заболеваемости населения крупного города / А.Н.Редько // Проблемы городского здравоохранения. - Выпуск 7. – Санкт-Петербург, 2002.- С. 81-83.
13. Редько А.Н. Социальная профилактика – иллюзия или реальность? / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько // Проблемы городского здравоохранения. - Выпуск 7. – Санкт-Петербург, 2002.- С. 218-220.
14. Редько А.Н. Динамика здоровья населения Краснодарского края: медико-демографический аспект / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько // Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко РАМН. - 2002. - В. 4. - Ч. II. - С.39-43.
15. Редько А.Н. Тенденции показателей смертности населения Краснодарского края / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько // Здравоохранение Рос. Фед. - 2003. - № 1. - С.23-25.
16. Редько А.Н. Динамика причин смерти населения Краснодарского края / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - № 1. - С.25-28.
17. Редько А.Н. Медико-социальные аспекты заболеваемости сифилисом в условиях агропромышленного региона / А.Н.Редько // Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко РАМН. - 2003. - В.5. - С.38-40.
18. Редько А.Н. Распространенность некоторых социально-значимых болезней в Краснодарском крае / Б.А.Войцехович, Э.А.Асланян, Ю.Е.Дудик, А.Н.Редько, Т.Ф.Слаута, П.Б.Сахарова // Вестн. СПбГМА им. И. И. Мечникова. - 2003. - № 1-2 (4). - С.16-19.
19. Редько А.Н. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Краснодарского края / Б.А.Войцехович, Э.А.Асланян, А.Н.Редько, Д.А.Скулаков // Современные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: Труды АГМА.- Том 27 (LI). - Астрахань, 2003.- С.49-53.
20. Редько А.Н. Смертность населения от причин насильственного характера в современных условиях / А.Н.Редько // Современные вопросы общественного здоровья и здравоохранения: Труды АГМА.- Том 27 (LI). - Астрахань, 2003.- С.137-141.
21. Редько А.Н. Медико-социальные аспекты туберкулеза в современных условиях. Организация сестринской службы по уходу за больными: Учебное пособие / П.Д.Киргуев, Т.Я.Старосоцкая, З.И.Шуманова, В.В.Брагина, А.Н.Редько - Краснодар, 2003. - 59 с.
22. Редько А.Н. Тенденции формирования психического здоровья населения Краснодарского края / А.Н.Редько // Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко РАМН. -2003. - В.13. - С. 52-56.
23. Редько А.Н. Медико-социальные аспекты распространения ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае / А.Н.Редько // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. - 2003. - В. 14. - С. 57-61.
24. Редько А.Н. Особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в Северском районе Краснодарского края / Ф.И.Ларин, А.Н.Редько, О.И.Чернова, Л.И.Масляк, П.В.Лебедев // Фундаментальные исследования. - М.: «Академия естествознания». - 2004. - № 1. - С.62-63.

25. Редько А.Н. Общественное здоровье важнейшая характеристика качества жизни населения / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько // Социально-психологические и экономические аспекты развития Краснодарского края в современных условиях: Сб. материалов межвузовской научн. - практ. конференции (г. Краснодар, 21 мая 2004 г.). - Краснодар, 2004. - С. 228-230.
26. Редько А.Н. Некоторые результаты мониторинга ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае / А.Н.Редько, Ф.И.Ларин // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. - 2004. - В. 5. - С. 63-66.
27. Редько А.Н. Сельское здравоохранение Кубани: принцип равенства и справедливости как цель социальной политики / Т.А.Ковелина, А.Н.Редько // Российское село в XXI веке: проблемы и перспективы: Сб. материалов Первой Всероссийской научной конференции по социологии села (Краснодар, ноябрь 2004). - Москва- Краснодар: КГАУ, 2004. - С. 307-318.
28. Редько А.Н. Прогнозирование эпидемического процесса ВИЧ-инфекции по результатам лабораторного обследования населения / Ф.И.Ларин, А.Н.Редько // Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России: Мат. Южнороссийской научн.- практ. конференции (Геленджик, 28-29 апреля 2005 г.). - Ростов-на-Дону - Краснодар, 2005. - С. 69-71.
29. Редько А.Н. Социально-экономические проблемы сельского здравоохранения Кубани / Т.А.Ковелина, А.Н.Редько // Юг России в перекрестке напряжений - 2. Южно-российский регион: потенциал и перспективы. Ч.1: Сб. материалов Всероссийской научной конференции (г. Туапсе, 4-7 ноября 2004 г.). - Краснодар: ЮИМ, 2004. - С.232-238.
30. Редько А.Н. Актуальность общей стратегии профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов / Ф.И.Ларин, В.В.Лебедев, А.Н.Редько // Журн. микробиол. - 2005. - № 3. - С.78-79.
31. Редько А.Н. Совершенствование анализа распространенности ВИЧ-инфекции на основе лабораторного обследования населения: Методическое пособие для врачей / Ф.И. Ларин, В.В.Лебедев, А.Н.Редько, Т.А.Кондратенко, С.Р.Саухат. - Ростов-на-Дону - Краснодар, 2005. - 24 с.
32. Редько А.Н. ВИЧ-инфекция и туберкулез в Краснодарском крае / Ф.И.Ларин, А.Н.Редько // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией: Сб. мат. научн.- практ. конф. (Москва, 25-26 мая 2005 г.) - М., 2005. - С.38-39.
33. Редько А.Н. Смертность населения от острых отравлений алкоголем как проблема общественного здоровья / А.Н.Редько // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. - 2005. - В. 1. - С. 33-36.
34. Редько А.Н. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень № 9 / В.В.Кулагин, Ф.И.Ларин, А.Н.Редько, А.Е.Палагута, Л.Е.Чуйкова. - Краснодар, 2005. - 18 с.
35. Редько А.Н. Анализ смертности ВИЧ-инфицированных / Ф.И.Ларин, А.Н.Редько, В.В.Кулагин, П.В.Лебедев // Актуальные проблемы инфекционной и неинфекционной патологии: Сб. научн. работ. - Ростов-на-Дону, 2005. - С.111.
36. Редько А.Н. Динамика продолжительности жизни населения в крупном агропромышленном регионе / А.Н.Редько // Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность: Сборник материалов Все-

- российской научно-практической конференции (Пенза, ноябрь, 2005 г.). - Пенза: РИО ПГСХА, 2005. - С.176-179.
37. Редько А.Н. К вопросу о распространенности наркологических расстройств / А.Н.Редько, А.В.Волкова // Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции (Пенза, ноябрь, 2005 г.). - Пенза: РИО ПГСХА, 2005. - С.179-182.
 38. Редько А.Н. Анализ динамики распространенности психических расстройств на региональном уровне / А.Н.Редько, А.Г.Жилина // Материалы VI Международной научно-практической конференции «Здоровье и Образование в XXI веке» (Москва, 8-10 декабря 2005 г.) - М.: РУДН, 2005.- С. 402-403.
 - 39.Редько А.Н. Проблема ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае (социально- эпидемиологическое исследование): Монография / Ф.И.Ларин, В.В.Лебедев, А.Н.Редько - Москва: «Воскресенье», 2005. - 256 с.
 - 40.Редько А.Н. Оценка парентерального и полового распространения ВИЧ-инфекции в сопоставлении с заболеваемостью сифилисом / Ф.И.Ларин, В.В.Лебедев, А.Н.Редько // Инфекционные болезни. - 2005.- Т. 3, № 3. - С.37-41.
 - 41.Редько А.Н. Общество, здоровье и здравоохранение - эволюция ценностных ориентиров / Б.А.Войцехович, А.Н.Редько // Кубанский научный медицинский вестник. - Краснодар, 2005. - № 7-8 (80-81). - С.26-29.
 - 42.Редько А.Н. Комплексная характеристика смертности от травм, отравлений и несчастных случаев в условиях агропромышленного региона / А.Н.Редько // Общественное здоровье: инновации в экономике, управлении и правовые вопросы здравоохранения: Материалы I международной научно-практической конференции (Новосибирск, 10-11 ноября 2005 г.) – Новосибирск: Сибмедицдат, 2005. – Т. 2. - С.204-207.
 - 43.Редько А.Н. Эволюция эпидемии ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае / Ф.И.Ларин, В.В.Лебедев, А.Н.Редько, В.В.Кулагин // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. - № 1. – С.10-13.
 - 44.Редько А.Н. Некоторые индикаторы смертности населения в условиях агропромышленного региона / И.Т.Рубцова, В.Г.Кудрина, А.Н.Редько // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. - 2006. - В. 2. - С. 139-141.
 - 45.Редько А.Н. Показатели оценки эффективности функционирования системы здравоохранения Краснодарского края в разрезе муниципальных образований / С.Н.Алексеев, Е.И.Антонова, И.Т.Рубцова, А.Н.Редько. – Краснодар: ГУЗ МИАЦ, 2006. – 46 с.
 - 46.Редько А.Н. Оценка потерь от предотвратимой смертности на региональном и муниципальном уровнях / С.Н.Алексеев, И.Т.Рубцова, А.Н.Редько // Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения: Научные труды Всероссийской научно-практ. конференции (Москва, 30-31 мая 2006 г.) - Москва: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – С. 46 - 51.
 - 47.Редько А.Н. Алкогольный фактор в проблеме преждевременной смертности населения / А.Н.Редько, П.Б.Сахарова // Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения: Научные труды

Всероссийской научно-практ. конференции (Москва, 30-31 мая 2006 г.) - Москва: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – С. 223 - 228.

48. Редько А.Н. Мониторинг смертности населения от травм, отравлений алкоголем и наркотиками: Пособие для врачей и организаторов здравоохранения. / А.Н.Редько. – М.:РИО ЦНИИОИЗ, 2006.– 56 с.