

УДК 614.2(470.1/.2+98)

## Ведущие детерминанты общественного здоровья приарктических территорий Европейского Севера России



© **Вязьмин** Александр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, проректор по стратегическому развитию ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава РФ, директор института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Автор более 200 научных публикаций. E-mail: vyazmin@nsmu.ru.

© **Санников** Анатолий Леонидович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Автор более 200 научных публикаций. E-mail: jsannikov@yandex.ru.



© **Мордовский** Эдгар Артурович, аспирант института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава РФ, врач-организатор здравоохранения, магистр общественного здоровья. E-mail: isphamea@yandex.ru.

В статье с позиции дисциплины общественного здоровья дана краткая характеристика динамики численности, возрастного состава населения Архангельской, Мурманской областей и Ненецкого автономного округа на рубеже XX–XXI веков. Рассмотрены основные аспекты естественного движения населения в трех регионах Европейского Севера России. Проанализированы показатели смертности от важнейших групп заболеваний (системы кровообращения, новообразований) и состояний (внешних причин смерти). Дана характеристика процессам брачности и разводимости. Представлены данные об инвалидности населения приарктических регионов как одного из важнейших факторов, ведущих к снижению трудового потенциала.

**Ключевые слова:** Арктика, Север, рождаемость, смертность, брачность, разводимость, инвалидность.

### The leading determinants of public health of the Arctic territories of the European North of Russia

© **Vyazmin** Aleksander Mikhailovich, Doctor of Medicine, Professor, Vice-Rector of the Strategic Development Northern State Medical University of the Health Ministry of Russian Federation, Di-

rector of the Institute of Public Health and Social Work. He has published over 200 scientific publications. E-mail: vyazmin@nsmu.ru.

© **Sannikov** Anatoly Leonidovich, Doctor of Medicine, Professor of Public Health and Social Work department Northern State Medical University of the Health Ministry of Russian Federation. He has published over 200 scientific publications. E-mail: jsannikov@yandex.ru.

© **Mordovsky** Edgar Arthurovich, Postgraduate of the Institute of Public Health and Social Work of the Northern State Medical University Health Ministry of Russian Federation, the doctor-manager of Health, Master of Public Health. E-mail: isphamea@yandex.ru.

### **Abstract**

The article from the perspective of public health disciplines summarizes the population dynamics, age structure of population of Arkhangelsk and Murmansk regions and Nenets autonomous district at the turn of XX–XXI centuries. The main aspects of the natural movement of population in three regions of the European North of Russia. Analyzed death rates from the major groups of diseases (cardiovascular, tumor) and states (external causes of death). The characteristics of the processes of marriage and divorce. The data on disability populations of the Arctic regions as one of the most important factors leading to a reduction of the labor potential.

**Keywords:** *Arctic, North, birth, death, marriages, divorces, disability.*

На рубеже XX–XXI веков перед странами, имеющими выход к акватории Северного Ледовитого океана, встала задача освоения колоссального ресурсного потенциала этого региона. Циркумполярные территории из периферийных, еще несколько десятилетий назад представлявших интерес более с научной точки зрения, сегодня становятся предметом ожесточенных споров. Экономический эффект от освоения Арктики, оцененный специалистами в 30 трлн долларов, начинает преобладать в сознании руководства приполярных стран над реальными угрозами, которые несет этот процесс [1]. Экологические и климатические проблемы, некомфортные условия проживания на Севере, обуславливающие сокращение жизненного потенциала населения, уходят на второй план перед геостратегическими преимуществами, которые принесет добыча природных ресурсов в этом регионе планеты.

Освоение приарктических территорий требует привлечения значительного числа специалистов и гражданского населения. В Советском Союзе политика стимулирования трудовой миграции в северные регионы последовательно реализовывалась на протяжении десятилетий, что способствовало, с одной стороны, коренному изменению традиционного национального состава населения Арктики, с другой – обусловило уникальные демографические особенности региона.

### ***Общая характеристика численности и возрастного состава населения циркумполярных регионов Европейского Севера России***

Три региона Европейской части России (за исключением Республики Карелия) имеют выход к акватории Северного Ледовитого океана: Архангельская и Мурманская области, а также НАО. Архангельская область занимает в этом списке особое положение. Большая часть ее территории лежит южнее двух других регионов. В то же время только на ее примере можно определить степень влияния суровых климатических условий на состояние здоровья насе-

ления, с одной стороны, не относящегося к группе коренных народов Севера, с другой – исторически постоянно проживающего в высоких широтах.

Демографическая ситуация в циркумполярных территориях страны на рубеже XX–XXI веков, по мнению специалистов ООН, остается «нестабильной» [2]. Причиной является «неравенство Арктических и Субарктических регионов страны по показателям социально-экономического развития, что связано... с наличием на их территории запасов углеводородного сырья и других ископаемых» [2]. Европейский Север России в этом отношении находится в уникальной ситуации, так как, с одной стороны, добыча нефти долгое время велась в значительном объеме только в НАО, с другой стороны, регион является достаточно перспективным в социально-экономическом отношении, транспортном обеспечении и органично связанным широкой сетью экономических связей с центральной Россией.

Таблица 1

**Численность населения циркумполярных регионов Европейского Севера России [9]**

|                       | 1992    | 1995    | 1998    | 2001    | 2004    | 2007    | 2010    | Динамика (в %) с 1992 по 2010 год |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------------------------|
| Архангельская область | 1554584 | 1498182 | 1433874 | 1396118 | 1317923 | 1280187 | 1254449 | -19,3                             |
| НАО                   | 50245   | 44526   | 41774   | 40931   | 41832   | 41960   | 42293   | -15,8                             |
| Мурманская область    | 1170371 | 1066924 | 987936  | 922875  | 880003  | 856969  | 836672  | -28,5                             |

Из представленных данных (таблица 1) следует, что за 20 лет новейшей истории России численность населения Арктических регионов ее Европейской части сократилась в среднем на 1/5. За тот же срок в масштабе всей страны она уменьшилась всего на 3,9 %. За исключением НАО, в последние годы негативная динамика в значении этого индикатора статистики населения в других регионах сохраняется. Такое несоответствие может быть объяснено многими причинами, важнейшими из которых являются массовый выезд лиц пенсионного и трудоспособного возрастов в среднюю полосу и ухудшение доступности медицинской помощи вследствие сокращения численности врачей и лечебных учреждений [2].

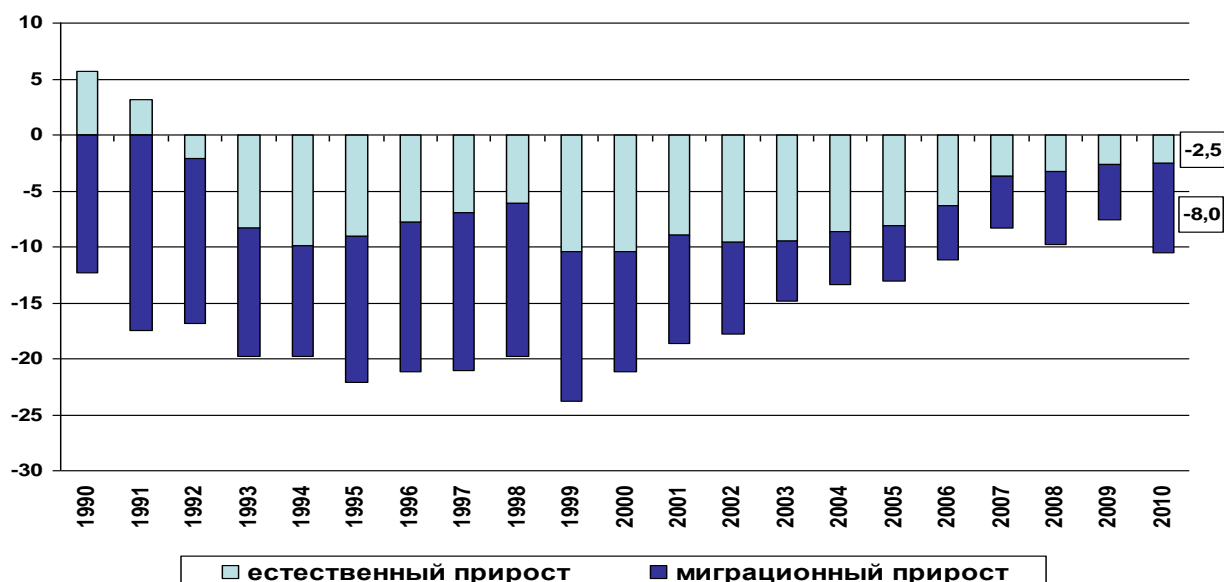


Рисунок 1. Компоненты убыли населения Архангельской области в 1990–2010 годах, тыс. человек [4]

Миграционный фактор определяет сегодня масштаб процесса депопуляции в Северо-Западном федеральном округе в целом и в циркумполярных регионах Европейского Севера страны в частности. В Архангельской области с 2006 года по значимости он обогнал естественную убыль населения, а в 2010 году обусловил 4/5 потерь численности населения региона (рисунок 1). К сожалению, прогноз численности населения федерального округа и области в перспективе до 2025–2030 годов остается негативным. При пессимистическом варианте прогноза в следующие 15–20 лет население здесь может сократиться на четверть [3]. Мурманская область потеряет свыше 200 тыс. человек, Архангельская область – от 100 до 125 тыс. человек [3,9].

Миграционный оборот населения Архангельской области имеет свои особенности. Причины личного и семейного характера обуславливают более половины перемещений (51,7 % от числа прибывших и 58,4 % от числа убывших в 2005 году). Работа является причиной смены жительства всего для 13,8 % мигрантов. Вынужденная миграция как явление в начале XXI века не была характерной для региона. Это объясняется суровыми климатическими условиями и особенностями развития местной экономики [3].

На рубеже XX–XXI веков одним из важнейших факторов, определяющим сокращение трудового потенциала Европейских циркумполярных регионов России, является старение населения. Ежегодно доля лиц старше трудоспособного возраста здесь увеличивается (рисунок 2).

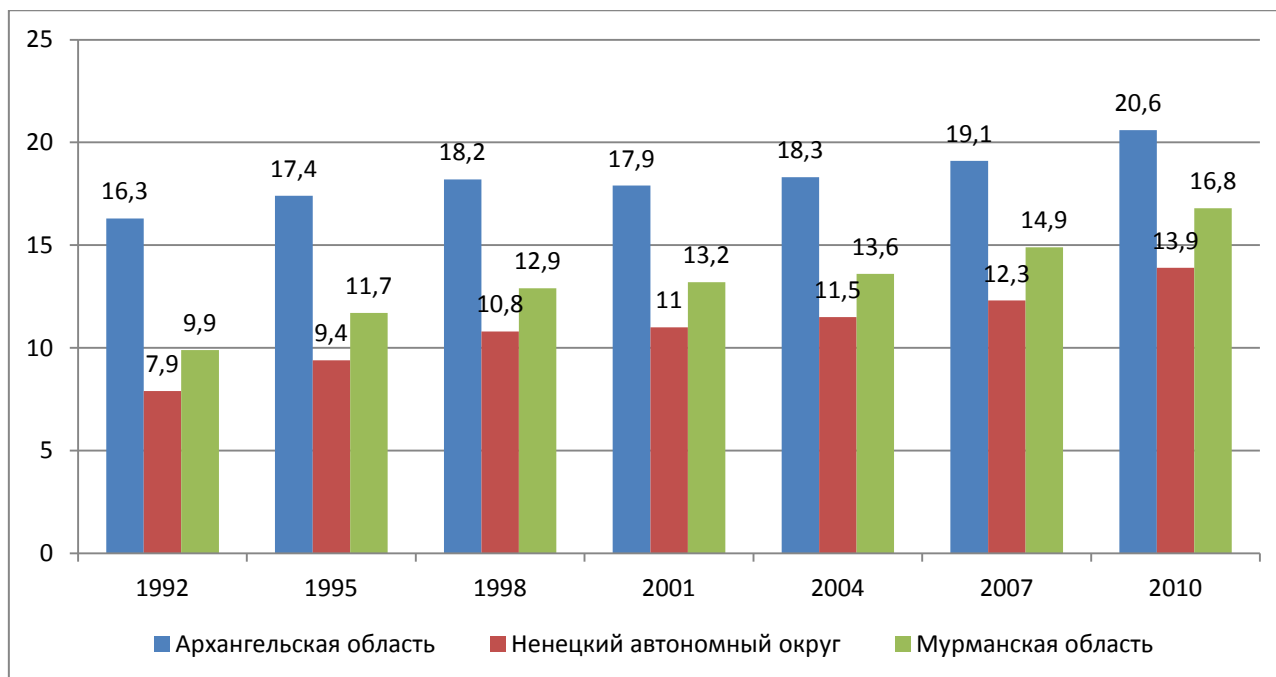


Рисунок 2. Доля населения циркумполярных регионов Европейского Севера России старше трудоспособного возраста, в % [9]

Три региона Европейского Севера России, имеющие выход к акватории Северного Ледовитого океана (за исключением Республики Карелия) в отношении динамики указанного показателя разделились на две гетерогенные группы. С одной стороны, – Архангельская область, в которой абсолютная численность лиц пенсионного возраста за 20 лет новейшей истории практически не изменилась (253 372 человек в 1992 году и 258 719 человек в 2010 году), а рост доли этой группы граждан в общей структуре населения обусловлен сокращением численности населения в группе младше трудоспособного возраста [9], с другой, – Мурманская область и НАО, где абсолютная численность населения старше трудоспособного возраста выросла на 1/5 и 1/2 соответственно (116 191 человек в 1992 году и 140 346 человек в 2010 году в Мурманской области, 3 986 человек в 1992 году и 5 883 человек в 2010 году в НАО) [9]. Наблюдается парадоксальная ситуация: население в возрастной группе старше 60 лет остается на пенсии жить в климатически более неблагоприятных регионах, не пользуясь возможностью переселяться в среднюю полосу страны, хотя имеет в сравнении с жителями Архангельской области больше социальных льгот и высокие доходы.

В этой связи интересным представляется анализ такого важнейшего индикатора состояния популяционного здоровья, как ожидаемая продолжительность жизни [12]. Данный показатель косвенно свидетельствует о социально-экономическом благополучии населения и эффективности систем здравоохранения регионов (рисунок 3).

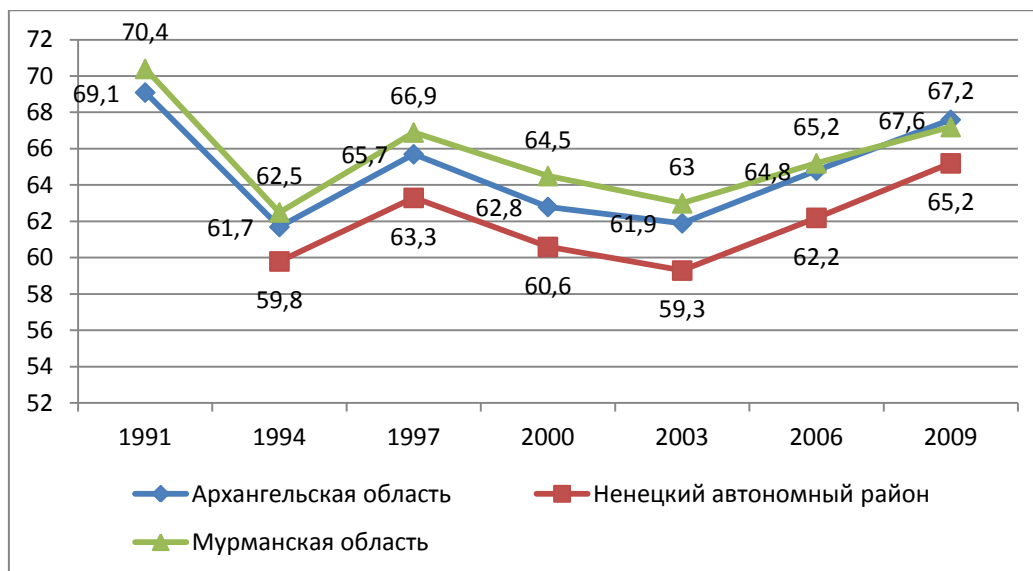


Рисунок 3. Ожидаемая продолжительность населения циркумполярных регионов Европейского Севера России, оба пола, в годах [9]

Если в целом по стране значение индикатора (для мужчин и женщин) практически не изменилось (68,9 лет в 1991 году и 68,7 лет в 2009 году), то в Арктических регионах Европейской части России оно уменьшилось [9]. Особенно резко ожидаемая продолжительность жизни падала в период с 1991 по 1994 год (в среднем почти на 7 лет). С 1994 по 2003 год включительно динамика показателя оставалась нестабильной, и только с 2004 года во всех трех регионах отмечается постепенный рост его значения. Но и сегодня ожидаемая продолжительность жизни населения остается ниже докризисной. Пример Архангельской области в данном случае также является показательным. В сравнении с Мурманской областью, где ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в изучаемый период времени в среднем всегда была выше, в Архангельской области относительно более благоприятные климатические факторы не были способны «перевесить» в своем влиянии качество жизни местного населения (особенно если учитывать и тот факт, что абсолютный рост численности населения старше трудоспособного возраста здесь не наблюдался). Иными словами, в своем влиянии на популяционное здоровье климатические факторы Арктических территорий значительно уступают по силе социально-экономическим.

Продолжает увеличиваться и средний возраст жителей циркумполярных территорий Европейской части России. За первое десятилетие XXI века в Архангельской области он вырос почти на 2 года (36,5 лет в 2001 году и 38,3 лет в 2010 году). Средний возраст женщин при этом более чем на 5 лет превышает идентичный показатель для мужчин (40,7 и 35,5 лет соответственно) [4].

#### ***Естественное движение населения в циркумполярных территориях Европейского Севера России***

Демографическая ситуация в начале XXI века в России продолжает оставаться сложной. Она является закономерным итогом тяжелых социальных потрясений, которые пережила страна в первой половине XX века, результатом общего для развитых стран демографического перехода, социально-экономических потрясений 1990-х годов, а также изменений в культуре репродуктивного поведения.

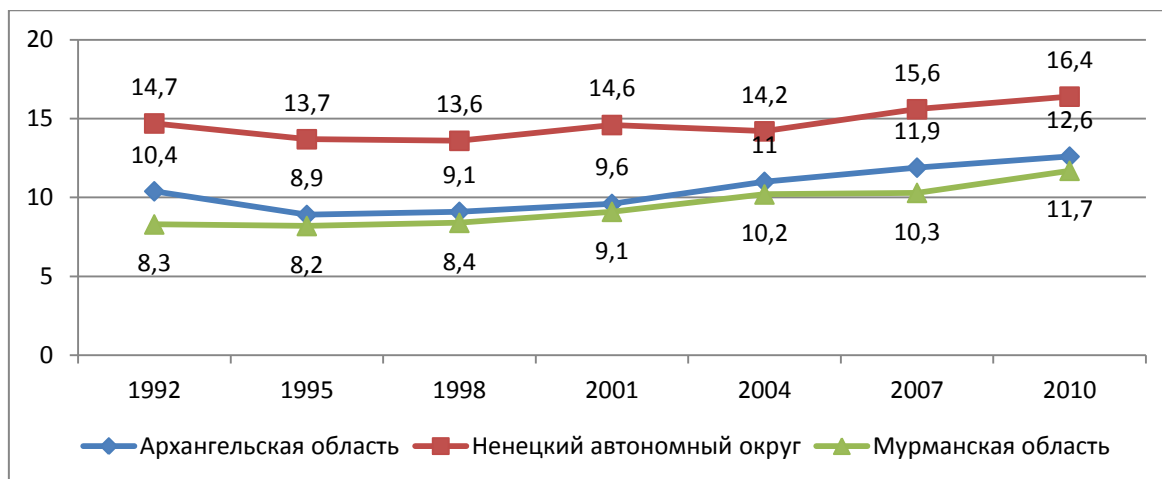


Рисунок 4. Число родившихся в расчете на 1 000 населения в год в циркумполярных регионах Европейского Севера России [9]

На Европейском Севере эти процессы имели свои особенности. В отношении абсолютных значений и динамики показателя рождаемости приарктические регионы можно разделить на две группы (рисунок 4). С одной стороны, – Архангельская и Мурманская области, в которых демографическая ситуация практически повторяет общие тенденции по стране. Еще в 1965 году суммарный коэффициент рождаемости в РСФСР опустился ниже уровня простого воспроизводства поколений (2,15). В сочетании с социально-экономическими потрясениями 1990-х годов, беспрецедентно высокой смертностью в трудоспособном возрасте это обусловило достаточно низкие показатели общей рождаемости, которые сохраняются в Приполярье. С другой стороны, – НАО. Коэффициент суммарной рождаемости коренных народов Севера, хотя и стабильно снижался во второй половине XXI века, оставался всегда значительно выше среднероссийского: 2,2 против 1,3 [2]. Для ненцев, в частности, этот показатель равен 3,1 [2]. По этой причине общая рождаемость в округе была и остается значительно выше, чем в Архангельской и Мурманской областях (рисунок 4).

Начиная с 2000 года в Архангельской области отмечается тенденция к росту рождаемости. В значительной мере это явление обусловлено достижением женщинами и мужчинами 1980-х годов рождения репродуктивного возраста. Положительное влияние оказал национальный проект «Здоровье», реализация которого позволила стимулировать рождаемость в средних возрастных когортах женщин (25–29 лет, 30–34 года, 35–39 лет) [4]. При анализе описываемого явления стоит учитывать и тот факт, что в среднем по России в начале XXI века численность женщин в репродуктивном возрасте превышает более чем на 1 млн такую для 1989 года. Вполне вероятно ожидать к 2020–2025 году нового замедления в динамике показателя или, что более вероятно, даже его значительного снижения, когда рожденные в «провальные» с демографической точки зрения 1990-е будут достигать своего репродуктивного периода жизни. Негативное влияние будет иметь и все возрастающий уровень женского бесплодия, который за последние 10 лет увеличился более чем в 3 раза (с 2,3 % для женщин репродуктивного возраста в 2001 году до 7,2 % в 2010 году). В 2010 году в регионе родилось 15 466 детей, а коэффициент рождаемости составил 12,6 на 1 000 населения [4]. Но достигнуть уровня даже 1990 года в значении показателя (13,5 на 1 000) еще не удалось. Среди населения сельских районов на начало 2010 года суммарный коэффициент рождаемости со-



ставляет 2,09; для городов – 1,39 (в среднем 1,53 рождений на 1 женщину репродуктивного возраста). К 2030 году, согласно прогнозам специалистов, его значение может достигнуть 1,66 [4]. Переломить ситуацию может лишь изменение репродуктивного поведения жителей Архангельской области, что достаточно сложно, если брать во внимание проблему низкого качества полового самосохранительного поведения северян [3].

Искусственный аборт на рубеже XX–XXI веков являлся для жителей области преобладающим способом регулирования численности семьи. Если в начале 1990-х годов уровень абортотворения примерно соответствовал общероссийским значениям, то к 2007 году превышал их почти на 50 % (число абортотворения на 1 000 женщин фертильного возраста в России в 2007 году – 38; в Архангельской области – 55). В расчете на 100 родов показатель числа абортотворения в России в тот же год составил 92, в Архангельской области – 127. В областном центре в 1996 году соотношение выполненных искусственных абортотворения на 100 родов составило 254,6, в 2005 году – 356,1 [3]. Таким образом, в середине первого десятилетия XXI века в столице Русского Севера на каждые роды приходилось в среднем 3,5 аборта. Еще более опасной является тенденция к росту относительной численности молодых женщин, прервавших беременность (в возрасте до 20 лет) с 1,9 % в 1986 году до 11,1 % в 2005-м [3]. Можно предполагать, что в ближайшем будущем регион ожидает значительный рост распространенности вторичного бесплодия, что еще более усугубит тяжесть медико-социальных последствий рассматриваемой проблемы.

Смертность населения циркумполярных регионов Европейской части России также имеет свои особенности. На ее масштаб оказывает влияние ряд факторов. С одной стороны, логично предположить, что миграция населения в группе старше трудоспособного возраста должна в целом сокращать общий коэффициент смертности.



Рисунок 5. Число умерших в расчете на 1 000 населения в год в циркумполярных регионах Европейского Севера России, оба пола [9]

Эту зависимость можно проследить на примере Мурманской области и НАО, где его значение значительно ниже в сравнении с Архангельской областью вплоть до 1992 года (рисунок 5). В последующие годы, когда внутренняя миграция в первых двух регионах сократилась в сравнении с советским периодом, общий коэффициент смертности стал приближаться к среднероссийским значениям.



В начале XXI века для регионов Приполярья остается актуальной проблема высокой смертности мужского населения в трудоспособном возрасте (рисунок 6).

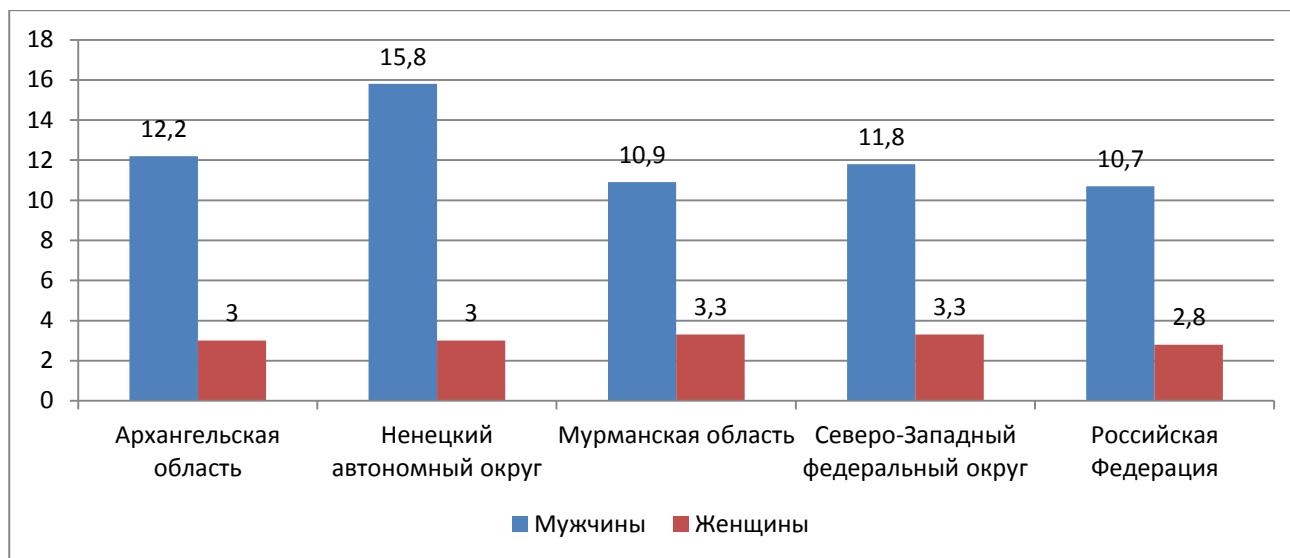


Рисунок 6. Смертность населения в зависимости от пола в трудоспособном возрасте (на 1 000 человек соответствующего пола и возраста) в циркумполярных регионах Европейской части России в 2008 году [9]

Проживание в условиях сурового арктического климата и ведение трудовой деятельности требуют от человека значительной выносливости. Специфическая форма хронического полярного напряжения, пониженная резистентность, характерные для северян, приводят к раннему истощению резервов организма, повышенной заболеваемости и преждевременному старению [2]. Однако эти факторы лишь частично объясняют различия в значении показателя смертности мужского населения в трудоспособном возрасте в трех регионах. В НАО, в частности, он в 1,5 раза выше, чем в среднем по стране. Подобная ситуация обусловлена рядом причин, лидирующими из которых являются сверхвысокая смертность в трудоспособном возрасте среди ненцев как одного из коренных народов Севера и значительный уровень смертности от внешних причин (см. ниже). В Мурманской области, напротив, данная проблема является менее значимой.

Структура смертности населения приарктических регионов также имеет существенные отличия. Процесс депопуляции здесь связан преимущественно с высокой смертностью населения от болезней системы кровообращения. Архангельская область в этом отношении практически полностью повторяет среднероссийскую динамику показателя (рисунок 7). С другой стороны, в Мурманской области и НАО смертность населения от этой группы причин на рубеже XX–XXI веков остается относительно низкой. Для последнего региона подобная ситуация вполне объяснима. До недавнего времени заболеваемость гипертонической болезнью сердца, коронарной болезнью и ожирением среди малых народов Российского Севера находилась на достаточно низком уровне [2].

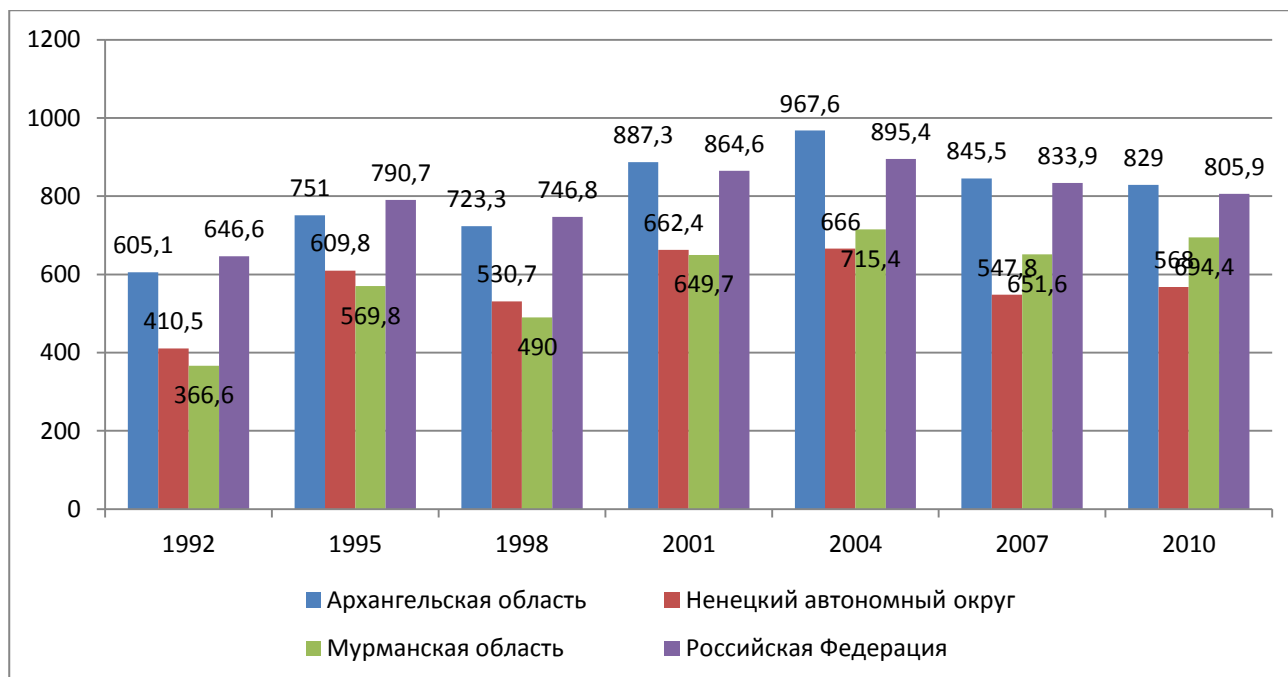


Рисунок 7. Число умерших от болезней системы кровообращения в расчете на 100 тыс. населения в год в циркумполярных регионах Европейского Севера России, оба пола [9]

Традиционный образ жизни саамов, ненцев, якутов и других северных народов в отношении диеты, уровня физической активности считается достаточно здоровым, потенциально предрасполагающим к более продолжительной жизни, более низкой инцидентности социально-значимых заболеваний. Лишь процессы постепенного отхода к оседлому образу жизни и смены рациона питания, усилившиеся на рубеже XX–XXI веков, привели к исчезновению подобных различий с некоренным населением [2, 14].

Долгое время смертность от внешних причин в Архангельской области и НАО занимала второе ранговое место в ее общей структуре (рисунок 8). Убийства, самоубийства, случайные отравления алкоголем уносят здесь в 1,3–1,5 раза больше жизней, чем в целом по стране [8]. Ряд исследователей связывает этот факт с годовым световым апероидизмом, стрессами, в целом неблагоприятными условиями проживания на Севере [2]. В НАО, как и в других национальных округах, отмечается сверхвысокая смертность от внешних причин среди представителей коренных народов, которая почти в 2 раза превышает среднероссийские показатели.

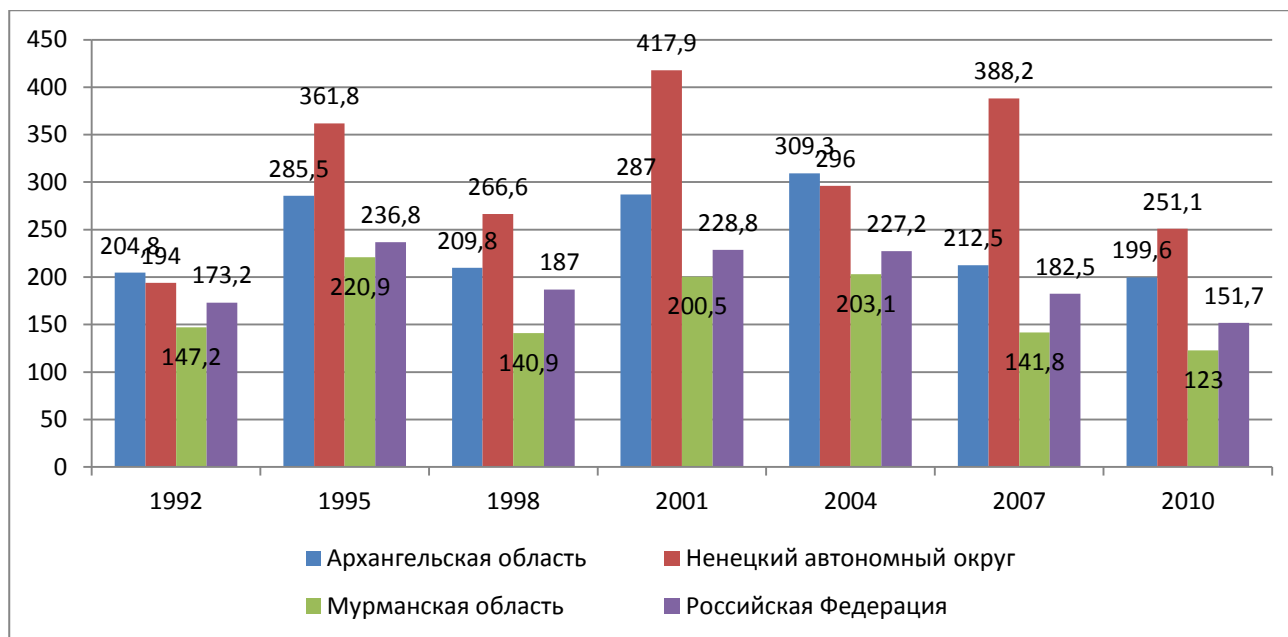


Рисунок 8. Число умерших от внешних причин в расчете на 100 тыс. населения в год в циркумполярных регионах Европейского Севера России, оба пола [9]

Смертность от новообразований в регионах Европейского Севера России остается стабильной на рубеже XX–XXI веков (рисунок 9). Архангельская область, как и в случае смертности от болезней кровообращения, практически полностью повторяет среднероссийскую динамику показателя, в то время как Мурманская область и НАО представляются относительно благополучными регионами.

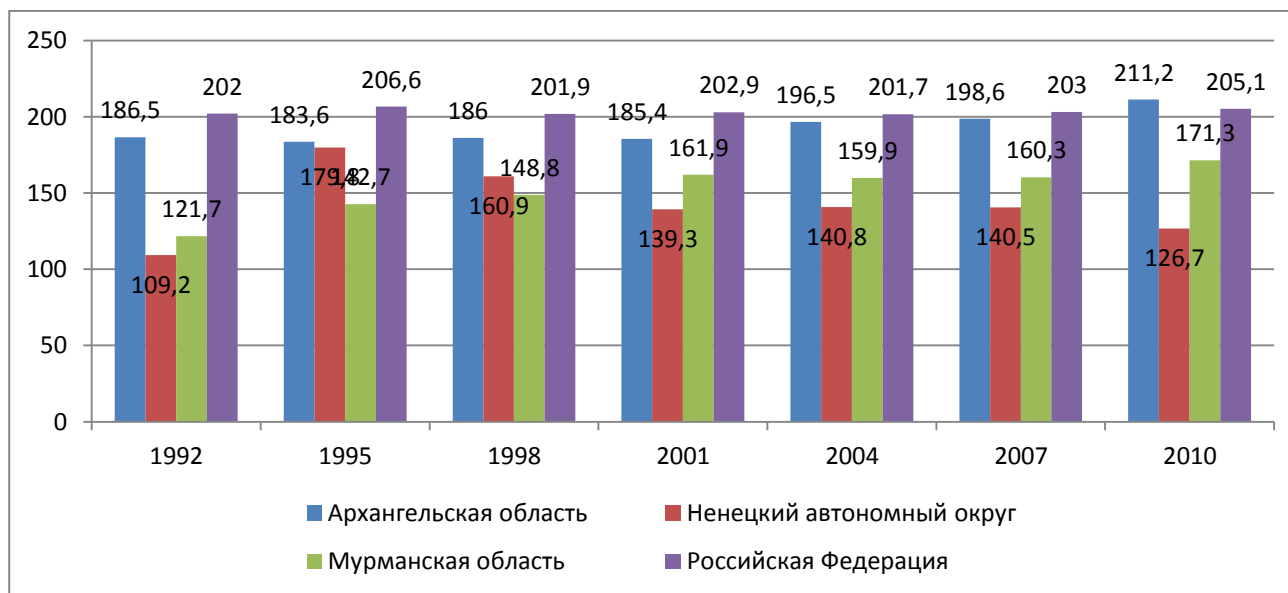


Рисунок 9. Число умерших от новообразований в расчете на 100 тыс. населения в год в циркумполярных регионах Европейского Севера России, оба пола [9]

Для некоторых коренных народов Севера, например для саамов, которые населяют северные районы Норвегии, Швеции, Финляндии и Кольский полуостров, средний уровень заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний ниже, чем в среднем у населения тех же стран [13].

К сожалению, даже при наличии современных методик обследования, проведении профилактических осмотров значительная доля новых случаев злокачественных новообразо-

ваний в начале XXI века продолжает диагностироваться на поздних стадиях (III и IV). В Архангельской области в 2007 году таковых было более 50 % (24,6 % на III стадии, 26,0 % на IV стадии); в Мурманской области в тот же год – более 40 % (15,4 % на III стадии, 26,9 % на IV стадии) [10].

Подводя итог краткой характеристике смертности населения в циркумполярных регионах Европейского Севера, стоит отметить, что она в целом соответствует среднероссийским тенденциям. Сохраняется высокий удельный вес смертности от внешних причин, который до сих пор в НАО в ранговой структуре занимает второе место. Если в целом по стране, по мнению ряда исследователей, характер смертности населения соответствует таковому в развивающихся странах, где «отсутствуют социальные институты, ответственные за формирование и сохранение здоровья», то в условиях Арктики он свидетельствует и о социальной деградации [6, 11].

### **Браки и разводы в циркумполярных территориях Европейского Севера России**

Социально-экономические потрясения конца 1980-х – начала 2000-х годов привели к кризису института семьи и брака в стране. Вплоть до конца 1990-х годов количество заключаемых браков в расчете на 1 000 населения в циркумполярных регионах Европейского Севера постоянно сокращалось [4].

Реализация принципов новой семейной политики страны, утвержденных указом президента РФ № 712 от 14 мая 1996 года «Об основных направлениях государственной семейной политики», затянулась вплоть до середины 2000-х. С этого же времени вновь стала расти и брачность населения. Но этот процесс обеспечен в значительной мере высокой численностью поколения северян, рожденных в конце 1970–1980-х годов (см. выше).

Таблица 2

#### **Разводы на 100 браков в приарктических территориях РФ в 1991–2009 годах [9]**

|                       | 1991 | 1993 | 1995 | 1997 | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| РФ                    | 46,5 | 60,0 | 61,6 | 60,3 | 58,7 | 76,8 | 72,4 | 56,0 | 53,9 | 57,6 |
| Архангельская область | 44,2 | 64,6 | 71,0 | 53,6 | 51,9 | 77,0 | 75,3 | 53,3 | 55,1 | 60,7 |
| НАО                   | 38,1 | 61,5 | 61,3 | 45,1 | 48,1 | 85,5 | 76,8 | 57,1 | 50,6 | 62,5 |
| Мурманская область    | 69,8 | 83,8 | 87,5 | 76,1 | 76,1 | 93,3 | 83,9 | 77,4 | 72,0 | 78,7 |

В целом, для регионов Севера за последние 20 лет характерны среднероссийские показатели разводимости (таблица 2). Исключение составляет Мурманская область, где они значительно выше. Высокая разводимость является, с одной стороны, значимой причиной падения рождаемости, с другой – обуславливает рост доли неполных семей, в которых воспитываются дети. Уже этот факт негативно сказывается на состоянии института семьи и брака и, несомненно, будет иметь долговременные последствия.

### **Инвалидность населения циркумполярных регионов Европейского Севера России**

Согласно определению, инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями

травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Точное количество людей, подходящих под это определение в обществе, неизвестно, и лишь косвенно, анализируя официальные статистические данные, можно судить о масштабе этого явления.

Численность лиц, впервые признанных инвалидами (инвалидность), в трех северных регионах страны на рубеже XX–XXI веков стабильно увеличивается (рисунок 10). На общероссийском фоне в 1990-х годах этот рост носил скорее «догоняющий» характер: разница в 1,5–2 раза в зависимости от территории в значении показателя практически полностью была нивелирована к началу 2000-х годов. Мурманская область вновь представляется относительно благополучным регионом. За рассматриваемый период численность лиц, впервые признанных инвалидами в регионе, ниже в среднем в 1,5–2 раза.

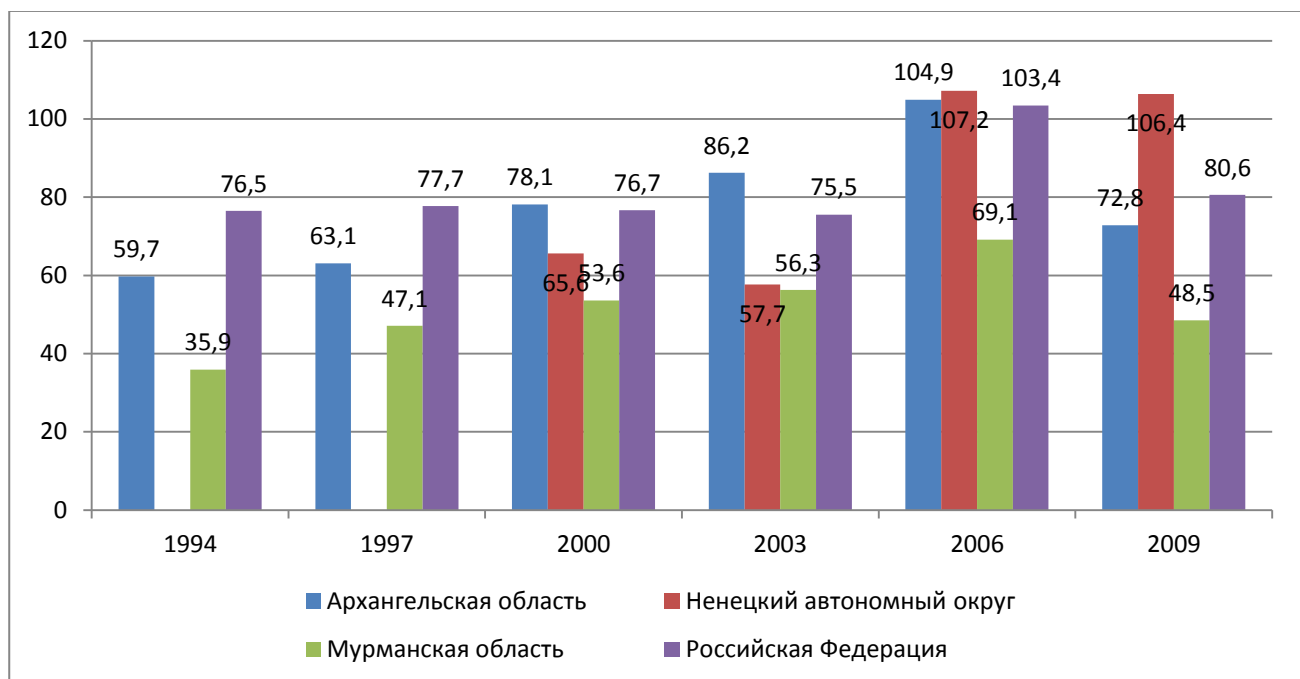


Рисунок 10. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, в возрасте 18 лет и старше, на 10 тыс. населения [9]

Подобные вариации в значении показателя инвалидности во всех трех регионах за неполные 20 лет нельзя объяснить ничем иным, как изменением подходов к учету и регистрации новых случаев. Свое влияние имела и реформа системы медико-социальной экспертизы. Рост рассматриваемого индикатора после 2003 года обусловлен во многом принятием ФЗ № 122 «О монетизации льгот», который заставил официально зарегистрироваться в качестве инвалида тех, кто имел на это право, но не сделал этого ранее в силу разных социально-экономических причин [6]. Это был четвертый по счету пик роста числа впервые признанных инвалидами в истории данного явления в России (первый отмечался в 1975 году и был связан с принятием Инструкции о порядке установления причинной связи инвалидности у бывших военнослужащих с пребыванием на фронте № 1960-СН; второй – в 1985 году, после принятия Постановления ЦК КПСС и Совмина СССР № 812 «О мерах по дальнейшему улучшению материально-бытовых условий участников Великой Отечественной Войны и семей погибших военнослужащих»; третий – в 1995 году в связи с принятием ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ) [7]. Относительно низкий показатель

первичной инвалидности в Мурманской области на рубеже XX–XXI веков обусловлен высокой долей молодого экономически активного населения, не заинтересованного в ее регистрации, и в целом более благополучной социально-экономической обстановкой в регионе.

В Архангельской области структура причин первичной инвалидности в 2010 году выглядит следующим образом (рисунок 11):

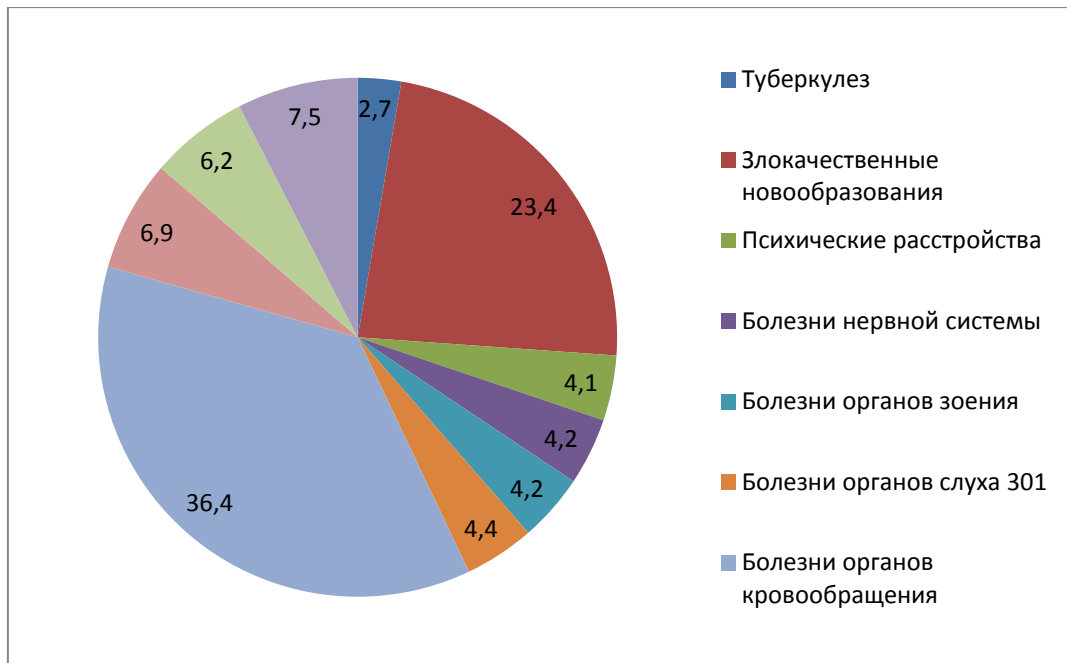


Рисунок 11. Структура первичной инвалидности (взрослое население) Архангельской области в 2010 году, в % [4]

Первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения, дающие вместе более 1/3 новых случаев инвалидности (36,4 %), второе – злокачественные новообразования (23,4 %). Высокий удельный вес травм (6,2 %) может быть обусловлен высокой концентрацией производственных предприятий в регионе и в целом небезопасным поведением населения [7].

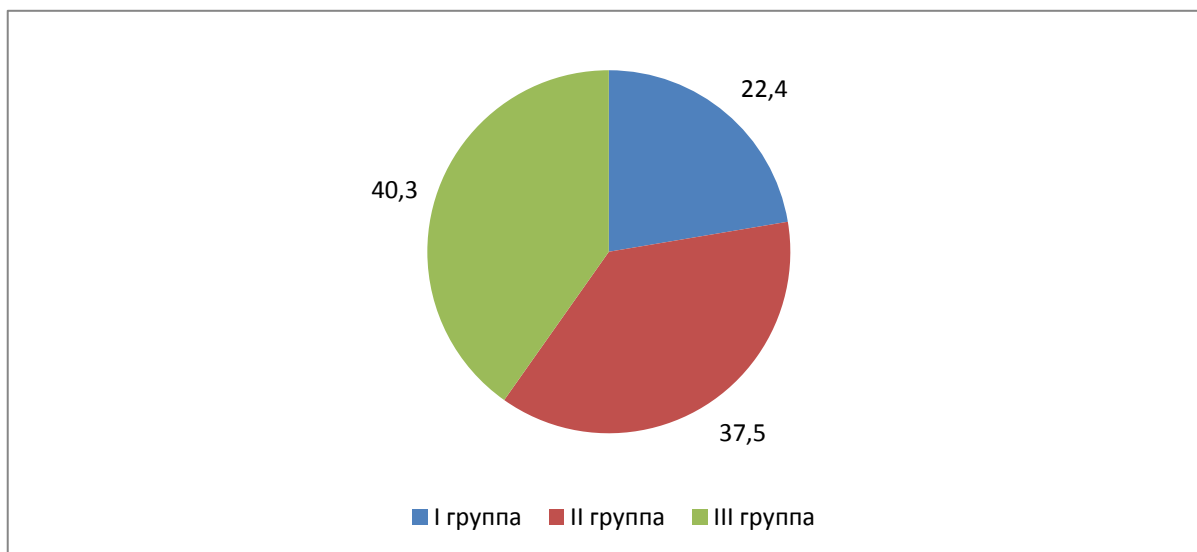


Рисунок 12. Структура первичной инвалидности взрослого населения Архангельской области в 2010 году по группам инвалидности, в % [4]

Северо-Западный регион является, по мнению специалистов, «устойчиво неблагополучным» в отношении инвалидности и смертности населения [6]. Доля пожилых лиц здесь значительно превышает критический уровень в 12 % (то есть относится к группе демографически старых). По этой же причине в Архангельской области структура первичной инвалидности взрослого населения в зависимости от группы представляется нелогичной. Можно предположить, что по форме она должна напоминать пирамиду, в основании которой находятся лица, которым впервые при постановке на учет была установлена III группа инвалидности. Вершину фигуры должны формировать лица с I группой (самой тяжелой и поэтому самой малочисленной). В реальности доли этих групп в общей структуре примерно равные (рисунок 12). Рассмотренные особенности первичной инвалидности как явления свидетельствуют о том, что оно носит скорее социальный характер и лишь косвенно отражает состояние здоровья популяции в приарктических регионах.

Исторически Россия имеет приоритет в освоении ресурсного потенциала Арктики. С принятием постановления Президиума ЦИК СССР «Об объявлении территорией Союза ССР земель и островов, расположенных в Северном Ледовитом океане», стало возможным его законное освоение, которое было реализовано с приходом исследователей, строителей и рабочих из южных регионов. Уникальные демографические особенности циркумполярных территорий, которые сложились на рубеже XX–XXI веков, должны быть всесторонне изучены. Этот качественный анализ позволит спрогнозировать влияние неблагоприятных климатических и социально-экономических факторов на здоровье специалистов и обслуживающего персонала, которые будут привлечены для освоения ресурсного потенциала Арктики в новом веке, а также адекватно модифицировать систему здравоохранения, ориентированную на специфические нужды всего Севера.

## Литература

1. Аристов И. Курс на Арктику // Российская газета. Центральный выпуск. 2010. № 5302 (223). С. 6
2. Влияние глобальных климатических изменений на здоровье населения Российской Арктики. Отчет по проекту ООН / Под ред. Б. А. Ревича. URL: <http://www.ecfor.ru/pdf.php?id=books/revich01/oon> (дата обращения: 28.10.2011).
3. Вязьмин А. М., Мордовский Э. А. Идеи М. В. Ломоносова и общественное здоровье Поморья в XVIII–XXI веках / А. М. Вязьмин, Э. А. Мордовский; под ред. проф. А. Л. Санникова. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2011. 192 с.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Архангельской области в 2010 году / Министерство здравоохранения и социального развития Архангельской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Архангельской области, Северный государственный медицинский университет, ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр». Архангельск: МИАЦ, 2011. 180 с.



5. Иванова А. Е., Павлов Н. Б., Михайлов А. Ю. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России // Социальные аспекты здоровья населения. 18.10.2011. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/323/27/lang,ru/> (дата обращения: 28.10.2011).
6. Каспарьян Ж. Э. Северная специфика: проблемы инвалидности и задачи формирования социально-экономической политики в Мурманской области / Север. 2007. URL: [http://kolasc.net.ru/russian/sever07/sever07\\_2.pdf](http://kolasc.net.ru/russian/sever07/sever07_2.pdf) (дата обращения: 28.10.2011).
7. Лукашов А. Г., Ситкин М. Н., Заросликова Л. А., Варакина Ж. Л., Матвеев Р. П. Инвалидность и смертность – доминанты, снижающие жизненный потенциал и безопасность общества / Под ред. проф. А. Л. Санникова. Архангельск: Изд-во «Солти», 2007. 378 с.
8. Проблемы здравоохранения и социального развития Арктической зоны России. М.: Paulsen, 2011. 472 с.
9. Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб. / Росстат. М., 2010. 813 с.
10. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 году / Под ред. М. И. Давыдова и Е. М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина. РАМН, 2009. Т. 20. № 3 (прил. 1). 158 с.
11. Тихонова Г. И., Горчакова Т. Ю., Касьянчик Е. А. Медико-демографическая характеристика населения трудоспособного возраста в России // Проблемы прогнозирования. 2009. № 4. С. 12–18.
12. Canadian Institute for Health Information. National Consensus Conference on Population Health Indicators. Final Report. Ottawa, Ontario, 1999. P. 5
13. Hassler S., Soininen L., Sjolander P., Pukkala E. Cancer among the Sami – A review on the Norwegian, Swedish and Finnish Sami populations. International Journal of Circumpolar Health. 2008; 67 (5): pp. 421–432.
14. Smith H. S., Bjerregaard P., Chan H. M., Corriveau A. Ebbesson SOE et al. Research with arctic peoples: unique research opportunities in heart, lung, blood and sleep disorders. International Journal of Circumpolar Health. 2006; 65 (1): pp. 79–90.

Рецензент – Шрага Моисей Хаимович,  
доктор медицинских наук, профессор.