

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДА – САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ ТРАВМ И ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН (ИТОГИ МОНИТОРИНГА, ПРОВЕДЕННОГО С 1976 ПО 2008 г.)

Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, С.С. Лучанинов

*ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»
директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов
Санкт-Петербург*

На основании статистических данных, полученных в ходе мониторинга смертности, возникшей вследствие травм, отравлений и иных внешних причин у взрослого населения Ленинграда – Санкт-Петербурга, произведен анализ динамики основных показателей смертности. Представлены основные данные, полученные в ходе многолетнего исследования. Для большей информационной наглядности показатель смертности при травмах, отравлениях и иных внешних воздействиях рассчитан отдельно по возрастным группам, а также по основным причинам.

Ключевые слова: организация здравоохранения, смертность, травматизм.

On the basis of statistical findings, received by monitoring of levels of mortality happened as the result of injuries, poisonings and other external causes in adult population of Leningrad – St.-Petersburg, the analysis of dynamics of main death level indices was done. The article introduces with basic findings gained in long term investigation. The level of mortality happened as the result of injuries, poisonings and other external causes for better obviousness was calculated separately for each age and for each causal group.

Key words: public health organization, mortality, traumatism.

Введение

Смертность – один из трех важнейших и самый тяжелый из социальных последствий травм опорно-двигательной системы (ОДС). Этот показатель, наряду с временной утратой трудоспособности и инвалидностью, является комплексной характеристикой состояния травматизма населения, качества оказанной лечебно-диагностической помощи и социально-экономическими особенностями развития страны в жестких рамках изучаемого отрезка времени. Представляем на рассмотрение наиболее значимые показатели, претерпевшие существенные изменения за исследуемый период.

Организационно-методическим отделом ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» на протяжении нескольких десятилетий проводится многофакторное исследование по таким ключевым вопросам травматолого-ортопедической помощи жителям Ленинграда – Санкт-Петербурга, как травматизм, заболеваемость костно-мышечной системы, организация экстренной травматологической и плановой ортопедической помощи, наиболее социально значимые результаты проведенного лечения (временная утрата

трудоспособности, инвалидность и смертность), кадровый потенциал специальности «Травматология и ортопедия», а также целый ряд актуальных профильных вопросов.

В ходе работы были использованы архивные материалы конъюнктурных обзоров состояния травматолого-ортопедической помощи населению Ленинграда – Санкт-Петербурга, выполненные в разные годы сотрудниками организационно-методического отдела Российского НИИТО им. Р.Р. Вредена, годовые отчеты ведущих травматологическими пунктами и травматолого-ортопедическими отделениями больниц города за 2007–2008 гг., данные Петрозаводска, материалы государственного доклада «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2008 г.», а также статистические материалы по данным федерального статистического наблюдения за 1991–2008 гг., предоставленным МИАЦ СПб [5, 6, 7].

Воздействие внешних причин представляет собой неоднородную группу, в которую объединены несколько различных травмирующих факторов. Согласно Международному классификатору болезней 10 пересмотра (МКБ 10), вступившему

в силу с 1992 г., формулировка Класса XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» включает в себя также: термические и химические ожоги; обморожения; отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами; некоторые ранние осложнения травм, хирургических и терапевтических вмешательств; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин.

В 2008 г. по данным Петростата, в Санкт-Петербурге в целом наблюдалось снижение смертности, однако по основным классам причин смерти динамика показателя была различной. По структуре причин первое место занимают очень высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения, на втором месте – от новообразований и на третьем – от воздействия внешних причин.

Смертность от внешних причин на протяжении многих лет занимает третье место в структуре смертности населения Санкт-Петербурга. В 2008 г. ее доля составила 7,7 %, в 2007 г. – 8,6%. В 1993–1994 гг. доля смертей от внешних причин достигала 14,7%. В сравнении с общероссийскими показателями в динамике за два года видно, что в СПб показатели смертности значительно ниже. В 2008 г. в СПб смертность от внешних причин была ниже, чем в РФ на 32%, смертность от самоубийств – на 44%, от убийств – на 57,6%, от случайного отравления алкоголем – на 45%. При этом в СПб показатели смертности от заболеваний системы кровообращения выше на 7%, а от новообразований – на 34,5% по сравнению с общероссийскими (табл. 1) [10].

Анализ показателя смертности от внешних причин (несчастные случаи, травмы, отравле-

ния, убийства, самоубийства и пр.) населения Ленинграда – СПб с 1976 по 2008 гг. выявил его явную зависимость от экономической и политической ситуации в обществе. За 30-летний период в целом наблюдалась положительная динамика роста этого показателя. Несмотря на наметившуюся тенденцию к очередному спаду показателя, говорить о существенном позитивном изменении ситуации в целом пока еще рано. В 2008 г. количество случаев снизилось с 128 на 100 тыс. человек по сравнению с 2007 г. до 112. Тем не менее, следует отметить, что смертность почти в два раза превышает аналогичный показатель 1976 г. (67 на 100 тыс. чел.)

Оценка динамики ежегодного прироста показателя смертности показывает, что его максимальный прирост в 1980 г. (41%) совпал с началом войны в Афганистане, в 1992 и 1993 гг. (40,3% и 42% соответственно) – со сменой экономической формации в обществе и разрушением СССР. Прирост показателя смертности от внешних причин на 15,6% в 1999 г. можно объяснить экономическим дефолтом в стране. Стабилизация в экономике и обществе с 2004 г. отмечена ежегодным снижением показателя (рис. 1).

Уменьшение показателя смертности от внешних причин населения Ленинграда отмечалось в 1985–1988 гг., что связано с проведением в стране комплексных мероприятий по борьбе с травматизмом и алкоголизмом. В 1989 г. показатель смертности вновь достиг уровня примерно 1982 г. и продолжал неуклонно расти. В начале 90-х годов уровень смертности от внешних причин населения города в 4 раза превышал уровень 1976 г. В 2000 г. этот показатель вновь достиг своего максимума, превысив уровень 1976 г. в 3 раза.

Таблица 1

Смертность по основным классам причин смерти в СПб и в России в 2007–2008 гг.

Причины смертности	Показатели смертности					
	На 100 тысяч человек населения				2008 в % к 2007 г.	
	2007 г.		2008 г.			
	СПб	РФ	СПб	РФ	СПб	РФ
Все причины	1476,4	1463,9	1461,3	1467,3	99,0	100,2
Болезни системы кровообращения	895,3	833,5	891,9	833,4	99,6	99,9
Новообразования	270	203,1	273,5	203,4	101,3	100,2
Несчастные случаи, отравления и травмы	127,6	182,5	112,2	164,8	87,9	90,3
из них:						
– самоубийства	13,2	29,1	11,8	26,9	89,4	92,4
– случайные отравления алкоголем	8,2	17,7	6,2	13,6	75,6	76,8
– убийства	10,6	17,9	9,5	16,5	89,6	92,2
Болезни органов пищеварения	58,5	61,7	60,5	63	103,4	102,1
Болезни органов дыхания	42,7	54,8	43,5	55,1	101,9	100,5
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	29,3	24,2	30,4	23,8	103,8	98,3

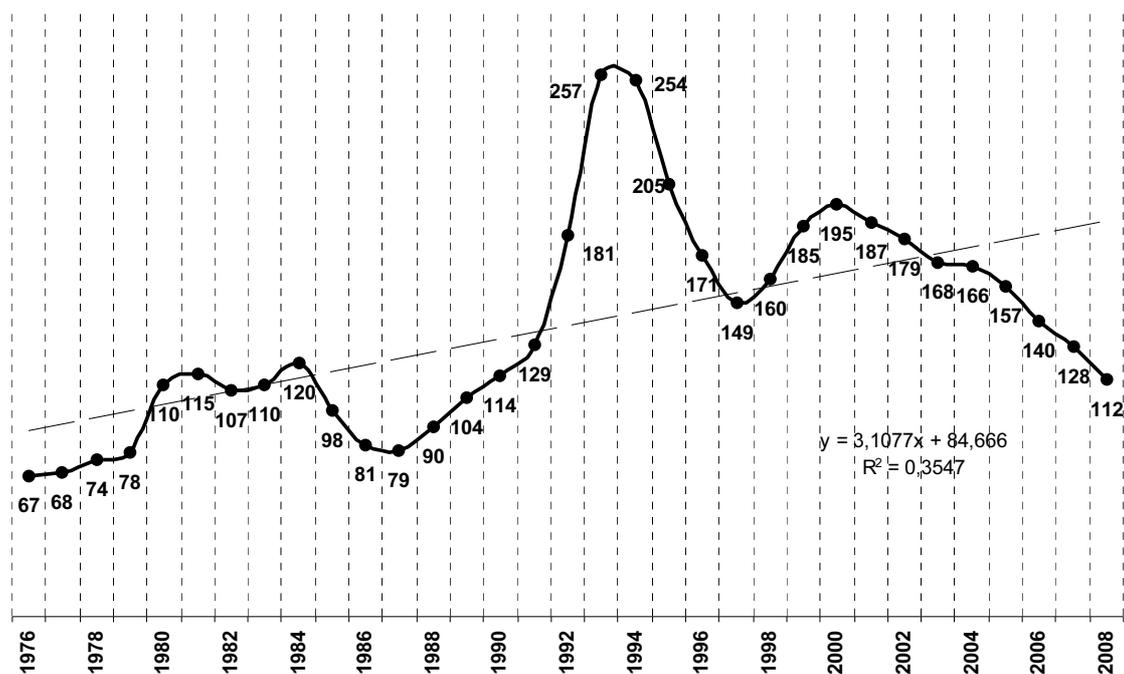


Рис. 1. Смертность от внешних причин населения Ленинграда – Санкт-Петербурга в 1976–2008 гг. (на 100 тыс. чел.)

Начиная с 2005 г., в результате оздоровления экономики и стабилизации в обществе смертность от внешних причин населения СПб начала постепенно снижаться и к 2008 г. составила 112 на 100 тыс. человек, сохраняя наметившийся позитивный сдвиг и пока не отреагировав на начавшийся мировой экономический кризис [4].

Смертность от внешних причин замыкает тройку причин в структуре смертности населения Санкт-Петербурга: в 1993 и 1994 гг. она достигала 14,7%, в 2007 г. – 8,6%, в 2008 г. – 7,7% (рис. 2).

Подавляющее большинство смертей от внешних причин приходится на лиц трудоспособного возраста. В 1991 г. доля лиц трудоспособного возраста среди всех умерших от внешних причин составляла 65,9%, в 2001 г. – 72,5%, в 2007 г. – 71%, в 2008 г. этот показатель составил 69,6% (мужчины – 78,8%, женщины – 46,8%).

В 2008 г. мужчины трудоспособного возраста погибали чаще женщин в 4,2 раза (в 2007 г. – в 4,7 раза). В 1991 г. эта разница составляла 3,6 раза. При анализе данных мониторинга можно отметить, что среди трудоспособных мужчин усредненный показатель смертности в 4 раза выше, чем среди женщин этой же возрастной группы. При этом следует указать на тот факт, что «сверхсмертность» мужчин трудоспособного возраста характерна как для Санкт-Петербурга, так и для России в целом (табл. 2) [7–9].

В 1981–1984 гг. в Ленинграде сотрудниками ЛНИИТО им. Р.Р. Вредена проводилось исследо-

вание и экспертная оценка историй болезни умерших от травм. Результаты показали, что летальный исход был предопределен тяжестью поражения в 58,1% случаев. Недостатки в оказании помощи на догоспитальном этапе явились причиной гибели в 11,6% случаев. Несвоевременные и неполные диагностика и лечение в стационаре, несоответствие профиля отделения, отсутствие или недостаточность ухода за пострадавшими определили летальный исход 12,1% пострадавших. Прочие причины составили 18,2%. К сожалению, в последующие годы подобного крупномасштабного глубокого изучения причин смертности от травм не производилось, а имеющиеся официальные статистические данные государственной отчетности недостаточно информативны.

Представляем долевое распределение смертности в зависимости от вида травматизма, составленное на основании многолетнего наблюдения. Первое место среди травм со смертельным исходом занимают бытовые травмы – 44,9%, далее идут автотранспортные – 33,2%, железнодорожные – 9,9%, производственные – 6%, уличные (при пешеходном движении) – 3,3%, прочие – 2,7%. Особо следует подчеркнуть проблему смертности от травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий. В настоящее время в результате дорожно-транспортных происшествий в течение года погибает столько же пострадавших, сколько гибнет от убийств и самоубийств, вместе взятых (рис. 3).

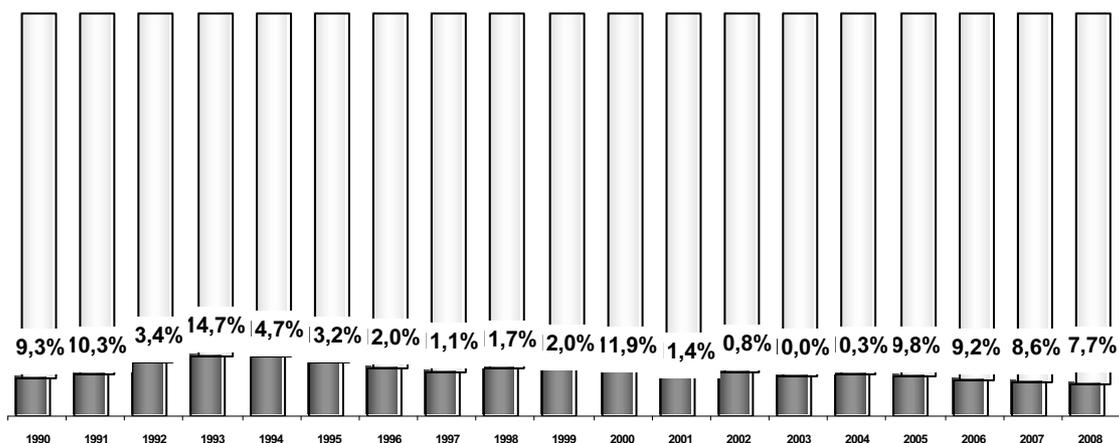


Рис. 2. Доля смертей от внешних причин в структуре смертности населения СПб в 1990–2008 гг.

Таблица 2

Превышение (кратность) смертности мужчин над смертностью женщин от отдельных внешних причин в СПб в 1991–2008 гг.

Внешняя причина смерти	Год					
	1991	2001	2002	2003	2007	2008
Случайное отравление алкоголем	4,3	2,8	3,8	3,8	2,8	3
Самоубийства	2,2	3,5	3,6	3,3	2,7	2,7
Убийства	2,7	2,9	3,2	3,2	2,7	2,6
Всего	2,4	2,9	3,3	3,3	2,7	2,5
Всего у лиц трудоспособного возраста	3,6	4,2	4,1	4,3	4,7	4,2

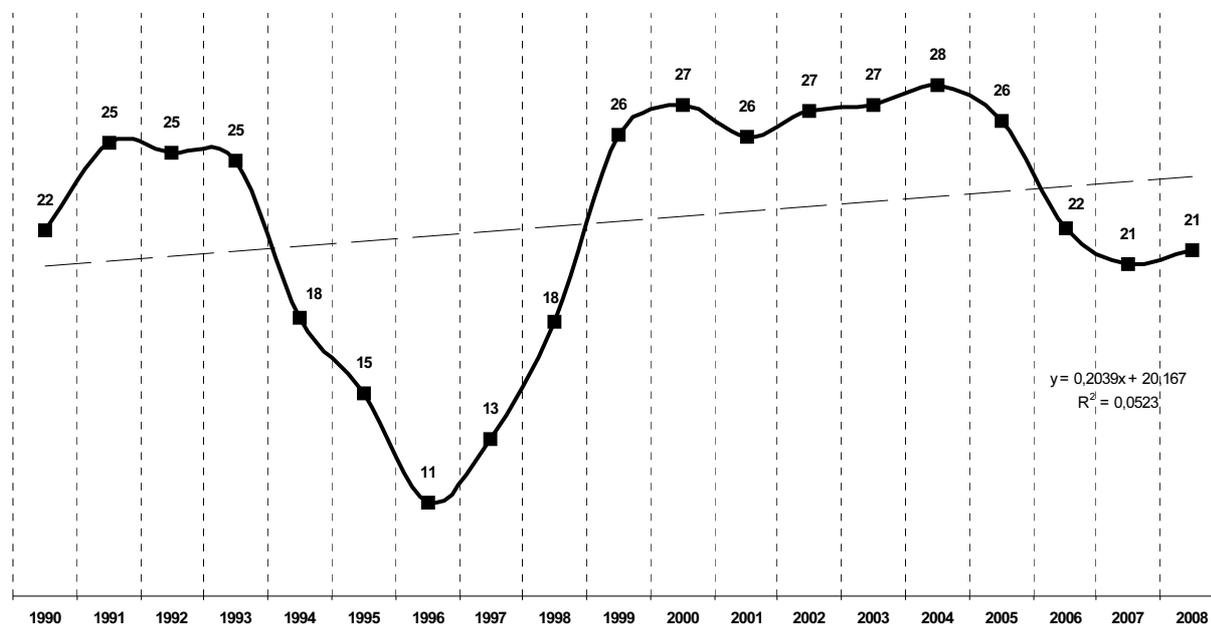


Рис. 3. Смертность от транспортных травм в СПб в 1990–2008 гг. (на 100 тыс. чел.)

Ведущими причинами смертности являются множественные повреждения – 37%, внутричрепные травмы – 31,7%, переломы костей конечностей – 17,2%, сочетанные травмы – 7,9%, про-

чие – 6,2%. Подавляющее большинство умерших от травм (62,7%) погибли в день получения травмы, что свидетельствует о тяжести полученных повреждений, 30% скончались на следующий

день, 7% – на третьи сутки, 8% – через 2–4 дня лишь 19,9% – через неделю и более после травмы вследствие развития осложнений. Наиболее значимыми непосредственными причинами смерти у погибших в первые сутки после травмы являются разможение, отек, набухание головного мозга, несовместимые с жизнью механические повреждения жизненно важных органов и систем организма, анемия в результате острой кровопотери, шок, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. На их долю приходится 81,8%. У умерших в стационаре непосредственными причинами смерти при травмах являются: острая кровопотеря – 30,4%, ушиб головного мозга – 27,2%, пневмония – 12,4%, отек и дислокация головного мозга – 11,1%, интоксикация – 3,2%, сепсис – 3,2% и другие – 12,5%) [1, 2].

За последние 13 лет отмечалось отчетливое уменьшение как общего числа травм на производстве, так и сокращение количества травм со смертельным исходом (в 1,5 раза по сравнению с 1996 г.) (рис. 4) [3, 5, 6].

Более чем у половины (50,2%) погибших от травм был обнаружен алкоголь в крови, в т.ч. опьянение легкой степени (до 1,5⁰/₀₀ алкоголя в крови) было у 19,5%, средней (от до 1,5⁰/₀₀ до 2,5⁰/₀₀) – у 19,5%, сильной (2,5–1,5⁰/₀₀) – у 20,8%, тяжелой (более 3⁰/₀₀) – у 40,2% [7–9].

В то же время, следует отметить, что общее количество смертельных исходов, связанных непосредственно с отравлением алкоголем, заметно сократилось за рассматриваемый промежуток времени, хотя имелись два значительных пика: больший – в 1992 г. (49 случаев на 100 тыс. чел.) и меньший – в 2000 г. (27 случаев на 100 тыс. чел.). В среднем за период с 1991 по 2008 г. показатель смертности сократился в 2,2 раза при соотношении абсолютных значений – 2,3 (рис. 5).

При сравнении количества погибших мужчин и женщин в однородных возрастных группах всегда отмечалось существенное преобладание мужчин. Тревожным и крайне негативным можно считать сокращение за прошедшие десятилетия разрыва соотношения. По сравнению с 2001 г. соотношение в пользу мужчин возросло практически во всех возрастных группах, а в средних возрастных группах (35–44 года) и самой старшей возрастной группе (70–74 года) даже превысили показатели 1991 г. (табл. 3).

Смерть, наступившая в результате убийства, также рассматривается как смерть от травм. По сути это и есть смерть в результате нанесенных травм, тяжесть которых не совместима с жизнью пострадавшего. Независимо от того, наступила ли смерть на месте происшествия, или летальным исходом закончились безуспешные реанимационные мероприятия, ее причиной было нанесение тяжелой травмы потерпевшему. Поскольку нами проводится мониторинг данного показателя, мы представляем некоторые, наиболее информативные данные. В связи с тем, что по данному вопросу за изучаемый период нами не производилось никаких крупномасштабных научно-исследовательских работ, предоставление более развернутой достоверной причинно-следственной картины затруднено.

В среднем показатель смертности от убийств на 100 тыс. человек населения Санкт-Петербурга в 2008 г. практически сравнялся с показателем 1990 г. За представленный период отмечались два пиковых промежутка. Резкое увеличение показателя в 3,5 раза отмечалось на протяжении трех лет (1993–1995) и менее выраженное увеличение (в 2,5 раза), но более продолжительное в течение 7 лет (1998–2004 г.) (рис. 6).

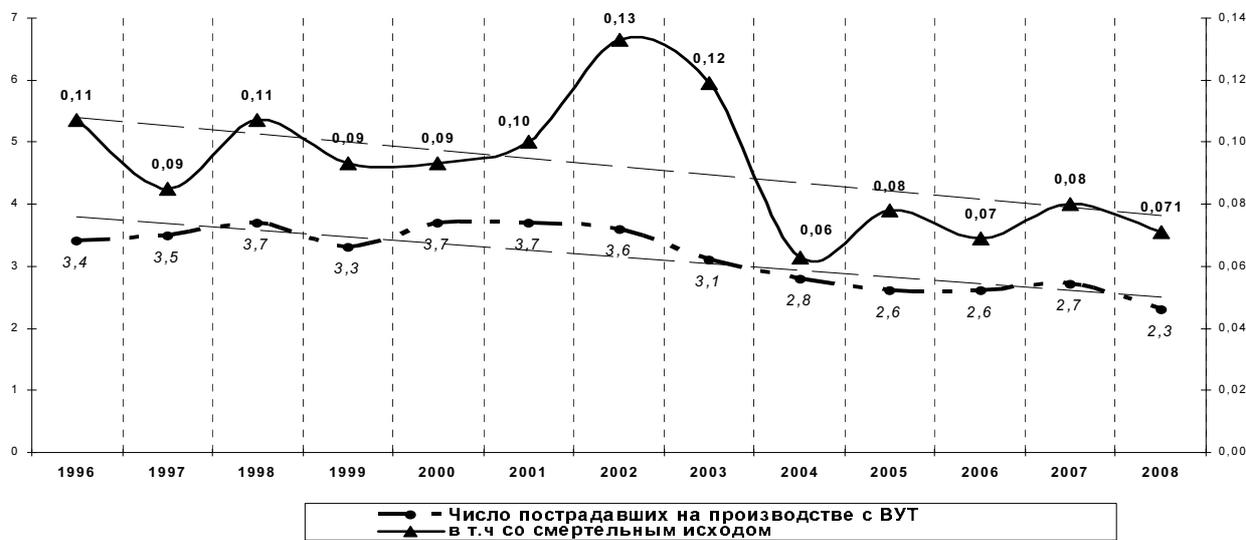


Рис. 4. Показатели производственного травматизма в СПб в 1996–2008 гг. (на 1000 работающих)

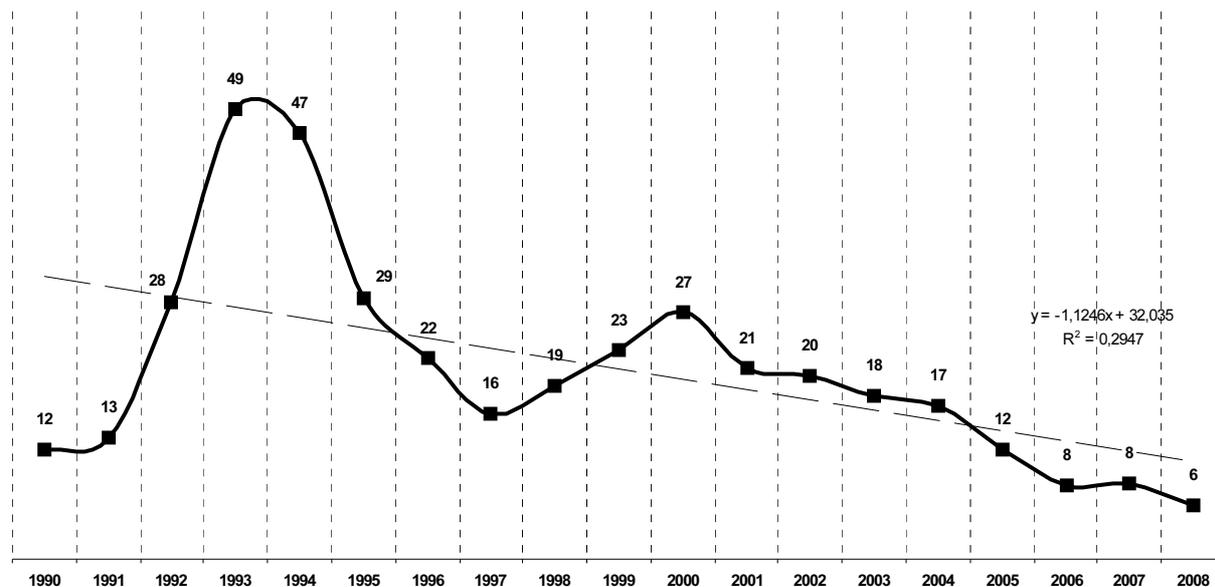


Рис. 5. Смертность от отравления алкоголем населения СПб в 1990–2008 гг. (на 100 тыс. чел.)

Таблица 3

Соотношение мужчин и женщин, погибших от случайного отравления алкоголем, в СПб

Год	Возраст, лет										В среднем
	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	
1991	9,0	6,1	3,7	2,9	6,0	3,4	3,3	4,8	8,6	1,0	4,3
2001	3,4	3,7	3,5	3,3	2,3	3,0	2,0	2,9	1,3	1,5	2,8
2007	5,7	4,1	5,0	3,1	2,1	2,7	1,8	1,3	3,0	3,0	2,8
2008	4,0	5,2	4,3	3,4	2,4	2,2	2,1	2,6	4,5	5,0	3

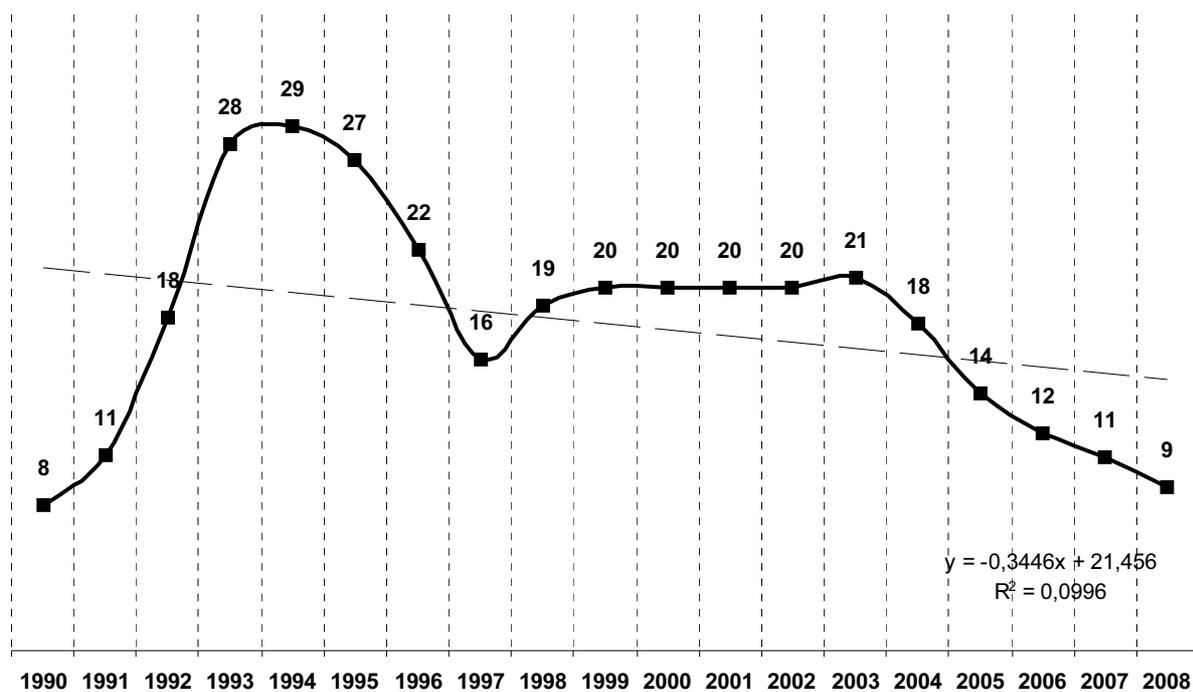


Рис. 6. Смертность от убийств населения СПб в 1990–2008 гг. (на 100 тыс. чел.)

В 2008 г. соотношение количества мужчин и женщин, погибших от убийств, по однородным возрастным группам, практически не изменилось (1 : 2,6) по сравнению с 2007 г. (1 : 2,7). Почти такое же соотношение в целом по всем возрастным группам отмечалось и в 1991 г. По сравнению с 2007 г. можно отметить резкое, в 7 раз, увеличение количества погибших мужчин в возрасте 15–19 лет по сравнению с 2007 г. (1,3) и более чем двукратное увеличение (4,3) в возрастной группе 60–64 года. Поскольку данные изменения носят разовый характер, какие-либо выводы преждевременны, необходимо дальнейшее наблюдение (табл. 4).

Изменение психического состояния пострадавшего, тем не менее, гибель наступает из-за полученной травмы, несовместимой с жизнью. Также как и в случае со статистикой убийств, мониторинг которой проводился на протяжении многих лет, представляем данные без углубленного анализа. Поскольку пациенты, предпринявшие суицидную попытку, находятся в основном в ведении психиатров или психологов, а совместных научно-исследовательских работ мы не проводили, считаем нецелесообразным в рамках настоящей статьи углубляться в причины человеческой деструктивности.

Таблица 4

Соотношение количества мужчин и женщин, погибших от убийств, в СПб

Год	Возраст, лет																В среднем
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 и более	
1991	0,5	2,3	3,5	6,2	2,3	3,5	2,9	2,6	1,5	4,5	1,8	0,7	1,8	2,5	0,5	1,0	2,7
2001	0,5	5,0	2,8	4,2	4,7	7,8	3,6	1,9	4,4	3,1	4,4	0,7	1,1	0,2	0,1	0,1	2,9
2007	2,0	1,3	2,7	9,8	2,8	3,1	3,2	4,7	2,9	2,8	2,0	0,5	1,2	1,0	1,5	0,5	2,7
2008	0,5	7,0	2,7	4,6	2,6	3,5	3,0	3,2	2,4	1,9	4,3	0,7	0,3	1,0	1,0	0,5	2,6

Абсолютное число смертельных исходов в результате убийства подтверждает динамику показателя. В 2008 г. по этой причине погибло 429 человек, что на 54 человека (11,2%) меньше, чем в 2007 г. Отмечается сдвиг в сторону более молодых людей. В целом повозрастное распределение погибших ближе к распределению 1991 г. и существенно отличается от 2001 г., когда наибольшие потери отмечались в более старших возрастных группах. Основная масса пострадавших была представлена людьми молодого и среднего возраста, т. е. людьми с относительно сохранным здоровьем. Следует принять во внимание, что за последнее десятилетие произошло улучшение качества оказываемой специализированной травматолого-ортопедической помощи за счет применения новейших технологий и современных материалов, а также значительное расширение арсенала фармакологических препаратов. Эти факты позволяют говорить о том, что высокие показатели смертности населения Санкт-Петербурга от убийств являются в большей степени результатом общей криминальной обстановки.

Самоубийства, как и убийства, учитываются как случаи смертельного исхода в результате воздействия внешних причин. Хотя непосредственной причиной, приведшей к смерти, как правило, является временное или постоянное

Всего в СПб в результате самоубийств в 2008 г. погибло 12 человек на каждые 100 тыс. населения, в 2007 г. – 13. В целом в последние 5 лет отмечается четкая тенденция снижения показателя. В период с 1990 г. отмечалось два максимума роста показателя. Первый, более выраженный, начался в 1992 г. – 23 случая (1993 – 24, 1994 – 23) и закончился в 1995 г. на отметке показателя 23 случая на 100 тыс. человек. Второй максимум был менее выраженным в количественном отношении, но более продолжительным (1999 г. – 20 случаев, 2000 г. – 19, 2001 г. – 21, 2002 г. – 21), после которого наметился очередной продолжительный спад показателя, продолжающийся до настоящего времени (рис. 7).

О снижении суицидальной активности отчасти можно также судить по общему количеству самоубийств, происходивших в нашем городе. Так, в 1991 г. их было зарегистрировано 983, через 10 лет – 968, в 2007 г. – 605, в 2008 г. – 547, что почти в два раза меньше, чем было отмечено в 1991 г. Тем не менее, следует подчеркнуть, что в представленных данных не учитываются все попытки самоубийства, которых, безусловно, гораздо больше. Пациенты, попытки которых не закончились летальным исходом, направлялись с различными видами травм на лечение в травматологические пункты и отделения больниц города, а при неудавшихся попытках отравления – в токсикологические центры.

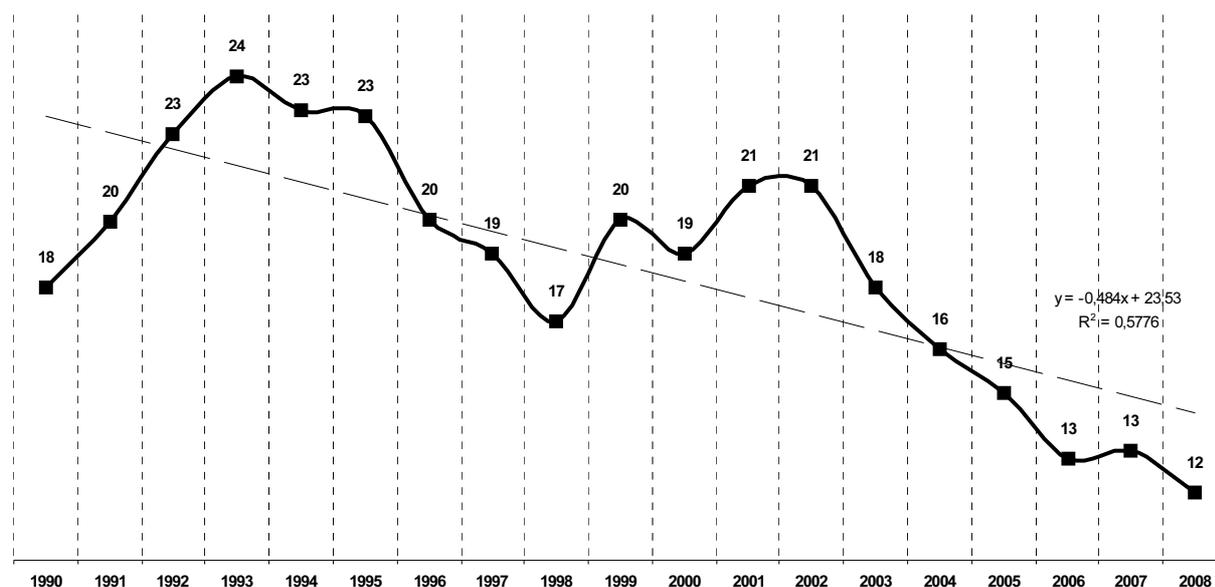


Рис. 7. Смертность от самоубийств населения СПб в 1990–2008 гг. (на 100 тыс. чел.)

Соотношение погибших пациентов по полу в однородных возрастных группах показывает, что абсолютно во всех случаях преобладали мужчины. Многолетние наблюдения подтверждают, что в подавляющем большинстве случаев самоубийцами являются мужчины ($\frac{3}{4}$). Они менее устойчивы в стрессовых и иных затянувшихся неблагоприятных жизненных ситуациях. Так, в самом активном возрасте (20–24 года) мужчин было в среднем в 5,0 раз больше, чем женщин: в 1991 г. – в 3,2, в 2001 г. – в 6,1, в 2007 г. – в 9,6 раз. В различные годы отмечался разный уровень соотношения в одних и тех же возрастных группах. По сравнению с прошлым годом почти вдвое уменьшился ко-

эффициент соотношения в возрастных группах молодого и среднего возраста (от 15 до 39 лет), зато произошло увеличение коэффициента в старших возрастных группах (от 40 до 64 лет).

В целом наблюдаемая динамика показателя имеет несколько особенностей. Максимальное преобладание мужчин чаще всего отмечалось в более молодых возрастных группах. Соотношение количества мужчин и женщин достаточно сильно варьирует год от года в одних и тех же возрастных группах. В то же время соотношение мужчин и женщин, погибших от самоубийств, среди жителей 80 лет и старше практически одинаково (табл. 5).

Соотношение количества мужчин и женщин, погибших от самоубийств, в СПб

Таблица 5

Год	Возраст, лет															В среднем
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 и более	
1991	5,2	3,2	3,0	3,2	6,1	3,9	3,7	2,9	3,1	1,7	0,9	0,9	0,5	0,8	0,3	2,2
2001	7,0	6,1	4,0	7,9	5,0	5,0	6,8	3,5	2,9	2,9	2,1	1,8	1,3	0,8	0,9	3,5
2007	7,0	9,6	6,3	9,2	6,0	4,8	2,4	1,9	2,4	1,5	2,3	3,6	1,6	0,5	0,4	2,7
2008	2,2	5,0	3,6	3,6	3,6	9,8	4,9	3,7	2,6	5,8	2,2	1,9	0,8	0,8	0,6	2,7

Заключение

Смертность, пожалуй, самый неоднозначный показатель, создающий существенные проблемы при аналитической обработке связанных с ним статистических данных. Являясь одним из показателей благополучия населения, он в то же время может служить критерием качества оказания медицинской помощи и маркером эффективности работы целого ряда ведомств: законодательных и правоохранительных органов, дорожно-ремонтных и автотранспортных служб, фармакологических корпораций, средств массовой информации, педагогов, психологов, психиатров, общественных организаций и т.д.

Смертность – достаточно сложный, с точки зрения учета и обработки, статистический показатель. На поверхности – кажущаяся простота: человек либо жив, либо мертв. Но при попытке провести анализ причинных взаимосвязей возникает изрядная путаница с терминологией, изменяющимися периодически формами регистрации и учета, заменой форм статистической отчетности, качеством записей, внутри- и межведомственной несогласованностью и многим другим причинами.

Как уже говорилось в начале статьи, термин «смертность от воздействия внешних причин» является комплексным понятием, объединяющим несколько совершенно разных травмирующих факторов. И хотя последствия их воздействия лечат травматологи-ортопеды, большая часть смертельных исходов, возникших в результате воздействия внешних причин, лежит вне компетенции травматолого-ортопедической службы.

В целом меры, направленные на сокращение смертности от воздействия внешних причин, можно условно разделить на три взаимозависимые группы.

Первая группа включает в себя меры общегосударственного характера, направленные на дальнейшее усовершенствование законодательной базы, улучшение экономической обстановки в стране, рациональное капиталовложение в развитие и укрепление государственной системы здравоохранения, борьбу с наркоманией и алкоголизмом.

Вторая группа мероприятий должна быть направлена на улучшение оказания экстренной помощи пострадавшим с тяжелыми травмами, независимо от вида повреждающего фактора и обстоятельств травмы, на всех этапах эвакуации,

включая высокий уровень помощи на месте происшествия, оказываемый бригадами скорой помощи и последующие лечебно-диагностические мероприятия в лечебных учреждениях независимо от их профиля и форм собственности.

Третья – профилактическая, направлена на предупреждение самого факта возникновения травмы со смертельным исходом, представляется достаточно актуальной в вопросах предотвращения суицидных попыток и убийств.

Литература

1. Заболеваемость населения Санкт-Петербурга в 1996 – 2002 годах / под ред. И.А. Красильникова, Ю.И. Мусийчука. – СПб.: Медицинская пресса, 2003. – 120 с.
2. Здравоохранение Санкт-Петербурга в годы реформ / Ю.В. Павлов, И.А. Красильников. – СПб.: Человек, 1999. – 189 с.
3. Медико-демографическая ситуация в Санкт-Петербурге в 2008 году (сборник информационно-аналитических материалов) / под ред. М.С. Лушнова. – СПб.: СПб МИАЦ, 2008. – 21 с.
4. Общественное здоровье и здравоохранение / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – М.: Медпресс-информ, 2003. – 146 с.
5. Основные показатели состояния здоровья населения, ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга в 2003 – 2007 гг.: научно-аналитический обзор / под ред. Ю.А. Щербука. – СПб.: Эскулап, 2008. – 512 с.
6. Производственный травматизм в Санкт-Петербурге и Ленинградской области в 2008 году: статистический бюллетень. – СПб.: Петростат, 2009. – 28 с.
7. Санкт-Петербург в 2001 г.: официальное издание. – СПб.: Петербургкомстат, 2002. – 247 с.
8. Санкт-Петербург в 2006 году: официальное издание. – СПб.: Петростат, 2007. – 244 с.
9. Санкт-Петербург в 2007 году: официальное издание. – СПб.: Петростат, 2008. – 234 с.
10. Травматизм, ортопедическая заболеваемость и состояние травматолого-ортопедической помощи в России (2004 год): стат. сборник ЦИТО / под ред. С.П. Миронова. – М., 2005. – 59 с.

Контактная информация:

Воронцова Татьяна Николаевна – д.м.н. руководитель организационно-методического отдела

e-mail: info@miiito.org;

Тихилов Рашид Муртузалиевич – д.м.н. профессор, директор института;

Лучанинов Сергей Сергеевич – старший научный сотрудник организационно-методического отдела.

THE DYNAMICS OF THE MAIN MORTALITY RATES BY REASON OF TRAUMAS AND EXTERNAL CAUSES OF DEATH IN SAINT-PETERSBURG (TOTALS OF MONITORING FROM 1976 TILL 2008)

R.M. Tikhilov, T.N. Vorontsova, S.S. Luchaninov