

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ИНГУШЕТИЯ

DEMOGRAPHIC AND HEALTH CHARACTERISTICS AND HEALTH STATUS OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF INGUSHETIA

*D. Sapralieva
M. Gatagazheva
Z. Gatagazheva
D. Gagieva*

Annotation

Infant mortality is an indicator of the social and economic well-being of society and a criterion for assessing the effectiveness of reproductive and demographic development. Ensuring the reduction of infant and child mortality was identified as one of the objectives of the strategy for protecting the health of the mother and child in the context of socio-economic reforms in the Russian Federation. Since the causes of death in children of the first year of life are mainly associated with the pathology of the perinatal period, we hope that the introduction of the Perinatal Center into the RI will allow to reduce the level of infant mortality and positively affect the natural growth of the population. This study analyzes the medical and demographic situation in the Republic of Ingushetia for the period 2009–2013.

Keywords: morbidity, mortality, infant mortality, natural population increase, medical demographic situation, life expectancy.

*Сапралиева Дзейнап Османовна
К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Ингушский
государственный университет*

Гатагажева Малика Магомедовна

К.м.н., ст. преподаватель, ФГБОУ ВО

Ингушский государственный университет

Гатагажева Зарета Магомедовна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Ингушский

государственный университет

Гагиева Долатхан Алиевна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО Ингушский

государственный университет

Аннотация

Младенческая смертность является индикатором социально-экономического благополучия общества и критерием оценки эффективности репродуктивно-демографического развития. Обеспечение снижения младенческой и детской смертности было определено одной из задач стратегии охраны здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ в Российской Федерации. Так как у детей первого года жизни причины гибели связаны, в основном, с патологией перинатального периода, мы надеемся, что введение в эксплуатацию Перинатального центра в РИ позволит снизить уровень младенческой смертности и положительно повлияет на естественный прирост населения. В данном исследовании проведен анализ медико-демографической ситуации, сложившейся в Республике Ингушетия за период 2009–2013 гг.

Ключевые слова:

Рождаемость, смертность, младенческая смертность, естественный прирост населения, медико-демографическая ситуация, ожидаемая продолжительность жизни РИ.

СОКРАЩЕНИЯ

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО), электронейромиография (ЭНМТ), младенческая смертность (МС), врожденные пороки развития (ВПР), Республика Ингушетия (РИ).

Перспективы развития Республики Ингушетия определяются не только экономическими процессами, производственным потенциалом, уровнем развития инфраструктуры и технологий, но и состоянием и динамикой народонаселения, его количественными и качественными показателями.

По данным "Ингушетиястат" (2014) численность постоянного населения РИ в 2013 году составила более 442,25 тыс. человек, причем свыше половины (58,5%)

проживало в сельской местности и 41,5% – в городах (табл. 1).

Для табл. 2 нами рассчитаны показатели роста численности населения. Динамика роста свидетельствует о том, что как в городе, так и на селе число жителей постоянно растет, причем число горожан за 5 лет в среднем выросло на 4,9%, селян – на 10,4%. В среднем рост составил 8,1%.

Таблица 1.

Численность населения Республики Ингушетия (в абс.).

	2009	2010	2011	2012	2013
Все население	409210	411736	414524	430495	442225
Городское население	174956	175825	158990	168764	183523
Сельское население	234254	235911	255534	261731	258702

Источник: Ингушетиястат.

Таблица 2.

Темпы роста численности населения с 2009 по 2013 г.г. (в показателях наглядности).

	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013	В среднем за 5 лет рост на (%)
Все население	100,6	100,7	103,9	102,7	8,1
Городское население	100,5	90,4	106,2	104,6	4,9
Сельское население	100,7	109,1	104,8	104,0	10,4

"Ингушетиястат" конкретизирует: мужчин – 44,9% населения, женщин – 55,3%. По данным Всероссийской переписи населения (ВПН) 2010г. на 1000 мужчин приходится 1237 женщин.

В общей структуре детское население составило 34,4%. Среди детей лиц мужского пола в возрасте 0–17 лет включительно – 44,0%, женского – 56,0%. На 1000 мальчиков приходится 1273 девочек. Лиц старше возраста трудоспособности в РИ – 9,0%.

Показатель демографической нагрузки находится на весьма приемлемом для России уровне и составляет 675 на 1000 трудоспособного населения, в том числе детьми – 625 и лицами пенсионного возраста – 151. Четырехкратное превышение нагрузки за счет лиц младше трудоспособного возраста является одной из характеристик прогрессивного типа демографического развития и благоприятной основой для социально-экономических прогнозов и планов, рассчитанных на перспективу.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении РИ занимает в России первое место, причем является лидером как по уровню, так и по динамике показателя (ОПЖ при рождении только за последние 3 года выросла на 4,1 года). ОПЖ в 2013г. составила 78,84 лет, что значительно выше среднестатистического уровня РФ (70,77), превышая его на 11,4%. Хотелось бы отметить, что 1–е место по ОПЖ традиционно является позицией РИ. Так в монографии О.П. Ще-

пина с соавт. (2007) приводится тройка лидеров – Республика Ингушетия (1–е место – 78,8 лет); Чеченская республика (2–е место – 77,4 года) и Республика Дагестан (3–е место – 77,3 года).

Резервом увеличения численности постоянного населения традиционно является высокий естественный прирост населения (превышение числа родившихся над числом умерших). В целом для РИ свойственны высокий коэффициент рождаемости и низкая общая смертность, что формирует естественный прирост населения на уровне от 14,6 на 1000 (2009) до 20,3 (2011), в 2013г. – 16,8 (рис. 1). Следует отметить, что коэффициент смертности практически не изменяется и лишь с 2011г. проявилась тенденция его снижения.

На рис. 2 проиллюстрировано по состоянию на 2013г. соотношение основных демографических коэффициентов рождаемости и смертности, естественного прироста населения в РИ по отношению к уровням Российской Федерации в целом и Северо-Кавказскому федеральному округу (СКФО). Каждая из составляющих имеет наилучшие показатели с характеристикой рождаемости как высокой, и смертности как низкой.

Коэффициент рождаемости в РИ, оставаясь на самом высоком уровне по сравнению с другими регионами России, тем не менее, за 2012 и 2013г.г. имел тенденцию к снижению. За 2013 год рождаемость снизилась на 5,7% и составила 19,8 на 1000 населения.



Рисунок 1. Динамика естественного прироста населения в Республике Ингушетия за 2009-2013г.г. (данные приводятся за 2009-2010г.г. по документам МЗ РИ, за 2011-2013 г.г. согласно статистическому отчету ГБУ "МИАЦ" Минздрава РИ).

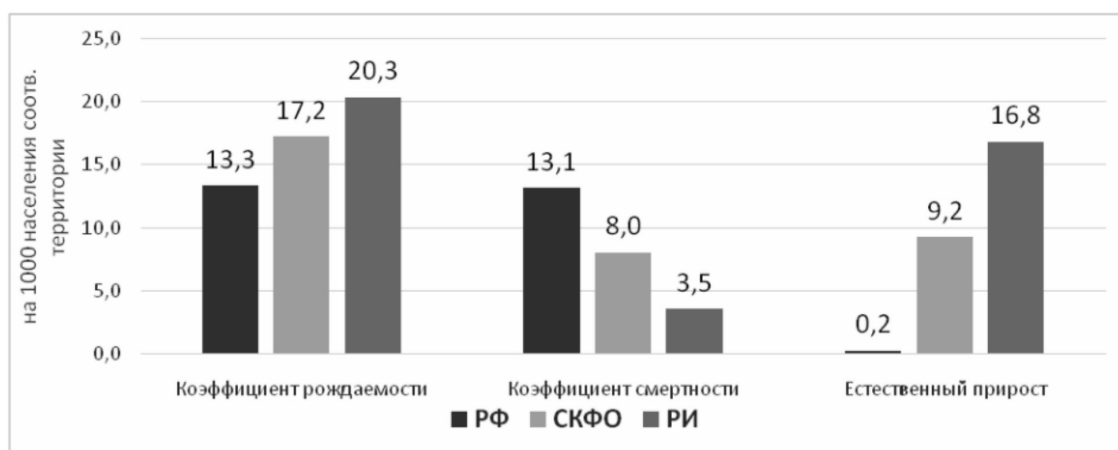


Рисунок 2. Сопоставительная характеристика демографической картины за 2013 г. (на 1000 населения соответствующей территории).

Значительное влияние на состояние рождаемости оказывает репродуктивный потенциал общества (табл. 3).

Согласно статистическим данным среди женщин фертильного возраста 58,3% – жительницы села. При организации ПМСП и специализированной помощи этот факт должен быть учтен. Необходимо обеспечить доступность медицинских услуг для сельских жительниц.

Следует подчеркнуть, что для РИ традиционным является активное репродуктивное поведение, чем и обусловлены воспроизводственные характеристики, наиболее высокие в РФ. Коэффициент рождаемости в РИ превы-

шает среднероссийский более чем в полтора раза (1,53 в 2013г.).

Однако оценка эффективности репродуктивного процесса только по факту рождения детей без учета качества родившихся детей и репродуктивных потерь создает лишь иллюзию благополучия рождаемости. Бедность и подчас примитивность в образе жизни существенной части населения в сочетании с низкой доступностью медицинских услуг остаются основными причинами высокой младенческой и детской смертности – в 2–2,7 раза превышающих среднероссийский уровень, хотя в 2016г. наметилась тенденция к снижению данного показателя.

Таблица 3.

Характеристика женского населения РИ в 2013 г. (в абс. и %).

Число и показатель	Абс. число и %
Общее число жителей	442225
Женское население	243697
Удельный вес женское население к общему числу жителей	55,1
Женское население фертильного возраста (15-49 лет)	132858
Удельный вес женщин фертильного возраста (15-49 лет) к общему числу женского населения	54,5
Удельный вес женщин фертильного возраста (15-49 лет) к общему числу жителей	30,0

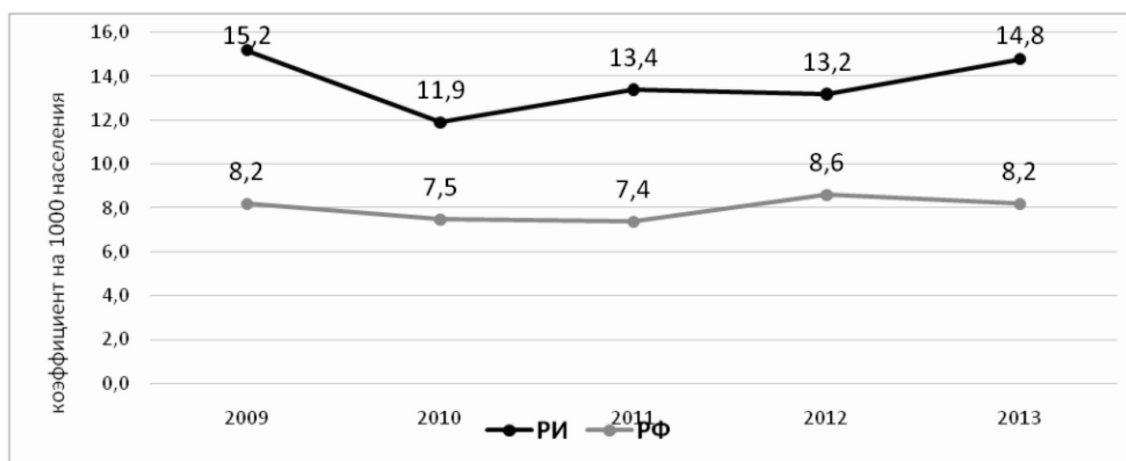


Рисунок 3. Сопоставление динамики показателей младенческой смертности в РИ с РФ за 2009-2013 г.г. (на 1000 родившихся живыми в стране и регионе).

Способствуют этому "постарение рождаемости" (отличительная черта менталитета Ингушетии), низкий уровень образования, многодетность, несоблюдение оптимального интергенетического периода.

Анализ состояния здоровья беременных рожениц и родильниц, новорожденных в РИ показывает, что по многим показателям оно хуже, чем в среднем по России. На сегодня самой актуальной проблемой в сфере здравоохранения Республики Ингушетия является высокая младенческая смертность, отмеченная группой авторов (Арапханова М.Я., Сапралиева Д.О., Яндиев О.А., 2014).

На рис. 3 представлены диаграммы, отражающие динамику показателей младенческой смертности в РИ в сопоставлении с показателями по РФ за период 2009–2013г.г.

Из сопоставленных диаграмм следует, что в РИ уровень младенческой смертности в той или иной степени, но за весь анализируемый период времени, выше уровня по РФ. Это сложившаяся закономерность в республике.

К 2010г. коэффициент удалось снизить до 11,9 на 1000 живорожденных, однако в течение 2011–2013г.г. он увеличился до 14,79 в 2013г., что в 1,8 раза превышает аналогичный средний федеративный показатель за 2013 год – 8,2. Рост показателя младенческой смертности в 2013 году обусловлен переходом с 2012 года на регистрацию недоношенных детей, рожденных с ЭНМТ – весом от 500 г.

Столь неблагоприятная ситуация обусловлена, во-первых, бытовыми условиями и менталитетом в ингушской семье (наличие подворий, требующих от женщин

высоких физических нагрузок, многократные фактически ежегодные роды, неприятие абортот), низким материальным уровнем жизни семей со случаями МС, и, во-вторых, не адаптированностью службы родовспоможения к новым вызовам для специализированной медицинской помощи (Б.Г. Матиев, 2004).

Согласно статистическим данным по Республике Ингушетии, в возрасте от 0 до 1 года жизни за 2013 год умерло 133 ребенка. Из числа умерших в младенческом возрасте четверть случаев это смерть новорожденных с ЭНМТ.

Позитивно, что снизилась младенческая смертность на дому, которая составила в 2013 году – 4,5% от общего числа умерших детей до года жизни (в абс. – 6 случаев), в сравнении с предыдущими годами: в 2012 году – 8,9% (11 случаев), в 2011 году – 7,1% (10 случаев).

Основными причинами младенческой смертности в РИ, как и в целом по стране, являются состояния, возникающие в перинатальном периоде – 65%, врожденные пороки развития (ВПР) – 15% и инфекционные заболевания – 6,7%. Среди главных причин смерти недоношенных детей с ЭНМТ преобладают дыхательные расстройства, внутриутробные инфекции, внутриутробная гипоксия и асфикция в родах.

Так как у детей первого года жизни причины гибели связаны, в основном, с патологией перинатального периода, мы надеемся, что строительство в регионе Перинатального центра позволит коренным образом изменить ситуацию.

Данные **табл. 4** свидетельствуют о неблагоприятной ситуации в здоровье младенцев, отмечаемой как в первые дни жизни, так и на протяжении всего первого года.

По сроку летального исхода, помимо самого показателя младенческой смертности, ориентированного на

живорожденных детей, умерших в течение первого года жизни, представлен целый ряд составляющих, весьма важных для характеристики демографических процессов: перинатальная, неонатальная (ранняя, поздняя и постнеонатальная). Мы посчитали целесообразным привести общепринятые формулы расчёта всех названных показателей и алгоритм из расширения в гендерном ключе. Сопряженный с младенческой смертностью показатель материнской смертности также имеет алгоритм расчета (см. приложение 5).

По статистическим данным в 2012–2013г.г. материнская смертность не регистрировалась, что позволило средний уровень в РИ за 2011–2013г.г. приблизить к среднефедеральному значению – 12,8 на 100000 живорожденных (РФ – 11,5). Причины материнской смертности, в основном, носят управляемый характер. Ее структуру формируют кровотечения, сепсис, гестоз (В.Н.Серов, 2008).

Младенческая смертность сопряжена с еще одним демографическим показателем – детской смертностью.

"Вклад" младенческой смертности в детскую смертность доходит до 81,5% (2013 – 74%), формируя уровень показателя в 1,1–1,2 на 10 тыс. детского населения или в другой "системе координат" 11,6 на 1000 родившихся живыми.

В.И. Скворцова отметила: "За 30 лет мы снизили (детскую – ред. авторов электронного ресурса) смертность более чем в 3 раза. Последний показатель, который статистически мы имеем, это показатель 2012 года – чуть более 10 на тысячу родившихся детей" (<http://ria.ru/society/20140415/1003970893.html>).

По данным Минздрава РИ смертность детей 0–17 лет практически находится на уровне, приведенном Министерством здравоохранения России, и по прогнозам будет снижаться с 11,6 в 2013г. до 9,9 в 2018 (**табл.5**).

Таблица 4.

Младенческая смертность и ее составляющие.

Смертность	2009	2010	2011	2012	2013	
					РИ	РФ
Младенческая (на 1000 живорожденных)	15,2	11,9	13,4	13,2	14,79	8,2
Перинатальная (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	18,6	11,7	15,6	20,0	18,6	7,16
Материнская (на 100 тыс. родившихся живыми)	10,7	0	28,5	0	0	11,5
Мертворождаемость	9,7	6,3	8,8	11,8	10,4	6,3

Таблица 5.

Динамика детской смертности на 1000 родившихся живыми (прогноз).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Детская смертность	11,6	11,3	10,9	10,5	10,1	9,9

В структуре причин детской смертности ведущее место занимают отдельные состояния перинатального периода – 42,7% от числа всех причин, второе место занимают ВПР – 15,6%, третье место травмы, отравления, несчастные случаи – 10,4%, четвертое место органическое поражение ЦНС, инфекционные заболевания по 8,1%, пятое место болезни органов дыхания – 5,2%.

Помимо детей, которые умерли в РИ в возрасте от 0 до 17 лет из числа местных жителей, в республике у 7,5% дополнительно регистрировалась смерть среди детей из Республики Северная Осетия–Алания, Чеченской Республики, Таджикистана.

Имея стабильный уровень, коэффициент детской смертности в РИ за последние 5 лет (2009–2013г.г.) находился в пределах 4,0–3,4 на 1000 населения. Самый низкий уровень (3,5) зарегистрирован в 2013г. По сравнению с уровнем в РФ – 13,1, данный показатель ниже в 4 раза.

Показатели детской смертности в количественном выражении не оказывают существенного влияния на общую демографическую ситуацию в РИ.

Вместе с тем, более 30 лет тому назад Э.Г. Федорова и В.П. Стоногина писали: "Данный показатель имеет большое значение как критерий оценки здоровья населения, санитарного, культурного и материального уровня страны, состояния службы здравоохранения, особенно, родовспоможения и педиатрической службы" (1983).

Общеизвестно, что наибольшее влияние на состояние здоровья оказывает образ жизни человека. И в ситуации с низким уровнем смертности в РИ главная его причина заложена в позитивной части устоев быта населения, фактически отвергающего алкоголь, наркотики, суицид. Роль менталитета и традиций проявляется не только в положительном плане. Для РИ остается актуальным вопрос позднего обращения за свидетельством о смерти.

В табл. 6 приведена общая характеристика смертности населения РИ за 2009–2013г.г. Мы намеренно в этой таблице повторили позицию по младенческой смертности, чтобы подчеркнуть исключительность для РИ именно

смертности среди младенцев. По общей смертности как уровень, так и динамика показателей весьма благополучны.

В структуре общей смертности за 2013г. преобладала смертность от болезней системы кровообращения, которая составила более половины всех смертей (в 2013 – 826 из 1568 случаев смерти – 52,7%). Среди случаев смерти внутри класса болезней системы кровообращения преобладают ИБС (136 случаев – 16,5% внутри класса) и цереброваскулярные болезни (65 случаев – 7,9%).

Обращают на себя внимание чрезвычайно низкие по сравнению со среднефедеральными показателями уровни смертности в РИ по основным причинам смерти внутри класса болезней системы кровообращения (от гипертонической болезни ниже в 2,3 раза, от ИБС в 11,9 раза, от цереброваскулярным болезням в 14,7 раза). При этом группа "другие болезни" "системы кровообращения" превышает средний показатель РФ в 1,4 раза.

Вслед за болезнями системы кровообращения обращает на себя внимание класс новообразований. Уровень смертности от новообразований в 4,1 раза ниже в РИ, чем в среднем в РФ. Отмечен рост показателя смертности населения от злокачественных новообразований на 31,4%, который в 2013г. составил – 48,1 на 100 тыс. населения (в 2012г. – 36,6), что связано с вводом программы "Канцер-регистр" для регистрации и мониторинга по данной категории и больных и умерших.

Анализ смертности показал, что основное количество умерших составляют лица пожилого возраста, обратившихся за медицинской помощью с поздними стадиями новообразований и сопутствующими хроническими заболеваниями. В целях выравнивания ситуации планируется проведение диспансеризации данной категории пациентов, что улучшит выявление новообразований на ранних стадиях. Свой вклад в разброс статистических данных по онкологическим заболеваниям, в том числе и смертности, вносит необходимость периодического учета больных по временной прописке – жителей Северной Осетии–Алания, оформляющих статус вынужденных переселенцев.

Таблица 6.

Показатели смертности населения РИ по основным классам причин смерти за 2009-2013 г.г. (на 100 тыс. населения).

Причины смерти	2009	2010	2011	2012	2013	
					РИ	РФ
Смертность от всех причин	455,8	447,9	396,0	360,6	346,1	1310,2
Смертность от болезней системы кровообращения, в т.ч.:	205,0	227,5	184,7	196,3	182,3	696,5
<i>гипертоническая болезнь</i>	12,8	14,4	11,6	6,6	6,4	15,0
<i>ишемическая болезнь сердца</i>	41,0	37,1	34,1	26,4	30,0	366,6
<i>цереброваскулярные болезни</i>	23,3	31,3	17,4	17,2	14,3	216,5
<i>другие болезни системы кровообращения</i>	127,7	144,5	121,5	146,1	131,5	98,4
Смертность от новообразований	76,2	55,2	59,5	36,6	48,1	201,5
Смертность от туберкулеза	9,4	11,1	7,0	7,7	7,9	11,0
Смертность от дорожно-транспортных происшествий	14,8	15,7	19,7	15,4	12,6	14,0
Материнская смертность	10,7	0	28,5	0	0	11,5
Младенческая (на 1000 живорожденных)	15,2	11,9	13,4	13,2	14,8	8,2

Неуклонно, начиная с 2011г., снижается уровень смертности от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в регионе: в 2013г. по сравнению с 2012г. темп снижения составил 4%, а по сравнению с 2011г. – 34,5%. Основной "вклад" в снижение показателя внесли меры профилактики ДТП, реализованные на федеральном и региональном уровнях.

Оценены финансовые потери от трех ведущих причин смерти – основные связаны с несчастными случаями, отравлениями и травмами – 38,3%, далее с болезнями системы кровообращения – 27,7% и, наконец, с большим отрывом, с новообразованиями (0,2%). В целом, на эти три класса заболеваний приходится 76,2% всех финансовых потерь (С.А. Леонов, И.М. Сон, С.В. Моравская, 2012).

Следующей причиной безвозвратных потерь среди населения РИ является туберкулез. Смертность от этой причины повысилась с 7,7 в 2012г. до 7,9 в 2013г. (РФ – 11,0), что обусловлено улучшением процесса диагностики и проведением целенаправленной диспансеризации в РИ.

В целом, оценивая смертность в количественном выражении, подчеркнем, что только за три года (2011–

2013) речь идет почти о 5000 жизней – умерших в 2013 (1568), в 2012 (1595) и 2011 (1705).

На рис.4 отражено соотношение уровня смертности по ведущим причинам между РИ и РФ. При этом внутри страны и региона представлены изменения за 2012–2013г.г., как минимальный срок формирования тренда для индикативного планирования при разработке "Программы развития здравоохранения до 2020г." и плана мероприятий "Дорожная карта" до 2018г.

Обращает на себя внимание тот факт, что, во-первых, показатели по "управляемым" причинам смерти в РИ ниже, чем в целом по России, и, во-вторых, имеют в 2013г. по отношению к 2012г. в регионе тот же вектор изменения, что и в стране в целом. Исключением является динамика по уровню смертности от туберкулеза – показатели увеличились в 2013г. по отношению к 2012г. на 2,6% (в РФ снизились на 9,8%).

В целом, при рассмотрении медико-демографической ситуации в Республике Ингушетия, сделано заключение о том, что приоритетного внимания заслуживает проблема младенческой смертности, уровень которой в 1,8 раза превышает среднюю по РФ величину. Подчеркнем, что младенческая смертность является междуна-

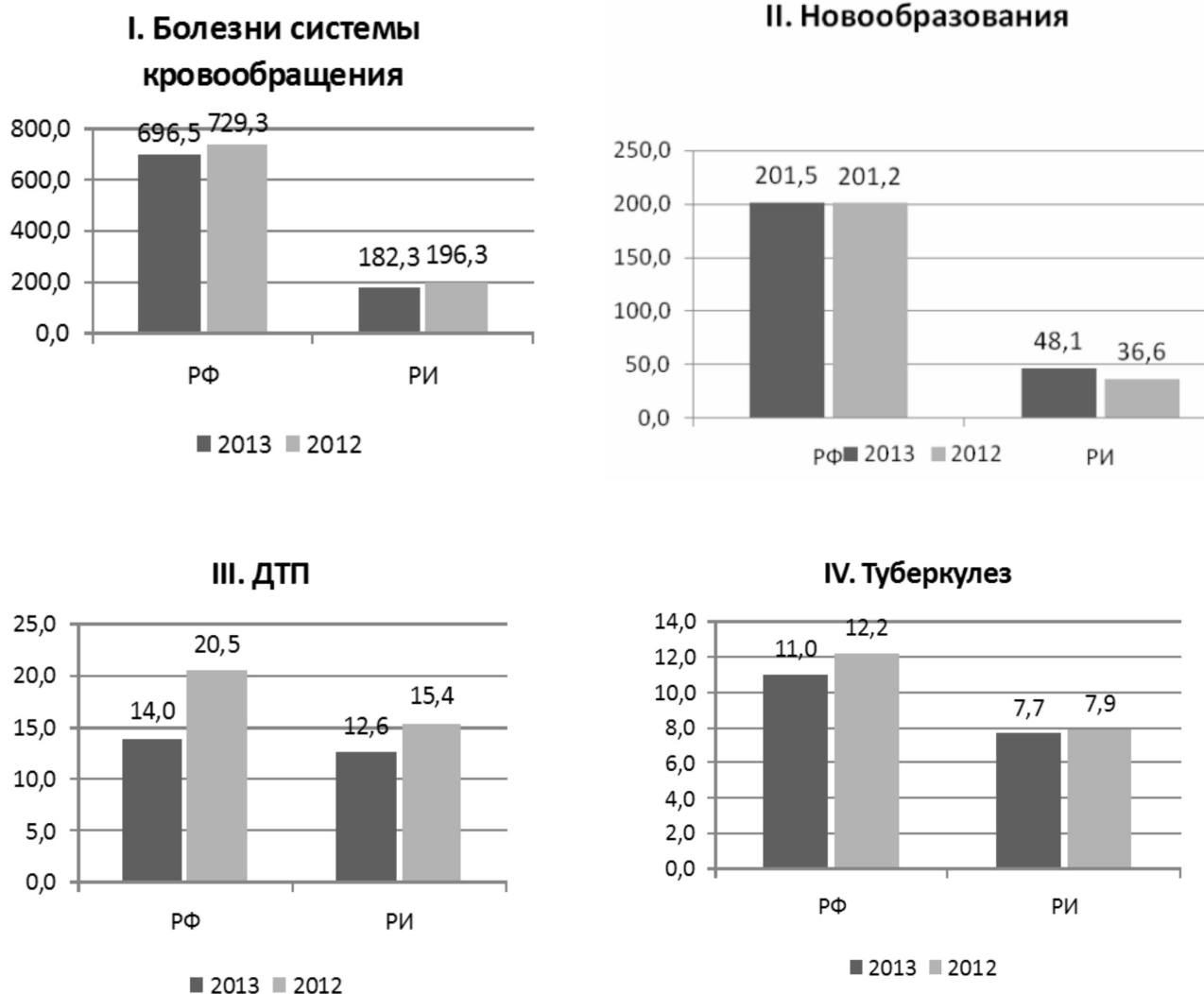


Рисунок 4. Сопоставительная характеристика смертности по основным причинам по РФ и РИ в 2013 к 2012 (на 1000 соответствующего населения).

родным сопоставительным критерием фактического отражения уровня благополучия в обществе и его социально-экономического развития. Показатель МС учитывается во многих схемах оценок, включая рейтинговые –

для суждения об эффективности управления деятельностью губернаторов, доступности бесплатных видов оказания гражданам медицинской помощи (ПП РФ от 18.10.2013 № 932).

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапханова, М.Я. Медико-организационные проблемы охраны материнства и детства в Республике Ингушетия / М.Я.Арапханова, Д.О.Саприалиева, О.А.Яндиев // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2014. – Т. 58. – №5. – С. 8–12.
2. Арапханова, М.Я. Организационные аспекты развития здравоохранения Республики Ингушетия в условиях реформ / М.Я.Арапханова, Д.О.Саприалиева, Р.А.Костоева // *Журнал "Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии"*. – 2014. – №2. – С. 15–23.
3. Арапханова, М.Я. Медико-организационные проблемы охраны материнства и детства в Республике Ингушетия / М.Я.Арапханова, Д.О.Саприалиева, О.А.Яндиев // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2014. – Т. 58. – №5. – С. 8–12.

4. Арапханова, М.Я. Организационные аспекты развития здравоохранения Республики Ингушетия в условиях реформ / М.Я.Арапханова, Д.О.Сапралиева, Р.А.Костоева // Журнал "Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии". – 2014. – №2. – С. 15–23.
5. Багненко, С.Ф. Анализ медико-экономической эффективности в оценке новых медицинских технологий / С.Ф.Багненко, В.В.Архипов, С.И.Перегулов, Н.О.Рухляда // Экономика здравоохранения. – 2002. – №4 (63). – С. 12–14.
6. База данных Росстата [Электронный ресурс]. – Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>.
7. Балуев, Е.Е. Научное обоснование разработки государственных и муниципальных заданий в здравоохранении (на примере больничной помощи при болезнях системы кровообращения): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Балуев Евгений Евгеньевич. – М., 2011. – 24 с.
8. Бальзамова, Л.А. Эффективность использования ресурсов здравоохранения в амбулаторно-поликлинических учреждениях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Бальзамова Лидия Алексеевна. – М., 2004. – 26 с.
9. Багненко, С.Ф. Анализ медико-экономической эффективности в оценке новых медицинских технологий / С.Ф.Багненко, В.В.Архипов, С.И.Перегулов, Н.О.Рухляда // Экономика здравоохранения. – 2002. – №4 (63). – С. 12–14.
10. База данных Росстата [Электронный ресурс]. – Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: <http://www.gks.ru>.
11. Балуев, Е.Е. Научное обоснование разработки государственных и муниципальных заданий в здравоохранении (на примере больничной помощи при болезнях системы кровообращения): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Балуев Евгений Евгеньевич. – М., 2011. – 24 с.
12. Бальзамова, Л.А. Эффективность использования ресурсов здравоохранения в амбулаторно-поликлинических учреждениях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Бальзамова Лидия Алексеевна. – М., 2004. – 26 с.
13. Давыдов, М.И. Здоровье детей и подростков – системообразующий фактор государственной политики в сфере здравоохранения и образования, национальной безопасности // Здоровье и образование детей основа устойчивого развития российского общества и государства. Научная сессия академий 5–6 октября 2006г. – М.: Наука, 2007. – С. 11–18.
14. Евлоева, П.М. Комплексная медико-социальная оценка распространенности и длительности грудного вскармливания в Чеченской Республике и Республике Ингушетия: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / ЕвлоеваПятимат Магометовна. – М., 2013. – 170 с.
15. Заболеваемость сельского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи / под ред. И.Д.Богатырева. – М.: Медицина, 1973. – 280 с.
16. Линденбратен, А.Л. Демографические вызовы и система здравоохранения /А.Л. Линденбратен// В кн.: Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008, Россия перед лицом демографических вызовов. – М.: ПРООН, 2009. – С. 182–193.
17. Максимова, Т.М. Современное состояние, тенденции и перспектива оценки здоровья населения /Т.М.Максимова. – М.: Издательство "ПЕРСЭ", 2002. – 192 с.
18. Максимова, Т.М. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России / Т.М.Максимова, О.Н.Гаенко и др. – М.: ПЕРСЭ, 2008. – 367 с.
19. Медицинская документация: учетные и отчетные формы /Р.А.Хальфин, Е.В.Огрызко, Е.П.Какорина, В.В.Мадьярова.– М.: ГЭОТАР–Медицина, 2014.– 64 с.
20. Мельникова, Л.И. Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи /Л.И.Мельникова, М.Г.Дьячкова, Э.А.Мордовский// Менеджер здравоохранения, 2014. – №5. – С. 18–25.
21. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И.Стародубова, О.П.Щепина и др.– М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 624 с.
22. Полунина, Н.В. Современные тенденции в состоянии здоровья детей раннего возраста: сборник материалов XII конгресса педиатров России "Актуальные проблемы педиатрии" /Н.В.Полунина, Л.В.Кудряшова, В.В.Полунина. – М., 2008. – С. 361.
23. Шамшурина, Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении /Н.Г.Шамшурина. – М.: Изд-во "МЦФЭР", 2005. – 320 с.
24. Щепин, О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России //О.П.Щепин, И.А.Купеева, В.О.Щепин, Е.П.Какорина. – М.: Издательство "Медицина", издательство "Шико", 2007. – 360 с.

© Д.О. Сапралиева, М.М. Гатагаева, З.М. Гатагаева, Д.А. Гагиева, (Sdo62@inbox.ru), Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики».

