

ва // Вестник спортивной медицины России. – 1994. - № 1, 2. – С. 21025.

11. **Иорданская Ф.А.** Мониторинг здоровья и функциональная подготовленность высококвалифицированных спортсменов / Ф.А. Иорданская, М.С. Юдинцева. – М.: 2006. – 183 с.

12. **Калугина Г.Е.** Морфологическая и функциональная характеристика «спортивного сердца» (по данным ультразвуковой эхокардиографии): автореф. дис. докт. мед. наук / Г.Е. Калугина – М., 1984. – 23 с.

13. **Лобанов М.Ю.** Ранняя доплерографическая диагностика нарушений диастолической функции сердца у лиц молодого возраста: автореф. дис. канд. мед. наук / М.Ю. Лобанов – 2000. – 24 с.

14. **Макарова Г.А.** Спортивная медицина / Г.А. Макарова. – М.: 2004. – 340 с.

15. **Миронова Г.Е.** Хронический обструк-

тивный бронхит / Г.Е. Миронова, Е.П. Васильев, Б.Т. Величковский. – Красноярск.: Сибирь, 2003. – 169 с.

16. **Меерсон Ф.З.** Миокард при гиперфункции, гипертрофии и недостаточности сердца / Ф.З. Меерсон. – М.: - 318 с.

17. **Михайлова А.В.** Фенотипические характеристики и структурно-морфологические особенности миокарда левого желудочка у спортсменов с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Михайлова - С.-Пб, 2004. – 23 с.

18. **Попичев М.И.** Состояние перекисного окисления липидов крови и эритроцитарных мембран у волейболистов / М.И. Попичев, Н.В. Толкачева, Е.Ж. Артемьева // Теория и практика физической культуры. – 1996. - № 9.

19. **Степанова Г.К.** Морфологические и

функциональные признаки адаптированности молодых мужчин разных этносов Республики Саха (Якутия): автореф. докт. дис. мед. наук / Г.К. Степанова – М., 2005. – 38 с.

20. **Соболева А.В.** Влияние генотипа белков ренин-ангиотензинового каскада на структурно-функциональное состояние миокарда у спортсменов / А.В. Соболева [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2002. – Т. 4, № 3.

21. **Смоленский А.В.** Внезапная смерть в спорте: мифы и реальность / А.В. Смоленский, Б.Г. Любина // Теория и практика физической культуры. – 2004. - № 5.

22. **Шарин Д.И.** ГУ Республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины / Д.И. Шарин // Якутский медицинский журнал. – 2004. – 2(6), прилож. 2 – С. 49-50.

А.С. Сидоров

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ): СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

До 1985 г. наша страна характеризовалась демографической молодостью. Другими словами, молодое поколение значительно превышало старшее поколение. И в 1985 г. соотношение составляло 1:3.

С 1990 г. это соотношение стало меняться в сторону уменьшения молодого поколения. В настоящее время число пожилых стало превалировать. Соответственно, страна уже характеризуется демографическим старением.

Республика Саха (Якутия) относится к тем немногим регионам Российской Федерации, где еще сохраняется естественный положительный баланс рождаемости. Но при этом положительный показатель естественного прироста населения имеет выраженную тенденцию к снижению. За последние десять лет естественный прирост снизился в 3,7 раза. Возрастной состав, как и в Российской Федерации в целом, изменился в сторону «старения».

По данным Госкомстата РС(Я), в 1979 г. контингент молодежи трудоспособного возраста включал 270,8 тыс. чел. или 31,8 % от общего числа населения. Старше трудоспособного возраста – 52,9 тыс. чел. или 6,21%.

СИДОРОВ Александр Семенович – врач-организатор высшей квалиф. категории, засл. врач РС(Я), гл. врач ГУЗ «Больница №1 МЗ РС(Я)».

В 2005 г. молодежь трудоспособного возраста было 236,6 тыс.чел. (24,88%), старше трудоспособного возраста – 97,5 тыс.чел. (10,26%).

По данным Госкомстата РС(Я), численность населения трудоспособного возраста на 01.01.04 г. составила 624100 чел. Из них трудилось 366042 чел., т.е. нагрузка на одного работающего составила 2,7 чел. Другими словами, один работающий обеспечивает, т.е. одевает, кормит, учит и т.д., 2,7 чел.

В 1989 г. на 100 чел. трудоспособного возраста приходилось 43 чел. молодого и 32,5 старше трудоспособного возраста. В 2000 г. стало 33,6 молодых

и 35 чел. старше трудоспособного возраста. По прогнозу, в 2011 г. будет 24 молодых и 35,7 – старше трудоспособного возраста (табл. 1).

В общей структуре населения увеличивается доля лиц старше 60 лет. Если в 1979 г. население старше 60 лет составляло 4,97% от общего числа населения, то в 2005 г. составляет 7,97%. При этом в возрасте 60-64 года увеличение произошло на 0,51%, 65-69 – 1,35%, 70 лет и старше – 1,14%. Таким образом, в старших возрастных группах увеличение числа населения происходит более интенсивнее (табл.2-3).

Таблица 1

Соотношение лиц моложе (до 16 лет) и старше трудоспособного возраста на 100 работающих

Год	Моложе трудоспособного возраста, чел.	Старше трудоспособного возраста, чел.
1989	43,0	32,5
2000	33,6	35,0
Прогноз 2011	24,0	35,7

Таблица 2

Распределение лиц, старше 60 лет по отношению к общему числу населения

	Всего лиц старше 60 лет		В том числе					
	Абс. число, тыс.	В % к общему населению	60-64 года		65-69 лет		70 лет и старше	
			Абс. число, тыс.	В % к общему населению	Абс. число, тыс.	В % к общему населению	Абс. число, тыс.	В % к общему населению
1979	32,3	4,97	4,2	1,67	10,8	1,27	17,3	2,03
2005	75,5	7,97	20,7	2,18	24,9	2,62	30,1	3,17

Таблица 3

Динамика движения населения в возрасте 60 лет и старше по годам

	1990		1995		2000		2005	
	Абс. число, тыс.	В % к общему населению	Абс. число, тыс.	В % к общему населению	Абс. число, тыс.	В % к общему населению	Абс. число, тыс.	В % к общему населению
Все население	1111,5	-	1037,2	-	962,5	-	950,7	-
В том числе:								
60-64	24,6	2,22	25,8	2,49	33,3	3,46	20,7	2,12
65-69	12,5	1,33	20,2	1,95	19,5	2,03	24,9	2,62
70 и старше	20,4	1,84	22,3	2,15	27,1	2,82	30,1	3,17

Как видно из табл.2, в более старших группах (65-69 и 70 лет и старше) рост доли в общем числе населения прослеживается стабильно. В возрастной группе 60-64 года к концу 2005 г. в сравнении с 1990 г. произошло уменьшение на 0,04% при увеличении доли лиц 60 лет и старше на 2,58%.

По данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, в индустриально развитых странах доля лиц старше 65 лет колеблется от 8 до 16% и в среднем составляет 12%.

В Российской Федерации доля лиц старше 65 лет в 1979 г. составляла 10%, по переписи 2000 г. – 14,5%. Ежегодное увеличение доли лиц старшего возраста в структуре населения не только в нашей стране, но и во всех других развитых странах, ставит совершенно новые, доселе еще неизвестные задачи социального, экономического и медицинского характера.

По данным множества зарубежных и отечественных авторов, пожилые лица в 1,5 раза чаще обращаются к врачам, в 2 раза чаще госпитализируются и в 2 раза дольше находятся на больничной койке. Они, занимая сравнительно небольшую долю в структуре населения (20 – 14%), потребляют до 29-30% ресурсов медицинского обслуживания. Это обусловлено тем, что около 80% этого контингента страдают множественными хроническими заболеваниями, протекающими на фоне снижающихся компенсаторных возможностей стареющего организма.

По данным Л.П.Токаревой, в возрастной группе 60 – 64 года у 56% лиц имеется три и более хронических заболеваний, а в возрасте 75 – 79 лет – у 92% лиц. При этом число заболеваний, по данным комплексных медицинских осмотров, составляет 3600 на 1000 пожилых в возрасте 55 – 60 лет и 5600 – в возрасте 75-79 лет. Это выше показателя среднего числа обращаемости

за медицинской помощью (фактически) для возраста 55 – 59 в 1,8 раза, 60 – 64 года – 2,6 раза, а 80 лет и старше – почти в 4 раза.

Это говорит о высокой нужде пожилых лиц в тех или иных видах систематической медицинской помощи.

По данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, 13% лиц пенсионного возраста нуждаются в периодической длительной госпитализации в стационарах, 2,4%, по медико-социальным показаниям, в постоянном пребывании в стационарных учреждениях. Потребность в медико-социальном обслуживании также диктуется тем, что около 12-20% лиц пожилого возраста ограничены в движении. Часть их имеет хронические поражения головного мозга с явлениями синильности.

Сегодня в республике ещё слабо развита специализированная гериатрическая помощь. Во всех районах амбулаторно-поликлинический прием ведут врачи-терапевты, стационарное лечение проводится на общетерапевтических койках. По данным результатов командировок с целью изучения состояния медицинского обслуживания лиц пожилого возраста (Вилуйский, Верхневилуйский, Сунтарский, Момский районы), амбулаторно-поликлинические посещения составляют в среднем 11,6 на одного, вызов на дому – 8,2, госпитализации в стационары (в районные и участковые больницы) – 1,7.

В вышеуказанных районах средний показатель заболеваемости на 1000

чел. составил 971,4 случая. В структуре заболеваемости 47,5% занимают ишемические болезни сердца, 20,4 - артериальные гипертонии, 14,3 - катаракты, 12,6% - заболевания органов дыхания. Наряду с первичной заболеваемостью зарегистрировано по несколько сопутствующих заболеваний. Так, 67% обратившихся имели от 3 до 6 сопутствующих конкурирующих заболеваний. 25% коечного фонда занимают лица пожилого возраста.

Специализированная гериатрическая помощь в республике проводится только на базе ГУ «Больница № 1 МЗ РС(Я)». Больница представлена поликлиникой на 244 посещения в смену и 160 круглосуточными стационарными койками. Кроме того, работает дневной стационар на 10 коек, по необходимости приказом главного врача организовывается стационар на дому.

Больница как специализированное учреждение имеет свой контингент обслуживания. Это лица пожилого и старческого возраста. В поликлинике ведется как первичный, так и консультативный прием. Стационарное лечение получают пациенты со всей республики согласно имеющейся квоте.

Зарегистрированная по обращаемости заболеваемость, по данным медицинской статистики, на 1000 населения составляет по итогам 2006 г. 1266,6. По Республике Саха(Якутия) этот показатель равен 1290,0.

По данным Л.П.Токаревой, этот показатель при комплексном медосмотре составляет 3600,90, а по обращаемости 2325,0. Т.е. низкий показатель обращаемости по больнице является не совсем достоверным и требует тщательного анализа причины. В улусном звене показатель зарегистрированной заболеваемости на 1000 еще ниже (971,4). Все это хотя косвенно, но все же показывает, что организация медицинской помощи лицам пожилого возраста, доступность медпомощи не на должном уровне и требуют тщательного изучения и принятия мер.

По итогам 2006 г., 29,0% от общего числа зарегистрированных заболеваний занимают заболевания системы кровообращения, по 10% – заболева-

Таблица 4

Заболеваемость лиц пожилого возраста, прикрепленных за больницей на 1000 чел. соответствующего населения

Показатель	2004г.	2005г.	2006г.
Число зарегистрированных заболеваний, всего	20726	20255	22972
Число заболеваний, впервые выявленных	6671	7892	7012
Первичная заболеваемость на 1000 населения	353,1	437,1	386,6
Общая заболеваемость на 1000 населения	1097,1	1122	1266,6

Таблица 5

Зарегистрированная заболеваемость на 1000 населения по классам болезней

Класс болезней	2004г.		2005г.		2006г.	
	Общая	Первичная	Общая	Первичная	Общая	Первичная
Инфекционные болезни	24,7	11,0	30,2	13,6	38,1	19,4
Новообразования	24,6	10,4	21,0	7,2	23,3	10,7
Болезни эндокринной системы	86,3	36,3	67,4	30,2	74,7	28,3
Болезни крови	3,0	0,6	2,6	0,9	2,1	0,7
Болезни уха	-	-	45,1	20,3	55,1	18,5
Болезни нервной системы	31,9	8,6	34,0	11,8	36,9	9,8
Болезни системы кровообращения	273,3	26,8	273,7	69,2	367,7	44,4
Болезни органов дыхания	146,8	84,3	155,1	86,9	126,7	89,2
Болезни органов пищеварения	104,9	30,4	73,8	26,9	79,2	26,2
Болезни мочеполовой системы	76,2	28,2	96,8	43,1	107,5	38,9
Болезни кожи и п/к клетки	18,2	6,9	16,4	10,9	15,1	11,2
Болезни костно-мышечной системы	101,3	21,3	108,0	42,4	126,5	28,6
Травмы и отравления	36,9	36,9	41,3	41,3	41,6	26,7
Болезни глаз	109,5	16,7	146,0	25,4	124,5	29,3

ния органов дыхания и костно-мышечной системы, 9,8% – болезни глаза, 8,5% – болезни мочеполовой системы. Данная структура заболеваемости из года в год остается практически на одном и том же уровне. Каждым жителем сделано 7,4 посещения ко всем специалистам (в РС(Я) – 5,08).

По статистическим данным Минздрава РС(Я), на 1000 больных приходится 228,3 госпитализаций. Средняя продолжительность пребывания на койке равняется 14,9 койко-дня.

По данным Госкомстата РС(Я), в 2005 г. лица старше трудоспособного возраста составляли 97426 чел. Если по заболеваемости и уровню госпитализаций взять среднереспубликанские показатели по Минздраву, то для

обеспечения стационарного лечения лиц пожилого возраста необходимо иметь 975 гериатрических коек. Прочитать число необходимых гериатрических коек (Д) можно по формуле:

$$Д = ((a \cdot b) / 1000 \cdot v) / г,$$

где а – средний показатель госпитализаций на 1000 населения, б – число лиц старше трудоспособного возраста, в – средняя длительность пребывания на койке, г – среднее число работы койки в году.

Таким образом, в республике необходимо иметь 975 гериатрических коек, в том числе в г. Якутске – 282, Нерюнгри – 78, Чурапчинском районе – 18, Усть-Алданском – 22, Сунтарском – 26, Олекминском – 29, Нюрбинском – 26, Намском – 21, Мирнинском – 79,

Мегино-Кангаласском – 35, Ленском – 42, Вилюйском – 24, Верхневилуйском – 17, Алданском – 48.

В связи с постоянным увеличением доли лиц старшего возраста в структуре населения необходимо рассматривать их как отдельную группу населения, требующую специального подхода к профилактике и лечению заболеваний. Для этого:

1. Ввести отдельную статистическую отчетность, отражающую состояние здоровья: женщин – с 55 лет, мужчин – с 60 лет.

2. Произвести в крупных населенных пунктах перепрофилизацию коечного фонда с созданием гериатрических отделений (коек), учреждений, оказывающих специализированную помощь.

3. Подготовить врачебные кадры по специальности врач-гериатр.

4. Ввести амбулаторно-поликлинический прием по специальности гериатрия.

5. В организации стационарной гериатрической помощи необходимо вести поиск менее дорогостоящих форм, таких как стационары дневного пребывания, отделения сестринского ухода, хосписы. Сегодня необходимостью стало создание гериатрической службы республики.

Тщательное изучение состояния здоровья лиц пожилого возраста, особенностей течения заболеваний, несомненно, поможет правильной организации гериатрической службы.

Выпускники – гордость и слава МЛФ (МИ) Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова

П.А. Семенов, В.П. Николаев

ГЕОГРАФИЯ ЗАКРЕПЛЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ МЛФ (МИ) ЯГУ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ

Выпускники медико-лечебного факультета (ныне Медицинского института) Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова в настоящее время составляют основное

СЕМЕНОВ Пантелеймон Александрович – зам. гл. врача больницы №1 МЗ РС(Я);
НИКОЛАЕВ Валериан Парфеньевич – к.м.н., зам. директора ЯНЦ СО РАМН.

ядро врачебных кадров Республики Саха (Якутия). Из 4406 врачей, работающих на 01.01.07 в системе Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), 2995 (68,0%) являются выпускниками медицинского факультета (института) ЯГУ разных лет. При этом они составляют подавляющее большинство врачей городских (83,3%) и республиканских ЛПУ (81,2%). А в

районных (улусных) ЛПУ их доля равняется 53,4%.

Первый декан медико-лечебного факультета ЯГУ д.м.н., профессор Д.М. Крылов наставлял студентов первого набора: «Врач – это самая гуманная профессия. Вас ждут в районах, вам придется очень трудно, ведь дороги сложные, быстро не доберешься, а делать придется много! Надо быть