

Таблица 3

Уровень демографической нагрузки на трудоспособное население Республики Саха (Якутия) в 1990 и 2004 гг.

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	Лица нетрудоспособного возраста на 1000 жителей трудоспособного возраста	в том числе		Лица нетрудоспособного возраста на 1000 жителей трудоспособного возраста	в том числе		Лица нетрудоспособного возраста на 1000 жителей трудоспособного возраста	в том числе	
		дети и подростки (0-15 лет)	лица старше трудоспособного возраста		дети и подростки (0-15 лет)	лица старше трудоспособного возраста		дети и подростки (0-15 лет)	лица старше трудоспособного возраста
1990	645	529	116	563	471	92	841	668	173
2004	541	383	158	468	318	150	695	520	175

турных сдвигов в возрастном составе населения республики, а именно – за счет уменьшения доли лиц моложе трудоспособного возраста. Снижение численности лиц трудоспособной возрастной группы, а также детей и подростков, повлекло за собой повышение демографической нагрузки долей лиц пенсионного возраста (с 116 в 1990 г. до 158 в 2004 г. на 1000 жителей трудоспособного возраста). При этом нагрузка долей лиц пенсионного возраста по городской местности за данный период возросла в 1,6 раза. Сократилась доля детей с одновременным возрастанием доли пожилых жителей республики. В результате на каждого трудоспособного жителя республики приходится все большее число иждивенцев, в то время как поколение детей, которое должно прибыть на смену, с каждым годом убывает. Повышение уровня нагрузки долей лиц старше трудоспособного возраста свидетельствует о характерном демографическом явлении современности – увеличении числа лиц пожилого и старческого возраста, так называемом преждевременном демографическом старении населения (табл. 3).

Изучение характера расселения населения трудоспособного возраста в динамике показало, что подавляющее большинство трудоспособного населения республики, как и в прежние годы, проживает в городской местности, а соотношение городского и сельского трудоспособного населения в течение многих лет остается относительно стабильным (табл. 4).

Снижение общей численности населения трудоспособного возраста за данный период обусловлено, прежде всего, значительным ростом миграционного оттока. Если до 90-х годов для нашей республики был характерен массовый приток трудовых ресурсов, то с начала 90-х гг. происходит миграционная убыль трудоспособного населения из республики. В 1990 г. впервые за ряд лет миграционный рост сменился миграционной убылью в 2,3 тыс. чел. трудоспособного возраста. Максимальное значение миграционного снижения трудоспособного населения (20,0 тыс. чел.) было зафиксировано в 1994 г. За данный период наибольшее миграционное снижение трудос-

пособных возрастных групп населения наблюдалось преимущественно в северных районах республики – Усть-Янском, Оймяконском, Булунском, Нижнеколымском, Верхнеколымском, Верхоянском. Значительный отток трудовых ресурсов из северных районов, несомненно, связан со значительным удорожанием жизни на Севере.

Вместе с тем за выделенный период времени самое негативное влияние на воспроизводство трудовых ресурсов республики оказал рост смертности населения в трудоспособном возрасте. За 1990-2004 гг. наблюдается повышение как абсолютного числа умерших, так и уровня смертности трудоспособного населения. Так, за данный период абсолютное число лиц, умерших в трудоспособном возрасте, увеличилось с 3307 до 4633 чел., а уровень смертности трудоспособного населения возрос с 4,9 до 7,6‰ (в 1,5 раза) (рисунок). Также возросла и доля лиц трудоспособного возраста среди общего числа умерших (с 44,3% в 1990 г. до 47,8% в 2004 г.). Таким образом, по данным 2004 г., около половины всех умерших в республике составили лица трудоспособного возраста. Если в Российской Федерации только каждый третий умерший находился в трудоспособном возрасте, то в Республике Саха (Якутия) – каждый второй.

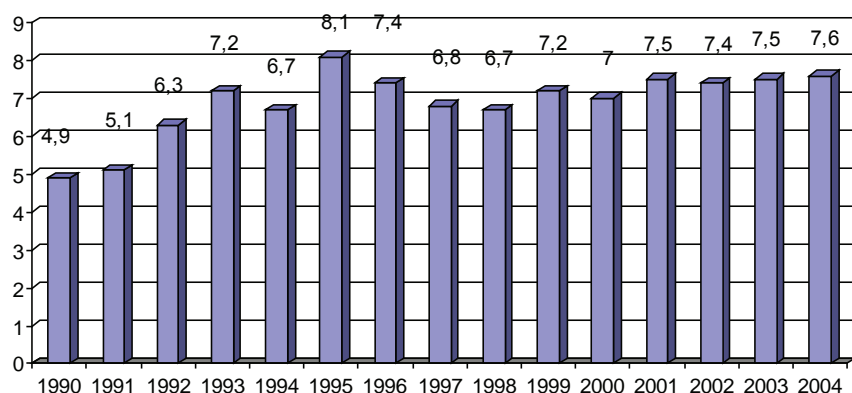
Особенно высокие коэффициенты смертности на протяжении всего рассматриваемого периода стабильно регистрировались в следующих северных районах республики: Абыйском, Аллаиховском, Булунском, Верхнеколымском, Оленекском. Самый высокий уровень смертности в 2004 г., превышающий более чем в 2 раза аналогичный среднереспубликанский показатель, был зафиксирован в Аллаиховском районе (16,4 против 7,6‰).

В течение всего рассматриваемого периода среди умерших в трудоспособном возрасте преобладали мужчины. Смертность мужчин трудоспособного возраста в 1990 г. превысила смертность аналогичной возрастной

Таблица 4

Динамика численности населения трудоспособного возраста Республики Саха (Якутия)

Год	Численность трудоспособного населения				
	Все население	Городское население		Сельское население	
		абс.	%	абс.	%
1990	676631	474614	70,1	202017	29,9
1991	681634	478634	70,2	203000	29,8
1992	669590	471120	70,4	198470	29,6
1993	658311	459155	69,7	199156	30,3
1994	651024	452042	69,4	198982	30,6
1995	627761	432259	68,9	195502	31,1
1996	628600	432284	68,8	196316	31,2
1997	626512	431050	68,8	195462	31,2
1998	621821	427848	68,8	193973	31,2
1999	617544	423902	68,6	193642	31,4
2000	597044	405264	67,9	191780	32,1
2001	599785	408167	68,1	191618	31,9
2002	599897	408870	68,2	191027	31,8
2003	603987	411786	68,2	192201	31,8
2004	611132	416584	68,2	194548	31,8
2005	616724	416159	67,5	200565	32,5



Смертность населения трудоспособного возраста в Республике Саха (Якутия) за 1990-2004 гг. (на 1000 человек)

группы женщин в 4,2 раза, а в 2004 г. – в 3,5 раза. В 2004 г. мужчины составили 78,2% из общего числа умерших в трудоспособном возрасте (четверо из каждых пяти).

В структуре смертности трудоспособного населения первое место занимают несчастные случаи, отравления, травмы, убийства и самоубийства (39,2% в 2004 г.). Данным классом причин обусловлена гибель почти каждого второго умершего мужчины (42,1%) и каждой третьей женщины (28,7%) трудоспособного возраста. Специфика смертности от несчастных случаев заключается в ее прямой зависимости от распространения пьянства и алко-

лизма. Анализ смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, показал, что именно мужчины трудоспособного возраста чаще погибают от злоупотребления алкоголем. Так, показатели смертности от случайных отравлений алкоголем, хронического алкоголизма, алкогольных психозов, алкогольных циррозов печени у мужчин трудоспособного возраста оказались гораздо выше, чем аналогичные показатели в целом у мужского населения республики (25,2 против 17,4‰ в 1990 г.; 36,7 против 28,7‰ в 2004 г.).

Таким образом, результаты проведенного анализа позволили выделить

следующие основные тенденции, негативно влияющие на формирование трудовых ресурсов Республики Саха (Якутия):

- снижение численности населения трудоспособного возраста, как в городской, так и сельской местности;
- рост демографической нагрузки на трудоспособное население долей лиц пенсионного возраста;
- смена миграционной прибыли населения трудоспособного возраста его миграционной убылью;
- рост смертности населения трудоспособного возраста;
- сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста;
- превалирование в структуре смертности трудоспособного населения причин смерти экзогенного характера (несчастных случаев, отравлений, травм).

Литература

1. Демографическая ситуация в Республике Саха (Якутия) за 1990-2001 годы // Информационно-аналитическая записка / Госкомстат РС (Я). – Якутск, 2002.
2. Демографическая ситуация в Республике Саха (Якутия) // Информационно-аналитическая записка / Госкомстат РС (Я). – Якутск, 2006.
3. Женщины и мужчины Республики Саха (Якутия) // Информационно-аналитическая записка / Госкомстат РС (Я). – Якутск, 2002.

М.А. Тырылгин

НОВЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

В период между XIV и XV съездами медицинских работников республики (1999-2007 гг.) работа по борьбе с туберкулезом в Республике Саха (Якутия) значительно активизировалась по всем основным направлениям.

Самое пристальное внимание было уделено вопросам укрепления законодательной и нормативно-правовой базы реализации противотуберкулезной помощи населению. В этой связи необходимо подчеркнуть огромную мобилизирующую роль совместного заседания Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федера-

ции и Правительства Республики Саха (Якутия), состоявшегося 13.11.2000 г. и обсудившего вопрос: «О состоянии и мерах усиления борьбы с туберкулезом в Республике Саха (Якутия)». Совместным заседанием руководили президент республики М.Е.Николаев и министр здравоохранения РФ Ю.Л.Шевченко. В принятом решении были определены стратегические направления борьбы с туберкулезом в республике, ответственные структуры за реализацию противотуберкулезных мероприятий, меры по укреплению материально-технической базы противотуберкулезных учреждений и оснащение их медицинским оборудованием, вопросы социальной защиты работников тубслужбы.

Принятый в 1999 г. Республикой Саха (Якутия), первой среди регионов РФ, закон «О защите населения Республики Саха (Якутия) от туберкулезной инфекции и оказании противотуберкулезной помощи» был неоднократно приведен в соответствие с федеральными законами, принятыми в последующие годы. В 2003 г. впервые были проведены парламентские слушания Государственного Собрания (Ил Тумэн) РС(Я) «Об исполнении законов РФ и РС(Я) по защите населения от туберкулеза и комплексных государственных мероприятиях по борьбе с туберкулезом в РС(Я)». В 2004 г. было проведено совещание у вице-президента республики с руководителями министерств и ведомств,

ТЫРЫЛГИН Михаил Афанасьевич – д.м.н., проф., зам. директора НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я).

главами муниципальных образований по вопросам профилактики и о мерах борьбы с туберкулезом в Республике Саха (Якутия). В настоящее время все крупные мероприятия по борьбе с туберкулезом в республике осуществляются на законодательной основе (Указы Президента РС(Я)). Соблюдение законодательства в данной сфере значительно повысило политическую приверженность и практическую активность исполнительной и муниципальной власти республики к вопросам защиты населения от туберкулеза.

В эти годы успешно реализовывались Республиканская целевая программа (РЦП) «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Якутии на 1998–2006 гг.» и Федеральная целевая программа (ФЦП) «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Российской Федерации на 1999–2006 гг.» (РЦП и ФЦП с 2003 г. стали подпрограммами соответствующих основных программ охраны здоровья населения, но их суть от этого не изменилась). РЦП продлена до 2011 г., а проект продления ФЦП до 2011 г. ещё не утвержден. В течение 1999–2006 гг. по обеим целевым программам республиканские мероприятия по борьбе с туберкулезом профинансированы на 201819,1 тыс.руб., в том числе: на медикаменты – 82274,3 тыс. руб., на оборудование – 86967,8 тыс.руб., инвестиционный бюджет РС(Я) – 54535,4 тыс.руб., ФАИП – 25000,0 тыс.руб. Доля РЦП в программном финансировании составила 91016,5 тыс.руб. (45,1%), ФЦП – 110802,6 тыс.руб. (54,9%).

Последние годы озабочивались тем, что Республика Саха (Якутия) начала укреплять международные связи в сфере борьбы с туберкулезом. В 2003 г. Правительство РФ приняло постановление № 498 «О подписании соглашения между РФ и международным Банком реконструкции и развития (МБРР) о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИД». В 2005 г. Правительство Республики Саха (Якутия) как субъект РФ заключило договор об участии в названном проекте.

В октябре 2004 г. группа экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) работала в Якутии по реализации соглашения и включила 14 районов республики и г. Якутск в список для выделения им клинико-диагностических лабораторий и централизованной бактериологической референс-лаборатории в НПЦ «Фти-

зиатрия». Ориентировочная стоимость первого этапа работы с МБРР составляет около 40 млн.руб.

С 27 февраля по 4 марта 2005 г. в республике работала оценочная комиссия ВОЗ и МЗиСР РФ по включению Якутии в проект Глобального фонда «Российское здравоохранение». В декабре 2006 г. НПЦ «Фтизиатрия» как субреципиент проекта заключил с указанным фондом договоры о «Совершенствовании организации раннего выявления и контролируемого лечения больных туберкулезом», «Внедрении системы мониторинга туберкулеза на региональном уровне», «Совершенствовании мер инфекционного контроля в лечебных учреждениях», «Формировании приверженности к лечению у больных туберкулезом, проходящих контролируемое амбулаторное лечение». Общий объем финансирования по этим проектам составляет более 2,2 млн.руб. Таким образом, в настоящее время совместная работа с ВОЗ и Фондом «Российское здравоохранение» стала одним из перспективных направлений организации борьбы с туберкулезом в республике.

В 1999–2006 гг., несмотря на последствия социально-экономического кризиса и многочисленные противоречия федеральных нормативно-правовых актов в области здравоохранения, в Республике Саха (Якутия) удалось сохранить противотуберкулезную службу во всех районах. Коечный фонд снизился лишь на 3,3%. Штатные должности и укомплектованность врачами-фтизиатрами и средними медицинскими работниками остались без значительных изменений. В 2006 г. РС(Я) имела 1128 круглосуточных туб-коек и 99 коек дневного пребывания, 504 койки в 9 детских противотуберкулезных санаториях, 162,5 должности врачей-фтизиатров, занятость врачебных должностей – 97,9%, укомплектованность – 85,4%.

В течение 2000–2006 гг. врачи-фтизиатры республики прошли почти двукратную переподготовку, в том числе: 84 раза в центральных вузах и ГИДУВах, 210 раз – на курсах повышения квалификации на факультете последипломного обучения врачей МИ ЯГУ.

В 2000–2006 гг. была проведена значительная работа по укреплению материально-технической базы противотуберкулезных учреждений. В 7 районах построены новые объекты: Верхневилуйская туббольница (в каменном варианте) на 50 коек, ПТД со стационаром (в каменном варианте) на 20 коек в Горном районе, Нюрбин-

ская туббольница (арболитовая) на 50 коек, Амгинская (Орайская) туббольница на 20 коек, Чурапчинский детский тубсанаторий на 20 коек, 2 бактериологические лаборатории в Мегино-Кангаласском и Сунтарском районах.

Реконструкция проведена в 5 противотуберкулезных учреждениях: Якутский городской ПТД, Алданские ПТД и тубольница, Нерюнгринский и Мирнинский ПТД со стационарами.

Началось строительство 4 объектов: Республиканский ПТД на 150 коек и 150 посещений в смену (г.Якутск), Республиканский детский ПТД на 80 коек и 150 посещений в смену (г.Якутск), Нюрбинский детский тубсанаторий, Мегино-Кангаласская туббольница.

Подготовлена проектно-сметная документация на строительство 4 районных ПТД со стационарами (в Кобайском, Оленекском, Чурапчинском и Хангаласском районах).

Оснащение ЦРБ и ПТД медицинским оборудованием, предназначенным для массового выявления и диагностики туберкулеза, заметно улучшилось. В 2003 г. на бюджетные средства РС(Я) были закуплены и распределены по районам 18 цифровых малодозных флюорографических аппаратов, кроме того за счет федеральной целевой программы были закуплены еще 2 таких же ФЛГ. В 2006 г. по кредитам фирмы «Сименс» были приобретены и распределены 7 рентгено-томографических аппаратов.

В 2001 и 2006 гг. за счет средств республиканской целевой программы приобретено и распределено районным ПТД 9 единиц санитарного автотранспорта.

ГУ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС(Я), прежде ЯНИИТ МЗ РС(Я), выполняет в полном объеме функции республиканского противотуберкулезного диспансера и осуществляет научно-методическое, организационное и практическое руководство всем комплексом работ по борьбе с туберкулезом в республике. Для этих целей НПЦ имеет соответствующую структуру и кадровый потенциал: организационно-методический отдел, республиканский и городской диспансеры, 2 клиники и детскую туббольницу (в которых имеется 455 тубкоек), 125 врачей-фтизиатров, научное подразделение (4 доктора и 15 кандидатов медицинских наук).

Основными направлениями научно-исследовательской деятельности НПЦ «Фтизиатрия» являются:

– реформирование системы противотуберкулезной помощи населению;

Таблица 1

**Эффективность лечебно-диспансерной работы
среди контингентов больных активным туберкулезом, %**

	1999 г.	2006 г.	Для сравнения РФ – 2003 г.
Прекращение бактериовыделения	84,5	80,8	74,2
Закрытие полости распада	73,6	76,0	62,4
Абациллирование	31,9	39,8	28,0
Клиническое излечение	24,2	32,9	21,4

Таблица 2

**Динамика эпидемиологических показателей
туберкулеза в Республике Саха (Якутия) на 100 000 жителей**

	1990 г.	1995 г.	1999 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.	РФ 2005 г.
Заболеемость	45,5	55,5	78,5	71,5	75,6	72,9	67,9
в т.ч. детей	11,7	47,7	56,4	51,5	47,8	44,5	16,4
Болезненность	262,5	241,3	269,4	278,8	205,6	207,8	209,7
в т.ч. детей	26,3	90,7	119,9	111,5	53,0	44,5	22,1
Бациллярность	84,6	82,6	88,2	88,9	91,6	95,4	86,6
Смертность	6,5	9,3	9,8	9,7	9,7	7,3	22,1

– медико-биологические основы профилактики туберкулеза;
– разработка государственной системы мониторинга туберкулеза;
– модернизация выявления и диагностики туберкулеза;
– разработка новых направлений и технологий терапевтического и хирургического лечения больных туберкулезом различных локализаций.

В 2000-2006 гг. НПЦ «Фтизиатрия» достиг как никогда больших успехов в научно-исследовательской деятельности: выполнено 19 НИР, разработано и внедрено 19 методических рекомендаций и пособий для нужд практического здравоохранения, получено 15 патентов РФ, одна Государственная премия им. П.А. Петрова в области здравоохранения и медицинской науки, выпущено 4 монографии, 5 сборников научных трудов, 4 библиографических сборника.

Достигнутая в 2000-2006 гг. интенсификация работы по всем направлениям борьбы с туберкулезом в республике дала свои положительные ре-

зультаты. Во-первых, значительно улучшилось лечебно-диагностическое и диспансерное обслуживание больных туберкулезом. По данным российских экспертов (В.Л. Сазыкин и соавт.), в 2004 г. Республика Саха (Якутия) вышла на I место среди российских регионов по эффективности лечебно-диспансерной работы среди контингентов больных туберкулезом. Это напрямую характеризует рост профессионализма противотуберкулезной службы (табл.1).

Во-вторых, достигнута стабилизация показателей заболеваемости населения туберкулезом. В 1990-1999 гг. показатель заболеваемости населения повысился в 1,7 раза, в том числе детей – в 4,8 раза. Показатель болезненности повысился на 2,6%, в том числе детей – в 4,6 раза, показатель бациллярности – на 5,7%, показатель смертности повысился в 1,5 раза.

В 1999-2006 гг. показатель заболеваемости снизился на 7,1%, в том числе детей – на 21,1%. Показатель болезненности снизился на 22,9%, в

том числе детей – в 2,7 раза. Показатель смертности снизился на 25,5%. И только показатель бациллярности повысился на 8,2%, что в большей степени связано с развитием лекарственно-устойчивых форм микобактерий туберкулеза (табл. 2).

Несмотря на достигнутые положительные результаты остается ряд серьезных проблем социально-эпидемиологического и медико-биологического характера. Благосостояние и гигиеническая культура населения, а также благоустройство и санитарное состояние населенных пунктов республики значительно отстают от известных стандартов, и в ближайшие годы трудно ожидать их повышения. В неудовлетворительном и аварийном состоянии находится материально-техническая база многих районных противотуберкулезных учреждений, оснащенность их лечебно-диагностической аппаратурой остается также неудовлетворительной. Труднейшей проблемой стало развитие лекарственно-устойчивых форм МБТ, которое можно расценить как смену возбудителя туберкулеза и которое серьезно осложнило всю противотуберкулезную работу. К тому же эпидемиологические показатели все ещё слишком далеки от желаемых – они остаются в 10 и более раз выше, чем в развитых странах.

Таким образом, нерешенных проблем остается ещё много, также еще очень много предстоит сделать по защите населения от туберкулеза. Но надо признать, что в течение 2000-2006 гг. в Республике Саха (Якутия) проведена значительная работа по созданию достаточной законодательной, организационной, материально-технической, научной и кадровой базы для дальнейшего наступления на туберкулез.