



# ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

## АНАЛИЗ ПОВОЗРАСТНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ КАК ЭТАП ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕГО НУЖДАЕМОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК [616-036.86:614](470)

<sup>1</sup>Прилипко Н.С.: заведующая отделом развития службы медицинской реабилитации, к.м.н.;

<sup>2</sup>Бантьева М.Н.: ведущий научный сотрудник, к.м.н.;

<sup>2</sup>Руголь Л.В.: научный сотрудник отделения организации планирования и управления научными исследованиями, к.м.н.

<sup>1</sup>ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

## ANALYSIS OF THE AGE-SPECIFIC INCIDENCE OF THE ADULT POPULATION OF RUSSIA AS A STEP OF DETERMINING THE NEED FOR MEDICAL REHABILITATION

Prilipko NS.; Bant'eva MN; Rugol' LV

### Введение

Динамика заболеваемости взрослого населения РФ имеет неуклонную тенденцию к росту [1, 2]. За последние 15 лет (с 1996 по 2010 годы) произошло значительное увеличение общей заболеваемости населения: с 105,0 до 142,3 или на 37,3 на 1000 населения (26,2%).

В изменившихся социально-экономических условиях в стране наблюдается значительный рост доли, как взрослого, так и детского населения, страдающих хроническими формами различных заболеваний [3, 4, 5]. Это связано, с резким снижением социальной защищенности населения, воздействием стрессовых факторов, негативными изменениями стереотипов поведения населения, наряду с неэффективностью системы профилактики заболеваний, а также достаточно низким уровнем качества предоставляемой населению медицинской помощи, обусловленным целым рядом профессиональных, организационных, финансовых, экономических и других проблем [1, 2, 6].

Потребность населения в амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в значительной мере определяется демографической ситуацией, а также ростом заболеваемости и её социальных последствий. В подавляющем большинстве случаев, после проведения даже стационарного лечения, необходимость которого свидетельствует о тяжести перенесённого заболевания, не говоря уже об амбулаторном, больные не проходят медицинской реабилитации.

Целью исследования явилось изучение по возрастной структуры заболеваемости взрослого населения, по данным обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ).

Разработка и анализ по возрастных показателей обращаемости населения за амбулаторно-поликлинической помощью в разрезе классов и отдельных болезней позволит охарактеризовать наиболее часто встречающиеся заболевания в каждой из возрастных групп, дать рекомендации по оптимизации оказания медицинской помощи населению соответствующего возраста, а также, с учётом мнения компетентных экспертов, определить потребность населения в медицинской реабилитации. Данное исследование представляет собой первый этап работы по определению нужды населения в медицинской реабилитации, проведение которой целесообразно как после завершения лечения острого, так и обострения хронического заболевания, а также травм.

### Материал и методы

В статье приводятся данные по возрастной заболеваемости по обращаемости взрослого населения (далее население) за медицинской помощью в АПУ в разрезе классов болезней и отдельных заболеваний соответственно кодам Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ –X). Для целей исследования взрослое население разделено на 6 возрастных групп (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69 и 70 лет и старше).

С целью изучения по возрастной структуры заболеваемости по обращаемости, было проведено исследование обращаемости взрослого населения за медицинской помощью в АПУ в различных возрастных группах в зависимости от поставленного диагноза к врачам разного профиля. Исследование по возрастных показателей обращаемости на амбулаторном этапе проводилось по материалам 2010 года. В качестве баз исследова-

ния выбрано три типичных муниципальных образования Московской области (МО), с численностью населения около 21, 50 и 170 тысяч жителей. Организация медицинской помощи в этих населённых пунктах характеризуется хорошей обеспеченностью врачебными кадрами, полной доступностью амбулаторной и стационарной медицинской помощи населению.

Исходным материалом для разработки явилась первичная медицинская документация: учетная форма № 025/у-12/у «Талон амбулаторного пациента», а также форма №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», отобранные за 4 одинаковых временных периода каждого сезона года, что позволило обеспечить репрезентативность полученной выборки генеральной совокупности. В разработке

также использованы данные отчетных статистических форм баз исследования (форма 30, 12, 14), а также официальные данные о численности населения изучаемых муниципальных образований в разрезе возрастных групп населения.

#### Результаты и их обсуждение

Данные по возрастной обращаемости взрослого населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения приведены в таблице 1.

Анализ показывает, что в целом по всем классам болезней и отдельным заболеваниям по МКБ – X пересмотра, наиболее высокая обращаемость отмечена в группах 70 лет и старше – 2082,9 и 60–69 лет – 1706,0 на 1000 населения данных возрастных групп соответственно, а наименьшая – в группах 30–39 лет – 795,0

**Таблица 1.** Заболеваемость взрослого населения по обращаемости по возрастным группам за 2010 год (на 1000 населения соответствующего возраста)

Наименования классов и отдельных болезней	Возрастные группы (число лет)						всего
	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70 и ↑	
<b>Всего*</b>	834,0	795,0	1020,6	1329,8	1706,0	2082,9	1201,3
<b>Некоторые инфекционные и паразитарные болезни</b>	46,8	34,3	42,3	22,1	34,8	38,4	36,9
<b>Новообразования</b>	4,7	12,4	65,6	66,5	74,3	88,2	46,8
Злокачественные	0,8	3,3	12,9	42,2	60,9	79,1	27,2
Доброкачественные	3,9	9,1	52,6	24,2	13,4	9,0	19,6
<i>из них миома матки</i>	0,8	6,2	46,4	17,5	5,6	1,0	14,1
<b>Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, волеаляющие иммунный механизм</b>	1,5	1,9	2,4	5,2	3,1	8,8	3,5
<b>Болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ</b>	18,3	22,1	42,6	72,3	112,7	112,7	55,1
Болезни щитовидной железы	9,6	12,2	17,7	19,6	20,2	20,2	15,9
Сахарный диабет	0,9	3,6	12,4	40,3	81,4	86,8	29,9
<b>Болезни нервной системы</b>	38,3	32,5	38,4	40,3	53,6	88,7	45,6
Эпизодические и пароксизмальные расстройства	3,4	3,7	3,7	4,1	4,9	4,7	4,0
из них эпилепсия, эпилептический статус	2,2	2,1	1,8	1,6	1,6	0,5	1,7
<i>проходящие транзит. церебральные ишемич. приступы</i>	0,0	0,1	0,4	1,1	2,1	2,9	0,9
Другие нарушения нервной системы	29,7	23,8	26,8	26,6	34,4	69,6	33,1
<i>из них расстройства вегетативной нервной системы</i>	27,9	21,9	19,6	16,5	10,6	3,2	18,3
<b>Болезни глаза и его придаточного аппарата</b>	19,3	19,4	30,8	67,3	136,6	218,2	67,4
<b>Болезни уха и сосцевидного отростка</b>	22,0	19,8	26,6	40,9	47,5	67,1	34,3
Болезни среднего уха и сосцевидного отростка	9,9	10,0	13,2	15,7	15,1	12,6	12,5
<i>из них острые и хронические средние отиты</i>	7,5	7,3	9,7	11,8	10,6	8,2	9,1
<i>болезни слуховой трубы</i>	2,0	2,6	3,1	3,5	4,1	4,1	3,1
<b>Болезни системы кровообращения</b>	12,1	26,6	100,0	257,9	466,1	646,7	203,2
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	5,0	11,0	38,4	133,1	237,9	317,8	99,3
Ишемическая болезнь сердца	0,8	3,0	26,1	65,9	113,6	168,8	50,8
<i>из них стенокардия</i>	0,3	0,9	15,4	27,2	36,8	39,7	17,0
<i>острый инфаркт миокарда</i>	0,0	0,2	0,6	1,4	3,1	3,9	1,2
<i>хроническая ишемическая болезнь сердца</i>	0,5	2,0	10,1	37,2	73,6	125,1	32,6

\*без Психических расстройств и расстройств поведения

Наименования классов и отдельных болезней	Возрастные группы (число лет)						всего
	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70 и ↑	
Цереброваскулярные болезни	0,2	0,9	6,4	13,8	50,7	77,0	18,8
<i>из них инсульты</i>	0,0	0,2	1,1	2,7	7,3	12,6	3,1
Болезни артерий, артериол и капилляров	0,2	1,8	4,0	6,2	12,3	21,2	6,2
Болезни вен, лимфотических сосудов и лимфатических узлов	2,4	8,0	15,1	24,6	35,6	42,1	18,3
<b>Болезни органов дыхания</b>	206,2	211,7	221,3	222,6	199,8	178,3	208,9
<i>пневмония</i>	3,4	3,8	4,6	6,1	7,6	8,1	5,2
Другие болезни верхних дыхательных путей	21,7	21,5	21,2	18,0	16,1	12,9	19,2
Хронические болезни нижних дыхательных путей	13,1	15,0	25,3	38,7	45,3	66,1	30,5
<i>из них бронхит хронический и неуточненный, эмфизема</i>	4,5	8,9	14,5	18,1	23,2	29,2	14,7
<i>другая хр. обстр. легочная, бронхоэктатическая болезнь</i>	0,2	0,5	2,5	9,4	11,7	26,8	6,9
<i>астма, астматический статус</i>	8,4	5,6	8,3	11,2	10,4	10,1	8,9
<b>Болезни органов пищеварения</b>	61,4	74,9	107,0	131,2	131,9	164,5	105,7
Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	32,1	40,1	44,2	43,0	31,9	28,2	37,3
<i>из них язвенная болезнь желудка и 12- перстной кишки</i>	5,5	13,9	18,7	17,2	10,1	9,7	12,6
<i>гастрит и гастродуоденит</i>	26,3	26,0	25,0	25,1	20,9	17,0	24,1
Болезни печени	1,4	1,7	3,7	4,5	5,6	6,5	3,5
Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	5,5	9,1	18,5	24,7	19,3	18,1	15,2
Болезни поджелудочной железы	2,7	4,1	9,2	14,4	16,0	18,8	9,8
<b>Болезни кожи и подкожной клетчатки</b>	55,3	35,8	45,6	48,2	50,0	70,2	50,1
<b>Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани</b>	29,6	48,0	94,3	162,1	175,2	182,4	103,9
Артропатии	9,0	13,0	32,8	55,0	82,6	109,2	42,9
<i>из них воспалительные артропатии</i>	3,0	4,6	10,1	14,6	17,5	19,0	10,3
<i>артрозы</i>	3,8	7,3	20,5	38,0	62,2	86,1	30,3
Дорсопатии	14,8	26,6	49,4	89,6	75,4	58,5	49,1
<b>Болезни мочеполовой системы</b>	132,9	108,2	112,7	108,2	139,5	149,8	122,9
Гломерулярные болезни почек	1,0	1,2	2,4	3,8	2,0	0,1	1,8
Тубулоинтерстициальные болезни почек	8,8	6,2	8,6	11,3	13,4	16,1	10,2
Мочекаменная болезнь	1,3	1,9	6,3	9,0	11,3	13,6	6,3
<b>Болезни мужских половых органов</b>	2,8	3,5	4,1	11,0	45,9	64,0	16,8
<i>из них болезни предстательной железы</i>	1,6	3,1	3,4	9,4	45,1	63,5	15,9
<b>Болезни женских половых органов</b>	110,0	85,7	73,5	48,1	41,6	30,9	70,4
Воспалительные болезни женских тазовых органов	68,3	46,7	39,2	27,0	26,6	17,7	40,7
<i>из них сальпингит и оофорит</i>	12,9	9,9	5,6	0,0	0,0	0,0	5,6
<i>другие воспалительные болезни влагалища и вульвы</i>	51,6	31,3	26,8	25,2	25,7	17,6	31,5
Невоспалительные болезни женских половых органов	41,7	39,0	34,3	21,2	15,0	13,1	29,7
<i>из них эндометриоз</i>	0,8	5,1	7,1	0,0	0,0	0,0	2,4
<i>эрозия и эктропион шейки матки</i>	27,2	16,3	5,0	0,0	0,0	0,0	9,8
<b>Беременность, роды и послеродовый период</b>	94,9	59,0	3,0	0,0	0,0	0,0	31,8
<b>Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения</b>	3,9	2,1	0,2	0,1	0,0	0,0	1,3
<b>Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</b>	86,9	86,4	87,8	84,9	80,9	68,9	83,7
Внутричерепная травма	5,3	4,4	3,5	2,6	1,6	0,4	3,3
Переломы	13,8	16,1	20,4	22,6	21,4	20,4	18,7

и 18–29 лет – 834,0 на 1000 населения данных возрастных групп, соответственно (рис. 1).

Высокие цифры заболеваемости в старших возрастных группах, помимо большей склонности к болезненным состояниям в силу естественного старения организма, обусловлены ещё и большей по сравнению с предыдущими группами обращаемостью лиц старше трудоспособного возраста за медицинской помощью к врачам большинства профилей по поводу обострений хронических заболеваний и их последствий, а также выписки льготных рецептов. Особо следует отметить увеличение доли населения старше трудоспособного возраста в структуре населения РФ за последние 20 лет [7] почти на 13%. Обращаемость в молодом возрасте ниже за счет занятости трудоспособного населения на предприятиях, ненормированного рабочего дня, нежелания оформлять листок нетрудоспособности по поводу заболевания в связи с угрозой потерять работу, предпочтительного обращения их в частные клиники с более удобным графиком обслуживания для работающего населения.

По первому классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» наибольшая заболеваемость отмечена в группе 18–29 лет, наименьшая – в группе 50–59 лет (46,8 и 22,1 на 1000 населения соответствующей возрастной группы).

По второму классу болезней «Новообразования» заболеваемость в зависимости от возраста нарастает постепенно, и значительно – с 40–49 лет (65,6 на 1000 населения данного возраста), достигая своего максимума в группе 70 лет и старше (88,2 на 1000 населения) (рис. 2). Злокачественные новообразования преобладают в возрастных группах с 60 лет и старше и составляют в группе 60–69 лет 60,9 (82% от всего класса), а в группе 70 и старше – 79,1 на 1000 населения соответствующей возрастной группы (89,7%). Полученная в ходе исследования динамика заболеваемости (по данным госпитализаций) злокачественными новообразованиями по возрастным группам соответствует данным ранее проведённых исследований [8, 9, 10, 11]. У лиц возрастных групп 18–29 и 30–39 лет заболеваемость доброкачественными новообразованиями преобладает над злокачественными и обращаемость по поводу заболеваний данного подкласса в этой воз-

растной группе наименьшая (3,9 и 9,1 на 1000 населения каждой козрастной группы, соответственно). При этом заболеваемость миомой матки составляет в группе 30–39 лет 6,2, в группе 40–49 лет – 46,4 и в группе 50–59 лет – 17,6 на 1000 населения соответствующего возраста (по 68%, 88,2% и 72,7% от всех доброкачественных новообразований своей возрастной группы). Высокие показатели заболеваемости миомой матки в данных возрастных группах получены многими исследователями [12, 13].

По классу «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» наибольшая обращаемость отмечена в группе 70 лет и старше (8,8 на 1000 населения данной группы), а наименьшая – в группе 18–29 лет (1,5 на 1000 населения данного возраста).

По классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания нарушения обмена веществ» заболеваемость имеет неуклонную нарастающую динамику в зависимости от возраста (рис. 2). Наибольшая заболеваемость отмечена в группах 60–69 и 70 лет и старше (по 112,7 на 1000 населения данной возрастной группы), которая превышает таковую в группе 18–29 лет (18,3 на 1000 соответствующего населения) в 6,2 раза. Подобная динамика заболеваемости по обращаемости обусловлена главным образом ростом сахарного диабета, заболеваемость которым в группе 18–29 лет составляет 0,9, а в группе 70 лет и старше – 86,8 на 1000 населения соответствующего возраста. Продолжительность жизни больных, страдающих сахарным диабетом, увеличивается, в связи с ранней выявляемостью заболевания, улучшением качества и своевременностью назначения лечения [14]. Проведение медицинской реабилитации данной категории пациентов позволит минимизировать и отдалить возникновение как макро- так и микроангиопатий и их последствий у данной категории больных. Заболеваемость болезнями щитовидной железы в группе 18–29 лет наименьшая – 9,6 на 1000 данного населения, а затем число обращений постепенно возрастает в каждой последующей возрастной группе до 112,7 на 1000 населения каждой возрастной группы в группах 60–69 и 70 лет и старше.

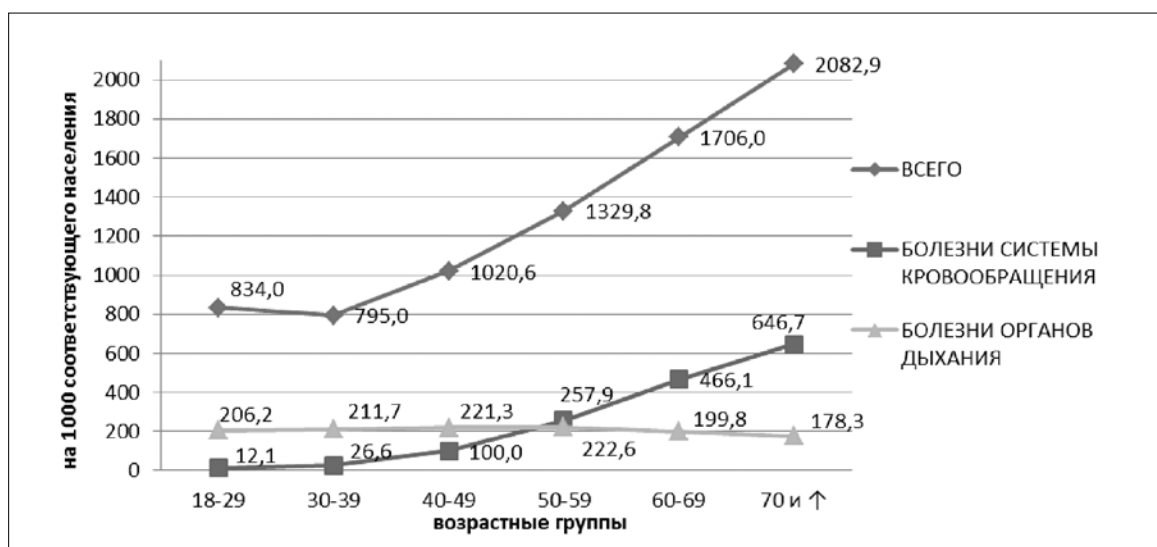


Рис. 1. Повозрастная заболеваемость взрослого населения по обращаемости за 2010 г. (на 1000 населения соответствующего возраста).

По шестому классу «Болезни нервной системы» в группе 18–29 лет число обращений составило 38,3 на 1000 данного населения и было обусловлено, в основном, расстройствами вегетативной нервной системы – 27,9 на 1000 населения данного возраста (на 72,8%) (рис 2.). В группе 30–39 число обращений снижается до 32,5 случая, а затем постепенно нарастает и достигает в возрастной группе 70 лет и старше 88,7 на 1000 населения соответствующего возраста. Подобная динамика роста заболеваемости в данном классе болезней начиная с 50–59 лет обусловлена появлением и нарастанием в последующих возрастных группах переходящих транзиторных церебральных ишемических приступов, болезни Паркинсона и других нарушений нервной системы.

По седьмому и восьмому классам «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и «Болезни уха и сосцевидного отростка» заболеваемость, начиная с возраста 40–49 лет приобретает выраженную тенденцию к росту. Заболеваемость по обращаемости болезнями среднего уха и сосцевидного отростка, включая острые и хронические отиты, в старших возрастных группах незначительно снижается, в то время как заболеваемость болезнями слуховой трубы нарастает.

По классу «Болезни системы кровообращения» заболеваемость в зависимости от возраста значительно нарастает, а после 40–49 лет – стремительно (рис. 1). Главным образом, рост обусловлен неуклонным увеличением больных, страдающих болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (с 5,0 в 18–29 лет до 317,8 на 1000 населения соответствующей возрастной группы в 70 лет и старше), ишемической болезнью сердца (с 0,8 в 18–29 лет до 168,8 на 1000 населения соответствующей возрастной группы в 70 лет и старше в большей степени хронической ишемической болезнью сердца (125,2), и в меньшей – стенокардией (39,7) и острым инфарктом миокарда (3,9 на 1000 данного населения). Начиная с 50–59 вплоть до 70 лет и старше, также отмечается рост заболеваемости цереброваскулярными болезнями (13,8 и 77,0 на 1000 населения соответствующей группы), в том числе инсультами (2,7 и 12,6 на 1000 населения

соответствующей группы). Число случаев заболеваний цереброваскулярными болезнями и инсультами в группе 70 лет и старше по сравнению с группой 50–59 лет возрастает в 5,6 и 4,7 раза, соответственно. Рост заболеваемости атеросклерозом сосудов головного мозга и коронарных артерий из-за увеличения продолжительности воздействия факторов риска, стресса и присоединения сочетанной патологии со стороны других органов и систем организма способствует нарастанию данной патологии. Заболеваемость болезнями артерий, артериол и капилляров, а также вен и лимфатических сосудов также нарастает с возрастом. По данным исследований, проведённых ранее [15, 16, 17] имеется отчетливое возрастзависимое увеличение заболеваемости болезнями данного класса, продолжающееся до конца жизни.

По десятому классу «Болезни органов дыхания» после роста показателей заболеваемости в группах с 18–29 до 50–59 лет (206,2 и 222,6 на 1000 соответствующего населения) имеется тенденция к её уменьшению после 60 лет до 199,8 и 178,3 в возрастных группах 60–69 и 70 лет и старше (рис. 1). Число обращений по поводу пневмонии в возрастной группе 70 лет и старше – 8,1 по сравнению с группой 18–29 лет (3,4 на 1000 соответствующего населения) увеличилось в 2,4 раза. В то время как среди других болезней верхних дыхательных путей наибольшее число обращений отмечено в группе 18–29 лет (21,7), среди хронических болезней нижних дыхательных путей наибольшее число обращений отмечено в группе 70 лет и старше (66,1 на 1000 населения соответствующей возрастной группы). Подобная динамика объясняется преобладанием заболеваемости тяжёлыми хроническими болезнями нижних дыхательных путей с возрастом, что обусловлено нарастающим воздействием вредных факторов окружающей среды на организм, усугублением обструктивного синдрома и необратимого характера изменений в органах дыхания, а также присоединением сочетанной патологии со стороны других систем. Заболеваемость хроническими специфическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) у пожилых по сравнению с возрастом 16–19 лет увеличивается в 8 раз [18]. Заболеваемость бронхиальной астмой

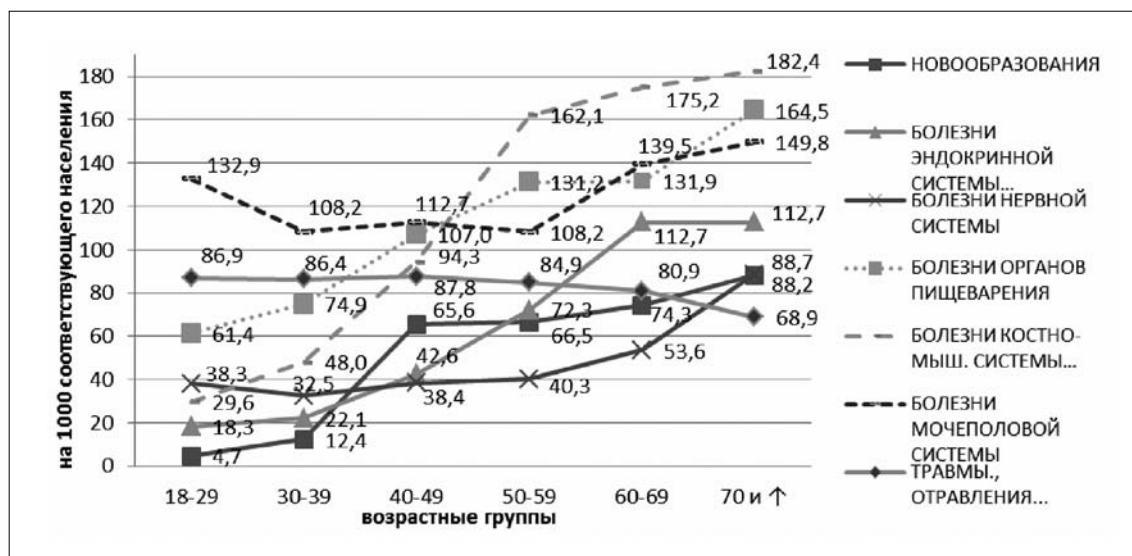


Рис. 2. Повозрастная заболеваемость взрослого населения по обращаемости за 2010 г. (на 1000 населения соответствующего возраста).



и обращаемость за медицинской помощью до 19 лет выше, чем в последующих возрастных группах, а с 20 до 79 лет эти показатели неуклонно возрастают [19]. Лица 60 лет и старше составляют 44% больных бронхиальной астмой [20]. В ходе ряда проведенных ранее исследований доказана роль возрастных изменений системы внешнего дыхания в развитии легочной патологии в старости и более высокая распространенность ХНЗЛ у городского населения пожилого и старческого возраста [21].

По классу «Болезни органов пищеварения» число обращений нарастает с возрастом, но менее выражено, чем в других классах, что объясняется разнонаправленностью динамики по отдельным заболеваниям (рис. 2). Заболеваемость болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки нарастает с 32,0 в группе 18–29 лет до 44,2 в группе 40–49 лет, а затем снижается до 28,2 на 1000 населения соответствующей возрастной группы в группе 70 лет и старше. Заболеваемость язвенной болезнью желудка имеет такую же тенденцию, с максимумом в группе 40–49 лет (18,7 на 1000 населения данного возраста), что объясняется снижением пептического фактора в этиологии данного заболевания с возрастом. В то время как, наибольшая заболеваемость гастритом и гастродуоденитом отмечена в группах 18–29 и 30–39 лет (26,3 и 26,0 на 1000 населения соответствующей возрастной группы), чему способствует нарушение режима и характера питания: однотипное, редкое и быстрое (преимущественно в пунктах быстрого питания), в последующих возрастных группах она постепенно снижается до 17,0 в группе 70 лет и старше. С возрастом растет число сочетанной хронической патологии, нарастает симптоматика заболеваний, вынуждающая больных обращаться за медицинской помощью. Так заболеваемость болезнями печени и поджелудочной железы максимальная в 70 лет и старше (6,5 и 18,8 на 1000 населения данной возрастной группы, соответственно), желчного пузыря желчевыводящих путей достигает своего максимума в группе 50–59 лет (24,7 на 1000 населения данной возрастной группы). Многие пациенты к этому возрасту уже прооперированы по поводу данных заболеваний, соблюдают диету, лучше скомпенсированы лекарственной терапией. Анализ ранее проведенных исследований показал, что в составе населения по данным обращаемости увеличивается доля лиц, страдающих сочетанной хронической патологией желудочно-кишечного тракта, с 2–7% в возрасте 25–29 лет и до 30% и более в возрастной группе 60 лет и старше, а в контингенте хронических больных эта доля примерно в два раза выше [21].

По классу «Болезни кожи и подкожной клетчатки» существенной динамики по возрастным группам не выявлено, за исключением снижения числа обращений в группе 30–39 лет: 35,8 на 1000 населения данной группы по сравнению с 55,3 в возрасте 18–29 лет, и увеличения числа обращений в группе 70 лет и старше (70,2 на 1000 данного населения).

По классу «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» число обращений имеет значительную тенденцию к росту в зависимости от возраста (рис. 2). Заболеваемость в целом по классу в возрастной группе 70 лет и старше (182,4 на 1000 населения данной группы) по сравнению с группой 18–29 лет (29,6 на 1000 населения данной группы) увеличивается в 6,2 раза. Рост числа обращений по поводу артропатий

происходит, как за счет увеличения заболеваемости артрозами (в 12,1 раза в вышеуказанных группах), так и за счет заболеваемости артропатиями воспалительного характера (в группе 70 лет и старше по сравнению с группой 20–29 лет в 6,3 раза). Закономерность нарастания нарушения обменных процессов в костно-мышечной системе и соединительной ткани в связи с возрастом из-за гормональных нарушений, нарушений трофики тканей и воздействия других неблагоприятных факторов на опорно-двигательный аппарат очевидны. По поводу дорсопатий наибольшее число обращений в группах 50–59 лет (89,6 на 1000 населения соответствующего возраста) и 60–69 лет (75,4 на 1000 населения данного возраста), за счет нарастания остеохондроза позвоночника и других деформирующих дорсопатий в более старших возрастных группах.

По классу «Болезни мочеполовой системы» однонаправленной динамики не наблюдается, что объясняется разнообразием этиологии и патогенеза составляющих её отдельных заболеваний (рис. 2). Наибольшее число обращений отмечено в группе 60–69 лет – 139,5 и в группе 70 и старше – 149,8, наименьшее – в группах 30–39 и 50–59 лет — по 108,2 на 1000 населения данного возраста. Заболеваемость тубулонтерстициальными болезнями почек в группе 20–29 лет составила 8,8 на 1000 населения данной возрастной группы, что выше, чем в 30–39 и 40–49 лет и связано с необходимостью обследования лиц призывного возраста, манифестацией воспалительного процесса в связи с наличием пороков развития мочеполовой системы. Затем этот показатель начинает возрастать с 8,1 на 1000 населения данной возрастной группы в 50–59 лет до 16,1 в возрасте 70 лет и старше, что связано с хронизацией воспалительного процесса, учащением рецидивов болезни, нарушением уродинамики из-за аденомы предстательной железы [22]. Заболеваемость мочекаменной болезнью с возрастом увеличивается, в группе 70 лет и старше по сравнению с группой 18–29 лет, в 10,5 раз, что является следствием нарушений обменных процессов в организме, в совокупности с хроническим воспалительным процессом в мочевых путях и присоединением нарушений уродинамики [22].

Заболеваемость болезнями мужских половых органов с возрастом увеличивается, в большей степени с 50–59 лет, за счет гиперплазии предстательной железы (в группе 50–59 лет – 2,1 по сравнению с группой 70 лет и старше – 36,9 на 1000 населения соответствующего возраста). Клинические проявления доброкачественной гиперплазии предстательной железы имеют 14–40% мужчин в возрасте до 50 лет, а в возрасте старше 60 лет – в 23%, хотя при обследовании доброкачественной гиперплазией предстательной железы выявляется в 69% случаев [23].

Заболеваемость болезнями женских половых органов максимальная в 18–29 лет – 110 на 1000 населения данной группы. Заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов наиболее высокая в группах 18–29 и 30–39 лет (68,3 и 46,7 на 1000 населения, соответственно), что объясняется преобладанием заболеваемости воспалительными болезнями влагалища и вульвы (51,6), а также сальпингитами и оофоритами (12,9 на 1000 населения данной группы) у молодых. Заболеваемость невоспалительными болезнями женских половых органов также максимальна в возрастных группах 18–29 и 30–39 лет (41,7 и 39,0 на 1000 населения данных групп, соответственно)

в основном за счёт обращаемости по поводу эктопии шейки матки (27,2 и 16,3 на 1000 населения упомянутых групп, соответственно) и далее с возрастом снижается. Заболеваемость эндометриозом наибольшая в группах 30–39 и 40–49 лет (5,1 и 7,1 на 1000 населения, соответственно).

По классу «Беременность, роды и послеродовый период» наибольшее число обращений закономерно приходится на возрастные группы 18–29 и 30–39 лет (94,9 и 59,0 на 1000 населения соответствующего возраста).

По классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» число обращений наибольшее и примерно одинаково в возрастных группах 18–29, 30–39 и 40–49 лет (86,9, 86,4 и 87,8 на 1000 населения соответствующей группы), затем постепенно снижается и достигает в группе 70 лет и старше 68,9 на 1000 населения данной группы (рис. 2). Обращаемость в связи с внутричерепной травмой наибольшая в группе 18–29 лет (5,3 на 1000 населения данной возрастной группы), далее она снижается. Аналогичная повозрастная частота обращений по поводу острой черепно-мозговой травмы была получена в ходе ранее проведённого исследования [24]. Число обращений по поводу переломов с воз-

растом нарастает, но с 40 лет и старше колебания по числу обращений незначительные.

Вывод. При проведении углублённого анализа заболеваемости по данному обращаемости взрослого населения в разрезе 6 возрастных групп и всех классов болезней выявлены тенденции заболеваемости взрослого населения по обращаемости, отражающие существенные её различия в зависимости от возраста. С учётом полученных данных отражена зависимость между возрастным составом населения и характером его обращений в амбулаторно-поликлинические ЛПУ.

Учитывая неодинаковый возрастной состав регионов РФ, знание о преимущественной заболеваемости населения различных возрастных групп позволит разворачивать сеть медицинских учреждений с учётом потребности конкретного региона в медицинской помощи того или иного профиля.

Данное исследование является одним из базовых этапов большого блока работ по определению нужды населения России в медицинской реабилитации, которая будет разработана нами с учётом мнения компетентных экспертов в разрезе возрастных групп с учётом её проведения, в зависимости от тяжести заболевания, в стационарных и амбулаторных условиях.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Леонов С.А. Реформы системы здравоохранения. Предпосылки и основные принципы. //Социальные аспекты здоровья населения. 2008. № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/75/30/> (дата обращения: 01.11.12)
2. Стародубов В.И., Флек В.О. Проблемы и перспективы финансирования российского здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2007. №1. С. 5–17.
3. Семёнов В.Ю., Руголь Л.В., Матвеев Э.Н. Повозрастные показатели нуждаемости детского населения в стационарной медицинской помощи на примере Московской области //Социальные аспекты здоровья населения. 2010. №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/242/30/lang.ru/> (дата обращения: 16.10.12)
4. Суханова Л.П. Репродуктивный процесс в демографическом развитии России //Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №4 (12). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/159/27/> (Дата обращения: 04.11.12).
5. Щепин О.П. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. №1. С. 3–8.
6. Леонов С.А., Матвеев Э.Н. Проблемы нормативной базы Программы государственных гарантий на современном этапе развития здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. № 3. С. 14–18.
7. Комаров Ю. М. Желанное и действительное в современной демографии // Здравоохранение. 2008. № 7. С. 151–158.
8. Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Харченко Н.В. Заболеваемость злокачественными опухолями лиц в возрасте до 39 лет по РСФСР (1983–1987) // Сборник научных трудов «Злокачественные новообразования у лиц молодого возраста». М.: Ордена «Знак Почета» типография им. Воробьёвского, 1991. С. 5–9.
9. Фейгина Д.Б. Оценка зависимости заболеваемости и смертности вследствие злокачественных новообразований от возрастано-половой структуры населения Узбекской ССР – 1990 // Сборник научных трудов «Современные проблемы онкологии». Ташкент, 1990. С. 8–11.
10. Хасанов Р.Ш. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в возрастном аспекте как одна из возможностей повышения эффективности профилактических осмотров – 1996 // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию онкологической службы Алтайского края «Актуальные вопросы онкологии». Барнаул: ОАО «Алтайбланкиздат», 1996. С. 117–119.
11. Шабашова Н.Я. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в старших возрастных группах населения Санкт-Петербурга – 2001 // Клиническая геронтология. 2001. Т.7. №7. С. 45–51.
12. Бантьева М.Н., Суханова Л.П. Вопросы оптимизации амбулаторной акушерско-гинекологической службы //Социальные аспекты здоровья населения. 2011. №3. [Электронный научный журнал]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/309/30/> (дата обращения: 30.10.12)
13. Волков В.Г., Малых Н.Е. Возрастные особенности патологии эндометрия //Вестник новых медицинских технологий. 2000. Т.7. № 3–4. С. 109–110.
14. Дедов И. И., Балаболкин М. И. Новые возможности компенсации сахарного диабета типа 1 и профилактики его сосудистых осложнений / М.: ИМА-пресс., 2003. 167 с.
15. Волкова Е.Г. Артериальная гипертензия: аналитическая модель и прогноз распространенности в различных возрастных группах: Автореф. ...дисс. канд. мед. наук. Саратов, 2008. 24 с.
16. Ишейкина Ю.А. Общие закономерности формирования болезней системы кровообращения среди населения Украины. //Университетская клиника, Донецк. 2009. Т.5. №1–2. С. 113–117.
17. Теблов К.И., Арабидзе Г.Г., Афанасьева М.И., Ипатов А.И., Шапченко А.В., Полякова О.В. Связь аполипопротеина В100 и липопротеида (а) с заболеваемостью ишемической болезнью сердца в возрастных группах от 40 до 89 лет // Клиническая фармакология и терапия. 2005. №4. С. 82–83.
18. Коркушко О.В., Иванов Л.А. О взаимосвязи возрастных изменений дыхательной системы и легочной патологии у пожилых и старых людей // Герiatricкие аспекты клинической пульмонологии. Ленинград, 1990. С. 7–13.
19. Окоченко Т.И. Региональные и возрастные особенности заболеваемости бронхиальной астмой и ассоциированных с ней заболеваний в условиях воздействия аэрополлютантов (клинико-экспериментальное исследование): Дисс. докт. мед. наук. Великий Новгород, 2009. 406 с.
20. Аннадурдыев О.А., Сахатова И.Н. Особенности распространения, течения и исходов основных форм неспецифических заболеваний легких в условиях аридного климата Туркмении: возрастные аспекты патологии /Герiatricкие аспекты клинической пульмонологии. Ленинград: «Ленуниверзитат», 1990. С. 24–30.
21. Алябьева В.А. Возрастные особенности формирования сочетанной хронической патологии // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко. 1995. №1. С. 65–68.
22. Карпин А.Д., Гафанов Р.А., Миленин К.Н. Пиелонефрит: клиника, диагностика и лечение // Лечащий врач. 2002. №11. С. 16–19.
23. Вовк Е.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы как возрастная проблема //Архив патологии. 2008. Т.70. №2. С. 26–29.
24. Лебедев Э.Д., Поляков И.В., Могучая О.В., Куликова Т.Н., Петрова Н.Г. Госпитализированная заболеваемость при острой черепно-мозговой травме // Здравоохранение Российской Федерации. 1992. №6. С. 12–13.

**Резюме**

Проведён подробный анализ заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения России в разрезе 6 возрастных групп по всем классам и некоторым отдельным болезням. Выявлены тенденции заболеваемости по обращаемости взрослого населения, отражающие существенные её различия в зависимости от возраста. Отражена зависимость между возрастным составом населения и характером его обращений в амбулаторно-поликлинические ЛПУ. Данное исследование является основным этапом большого блока работ по определению нужды населения России в восстановительном лечении, которая будет разработана нами в разрезе возрастных групп с учётом его проведения, в зависимости от тяжести заболевания, в стационарных и амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** повозрастная заболеваемость населения, заболеваемость населения в различных возрастных группах, заболеваемость по обращаемости взрослого населения.

**Summary**

The detailed morbidity analysis under the adult population appealability in the section of 6 adult groups on all classes and some separate diseases has been made. Adult population negotiability tendencies, reflecting its essential differences, depending on the age have been revealed. The dependence between age groups of population and kind of its out-patient treatment in ambulatory policlinic organization. The present research is the basic stage of a wide range of works for the determination of the Russian population need in rehabilitation medicine which will be developed by us in the section of age groups, taking into account the severity of disease, in in-patient and out-patient treatment conditions.

**Keywords:** age-specific population hospitalization, population morbidity in different age groups, adult population appealability.

---

**Контакты:**

**Прилипко Нина Станиславовна.** E-mail: n\_prilipko@mail.ru

**Бантьева Марина Николаевна.** E-mail: bamani@list.ru