

Министерство здравоохранения Красноярского края

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД
О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
В 2010 ГОДУ**

г. Красноярск, 2011

УДК. 614
ББК 51.1 Г 72

Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2010 году. – Красноярск, 2011 – 295 с.

Настоящий доклад подготовлен с использованием данных государственной и отраслевой статистики, а также результатов научно-исследовательских работ и других документов специалистами министерства здравоохранения Красноярского края, территориального управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр». Представленный в докладе материал является обобщением статистических разработок, аналитических материалов и рекомендаций.

ISBN

Главный редактор:

Янин В.Н. – министр здравоохранения Красноярского края

Шеф-редактор:

Побоев В.А. – начальник отдела анализа и прогнозирования
КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский
информационно-аналитический центр»

Редакционная коллегия:

Корчагин Е.Е. - первый заместитель министра здравоохранения Красноярского края;

Немик Б.М. - заместитель министра здравоохранения Красноярского края;

Артюхов И.П. - ректор ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Барышников К.А. - заведующий отделением экстренной и планово-консультативной медицинской помощи КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Бородина Т.Н. - консультант отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Бендера А.П. - главный врач КГБУЗ «Красноярская краевая психиатрическая больница №2»;

Бурмистров Ю.Н. – директор КГБУЗ «Красноярский краевой территориальный центр медицины катастроф»;

Волкун Т.М. - консультант отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Головина Н.И. - заместитель главного врача по лечебной части КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Голубева Т.Н. - начальник отдела по планированию объемов медицинской помощи и стандартизации медицинской помощи министерства здравоохранения Красноярского края;

Готовко Е.В. – заместитель начальника отдела экономического анализа и планирования министерства здравоохранения Красноярского края;

Данюк Г.Г. – руководитель-главный эксперт ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы»;

Евминенко С.А. - начальник КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно - аналитический центр»;

Захаринская О.Н. – заведующая профпатологическим центром КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Катцина Г.И. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1»;

Квашнина И.Н. – начальник отдела экономического анализа и планирования Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования;

Козлов В.В. - доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Киселева Е.Ю. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1»;

Куркатов С.В. – руководитель территориального управления Роспотребнадзора по Красноярскому краю;

Кутумова О.Ю. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики»;

Лапшина Л.С. - начальник отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Модестов А.А. – главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер»;

Мирончик С.Л. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулёзный диспансер № 1»;

Наумова Т.Н. – заместитель начальника отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Низамеева Г.З. – консультант отдела по организации медицинской помощи взрослому населению и санаторно-курортного дела министерства здравоохранения Красноярского края;

Никитина М.И. – заместитель начальника КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно - аналитический центр»;

Подкорытов А.В. – начальник КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»;

Попов А.А. – зав. кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Рузаева Л.А. - главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;

Симакова В.М. - заместитель главного врача по поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Соколовская В.К. – начальник отдела статистики КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно - аналитический центр»;

Черданцев Д.В. – зав. кафедрой хирургии №2 ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Чередниченко Л.В. - консультант отдела по управлению кадрами, профессиональной подготовки медицинских кадров министерства здравоохранения Красноярского края;

Чухрова М.А. – заведующая дневным стационаром КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Филина Н.Г. – главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови №1»;

Хоменко Н.В. - консультант отдела по организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края;

Шульмин А.В. - зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Штегман О.А. – доцент кафедры внутренних болезней №2 ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого»;

Ярусова О.А. - консультант отдела по организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	8
РАЗДЕЛ 1. КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ.....	13
1. ИСТОРИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	13
2. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ.....	16
2.1. Общая характеристика краевых демографических процессов.....	16
2.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении.....	21
2.3. Рождаемость.....	22
2.4. Смертность.....	24
2.5. Материнская смертность.....	32
2.6. Младенческая смертность, детская смертность.....	33
3. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА	42
3.1. Ресурсы акушерско-гинекологической службы	42
3.2. Заболеваемость женского населения	47
3.3. Состояние здоровья беременных.....	49
3.4. Перинатальная смертность.....	53
3.5. Скрининг новорожденных.....	56
3.6. Уровень абортов в крае и их профилактика.....	60
4. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....	66
4.1. Заболеваемость детей.....	66
4.1.1. Социально обусловленные заболевания.....	68
4.2. Питание детей.....	71
4.3. Ресурсы педиатрической службы.....	71
4.3.1. Дома ребенка.....	71
4.3.2. Лечебно-профилактические учреждения.....	74
4.4. Кадры.....	76
4.5. Санаторно-курортное лечение детей.....	76
5. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ.....	79
5.1. Основные тенденции заболеваемости населения в Красноярском крае.....	79
5.1.1. Заболеваемость подростков.....	84
5.1.2. Заболеваемость взрослого населения.....	87
5.1.3. Дополнительная диспансеризация.....	90
5.2. Социально-значимые заболевания.....	93
5.2.1. Болезни системы кровообращения.....	93
5.2.2. Новообразования	100
5.2.3. Социально обусловленные инфекции.....	104
5.2.3.1. Туберкулез.....	104
5.2.3.2. Инфекции, передаваемые половым путем.....	109
5.2.3.3. ВИЧ-инфекция.....	113
5.2.4. Наркологическая заболеваемость.....	123
5.2.5. Психические расстройства.....	128
5.3. Внутрибольничные инфекции.....	132
5.4. Инфекционная и паразитарная заболеваемость.....	137
6. ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ.....	154
7. ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ.....	161
7.1. Инвалидность среди взрослого населения.....	162
7.2. Детская инвалидность.....	168
РАЗДЕЛ 2. СОСТОЯНИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ	
ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.....	175
1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.....	175
1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь	175
1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь и деятельность службы медицины катастроф.....	182

1.3. ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ).....	187
1.4. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ.....	189
1.4.1. Хирургическая помощь	197
1.4.2. Терапевтическая помощь	203
1.4.3. Урологическая помощь	206
1.5. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	210
1.6. САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ ПОМОЩЬ	215
1.7. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ.....	218
1.8. ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	222
1.9. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН	225
1.10. ПРОФИЛАКТИКА.....	230
РАЗДЕЛ 3. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	234
РАЗДЕЛ 4. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	247
РАЗДЕЛ 5. РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	260
РАЗДЕЛ 6. СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.....	268
РАЗДЕЛ 7. СОСТОЯНИЕ ОСНОВНЫХ ФОНДОВ, ПРОБЛЕМЫ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ЛПУ.....	277
РАЗДЕЛ 8. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТОВЕРНОСТИ ДАННЫХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	279
РАЗДЕЛ 9. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ).....	283
РАЗДЕЛ 10. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ....	288
10.1. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ ГОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО».....	288
10.2. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ НИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ СЕВЕРА СО РАМН	293

ВВЕДЕНИЕ

*Медицина есть царица наук, ибо здоровье
безусловно, необходимо для всего великого
и прекрасного на земле.*

Ф.П.Гааз

Представляем Вашему вниманию материалы очередного Государственного доклада о состоянии здоровья населения Красноярского края.

Основными задачами развития системы здравоохранения Красноярского края в 2010 году являлись повышение доступности и качества медицинской помощи, эффективное управление ресурсами, формирование и пропаганда здорового образа жизни населения.

В течение 2010 года в крае реализовывались 4 федеральных, 9 краевых и долгосрочных целевых программ в сфере здравоохранения. Мероприятия программ были направлены на укрепление материально-технической базы и лицензирование учреждений здравоохранения, профилактику и лечение социально-значимых заболеваний, развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, дополнительную иммунизацию и диспансеризацию детей.

Разрабатывались меры, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, лекарственного обеспечения, в большей степени для малоимущих групп населения, жителей сельских территорий, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия. Решались задачи повышения эффективности функционирования системы здравоохранения, улучшения состояния здоровья детей и матерей, обеспечения качественными и безопасными лекарственными средствами, предупреждения болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.

Для повышения доступности медицинской помощи жителям удаленных и сельских территорий совместно с ОАО «Российские железные дороги» функционирует на постоянной основе медицинский поезд «Доктор Войно-Ясенецкий (св. Лука)», оснащенный современным лечебно-диагностическим оборудованием и системой телемедицинского консультирования.

Серьезное внимание уделялось мероприятиям, направленным на повышение уровня профессиональной подготовки и переподготовки медицинских работников, развитию новых лечебно-диагностических и профилактических технологий.

Мероприятия по улучшению демографической ситуации будут продолжены. Об эффективности проводимых мероприятий свидетельствует положительная динамика демографических показателей, прежде всего – рост рождаемости, снижение младенческой и материнской смертности.

Выражаем искреннюю признательность специалистам министерства здравоохранения Красноярского края, территориального управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, Федеральной службы госстатистики по Красноярскому краю, ученым Красноярского государственного медицинского университета имени проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого, которые принимали участие в формировании настоящего Государственного доклада. Надеемся, что представленные в докладе данные будут полезны и тем, кто вырабатывает стратегию развития здравоохранения и охраны здоровья населения Красноярского края, и тем, кто реализует ее на практике.



1. Центральная группа районов

г. Красноярск (зональный центр)
г. Бородино
г. Дивногорск
г. Сосновоборск
Балахтинский район
Березовский район
Большемуртинский район
Емельяновский район
Манский район
Новоселовский район
Партизанский район
Рыбинский район+г.Заозерный
Саянский район
Сухобузимский район
Уярский район

2. Южная группа районов

Ермаковский район
Идринский район
Каратузский район
Краснотуранский район
Курагинский район
г. Минусинск (зональный центр)
Минусинский район
Шушенский район

3. Восточная группа районов

Абанский район
Дзержинский район
Иланский район
Ирбейский район
г. Канск (зональный центр)
Канский район
Нижнеингашский район
Тасеевский район

4. Западная группа районов

г. Ачинск (зональный центр)
Ачинский район
Бирилюсский район
г. Боготол
Боготольский район
Большеулуйский район
Козульский район
г. Назарово
Назаровский район
Тюхтетский район
Ужурский район
г. Шарыпово
Шарыповский район

5. Богучанская группа районов

Богучанский район
Кежемский район
Мотыгинский район

6. Лесосибирская группа районов

г. Лесосибирск (зональный центр)
Енисейский район+г.Енисейск
Казачинский район
Пировский район
Северо-Енисейский район

7. Норильская группа районов

г. Игарка
г. Норильск
Туруханский район

8. Эвенкийский муниципальный район

9. Таймырский (Долгано-Ненецкий) муниципальный район

**Численность постоянного населения
в медико-социальных группах районов Красноярского края
на 01.01.2010 г.**

	Все население (чел.)	в том числе	
		городское (чел.)	сельское (чел.)
Центральная группа районов*	352645	169956	182689
Южная группа районов	249180	118045	131135
Восточная группа районов	254588	133145	121443
Западная группа районов	385150	267592	117558
Богучанская группа районов	88634	24587	64047
Лесосибирская группа районов	143775	101055	42720
Норильская группа районов	222988	210768	12220
Эвенкийский муниципальный район	16302	5373	10929
Таймырский (Долгано-Ненецкий) муниципальный район	36640	24513	12127
г.Красноярск	963175	962466	709
Красноярский край	2893926	2195523	698403

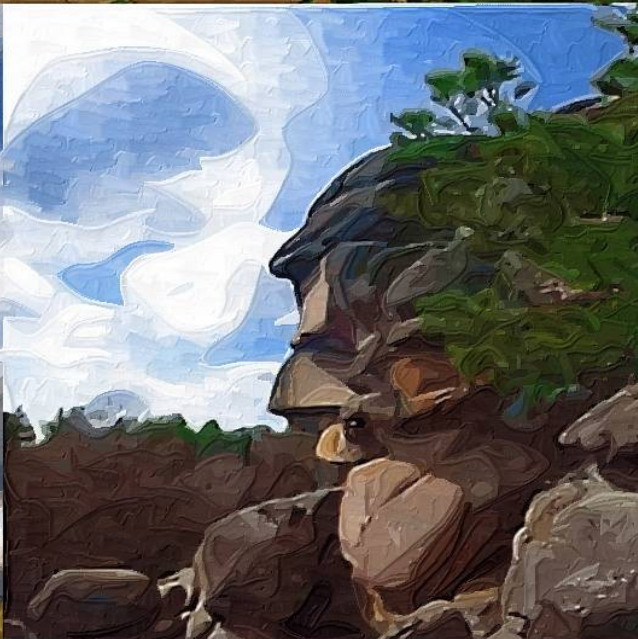
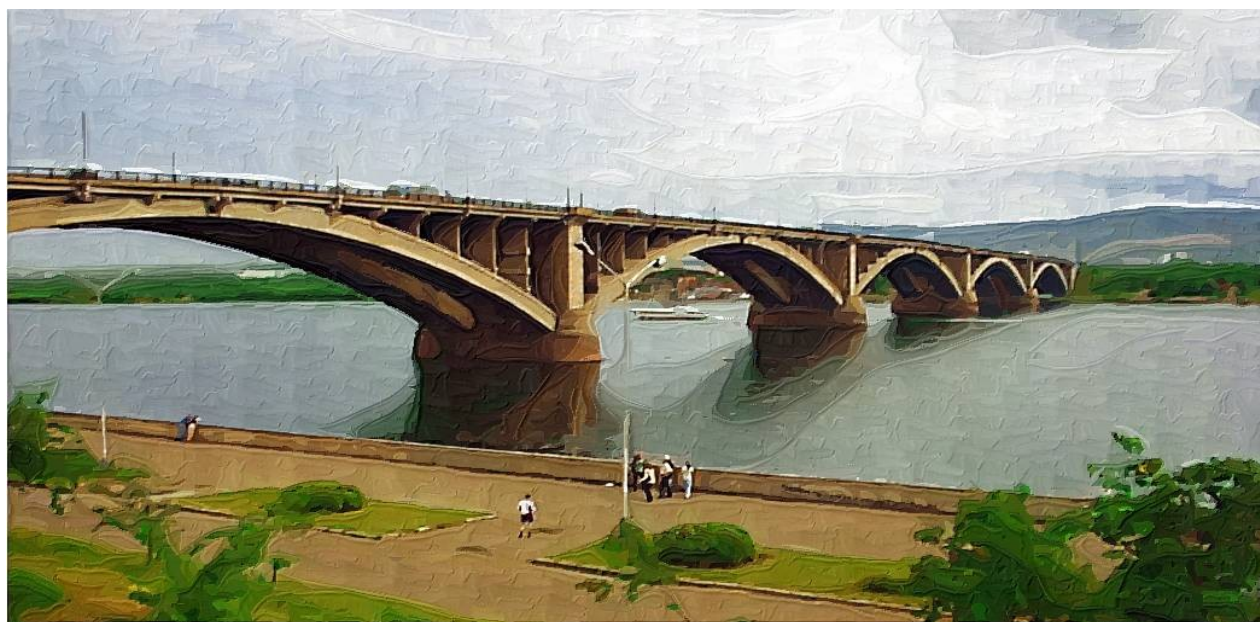
*без учета г.Красноярска

**Численность постоянного населения
в медико-социальных группах районов Красноярского края
на 01.01.2011 г. с учетом предварительных итогов ВПН-2010 г.**

	Все население (чел.)	в том числе	
		городское (чел.)	сельское (чел.)
Центральная группа районов*	338078	166855	171223
Южная группа районов	245253	91533	153720
Восточная группа районов	247156	130913	116243
Западная группа районов	375910	263274	112636
Богучанская группа районов	85778	24054	61724
Лесосибирская группа районов	141979	98111	43868
Норильская группа районов	194659	183166	11493
Эвенкийский муниципальный район	16233	5533	10700
Таймырский (Долгано-Ненецкий) муниципальный район	34352	22831	11521
г.Красноярск	979625	978870	755
Красноярский край	2829125	2161568	667557

*без учета г.Красноярска

КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ



РАЗДЕЛ 1. КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

1. История Красноярского края

Дата образования Красноярского края — 7 декабря 1934 г. Центр — г. Красноярск, основан в 1628 г. как военная крепость Красный Яр, получившая свое название по цвету красных мергелей на берегу р.Кача. Расстояние от Москвы до Красноярска 3955 км. Площадь Красноярского края — 2339,7 тыс. кв. км, или 13,6% всей территории страны.



Географическое положение

Красноярский край занимает в России центральное географическое положение, охватывая огромную территорию в 3000 километров – от Северного Ледовитого океана до южных отрогов Алтая-Саянской горной системы. Координаты региона: 51°48' и 77°41' северной широты. К районам Крайнего Севера и приравненным к ним местностям относятся более 90 процентов территории края.

Самая северная точка Красноярского края – мыс Челюскин, является полярной оконечностью Евразии и самой крайней северной точкой России. В центре региона, на юго-восточном берегу озера Виви, находится географический центр России.

**Знаете ли Вы,
что...**

*На территории
края в
окрестностях
озера Виви
(Эвенкия)
расположен
географический
центр России.*

Протяженность региона с запада на восток составляет 1250 километров на севере и 650 километров в южной части территории, вдоль Транссибирской магистрали. Красноярский край является второй по площади административной территорией в России, уступая только республике Саха (Якутия).

Территория региона расположена в бассейне реки Енисей, делящей край

Справочно:

По площади Красноярский край равен половине европейской части России или всем государствам СНГ (исключая Казахстан), вместе взятым. За рубежом южные широты региона соответствуют широтам Польши, Великобритании и центральных районов Канады. Площадь территории края в 10 раз больше территории Великобритании, в 4,5 раза - Франции. В Западной Европе он уместился бы в пространство от северных берегов Норвегии до Средиземного моря.

на Западную и Восточную Сибирь. Вдоль его левого берега простирается низменная долина, а вдоль правого берега Енисея – Среднесибирское плоскогорье, высотой до 1000 метров. На севере край омывается Карским морем, и морем Лаптевых Северного Ледовитого океана.

В Красноярском крае расположены два полуострова: Таймырский и частично Гыданский. В состав региона входят многие острова Северного Ледовитого океана – архипелаг Северная Земля; острова Сибирикова; Вилькицкого; Уединения; Олений; Диксон; Норденшельда и многие другие.

На востоке Красноярский край граничит с Республикой Саха(Якутия) и Иркутской областью; на западе с Республикой Хакасия, Кемеровской, Тюменской и Томской областями, а также с Ханты-Ман-

сийским и Ямало-Ненецким автономными округами, на юге – с Республикой Тыва.

Природные условия.

Климат Красноярского края резко континентальный; средняя температура января от -18 до -30 градусов, июля — от +21 до +12 градусов; количество осадков — от 200 мм на севере, до 800-1000 мм на юге. На севере — многолетняя мерзлота. Большая часть территории покрыта тайгой.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ



*Уверенность в будущем - главный путь
стабилизации численности населения...*

2. Медико-демографические процессы в Красноярском крае

2.1. Общая характеристика краевых демографических процессов

Численность постоянного населения Красноярского края по состоянию на 1 января 2011 г. с учетом предварительных данных Всероссийской переписи населения 2010 составила 2829,1 тыс. человек.

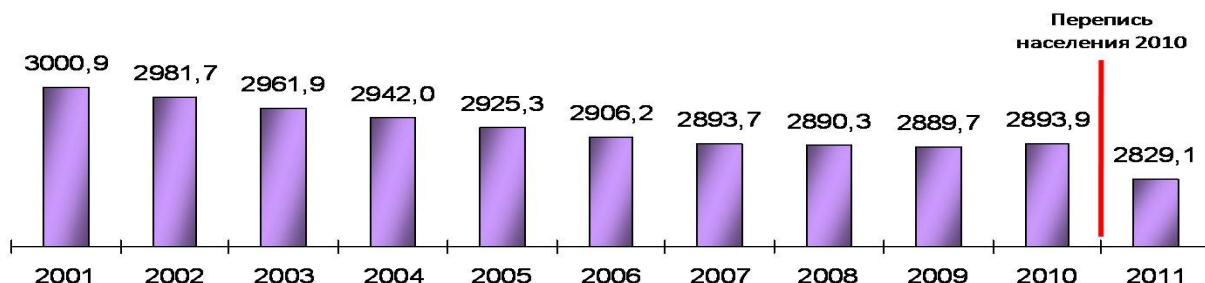


Рисунок 1 - Численность населения Красноярского края (на начало года; тыс. человек)

Численность и плотность населения в районах Красноярского края неоднородна. Это обусловлено как географическими, так и экономическими, социальными причинами. Наибольшую численность населения имеют районы, наиболее развитые в экономическом плане. Плотность населения низка в районах, имеющих большую площадь, занятую горными массивами, тундрой, таежными лесами (Эвенкийский муниципальный район).

Плотность населения в городах (число жителей на 1 кв.км.) колеблется от 2679,4 в г. Красноярске до 0,02 в Эвенкийском муниципальном районе

В составе Красноярского края на 31.12.2010 находились: 23 - города, 10 - внутригородских района, 44 - района, поселков городского типа - 40, сельских населенных пунктов - 1 700, сельских советов - 461.

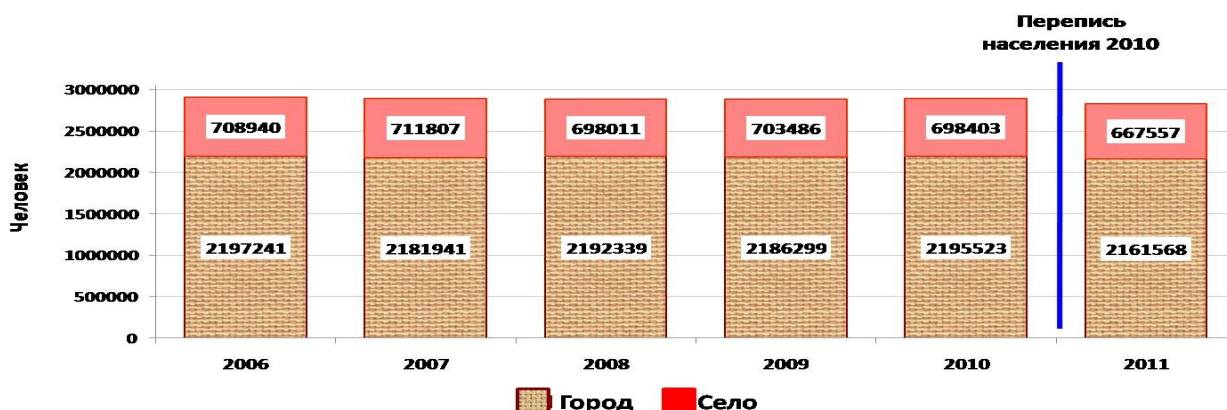


Рисунок 2 - Численность городского и сельского населения Красноярского края (на начало года)

Численность сельского населения составляет 23,5% от общей численности населения края.

На демографическую ситуацию в крае активно влияют миграционные процессы. В 2010 году 7 территорий края имели положительное сальдо миграции (число выбывших было меньше числа прибывших). Уже несколько лет главным ареалом притяжения мигрантов остается гг. Красноярск, Дивногорск и Емельяновский район. За последние 7 лет миграционный прирост здесь составил 73 тыс. человек (2,5% численности проживавшего в крае на начало 2010 г. населения).

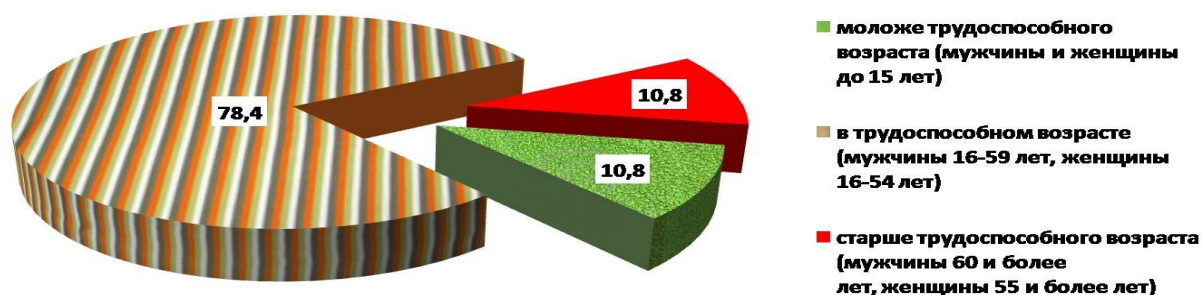


Рисунок 3 – Возрастная структура мигрантов внутри Красноярского края, 2010 г., %

В составе мигрантов в основном преобладает население в трудоспособном возрасте, на долю которого приходится 3/4 от общего их числа (рис. 3). В детском и трудоспособном возрасте среди мигрантов преобладают мужчины, и только в старшей возрастной группе преобладают женщины.

Таблица 1 - Компоненты изменения численности населения (тыс.чел.)

Годы	Изменения за год		
	Общий прирост, убыль (-)	Естественный прирост, убыль (-)	Миграционный прирост
2006	-12433	-8565	-3868
2007	-3398	-4264	866
2008	-565	-2107	1542
2009	4141	515	3626
2010	2622	396	2226
2006-2010	-9633	-14025	4392

В 2010 г. уменьшилась миграционная активность населения. В сравнении с прошлым годом наблюдалось снижение миграционного прироста на 38,6% (рис.4).

В 2006-2010 гг. естественная убыль населения края сократилась в 21,6 раза.

Справка!

Показатели, вычисляемые путем деления на численность населения, претерпели увеличение вследствие уменьшения числа жителей края (на 64,8 тыс.) по данным Всероссийской переписи населения 2010 г.

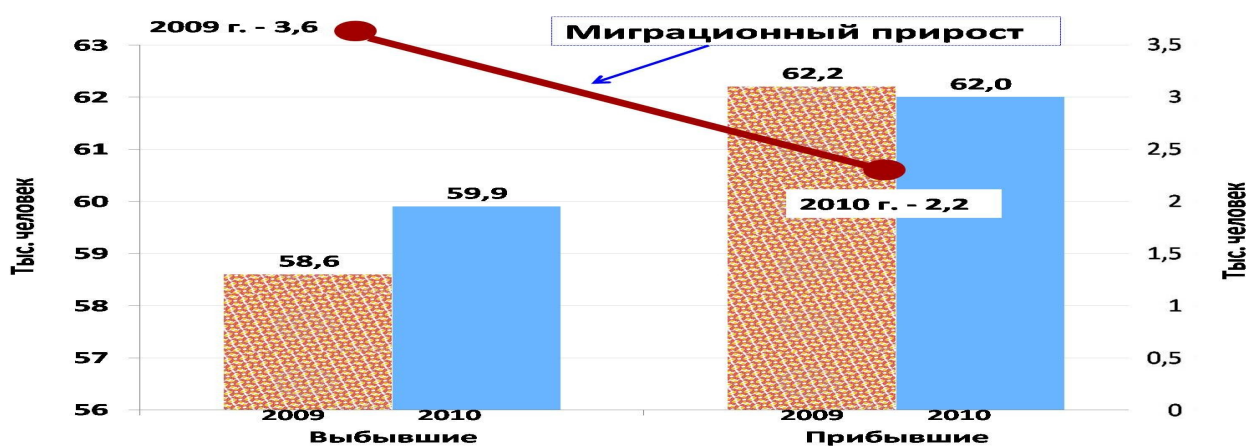


Рисунок 4 – Миграция населения Красноярского края в 2009 - 2010 гг. (тыс. человек)

Благодаря реализации программы «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае» на 2007-2009 гг. в целом по краю отмечается положительный естественный прирост населения (Рис.5).

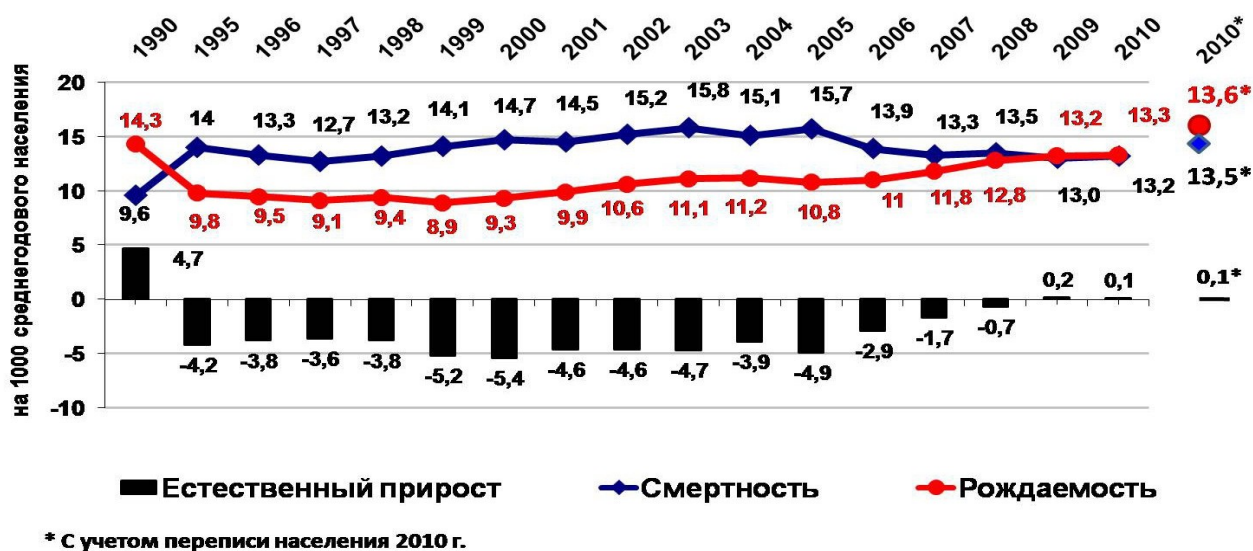


Рисунок 5 - Естественное движение населения Красноярского края в 1990-2010 гг.

Увеличение показателей рождаемости и уменьшение показателей смертности в последние годы обусловили благоприятную тенденцию уменьшения коэффициента естественной убыли населения Красноярского края. Величины показателя естественного движения населения по территориальным образованиям края в 2010 году варьировали от плюс 7,2 до минус 8,4 на 1000 населения.

Низкая рождаемость и пока еще высокая смертность населения трудоспособного возраста влияет на современный возрастной состав жителей края.

Показатели в 2010 г.:

Рождаемость ↑ 😊

Смертность ↑ ☹️

Демографическая нагрузка может иметь различное значение: положительное – когда нагрузка детьми превышает нагрузку пожилыми и, наоборот, отрицательное – в случае преобладания нагрузки пожилыми. В Красноярском крае в настоящий момент доминирует отрицательный компонент.

Начиная с 2007 года происходит систематическое снижение нагрузки детьми. В 2004 году их доля в общей нагрузке составляла 52,4%, в 2007 году - 49,2%, и к 2010 г. сократилась до 47,3%. Доля пожилых, напротив, выросла с 47,6% в 2004 году до 50,8% в 2007 году и до 52,7% в 2010 году.

В 2010 г. демографическая нагрузка на трудоспособное население края лицами старше трудоспособного возраста превысила демографическую нагрузку лицами моложе трудоспособного возраста (Рис.6).

В целом демографическая нагрузка на начало 2010 года по Красноярскому краю составила 560 человек, РФ - 606,1, СФО - 588,1 (265 - в возрасте моложе трудоспособного возраста, РФ – 258,7, СФО – 278,4; 295 – в возрасте старше трудоспособного, РФ – 347,5, СФО - 309,7) на 1000 человек трудоспособного возраста.

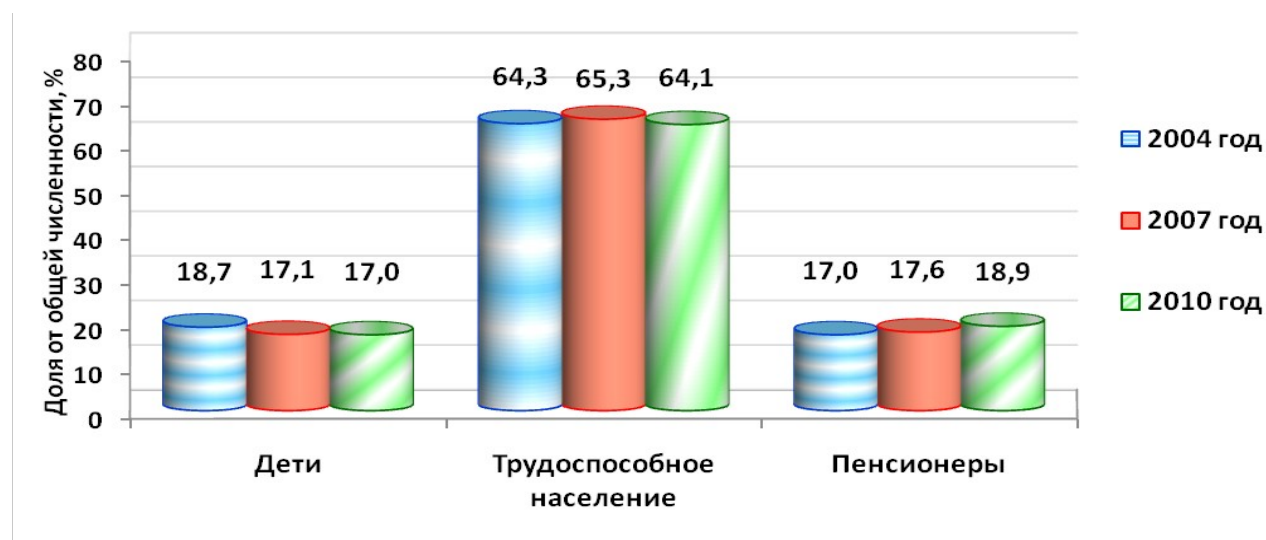


Рисунок 6 - Соотношение основных возрастных групп населения Красноярского края в 2004, 2007 и 2010 годах

Представленная возрастная структура свидетельствует, что в крае идет процесс старения населения: возраст почти каждого четвертого жителя старше трудоспособного, то есть на трех человек в трудоспособном возрасте приходится один в пенсионном возрасте.

Половозрастная структура населения Красноярского края характеризуется небольшим преобладанием мужского населения в возрастной группе от рождения до 24 лет, с 25 лет ситуация изменяется в сторону преобладания женского населения (Рис.7).

В целом доля мужчин в структуре населения составляет 46,6%, женщин 53,4%. Такое неблагоприятное соотношение

В Красноярском крае сложился регрессивный тип населения, когда доля лиц старше 55 лет (18,9%) превышает долю лиц от 0-15 лет (17,0%)

пола сложилось из-за высокой преждевременной смертности мужчин и это негативно влияет на показатели воспроизводства населения.

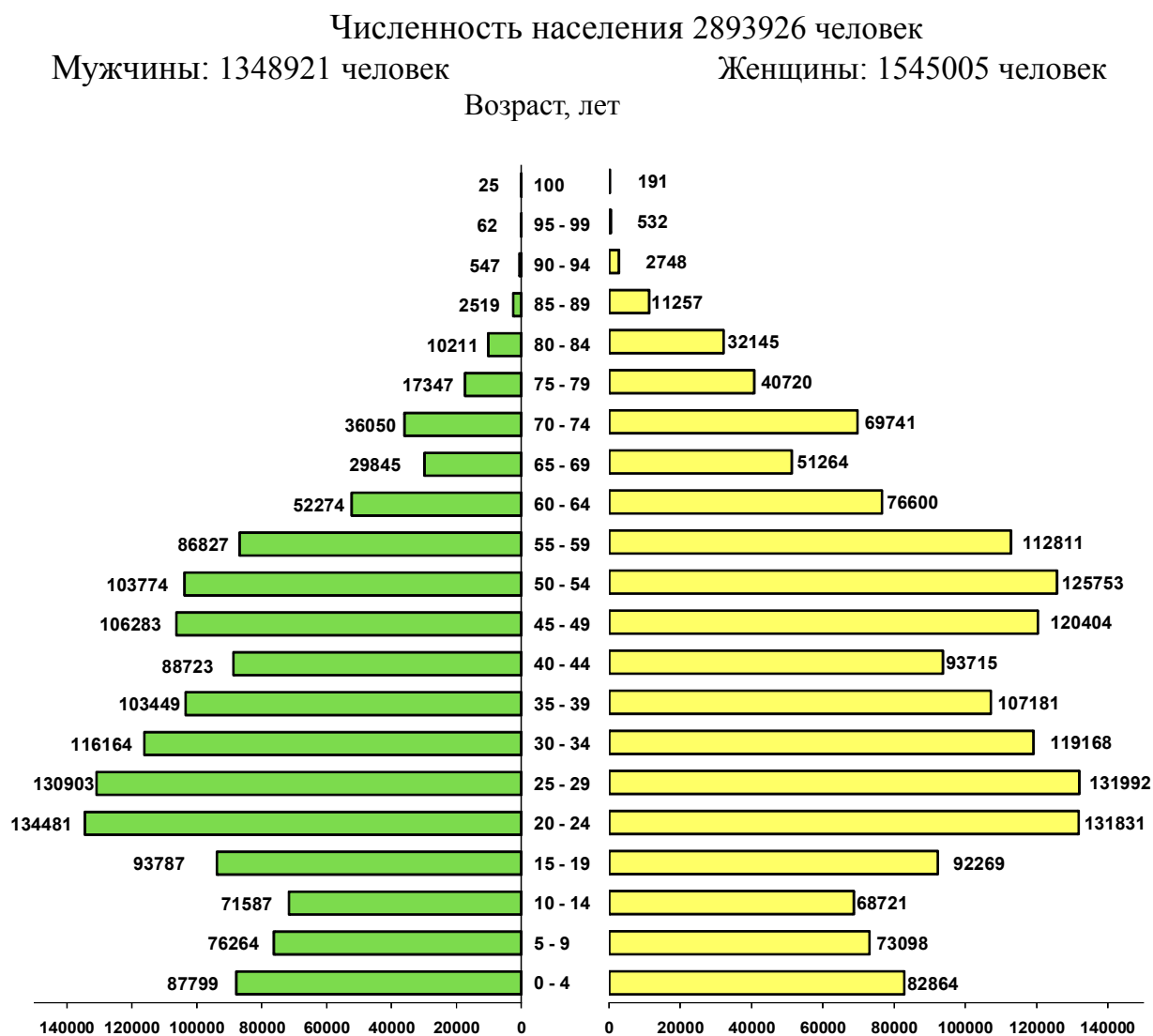


Рисунок 7 – Численность и возрастной состав мужчин и женщин на 1 января 2010 года.

2.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

В Красноярском крае ожидаемая продолжительность жизни при рождении на 1.01.2010 год составила 68,3 лет (Рис.8).

В результате высокой преждевременной смертности мужчин величина ожидаемой продолжительности предстоящей жизни достаточно сильно варьирует между полами. Продолжительность женщин в крае на 11,4 лет больше, чем у мужчин (в России – 12,3 года).

Справка:

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении - среднее количество лет, которое прожил бы новорожденный младенец при условии, что в каждом возрасте условия для сохранения его жизни оставались такими, какими они были для соответствующей возрастной группы в год его рождения.

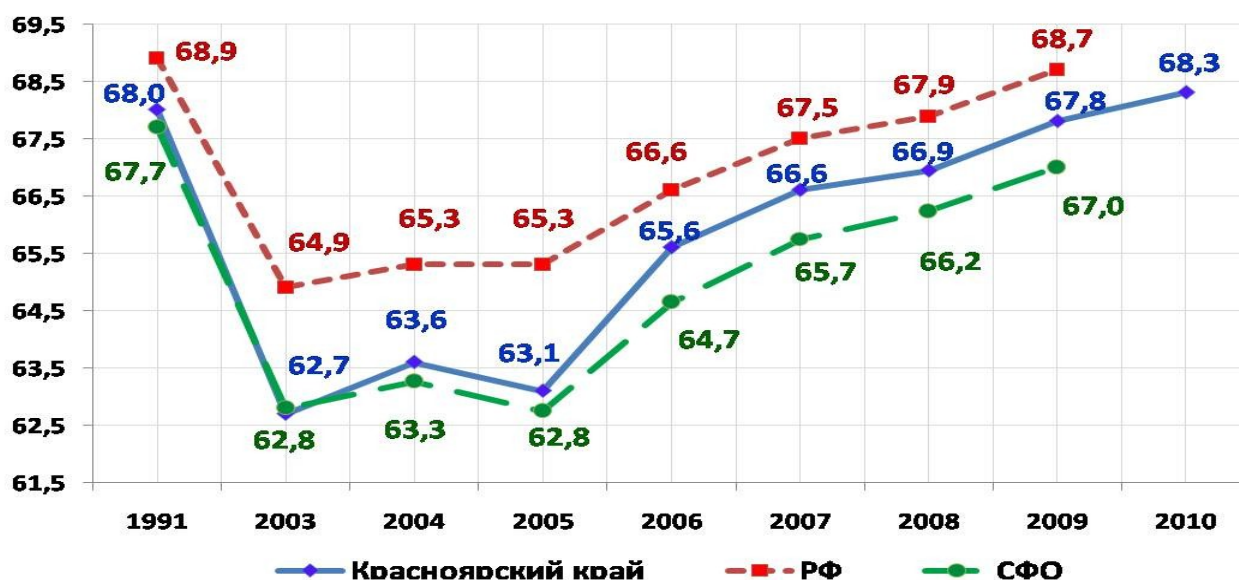


Рисунок 8 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по Красноярскому краю, РФ и СФО (число лет)

Одна характерная черта - это соотношение продолжительности жизни в городе и селе. Отличие в продолжительности жизни при рождении отмечается для города (69,2 лет) и села (65,6 лет). Меньше всего данный показатель у мужчин в сельской местности (60,3 лет).

Знаете ли Вы, что...

Ожидаемая продолжительность жизни – это один из объективных показателей, характеризующих состояние здоровья населения, качество его жизни. Этот показатель интегрально отражает множество самых разнообразных факторов, начиная от эффективности системы здравоохранения, экологических условий проживания и т.д., кончая стереотипами поведения и психологическим самочувствием населения.

2.3. Рождаемость

За период с 2002г. по 2010г. в Красноярском крае произошел рост показателя рождаемости с 10,6 до 13,3 на 1000 населения (Рис.9), с учетом переписи населения 2010г. - 13,6 на 1000 населения.

В 2010 году в крае родилось 38527 детей, общее число родившихся детей выросло по отношению к 2009 г. на 370 человек.

Уровень рождаемости в различных территориальных образованиях края существенно отличается. Коэффициент рождаемости в сельской местности колеблется от 12,4‰ (Емельяновский район) до 18,4‰ (Идринский район) и в городах от 11,4‰ (г. Дивногорск) до 15,1‰ (г. Лесосибирск).

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель рождаемости - 13,3 на 1000 населения;

С учетом переписи населения - 13,6 на 1000 населения;

РФ 2010 г. – 12,6‰;

СФО 2009 г. – 13,9‰.

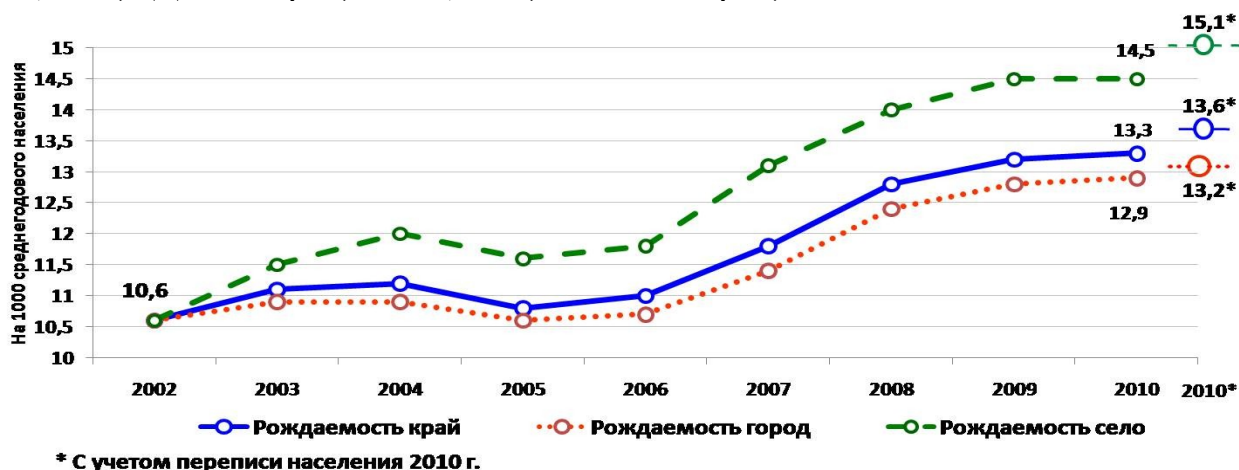


Рисунок 9 - Рождаемость в городской и сельской местности в 2002-2010 гг.

Общий коэффициент рождаемости в Красноярском крае характеризуется как низкий (диапазон коэффициента, определяющийся как низкий равен от 10 до 15).¹

Сложившийся на начало 2010г. по Красноярскому краю суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных женщиной в течение жизни) составил 1,54 рождений на 1 женщину репродуктивного возраста, что в 1,3 раза ниже уровня, необходимого для простого замещения поколений родителей их детьми (2,15 рождений на 1 женщину репродуктивного возраста). В городе – 1,39, в сельской местности – 2,16 рождений на одну женщину репродуктивного возраста. Суммарный коэффициент рождаемости на

Для обеспечения простого воспроизводства населения необходимо, чтобы в среднем у одной женщины в возрасте 15-49 лет рождалось не менее 2,15 детей (суммарной коэффициент рождаемости). В крае этот показатель остается на низком уровне - 1,54 (1,39 в городе и 2,16 на селе)

¹ «Методические рекомендации по расчету статистических показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения» (утв. МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ 24.05.2005).

начало 2010 года по РФ - 1,54, в городе – 1,42, в сельской местности – 1,90 рождений на одну женщину репродуктивного возраста. (Рис. 10).

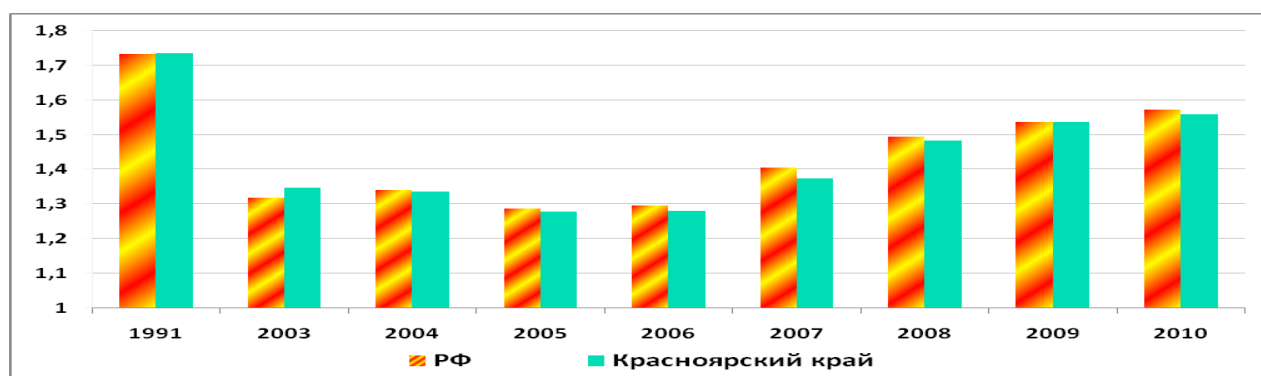


Рисунок 10 – Суммарный коэффициент рождаемости по Красноярскому краю, РФ.

По прогнозу Росстата суммарный коэффициент рождаемости по Красноярскому краю за 2011 г. составит 1,559 рождений на одну женщину, в городе – 1,412, в сельской местности – 2,157 рождений на одну женщину репродуктивного возраста.

Численность женского населения фертильного возраста уменьшилась за 5 лет на 4,8%, за последний год – на 1,3% (Таб.2). В фертильном возрасте (15-49 лет) пребывает – 51,6% от числа женского населения и 27,5% от всего населения.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Численность женского населения – **1545005 чел.**

Фертильный возраст (15-49) – **796560 чел.**

Таблица 2 – Численность женщин фертильного возраста за 2006 - 2010 гг.

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	Человек (15-49)	доля (%) в общей численности женщин	Человек (15-49)	доля (%) в общей численности женщин	Человек (15-49)	доля (%) в общей численности женщин
2006	836729	54,0	660883	55,8	175846	48,2
2007	827994	53,6	652067	55,4	175927	48,0
2008	818102	53,0	647962	54,7	170140	47,4
2009	807107	52,3	638575	54,1	168532	46,6
2010	796560	51,6	632880	53,3	163680	45,7



Численность женского населения фертильного возраста уменьшилась за 5 лет на 4,8%, за последний год – на 1,3%.

Число зарегистрированных браков за десятилетний промежуток увеличилось на 41,3%, по отношению к 2009 г. увеличилось на 3,0% и на 01.01.2011г. составило 9,3 на 1000 населения (2009г. – 8,9 на 1000 населения). При этом на 11,3% уменьшилось число разводов. На 01.01.2011 - число регистрируемых разводов составило 14932 (2009г. –

16835). Следует заметить, что показатель разводимости снижается. В Красно-

ярском крае в 2000 г. на 1000 браков приходилось около 775 разводов, а в 2010 г. - уже 565.

2.4. Смертность

Важным индикатором состояния демографической ситуации являются показатели смертности.

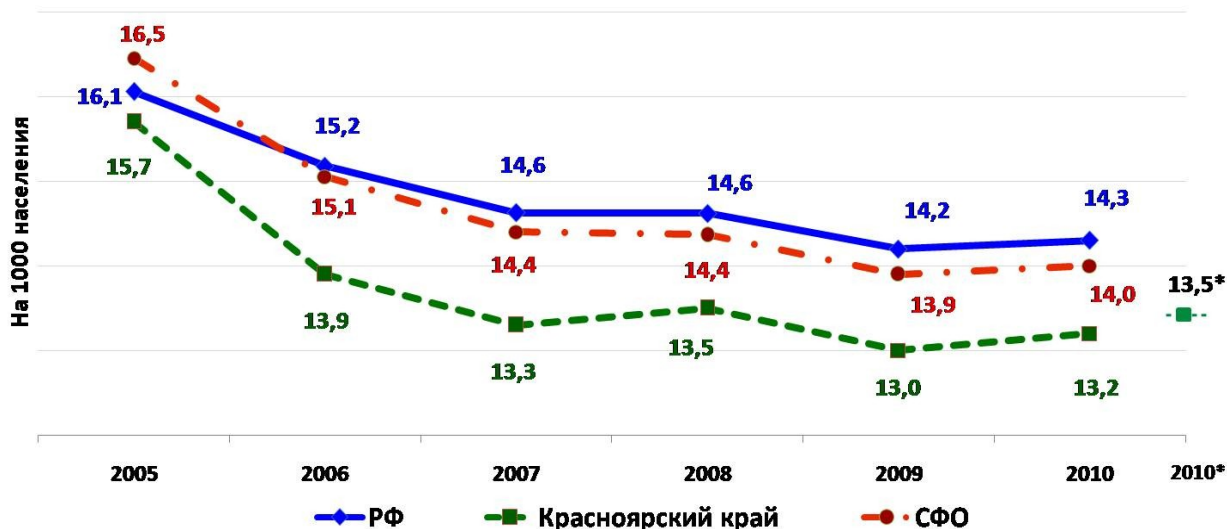
В Красноярском крае в 2010 году умерло 38 131 человек, смертность населения составила 13,2 случаев на 1000 населения, что на 1% выше уровня предыдущего года, с учетом Всероссийской переписи населения 2010г. - 13,5 на 1000 населения.

Коэффициент смертности в Красноярском крае ниже, чем по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу (Рис.11).

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель смертности -
13,2 на 1000 населения;
С учетом переписи населения
- 13,5 на 1000 населения;

РФ 2010 г. – 14,3‰;
СФО 2010 г. – 14,0‰.



* С учетом переписи населения 2010 г.

Рисунок 11 – Общая смертность по Красноярскому краю, РФ, СФО в 2005-2010 гг.

Основной причиной смертности являются болезни системы кровообращения - 48,9% умерших, новообразования – 16,1% и внешние причины – 14,6% (Рис.12).

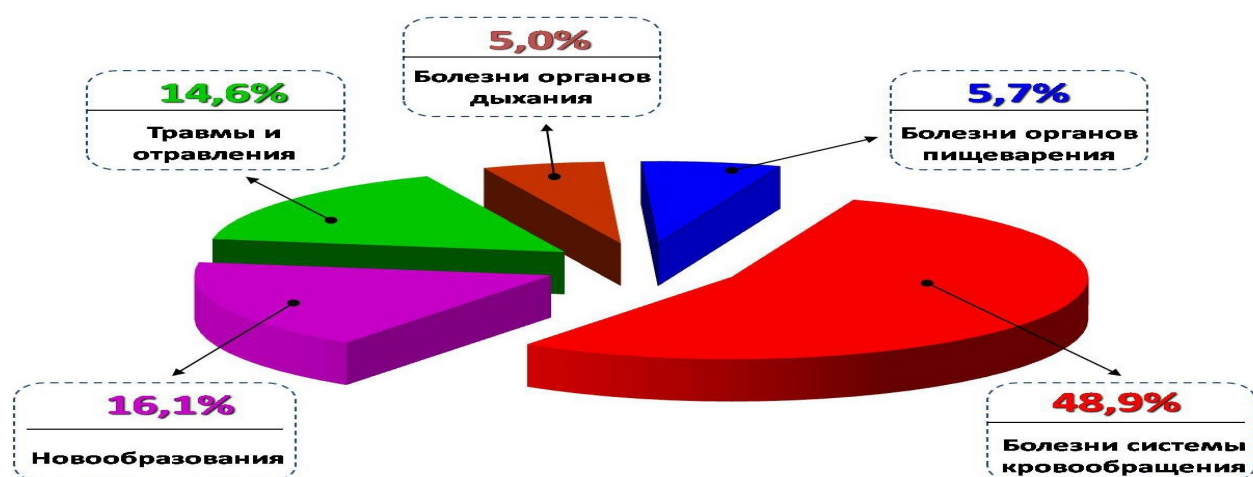


Рисунок 12 - Структура общей смертности в Красноярском крае в 2010 году (%)

В структуре смертности от болезней системы кровообращения наибольшие удельные веса имеют ишемическая болезнь сердца – 56,6% и цереброваскулярные заболевания – 28,3%. В структуре смертности от злокачественных новообразований преобладает онкопатология пищеварительной системы – 35,5% и органов дыхания – 22,7%.

Таблица 3 - Коэффициенты смертности населения по основным классам болезней и отдельным причинам (на 100 тыс. человек)

Причины смерти	Годы					
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2010г.*
Всего, в т.ч.:	1392,2	1330,2	1349,0	1301,4	1317,6	1348,4
болезни системы кровообращения, из них:	667,8	640,9	651,3	629,1	644,2	659,3
ишемическая болезнь	325,3	324,9	335,7	332,0	364,8	373,3
инфаркт миокарда	50,0	55,6	53,2	54,5	63,7	65,2
цереброваскулярные болезни	237,3	225,6	224,0	209,2	182,1	186,4
новообразования, из них:	203,7	201,8	213,3	212,2	212,0	217,0
злокачественные	201,6	199,8	211,2	209,9	209,1	213,9
внешние причины смерти, из них:	239,1	224,2	214,1	200,7	192,3	196,8
случайные отравления алкоголем	38,7	35,4	34,5	28,8	27,4	28,0
все виды транспортных травм	26,7	28,5	28,6	25,0	23,3	23,8
самоубийства	32,9	31,7	29,9	29,1	24,5	25,1
убийства	27,8	25,0	23,8	21,1	19,8	20,3
болезни органов дыхания	66,5	64,8	66,5	60,1	66,1	67,6
болезни органов пищеварения	76,1	74,1	72,0	69,7	75,1	76,8
болезни эндокринной системы	17,4	13,4	13,9	14,6	11,7	12,0
болезни мочеполовой системы	8,2	8,8	9,3	10,0	10,4	10,7
некоторые инфекционные и паразитарные болезни, из них:	33,7	31,1	30,8	30,3	30,7	31,4
туберкулез	28,3	25,9	25,1	22,6	21,1	21,6

* С учетом переписи населения 2010 г.

Не все так просто!

Показатели смертности являются важнейшими медико-демографическими критериями, характеризующими состояние здоровья населения. На величину показателя смертности оказывает влияние множество природных и социальных факторов. При этом вклад природных факторов может изменяться под влиянием социальных условий жизни. Это, прежде всего, уровень и образ жизни населения, вредные привычки, качество медицинской помощи.

За период с 2006г. по 2010г. отмечается увеличение смертности от инфаркта миокарда - на 27,0%, от ишемической болезни сердца - на 12,0%, от новообразований - на 4%, от болезней мочеполовой системы - на 26,0%. Вместе с тем, снизилась смертность от внешних причин - на 20,0%, от болезней системы кровообращения - на 4,0%, в том числе от cerebroваскулярных болезней - на 23,0%, от туберкулеза на 26,0%.

Значительные различия показателей и их динамики отмечаются при анализе смертности городского и сельского населения Красноярского края.

В 2010 г. смертность городского населения по отношению к 2009 г. повысилась на 2,0% и составила 12,2 на 1000 населения соответствующего пола и возраста. Смертность среди сельского населения практически осталась на том же уровне, составила 16,3 на 1000 населения соответствующего пола и возраста (Рис.13).

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель смертности городского населения – 12,2 на 1000 населения;

С учетом переписи населения - 12,4 на 1000 населения;

Показатель смертности сельского населения – 16,3 на 1000 населения.

С учетом переписи населения - 17,0 на 1000 населения;

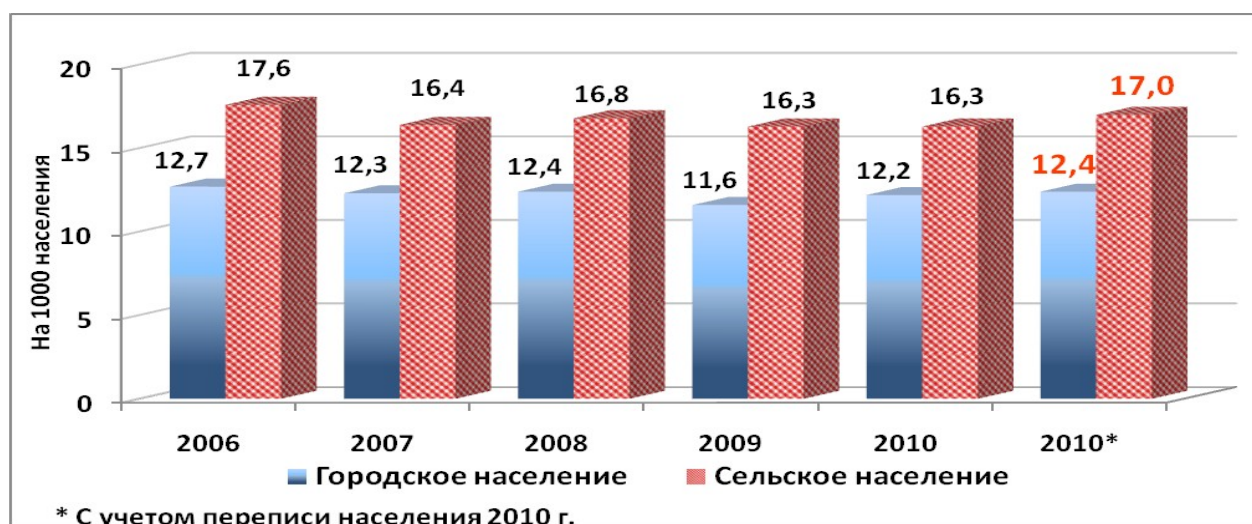


Рисунок 13 - Динамика смертности городского и сельского населения в Красноярском крае за 2006-2010 гг. (умерших на 1000 человек населения)

За период с 2006 по 2010 гг. смертность городского населения снизилась на 4,1%. Среди сельского населения наблюдается снижение смертности на 9,7% (Рис.13).

В крае смертность мужчин снизилась с 16,5 (2006г.) до 15,5(2010г.), женщин - с 11,7(2006г.) до 11,2(2010г.) умерших на 1000 человек населения соответственно (Рис.14). В настоящее время смертность мужчин в 1,2 раза превышает смертность женщин.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель смертности мужского населения – **15,5** на 1000 населения;

Показатель смертности женского населения – **11,2** на 1000 населения.

Почему смертность сельского населения больше городского?

Причин много. Это личное хозяйство, которое нельзя надолго оставить без присмотра. Удаленность медицинских учреждений от села. Дороговизна транспортных услуг. Низкое качество медицинских услуг. Неправильное питание и алкоголизм. Большинство сельских жителей никогда не проходило нормального медицинского обследования и не может себе позволить полноценного лечения.



Рисунок 14 - Общие коэффициенты смертности мужчин и женщин за 2006-2010 гг. (на 1000 человек населения соответствующего пола)

Проведенные исследования КМИАЦ совместно с КрасГМУ позволили получить данные с использованием показателя DALY для оценки потерь, обусловленных смертностью населения Красноярского края.

За период с 2004 года из-за смертности населения Красноярского края было потеряно в абсолютных числах 2 656 469 единиц DALY, из которых на долю потерь среди мужского населения приходится 60,1% и 39,9% среди женщин. Максимальные потери были отмечены в 2005 г. и составили – 495 889 DALY, минимальные – в 2009 г. – 4020515.



За период с 2006 по 2010 гг. по краю смертность мужского населения снизилась на **6,3%**, женского населения на **4,7%**

Начиная с 2006 г. (с начала реализации национального проекта «Здоровье») в Красноярском крае отмечается тенденция к снижению потерь DALY. Для мужчин потери сократились на 16,9% - с 212,3 до 176,5 на 1000 мужского населения. Снижение потерь DALY для женщин составило за данный период 13% - с 122,3 до 106,4 на 1000 населения женского пола (Рис.15).

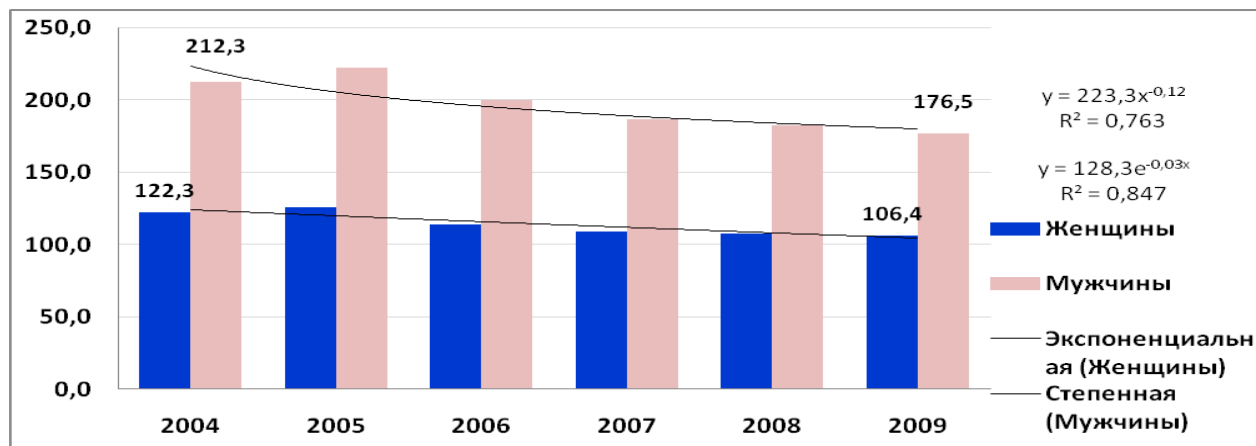


Рисунок 15 - Динамика потерь DALY в Красноярском крае за 2004-2009 гг. (на 1000 человек населения)

При анализе динамики повозрастных потерь DALY особую значимость приобретают потери связанные с младенческой смертностью, поскольку, каждый ее случай означает потерю всех лет непрожитой жизни. По сравнению с 2004 годом они сократились с 412,3 до 326,6 на 1000 детей мужского пола в возрасте до 1 года, что составило 20,8%, и с 332,1 до 274,1 (т.е. на 17,5%) для детей женского пола соответствующего возраста.

Что касается остальных возрастов, то можно отметить, что устойчивая тенденция снижения потерь DALY за период 2004-2009 гг. наблюдается, только начиная с возрастной группы 20-24 года. Для детских и подростковых возрастных групп динамика потерь DALY отличается нестабильностью, а для ряда из них за последние годы отмечен прирост показателя, причем более значительный для населения женского пола.

Так в возрастной группе 15-19 лет с 2007 г. отмечается тенденция роста потерь среди юношей на 12,1% - с 38,8 до 43,5, а среди девушек – на 34% - с 19,1 до 25,6 на 1000 человек соответствующего возраста и пола. Похожая тенденция наблюдается в возрастной группе 5-9 лет, в которой с 2007.г. потери DALY среди мальчиков выросли на 7,6%, а среди девочек на 41,8%.

В возрастной группе 10-14 лет в 2009 г. отмечено некоторое снижение потерь DALY относительно предыдущего года, но перед этим отмечался выраженный прирост показателя для мальчиков с 2005 по 2008 г. – на 40,5% (с 12,1 до 17,0 на 1000 соответствующего населения), а для девочек, начиная с 2004 г., когда показатель потерь DALY составлял 6,6 на 1000 населения до уровня 11,8, зафиксированного в 2008 г., что составило 78,8%.

Данная динамика показателя потерь лет здоровой жизни является неблагоприятной, учитывая, что потери среди детей и подростков сказываются

на уменьшении числа лиц активного трудоспособного возраста и связанных с этим экономических потерях государства.

Обращает на себя внимание, произошедшее по сравнению с 2004 г. изменение структуры потерь DALY в трудоспособном возрасте. На фоне сокращения общих потерь, и уменьшения их доли связанной с предпенсионными возрастами повышается удельный вес потерь в более молодых возрастных группах 30-34 и 25-29 лет, для обоих полов (суммарно у мужчин в 2009 г. – до 27,4%, у женщин – до 21,1%) (Рис.16).

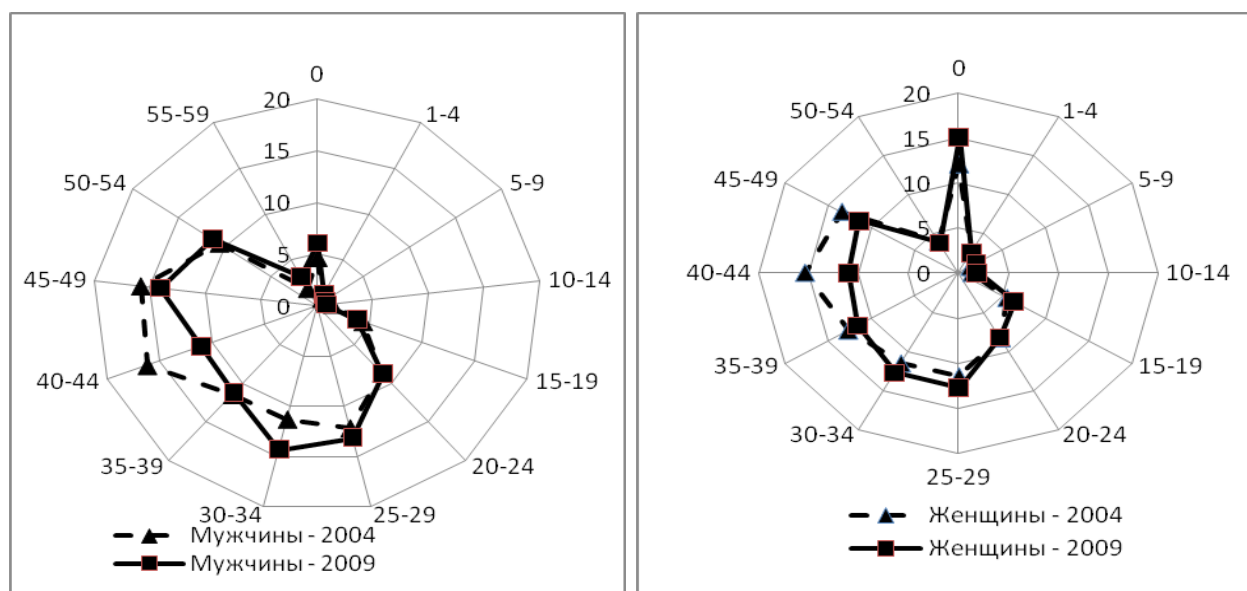


Рисунок 16 - Структура потерь DALY в допенсионном возрасте в Красноярском крае, 2004-2009 гг. (на 1000 жителей).

Таким образом, изучение показателя потерь DALY, обусловленных смертностью населения Красноярского края позволило выявить следующие основные тенденции:

- на фоне сокращения абсолютных и относительных потерь DALY начиная со времени начала национального проекта «Здоровье» в 2006 году, снижения потерь в старших возрастных группах, происходит увеличение относительного показателя потерь DALY среди детей и подростков;
- отмечаются «сверхпотери» среди мужского населения трудоспособного возраста;
- на потери среди мужчин в допенсионных возрастах приходится 73% всех мужских потерь DALY, при трехкратном превышении ими уровня потерь среди женщин допенсионного возраста.

Одна из наиболее серьезных проблем – смертность мужчин и женщин в трудоспособном возрасте. Она оказывает самое неблагоприятное воздействие на формирование и состав трудовых ресурсов. В 2010 г. в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года) умерло 12,5 тыс. человек, а их доля в общем числе умерших всех возрастов составила 32,9%. Подавляющее большинство умерших в трудоспособном возрасте (78,1%) мужчины.

Число умерших мужчин в трудоспособном возрасте в 3,6 раза превышает число умерших женщин данного возраста.

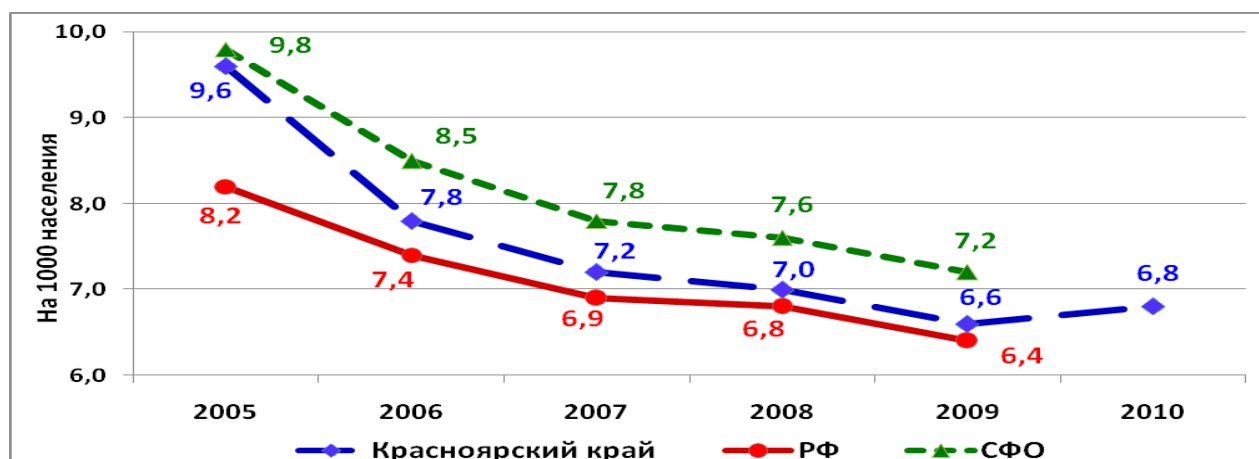


Рисунок 17 – Смертность в трудоспособном возрасте по Красноярскому краю, РФ, СФО в 2005-2010 гг. (на 1000 человек населения соответствующего возраста)

За период с 2006 – 2010 годы показатель смертности населения в трудоспособном возрасте в Красноярском крае снизился с 9,6 до 6,8 на 1000 человек соответствующего возраста (Рис.17).



Знаете ли Вы, что...

В трудоспособном возрасте в нашем крае ежегодно умирает такое количество людей, которое сопоставимо с населением небольшого района (Саянский, Тасеевский район).

В структуре смертности в трудоспособном возрасте в 2010 году на первом месте стоят внешние причины смерти 33,1%, на втором месте болезни системы кровообращения 27,2%, новообразования занимают третье место 13,6% (Рис.18, таб.4).

Высокий уровень смертности от неестественных причин остается главным фактором потерь населения в трудоспособном возрасте.

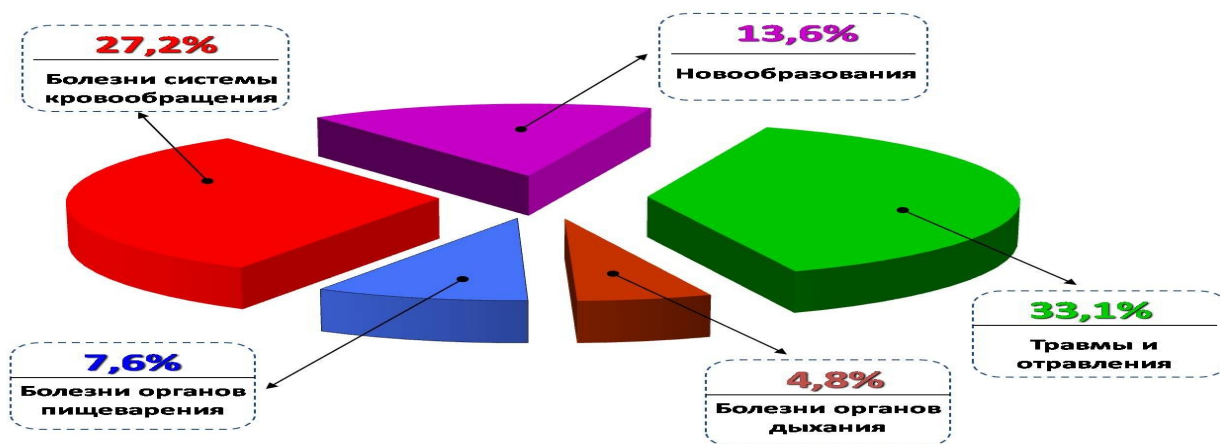


Рисунок 18 – Структура причин смертности в трудоспособном возрасте в 2010 г. (%)

В структуре смертности от внешних причин наибольшие удельные веса имеют самоубийства и убийства 25,3%, повреждения с неопределенными намерениями 16,5%, случайные отравления алкоголем – 13,8%, и транспортные несчастные случаи – 13,3%.

Смертность от несчастных случаев?!

На показатель смертности от несчастных случаев, травм и отравлений наибольшее влияние оказывают социально-экономические факторы, такие как уровень жизни населения, рынок занятости населения, дорожная инфраструктура и др.



За период с 2006 по 2010 гг. по краю смертность населения в трудоспособном возрасте снизилась: от туберкулеза - на 29,1%, от внешних причин - на 24,2%.

В структуре смертности от болезней системы кровообращения наибольшие удельные веса имеют ишемическая болезнь сердца – 64,9%, cerebrovascularные заболевания – 21,9% и инфаркт миокарда – 13,3% (Таб.4).

Таблица 4 - Коэффициенты смертности трудоспособного населения по основным классам болезней и отдельным причинам (на 100 тыс. человек)

Причины смерти	Годы				
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего, в т.ч.:	777,0	721,9	703,4	664,5	675,2
болезни системы кровообращения, из них:	188,0	180,0	173,4	164,4	183,9
<i>инфаркт миокарда</i>	20,8	21,7	21,1	21,3	24,4
<i>ишемическая болезнь</i>	105,9	104,2	107,0	103,8	119,4
<i>цереброваскулярные болезни</i>	40,5	43,7	38,2	35,8	40,3
новообразования, из них:	96,8	92,1	94,5	92,8	92,0
<i>злокачественные</i>	95,8	90,9	93,6	91,5	90,5
внешние причины смерти, из них:	289,4	267,6	253,2	238,2	223,6
<i>случайные отравления алкоголем</i>	44,1	40,5	39,7	32,1	30,9
<i>все виды транспортных травм</i>	34,6	36,0	36,7	32,4	29,8
<i>самоубийства</i>	40,2	38,7	35,5	34,8	29,9
<i>убийства</i>	35,8	31,6	30,6	28,6	26,6
болезни органов дыхания	41,6	36,9	38,7	31,9	32,7
болезни органов пищеварения	60,5	57,9	53,2	48,1	51,5
некоторые инфекционные и паразитарные болезни, из них:	39,5	35,8	35,9	35,9	36,5
<i>туберкулез</i>	35,0	31,6	31,2	28,0	25,3

В структуре смертности от злокачественных новообразований в 2010г. наибольшие удельные веса имеют онкопатология пищеварительной системы – 28,4% и органов дыхания – 25,8%.



В 2010 г. от случайного отравления алкоголем умерло 793 человека, из них в трудоспособном возрасте – 72,3%.

Анализ структуры смертности в трудоспособном возрасте за период с 2006 г. по 2010 г. показывает увеличение смертности от инфаркта миокарда на 15,3%, от ишемической болезни сердца на 10,6%. от болезней мочеполовой системы на 8,1%.

2.5. Материнская смертность

За последние 5 лет показатель материнской смертности имеет нестабильный характер и составил в 2010 г. 20,7 на 100 тыс. родившихся живыми. За 12 месяцев 2010 года зарегистрировано 8 случаев материнских смертей в 5 муниципальных образованиях.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Материнская смертность – 20,7 на 100 тыс. родившихся живыми;

РФ 2009 г. – 22,0;

СФО 2009 г. – 29,6.

Таблица 5 - Материнская смертность в крае за 2005-2010 гг.

Годы	умерло всего	в том числе:				показатель на 100000 родившихся живыми		
		в стационаре		вне стационара		Красноярский край	РФ	СФО
	абс. число	абс. число	%	абс. чис- ло	%			
2005	11	8	72,7	3	27,3	34,8	25,4	35,2
2006	7	7	100,0	-	-	22,2	23,8	26,4
2007	14	11	76,8	3	21,4	40,9	22,1	28,1
2008	11	7	63,6	4	36,4	29,8	20,7	20,6
2009	8	7	87,5	1	12,5	20,9	22,0	29,6
2010	8	7	87,5	1	12,5	20,7	н/д	н/д

В причинах смертности значительную долю составляют непредотвратимые причины – 62,5%.

Формирование технологической цепи медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов, повышение доступности качественной медицинской помощи, проведение организационных мероприятий и внедрение единых технологий лечения позволили в 2010 году в структуре материнской смертности **исключить** такие прямые акушерские причины, как **кровотечения, гестоз**.

Ведущее место в структуре причин материнской смертности занимают акушерские эмболии (37,5%): эмболия околоплодными водами – 2 случая, воздушная эмболия – 1 случай.

Тяжелые соматические заболевания составляют 25% (2 случая): разрыв аневризмы сосудов головного мозга – 1 случай, острый геморрагический панкреатит – 1 случай.

Септические осложнения составили 25% (2 случая). В обоих случаях при-

чиной смерти явились септические осложнения аборта, начатого вне лечебного учреждения.

Причиной другой материнской смерти послужил (12,5% – 1 случай) гестоз первой половины беременности с тяжелым течением и развитием острой энцефалопатии Гайе-Вернике.

В сроке аборта (до 28 недель) умерло 4 человека от причин: воздушная эмболия – 1 случай; септические осложнения аборта, начатого вне лечебного учреждения – 2 случая, гестоз первой половины беременности с тяжелым течением и развитием острой энцефалопатии Гайе-Вернике – 1 случай.

Вне стационара в 2010 году зарегистрирован 1 случай материнской смерти по причине воздушной эмболии в сроке аборта.

Таблица 6 - Причины материнской смертности в крае за 2006-2010 годы (с учетом умерших вне стационара)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Умерло всего, абс. число	9	14	11	8	8
Внематочная беременность (%)	11,1	-	9,1	-	-
Аборты (%)	22,2	7,1	9,1	-	-
Кровотечения при беременности, в родах и послеродовом периоде (%)	-	-	9,1	-	-
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (%)	11,1	21,4	9,1	-	-
Сепсис во время и после родов (%)	11,1	14,2	-	-	25,0
Непрямые акушерские причины (экстрагенитальные заболевания) (%)	33,3	35,7	36,3	62,5	25,0
Другие осложнения беременности и родов (%)	11,1	21,4	27,2	37,5	37,5
из них: осложнения анестезии (%)	11,1	-	9,1	-	-
акушерская эмболия (%)	-	21,4	18,2	12,5	37,5
анафилактический шок (%)	-	-	-	12,5	-

В 37,5% случаев женщины не наблюдались врачом женской консультации, в 25% случаев наблюдались с поздних сроков беременности. Удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в ранние сроки (до 12 недель), среди случаев материнской смерти составил 37,5%.

2.6. Младенческая смертность, детская смертность

В 2010 году показатель младенческой смертности составил 9,2 умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми. По отношению к предыдущему году произошло снижение на 11,8%. Снижение показателя произошло как в городской, так и в сельской местности. При этом в сельской местности снижение показателя произошло более значительно – на 22,2%, чем в городе – 2,6%.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Младенческая смертность – 9,2‰;

РФ 2010 г. – 7,5‰;

СФО 2010 г. – 8,4‰.



Рисунок 19 - Младенческая смертность по Красноярскому краю и РФ в 2000-2010 гг.

В причинной структуре младенческой смертности в 2010 году, на первом месте стоят состояния, возникающие в перинатальном периоде (с 28-ой недели беременности матери до первых 7 суток жизни новорожденного) – 39,7%, на втором месте врожденные аномалии – 18,7%, третье место занимают травмы и отравления - 14,7%.

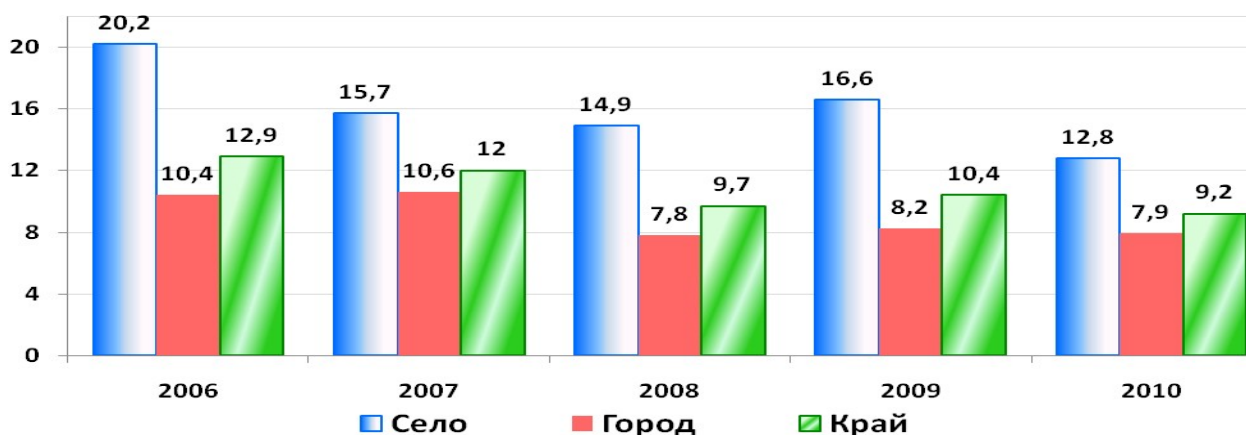


Рисунок 20 - Младенческая смертность в городской и сельской местности в 2006-2010 гг.

За период с 2006 по 2010 гг. младенческая смертность в городе снизилась на 8,6%. На селе также наблюдается снижение младенческой смертности на 22,2% (Рис.20).

Таблица 7 - Возрастная структура младенческой смертности за 2006-2010 гг.

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г*.
Младенческая смертность	12,9	12,0	9,7	10,4	9,2
Ранняя неонатальная	5,2	4,3	3,8	4,1	2,8
Неонатальная смертность	7,5	6,3	5,7	5,6	4,3
Перинатальная смертность	11,3	9,7	9,01	9,0	8,7
Постнеонатальная смертность	5,4	5,5	4,6	4,8	4,7

*- данные предварительные

В возрастной структуре младенческой смертности наиболее интенсивно снижается показатель ранней неонатальной смертности, что обусловлено созданием условий для реанимации новорожденных во всех родовспомогатель-

ных учреждениях края и детских больницах межрайонных центров, внедрением современных технологий выхаживания новорожденных, в том числе недоношенных детей, с использованием сурфактантов.



*Младенческая смертность по краю по отношению к 2009г. уменьшилась на **11,8%**.*

Таблица 8 - Динамика причин младенческой смертности за 2006 - 2010 годы (на 10 000 родившихся живыми)

Показатель	Единица измерения	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г*.
Все причины	на 10 тыс.	128,8	120,1	97,1	103,8	90,74
Инфекционные болезни	на 10 тыс. / %	7,9/6,1	7,1/5,9	7,2/7,4	6,3/6,0	4,15/4,6
Болезни органов дыхания		14,5/11,2	12,7/10,6	7,7/7,9	6,3/4,3	7,8/8,6
Врожденные аномалии		27,7/21,4	28,6/23,8	15,1/15,6	21,0/20,2	15,0/16,6
Состояния перинатального периода		56,0/43,3	45,2/37,6	44,0/45,3	47,7/45,1	35,8/39,4
Неточно обозначенные состояния		6,0/4,6	4,4/3,7	6,6/6,8	5,8/10,8	11,9/13,1
Травмы и отравления		12,3/9,5	17,7/14,7	13,5/13,9	12,6/9,3	10,4/11,4
- в том числе убийства		0,0/0,0	3,3/2,7	2,2/2,3	-	2,1/2,3
Прочие причины		5,0/3,9	4,4/3,7	3,0/3,1	4,2/4,3	5,7/6,3

*- данные предварительные

Младенческая смертность в крае имеет устойчивую структуру, которая не отличается от Российской Федерации и Сибирского федерального округа: первое место принадлежит отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде – 35,9 на 10 000 детей, родившихся живыми (РФ – 36,7, СФО – 36,7), на втором месте врожденные аномалии – 15,0 на 10 000 детей, родившихся живыми (РФ – 20,3, СФО – 19,3), на третьем месте находятся внешние причины смерти – травмы и отравления – 10,4 на 10 000 детей, родившихся живыми (РФ – 5,7, СФО – 10,5).

Таблица 9 - Динамика причин неонатальной смертности за 2006 - 2010 гг. (на 10 000 родившихся живыми)

Показатель	Единица измерения	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г*.
Все причины	на 10 тыс.	74,8	63,2	50,7	56,2	43,3
Инфекционные болезни	на 10 тыс. / %	1,6 / 2,1	-	0,8 / 1,6	0,5 / 0,9	0,8 / 1,8
Болезни органов дыхания		2,2 / 2,9	1,2 / 1,9	0,5 / 1,1	-	0,5 / 1,2
Врожденные аномалии		16,6/22,3	14,9/23,6	7,05/13,9	12,6/22,3	7,5/17,4
Состояния перинатального периода		50,6/67,6	41,8/66,2	39,9/78,6	40,5/72,1	29,8/68,9
Неточно обозначенные состояния		1,9/2,5	0,6/0,9	0,8/1,6	1,0/1,9	2,3/5,4
Травмы и отравления		1,6/2,1	4,4/6,9	1,1/2,1	1,6/2,8	1,3/3,0
- в том числе убийства		0	2,3/3,7	0,8/1,6	-	0,3/0,6
Прочие причины		0,3/0,4	0,3/0,5	0,5/1,1	-	1,0/2,4

*- данные предварительные

За 5 лет показатель неонатальной смертности снизился на 42,7% (с 7,5 до 4,3‰). В структуре причин неонатальной смертности преобладают умершие от отдельных состояний перинатального периода и врожденных аномалий. На их долю приходится соответственно 68,9% и 17,4% соответственно.

Таблица 10 - Динамика причин постнеонатальной смертности за 2006-2010 гг. (на 10 000 родившихся живыми)

Показатель	Единица измерения	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г*.
Все причины	на 10 тыс.	54,3	55,8	45,0	47,6	47,4
Инфекционные болезни	на 10 тыс. %	6,3 11,6	7,01 12,56	6,2 13,9	5,8 12,1	3,4 7,1
Болезни органов дыхания	на 10 тыс. %	12,3 22,5	11,4 20,4	7,1 15,7	4,4 9,3	7,3 15,3
Врожденные аномалии	на 10 тыс. %	11,0 20,2	13,5 24,1	7,9 17,5	8,4 17,6	7,5 15,8
Состояния перинатального периода	на 10 тыс. %	5,3 9,8	2,9 5,2	3,5 7,8	6,3 13,2	6,0 12,6
Неточно обозначенные состояния	на 10 тыс. %	4,1 7,5	3,8 6,8	5,7 12,7	10,2 21,4	9,6 20,2
Травмы и отравления	на 10 тыс. %	10,7 19,7	13,2 23,56	12,2 27,1	8,1 17,0	9,1 19,1
- в том числе убийства	на 10 тыс. %	0	0,9 1,6	1,4 3,0	-	1,8 3,8
Прочие причины	на 10 тыс. %	4,7 8,7	4,1 7,3	2,17 4,7	4,4 9,3	4,7 9,8

*- данные предварительные

Снижение показателя постнеонатальной смертности за 5 лет составило 13,0%. В предварительной структуре первое место занимают внешние причины – 19,1%, второе место принадлежит врожденным аномалиям – 15,8%, третье место – болезням органов дыхания, в структуре которых преобладает смерть от гриппа и его осложнений.

Таблица 11 - Структура младенческой смертности от отдельных состояний перинатального периода за 2006 - 2010 гг.

Показатель	Единица измерения	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г*.
Всего <i>в том числе:</i>	Абс	178	153	160	179	138
Родовая травма	Абс / %	30/16,9	19/12,4	17/10,6	19/10,6	11/8,0
В/маточная гипоксия	Абс / %	0/0	2/1,3	-/-	3/1,7	2/1,4
Врожденная и аспирационная пневмония	Абс / %	10/5,6	7/4,5	5/3,1	9/5,0	7/5,1
Другие респираторные состояния	Абс / %	70/39,3	62/40,5	61/38,1	50/27,9	47/34,1
Гемолитическая болезнь	Абс / %	3/1,7	3/2,0	1/0,6	2/1,1	3/2,2
Сепсис новорожденного	Абс / %	5/2,8	7/4,7	8/5,0	13/7,3	23/16,7
Прочие	Абс / %	60/33,7	53/34,6	68/42,5	83/46,4	45/32,6

*- данные предварительные

В 2010 году число детей, умерших от отдельных состояний перинатального периода, значительно снизилось и составило 138 человек.

В структуре новорожденных доля детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела не снижается и составляет: с массой тела до 1000 г – 0,34%, с массой тела от 1000 до 1500 г – 0,63%.

Таблица 12 - Масса тела при рождении, (гр)

Масса тела при рождении, г.	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	Родилось живыми (абс. / %)	Из них пережили 168 часов (абс. / %)	Родилось живыми (абс. / %)	Из них пережили 168 часов (абс. / %)	Родилось живыми (абс. / %)	Из них пережили 168 часов (абс. / %)
500 - 999	119 / 0,35	61 / 51,3	137 / 0,4	63 / 46,0	125 / 0,34	70 / 56,0
1000 – 1499	212 / 0,7	184 / 86,8	233 / 0,7	210 / 90,1	231 / 0,63	210 / 90,9
500 - 1499	331	245 / 74,0	370	273 / 74,0	386	280 / 72,5

Основной причиной смерти данной группы детей явились нарушения дыхания, что характерно для детей с малой массой тела.

В структуре отдельных состояний перинатального периода основное место занимают респираторные расстройства – 34,6%, на сепсис новорожденного приходится 16,7% (рост по отношению к 2006г. в 3,6 раза), отмечается значительное снижение смертности от родового травматизма.

В 2010 году зафиксирован рост числа детей, умерших от болезней органов дыхания. В структуре смертности на пневмонию и прочие заболевания приходится по 50% и, по-прежнему, большинство детей погибает на дому, что свидетельствует о позднем обращении за медицинской помощью и недостаточным вниманием со стороны медицинских работников к детям из семей социального риска.

Таблица 13 - Структура младенческой смертности от инфекционных заболеваний за 2006 - 2010 гг.

Показатель	Единица измерения	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г*
Всего	Абс	25	24	26	24	16
в том числе: ОКИ	Абс / %	4 / 16,0	6 / 25,0	10 / 38,5	3 / 12,5	1 / 6,3
Туберкулез (все формы)	Абс	-	-	-	-	-
Менингококковая инфекция	Абс / %	2 / 8,0	3 / 12,5	5 / 19,2	6 / 25,0	4 / 25,0
Септицемия	Абс / %	3 / 12,0	2 / 8,3	4 / 15,4	8 / 33,3	3 / 18,8
Сифилис	Абс / %	3 / 12,0	-	2 / 7,7	3 / 12,5	2 / 12,5
Прочие	Абс / %	13 / 52,0	13 / 54,2	3 / 19,2	4 / 16,7	6 / 37,5

*- данные предварительные

Отмечается значительное снижение общего числа умерших от инфекционных заболеваний. За отчетный период не отмечалось смертности детей от туберкулеза.

Таблица 14 - Возрастная структура детской смертности за 2006-2010 гг.

Показатель		2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Детская смертность всего	абс. ‰	917 1,44	865 1,41	803 1,36*	837 1,3	662 1,06*
Младенческая смертность	абс. ‰	411 12,9	407 12,0	353 9,8	396 10,4	353 9,2
Смертность детей 1 - 4 лет	абс. на 100 тыс.	95 76,6	83 67,7	94 73,8	76 58,2	66 49,7
Смертность детей 5 - 9 лет	абс. на 100 тыс.	59 43,0	44 32,1	50 35,4	56 38,2	55 36,8
Смертность детей 10 - 14 лет	абс. на 100 тыс.	61 37,0	73 45,6	79 51,9	56 39,2	56 39,9
Смертность детей 15 - 19 лет	абс. на 100 тыс.	292 116,9	257 105,6	224 97,9	252 129,6	141 75,8

*- данные предварительные

Смертность детей от 1 года до 4 лет снизилась и составила 49,7 на 100 000 человек соответствующего возраста (снижение на 15,6%).

В причинной структуре смертности детей данной возрастной группы снижение произошло во всех классах заболеваний.

Смертность детей в возрасте от 5 до 9 лет также снизилась и составила 36,8 на 100 000 человек соответствующего возраста, что на 3,7% ниже показателя 2009 года. В данной возрастной группе сохраняется рост смертности от внешних причин – 43,4%, преимущественно это случайные утопления, что говорит о безнадзорности детей данной возрастной группы.

Смертность детей 10-14 лет практически осталась на уровне 2009 года и составила 39,9 на 100 000 человек соответствующего возраста. В данной возрастной группе не отмечается снижения доли детей, погибших от травм и отравлений – 58,5% (52,7% в 2009 году).

Смертность в возрастной группе 15-19 лет значительно снизилась и составила 75,8 на 100 000 человек соответствующего возраста (129,6 в 2009г.). В структуре смертности значительно уменьшилось число суицидов – 30 человек (47 в 2009 году) и число лиц, погибших в дорожно-транспортных происшествиях – 33 человека (43 в 2009 году).

Выводы:

В контексте основных задач концепции демографического развития Российской Федерации деятельность органов власти всех уровней, направленная на содействие снижению смертности населения от управляемых причин по-прежнему остается особенно актуальной и наиболее сложной.

Это в том числе, связано с отсутствием четких критериев и индикаторов прямой зависимости позитивных сдвигов в смертности населения от результатов демографической политики, существующими проблемами демографической некомпетентности в органах власти.

Анализ медико-демографических показателей, свидетельствует о том, что численность населения в крае с 1993 года неуклонно снижается. По состоянию на 01.01.2011 года с учетом предварительных данных Всероссийской переписи населения 2010 года численность населения Красноярского края со-

ставила - **2 миллиона 829 тысяч 125** человек. За 10 лет численность населения края уменьшилась на 208 тыс. человек.

Снижение численности населения отмечается практически во всех городских округах и муниципальных районах Красноярского края, за исключением 5 территорий, в которых население увеличилось. Это город Красноярск, рядом расположенные города и ряд районов Западной и Южной группы.

В 2010 г. продолжались благоприятные сдвиги в уровне рождаемости, однако, они еще не смогли приостановить дальнейшую убыль численности населения края.

За период с 2002г. по 2010г. в Красноярском крае произошел рост показателя рождаемости с 10,6 до 13,3 на 1000 населения, с учетом переписи населения 2010г. - 13,6 на 1000 населения, отмечается положительное значение естественного прироста населения, которое составило +0,1.

Общая смертность населения осталась на уровне выше среднего, однако более низком, по сравнению с показателями по РФ и СФО.

Смертность населения составила 13,2 случаев на 1000 населения, что на 1% выше уровня предыдущего года, с учетом Всероссийской переписи населения 2010г. - 13,5 на 1000 населения.

Структура смертности населения в последние годы не претерпела существенных изменений. Ведущими причинами смертности населения Красноярского края по-прежнему являются болезни системы кровообращения - 48,9% умерших, новообразования – 16,1% и внешние причины – 14,6%.

Край по-прежнему несет большие потери за счет наиболее активной своей части населения (среди умерших 32,9% составляют лица трудоспособного возраста, среди умерших мужчин они составляют 78,1%). Остается высокая смертность лиц трудоспособного возраста от насильственных и неестественных причин.

Сохранению смертности на высоком уровне способствуют несвоевременное обращение за медицинской помощью; условия низкого качества жизни, хронического стресса, медленно меняющегося в положительную сторону состояния социальной сферы; недостаточное внимание к воспитанию здорового образа жизни и медицинской активности населения; недостаточное внимание к повышению качества обслуживания больных в лечебных учреждениях на уровне первичного звена; постоянно возрастающая стоимость медикаментов.

Мероприятия по улучшению демографической ситуации будут продолжены, в 2011 г. акцент в первую очередь будет сделан на снижение преждевременной смертности от предотвратимых причин, особенно в трудоспособном возрасте.

Необходимо обратить особое внимание на эффективность экспертного анализа смертности на уровне всех звеньев первичного звена, с разбором каждого случая смерти от предотвратимых причин, с выявлением факторов и условий, приведших к смерти, включая дефекты медицинского обслуживания.

Необходимо продолжить работу по повышению доступности и качества медицинской помощи населению, по созданию условий и формированию мотивации для ведения здорового образа жизни населения, при этом уделять особое внимание профилактической работе, с алкогольной и наркотической зависимостью населения края, в т.ч. молодежи и лиц трудоспособного возраста, особенно в сельских районах.

Для дальнейшей стабилизации и содействию снижению смертности населения необходимо обеспечить выполнение приоритетных задач, как на региональном, так и на муниципальном уровнях:

- обеспечить широкое внедрение современных технологий медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, новообразованиями, пострадавшим в ДТП;

- продолжить модернизацию ресурсной базы краевых и муниципальных учреждений здравоохранения межрайонного уровня;

- повысить уровень компетентности специалистов по вопросам демографии.

С целью повышения доступности и улучшения качества медицинской помощи женщинам и детям в 2011 году будет продолжена централизованная система круглосуточного мониторинга состояния здоровья беременных женщин группы высокого риска с использованием телекоммуникационных каналов;

- усилена служба санитарной авиации в части оказания специализированной консультативной и лечебно-диагностической помощи женщинам.

Приоритетными направлениями остаются снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь связанных с повышением АД, и от злокачественных новообразований, снижение смертности от ДТП, борьба с туберкулезом.

Совершенствование системы ранней диагностики рака, в том числе в условии первичного звена здравоохранения и развитии профилактического направления в онкологии.

Совершенствование медицинской помощи на всех этапах ее оказания, решение вопросов безопасности дорожного движения, снижение травматизма, в том числе на производстве.



Материнство и детство

*Не знаю ничего красивей
Достойной матери счастливой
С ребенком малым на руках.*

Тарас Шевченко

3. Охрана материнства и детства

3.1. Ресурсы акушерско-гинекологической службы

На территории края родовспомогательная медицинская помощь оказывается в 59 учреждениях (с ЗАТО).

Учреждения здравоохранения для оказания стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом первой группы – 40 (68%), второй группы – 16 (32%). В учреждениях первой группы происходит 26,2% от общего количества родов (9 883), в учреждениях второй группы – 73,8%, что составляет 27 997 родов.

Учреждения третьей группы в крае отсутствуют, и помощь женщинам высокой группы риска оказывается в родовспомогательных учреждениях г. Красноярска.

Радиус обслуживания территории учреждениями первой группы составляет от 100 до 600 км. Во всех учреждениях данной категории обеспечено оказание urgentной круглосуточной акушерско-гинекологической, анестезиологическо-реанимационной, неонатологической и другими видами помощи, в т.ч. по параклиническим службам. Мощность семи самостоятельных родильных домов составляет от 90 до 170 коек.

В учреждениях первой группы оказывается медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и после родов низкой группы риска.

Для оказания медицинской помощи беременным женщинам средней группы риска организованы межрайонные центры: гг. Красноярск, Ачинск, Канск, Минусинск, Лесосибирск, Норильск (на функциональной основе). В межрайонных центрах происходит 24 608 родов (65% от всех родов). В соответствии с «Порядком оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам края в межрайонном акушерском реанимационно-консультативном центре (далее МРКЦ) муниципального учреждения здравоохранения», утвержденный министерством здравоохранения Красноярского края 30.08.2010 года, за каждым межрайонным центром закреплен ряд территорий с радиусом обслуживания до 240 км. Межрайонные центры обеспечены реанимобилем для транспортировки новорожденных. Межрайонные центры гг. Ачинска, Канска и Минусинска обеспечены реанимобилем для транспортировки женщин в период беременности, родов и после родов. В случае необходимости транспортировки новорожденных или женщин свыше 250 километров эвакуация производится силами санитарной авиации.

Как обстоят дела в 2010 г.:

В 2010 году родовспомогательную медицинскую помощь населению оказывали 59 учреждений здравоохранения:

- самостоятельные родильные дома 7, имеющие в своем составе 15 женских консультаций;*
 - родильные отделения муниципальных учреждений здравоохранения 49;*
 - акушерско-гинекологических кабинета- 52.*
-

Учитывая, что Красноярский край не имеет учреждения родовспоможения третьей группы, беременные высокой группы риска направляются в муниципальные учреждения родовспоможения г. Красноярска, которые профилированы по патологии.

Реанимационная помощь беременным, роженицам и родильницам оказывается бригадой акушерского реанимационно-консультативного центра (АРКЦ), развернутого на базе МБУЗ Родильный дом № 1» г. Красноярска и бригадой санитарной авиации КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Радиус обслуживания – от 10 км до 2000 км (санавиация – от 250 км до 2000 км; автомобильным транспортом – от 10 км до 250 км).

Женщин, нуждающихся в госпитализации в учреждение II уровня, транспортируют санавиацией в 70% случаев, автомобильным транспортом – 30%. В 2010 году транспортировано 93 пациентки (в том числе на ИВЛ – 52 человека), что на 6,8% больше по сравнению с 2009 годом (2009 г. – 87 пациенток).

Два гинекологических отделения входят в состав многопрофильных больниц: муниципальное учреждение здравоохранения (МУЗ) «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» г. Красноярск и краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения (КГБУЗ) «Краевая клиническая больница». Имеется гинекологическая больница МБУЗ «Городская больница № 4» г. Красноярск.

С 1997 года для оказания медицинской помощи по коррекции пороков развития и подготовки семейных пар к рождению здорового потомства в крае функционирует КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики».

Координационную работу по сохранению репродуктивного здоровья, профилактике и снижению аборт в крае осуществляет КГБУЗ «Красноярский краевой Центр планирования семьи и репродукции», организованный в 1994 году. Кабинеты планирования семьи работают в городах: Красноярск, Норильск, Ачинск, Минусинск, Назарово, Шарыпово, поселок Курагино.

Ежегодно в женских консультациях края наблюдается 38 000 беременных женщин (2010 г. – 38253 человек). Охват беременных женщин ранним наблюдением (до 12 недель) составляет в 2010 году 79,5% (78,7% в 2009 г.), 4,0% беременных женщин (1362 человека) не состояли на учете по беременности (4,4% в 2009 г.).

Справка

Профили родовспоможения:

- МБУЗ «Городская клиническая больница №20 им. И.С. Берзона», в составе которой функционирует городской кардиологический центр - заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной системы и крови;

- МБУЗ «Родильный дом № 2» - для лечения невынашивания беременности и родоразрешения женщин с преждевременными родами;

- МБУЗ «Родильный дом № 5» – для женщин с резус-конфликтной беременностью и заболеваниями нервной системы;

- МБУЗ «Родильный дом № 1» – для женщин с гестозами и рубцами на матке;

- МБУЗ «Родильный дом № 4» – для женщин с патологией дыхательной системы.

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

С целью обеспечения доступности медицинской помощи в 30 муниципальных образованиях края организован бесплатный проезд беременных женщин от места проживания до медицинского учреждения.

Для работы с женщинами группы социальной риска в 46 учреждениях здравоохранения организо-

ваны и функционируют кабинеты медико-социальной помощи. Работа носит межведомственный характер (взаимодействие со специалистами социальной защиты населения).

Специалистами КГБУЗ «Красноярский краевой Центр планирования семьи и репродукции» круглогодично проводится обучение специалистов социальной защиты населения, педагогов, врачей различного профиля, акушеров по вопросам сохранения репродуктивного здоровья детей и подростков (выездные кустовые совещания).

Ежемесячно акушеры-гинекологи районных больниц проводят семинары для фельдшеров ФАПов, еженедельно фельдшера ФАПов направляют информацию в адрес акушеров-гинекологов о количестве беременных женщин на участке обслуживания.

По месту жительства в соответствующие сроки беременным женщинам проводится ультразвуковой скрининг и в срок 16-18 недель производится забор материала для биохимического скрининга. Охват биохимическим скринингом в 2010 году составляет 80,2% (79,1% в 2009 г.), УЗИ скрининг – 88,4% (86,9% в 2009 г.).

Доставка материала для биохимического скрининга производится централизованно 1 раз в 3 дня. В случае подозрения на наличие врожденной патологии или наследственного заболевания, беременные женщины направляются в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» на проведение инвазивных методов диагностики.

С 2011 года забор проб крови беременных женщин для биохимического скрининга будет производиться при сроке беременности 11-14 недель (I триместр) с целью раннего выявления внутриутробных пороков развития и наследственных болезней.

В 2010 году в рамках краевой целевой программы «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае на 2010-2012 годы» для межрайонных центров и КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» приобретено ультразвуковое оборудование и оборудование для телемедицинского консультирования с целью консультирования на удалении врожденных пороков сердца.

На этапе женских консультаций и кабинетов врачей акушеров-гинекологов формируются потоки беременных женщин на госпитализацию в случаеотягощенной беременности и родоразрешение (низкая, средняя и высокая группа риска).

Данный порядок в крае существует с 2001 года, и был закреплён приказом управления здравоохранения Красноярского края (далее – Порядок). В 2010 году в связи с выходом приказа Минздравсоцразвития РФ №808н в Порядок внесены соответствующие изменения.

Мониторинг беременных женщин высокой группы риска осуществляется через систему телемедицинских технологий на базе МУЗ «Родильный дом № 1» г. Красноярска. Отрабатывается система мониторинга беременных женщин средней группы риска в межрайонных центрах.

В целом за последние 5 лет имеет место изменение числа и структуры акушерско-гинекологических коек. Общее число этих коек уменьшилось на 4,7%. Изменилась структура коечного фонда.

Таблица 15 - Коечный фонд акушерско-гинекологического профиля 2006 – 2010 гг.

Коечный фонд	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Акушерские и гинекологические койки, всего	3268	3196	3163	3087	3115
в том числе: для беременных и рожениц	871	835	855	853	880
для патологии беременности	704	706	672	680	687
для производства аборт	150	142	143	127	130
для гинекологических больных	1543	1513	1493	1427	1418
Удельный вес коек патологии беременности в общем числе акушерских коек (%)	44,7	45,8	44,0	44,4	43,8
Койки дневного стационара	274	305	324	460	487
в том числе: при больничных учреждениях	122	133	134	199	238
при поликлиниках	152	172	190	261	249
Удельный вес коек дневного стационара в общем числе акушерских и гинекологических коек (%)	7,4	8,5	9,3	13,0	15,6

Абсолютное число коек патологии беременности за этот период сократилось на 2,4%. Обеспеченность койками патологии беременности составила в 2010 году 9,2 на 10000 женского населения (РФ 2009 г. – 9,9; СФО 2009 г. – 11,4 на 10000 женского населения).

Удельный вес коек патологии беременности в общем числе акушерских коек уменьшился за последние 5 лет на 2,0%, по отношению к 2009 году – на 1,4%, и составил в 2010 году 43,8% (РФ 2009 г. – 47,2%; СФО 2009 г. – 49%).

Вместе с тем абсолютное число коек для беременных и рожениц за этот период увеличилось на 1% (с 871 в 2006 г. до 880 в 2010 г.). Обеспеченность койками для беременных и рожениц составила в 2010 году 11,0 на 10000 женского населения (РФ 2009 г. – 11,0; СФО 2009 г. – 11,5 на 10000 женского населения).

Абсолютное число коек для производства абортов за последние 5 лет сократилось на 13,3%, абсолютное число коек для гинекологических больных сократилось на 8,1%. Обеспеченность койками для производства абортов составила в 2010 году 1,6 на 10000 женского населения (РФ 2009 г. – 0,86; СФО 2009 г. – 0,94 на 10000 женского населения). Обеспеченность койками для гинекологических больных составила в 2010 году 9,2 на 10000 женского населения (РФ 2009 г. – 8,29; СФО 2009 г. – 9,37 на 10000 женского населения).

Продолжают развиваться стационарзамещающие технологии. Общее число коек в дневных стационарах всех типов (при больничных учреждениях и при поликлиниках) выросло за 5 лет в 1,7 раза. Доля коек в дневных стационарах к общему числу коек составила в 2010 году 15,6% и увеличилась с 2005 года на 85,7%, по отношению к 2009 году – на 4,7%.

За последние 5 лет средняя занятость койки в году для беременных и рожениц увеличилась на 11,4% и составила в 2010 году 271,9 дней (2006 г. – 244,0; РФ 2009 г. – 274; СФО 2009 г. – 286). Средняя длительность пребывания больного на койке для беременных и рожениц с 2006 года уменьшилась на 3,6% и составила в 2010 году 8,0 дней (2006 г. – 8,3; РФ 2009 г. – 7,1; СФО 2009 г. – 7,2).

С 2006 года средняя занятость койки в году патологии беременности увеличилась на 5,9% и составила в 2010 году 308,4 дня (2006 г. – 291,3; РФ 2009 г. – 326; СФО 2009 г. – 327). Средняя длительность пребывания больного на койке патологии беременности уменьшилась на 9,4% и составила в 2010 году 10,6 дня (2006 г. – 11,7; РФ 2009 г. – 10,0; СФО 2009 г. – 10,3).

За последние 5 лет средняя занятость гинекологической койки в году уменьшилась на 5,6% и составила в 2010 году 303,0 дня (2006 г. – 320,9; РФ 2009 г. – 333; СФО 2009 г. – 333). Средняя длительность пребывания больного на гинекологической койке уменьшилась на 12,1% и составила в 2010 году 8,7 дня (2006 г. – 9,9; РФ 2009 г. – 7,9; СФО 2009 г. – 8,1). Вместе с тем с целью необходимо развивать в гинекологических стационарах технологии с использованием новых энергий (лазеров, ультразвука, крио-, радио-, электроэнергии) и минимально инвазивных доступов (лапароскопия, гистерорезектоскопия).

С 2006 года средняя занятость койки в году для производства абортс уменьшилась на 12,3% и составила в 2010 году 229,6 дня (2006 г. – 261,7; РФ 2009 г. – 232; СФО 2009 г. – 250). Средняя длительность пребывания больного на койке для производства абортс уменьшилась на 5,3% и составила в 2010 году 1,8 дня (2006 г. – 1,9; РФ 2009 г. – 2,1; СФО 2009 г. – 1,8).

Число и обеспеченность врачами акушерами-гинекологами за 5 лет остается на низком уровне, что ведет к снижению качества и доступности медицинской помощи женскому населению. В 2010 году обеспеченность ими составляет 4,9 на 10000 женского населения (РФ 2009 г. – 5,2; СФО 2009 г. – 5,0).

Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в сельской местности (2,5 – 3,6 на 10 тыс. женского населения) значительно ниже показателя в городской местности (6,0 – 6,6 на 10 тыс. женского населения). Коэффициент совместительства колеблется от 1,25 до 2,0.

Число врачей анестезиологов-реаниматологов в учреждениях родовспоможения за последние за 3 года уменьшилось на 53,9% (с 241 человека в 2008 г. до 130 человек в 2010 году), по отношению к 2009 году – на 19,2% (2009 г. – 161 человек).

Число врачей неонатологов в учреждениях родовспоможения в 2010 году составило 115 человек (2008 г. – 80 человек; 2009 г. – 80 человек).

Число акушеров в учреждениях родовспоможения за последние за 3 года уменьшилось на 8,3% (с 1003 человек в 2008 г. до 919 человек в 2010 году;

2009 г. – 915 человек). Обеспеченность средним медицинским персоналом составляет 7,0 на 10 тыс. женского населения (РФ 2009 г. – 8,3; СФО 2009 г. – 9,1). В 23 муниципальных образованиях обеспеченность акушерками составляет от 9,0 до 18,0 на 10 тыс. женского населения.

Идет постоянный рост квалификации работающих в службе материнства врачебных кадров. В 2010 году имеют категорию 71,4% врачей акушеров-гинекологов (РФ 2009 г. – 61,9%), удельный вес врачей акушеров-гинекологов, имеющих высшую категорию, составляет 52,2% от числа всех врачей, имеющих категорию (РФ 2009 г. – 30,9%). Удельный вес врачей акушеров-гинекологов, имеющих первую категорию, составляет 33,3% (РФ 2009 г. – 24,1%), вторую категорию – 14,5% (РФ 2009 г. – 7,8%). Однако уменьшается число аттестованных врачей на 2 квалификационную категорию, что косвенно свидетельствует о недостаточном притоке молодых кадров. За последние 5 лет число врачей, аттестованных на первую квалификационную категорию уменьшилось на 9,7%, на 2 квалификационную категорию – на 17,4%.

Приоритетные направления

Основной целью органов и учреждений здравоохранения при оказании лечебно-профилактической помощи женщинам и детям является сохранение и укрепление их здоровья и как следствие - снижение уровня материнской, младенческой, детской смертности и инвалидности. Данные показатели имеют социально-политическое значение и определяют уровень развития общества и здравоохранения.

3.2. Заболеваемость женского населения

За последние 5 лет уровень гинекологической заболеваемости увеличился: эндометриозом – на 23,3%, бесплодие – на 64,6%.

Таблица 16 - Гинекологическая заболеваемость в 2006 – 2010 годах (на 100 000 соответствующего возраста)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009 г.
Сальпингит и оофорит	1514,9	1550,9	1415,5	1391,5	1226,1	1271,5
Эндометриоз	303,1	369,3	404,6	410,8	373,5	376,5
Расстройства менструации	1493,8	1010,0	974,1	1114,3	1198,1	2077,6
Женское бесплодие	334,4	283,9	312,3	549,2	550,4	524,9
Беременность, роды и послеродовой период	6017,6	6470,1	7051,9	8183,7	8382,4	9652,2

Раннее выявление и лечение начальных форм гинекологической патологии позволили за период с 2006 года уменьшить заболеваемость сальпингитами и оофоритами на 19,1%, расстройства менструации – на 19,8%.

Таблица 17 - Гинекологическая заболеваемость детей и подростков в 2005-2010 гг. (на 100 000 соответствующего населения)

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Девочки 10 – 14 лет						
Расстройства менструации	969,8	1038,9	778,2	858,2	877,3	1210,7
Сальпингит, оофорит	-	-	-		142,2	50,9
Подростки 15 – 17 лет						
Расстройства менструации	3431,0	2837,1	2783,4	2734,6	2880,0	3586,4
Сальпингит, оофорит	1468,2	1278,9	1307,9	1208,9	1485,6	1320,0

Примечание: показатель заболеваемости девочек от 10 до 14 лет рассчитан на 1000 соответствующего возраста.

Ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости у детей и подростков занимают расстройства менструации. Данный показатель, как и Российской Федерации, имеет тенденцию к росту, и за последние 5 лет у девочек 10-14 лет увеличился на 16,5%, но ниже показателя Российской Федерации (РФ 2009 г. – 1366,0 на 1000 девочек соответствующего возраста). Заболеваемость сальпингитами и оофоритами у девочек 10-14 лет с 2009 года снизилась на 64,2%.

Остается высокой заболеваемость сальпингитами и оофоритами на фоне распространенной заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди подростков женского пола 15-17 лет, которая увеличилась за последние 5 лет на 3,2%. Вместе с тем данный показатель по отношению к 2009 году уменьшился на 11,1% (с 2837,1 в 2006 г. до 3586,4 в 2010 г.; РФ – 1413,4 на 100 тыс. женского населения соответствующего возраста). Расстройства менструации среди подростков 15-17 лет увеличились за последние 5 лет на 26,4%, но ниже показателя Российской Федерации (РФ 2009 г. – 4703,0 на 100 тыс. женского населения соответствующего возраста).

На рост показателя заболеваемости расстройствами менструации у детей в возрасте 10-14 лет и подростков 15-17 лет существенное влияние оказывают соматические заболевания.

Справка

Высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология» в федеральных государственных учреждениях РФ:

- ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» (г. Москва);
- ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова» (г. Москва);
- ФГУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» (г. Москва);
- ФГУ «Эндокринологический научный центр» (г. Москва);
- ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» (г. Екатеринбург);
- ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр» (г. Новосибирск).

Не все так просто!

Остается высоким уровень гинекологической заболеваемости у женщин различных возрастных групп, в том числе у детей и подростков, что создает неблагоприятный фон для реализации в дальнейшем репродуктивной функции. На состояние репродуктивного здоровья существенное влияние также оказывают соматическое и психическое здоровье женщин.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи женскому населению края в федеральных государственных учреждениях РФ с каждым годом более доступно. Число пролеченных пациенток в 2010 году увеличилось в 11 раз по отношению к 2007 году (2007 год – 4 человека, 2010 год – 44 человека).

За период с 2007 год по 2010 год оказана высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология» 79 пациентам.

Наиболее востребованным направлением является оказание медицинской помощи при бесплодии по программе экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО). В 2010 году 26 женщинам оказана медицинская помощь при лечении бесплодия по программе ЭКО в федеральных государственных учреждениях за счет средств федерального бюджета, что на 18% больше по сравнению с 2009 годом.

3.3. Состояние здоровья беременных

Продолжает ухудшаться состояние здоровья беременных женщин, что является следствием низкого уровня общесоматического здоровья женщин. Так, за последние 5 лет число беременных женщин, страдающих заболеваниями системы кровообращения увеличилось на 27,8%, число беременных женщин, страдающих болезнями мочеполовой системы увеличилось на 3,3%.

За последние 5 лет отмечается снижение частоты анемии на 12,5%.

Таблица 18 - Динамика здоровья беременных женщин в крае за 2006-2010 годы (% к числу закончивших беременность)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009 г.	СФО 2009 г.
Анемия	30,3	27,1	28,3	26,3	26,5	35,3	31,9
Болезни мочеполовой системы	12,1	12,2	13,0	13,2	12,5	19,2	19,5
Болезни системы кровообращения	7,2	7,6	8,0	9,4	9,2	10,3	12,3
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства,	14,3	14,5	14,9	13,6	13,7	17,8	18,1
в том числе преэклампсия и эклампсия	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	1,4	1,25

Уменьшение позднего гестоза произошло на 4,2%, что связано с диагностикой ранних форм и проведением профилактического лечения беременных женщин из группы высокого риска.

За последние 5 лет удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в ранние сроки (до 12 недель), увеличился на 11,3% и составил в 2010 году 79,5% (2006г. – 71,4%; 2009 – 78,7%; РФ 2009 г. – 82,1%; СФО 2009 г. – 82,1). В то же время с 2006 года уменьшилось число женщин, не наблюдавшихся по поводу беременности, на 9,2% (2006 г. – 1500; 2010 г. – 1362). Из числа женщин, родивших в стационаре, не состояли под наблюдением в женской консультации в 2010 году 4,0% (РФ 2009 г. – 2,25%; СФО 2009 г. – 2,6%), что на 28,6% меньше по отношению к 2006 году.

Остаются территории с низким показателем удельного веса женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки. Низкий показатель в данных муниципальных образованиях обусловлен недостаточной организацией работы оказания медицинской помощи женщинам на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Таблица 19 – Исходы беременности (из числа состоящих на диспансерном учете) в 2006-2010 годах

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Закончили беременность родами всего:	26587	29119	31673	35051	33801
в том числе:- родами в срок, %	90,2	95,1	95,0	89,6	89,5
- преждевременными родами, %	4,7	4,9	5,05	4,5	4,6
- абортами, %	5,1	5,6	5,95	6,0	5,9
в том числе: в сроке 22-27 недель,%,	1,2	1,2	1,0	0,9	1,0

В течение 5 лет доля преждевременных родов из числа женщин, закончивших беременность, уменьшилась на 2,1% и составила в 2010 году 4,6% (РФ 2009 г. – 3,9%).

Что необходимо сделать!

С целью снижения преждевременных родов:

- обеспечение, раннее выявление и лечение гинекологических и соматических заболеваний женского населения;
- создание и развитие специализированных кабинетов по невынашиванию в женских консультациях межрайонных центров, г. Красноярск;
- внедрение современных технологий диагностики и лечения при оказании медицинской помощи женщинам группы риска по невынашиванию;
- выделение среди беременных женщин группы риска по невынашиванию;
- обеспечение бесплатного обследования беременных женщин группы риска на TORCH-инфекцию;
- обеспечение современными тестами прогнозирования преждевременных родов (партус-тест) и несвоевременного излития околоплодных вод (амни-тест);
- осуществление профилактики фолатзависимых пороков плода, задержки внутриутробного развития плода;
- осуществление индивидуальной йодной профилактики у беременных женщин;
- соблюдение этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов с учетом группы пренатального риска

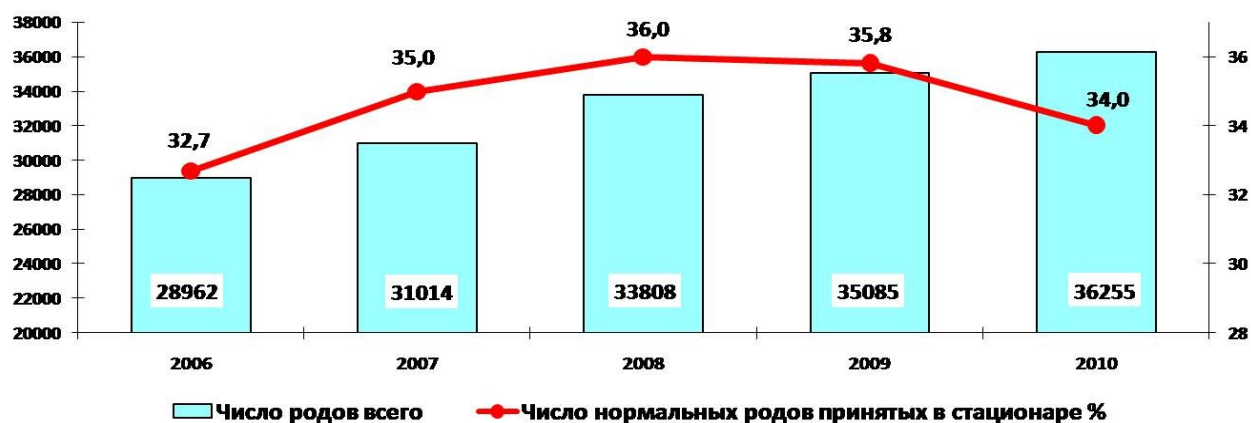


Рисунок 21 – Частота нормальных родов (без патологии) в Красноярском крае за 2006 - 2010 гг.

За последние 5 лет отмечается увеличение числа нормальных родов на 4,0% (с 32,7% в 2006 г. до 34,0% в 2010 г.). В акушерских стационарах края только каждые третьи роды являются нормальными, что связано с высокой заболеваемостью беременных женщин.

Таблица 20 – Динамика заболеваемости, осложнившая течение родов и послеродового периода (на 1000 родов) за 2006-2010 годы

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009 г.	СФО 2009 г.
Анемии	228,6	226,0	228,7	223,3	204,7	225,4	227,9
Болезни системы кровообращения	42,2	48,8	58,4	71,3	68,6	68,6	83,9
Болезни мочеполовой системы	88,5	88,1	83,3	90,9	88,2	78,6	96,5
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	147,3	173,7	177,8	176,6	169,4	191,4	200,3
в том числе: преэклампсия и эклампсия	3,7	3,4	3,3	3,4	3,9	27,15	23,5

В течение последних 5 лет заболеваемость, осложнившая течение родов и послеродового периода (на 1000 родов) в крае увеличилась по следующим классам болезней: болезни системы кровообращения – на 62,6%, поздний гестоз – на 15,0%.

Таблица 21 – Осложнения при родах за 2006-2010 гг. (на 1000 родов)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009 г.	СФО 2009 г.
Кровотечения в связи с отслойкой плаценты	8,7	8,0	7,7	7,4	7,5	8,4	7,8
Кровотечения в связи с предлежанием плаценты	1,4	1,9	1,8	2,6	1,7	1,99	1,59
Аномалии родовой деятельности	167,1	152,4	143,6	161,5	163,4	116,5	133,0
Разрывы матки	0,13	0,06	0,15	0,11	0,08	0,14	0,11
Сепсис, в том числе:	1,50	1,63	0,7	0,6	0,49	1,1	1,4
перитонит после операции кесарево сечение (на 1000 оперированных)	0,07	0,16	0,03	-	0,7	0,19	0,19

За период 2006-2010 годы уменьшилось число осложнений при родах: кровотечения в связи с отслойкой плаценты – на 13,8%, разрывы матки – на 38,5%, сепсис – на 67,3%. Число нарушений родовой деятельности уменьшилось на 2,2%.

Что необходимо делать!

Родоразрешение беременных женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией следует осуществлять в стационарах, организованных в составе многопрофильных лечебных учреждений. Искусственное прерывание беременности у данного контингента женщин следует проводить в гинекологических стационарах многопрофильных больниц.

В системе организации оказания медицинской помощи в родах важное место занимают оперативные технологии. В 2010 г. в крае частота оперативного родоразрешения составила 25,9% от числа всех родов, из них 97,7% составляет кесарево сечение, т.е. каждая четвертая роженица родоразрешается оперативно.

За период 2006-2010 годы число оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечение увеличилось и составило в 2010 году 25,4% (2006г. – 22,3%).

Таблица 22 - Объемы и структура оперативных вмешательств в акушерских стационарах края за 2006-2010 годы (на 1000 родов)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Принято родов, абс. число	29239	31233	33808	35085	36255
с наложением щипцов	0,4	0,3	0,2	1,6	0,3
с использованием вакуум-экстракции	1,1	1,6	1,2	2,2	5,6
кесарево сечение	220,9	233,7	254,0	249,6	253,9
плодоразрушающие операции	0,07	0,2	0,06	0,03	0,03
Всего проведено операций (без прочих)	223,4	237,7	259,0	254,8	259,8
Экстирпация матки в родах и после них	0,9	1,9	3,3	1,4	2,5

Позитивным моментом является увеличение доли операций кесарева сечения проведенных в плановом порядке до 58%. В 42% случаев абдоминальное родоразрешение проведено по экстренным показаниям. В 83% случаев операция кесарево сечение проводится с ИВЛ, в 18% случаев – под перидуральной анестезией.

В структуре показаний к операции кесарево сечение во время беременности основными являются: рубец на матке – 25,0%, тяжелые формы гестоза при отсутствии эффекта от терапии – 16,1%, тазовое предлежание – 12,3%, ПОНРП – 8,7%, тяжелая экстрагенитальная патология – 6,5%, предлежание плаценты – 3,9%.

В структуре показаний к операции кесарево сечение во время родов основными являются: острая гипоксия плода, сочетание хронической плацен-

тарной недостаточности или начальных признаков гипоксии плода с другой акушерской патологией – 28,7%, аномалии родовой деятельности – 20,2%, клинически узкий таз – 14,5%, ПОНРП – 8%.

В 2010 году в крае по сравнению с 2006 годом на 9,1% уменьшился удельный вес родов с наложением акушерских щипцов и составил 0,3 на 1000 родов. (РФ 2009 г. – 1,23; СФО 2009 г. – 0,76 на 1000 родов).

Вместе с тем в муниципальных учреждениях здравоохранения шире стали применять в родах вакуум-экстрактор. За последние 5 лет в 6,1 раза вырос удельный вес родов с применением вакуум-экстракции с 1,1 на 1000 родов до 5,6 на 1000 родов (РФ 2009 г. – 3,53; СФО 2009 г. – 3,01 на 1000 родов). Рост показателя связан с более широким применением вакуум-экстракторов нового образца, что приводит к снижению родовых травм новорожденных при родах с аномалиями родовой деятельности.

С 2006 года удельный вес плодоразрушающих операций снизился на 57,2%, и составил в 2010 году 0,03 на 1000 родов (РФ 2009 г. – 0,37; СФО 2009 г. – 0,18 на 1000 родов).

Число экстирпаций матки в родах и после них, лишаящих женщину дальнейшей детородной функции, составило в 2010 году 2,5 на 1000 родов (РФ 2009 г. – 1,62; СФО 2009 г. – 2,0 на 1000 родов).

В структуре причин расширения объема оперативного вмешательства до экстирпации матки в родах и после них основными являются: кровотечения в родах и после родов – 38,0%, миомы матки с множественными узлами и нарушением питания узлов – 6,8%, гнойно-септические заболевания после родов – 6,8%.

Что необходимо делать!

С целью **снижения** числа **экстирпаций матки** в родах и после родов:

- неукоснительно соблюдать протоколы оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях, гнойно-септических заболеваниях и гестозах, утвержденные министерством здравоохранения Красноярского края;
- отработать и внедрить базовый алгоритм действий при акушерских кровотечениях с применением современных технологий (баллонная тампонада матки, перевязка внутренних подвздошных артерий);
- соблюдать этапность и последовательность мероприятий по остановке кровотечения;
- шире применять проведение интраоперационной антибиотикотерапии;
- в случае возникновения воспалительных заболеваний после родов и оперативного родоразрешения пациентов **своевременно** (на 3-4-е сутки) госпитализировать в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с целью проведения внутриа-териальной перфузии антибиотиками.

3.4. Перинатальная смертность

Показатель перинатальной смертности за 5 лет снизился на 15,3% и составил в 2010 году 8,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Таблица 23 - Перинатальная смертность и составляющие ее компоненты за 2006-2010 годы

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009 г.	СФО 2009 г.
Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	9,8	9,7	9,01	9,0	8,7	7,8	7,7
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	3,5	4,3	3,8	4,1	2,8*	3,1	2,9
Мертворождаемость (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	6,2	5,4	5,2	4,9	5,7	4,7	4,7

*Показатель предварительный.

Снижение показателя мертворождаемости за последние 5 лет произошло на 18,3%. За период 2006-2010 годы показатель ранней неонатальной смертности снизился на 20% и составил в 2010 году 2,8 на 1000 родившихся живыми (РФ 2009 г. – 3,08; СФО 2009 г. – 2,9). Показатель ранней неонатальной смертности по отношению к 2009 году снизился на 31,7%.

Показатель мертворождаемости в крае нестабильный: при постоянном снижении показателя с 2006 года до 2009 года (на 26,5%) отмечается рост мертворождаемости в 2010 году по отношению к 2009 году на 12,2%.

Таблица 24 - Перинатальная смертность по Красноярскому краю (с учетом ЗАТО) 2006-2010 гг.

Годы	Умершие в перинатальный период			Коэффициент перинатальной смертности(на 1000 родивших- ся живыми и мертвыми)			% в общей смертности населения
	Всего	Мертво- рожденные	Умершие от 0-6 дн.	Всего	Мертво- рожденные	Умершие от 0-6 дн.	
2006	361	195	166	11,3	6,1	5,2	0,89
2007	335	187	148	9,7	5,4	4,3	0,87
2008	334	192	142	9,0	5,2	3,8	0,86
2009	345	187	158	9,0	4,9	4,1	0,92
2010	320	219	117	8,7	5,7	3,0	0,84

В 2010 году изменился удельный вес антенатальной, интранатальной мертворождаемости и ранней неонатальной смертности от общего числа случаев перинатальной смерти.

Что необходимо делать!

С целью снижения **антенатальной** смерти необходимо:

- проводить предгравидарную подготовку при планировании беременности;
- совершенствовать пренатальную диагностику;
- выделять среди беременных женщин группы риска по развитию фетоплацентарной недостаточности (ФПН);
- проводить своевременную профилактику, диагностику и лечение осложненных беременностей, инфекций, экстрагенитальной патологии;
- своевременно родоразрешать женщину.

Доля мертворождаемости в 2010 году в общем числе случаев перинатальной смерти увеличилась на 20,3% по отношению к 2009 году за счет уве-

личения случаев антенатальной смерти на 12,4% и увеличения случаев интранатальной смерти на 84,2%. Доля ранней неонатальной смерти в 2010 году уменьшилась на 26,6% и составила 25,5%.

Ежегодно в структуре мертворождаемости основную долю составляет антенатальная смерть, которая имела тенденцию к росту до 2009 года (2007 г. – 80,4%; 2008 г. – 82,2%; 2009 г. – 88,9%). В 2010 году доля антенатальной смерти уменьшилась на 6,5% и составила 83,1%.

В 2010 году изменилось соотношение антенатальной и интранатальной смерти в структуре мертворождаемости. Доля интранатальной смерти увеличилась в 2010 году на 52,3% по отношению к 2009 году и составила 16,9% (2009 г. – 11%).

В 2010 году в структуре перинатальной смертности основную долю занимают отдельные состояния перинатального периода – 89,1%, врожденные аномалии составляют 8,3%.

Что необходимо делать!

С целью снижения **интранатальной** смерти необходимо:

- соблюдать этапность оказания медицинской помощи на основе формирования групп риска;
- в случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родов после 22 недель беременности осуществлять госпитализацию женщин в родильные дома (отделения) учреждений здравоохранения второй группы, где имеется отделение реанимации новорожденных, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела (500-999 г): межрайонные центры (гг. Ачинск, Канск, Минусинск, Лесосибирск, Норильск) и в МУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск;
- выполнять мониторинг за осложненным течением беременности и родов совместно со специалистами АРКЦ МБУЗ «Родильный дом № 1» г. Красноярска;
- осуществлять оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- внедрять единые технологии лечения с использованием стандартных, специфических и дополнительных методов исследования;
- своевременно родоразрешать женщину при наложении акушерской патологии (в т.ч. при развитии фетоплацентарной недостаточности, задержке внутриутробного развития плода) и при тяжелой соматической патологии.

За последние 3 года отмечается снижение показателя умерших от отдельных состояний в перинатальный период на 3,0% (с 6,89 в 2008 г. до 6,68 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2010 г.). Смертность от врожденных аномалий за период 2008-2010 годы увеличилась на 12,7% (с 0,55 в 2008 г. до 0,62 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2010 г.).

Таблица 25 - Перинатальная смертность в лечебных учреждениях края за 2008-2010 гг. (от 0-6 дней + мертворожденные)

	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	абс.	на 1000 родившихся живыми + мертвыми	абс.	на 1000 родившихся живыми + мертвыми	абс.	на 1000 родившихся живыми + мертвыми
Перинатальная смертность всего:	264	7,67	266	7,46	276	7,49
отдельные состояния в перинатальный период	237	6,89	238	6,67	246	6,68
в том числе: родовая травма	18	0,52	10	0,28	4	0,11
асфиксия при родах	151	4,39	158	4,43	182	4,94
респираторные нарушения	44	1,28	38	1,07	35	0,95
асфиксия антенатальная	142	4,12	153	4,29	172	4,66
инфекционные болезни	16	0,47	19	0,53	19	0,51
гематологические нарушения	1	0,03	1	0,02	-	-
ГБН	4	0,12	3	0,08	1	0,02
Врожденные аномалии	19	0,55	25	0,7	23	0,62
Прочие	8	0,23	3	0,08	7	0,19

В 2010 году в структуре смертей, наступивших от отдельных состояний в перинатальный период: асфиксия при родах составила 73,9% (2009 г. – 66,4%); респираторные нарушения – 14,2% (2009 г. – 15,9%) (что связано с большей долей детей, родившихся недоношенными); инфекционные болезни – 7,7% (2009 г. – 7,9%); родовая травма – 1,6% (2009 г. – 4,2%); ГБН – 0,4% (2009 г. – 1,3%). Гематологических нарушений в 2010 году не было (2009 г. – 0,4%). Основную долю в структуре смертей, наступивших от асфиксии при родах, составляет асфиксия антенатальная – 94,5%, которая имеет тенденцию к росту (2007 г. – 82,5%; 2008 г. – 94,0%; 2009 г. – 96,2%).

С 2008 года смертность от родовой травмы уменьшилась на 78,8%, от респираторных нарушений – на 25,8%, от ГБН – на 83,3%. Вместе с тем в 2010 году по отношению к 2008 году произошло увеличение смертности от инфекционных болезней на 8,5%, от асфиксии антенатальной – на 13,1%.

Анализ медицинских свидетельств о перинатальной смерти учреждений здравоохранения края показал, что в причинной структуре асфиксии антенатальной основную долю занимает патология плаценты и пуповины – 64,5%, экстрагенитальная патология – 16,5%, причины со стороны матери не установлены – 15,2%, осложнения беременности – 3,8%.

3.5. Скрининг новорожденных

В 2010 году по программе профилактики врожденных пороков развития (ВПР) и наследственных заболеваний (НЗ) на территории края проводилась работа по следующим направлениям:

- Пренатальная диагностика врожденных пороков развития.
- Массовое обследование новорожденных на пять наследственных заболеваний: фенилкетонурия (ФКУ), врожденный гипотиреоз (ВГ),

муковисцидоз (МВ), аденогенитальный синдром (АГС) и галактоземию (ГАЛ).

- Медико-генетическое консультирование.
- Препринимическая (пресимптомная) диагностика.
- Диспансеризация семей с наследственной патологией.
- Периконцепционная профилактика.
- Мониторинг врожденных пороков развития у детей и плодов.

Неонатальный скрининг

В 2010 году массовое обследование новорожденных проводилось в рамках реализации национального проекта «Здоровье» и Федеральной целевой программы «Дети России» на пять наследственных заболеваний: фенилкетонурия (ФКУ), врожденный гипотиреоз (ВГ), муковисцидоз (МВ), аденогенитальный синдром (АГС) и галактоземия (ГАЛ). Для проведения обследования новорожденных на территорию края за счёт федеральных средств поступили тест-системы на общую сумму 9573,1 тыс. руб. Дополнительно за счёт средств краевого бюджета в пределах выделенных ассигнований приобретены тест-системы на сумму 2168,29 тыс. рублей. В 2010 году за счет средств федерального бюджета поступил прибор «НАНОДАКТ» стоимостью 260 тыс. рублей.

В 2010 г. охват скринингом новорожденных составил 99,7%

Обследовано 38 350 новорожденных Красноярского края. Процент охвата скринингом новорожденных составил 99,7%. Выявлено 16 новорожденных с ВГ, 4 – с ФКУ, 9 – с АГС, 9 – с МВ, 0 – с ГАЛ. Все вновь выявленные дети взяты на диспансерный учет и получают соответствующее лечение. Частота наследственных заболеваний по Красноярскому краю составила: ФКУ – 1: 6 500 – 7 500 (РФ – 1:8000-10000); ВГ – 1:3 500 – 4 000 (РФ 1:2000-4000); МВ – 1: 7500; АГС – 1: 7500; ГАЛ – 1:26000.

Всем новорожденным, вошедшим в группу риска, проведена подтверждающая диагностика (молекулярно-генетические исследования и электролиты пота на приборе «НАНОДАКТ» – при подозрении на муковисцидоз, определение активности фермента ГАЛТ – при подозрении на галактоземию, определение сывороточного 17-ОНР – при подозрении на аденогенитальный синдром, молекулярно-генетические исследования – при подозрении на ФКУ, определение сывороточных тиреоидных гормонов – при подозрении на врожденный гипотиреоз).

На 1 января 2011 года на диспансерном учете в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» состоят больных ВГ 103 ребенка; больных ФКУ – 74 ребёнка; больных МВ – 11 детей; больных АГС – 23 ребенка; 1 ребенок с ГАЛ. Лечебное питание аминокислотными смесями получают 42 ребенка больных ФКУ. Остальные дети сняты с лечебного питания по достижению возрастного критерия.

В 2010 году для детей, больных ФКУ, приобретено лечебное питание за счет средств краевого бюджета на сумму 3291,1 тыс. рублей, за счёт средств федерального бюджета – на сумму 543,05 тыс. рублей.

Пренатальная диагностика

В 2010 году по биохимическому скринингу на хромосомные заболевания и врождённые пороки развития плода обследовано 30 678 беременных женщин, что составило 80,2% (2009 г. – 79,1%).

В 2010 году женщинам во время беременности проведено 150 329 ультразвуковых исследований (2009 г. – 145 339 исследование). Кратность ультразвуковых исследований по краю в среднем составила 3,9 раза за период беременности (2009 г. – 3,7 раза).

Пренатальная диагностика. Что это такое?

Пренатальная диагностика проводится с целью выявления плодов с врожденными пороками развития и хромосомными аномалиями и предупреждения рождения больных детей:

- УЗИ исследование беременных женщин в скрининговые сроки 11-13, 20-22, 32 недель;
- биохимическое исследование крови беременных на сывороточные маркеры (АФП/ХГЧ, НЭ) с 15 по 20 нед. беременности;
- медико-генетическое консультирование беременных женщин из группы высокого риска по генетическим заболеваниям;
- инвазивная диагностика хромосомных болезней плода (кордоцентез, плацентоцентез, аспирация ворсин хориона).

В 2010 году проведена 901 диагностическая инвазивная процедура с целью выявления хромосомных заболеваний плода, что составило 2,4% от числа беременных женщин, состоящих на учете. При этом выявлено 82 случая хромосомной патологии плода (с. Дауна – 30; с. Патау – 6; с. Эдвардса – 13; с. Тернера – 5; с. Кляйнфельтера – 2; полиплоидия – 3; другая хромосомная патология плода - 23). Процент выявления хромосомной патологии плода составил в 2010 году 9,1%. В 4 случаях проведены инвазивные процедуры с лечебной целью.

При проведении комплексной пренатальной диагностики в 2010 году выявлено 560 плодов с пороками развития и хромосомными заболеваниями (2009 г. – 599), при этом первично диагностированы в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» 156 плодов с ВПР, подтверждена патология у 219 плодов (2009 г. – 240).

В 2010 году тактика ведения беременности при выявлении врождённых пороков развития и наследственных заболеваний у плода определялась в соответствии с «Порядком работы Пренатального Консилиума». По заключению Пренатального консилиума в 244 случаях (43,6%) беременности прерваны по показаниям со стороны плода – наличие грубых ВПР. (2009 г. прервано 247 беременности). Во всех случаях прерывания беременности проведена патологоанатомическая верификация генетического диагноза.

Пролонгировано 316 беременностей (56,4%) с диагностированными пренатально ВПР плода, из них в 21 случае диагноз снят при обследовании новорожденного.

В 2010 году в 93,4% случаев пороки развития плодов выявлялись и прерывались до 24 недель беременности (2009 г. – 89,5%).

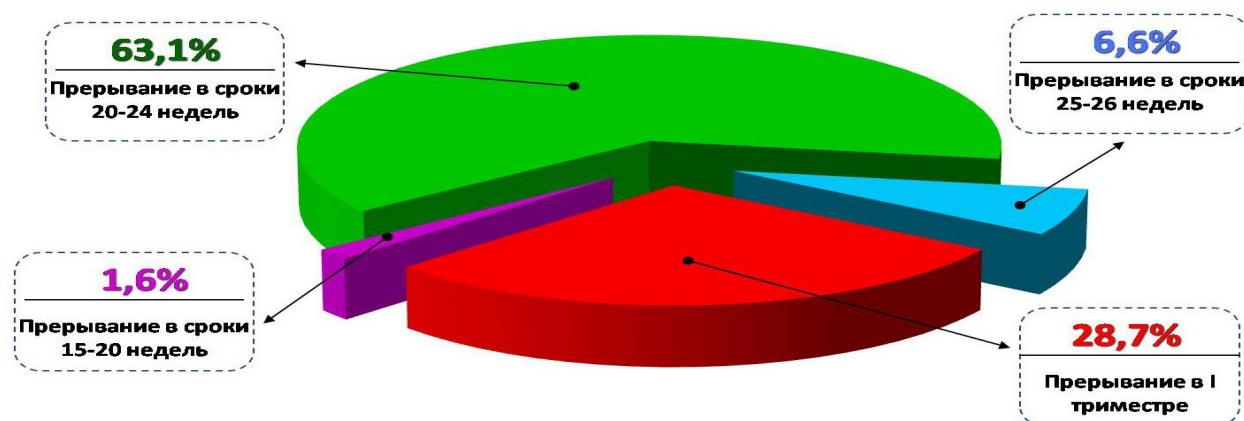


Рисунок 22 - Прерывание беременностей с выявленными пороками плода в 2010 г. (%)

В структуре пренатально выявленной патологии плода наибольший процент занимает патология мочевыделительной системы – 19,8%, второе место – ВПР ЦНС – 16,4%, третье место – врожденные пороки сердца – 14,8%, четвертое место – хромосомные аномалии – 10,2%.

Мониторинг врожденных пороков развития у детей:

По мониторингу врожденных пороков развития у детей работают все территории края.

По данным мониторинга за 12 месяцев 2010 года зарегистрировано 1198 ВПР у детей, родившихся на территории края (2009 г. – 1264 ВПР), из которых 316 пороков строгого учета (2009 г. – 288 ВПР). Частота ВПР по краю в 2010 году составила 3,08% (2008 г. – 3,36%; 2009 г. – 3,29%).

Таблица 26- Частота ВПР на территории края за 2006-2010 гг.

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Родилось всего (абс. числа)	31945	34175	37 101	38425	38783
Число родившихся с врожденной патологией, абс. число	1058	1123	1257	1264	1198
Частота ВПР (%)	3,3	3,3	3,36	3,29	3,08
Из них ВПР строгого учета (абс. число)	248	237	229	288	316
Частота ВПР строгого учета (%)	0,7	0,7	0,61	0,7	0,81

В 2010 году зарегистрированные врожденные пороки развития (1198 случаев) по структуре распределились следующим образом:

I место – врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы 384 случая (32,05%);

II место – врожденные пороки развития мочеполовой системы 316 случаев (26,37%);

III место – врожденные пороки развития костно-мышечной системы 211 случаев (17,61%).

Всего из 1198 случаев рождения детей с ВПР подлежало пренатальной диагностике 363 ВПР. Пренатальная диагностика была затруднена или невозможна в 825 случаях. В 10 случаях комплексная пренатальная диагностика не проводилась.

В 2010 году (по предварительным данным) в 58 случаях врожденные пороки развития явились непосредственной причиной смерти детей в возрасте до одного года (2009 г. – 80 случаев). В 36,2% (21 случай) смерть наступила от врожденных пороков сердца и других аномалий органов кровообращения; от МВПР – 5,2% (3 случаев); от ВПР ЦНС – 15,5% (9 случаев); от ВПР ЖКТ – 12,1% (7 случаев); от хромосомных аномалий – 3,4% (2 случая). Другие врожденные аномалии составили 27,6% (16 случаев).

За последние пять лет доля ВПР в структуре младенческой смертности уменьшилась на 46,4% (в 1,8 раза) и (по предварительным данным) составила в 2010 году 1,51 на 1000 родившихся живыми (2006 г. – 2,8; 2007 г. – 2,9; 2008 г. – 1,5; 2009 г. – 2,1 на 1000 родившихся живыми). Данный показатель в 2010 году по отношению к 2009 году уменьшился на 28,1%.

3.6. Уровень аборт в крае и их профилактика

Проводимая в крае работа по профилактике абортов обеспечила стойкую тенденцию к снижению абсолютного их числа во всех возрастных группах.

За период с 2006 г. по 2010 г. абсолютное число абортов уменьшилось на 9217.



*За 5 лет число абортов снизилось на **23,4%**.*

За последние 5 лет показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста (15-19 лет) снизился на 19,4% (с 47,1 – 2006 г. до 37,8 в 2010 г.).

Соотношение числа родов и абортов изменяется в сторону снижения абортов. В 2009 году число родов превысило число абортов на 6643, в 2010 году – на 7970. На 100 родившихся живыми и мертвыми в 2010 г. производилось 77,8 абортов.

За последние пять лет структура абортов по возрастному составу женского населения не меняется, более 50% абортов проводится у женщин наиболее активного репродуктивного возраста 20-29 лет в 2010 г. – 53,1%; в 2009 г. – 53,3%.

В структуре абортов в 2010 году основную долю составляют легальные медицинские аборты 77,1% (РФ 2009 г.-76,9%) за 5 лет их число снизилось на 27,3% (с 31995 в 2006 г. до 23253 в 2010 г.).

За последние 5 лет число абортов у первобеременных снизилось на 41,1%, число неутонченных абортов на 6,6%, число абортов у ВИЧ инфицированных женщин - на 1,9%.

Таблица 27 - Динамика аборт в Красноярском крае за 2006-2010 гг.

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Общее число абортов (включая мини аборты)	39376	35564	32971	31237	30159
Число абортов (на 1000 женщин фертильного возраста)	47,1	43,0	40,3	38,7	37,8
Показатель (включая мини аборты) (на 100 родившихся живыми и мертвыми)	133,5	107,9	95,9	81,2	77,8
Число мини абортов (абс. число)	11801	9406	8245	8073	6441
Удельный вес мини абортов в общем числе абортов (%)	30,0	26,4	25,0	25,8	21,3

В соответствии с приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» изменился перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, что определило значительное уменьшение числа абортов по медицинским показаниям за последние 5 лет на 73,4%, по отношению к 2009 г. – на 5,5%. В 2010 г. в 36% случаев прерывание беременности по медицинским показаниям производилось в связи с выявленными врожденными пороками (аномалиями) развития плода, их доля в общем числе абортов составила 0,6%, в числе абортов по медицинским показаниям 36%.

С 2006 г. число самопроизвольных абортов увеличилось на 32%, в общем числе абортов всех возрастов доля самопроизвольных абортов в 2010 г. составила 13,8% (2006 г. – 8%, 2009 г. – 11,7%).

Профилактика нежелательной беременности является одной из значимых проблем службы планирования семьи.

За последние 5 лет число абортов у детей в возрасте до 14 лет снизилось на 12% (2006 г. – 25, в 2010 г. – 22). Доля абортов у детей в числе абортов всех возрастов остается на одном уровне

0,07% – 2009 г. и 0,07% – 2010- г. (РФ 2009 г. – 0,06%).

Распространенность абортов на 1000 девочек для 14 лет в 2010 г. – 1,5, в 2009 г. – 1,4, при этом численность девочек до 14 лет уменьшилась на 4,1% к числу девочек 2009 г.

В 2010 г. все девочки до 14 лет прервали первую беременность – 100%, в 2009 г. – 95,4% (РФ 2009 г. – 95%). В сроке до 12 недель беременность прервали 20 девочек 90,9% (2009 г. – 63,6, РФ 2009 г. – 66,1).

По медицинским показаниям прерывание беременности у девочек 14 лет произведены в 36,4% случаях (2009 г. – 50%, РФ 2009 г. – 62,1%). Не зарегистрировано ни одного случая самопроизвольного аборта, неутонченный аборт в 2010 г. – 1, что составило 4,5% к числу абортов в этом возрасте (РФ 2009 г. – 2,8).

В крае имеется стойкая тенденция снижения абортов у девушек подростков 15-17 лет за период с 2006 г. абсолютное число абортов у подростков 15-17 лет снизилось на 52,2% (с 1229 в 2006 г. до 587 в 2010 г.).

Аборты у подростков 15-17 лет в общем числе абортов всех возрастов в 2010 г. составили 2% против 3,1% в 2006 г. В структуре абортов в этом возрасте 75,3% занимают легальные медицинские аборты.

Число абортов у первобеременных уменьшилось на 54,5%, криминальных абортов в 2010 г. не было.

С 2010 г. увеличилась доля прерывания беременности до 12 недель на 16,2%, уменьшилось число абортов в сроке 22-27 недель на 91,2%, число абортов в сроке 12-21 на 98,9%.

В 2010 г. в общем числе прерывания беременности у женщин всех возрастов, аборты у девочек 15-17 лет составили 2%, в числе абортов у подростков 15-19 лет - 27%.

Работа женских консультаций города и края по профилактике нежелательной беременности позволила снизить аборты у подростков 15-19 лет. За период с 2006 г. абсолютное число абортов у подростков 15-19 лет снизилось на 44,2% (2006 г. - 4247, в 2010 г. – 2370).

Профилактика не желательной беременности.



За 5 лет на 22,2% увеличилось число женщин использующих гормональную контрацепцию.

Действенной мерой профилактики абортов является использование современных методов контрацепции.

Наиболее распространенным методом учтенной контрацепции является внутриматочная контрацепция. Однако

частота использования внутриматочной контрацепции за период с 2006 года снизилась на 5,2%. В 2010 году пользовались внутриматочной контрацепцией 13,9% женщин фертильного возраста (2006 г. – 13,4%).

Таблица 28 - Профилактика абортов в Красноярском крае на основе современных методов контрацепции за 2005-2009 годы

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число женщин фертильного возраста	836729	827994	818102	801187	796560
Введено ВМС в амбулат. и стационарных условиях	8658	7558	7364	7349	10634
Число женщин применяющих ВМС	112318	109395	109566	107662	106486
Использование ВМС на 100 женщин фертильного возраста	13,4	13,2	13,4	13,3	13,4
Число женщин фертильного возраста использующих гормональные средства	115448	120531	119220	137749	141129
Использование гормональных средств на 100 женщин фертильного возраста	13,8	14,5	14,6	17,1	17,7
Всего женщин использующих эти методы контрацепции	227766	229926	228786	245418	247615
Число операций стерилизации женщин	478	517	572	520	551

Вместе с тем, за последние 5 лет на 22,2% увеличилось число женщин использующих гормональную контрацепцию. В 2010 году этот вид контрацепции использовали 17,7% женщин фертильного возраста (2006 г. – 13,8%).

Все выше перечисленные методы контрацепции в 2010 году использовали 31,1% женщин фертильного возраста (РФ 2009 г. – 23,6%).

Хирургическая стерилизация с целью контрацепции в 2010 году была произведена у 551 женщины. Доля хирургических стерилизаций с применением эндоскопической аппаратуры составляет 7,6% (РФ 2009 г. – 34,2%).

Приоритетные направления по планированию и профилактике абортов:

- организация кабинетов медико-социальной помощи в женских консультациях,
- обеспечение бесплатными контрацептивами женщинам из группы риска наступления нежелательной беременности (подростки, женщины одинокие, не состоящие в браке, имеющие хронические соматические заболевания, социально не защищенный контингент);
- организация приема подросткового гинеколога и выделение часов по планированию семьи и контрацепции в приеме врача акушера-гинеколога в женских консультациях;
- развитие новых форм психологической помощи населению, в т.ч. молодежи (консультации психологов, работа телефона доверия, работа с органами ЗАГС);
- информационное обеспечение муниципальных учреждений здравоохранения наглядной информацией, о вреде прерывания беременности и современных методах контрацепции.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» по направлению «родовые сертификаты»

В Красноярском крае 88 учреждений здравоохранения участвуют в национальном проекте «Здоровье» по направлению «родовые сертификаты», имеющие лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности «акушерство и гинекология» и «педиатрия». Все целевые показатели 2010 г. выполнены.

Плановые показатели на 2010 год:

число женщин, которым оказана амбулаторно-поликлиническая помощь в период беременности (талон № 1) – 32858 человек;

число женщин, которым оказана стационарная помощь в период родов и в послеродовой период (талон № 2) – 33358 человек;

число детей первого года жизни, прошедших диспансерное наблюдение (талон № 3) – 30857 человек.

Финансирование из средств федерального бюджета в 2010 году по оплате медицинской помощи в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни предусмотрено на общую сумму 360,0 млн рублей.

В 2010 году службой детства и родовспоможения в целом получено 360,8 млн рублей: женским консультациям по талону № 1 (33593 шт.) – 100,7

млн рублей; родильным домам (отделениям) по талону № 2 (34051 шт.) – 204,3 млн рублей; детским поликлиникам по талону № 3 – 55,7 млн рублей.

Выполнение плановых показателей составило: по талону № 1 – 102,2 процента, по талону № 2 – 102,1 процента.

Число родов в 2010 году составило 38129 (2009 год – 37880). Прирост родов составил 0,7% (2007 год – 7%, 2008 год – 8%, 2009 год – 2,1%),

За 2010 год учреждения службы родовспоможения приобрели оборудование на сумму 88,4 млн рублей, лекарственные препараты – на сумму 15,1 млн рублей, изделия медицинского назначения – 13,6 млн рублей, мягкий инвентарь – на сумму 4,8 млн рублей. Беременные женщины в женских консультациях обеспечены лекарственными средствами на сумму 16,0 млн рублей, в родильных домах (отделениях) дополнительным питанием – на сумму 2,1 млн рублей.

В 2010 году улучшены качественные показатели работы службы охраны материнства и детства по отношению к 2009 году:

снизился на 2,3% показатель распространенности абортот и составил 37,8 на 1000 женщин фертильного возраста (2009 год – 38,7 на 1000 женщин фертильного возраста);

удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в ранние сроки (до 12 недель) увеличился на 0,8% и составил 79,5% (2009 год – 78,7%);

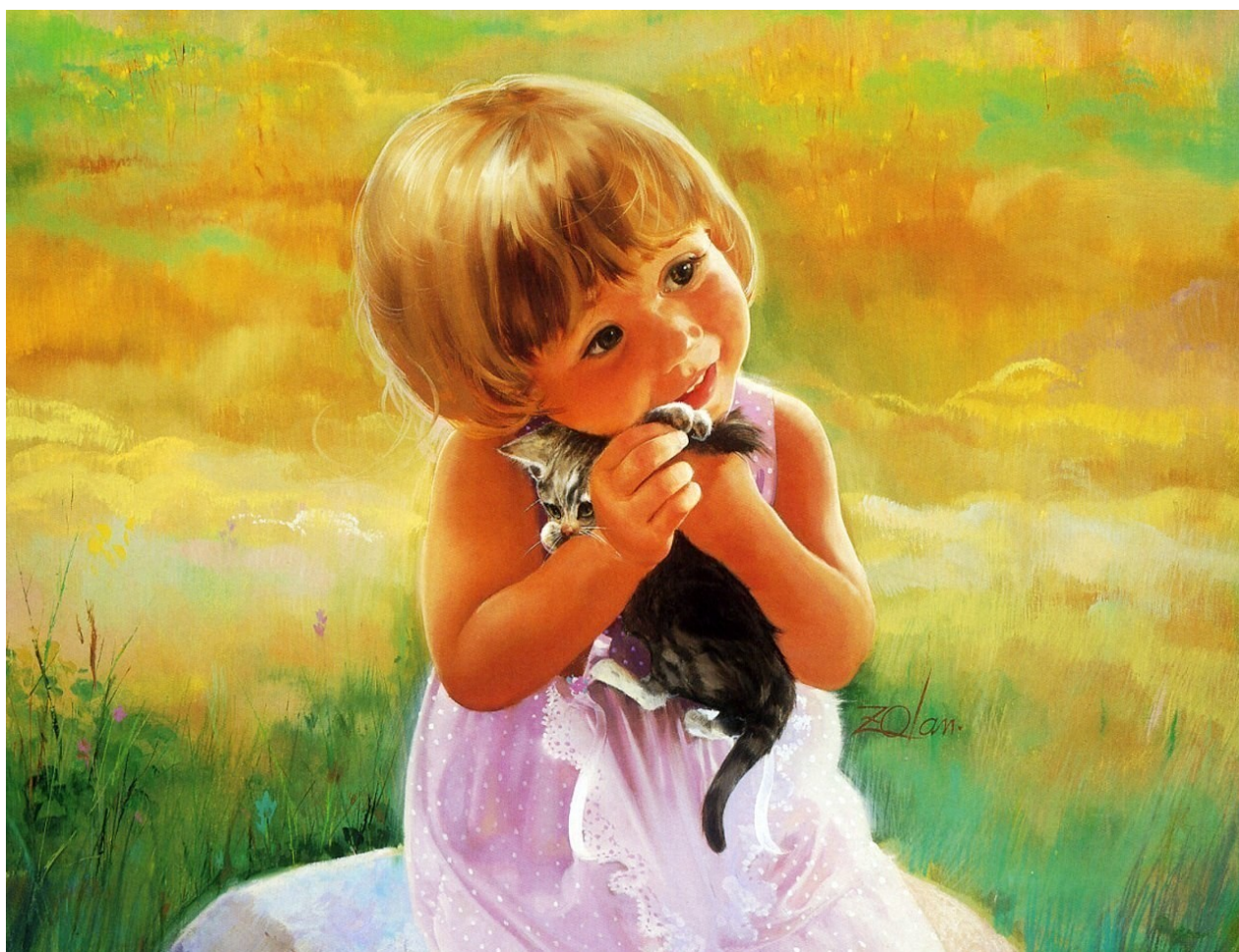
увеличилось на 1,5% число ультразвуковых исследований женщин в период беременности в скринирующие сроки и составило 88,4% (2009 год – 86,9%);

увеличилась на 1,1% доля женщин, которым проведен биохимический скрининг, и составила 80,2% от числа состоявших на учете по беременности женщин (2009 год – 79,1%).

Что необходимо сделать!

Оснащение женских консультаций и родильных домов диагностическим (в т.ч. ультразвуковым) и лечебным оборудованием, мягким инвентарем, приобретение медикаментов для оказания адекватной медикаментозной поддержки женщин в родах, в послеродовом периоде и новорожденных, позволяют повысить качество исследований, улучшить условия пребывания матери и ребенка в учреждениях службы родовспоможения.

Здоровье детей



Дети — это наше будущее, и обеспечение их здорового роста и развития должно быть важнейшей задачей всех сообществ.

4. Состояние здоровья детей

4.1. Заболеваемость детей

Показатель общей заболеваемости детей за 5 лет увеличился на 9,5%. По отношению к 2009 году отмечается снижение показателя на 4,0%.

Структура заболеваемости по отношению к 2009 году не изменилась. Ведущие места занимают болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения и болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни нервной системы.

Наибольший прирост произошел в классе болезней нервной системы – 57,0% к уровню 2006 года и 9,4% к уровню 2009 года, классе новообразований – 27,4% к уровню 2006 года, болезней костно-мышечной и соединительной ткани – 26,0%.

Таблица 29 - Динамика общей заболеваемости детей по краю за 2006-2010 гг. (на 1 000 детского населения 0-14 лет)

Классы болезней	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	2033,0	2157,8	2159,4	2318,5	2225,4
Инфекционные болезни	111,2	113,7	107,0	105,5	89,9
Новообразования	7,3	8,1	8,9	9,0	9,3
Болезни эндокринной системы	34,9	33,8	33,8	32,8	30,5
Болезни крови и кроветворных органов	27,4	28,0	28,0	25,5	24,2
Психические расстройства	57,6	56,9	58,9	60,9	60,5
Болезни нервной системы	66,1	77,4	87,0	94,9	103,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	103,5	110,7	115,8	121,9	123,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	60,1	68,1	62,0	65,2	63,6
Болезни системы кровообращения	34,9	34,3	34,5	38,6	36,6
Болезни органов дыхания	939,1	1031,9	997,2	1151,3	1111,2
Болезни органов пищеварения	132,4	128,7	135,2	135,4	132,1
Болезни мочеполовой системы	53,7	56,2	55,9	57,0	56,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	117,4	122,8	128,4	124,2	103,9
Болезни костно-мышечной системы	58,4	65,7	72,0	75,7	73,6
Врожденные аномалии	27,0	27,5	29,0	30,1	28,3
Отдельные состояния перинатального периода	36,1	38,4	41,9	38,0	27,6
Неточно обозначенные состояния	55,2	44,9	50,4	45,8	47,2
Травмы и отравления	110,5	110,8	113,5	106,6	103,1

В 2010 году в клиниках федерального подчинения получили 545 детей. Наиболее востребованными из высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи являются: кардиохирургия (232 ребенка), ортопедия (52 ребенка), кохлеарная имплантация (16 детей), нейрохирургия (18 детей), оф-

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель общей заболеваемости детей – 2225,4 на 10000 детского населения;

Показатель общей заболеваемости новорожденных детей – 611,4 на 1000 родившихся живыми;

Показатель общей заболеваемости детей 1 года жизни – 2721,9 на 1000 детей, достигших 1 года.

тальмология (30 детей), педиатрия (40 детей) Из числа пролеченных детей 78,0% составляли дети инвалиды.

Таблица 30 - Динамика заболеваемости новорожденных детей по краю за 2006-2010 гг. (на 1 000 родившихся живыми)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Общая заболеваемость	642,1	637,7	646,9	607,7	611,4
в т.ч. синдром респираторных расстройств	23,3	27,0	28,9	27,4	26,8
Внутричерепная родовая травма	65,6	60,5	61,2	47,3	41,2
Врожденные аномалии	26,2	25,1	24,8	29,5	28,0
Сепсис	0,03	0,16	0,06	0,17	0,51
Гемолитическая болезнь	7,0	6,1	5,8	7,1	9,4

Отмечено снижение показателя заболеваемости новорожденных детей на 4,8% по отношению к 2006 году. В структуре заболеваемости ведущее место занимают респираторные нарушения и врожденные аномалии, отмечено существенное снижение доли родовой травмы.



За период с 2006 по 2010 гг. общая заболеваемость детей увеличилась на 9,5%.

В рамках Национального проекта в 2010 году обследовано на наследственные заболевания (галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз) 38086 новорожденных. Охват неонатальным скринингом составил

99,6% (целевой показатель по РФ – 95%).

Всего с начала 2010 года выявлено 9 случаев адреногенитального синдрома, 9 случаев муковисцидоза. Новорожденные дети с выявленными наследственными заболеваниями наблюдаются в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики», у врача-эндокринолога по месту жительства.

Таблица 31 - Динамика заболеваемости детей 1 года жизни по краю за 2006-2010 гг. (на 1 000 детей, достигших одного года)

Классы болезней	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	2809,4	2954,2	2886,0	2822,3	2721,9
Инфекционные болезни	92,9	103,4	86,9	77,4	70,3
Болезни эндокринной системы	121,3	116,1	102,8	88,9	82,0
Болезни крови и кроветворных органов	125,8	126,0	128,6	104,5	98,2
Болезни нервной системы	116,9	110,4	116,9	168,1	225,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	72,3	80,9	88,6	86,9	103,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	66,5	71,4	67,5	63,2	58,9
Болезни органов дыхания	1121,8	1152,7	1024,9	1105,8	1098,0
Болезни органов пищеварения	176,0	190,3	211,4	200,4	195,5
Болезни мочеполовой системы	63,2	78,9	77,7	83,3	81,2
Врожденные аномалии	30,6	32,7	34,8	33,4	31,9

Общая заболеваемость детей первого года снизилась за 5 лет с 2809,4 до 2721,9 на 1000 детей, достигших 1 года (на 3,1%). Снижение заболеваемости фиксируется ежегодно с 2007 года. Отмечено снижение числа болезней эн-

докринной системы, в том числе рахита, инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания и болезней крови, в том числе анемии.

4.1.1. Социально обусловленные заболевания

В крае остается непростой ситуация с социально-значимыми заболеваниями.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детей на территории Красноярского края за прошедший год изменилась незначительно.

Таблица 32 - Эпидемические показатели по туберкулезу среди детей от 0 до 14 лет за 2006 - 2010 гг. (на 100 тыс. детского населения)

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Инфицированность (%)	46,9	43,8	43,5	44,6	43,8
Распространенность	37,9	34,8	32,8	24,0	25,5
Заболеваемость	27,2	24,9	22,0	18,1	18,9
Смертность	-	-	-	-	-

За истекший год показатель общей заболеваемости туберкулезом детей по территории прирос на 4,4%, за счет иностранных граждан, при этом показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания уменьшился на 0,6%, а внеторакальным туберкулезом возрос на 81,8%.

Из числа заболевших жители города составили 53 чел. – 60,9 %, села 34 чел. – 39,1 % (2009 г. – 64,6% и 35,4%), в том числе мальчики 38 чел. – 44,8 %, девочки 49чел. – 55,2% (2009 г. – 46,3% и 53,7%).

В группе впервые выявленных в отчетном году дети от 0 до 2 лет составили 13 чел. – (14,9%), 3- 4 лет – 18 чел. (20,7%), 5- 6 лет – 13 чел. (14,9%), 7- 14 лет – 43чел. (49,4 %), (2009 г.- 6,1%; 19,5%; 25,6%; 48,8%).

В группе впервые выявленных детей из бациллярных контактов 2 детей находились в контакте с несколькими бактериовыделителями одновременно, 8 детей - из социопатических семей.

Все указанные лица - из семей с низким уровнем материального достатка. На различных этапах до выявления локального процесса практически у всех имели место факторы, способствующие его развитию, как-то: уклонение взрослых членов семьи от полноценного лечения, пренебрежение мерами обеззараживания в очагах, отсутствие возможности изолировать ребенка по месту жительства и отказ семьи от направления последнего в санаторий или от поездки в ККПТД № 1 для полноценного своевременного обследования.

Активный туберкулез выявлен по случаю обследования в связи с выявлением процесса у взрослых членов семьи у 9 детей (2009 год – 10 детей), имеется периодический туб. контакт с родственником – 4 детей, с соседями – 4 человека, контакт в семье имелся ранее – 8 человек.

В структуре заболеваемости доминирует туберкулез органов дыхания, составивший в 2010 году 89,6% (2009 г.-93,9%). Среди впервые выявленных больных с туберкулезом органов дыхания фаза распада не зарегистрирована (2009г. – 1ребенок – 1,3%), бактериовыделение – 1 - 1,3% (2009г. – 1- 1,3%).

Случаев смерти от туберкулеза среди детей не зарегистрировано.

Таблица 33 - Наркологическая заболеваемость детей от 0 до 18 лет за 2006-2010 гг. (на 100 000 детского населения)

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего с наркологической патологией	236,3	238,6	224,8	248,8	202,7
Хронический алкоголизм	11,1	3,7	3,3	3,2	1,1
Наркомания	3,4	2,9	2,9	1,9	1,6
Токсикомания	3,7	4,1	5,6	5,2	3,0
Злоупотребление алкоголем	164,8	175,3	161,5	176,3	141,0
Эпизодическое употребление наркотических веществ	30,7	25,3	20,7	27,6	33,9
Эпизодическое употребление ненаркотических веществ	21,7	26,8	30,7	34,2	26,1

Наркологическая помощь несовершеннолетним Красноярского края в 2010 году оказывалась в 10 территориях края врачами психиатрами-наркологами 14 подростковых наркологических кабинетов и центров, в 41 территориях края врачами психиатрами-наркологами наркологических кабинетов при центральных районных больницах.

Отмечается уменьшение заболеваемости наркологической патологией среди несовершеннолетних на 14,2 %.

В структуре заболеваемости на первое место занимает проблема употребления алкоголя несовершеннолетними – 70,1%, второе место – употребление наркотических средств – 17,5%, третье место употребление ненаркотических веществ – 12,4%. Это свидетельствует о том, что проблема употребления психоактивных веществ несовершеннолетними на протяжении уже многих лет продолжает оставаться острой. Проблема потребления наркотических средств в 2010 году перешла на второе место (с третьего места в 2006-2009г.г.), за счет увеличения количества лиц, употребляющих наркотические средства с вредными для здоровья последствиями.

В 2010 году нет подростков, впервые взятых на учет с алкогольным психозом, в 2009г. взят на учет 1 подросток.

Из 6 человек, впервые взятых на учет с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя», 4 подростка и 1 ребенок до 14 лет впервые зарегистрированы в г. Красноярске, 1 подросток в г. Ачинске.

В 2010г. первичная заболеваемость наркоманией среди несовершеннолетних уменьшилась, а количество лиц, употребляющих наркотические средства с вредными для здоровья последствиями, увеличилось на 59,6%.

В настоящее время среди несовершеннолетних наиболее употребляемое наркотическое средство - это наркотик группы каннабиноидов (марижуана, гашиш). Данный вид наркотика относят к группе «легких» наркотиков, и, учитывая особенности формирования и развития синдрома отмены, употребляющие данный наркотик не часто обращаются к врачу наркологу. Основными пациентами врачей психиатров – наркологов являются молодые люди, употребляющие наркотики группы опиоидов.

В 2010 году взято на учет 9 несовершеннолетних с диагнозом «Синдром зависимости от наркотических средств».

Чаще всего родители пытаются самостоятельно решать проблемы детей и обращаются к специалистам только на анонимной основе. Процент добровольно обратившихся к подростковому врачу наркологу несовершеннолетних за 2010 год составил 9,7% (2009г.-11,7%).

Не все так просто!

Одним из основных и сложных направлений работы подростковых врачей психиатров-наркологов является раннее выявление среди несовершеннолетних и молодежи потребителей наркотических средств и психотропных веществ. При этом, существующая законодательная база не позволяет активно выявлять среди детей и подростков потребителей психоактивных веществ, согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, проведение медицинского вмешательства лицу, не достигшему 15 лет, возможно только с согласия родителей или иных законных представителей, а с 15 лет с его собственного согласия.

Активное выявление происходит только через органы внутренних дел (2010г. - 82% 2009г. – 79,8%). К врачу психиатру-наркологу направляются подростки, задержанные в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, совершившие преступления в состоянии опьянения, заподозренные в употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ.

На прием к врачу наркологу дети и подростки направляются комиссиями по делам несовершеннолетних, в 2010 году процент направленных составил 3,4% (2009г. - 4,4%).

Процент выявленных через учреждения образования несовершеннолетних, заподозренных в употреблении алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, составил в 2010 году 4,9% (2009г.-4,1%). Основная работа в образовательных учреждениях врачами наркологами проводится с теми несовершеннолетними, кто уже состоит на диспансерном или профилактическом учетах.

В 2010г. увеличилось число посещений несовершеннолетних к подростковому врачу психиатру-наркологу по сравнению с 2009г. на 9,0%. Увеличение числа посещений произошло за счет профилактических осмотров несовершеннолетних, осуществляемых подростковым врачом психиатром-наркологом в учебных заведениях, а так же за счет наблюдения несовершеннолетних диспансерной и профилактической групп.

В условиях стационара КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1» в 2010 году прошли лечение 56 несовершеннолетних (2009г.–48).

4.2. Питание детей

В крае продолжается работа, направленная на поддержку и поощрение грудного вскармливания в рамках дальнейшего развития инициативы ВОЗ ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребенку».

Доля детей, находившихся на грудном вскармливании более 6 месяцев, составила 48,4%, что превышает показатели Российской Федерации.

Таблица 34 - Доля детей, находящихся на грудном вскармливании, к числу детей, достигших возраста 1 год

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
С 3 до 6 месяцев	34,1	24,2	28,7	26,5	25,8
С 6 до 12 месяцев	38,7	52,8	44,5	48,1	48,4

С целью обеспечения полноценным питанием детей первого и второго года жизни и профилактики алиментарно-зависимых заболеваний у детей раннего возраста, проживающих в семьях с доходом ниже прожиточного минимума, на территории края реализуется Закон края от 20.12.2005 № 17-4269 «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов края государственными полномочиями по обеспечению детей первого и второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания» (в редакции от 26.12.2006). За счет средств Закона в 2010 году обеспечено полноценным питанием 12110 детей в возрасте до 2 лет на общую сумму 63,6 млн. рублей (500 рублей ежемесячно для детей первого года жизни и 150 рублей ежемесячно для детей второго года).

В результате реализации закона отмечено снижение таких алиментарно-зависимых заболеваний как рахит, анемия, гипотрофия.

4.3. Ресурсы педиатрической службы

4.3.1. Дома ребенка

В течение 2010 года в медицинские учреждения края доставлено 1618 детей в возрасте от 0 до 18 лет, в том числе 1259 детей до 4 лет. Из числа доставленных детей 753 возвращены родителям или иным законным представителям, 270 переведены в учреждения социальной защиты населения, 39 в учреждения образования, 429 – в дома ребенка, 3 ребенка умерли, 4 покинули стационар самостоятельно, 1 ребенок переведен в центр временной изоляции несовершеннолетних. На 01.01.2011 в стационарах края находилось 109 детей.

В системе здравоохранения края функционирует 5 домов ребенка с общим количеством мест 627.

Таблица 35- Возрастной состав воспитанников домов ребенка

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Состоит всего	641	646	579	614	552
В возрасте 0-12 мес, в %	20,4	18,0	24,2	27,5	19,8
В возрасте 1-3 года, в %	60,7	58,8	49,4	53,3	62,9
В возрасте 3 года и старше, в %	18,9	23,2	26,4	19,2	17,4

В течение 2010 года в дома ребенка поступило 406 человек и на 01.01.2011 в них находилось 552 ребенка.

Среди воспитанников домов ребенка значительно снизилась доля детей в возрасте старше 3 лет.

Таблица 36 - Дети, выбывшие из домов ребенка

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Передано в семьи всего	309	262	350	371	338
из них: взято родителями	30	43	38	70	71
усыновлено	218	116	190	205	166
в т.ч. российскими гражданами	55	87	40	81	63
иностранными гражданами	163	29	150	124	103
Переведено в интернатные учреждения системы образования	45	52	52	58	82
Переведено в учреждения социальной защиты населения	43	42	57	42	35

В течение 2010 года из домов ребенка выбыло 460 детей, в том числе 71 ребенок возвращен родителям (в 2009г. – 70 детей), усыновлены Российскими гражданами 63 ребенка (81 в 2009г.), иностранными гражданами 103 ребенка (в 2009г. – 124 ребенка).

Не уменьшается число детей, переданных их домов ребенка на другие формы семейного устройства – 101 ребенок (95 в 2009г.), в том числе взяты под опеку – 92 ребенка (85 в 2009г.), в приемную семью устроено 10 детей (9 в 2009г.).

Всего на все формы семейного устройства передано из домов ребенка 338 детей (371 в 2009г.).

В 2010 году подлежало осмотру 7 781 детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты населения.

По состоянию на 01.01.2011 осмотрен 7 781 ребенок, выполнение плана составило 100%.

Осмотры детей проводились специалистами центральных районных и городских больниц с привлечением специалистов межрайонных центров и краевых лечебных учреждений.

В диспансеризации принимали участие 47 медицинских учреждений. Диспансеризация проводилась в 148 интернатных учреждениях, в том числе в 88 интернатных учреждениях образования, 54 – социальной защиты населения и 6 – здравоохранения.

В результате осмотра показатель общей заболеваемости детей составил 2808,0 ‰, что превышает показатель 2009 года (2265,0). Показатель общей заболеваемости детей по Красноярскому краю в 2010 году составил 2225,4‰.

В структуре общей заболеваемости первое место принадлежит психическим расстройствам и расстройствам поведения – 21,2% или 595,4 ‰ (545,5‰ в 2009г.), второе место – болезням органов пищеварения – 13,6% или

381,1 ‰ (367,6‰ в 2009г.), третье место занимают болезни костно-мышечной системы – 11,6‰ или 325,8‰ (286,1‰ в 2009г.).

Структура заболеваемости среди детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеет свои различия.

По итогам диспансеризации 2009 года 442 ребенка получили лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия в условиях дома ребенка, 1539 детей оздоровлены в условиях образовательного учреждения, 692 – в условиях учреждения социальной защиты населения, 4566 детей обследованы и пролечены в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения, 561 – в стационаре по месту жительства, 171 – в учреждениях краевого подчинения, 8 детей пролечены в клиниках федерального подчинения, 464 ребенка получили санаторно-курортное лечение.

Из числа детей, осмотренных в 2010 году, все дети получили рекомендации по дальнейшему лечению и проведению реабилитационных мероприятий. В дополнительном обследовании нуждается 1627 человек, в том числе 1621 в учреждениях краевого подчинения, 5 в федеральных учреждениях здравоохранения.

Из числа осмотренных детей не привито 63 ребенка (0,8%), в том числе 51 ребенок по медицинским показаниям, 12 – по иным причинам, в том числе в связи с выбытием из учреждения.

При проведении диспансеризации зарегистрировано 1375 детей-инвалидов (18,8% от общего числа осмотренных детей). Это обусловлено структурой интернатных учреждений (3 специализированных дома ребенка, 6 интернатов для детей с умственной отсталостью социальной защиты населения, детские дома и школы-интернаты VIII вида). Из числа детей-инвалидов установлена инвалидность в 2010 году 90 детям.

Среди причин инвалидности в категории детей—сирот первое место занимают психические нарушения, второе – болезни нервной системы, третье – врожденные аномалии. Среди детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, первое место принадлежит заболеваниям органов зрения, второе - психическим нарушениям, третье – врожденным аномалиям.

Все дети-инвалиды имеют разработанную индивидуальную программу реабилитации. В 78,9% случаев данная программа полностью выполнена, в 7,4% – выполнена частично, начата и проводится в 13,6% случаев.

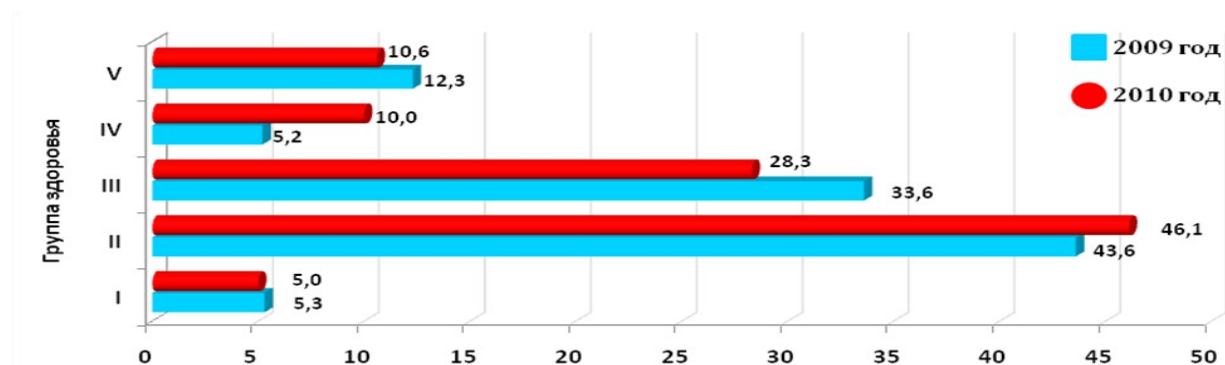


Рисунок 23 - Итоги диспансеризации детей за 2009 - 2010 гг.

4.3.2. Лечебно-профилактические учреждения

В крае сохраняется сеть основных детских лечебно-профилактических учреждений и их мощность. Продолжает сокращаться количество молочных кухонь, находящихся в муниципальной собственности. Дети первых двух лет жизни обеспечиваются молочными продуктами за счет субвенций краевого бюджета.

Таблица 37 - Сеть службы охраны здоровья детей

Виды учреждений (абс.)	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Детские краевые больницы	2	1	1	1	1
Детские городские больницы	7	7	7	7	7
Инфекционные больницы для детей	1	1	1	-	-
Детские поликлиники (самостоятельные)	5	5	5	5	5
Молочные кухни	10	8	8	6	6

Общее количество педиатрических коек продолжает уменьшаться, однако за счет сокращения численности детского населения обеспеченность всеми видами стационарных коек для детей не претерпевает значительных изменений.

Таблица 38 - Структура коечного фонда для детей

	Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число стационарных коек для детей	Абс.	3926	3767	3656	3576	3461
	На 10000 детей 0-17 лет	64,3	64,0	63,8	62,4	61,7
в т.ч. педиатрические	Абс.	1736	1681	1610	1572	1529
	На 10000 детей 0-17 лет	28,4	28,6	28,1	27,9	27,3
инфекционные	Абс.	599	574	558	555	557
	На 10000 детей 0-17 лет	9,8	9,7	9,7	9,8	9,9
специализированные	Абс.	1591	1512	1488	1449	1375
	На 10000 детей 0-17 лет	26,0	25,7	25,9	25,3	24,5
Для недоношенных и новорожденных детей	Абс.	300	291	293	297	300
	На 10000 новор. детей	94,5	92,8	85,6	83,7	77,8

Отмечается снижение занятости коек по всем профилям

Таблица 39 - Занятость койки в году

Койки	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Педиатрические (соматические)	289,4	283,4	279,2	297,2	285,0
в т.ч. для новорожденных и недоношенных	255,6	260,5	270,1	268,9	257,2
Педиатрические (специализированные)					
- хирургические	321,8	313,1	313,1	323,9	292,8
- терапевтические	327,6	321,6	312,6	310,6	305,9
- инфекционные	234,0	259,7	269,6	294,3	266,9

Сохраняется тенденция к снижению средней длительности пребывания больного по всем профилям коек.

Таблица 40 - Средняя длительность пребывания на койке выписанного больного (в днях)

Койки	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Педиатрические (соматические)	12,8	11,9	11,8	11,2	11,1
в т.ч. для новорожденных и недоношенных	19,9	18,2	18,6	16,7	16,4
Педиатрические (специализированные)					
-хирургические	9,9	9,9	9,8	9,6	9,4
-терапевтические	20,5	18,9	21,0	20,7	15,4
-инфекционные	8,3	8,0	8,0	7,6	7,3

Сохраняется снижение больничной летальности по всем классам заболеваний.

Таблица 41 - Досуточная летальность детей первого года жизни (%)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Общая летальность у детей первого года жизни в первые сутки госпитализации	22,6	23,5	26,8	26,9	25,8
из них при пневмонии	30,0	-	50,0	-	33,3

Показатель досуточной летальности детей первого года жизни вырос за 5 лет на 14,2%.

Больничная летальность детей от 0 до 17 лет на в 2010 году снизилась до 0,2%. Снижение зафиксировано во всех классах заболеваний.

Таблица 42 - Больничная летальность среди детей 0-17 лет (%)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Общая летальность	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
В том числе при инфекционных и паразитарных заболеваниях	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
новообразованиях	0,7	1,2	0,5	0,8	0,6
болезнях крови и кроветворных органов	0,7	0,3	0,5	0,4	0,3
болезнях нервной системы	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4
болезнях системы кровообращения	0,4	0,1	0,1	0,5	0,7
болезнях органов дыхания	0,1	0,06	0,05	0,04	0,05
-из них от пневмонии	0,4	0,5	0,6	0,4	0,6
врожденных аномалиях	2,7	2,7	1,7	2,2	1,8
травмах и отравлениях	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

4.4. Кадры

Численность врачей-педиатров незначительно колеблется и обеспеченность ими остается ниже показателя по России.

Таблица 43 - Обеспеченность врачами-педиатрами

Наименование	Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число врачей-педиатров	Абс. На 10тыс. детей	1230 20,1	1230 20,9	1226 21,4	1222 21,7	1217 21,7
Имеют категорию всего	Абс.	819	791	777	746	731
в т.ч. высшую категорию		457	462	463	473	465
I категорию		264	252	243	213	208
II категорию		98	77	71	60	58
Удельный вес аттестованных врачей	%	66,6	64,3	63,4	61,1	60,1
Имеют сертификат специалиста	Абс	1009	1043	1064	1045	1019
Удельный вес сертифицированных врачей	%	82,0	84,8	86,8	85,5	83,7

Отмечается постоянное снижение удельного веса врачей, имеющих квалификационную категорию.

Таблица 44- Обеспеченность врачами-неонатологами

Наименование	Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число врачей-неонатологов	Абс. На 10 тыс. новорожденных	97 33,1	96 30,5	93 27,2	95 26,8	98 26,8
Имеют категорию всего	Абс.	66	64	70	76	83
в т.ч. высшую категорию		43	41	39	46	50
I категорию		18	17	20	18	17
II категорию		5	6	11	12	16
Удельный вес аттестов. врачей	%	68,0	66,7	75,3	80,0	84,7
Имеют сертификат специалиста	Абс	82	79	86	84	85
Удельный вес сертифицированных врачей	%	84,5	82,3	92,5	88,4	86,7

За счет продолжающегося роста рождаемости в 2010 году обеспеченность врачами-неонатологами снизилась с 33,1 в 2006 году до 26,8 в 2010 году.

4.5. Санаторно-курортное лечение детей

Для оказания санаторно-курортной помощи детям в настоящее время в крае функционирует три детских санатория системы здравоохранения на 505 мест, в том числе два противотуберкулезных: «Пионерская речка» и «Салют» на 275 и 105 мест соответственно; краевой детский санаторий «Березка» на 125 мест для детей с кардиоревматологической патологией, патологий ЛОР-органов и нарушением осанки.

В санаториях Красноярского края ежегодно получают лечение более 9000 детей

В 2010 году получили санаторно-курортное лечение 12 085 детей (на 74,6% больше, чем в 2009), в том числе в санаториях, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития РФ - 1 207 детей, из них по путевкам «мать и дитя» -

684 ребенка, в краевых санаторно-курортных учреждениях получили лечение 9 456 детей, из них 5 059 детей в санаториях министерства здравоохранения Красноярского края, 4 417 в санатории министерства социальной политики Красноярского края КГАУ «Комплексный центр социального обслуживания «Тесь».

Что необходимо сделать!

1. Создание условий для выхаживания новорожденных, родившихся с низкой (до 1500 г) и экстремально низкой (до 1000 г) массой тела.
2. Снижение показателя младенческой смертности к 2012 году до 8,8, к 2013 году до 9,5 на 1000 родившихся живыми.
3. Дальнейшее развитие пренатальной диагностики для уменьшения числа детей первого года жизни, умерших от врожденных пороков развития.
4. Совершенствование взаимодействия органов системы профилактики по оказанию помощи детям, находящимся в социально опасном положении.
5. Своевременное обеспечение детей высокотехнологичной помощью в полном объеме.
6. Обеспечение санаторно-курортной помощи детей, состоящих на диспансерном учете.
7. Реализация долгосрочных целевых программ в части детства.
8. Реализация основных мероприятий Национального проекта (родовой сертификат, неонатальный и аудиологический скрининг, диспансеризация детей-сирот).
9. Повышение квалификации медицинских работников, оказывающих помощь детям.
10. Разработка и внедрение протоколов лечения по основным нозологическим формам в педиатрии.

Заболееваемость населения



«Summum bonum medicinae sanitas»
«Высочайшее благо медицины — здоровье»

5. Заболеваемость населения

5.1. Основные тенденции заболеваемости населения в Красноярском крае

Общая заболеваемость

В 2010 году общая заболеваемость в крае составила 1608,4 случаев на 1000 населения.

Всего в крае зарегистрировано 3 445 852 случаев заболеваний (2009 – 3 498 187, 2008 – 3 359 401 случаев заболеваний). Уровень общей заболеваемости населения Красноярского края практически не превышает общероссийский показатель 2009 года – 1607,2 на 1000 населения и ниже показателя СФО – 1692,1 на 1000 населения. Снижение общей заболеваемости в 2010 году по сравнению с 2009 годом составляет 2,3 %, при этом отмечается пятилетний прирост заболеваемости на 6,0 %.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Общая заболеваемость населения – **1608,4** случаев на 1000 населения.

Первичная заболеваемость населения – **795,6** случаев на 1000 населения.

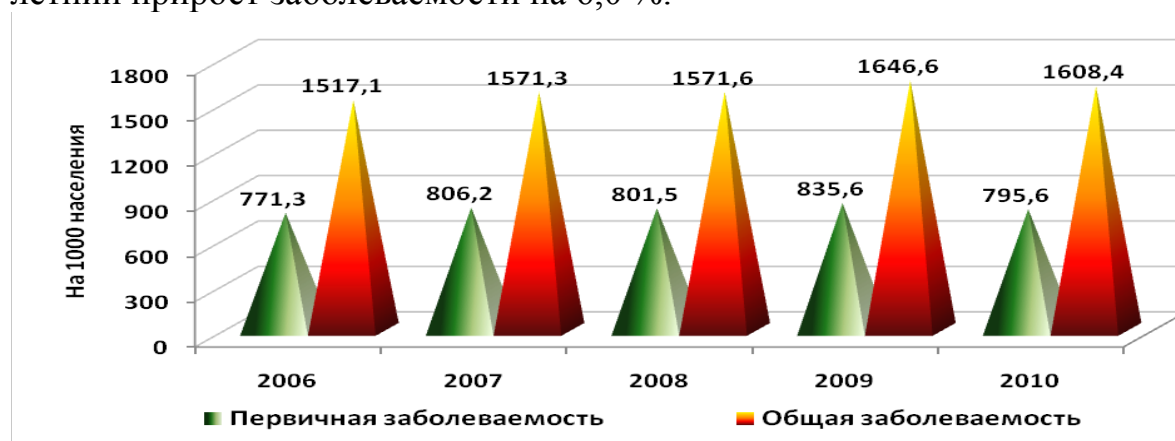


Рисунок 24 – Заболеваемость населения Красноярского края в 2006-2010 гг.

В структуре общей заболеваемости ведущее место занимают болезни органов дыхания – 334,7 случаев на 1000 населения (в структуре – 20,8 %), в СФО этот показатель также занимает ведущее место, и в 2009 году составил 392,5 на 1000 населения, в РФ – 403,2. Снижение в 2010 году по классу болезней органов дыхания произошло за счет снижения острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей, снижение количества зарегистрированных пневмоний на 10 %.

В классе болезней системы кровообращения зарегистрировано 241,1 случай на 1000 населения, в СФО зарегистрировано в 2009 году 242,9 на 1000 населения. Краевой показатель превышает общероссийский 2009 года на 7,2% (224,7 на 1000 населения) В структуре общей заболеваемости класс болезней системы кровообращения занимает второе место – 15,0%. Прирост заболеваемости

мости по отношению к 2009 году составил 0,3%. Пятилетний прирост болезней системы кровообращения (по отношению к 2006 году) составляет 13,2%.

В структуре класса ведущее место занимают – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 103,4 случая на 1000 населения или 42,8% среди всех зарегистрированных болезней системы кровообращения, прирост по подклассу составил 5,1% по сравнению с 2009 годом. Цереброваскулярные заболевания в структуре составили 45,1 случаев на 1000 населения (18,6%). Прирост числа случаев цереброваскулярных заболеваний по сравнению с 2009 годом составил 9,7%. Рост чис-

ла случаев заболеваний системы кровообращения обусловлен, в первую очередь работой амбулаторно-поликлинических учреждений, направленной на раннее выявление и профилактику данных заболеваний, развитием системы сосудистых центров на территории края, а также приоритетной задачей по снижению смертности населения от болезней системы кровообращения в рамках программы модернизации здравоохранения Красноярского края.

В структуре общей заболеваемости третье место принадлежит классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани – 145,3 случаев заболеваний на 1000 населения (в структуре 9,0%).

В структуре болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани 41% или 59,6 случая на 1000 населения принадлежит деформирующим дорсопатиям, заболевания суставов составляют 28,4% (41,4 случаев на 1000 населения).

Болезней глаз и придаточного аппарата зарегистрировано 144,0 случая на 1000 населения (в структуре 8,9%), пятилетний прирост болезней глаз составил 2,3%, по отношению к 2009 году (144,2 случая) произошло незначительное снижение заболеваемости по классу.

Пятое место в структуре общей заболеваемости занимают болезни органов пищеварения и составляют – 119,4 на 1000 населения или 7,4%, снижение заболеваемости в данном классе по отношению к 2009 году составляет 1,6% (2009 год СФО –131,4; РФ –113,1 на 1000 населения).

В структуре болезней органов пищеварения первое место занимают гастриты, дуодениты – 25,9 % среди всех зарегистрированных заболеваний желудочно-кишечного тракта (31 случай на 1000 населения). Заболеваемость язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки стабилизировалась на уровне предыдущих лет (2008 – 12,5, 2009 – 12,4, 2010 – 12,4 на 1000 населения).

Среди всех зарегистрированных болезней желудочно-кишечного тракта 16,4% составляют болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей, болезни поджелудочной железы 10,8%. Годичный рост заболеваемости панкреатитами составляет 6,5%, пятилетний прирост – 21,4 %. Рост числа заболеваний

Справка:

Заболеваемость — медико-статистический показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории.

поджелудочной железы в первую очередь обусловлен увеличением количества лиц злоупотребляющих алкоголем и его суррогатами.

Травмы и отравления в течение 5 лет в структуре заболеваемости составляют от 6 до 7 процентов. В 2010 году сохраняется наметившаяся с 2007 года тенденция снижения травм и отравлений на 1,4% к 2009 году, зарегистрировано в 2010 году – 108,3 случая, 2009 – 109,9 случаев, 2008 – 110,7 на 1000 населения.

Несмотря на наметившуюся тенденцию снижения травматизма в крае, показатель 2010 года превышает показатели в Российской Федерации в 2009 году на 15,2% и на 9,8% в СФО. В 2009 году показатель числа травм и отравлений в СФО – 97,6, в РФ – 91,8 на 1000 населения.

Наибольшее число травм, отравлений регистрируется в Норильской группе районов – 152,0, в г. Норильске – 156,8 на 1000 населения, восточной группе районов – 114,2, в г. Канске – 198,4 на 1000 населения. Наиболее низкие показатели по данному классу регистрируются в западной группе районов – 94,4 на 1000 населения и южной группе районов – 86,4 на 1000 населения (Минусинск 125,7 на 1000 населения).

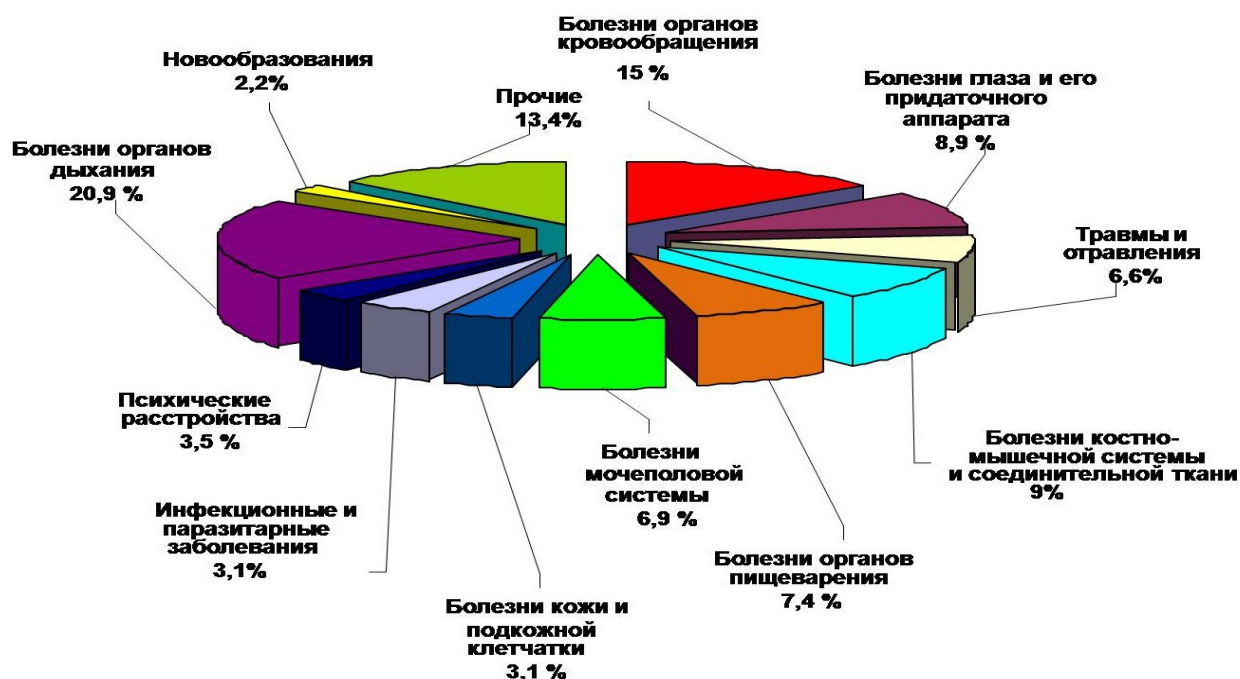


Рисунок 25 - Структура общей заболеваемости (все население) Красноярского края в 2010 г. (%)

Психические расстройства и расстройства поведения в структуре общей заболеваемости составляют 3,5%, отмечается рост числа заболеваний по отношению к предыдущему году на 0,5 %, в течение пяти лет снижение заболеваемости по классу произошло на 7,5%.

Заболеваемость по классу новообразований в структуре общей заболеваемости всего населения составила 2,2%. Зарегистрировано 36,8 случаев на 1000 населения, в том числе 13,7 случаев злокачественных заболеваний. При-

рост числа заболеваний по классу с 2006 года составил 26%, по сравнению с 2009 годом прирост числа новообразований составляет – 1%.

Показатель общей заболеваемости по классу новообразований ниже общероссийского 2009 года, где зарегистрировано – 40,3 на 1000 населения и показателя СФО – 37,1.

По классу болезней мочеполовой системы прирост числа заболеваний по отношению к 2009 году составил 4,5%, зарегистрировано 111,5 случаев заболеваний на 1000 населения, пятилетний прирост заболеваемости составил 17,6%.

В 2010 году зарегистрировано 49,6 случаев на 1000 населения заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, что в структуре общей заболеваемости составило 3,0%. В структуре класса 35,8% (17,8 случаев на 1000 населения) составляет сахарный диабет, болезни щитовидной железы – 31,8%.

Заболеваемость населения инфекционными заболеваниями имеет тенденцию к снижению на 10,3% к предыдущему году и на 16,6% в пятилетний период. Снижение уровня инфекционной заболеваемости обусловлено как улучшением санитарно-эпидемиологической обстановки на территории края, так и проводимыми на уровне края профилактическими мероприятиями. Наиболее благоприятная эпидемиологическая обстановка складывалась по группе инфекций, управляемых средствами специфической профилактики. В крае не регистрировались случаи заболеваний полиомиелитом, дифтерией значительно снизилась заболеваемость краснухой, эпидемическим паротитом.

По районам края отмечаются большие размахи в уровнях заболеваемости, наиболее высокие показатели в Эвенкийском муниципальном районе – 2321,1 на 1000 населения, в г. Дивногорске – 2249,1 на 1000 населения, г. Норильске – 2039,0 на 1000 населения, в Новоселовском районе – 1740,3 на 1000 населения, Каратузском – 1742,8 на 1000 населения. Низкие показатели заболеваемости в Курагинском районе – 968,9 на 1000 населения, Иланском – 824,6 на 1000 населения, Абанском – 1000,3 на 1000 населения.

Это может быть связано не только с истинной заболеваемостью населения, но и организацией регистрации заболеваний, ведением статистического учета, а также низкой доступностью медицинской помощи.

Приоритетные направления

Снижение заболеваемости населения возможно только при целенаправленной работе органов здравоохранения по формированию здорового образа жизни населения и воспитания культуры здоровья среди взрослого населения. Основная нагрузка по проведению профилактической работы в интересах снижения заболеваемости населения ложится на врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, осуществляющих диспансерное наблюдение за больными, диспансеризацию трудоспособного населения и формирование у населения мотивации к здоровому образу жизни.

Первичная заболеваемость в 2010 году составила - 795,6 случаев на 1000 населения. Зарегистрированный уровень первичной заболеваемости, по сравнению с 2009 годом снизился на 4,7 %, по отношению к 2006 году на 3,1 %.

Показатель первичной заболеваемости в крае ниже среднероссийского показателя, который составил в 2009 году 802,4 на 1000 населения и показателя СФО – 833,8 на 1000 населения.

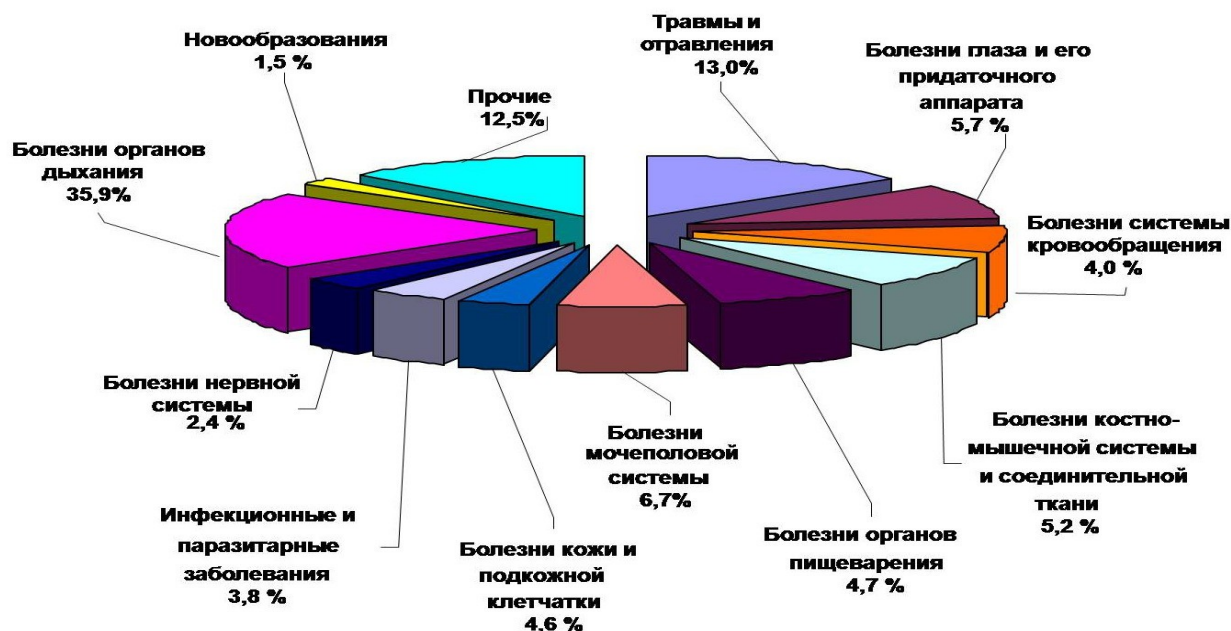


Рисунок 26 - Структура первичной заболеваемости (все население) Красноярского края в 2010 г.(%)

По отчетным данным за 2010 год уровень первичной заболеваемости населения ниже предыдущего года по 9 из 18 классов заболеваний, за исключением болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, болезней нервной системы, по классу беременности, родов и послеродового периода, травмы и отравления. Незначительный прирост заболеваний по классу болезни глаз и его придаточного аппарата и болезней уха.

В структуре первичной заболеваемости лидируют болезни органов дыхания – 285,9 случая на 1000 населения (35,9%), несчастные случаи, травмы и отравления – 103,8 случая (13%). Последующие места занимают болезни мочеполовой системы – 53,6 случаев (6,7%), болезни глаза и его придаточного аппарата – 45,8 случая (5,7%), болезни костно-мышечной системы – 41,7 случаев (5,2%), кожи и подкожной клетчатки – 37,3 случая (4,6%), болезни органов кровообращения – 32,5 случаев (4,0%).

Внутри класса, занимающего ведущее место в первичной заболеваемости болезнями органов дыхания, преобладают острые респираторно-вирусные инфекции, составляющие 81,3% в классе.

Темп прироста первичной заболеваемости по классу травм, отравлений и других внешних причин по сравнению с 2009 годом составил 2% и выше общероссийского показателя 2009 года – 90,5 на 1000 населения и показателя СФО – 96,2 на 1000 населения. В 2010 году показатель в крае составил – 108,3 на 1000 населения.

Болезни системы кровообращения в структуре первичной заболеваемости составляют 4,0% (32,5 на 1000 населения). В СФО в 2009 году показатель составил 32,9, в РФ – 26,5 на 1000 населения. Ведущие место в этом классе принадлежит болезням, характеризующимся повышенным кровяным давлением (22,1% в структуре), при этом впервые зарегистрировано снижение на 12,1% числа впервые выявленных гипертоний к предыдущему году.

Снижение уровня первичной заболеваемости в 2010 году может быть обусловлено активным проведением диспансеризации работающего населения в рамках национального проекта в 2006 - 2009 годах. Всего с начала дополнительной диспансеризации с 2006 года в ходе дополнительной диспансеризации осмотрено 635 917 человек – 64,5% занятого населения Красноярского края, в том числе в 2010 году – 127 027 человек. В 2010 году при проведении дополнительной диспансеризации активного выявления заболеваний не регистрировалось, т.к. повторно осматривались контингенты 2006 года. В тоже время, снижение уровня первичной заболеваемости может быть обусловлено и снижением доступности медицинской помощи.

Что необходимо сделать!

Для **снижения** уровня заболеваемости населения:

- постоянная целенаправленная работа по формированию здорового образа жизни;
- сокращение потребления алкоголя и табака;
- комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

5.1.1. Заболеваемость подростков

В крае идет тенденция к уменьшению подросткового населения, за отчетный год она снизилась на 8,7% и составила на 01.01.2011 года 100506 человек, за 5 лет произошло снижение на 31,9%, соотношение юношей и девушек остается прежним, юношей на 2% больше чем девушек.

В структуре населения края подростки составляют 3,47%.

В Красноярском крае состояния здоровья подрастающего населения соответствует общероссийским тенденциям. В 2010 году произошло снижение как общей, так и первичной заболеваемости. Общая заболеваемость подростков в 2010 году по Красноярскому краю составила 1833,4 на 1000 подросткового населения, что на 0,1% меньше чем в 2009 году.

Как обстоят дела в 2010 г.:

*Общая заболеваемость подростков – **1833,4** случаев на 1000 населения.*

*Первичная заболеваемость населения – **1214,7** случаев на 1000 населения.*

Первичная заболеваемость подростков составила 1214,7 случаев на 1000 подросткового населения, что меньше 2009 года на 0,03%. За период с 2006-2010 год общая заболеваемость возросла на 13%, первичная на 17%.

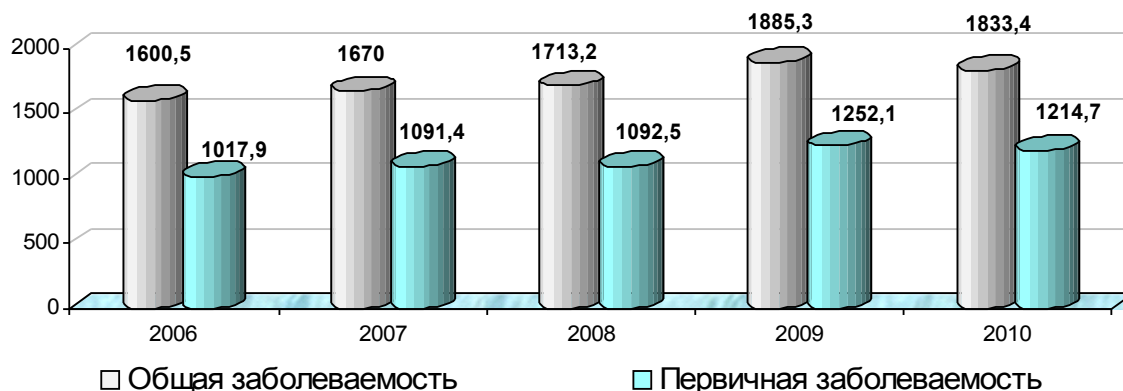


Рисунок 27 - Показатели общей и первичной заболеваемости подростков в 2006 - 2010 гг.

В структуре общей заболеваемости подростков края преобладают болезни органов дыхания – 31,4%, за 5 лет прирост составил 26,4%; на втором месте травмы и отравления 8,5%, далее болезни органов пищеварения 8,3%; болезни глаза и его придаточного аппарата – 8,0%. Структура первичной заболеваемости отличается от структуры общей заболеваемости; на первом месте также находятся болезни органов дыхания – 43,6%, за 5 лет рост на 24,4%, высокий уровень заболеваемости обусловлен болезнями верхних дыхательных путей и острых респираторных заболеваний; травмы и отравления - 13%, за год уровень заболеваемости в этой группе повысился на 8,6%; на третьем месте болезни органов пищеварения – 5,9%, рост заболеваемости год на 2,1%; далее болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани -4,9%, рост за год на 4,9% преимущественно за счет артропатий.



За 5 последних лет численность подростков сократилась на **31,9%**.

Следует отметить, что проблемой в состоянии здоровья подрастающего поколения является ситуация с социально-обусловленными заболеваниями. Наиболее распространенной инфекцией в районах края является трихомониаз, хотя по сравнению с 2006 годом отмечается снижение заболеваемости почти в 3 раза, заболеваемость сифилисом снизилась в 1,4 раза, гонореей в 2,2 раза, это произошло благодаря регулярной лечебной и профилактической работе с подростками. Заболеваемость сифилисом в 2,5 раза ниже показателей по Сибирскому Федеральному округу (85,9 на 100 тыс. населения), на 12% ниже показателя по РФ (39,4). Заболевание гонореей в 1.5 раза ниже показателя по СФО (70,0 на 100 тыс. населения), но превышает показатель по РФ в 2.2 раза (21,3). С целью контроля и профилактики ИППП организован и работает медицинский центр «Доверие».

В структуре болезней кожи и подкожной клетчатки дерматозы занимают до 23%, в том числе с впервые установленным диагнозом до 19%.

Ведущей патологией среди хронических дерматозов на протяжении 2006 - 2010 гг. является атопический дерматит – от 36,3 до 34,8%, на втором месте псориаз - от 22% до 16,7%, экзема от 66% до 10,4%, угревая болезнь 7,7% до 8,6%. Количество подростков состоящих на диспансерном учете возрастает ежегодно, на 2010 г. состоит под наблюдением 4504 подростка.

Психические расстройства и расстройства поведения в структуре общей заболеваемости составили 4,6%, заболеваемость в течении 3х лет практически на одном уровне, под наблюдением находится 6302 подростка. Нозологический состав по удельному весу соответствует нормативным данным по РФ и другим регионам. Среди психических расстройств по нозологическим группам удельный вес имеют психозы 19,9%, имеется рост за год в два раза, так как в этом возрасте идет манифестация психических заболеваний, вторая группа умственная отсталость. В структуре психической патологии подростков она составляет 57%, это зависит не только от резидуальных органических нарушений, а часто связано с социальным неблагополучием в семьях. Прохождение юношами военно-медицинской комиссии при ППВУ служит дополнительным источником выявления психической патологии у подростков. В 2010г выявлено 122 юноши с поражением ЦНС это на 30% меньше чем в 2006г, с расстройством личности 272 юноши, умственная отсталость 674, но при призыве с умственной отсталостью выявлено 982 юноши в течение 5 лет данный показатель не снизился.

В 2010г. зарегистрировано несовершеннолетних с наркологической патологией 3288 человек (586,3 на 100тыс. населения) произошло уменьшение на 7,4% по сравнению с 2006годом, из них подростки 15-17лет 2639 (2625,7 на 100000 подросткового населения). Показатель зарегистрированных подростков с 2006 года имеющих зависимость от алкоголя уменьшился (со 171 чел. до 40), наркотических средств (с 98 чел. до 35) и ненаркотических веществ (с 162 до 111). С 2008 года увеличилось число употребляющих наркотические средства с вредными для здоровья последствиями с 296 человек до 400 (на 35,1%). Это свидетельствует о том, что проблема употребления психоактивных веществ несовершеннолетними на протяжении уже многих лет продолжает оставаться острой. В период с 2006-2010 г. по краю отмечается уменьшение первичной заболеваемости среди несовершеннолетних на 4,5%. Однако первичная заболеваемость за 2009 г. превышает показатели по РФ на 30%.

Количество лиц призывного возраста заподозренных в употреблении алкоголя, наркологических средств, ненаркотических веществ остается высоким. С зависимостью от алкоголя выявлено в 2010 году 3,2% призывников (2006 г. - 4,7%) от числа обследованных. Среди лиц призывного возраста проводится профилактическая работа: обучающие семинары и тренинги, разработка и внедрение пилотных профилактических проектов.

Доля здоровых призывников от числа всех обследованных в 2010 г. увеличилась до 50,4% (2006 г. - 17,6%).

Определенную роль при выявлении наркологических расстройств среди молодежи оказывает деятельность наркологических центров медико-психологической помощи несовершеннолетним в г.Красноярске и наркологические кабинеты в 10 территориях края.

Заболеваемость туберкулезом среди подростков снизилась на 27,9% и составила 30,8 на 100000 населения. Количество подростков состоящих на диспансерном учете - 47 человек, из них 8 человек бациллярных, за прошедший год взято на учет впервые выявленных подростков 31 человек. За 2010 год заболело граждан, подлежащих призыву 16 человек.

Охват флюорографическими профосмотрами подростков повысился и составил 90,1% (в 2007 г. 78 %, 2009 г. 87,1).

Охват плановыми профилактическими медицинскими осмотрами подростков повысился в сравнении с 2009 годом (2009 г. - 91,7%, 2010 год - 93,1%), но не достиг уровня 2006 года - 96,7%.

В крае ежегодно выполняется план-наряд призыва граждан в Вооруженные силы РФ на 100%. Уровень заболеваемости подростков сказывается на годности к военной службе, показатель годности службы в ВС РФ оставил: 2007 г. - 67,5%, 2008 г. - 67,1%, 2009 г. - 60,8%, 2010 г. - 58,8%. За 5 лет в крае снизилось подростковое население, увеличилась заболеваемость, что привело к снижению показателя годности на 8%.

Распоряжением Правительства РФ от 03.02.2010 № 134-р утверждена концепция федеральной системы подготовки граждан РФ к военной службе на период до 2020 года

Основная задача - улучшение состояния здоровья молодежи и повышение качества медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу. Решение задачи: Разработка и внедрение системы ежегодного мониторинга состояния здоровья, физического и психологического развития граждан, начиная с 10 летнего возраста. Создание государственного банка данных граждан, подлежащих призыву на военную службу.

Что необходимо сделать!

1. Для улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи подростковому населению необходимо добиться качественного и 100% проведения профилактических осмотров подростков в 15 лет;
2. Внедрения новых форм профилактической работы с формированием установки на здоровый образ жизни.

5.1.2. Заболеваемость взрослого населения

Общая заболеваемость взрослого населения в 2010 году составила 1476,9 случаев и на 1,8 % менее зарегистрированной заболеваемости 2009 года (1504,2). Первичной заболеваемости или заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом у взрослого населения зарегистрировано

574,5 случаев на 1000 населения, что на 5,3% менее заболеваемости 2009 года (607,1).

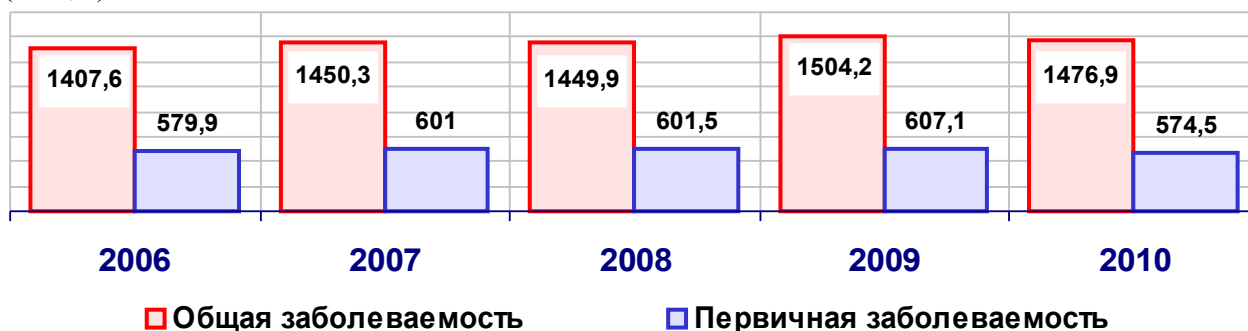


Рисунок 28 - Показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения в 2006 - 2010 гг. (на 1000 взрослого населения)

Уровень первичной заболеваемости взрослого населения в 2010 году выше показателя РФ 2009 года – 568,1 на 1000 населения, но не превышает числа впервые в жизни зарегистрированных заболеваний 2009 года в СФО – 601,9 на 1000 населения.

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения лидирующее место занимают болезни органов дыхания – 120,5 случаев на 1000 населения, что составило 20,9% от всех зарегистрированных впервые в жизни заболеваний. В 2010 году по сравнению с 2009 годом регистрация болезней органов дыхания у взрослых снизилась на 11,4%.

Травмы, отравления и несчастные случаи в структуре первичной заболеваемости взрослого населения занимают второе место – 107,2 случая на 1000 населения (18,6%). Рост по данному классу на 1,3% по сравнению с 2009 годом и 5,4% по сравнению с 2006 годом. Краевой показатель значительно превышает число впервые зарегистрированных заболеваний по классу травм, отравлений в 2009 году в РФ – 85,3 и в СФО – 95,0 на 1000 населения.

Наиболее высокие показатели по классу зарегистрированы в городах края: Канск – 196,3, Минусинск – 130,7, Норильск – 155,3, Ачинск – 144,0 Сосновоборск – 108,3 случая на 1000 населения.

Болезни мочеполовой системы в структуре первичной заболеваемости взрослого населения занимают третье место – 56,7 случаев на 1000 населения (9,8%), снижение вновь выявленной заболеваемости по классу по сравнению с 2009 годом произошло на 2,7%, но прирост заболеваемости с 2006 года составил – 6,3%.

Болезней глаза и его придаточного аппарата выявлено 40,4 случая на 1000 населения – 7% от всех вновь выявленных заболеваний.

Впервые у взрослого населения края зарегистрировано 35,1 случай на 1000 населения болезней системы кровообращения (6,1% в структуре первичной заболеваемости). Число случаев заболеваний болезнями системы кровообращения выше зарегистрированных в 2009 году в РФ – 30,0 на 1000 населения, но менее зарегистрированных в СФО – 37,5 на 1000 населения.

В структуре класса преобладают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 8,7 случаев на 1000 населения (24,8%), ишемиче-

ская болезнь сердца – 7,2 случая (20,5%), цереброваскулярные заболевания – 8,8 случаев или 25% от всех болезней класса (РФ – 7,1 случай, СФО – 7,4 на 1000 населения). Пятилетний прирост цереброваскулярной заболеваемости составил 12,8%, по сравнению с 2009 годом прирост 7,3%.

В 2010 году число зарегистрированных случаев общей заболеваемости взрослого населения составило – 3445852 (2009 год – 3498187). Показатель заболеваемости взрослого населения превышает показатель РФ – 1427,5 на 1000 населения, но менее зарегистрированной заболеваемости взрослого населения в СФО – 1561,4 на 1000 населения. В 10 из 18 классов заболеваний регистрируется рост числа заболеваний – по классу новообразований, болезни системы кровообращения, болезни мочеполовой системы, болезни эндокринной системы, болезни нервной системы.

Болезни системы кровообращения занимают в структуре заболеваемости ведущее место, зарегистрировано – 289,3 случая на 1000 населения, прирост заболеваемости по сравнению с 2009 годом составил 0,3%, пятилетний прирост по классу – 11,5%. Внутри класса – 44,0% занимают заболевания с повышенным кровяным давлением – 127,5 случаев, в 2009 году в РФ – 98,7, СФО – 124,9.

Ишемическая болезнь сердца – 63,4 случая на 1000 населения и занимает в структуре 21,9%. Цереброваскулярные болезни – 55,9 случая, что составляет – 19,3% от всех заболеваний системы кровообращения, в РФ – 59,4 случая, СФО – 60,7.

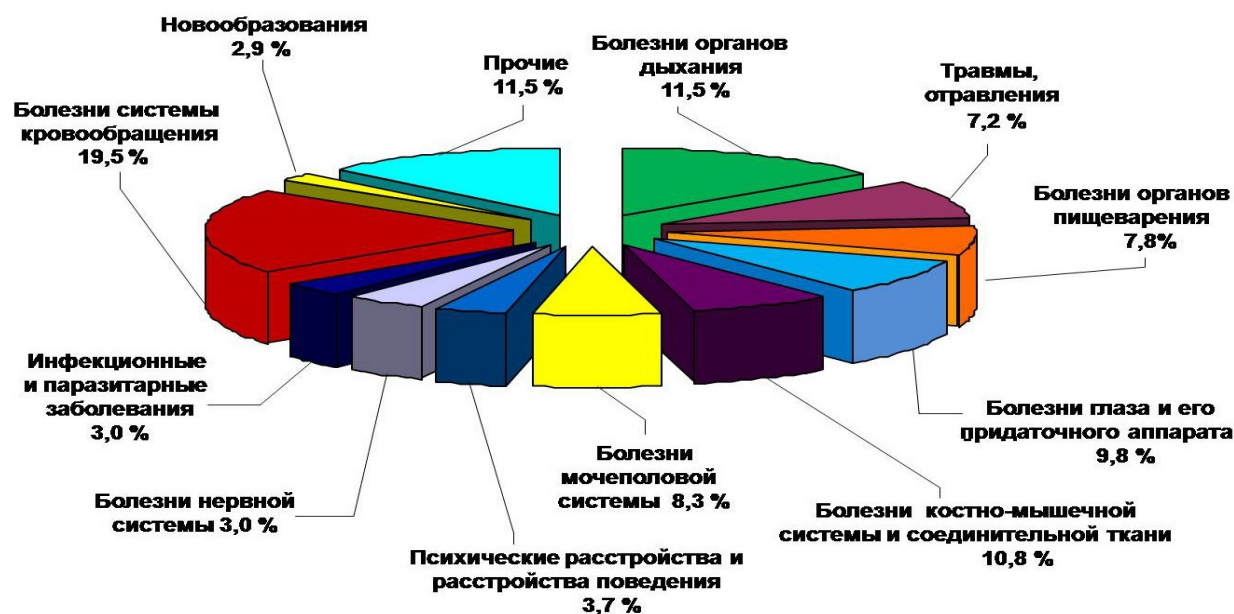


Рисунок 29. Структура общей заболеваемости взрослого населения Красноярского края в 2010 году

В структуре общей заболеваемости взрослого населения в СФО на первом месте болезни системы кровообращения – 296,7 (18,9%), болезни органов дыхания – 217,6 случаев на 1000 населения (13,9%), болезни костно-мышечной системы – 153,0 (9,8%), болезни мочеполовой системы – 131,9 случаев (8,4%), болезни органов пищеварения – 128,3 случаев (8,2%), болезни глаза и его придаточного аппарата – 121,3 (7,7%).

Наибольшее снижение заболеваемости взрослого населения края зарегистрировано по классу болезни органов дыхания на 12,4% по сравнению с 2009 годом, показатель – 171,1 на 1000 населения, в структуре заболеваемости класс занимает второе место или 11,5%, среди всей заболеваемости взрослых.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в структуре занимают 10,8%, зарегистрировано – 160,1 случай на 1000 населения.

Болезни мочеполовой системы – 123,3 случая, что составило в структуре 8,3%, пятилетний прирост по данному классу составляет 17,9%.

Рост по классу новообразований в 2010 году по сравнению с 2009 годом составил 0,9%, при этом прирост заболеваемости с 2006 года – 24,2%, что обусловлено улучшением выявляемости заболеваний и целенаправленной работой учреждений здравоохранения по выявлению новообразований.

5.1.3. Дополнительная диспансеризация

Дополнительная диспансеризация работающих граждан на территории Красноярского края в 2010 году проводилась в соответствии с постановлением Правительства РФ от 31.12.2009 № 1146 «О порядке предоставления в 2010 году субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.02.2010 № 55 н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» на основании Плана, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Красноярского края от 19.04.2010 № 196-орг.

Численность занятого населения в крае в 2010 году составила 985 тысяч человек. Количество занятых во вредных условиях труда составило 220 тысяч человек.

В 2010 г. в проведении дополнительной диспансеризации участвовало 75 учреждений здравоохранения, из них:

- в полном объеме собственными силами – 17 (23%);
- на договорной основе – 58 (77%), из них: в связи с отсутствием необходимого диагностического оборудования – 20 (27%); в связи с отсутствием необходимых специалистов – 6 (8%); в связи с отсутствием необходимых специалистов и диагностического оборудования – 32 (42%).

Охват диспансерным наблюдением больных снизился в 2010 году и составил 297,3 на 1000 населения (2009 г. – 310,6).

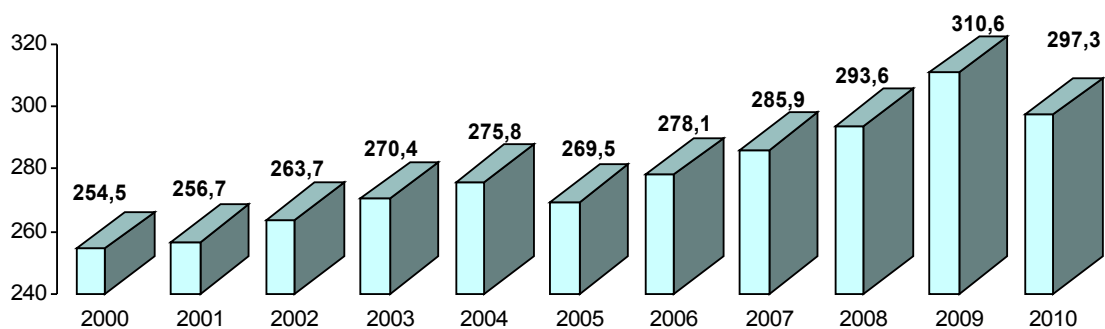


Рисунок 30 - Показатель состоящих на «Д» наблюдении (на 1 000 населения)

Из 127 000 граждан, подлежащих дополнительной диспансеризации в 2010 г., прошли обследование 127 000, выполнение плана составило 100%. Фондом ОМС оплачено 127 000 законченных случаев на общую сумму 132 334 000 рублей.

Всего с начала дополнительной диспансеризации в 2006 г. обследовано 635 917 человек – 64,5% занятого населения Красноярского края.

По итогам дополнительной диспансеризации гражданам выдано в 2010 г. 108142 паспорта здоровья, что составило 85,2% от всех прошедших диспансеризацию (в 2009 году было выдано 119182 паспорта здоровья, 89,4% от прошедших дополнительную диспансеризацию).

Таблица 45 - Охват дополнительной диспансеризацией населения края, (%)

Годы диспансеризации	Количество обследованных		Охват занятого населения края %
	по годам	накопительным итогом	
2006	103072	103072	10,5
2007	132 060	235 132	23,9
2008	140 482	375 614	38,1
2009	133 276	508 890	51,7
2010	127 027	635 917	64,5

Наблюдавшееся на протяжении последних 3 лет прогрессивное уменьшение доли лиц, отнесенных к III группе здоровья (пациентов с хроническими заболеваниями) за счет увеличения доли лиц I группы – практически здоровых, приостановилось на уровне 39,9% – для III и 33,0% – для I группы.

Таблица 46 - Удельный вес групп здоровья по итогам дополнительной диспансеризации, 2006-2010 гг. (%)

Группы здоровья	Годы диспансеризации				
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
I	21,0	22,8	29,6	34,1	33,0
II	21,0	26,6	25,2	25,5	26,1
III	55,0	57,4	44,0	39,5	39,9
IV, V	3,0	2,8	1,1	0,9	1,0

Доля лиц II группы здоровья (с риском развития заболеваний) – на протяжении последних 4 лет остается на уровне 25,2–26,6%, что связано с преоб-

ладанием в структуре обследованного контингента граждан в возрасте до 40 лет.

Ведущая роль в диспансеризации принадлежала и принадлежит участковым терапевтам, которые обязаны:

1. Информировать граждан, прошедших диспансеризацию о результатах (группа здоровья).

2. Проводить необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия с населением, прошедшим диспансеризацию в соответствии с группами здоровья.

3. Проводить анализ эффективности и качества диспансеризации и диспансерного наблюдения.

Доля лиц IV и V групп здоровья, нуждающихся в дополнительном обследовании, лечении в стационарах и высокотехнологичной медицинской помощи, уменьшилась с 3% в 2006 г. до 1% в 2010 г.

По итогам дополнительной диспансеризации нуждаются в высокотехнологичной медицинской помощи (V группа) 37 человек – 0,1% от общего числа хронических больных, из них на 9 человек подготовлен пакет документов на ВМП.

На стационарное лечение направлено 932 человек – 1,8% от общего числа хронических больных.

Признаны нуждающимися в санаторно-курортном лечении

13 548 человек – 26,0% от общего числа хронических больных.

В 2010 г. у прошедших дополнительную диспансеризацию впервые зарегистрировано 8 883 заболеваний (0,06% от числа обследованных).



Рисунок 31 - Заболевания и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях

В структуре вновь выявленных заболеваний 1-ю позицию занимают нарушения обмена липопротеидов (33,6%), на 2-й позиции болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (29,9%), на 3-й – ожирение

(10,1%). Остальные заболевания и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, составляют 26,4%.

Что сделано!

Выполнение плана дополнительной диспансеризации за 2010 г. составило 100 % (выполнили и перевыполнили план 54 из 75 учреждений -72 %). Среди причин невыполнения: значительное количество незаконченных случаев, незавершенная регистрация прошедших обследование из-за отсутствия на руках полисов медицинского страхования, нехватка медицинского персонала для обследования удаленных участков.

Высокая доля здоровых лиц (более 80 %) и, соответственно, низкий уровень выявленных заболеваний, представленные в отчетах ряда учреждений края, свидетельствуют о низком качестве медицинских осмотров, в том числе низкой выявляемости заболеваний на ранней стадии.

Дефекты планирования и равномерного распределения объемов. Основные объемы выполнены в 4 квартале текущего года, что несомненно отразилось на качестве проведения дополнительной диспансеризации.

5.2. Социально-значимые заболевания

5.2.1. Болезни системы кровообращения

Эпидемиологическая ситуация в Красноярском крае свидетельствует о сохраняющейся устойчивой тенденции роста показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и ростом смертности населения трудоспособного возраста от них.

В Красноярском крае отмечается рост общей заболеваемости болезнями системы кровообращения среди взрослого населения. В 2010 году показатель зарегистрирован на уровне 3589,6 на 100 тыс. человек населения (РФ - 2650,7). За 5 лет рост общей заболеваемости составил 32,9%, рост доли болезней системы кровообращения среди всех заболеваний достиг 13%, а рост первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения составил 32,8%. Прирост показателя обусловлен увеличением заболеваемости артериальной гипертонией (на 33% за 5 лет), ишемической болезнью сердца (на 18% за 5 лет) и цереброваскулярными заболеваниями (на 11% за 5 лет). Заболеваемость острым инфарктом миокарда за 5 лет увеличилась и составляет 1,3 на 1000 населения.

Первичная заболеваемость в крае за последние 5 лет практически не изменилась.

Таблица 47 - Динамика первичной и общей заболеваемости за 2006-2010 гг. (на 1000 населения)

Как обстоят дела в 2010 г.:

Заболеваемость болезнями системы кровообращения - 289,3 на 1000 населения

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Первичная заболеваемость:	35,1	39,0	39,9	39,0	35,1
Артериальная гипертония	10,7	11,2	11,1	9,9	8,7
Ишемическая болезнь сердца	6,3	6,6	6,6	7,6	7,2
Острый и повторный ИМ	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Цереброваскулярные болезни	7,8	7,7	8,2	8,2	8,8
Общая заболеваемость	259,3	268,0	273,4	288,4	289,3
Артериальная гипертония	105,3	113,7	117,3	121,4	127,5
Ишемическая болезнь сердца	61,8	60,3	60,8	63,6	63,4
Острый и повторный ИМ	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Цереброваскулярные болезни	54,5	50,9	50,2	51,0	55,9

Следует отметить, что первичная заболеваемость по районам существенно разнится, так максимальная первичная заболеваемость наблюдается в Северной группе районов и Южной группе районов. Это можно объяснить постарением населения северных районов, с другой стороны миграцией населения с районов крайнего севера с Южную группу районов. Эти же территории являются лидерами по общей заболеваемости ССП.

Общая заболеваемость сердечно-сосудистой патологией за последние 5 лет возросла на 21%, с 105,3 до 127,5 на 1000 населения.

В 2010 году по сравнению с 2009 годом наблюдается рост заболеваемости острым коронарным синдромом (7,31 против 6,89 на 1000 взрослого населения), а также острых нарушений мозгового кровообращения (6,01 против 5,87 на 1000 взрослого населения).

Проведение тромболитической терапии при инфаркте миокарда за год возросло на 43% и составило в 2010 году 746 случаев (из них 47 случаев – догоспитально), транслюминальная баллонная ангиопластика коронарных артерий со стентированием и без такового при острых формах ИБС в 2010 году была проведена в 679 случаях. При ишемическом инсульте тромболитическая терапия за 2010 год выполнена в крае только 55 больным.

Смертность от сердечнососудистых патологий лидирует в крае среди причин смертности уже много лет.

За 5 лет произошло снижение показателей смертности от болезней системы кровообращения с 667,8 до 644,2 на 100 тыс. населения, что является следствием реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения федеральных и региональных льготополучателей, краевых пенсионеров. Кроме того, данная тенденция обусловлена увеличением охвата населения высокотехнологичной помощью, в том числе при острых сосудистых состояниях.

Показатель смертности в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения за 2009 год составил 164,4 (3064 чел.) на 100 тыс. населения. За 2010 год показатель составил 183,9 (3412 чел.) на 100 тыс. населения.

Смертность населения от инфаркта миокарда в 2010 году по сравнению с 2009 возросла, в том числе и в трудоспособном возрасте (63,7 против 54,5 на 100000 взрослого населения, 24,4 против 21,3 на 100000 взрослого населения). Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения в сравнении с

2009 годом возросла на 3,56% (98,6 против 95,1 на 100000 взрослого населения).

Рост смертности от болезней кровообращения среди населения трудоспособного возраста в 2010 году обусловлен ростом «сосудистых катастроф» (инфаркта миокарда и мозгового инсульта), основной причиной которых является социальный стресс и образ жизни.

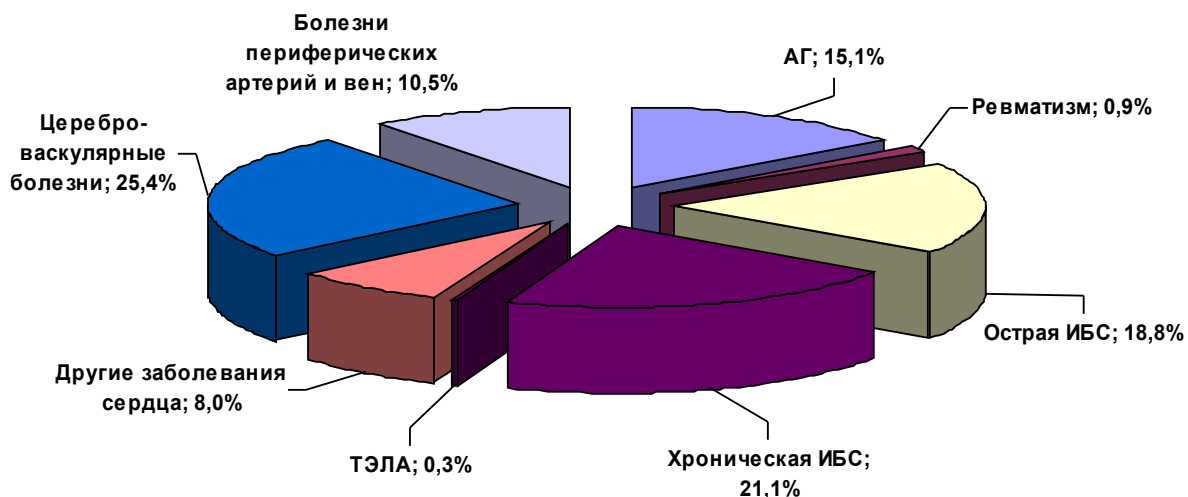


Рисунок 32 - Доля заболеваний в структуре госпитализаций сердечно-сосудистой патологией за 2010 год.

При анализе структуры госпитализаций по поводу сердечнососудистых патологий в стационарах края за 2010 год следует отметить, что почти 40% больных госпитализируются в связи с различными формами ИБС, при этом преобладает госпитализация в связи с хроническими формами ИБС, каждый 4-й больной поступает в стационар в связи с цереброваскулярным заболеванием и 15% госпитализаций связаны с артериальной гипертонией.

За 5 лет количество коек кардиологического профиля возросло на 2,7% (с 732 до 753), что обусловлено открытием сосудистых центров и увеличением потребности в диагностических койках для проведения коронарографии с целью отбора и подготовки больных для высокотехнологичной помощи. За счет внедрения стандартов по диагностической коронарографии за период с 2006 г. произошло снижение средней продолжительности пребывания больного на койке на 2,9 дня (18,4%). Существенно увеличился оборот койки (на 20,5% за 5 лет), количество пролеченных больных (8,1% за 5 лет) и уровень госпитализации (на 26% за 5 лет), но на 1,6% снизилась занятость койки (с 332,1 до 326,8). Больничная летальность снизилась на 0,2% (с 1,8% до 1,6%).

Таблица 48 - Характеристика коек края кардиологического профиля в динамике за 2006-2010 гг.

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число коек	732	715	722	718	753
Занятость койки, дн	332,1	346,4	339,1	342,2	326,8
Среднее пребывание больного на койке, к/дн	15,8	15,4	14,9	14,4	12,9
Оборот койки	21,0	22,5	22,8	23,7	25,3
Пролечено больных на койках кардиологического профиля	16041	16888	17355	17970	19933
Больничная летальность	1,8	1,7	1,6	1,5	1,6
Обеспеченность койками на 10000 населения	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6
Уровень госпитализации на 1000 населения	5,0	5,3	5,4	5,6	6,3
Койко-дни на 1000 населения	83,0	85,6	84,7	85,0	85,0
Всего пролечено больных в стационарах края	73499	73990	73661	74823	79422

В крае происходит увеличение количества кардиологов. Так, в 2010 году в крае зарегистрирован 191 кардиолог (в 2006 году - 158), при этом в структурах, относящихся к системе здравоохранения края, работает 112 человек, из них подавляющее большинство работает в стационарах. Часть кардиологов края были приняты на работу в Федеральный центр сердечнососудистой хирургии. Таким образом, в поликлиническом звене здравоохранения задействовано не более 30 кардиологов (т.е. 0,13 на 10 тыс. взрослого населения).

Проблемы кардиологической службы!

Дефицит кардиологов даже в крупных городах края.

Недостаточная доля догоспитального тромболизиса при инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST.

Низкая приверженность больных к лекарственной терапии.

Неполная удовлетворённость потребностей в высокотехнологичном лечении.

Из 191 кардиолога 74 (38,7%) имеют высшую категорию, 15 (7,9%) – I категорию и 14 врачей (7,3%) – II категорию и 88 человек (46,1%) не имеют категорий (из них 41 врач (21,5%) работает без сертификата). Для сравнения в 2009 году в крае работало 172 кардиолога, из них 67 человек (39%) имели высшую категорию, 24 врача (14%) имели I категорию, 12 (7%) – II категорию и 69 (40,1%) не имели врачебной категории (из них 44 (25,6%) работали без сертификата. Таким образом, по сравнению с 2009 годом количество кардиологов в крае возросло на 11% и на 6% увеличилась доля врачей, не имеющих категории, при этом на 4,1% уменьшилось количество кардиологов, работающих без сертификата. В связи с появлением вакансий на должность кардиологов стационара (открытие Федерального центра сердечнососудистой хирургии, формирование отделения кардиологии №4 в ГБУЗ ККБ) в 2010 году наблюдался приток молодых специалистов, которые проходят постдипломное образование, получают сертификаты специалистов, но стаж работы пока не позволяет получить врачебную категорию.

За 2010 год амбулаторные кардиологи края выполнили нагрузку 258673 посещений больных (включая профилактические).

Что сделано!

В 2010г. продолжено выполнение программы сосудистых центров, в зону ответственности центров попадает 41,2% населения края.

Созданы и утверждены стандарты оказания помощи больным с разными типами острого коронарного синдрома для всех этапов и уровней оказания помощи.

Началось активное внедрение догоспитального тромболизиса на территории г. Красноярска пока только при оказании кардиобригадами помощи больным с инфарктом миокарда.

С ноября 2010г. начал функционирование Федеральный центр сердечнососудистой хирургии, до конца года проведено 200 операций.

Приоритетное направление.

Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

Разработаны мероприятия по усовершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на всех этапах оказания медицинской помощи.

На этапе **первичной** медицинской помощи планируется внедрение технологии дистанционного консультирования ЭКГ и клинических данных с передачей информации в круглосуточном режиме в первичные сосудистые отделения. Если прогнозируемое время доставки больного до ближайшего сосудистого центра превышает 90 минут, то больной с неотложным сердечно-сосудистым состоянием будет госпитализирован в ближайшее медицинское учреждение, имеющее в своем составе отделение анестезиологии-реанимации или блок интенсивной терапии. В территориях, имеющих отдаленные (доставка больного на автомашине в отделение занимает более 90 минут) или недоступные для автомобильного транспорта населенные пункты («немые зоны»), транспортировка будет осуществляться санитарно-авиационной службой скорой медицинской помощи в региональный сосудистый центр. Внедрение технологии дистанционного консультирования позволит более широко использовать тромболизис на догоспитальном этапе. Также на этапе амбулаторного звена планируется продолжить развитие центров здоровья и повсеместно внедрить скрининговую систему стратификации риска.

На этапе **специализированной** медицинской помощи планируется:

1. Создание дистанционных консультативных центров в первичных сосудистых отделениях, в которые в круглосуточном режиме помощи с использованием телемедицины будут поступать со всех машин скорой медицинской помощи ЭКГ и клинические данные на пациентов, подозрительных в отношении острого инфаркта миокарда и неотложных неврологических заболеваний. Данные будут интерпретированы квалифицированными специалистами кардиоло-

гами и неврологами, что позволит более широко внедрить систему догоспитального тромболизиса в Красноярском крае, создать систему эффективного скринингового отбора больных для госпитализации в специализированные отделения, оказывающие квалифицированную кардиологическую и неврологическую помощь, обеспечить переход на фармако-инвазивную стратегию лечения острого коронарного синдрома (тромболизис с последующей коронарографией и проведением рентгенэндоваскулярных методов лечения по показаниям).

2. Создание дополнительных 4 первичных сосудистых центров. Созданная структура в настоящее время по схеме «1 региональный сосудистый центр + 3 первичных сосудистых центра» позволяют охватить 40% населения Красноярского края. Для полноценного функционирования необходимо создание дополнительных 4 первичных сосудистых центров (Ачинск, Канск, Лесосибирск и Красноярск) с преобразованием системы в «1 Региональный центр + 7 Первичных центров». Разместить дополнительные первичные сосудистые отделения общей коечной мощностью 150 неврологических и 150 кардиологических коек планируется на базе межрайонных центров в Ачинске, Канске, Лесосибирске и в г. Красноярске на базе городской клинической больницы №6.

3. Создание в межрайонных центрах (Ачинск, Минусинск, Канск, Лесосибирск) и крупных муниципальных образованиях (гг. Красноярск, Норильск, Зеленогорск, Железногорск) консультативно-диагностических кабинетов (всего 16), оснащенных специальными методами функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы и неврологических функций (стресс-тесты, холтеровское мониторирование, эхокардиография, доплерография сосудов, электроэнцефалография, эхоэнцефалоскопия, электромиография) и лабораторной диагностикой (липидный спектр, МНО, креатинин, калий, трансаминазы, общий белок, D-димер, КардиоБСЖК, качественные анализы на Тропонин Т).

Предполагается изменить функцию амбулаторных кардиолога и невролога, которые освобождаются от необходимости осуществлять диспансеризацию кардиологических и неврологических больных и становятся консультантами, преимущественно для врача первичного звена. Основной его функцией будет консультирование врачей первичного звена на предмет тактики ведения кардиологического и неврологического больного. Данные консультации проводятся в формате дистанционного консультирования клинических, ЭКГ, рентгенологических и лабораторных данных с передачей по Интернету. Консультирование проводится в режиме on-line и оплачивается по тарифу, утверждённому ТФОМС. В случае если врач-кардиолог или невролог считают обязательным очное консультирование больного (преимущественно с целью инструментального дообследования), врач первичного звена получает информацию о дате и времени консультации, и пациент является на приём в консультативно-диагностический кабинет. Расчёт потребности в специалистах проводится исходя из численности прикрепленного населения 1 ставка кардиолога на 40 тыс. населения, 1 ставка невролога на 40 тыс. населения. Следующей важной задачей врачей кардиолога и невролога консультативно-диагностического ка-

бинета является отбор больных для проведения высокотехнологичной медицинской помощи.

4. Развитие системы раннего восстановительного лечения после острого коронарного синдрома, острого инфаркта миокарда, мозгового инсульта, операций на сердце и сосудах (центральных и периферических) в региональном сосудистом центре и первичных сосудистых отделениях, отделениях ранней реабилитации в межрайонных центрах, 2 специализированных санаториях, городском кардиологическом диспансере на базе ГБ № 20 (отделение стационарного долечивания и дневной стационар), Сибирском клиническом центре ФМБА России (два неврологических отделения коечной мощностью 114 коек), организация краевого реабилитационного центра.

5. Внедрение технологий рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения ОКС на базе ГКБ №6 и Сибирского клинического центра ФМБА России. Это позволит качественно и количественно улучшить диагностику и лечение острого коронарного синдрома.

6. Широкое внедрение и использование информационных технологий.

Модернизированная служба кардионеврологии будет создана на единой информационной платформе, где каждый больной, обратившийся за медицинской помощью, будет занесен в базу данных, доступную для всех участников процесса оказания медицинской помощи. Ведение электронной документации пациента будет осуществляться в режиме on-line на всех этапах оказания медицинской помощи. В базе данных будут накапливаться медицинские сведения о больном, что позволит быстро сориентироваться врачу любого этапа. Технология позволит управлять качеством оказания медицинской помощи больному.

Эффективным разделением потоков экстренных и плановых больных между центрами, расположенными на территории Красноярского края, увеличением объемов высокотехнологичной медицинской помощи до расчетных значений, можно будет обеспечить достичь популяционно значимых влияний на показатели смертности и инвалидизации населения от болезней сердечно-сосудистой системы и цереброваскулярной патологии.

На этапе специализированной **высокотехнологичной** медицинской помощи планируется дальнейшее развитие и внедрение новых и современных медицинских технологий.

В 2010 году открыт федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в г. Красноярске. На первом этапе планируется проводить лечение до 3,5 тыс. пациентов, при выходе на проектную мощность планируется проведение до 6 тыс. операций в год. С учетом оказания высокотехнологичной медицинской помощи в региональном сосудистом центре и клиниках за пределами края это позволит обеспечить удовлетворенность потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи к 2013 году до 80%, к 2015 году – до 100%.

5.2.2. Новообразования

Одним из видов специализированной медицинской помощи и сложнейшим разделом здравоохранения является предупреждение, диагностика и лечение опухолевых заболеваний.

Онкологическая служба Красноярского края в представлена КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», который имеет 9 стационарных отделений с общей численностью коек 495, дневной стационар и диагностическую службу.

Необходимую квалифицированную помощь, при ряде локализаций, онкологические больные получают на базе хирургических отделений (межрайонных онкологических отделений): Канская городская больница – 25 коек; Норильская городская больница – 33 коек; Ачинская городская больница – 20 коек; Лесосибирская городская больница – 8 коек; Минусинская городская больница – 2 койки; Таймырский национальный округ – 3 койки.

Специализированный коечный фонд в 2010 году в крае насчитывал – 586 коек, из них 461 онкологических коек, 125 радиологических. Обеспеченность онкологическими койками составила 1,6 на 10 000 населения (РФ – 2,2), на 1 000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований 51,9 (РФ – 60,7)

Обеспеченность радиологическими койками в 2010 году на 10 тыс. населения составила – 0,4 (РФ – 0,6), на 1 000 случаев вновь выявленных злокачественных новообразований 14,1 (РФ – 15,6)

Кроме того, специализированная онкологическая помощь детям оказывается в ДКБ № 1, взрослым с заболеваниями кроветворной системы в ГБ № 7 и ККБ № 1, со ЗНО костно-мышечной и нервной системы оказывается в специализированных отделениях ККБ № 1, с колоректальным раком в ГКБ № 20, с последующей госпитализацией в ККОД для проведения комбинированного метода лечения.

В муниципальных учреждениях здравоохранения работает 76 смотровых кабинетов. В смотровых кабинетах ежегодно осматриваются около 300 тыс. человек, выявляется около 300 злокачественных новообразований, выявляемость составляет 0,1%.

В 2010г. штат врачей-онкологов в крае составил 118,75 ставки, занято 113,75, фактически работает 66 врачей. Из них, кадровый потенциал врачей Красноярского краевого онкологического диспансера составляет – 43 врача-онколога, при наличии 68,5 ставок. Укомплектованность врачебными кадрами составляет 62,8%.

Обеспеченность онкологами в крае в 2010 году на 1 000 впервые зарегистрированных больных составляет 7,4 (РФ -11,6) радиологов – 2,3 (РФ – 3,7).

В 2010 году на территории края зарегистрировано 10 125 случаев злокачественных новообразований с посмертно учтенными и первично-множе-

Как обстоят дела в 2010 г.:

Общая заболеваемость населения – 317,0 случаев на 100 тыс. населения.

ственными локализациями, заболеваемость составила 317,0 на 100 тыс. населения (2009 г. – 314,2) РФ в 2010г. – 355,7.

Таблица 49 - Заболеваемость злокачественными новообразованиями за 2006-2010 гг. (на 100000 населения)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Красноярский край	323,3	304,5	309,5	314,2	317,0
РФ	332,6	341,6	340,0	355,8	н/д
СФО	329,9	329,4	338,9	353,8	н/д

В структуре заболеваемости первое место продолжает занимать рак легкого (14,0 %), на втором месте рак молочной железы (11,4 %), среди женского населения рак молочной железы лидирует. На третьем месте с 2008 г. рак кожи (8,8%). На четвертом месте в структуре заболеваемости рак желудка (8,3%), затем идут рак ободочной (4,8%) и прямой кишки (4,6%).

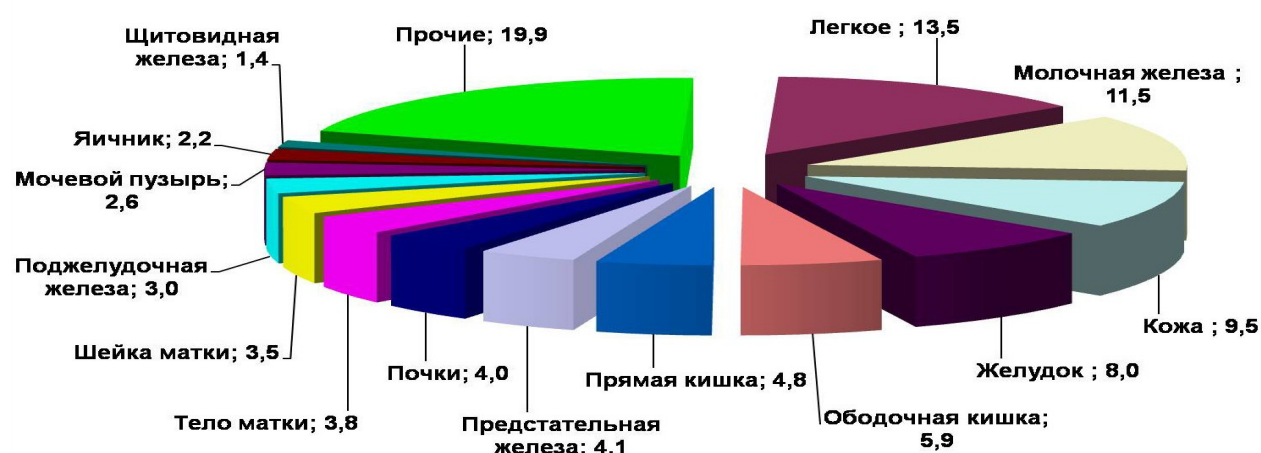


Рисунок 33 – Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2010 г. (%)

В структуре заболеваемости первое место продолжает занимать рак легкого (13,5 %), на втором месте рак молочной железы (11,5%), среди женского населения рак молочной железы лидирует. На третьем месте с 2008 г. рак кожи (9,9%), на четвертом месте рак желудка (8,0%), затем идут рак ободочной (5,9%) и прямой кишки (4,8%).

Только в 34,9% случаев злокачественные новообразования в 2010 г. диагностировались на I-II стадиях (РФ - 46,6%). Эти данные свидетельствуют о низкой онкологической настороженности врачей первичного звена, недостаточно эффективной профилактической работе в районах края. Вместе с тем, раннее выявление злокачественных новообразований определяет основной успех лечения и значительно повышает качество дальнейшей жизни больных.

Низкий уровень ранней диагностики отмечается при злокачественных новообразованиях легких - 14,0% (РФ - 26,5%), гортани - 8,0% (РФ - 33,8%), желудка - 12,7% (РФ - 24,6%), пищевода - 8,9% (РФ - 25,0%), ободочной кишки - 11,5% (РФ - 38,6%), прямой кишки - 15,5% (РФ - 44,5%), что связано с часто скрытым течением данной патологии, а при раке прямой кишки с низкой эффективностью профилактических осмотров в общелечебной сети, отсутствием скрининговых программ.

Таблица 50 – Удельный вес запущенности IV ст. при злокачественных новообразованиях в 2006 - 2010г. (%)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Красноярский край	20,4	19,9	21,1	19,6	20,6
РФ	23,0	22,8	22,8	22,4	н/д

С 2005 года в крае реализуется краевая целевая программа «Предупреждение распространения и борьба с заболеваниями социально-значимого характера», в состав которой, с 2008 года вошла подпрограмма «Онкология». В рамках этой программы с целью обеспечения качественного и эффективного лечения заболеваний молочных желез в мае 2009 года на базе КГБУЗ «ККОД им. А.И. Крыжановского» открыт рентгеносонооперационный блок, который входит в систему диагностики и лечения заболеваний молочных желез, осуществляемых в диспансере. В 2010 г. выявлено 203 случая рака молочной железы (I ст.), доля случаев рака молочной железы среди всей выявленной очаговой патологии составила 11,3% в 2009г. 8% (86 случаев).

Что необходимо сделать!

Снижение уровня смертности населения возможно при выявлении рака на ранних стадиях. Для этого необходимо проводить программы массового скрининга неорганизованного и организованного населения, результатом которого является выявление злокачественных новообразований и формирование групп риска, совершенствовать систему информирования населения о мерах профилактики онкологических заболеваний, обязать руководителей учреждений и предприятий любой формы собственности активно участвовать в проведении таких мероприятий, т.е. быть ответственными за здоровье членов своего трудового коллектива.

В ходе реализации программы по сравнению с 2007 годом увеличилось выявление рака молочной железы I-II ст. с 52,4% до 60,5% в 2010г. Запущенность рака молочной железы уменьшилась с 44,3% до 37,6%.

Запущенность в диагностике злокачественных новообразований (IV ст.) в крае составила 20,6%. В целом уровень запущенности в крае с 2008 года не изменился, несмотря на значительное оснащение лечебной сети диагностическим оборудованием. Увеличилась запущенность при раке пищевода на 9,6%, прямой кишки на 14,7%, гортани на 40,0%, предстательной железы на 28,8%. При анализе запущенности причинами поздней диагностики является несвоевременное обращение к врачу в 53,6% случаев, скрытое течение болезни в 30,0 %, неполное обследование в 5,5 %, длительное обследование – 3,7%, ошибки диагностики в 3,7 %. В настоящее время показате-



Запущенность в диагностике злокачественных новообразований (IV ст.) составляет 20,6%.

Увеличилась запущенность при раке пищевода на 9,6%, прямой кишки на 14,7%, гортани на 40,0%, предстательной железы на 28,8%. При анализе запущенности причинами поздней диагностики является несвоевременное обращение к врачу в 53,6% случаев, скрытое течение болезни в 30,0 %, неполное обследование в 5,5 %, длительное обследование – 3,7%, ошибки диагностики в 3,7 %. В настоящее время показате-

тели работы онкологической службы Красноярского края характеризуются относительно низкой заболеваемостью, низкой выявляемостью рака на ранних стадиях и высокой смертностью по сравнению с РФ и СФО. Данная ситуация свидетельствует о низкой эффективности медицинской службы края.

Причины несвоевременного выявления злокачественных новообразований:

- низкая информированность населения о проявлениях злокачественных новообразований и как следствие позднее обращение к врачу;
- низкая «онкологическая настороженность» врачей первичного звена;
- неполный охват населения профосмотрами;
- низкая нагрузка в смотровых кабинетах, в которых не производится осмотр мужского населения, не производится пальцевое ректальное исследование;
- недостаточно проводится работа с диспансерной группой больных с предопухолевыми заболеваниями (нерегулярные осмотры).

Показатель выявляемости злокачественных новообразований при проведении профосмотров в 2010г. составил – 14,6% от впервые взятых на учёт (Россия -12,9%). По сравнению с предыдущими годами доля больных, выявленных активно несколько увеличилась и составляет уровень 2007-2008гг.(2008 – 14,6%, 2007г.-14,8%, 2006г.-13,2%). Показатели активного выявления злокачественных новообразований не соответствуют современным возможностям здравоохранения, не в полном объеме применяются скрининговые методы обследования, недостаточный уровень контроля результативности профилактических осмотров.

В 2010 г. в стационаре Красноярского краевого онкологического диспансера пролечено 10 396 человек, из них пролечено с новообразованиями 97%. Среднее пребывание на койке составило 16,5 дня. Средний предоперационный койко-день составил 5,4 (в 2009г. – 5,8 дня).

В структуре смертности от злокачественных новообразований населения Красноярского края наибольший удельный вес составляют опухоли легкого – 19,2%, на втором месте рак желудка – 12,2 %, на третьем молочной железы – 7,9%, на четвертом месте рак ободочной кишки – 6,2%, на пятом рак прямой кишки – 5,1%. Это связано с распространённостью данной патологии, тяжестью её течения и большим удельным весом запущенных случаев (удельный вес заболеваний, выявленных в IV ст. и без стадии составляет при раке лёгкого – 80,2%, при раке желудка 68,1%).

Что необходимо сделать!

Необходимо проведение ряда мероприятий, направленных на совершенствование помощи онкологическим больным, увеличения доступности и качества медицинской помощи. Они должны включать совершенствование системы проведения профилактических осмотров и информирования населения о злокачественных новообразованиях, обеспечение широкого внедрения скрининговых методов диагностики с доказанной эффективностью, разработку и внедрение стандартов оказания медицинской помощи онкологическим больным, разработку и внедрение информационных технологий в работу онкологической службы.

5.2.3. Социально обусловленные инфекции

Наиболее значимыми среди инфекционной патологии остаются туберкулез, инфекции передающиеся половым путем, и ВИЧ-инфекция.

5.2.3.1 Туберкулез

Туберкулез – заболевание имеющее ярко выраженную связь с качеством жизни населения, поэтому изменение социально-экономической обстановки отражается на эпидемической ситуации по туберкулезу.

Смертность от туберкулеза снизилась за пять лет на 28,0% и составляет за 2010 год 21,1 на 100 тысяч населения (за 2009 год в СФО – 27,5 на 100 тыс. населения, в РФ – 18,0 на 100 тыс. населения). В течение 7 лет не регистрируются случаи смерти детей от туберкулеза (в 2003 году умерло от туберкулеза двое детей).

Как обстоят дела в 2010 г.:

Заболеваемость туберкулезом – 97,5 на 100 тысяч населения.

Показатель смертности – 21,1 на 100 тысяч населения.

В 2010 году на территории Красноярского края зарегистрировано 2822 новых случаев заболевания туберкулезом, заболеваемость всеми формами туберкулеза за 2010 год составила 97,5 на 100 тысяч населения (за 2009 год в СФО – 129,0; в РФ – 82,6 на 100 тыс. населения).

Почему заболеваемость туберкулезом выше у мужчин?

1. Высокая распространенность вредных привычек и патологических зависимостей (табакокурение, пьянство и алкоголизм, наркомания).
2. Более высокая, чем у женщин распространенность хронических заболеваний, создающих риск для развития и рецидива туберкулеза (ХОБЛ, язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический гепатит и цирроз печени).
3. Мужчин отличает более невнимательное отношение к своему здоровью, пренебрежение профилактическими мероприятиями

Среди впервые выявленных случаев туберкулеза 96,0% составляет туберкулез органов дыхания, мужчины болеют туберкулезом в 2 раза чаще женщин, рецидивы среди мужчин отмечены в 3,3 раза чаще, чем среди женщин.

Максимальные показатели заболеваемости туберкулезом отмечаются в экономически наиболее активном возрасте – от 25 до 44 лет, составляет среди заболевших 50 процентов.

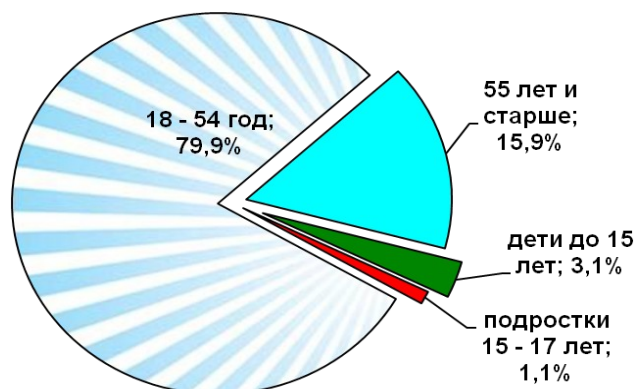


Рисунок 34 - Возрастная структура заболеваемости туберкулезом в Красноярском крае за 2010 г. (%)

Среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом лица из мест лишения свободы в последние годы составляют 10 – 11%; число иностранных граждан за 5 лет увеличилось в 2,5 раза (за 2010 год – 79 человек, за 2005 год – 37 человек), что объясняется миграцией в большинстве случаев из неблагополучных по туберкулезу территорий (из впервые выявленных иностранных граждан – 77% жители Таджикистана, Узбекистана, Киргизии), а также улучшением работы по регистрации и выдаче разрешений между учреждениями здравоохранения и УФМС по Красноярскому краю.

В Красноярском крае в 2010 г. на учете состояло 2712 бациллярных больных, за пять лет число бактериовыделителей уменьшилось на 507 человек

Таблица 51 - Заболеваемость туберкулезом в Красноярском крае за 2006 – 2010 гг. (на 100 тыс. населения)

Территории	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	103,9	103,9	107,0	104,1	97,5
в том числе:					
Красноярский край	96,3	96,9	99,6	96,3	88,6
ГУФСИН	817,4	784,3	848,0	829,1	789,1
СФО	131,5	128,8	132,8	129,0	н/д
РФ	83,1	83,2	85,1	82,6	н/д

Усугубляют ситуацию по туберкулезу учреждения системы ГУФСИН, где уровень заболеваемости превышает среднекраевой в 8,0 раз.

Заболеваемость туберкулезом детского населения снизилась за 5 лет на 30,5% и составила в 2010 году 18,9 на 100 тыс. детского населения (в 2009

году в СФО – 26,9 на 100 тыс. детского населения, в РФ – 14,7 на 100 тыс. детского населения).

Таблица 52 - Заболеваемость туберкулезом детей и подростков в Красноярском крае за 2006 – 2010 гг. (на 100 тыс. населения)

	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год	2010 г.
Дети, всего по территории	27,2	24,9	22,0	18,1	18,9
Подростки, всего по территории	42,7	38,3	46,1	49,1	30,8

Всего в противотуберкулезных учреждениях края состоит на учете 7212 больных активными формами туберкулеза, из них 95,3% приходится на туберкулез с поражением органов дыхания, 37,6% – с бактериовыделением; число бактериовыделителей уменьшилось с 3219 человек в 2005 году до 2712 в 2010 году.

Наряду с уменьшением общего числа бактериовыделителей возрастает проблема распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (далее МЛУ), когда возбудитель туберкулеза устойчив по меньшей мере к двум противотуберкулезным препаратам первой линии – изониазиду и рифампицину. В 2010 году МЛУ была зарегистрирована у 16,4% впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии, и у 37,3% среди общего числа бактериовыделителей. За 5 лет общее число больных туберкулезом с МЛУ в Красноярском крае возросло на 223 человека.

В настоящее время растет число больных туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных. В 2010 году в учреждениях здравоохранения края зарегистрировано 162 новых случая туберкулеза у ВИЧ-инфицированных (в 2005 году – 21 случай).

Лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией и множественной лекарственной устойчивостью значительно длительнее, а также в десятки и сотни раз дороже.

Вопросам борьбы с туберкулезом в Красноярском крае уделяется приоритетное значение, сеть специализированных противотуберкулезных учреждений сохранена.

Общее число туберкулезных коек в крае – 2067, санаторных – 380. При противотуберкулезных диспансерах функционирует также 160 коек дневного

Как обстоят дела в 2010 г.:

В 2010 году фтизиатрическую помощь населению оказывали:

- противотуберкулезные диспансеры краевого подчинения – 8;*
 - краевые туберкулезные больницы – 3;*
 - краевые детские противотуберкулезные санатории – 2;*
 - противотуберкулезные диспансеры муниципального подчинения – 2;*
 - туберкулезные отделения при ЦРБ, ГБ, - 8;*
 - туберкулезные кабинеты при ЦРБ – 42.*
-

пребывания. Обеспеченность противотуберкулезными койками в крае достаточная, составляет 0,8 на 1 тыс. населения (в РФ 0,6 на 1 тыс. населения).

В Красноярском крае реализуется краевая целевая программа по борьбе с туберкулезом. В 2010 году краевая целевая программа «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями» на 2008 – 2010 годы профинансирована на 100,0%, в рамках программы приобретены противотуберкулезные препараты и препараты для сопроводительной терапии на общую сумму 48167,87 тыс. рублей, что позволило обеспечить все территории края противотуберкулезными препаратами для проведения лечения больных туберкулезом и химиопрофилактики лицам из групп «риска». Продолжаются поставки лекарственных препаратов за счет средств федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2007 – 2011 годы)», в 2010 году – на сумму 20684,2 тыс. рублей (в 2009 году – на сумму 23599,6 тыс. рублей, в 2008 году в край препараты не поступали).

С 2004 года в рамках краевой целевой и ведомственной программ финансируются мероприятия по проведению капитального ремонта краевых противотуберкулезных учреждений.

Таблица 53 - Объем финансирования в Красноярском крае за 2006-2010 гг. (тыс. рублей)

	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год	2010 г.
Фин.средства	32397,2	56245,9	66947,5	21157,1	22296,3

В результате проведенных мероприятий, после проведения капитального ремонта в течение 2007 – 2008 годов открыты: детское отделение КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 2 в г. Красноярске, стационары КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 5 (г. Минусинск) и КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 8 (г. Канск); 10 учреждений получили лицензии на различные виды медицинской деятельности.

В течение 2008 года закончены поставки лабораторного оборудования в рамках международного проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» по компоненту «Туберкулез», оснащены оборудованием для микроскопии мокроты на микобактерии туберкулеза 39 клиничко-диагностических лабораторий общей лечебной сети и 8 лабораторий краевых противотуберкулезных учреждений.

В результате оснащения лабораторий общей лечебной сети улучшилось выявляемость туберкулеза методом простой микроскопии мокроты: увеличилось количество исследований с 34997 человек в 2007 году до 43430 человек в 2010 году.

Улучшилась эффективность микроскопии с 0,2% в 2007 году до 0,7% в 2010 году, увеличилась кратность обследований с 1,1 в 2007 году до 1,6 в 2010 году.

Увеличилась доля бактериовыделителей среди больных туберкулезом легких по микроскопии, выявленных в общей лечебной сети с 4,8% в 2007 году (39 человек) до 8,4% в 2010 году (67 человек).

Улучшилось качество микробиологической диагностики туберкулеза, соотношение больных, выделяющих микобактерии туберкулеза и имеющих полость распада в 2010 году составило 104,3% (в 2006 году – 93,8%).

Повысилась эффективность лечения впервые выявленных больных: закрытие полостей распада составило в 2010 году – 53,8% (в 2007 году – 52,5%); прекращение бактериовыделения в 2010 году – 64,7% (в 2007 году – 62,1%).

Фтизиатров в крае на 01.01.2011 г. – 154 человека, что составляет 0,6 на 10 тыс. населения, за 5 лет число фтизиатров уменьшилось на 24 человека. Укомплектованность врачами фтизиатрами районов края неудовлетворительная (54,1%), работают совместители в 17 районах, на 0,25 – 0,5 ставки, что отражается на качестве проводимой противотуберкулезной работы. Остается низкой укомплектованность врачами фтизиатрами краевых противотуберкулезных учреждений.

На повышение эффективности лечения больных туберкулезом в первую очередь влияет своевременное выявление заболевания, что находится в прямой зависимости от организации профилактических мероприятий.

Таблица 54 - Охват профилактическими осмотрами за 2006 – 2010 гг.

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Осмотрено всего	1578376	1365409	1573321	1547747	1619481
– процент	59,1	51,4	59,5	57,6	60,4
В том числе флюорографически (население старше 15 лет)	1160368	1069702	1161093	1213584	1215740
– процент	51,3	47,3	51,5	54,4	53,4
В том числе туберкулиновыми пробами детей	388434	273962	391914	316312	402678
– процент	97,8	68,7	98,6	79,3	97,9

В 2010 году охват населения профилактическими флюорографическими осмотрами на туберкулез повысился и составил 53,4% от всего населения (в 2006 году – 51,3%). Однако, в 17 территориях края этот показатель не превышает 50%, а в Емельяновском, Козульском, Иланском, Большеулуйском, Богучанском районах – 40%.

Таблица 55 - Выявляемость туберкулеза при профилактических осмотрах в Красноярском крае за 2006 – 2010 гг.

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Выявлено больных туберкулезом при профосмотре в числе всех впервые выявленных	1349	1582	1797	1391	1360
удельный вес (%)	51,9	64,7	72,4	53,8	58,2

Совершенствуется преемственность в работе с другими ведомствами (ГУФСИН, паспортно-визовая служба, Роспотребнадзор и др.) по своевременному выявлению и лечению туберкулеза; разработана система передачи отчетных форм между гражданским и пенитенциарным секторами, внедрена программа мониторинга освидетельствования на туберкулез иностранных гра-

ждан. Разработан, утвержден и внедрен в работу краевых противотуберкулезных учреждений классификатор медицинских услуг для стационаров.

Однако, по-прежнему сохраняется ряд проблем, требующих неотложного решения.

Одной из наиболее важных проблем в настоящее время является состояние материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, большинство из которых расположены в приспособленных, ветхих зданиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. В связи с изменившимися санитарно-гигиеническими нормами не продлены лицензии на деятельность бактериологической лаборатории КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 5 (г. Минусинск), стационара КГКУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 2 (г. Красноярск).

В противотуберкулезных учреждениях края износ медицинского оборудования превышает 70%, требуются его замена и обновление.

Что необходимо сделать!

1. Повышение ответственности органов исполнительной власти и местного самоуправления, на которые возложены функции по организации своевременного выявления и профилактики туберкулеза.
2. Подготовка высококвалифицированных кадров врачей-фтизиатров.
3. Включение в краевую целевую программу «Концепция кадровой политики системы здравоохранения» финансирование мероприятий по обеспечению врачей-фтизиатров жильем.
4. Улучшение состояния материально-технической базы и оснащения противотуберкулезных учреждений края.
5. Обеспечение учреждений здравоохранения края современными противотуберкулезными препаратами.
6. Совершенствование системы межведомственного взаимодействия по вопросам своевременного выявления, преемственности в лечении и профилактике туберкулеза.

5.2.3.2 Инфекции, передаваемые половым путем

Основными звеньями специализированной помощи крае являются пять диспансеров в гг. Красноярск, Ачинск, Лесосибирск, Минусинск, Канск. Коечный фонд диспансеров - 193 круглосуточных койки. Кроме того, 88 коек в муниципальных учреждениях здравоохранения. Дневные стационары развернуты на 218 койко-мест, в том числе в краевом диспансере на 175 коек. Обеспеченность специализированными койками на 10 тыс. населения – 0.97 (по РФ 1,4 на 10 тыс. населения).

Динамика последних пяти лет показывает устойчивую тенденцию к снижению первичной заболеваемости населения Красноярского края инфекциями, передаваемыми половым путем (далее - ИППП).

Таблица 56 - Структура заболеваемости ИППП за период 2006-2010 гг. (на 100 тыс. населения)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего инфекций передаваемых половым путем в т.ч.	583,0	517,0	405,5	372,9	313,3
Сифилис	78,4	70,3	68,9	67,4	66,8
Гонорея	77,4	71,0	80,5	69,8	67,1
Трихомониаз	206,7	237,3	170,1	153,7	122,8
Хламидиоз	92,2	80,1	47,5	45,7	32,1
Герпес	24,3	18,6	10,5	9,7	8,3
Кондиломатоз	50,1	39,5	28,1	26,6	16,2

По прежнему, в общей структуре инфекций, передаваемых половым путем по уровню распространенности первичной заболеваемости превалирует трихомониаз – 39,2%, гонореей инфицировано 21,4% , на долю сифилитической инфекции пришлось 21,3% жителей, страдающих ИППП.

Сифилис

Одним из основных индикаторов эпидемиологической ситуации по-прежнему является сифилис как наиболее значимая социально обусловленная инфекция.

Социальная значимость высокой заболеваемости населения сифилисом определяется нарастанием в последнее время случаев тяже-

лого клинического течения заболевания с висцеро - и нейропатией, форм сифилиса, первично протекающих латентно или со стертой клинической картиной, формированием серорезистентности и замедленной негативацией серореакций после перенесенного сифилиса, а так же регистрацией врожденной сифилитической патологии.

Сифилис является классическим и наиболее массовым представителем инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Он как «верхушка айсберга» отражает эпидемиологическую ситуацию по ИППП. В результате противоэпидемических и профилактических мероприятий за последние пять лет показатель первичной заболеваемости сифилисом удалось снизить на 15% (с 78,4 до 66,8 на 100 тыс. населения). Уменьшилась инфицированность сифилисом подростков в 1,5 раза.

В 2009 году был разработан и внедрен в практическую деятельность «Порядок взаимодействия врачей дерматовенерологов, акушеров - гинекологов, неонатологов (педиатров) по профилактике сифилиса у беременных и новоро-

жденных». Результатом координированного взаимодействия специалистов служит снижение заболеваемости сифилисом детей до 14 лет в 4,3 раза (с 9,3 до 2,17 на 100 тыс. детского населения. Уровень врожденной патологии по срав-

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель заболеваемости сифилисом – 66,8 на 100 тыс. населения.



За период с 2006 по 2010 гг. заболеваемость сифилисом в крае уменьшилась на 15%

нению с 2007 годом (годом наибольшего подъема показателя), снизился в 4,2 раза (с 6,8 до 1,5 на 100 тыс. детского населения).

Неблагоприятные последствия инфекций передаваемых половым путем, заключаются в значительном увеличении числа лиц, страдающих бесплодием

Однако, в течение последних пяти лет на фоне снижения первичной заболеваемости детей сифилисом, удельный вес врожденных форм продолжает оставаться высоким (70% в структуре детского сифилиса). Оценка variability клинических форм

также выявляет крайне неблагоприятные тенденции. За пять лет первичная заболеваемость нейросифилисом выросла в 1,6 раз, поздним скрытым сифилисом - в 3,7 раз.

Другим тревожным сигналом служит высокий удельный вес беременных в структуре впервые выявленных больных (9,4% в 2006 году и 8,6% в 2010 году).

Сифилис – инфекция, отличающаяся эпидемиологическим и клиническим многообразием. Распространение тесно связано с социально-экономическими и поведенческими факторами. Немаловажной составляющей социального «портрета» заболевших является характер занятости. Следует отметить, что более половины инфицированных (55%) не работали, а почти у 76% отмечен невысокий образовательный ценз.

Возрастной состав больных неограничен, однако основная часть их приходится на возраст от 20-29 лет (50% от всех впервые выявленных). Относительно гендерной характеристики соотношение заболевших среди мужчин и женщин практически равное.

С 2008 году, для оценки деятельности специалистов в дерматовенерологических диспансерах Красноярского края внедрены «Индикаторы качества профилактической и противоэпидемической работы». Систематический мониторинг выявляет уровень показателей, соответствующий рекомендованным. В 2010 году активность выявления больных сифилисом составила 77,2%, число контактов на 1 больного - 2,2.

Не все так просто!

Сифилис, наряду с другими ИППП, относится к группе социопатий – заболеваний, вызывающих выраженный общественный резонанс. Обусловлено это тем, что помимо экономического ущерба для общества, связанного с нарушением трудоспособности больного, следствием перенесенных ИППП может стать нарушение репродуктивного здоровья, рост числа психически и умственно-неполноценных граждан, инвалидов, что представляет реальную угрозу экономическому и общественному потенциалу страны.

За анализируемый период уровень распространенности гонококковой инфекции снизился в 1,2 раза. Мужчины составили 84,6%, женщины 15,4%. Такая ситуация наглядно демонстрирует низкую эффективность обследования женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза.

В условиях демографического кризиса в стране значение приобретают показатели здоровья детей, особенно заболевших гонококковой инфекцией в связи с возможными осложнениями в плане репродуктивного здоровья.

Активная позиция специалистов в части информирования подростков о мерах первичной профилактики ИППП, позволила снизить заболеваемость данного возрастного контингента сифилисом в 1,3 раза (с 46,8 до 34,8 на 100 тыс. соответствующего населения). Заболеваемость гонореей снизилась с 66,5 до 30,8 на 100 тыс. населения. Инфицированность трихомонадами подростков уменьшилась в 2,95 раза. В 2010 году гонореи среди детей до 14 лет зарегистрировано 2 случая.

Хламидиоз и другие заболевания, передаваемые половым путем

Наибольшую долю в структуре заболеваемости ИППП занимает трихомониаз. За весь исследуемый период «пик» заболеваемости трихомонозом был отмечен в 2007 году (236,3 на 100 тыс. населения). По итогам 2010 года распространенность инфекции снизилась в 1,7 раза.

До 2006 года происходил постепенный рост заболеваемости хламидийной инфекцией (92,2 на 100 тыс. населения) с последующим снижением в 2010 году в 2,9 раза (32,1 на 100 тыс. населения). Учитывая, что хламидийная инфекция часто протекает без выраженной симптоматики и нередко с осложнениями, нарушающими репродуктивное здоровье, возрастает социальная значимость проблемы, что требует поиска путей ранней диагностики и профилактики этой инфекции.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель заболеваемости гонореей – 67,1 на 100 тыс. населения.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель заболеваемости трихомониазом – 122,8 на 100 тыс. населения.

Проблемы!

1. Высокий удельный вес заболеваемости сифилисом беременных.
2. Увеличение удельного веса поздних форм сифилитической инфекции в структуре нозологических единиц.
3. Низкий уровень качества обследования на гонококковую инфекцию женщин, страдающих хроническими заболеваниями органов малого таза.
4. Не достаточная укомплектованность специалистами дерматовенерологами, в том числе в ряде краевых диспансеров.

Решения!

1. Введение единых стандартов обследования, лечения и диспансеризации больных дерматовенерологического профиля.
2. Централизованное лабораторное обследование больных ИППП и дерматозами в условиях специализированного диспансера дерматовенерологического профиля.

5.2.3.3 ВИЧ-инфекция

Эпидемическая ситуация по ВИЧ – инфекции остается сложной, на 1.01.2011 г. в крае зарегистрировано 12 611 случаев. Заболеваемость на 6,3% превысила уровень Российской Федерации, но остается на 16,3% ниже показателя СФО. Российские граждане в числе ВИЧ – инфицированных составляют 90,7% (11439 сл.)

Как обстоят дела в 2009 г.:

Показатель суммарной заболеваемости ВИЧ-инфекцией – 436,4 на 100 тыс. населения.
РФ – 410,3,
СФО – 521,6.

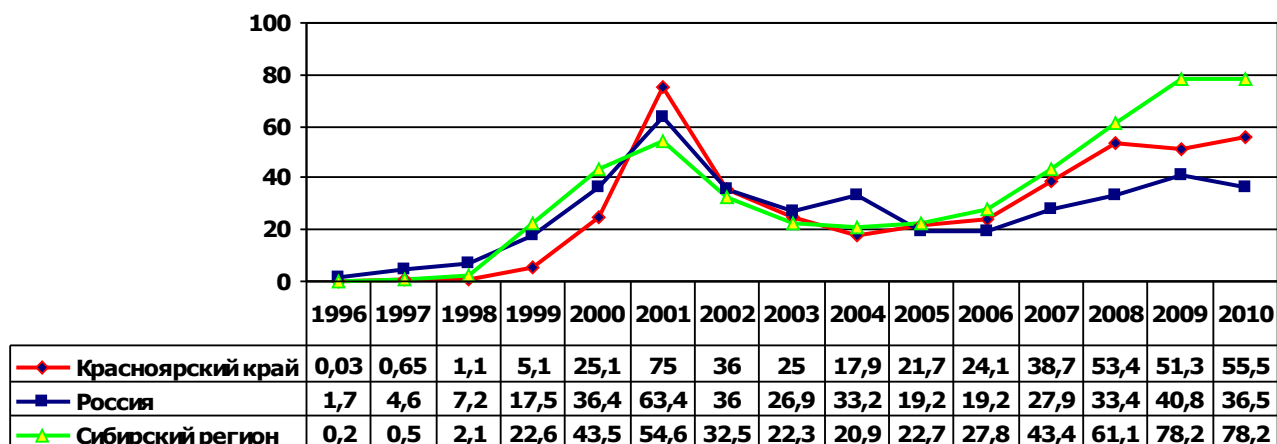


Рисунок 35 - Годовая динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России, Сибирском регионе и Красноярском крае

По уровню распространенности Красноярский край занимает четвертое место среди территорий СФО после Иркутской (1283,2), Кемеровской (733,5) областей и Алтайского края (459,8).

Пораженность ВИЧ – инфекцией (показатель живущих с установленным диагнозом ВИЧ) составляет 352,5 на 100 тыс. населения (СФО – 438,1, РФ – 397,2). Иззарегистрированных 12 611 случаев заболеваний в крае фактически проживают 10 187 чел., 1287 – умершие, 1137 – убитые.

Суммарная заболеваемость возросла на 14,35 %, ВИЧ – инфекция зарегистрирована во всех городских округах и муниципальных районах края.

Наиболее пораженными территориями являются города Норильск – 1780,3 сл. на 100 тыс. населения, Енисейск – 851,4 сл., Лесосибирск – 603,55, Красноярск – 589,5, в которых заболеваемость превышает показатель по краю (436,4).

В 2010 году выявлены 1605 случаев ВИЧ-инфекции - на 8,2% больше, чем в 2009 (1483 сл), показатель на 100 тыс. населения - 55,5 сл.

Справка:

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – это вирус, который поражает клетки иммунной системы, в результате чего организм теряет способность защищаться от инфекций.

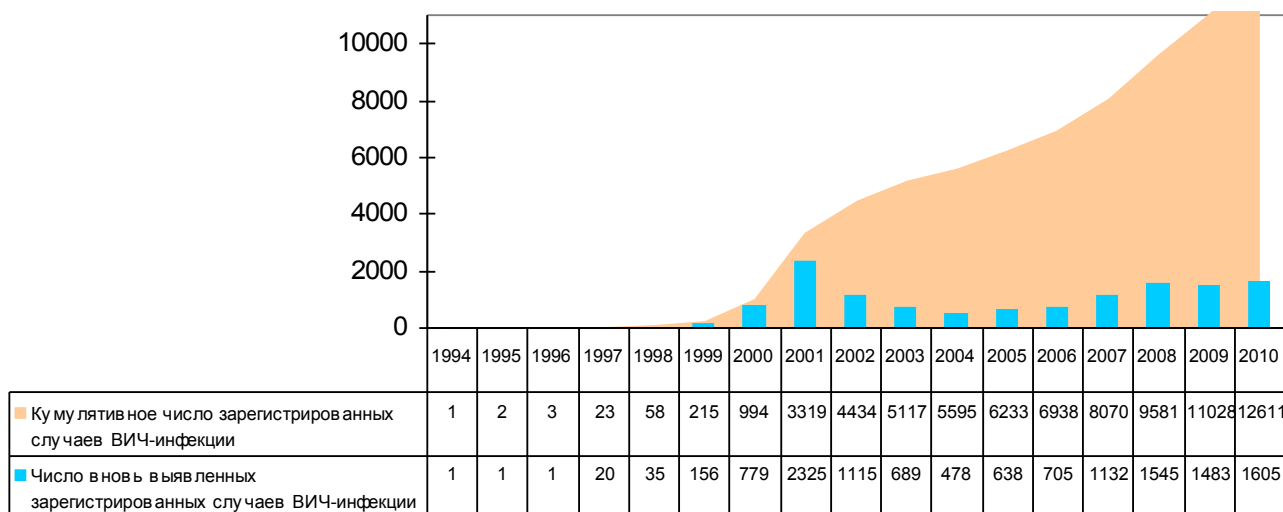


Рисунок 36 - Рост числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Красноярском крае 1994-2010 гг.

По уровню заболеваемости, выявленной в 2010 году, Красноярский край занимает 5-ое место среди территорий СФО после Кемеровской (144,5), Иркутской (112,2), Новосибирской (114,7) областей и Алтайского края (66,0).

В 26 территориях края отмечен рост заболеваемости, в том числе в



В среднем, ежемесячно в крае в 2010 году выявлялось **134** новых случая ВИЧ-инфекции, на 10 случаев больше, чем в 2009 году.

городах: Дивногорск (в 2,1 раза), Минусинск (47,8%), Норильск (81,7 %), Шарыпово (66,6%), в городе Канске (на 42,1).

Сохраняется тенденция феминизации эпидемии. Среди ВИЧ – положительных, выявленных за все годы наблюдения, преобладают мужчины (64,1%), доля женщин, выявленных в 2009 – 2010 гг. составляет 39,8% – 39,6% против 23,5% в 2000 году, 98,8% из них составляют женщины репродуктивного возраста.

Особенностями текущего этапа эпидемии является сдвиг заболеваемости на старшие возрасты.

В 2010 году доля молодых людей 15-29 лет в числе вновь выявленных ВИЧ - инфицированных составила 49,0%, лиц в возрасте от 30 до 39 лет – 39,7% против 35,0% в 2009 году, что свидетельствует об активном вовлечении в эпидемический процесс трудоспособного населения репродуктивного возраста.

По социальному статусу ВИЧ – инфицированные, выявленные в 2010 году, в 25,23% случаев были неработающими, работающие составили 21,0%, осужденные – 8,6%, подследственные – 13,58%. Ситуацию осложняет тот факт, что 23,2% людей с ВИЧ выявлены при попадании в места лишения свободы.



В сравнении с 2009 годом рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 8,2%.

Основной причиной заражения ВИЧ – инфекцией в России продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием.

Среди лиц с известными причинами инфицирования, впервые выявленных в 2010 году, 50,0% заразились при использовании внутривенных наркотиков, 48,0% - при незащищенных половых контактах, причем 14,0% - при сексуальных контактах с потребителями инъекционных наркотиков.

Отмечается высокий уровень распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин (0,9%), что свидетельствует о выходе эпидемии за рамки уязвимых групп в широкие слои населения и вовлечении в эпидемию социально благополучных людей. Рождаемость от ВИЧ-позитивных женщин по-прежнему высокая.

В 2010 году от ВИЧ – инфицированных матерей родились 231 ребенка - на 8,3% больше, чем в 2009 году (214 детей). За весь период наблюдения от ВИЧ – положительных матерей в крае родился 1551 ребенок.

Увеличилась смертность. Всего в крае умерло 1287 ВИЧ-инфицированных, в 2010 году зарегистрирован 291 случай смерти, на 14% больше, чем в 2009 году. Летальность составила 10,2%.



*Среди ВИЧ – инфицированных, выявленных в 2010 году, каждый **третий** относился к возрастным группам 25-29 лет (27,2%) и 30-34 года (26,7%).*

Серологическим скринингом на антитела к ВИЧ в 2010 году охвачены 23,4% населения края (677984 чел.) против 23,0% в 2009 году (664417 чел.).

В 2010 женщины инфицировались ВИЧ в 69,3% случаев при гетеросексуальных контактах, в 29,9% - при инъекционном употреблении наркотиков.

У мужчин соотношение этих путей передачи составляет 39,3% и 58,6%.

Низкий охват населения скринингом на ВИЧ – инфекцию наблюдался в городе Боготол (11,0%), районах: Канском - 4,0%, Боготольском – 7,1%, Сухобузимском – 12,2%, Рыбинском (14,6%), Тюхтетском – 14,0%.

На диспансерном учете в крае состояло 7599 пациентов из 7733, т. е 98,2% подлежащих учету. Показатель Российской Федерации – 89,0%. Пр-

шли диспансеризацию с обследованием согласно стандарту оказания медицинской помощи – 5895 пациентов (78%).

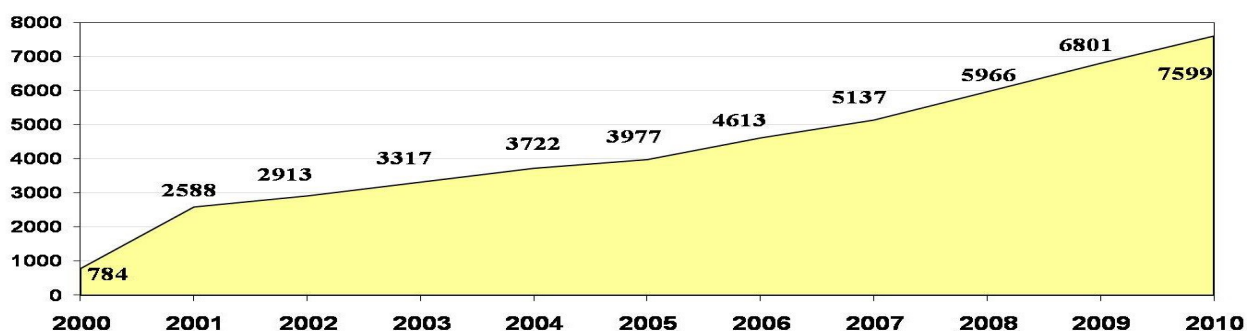


Рисунок 37 – Общее количество больных с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете в Красноярском крае 2000 - 2010 гг.(форма № 61)

Продолжается быстрый рост числа ВИЧ – инфицированных с клиническими проявлениями, на учете в 4А,Б,В,5 стадиях ВИЧ в 2010 году состоит 1381 пациент - на 40,2% больше, чем в 2009 году (985 чел.) и 2,1 раза больше, чем в 2008 году (656 чел.).

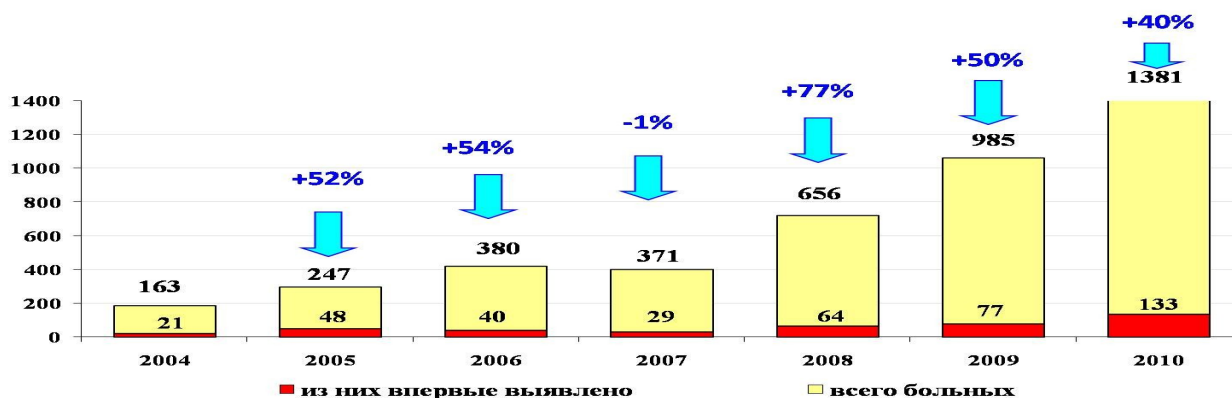


Рисунок 38 - Показатели роста числа больных ВИЧ - инфекцией с клиническими проявлениями в 2004 - 2010 гг.

Вторичные заболевания регистрировались у 863 больных, у 518 пациентов в 4 стадиях достигнута клиничко-лабораторная ремиссия на фоне АРВТ.

Структура вторичных заболеваний - микозы – 23,0%, бактериальные инфекции – 19,0%, туберкулез – 20,0%, герпетические инфекции – 15,0%, тромбоцитопении – 14,0%, другие заболевания -9,0%.

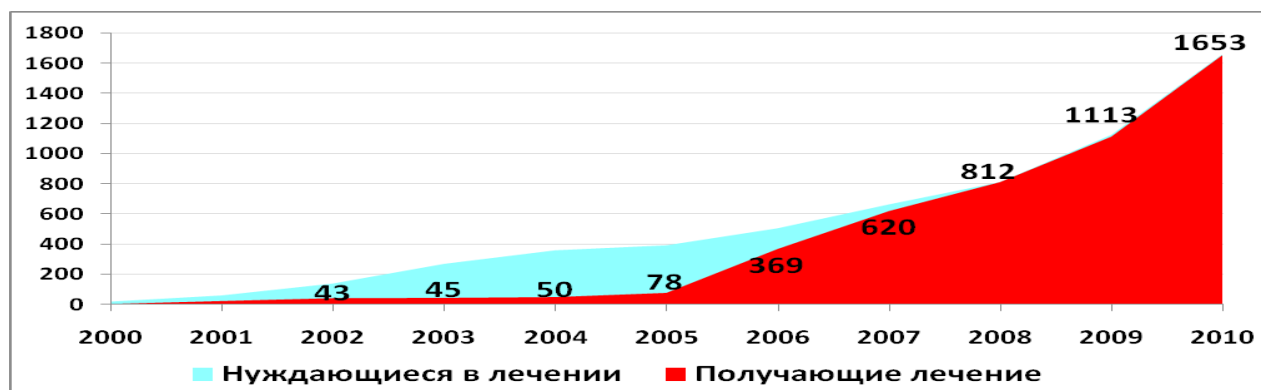


Рисунок 39 – Общее количество больных с ВИЧ-инфекцией, нуждающихся и получающих антиретровирусную терапию, 2000 – 2010 гг.

Антиретровирусную терапию (АРВТ) получали - 1411 больных, с учетом получавших лечение в учреждениях ГУФСИН России по Красноярскому краю – 1653. Лечение проводилось препаратами, полученными по приоритетному национальному проекту «Здоровье»

Лечение и профилактика вторичных заболеваний, а также коррекция нежелательных явлений АРВТ осуществлялись за счет средств целевой программы «Предупреждение и борьба с социально – значимыми заболеваниями» (2008 - 2010 годы) у 861 пациента, что позволило снизить частоту проявления нежелательных побочных явлений специализированного лечения в 96,0% случаев (826 чел.).

Ежегодно регистрируется рост заболеваемости туберкулезом, в 2010 году туберкулез выявлен у 211 ВИЧ – инфицированных, из них 47 - в учреждениях ФСИН.

Из 241 больного с активным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете, 141 (59%) находятся в 4 (продвинутой) стадии ВИЧ и получают лечение. Основные клинические формы туберкулеза: диссеминированный туберкулез легких – 43,0%, инфильтративный туберкулез легких - 28,0%, внелегочный туберкулез – 9,0%, туберкулезный плеврит – 8,0%, милиарный туберкулез и казеозная пневмония – по 3,0%.



Рисунок 40 – Реализация вертикальной передачи ВИЧ в крае и охват мероприятиями по ППМР в Красноярском крае, 1997 – 2010 гг.

В 2010 году умерли 88 (26%) больных с сочетанной патологией, из них 64 (72%) от ВИЧ-инфекции с проявлениями микобактериальной инфекции.

Проблема распространения ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов остается актуальной. В течение последних 5 лет в 2 раза увеличилось число вновь выявленных ВИЧ-инфицированных женщин, что составило в 2010 году 634 человека (2006 г. – 317 чел.; 2009 г. – 591 чел.). Распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин связана с продолжающимся распространением ВИЧ инфекции и активизацией полового пути передачи. Доля женщин репродуктивного возраста среди ВИЧ – инфицированных, выявленных в 2009 – 2010 годах, составляет 98,8%.

За последние 5 лет число аборт у ВИЧ-инфицированных женщин сократилось на 24%. В 2010 году у 116 ВИЧ-инфицированных женщин произведен медицинский аборт (2006 г. – 153; 2009 г. – 142).

В 2010 году по отношению к 2006 году число родов у ВИЧ-инфицированных женщин увеличилось на 38% и составило 231 роды (2006 г. – 167; 2009 г. – 214).

Отмечается рост информированности ВИЧ-позитивных женщин о возможностях антиретровирусной терапии, значительно снижающей риск инфицирования ребенка. В 2010 году 66,5% беременностей закончились родами.

Особое внимание уделяется проведению перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции, которая снижает вероятность инфицирования ребенка с 60% до 3-5%.

В 2010 году из числа родивших ВИЧ-позитивный статус до беременности был известен у 81,8% женщин (2009 г. – 85,5%). Во время беременности ВИЧ инфекция выявлена в 2010 году в 19,2% случаев (2009 г. – 15,6%).

В 2010 году не наблюдались в женских консультациях 4,7% ВИЧ инфицированных женщин (2009 г. – 2,4%), ВИЧ-инфекция у которых выявлена во время родов, что не позволило провести полную трехкомпонентную профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Из числа родивших ВИЧ-инфицированных матерей в 2010 году 3,8% отказались от своего новорожденного ребенка (8 человек) (2008 г. – 4,8%; 2009 г. – 3,7%).

Позитивной тенденцией является ежегодное уменьшение числа случаев отсутствия вертикальной профилактики. За период с 2006 года по 2010 год доля случаев отсутствия вертикальной профилактики уменьшилась в 10,4 раза (2006 г. – 5,8%; 2009 г. – 0; 2010 г. – 0,5%).

Охват ВИЧ - инфицированных беременных всеми видами перинатальной профилактики составил – 95,5 % (РФ – 95,1%). Трехэтапная профилактика – 182 случая, (81,0%, РФ – 87,8%), из них в режиме ВААРТ – 130 (71%).

Охват пар мать – ребенок любым из видов перинатальной профилактики составил 99,5% , охват химиопрофилактикой новорожденных составил 99,6% (РФ – 98,6%).

Увеличение охвата ВИЧ – инфицированных беременных женщин всеми видами вертикальной профилактики ВИЧ от матери ребенку и уменьшение числа случаев отсутствия вертикальной профилактики позволило снизить пе-

ринатальную трансмиссию ВИЧ-инфекции за последние 5 лет на 3,6% (с 11,8% в 2006 году до 8,2% в 2010 году; РФ 2009 г. – 10,5%).

В Красноярском крае проводится планомерная работа по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» муниципальные учреждения здравоохранения в полном объеме обеспечены тест-системами и препаратами для проведения профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Обеспеченность диагностическими тест-системами, в том числе экспресс-тестами для своевременной диагностики ВИЧ инфекции и антиретровирусными препаратами для проведения вертикальной профилактики ВИЧ инфекции в крае в 2010 году составила 100%.

Экспресс-тесты для диагностики ВИЧ-инфекции при поступлении беременной женщины в родильный дом (отделение) муниципальных учреждений здравоохранения для родоразрешения с неизвестным ВИЧ статусом в 2010 году поставлены на сумму – 211,2 тыс. рублей, на 8100 определений. Противоретровирусные препараты для вертикальной профилактики ВИЧ-инфекции (во время беременности, в родах и новорожденному) на сумму – 8018,4 тыс. рублей, рассчитанных на 230 родов.

На 2011 год в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 №1236 «О порядке закупки и передачи в учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С» подана заявка на антиретровирусные препараты для профилактики ВИЧ-инфекции у 250 беременных женщин и их детей на сумму 10774,4 тыс. рублей.

Диагностические средства планируется приобретать за счет субвенций, выделенных из федерального бюджета.

С целью обеспечения искусственного вскармливания детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей, проживающих в семьях с доходом ниже прожиточного минимума, дети первого года жизни обеспечиваются специальными молочными продуктами детского питания на сумму 500 рублей ежемесячно и дети второго года жизни – на 150 рублей ежемесячно.

В 2010 году на определение иммунного статуса (CD4 клетки) обследованы 9404 человека (14267 исследований), на вирусную нагрузку – 5621 человек (8958 исследований), РФ – 63%.

ВИЧ инфицированным матерям, находящимся в трудной жизненной ситуации, с целью обеспечения искусственного вскармливания новорожденных детей предоставляется адресная материальная помощь в соответствии с Законом Красноярского края от 07.12.2007 № 3-855 «О краевой целевой программе «Социальная поддержка населения, находящегося в

трудной жизненной ситуации» на 2008-2010 годы».

Реализуется «Соглашение о порядке межведомственного взаимодействия по медико-социально-психологическому сопровождению людей, живущих с ВИЧ, в т.ч. беременных женщин и несовершеннолетних, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИД».

С целью формирования приверженности к антиретровирусной терапии в Красноярском крае с 2008 года функционирует «школа пациентов».

Организованы кабинеты анонимного обследования на ВИЧ-инфекцию на базе краевого государственного бюджетного учреждения КГБУЗ «Красноярский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и в 8 городах края.

Проводимые мероприятия позволили увеличить охват населения обследованием на ВИЧ-инфекцию и снизить перинатальную трансмиссию ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Всего в крае умерли 1287 ВИЧ – инфицированных, в том числе - 291 чел. в 2010 году, 97 чел. (33%) - от ВИЧ-инфекции, в том числе 2 ребенка. (церебральный токсоплазмоз и пневмоцистная пневмония).

Причины смерти при ВИЧ-инфекции: туберкулез – 59,0%, бактериальные инфекции - 24,0%, оппортунистические заболевания - до 17%.

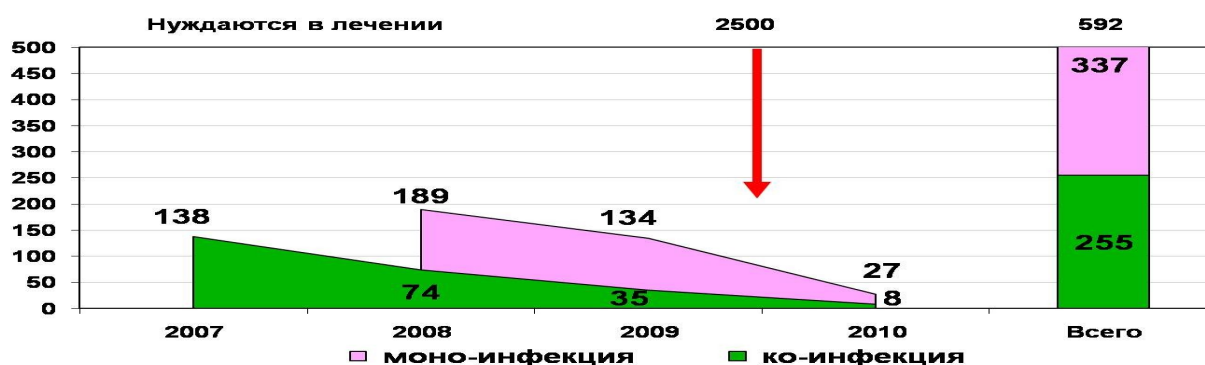


Рисунок 41 - Число больных с хроническими вирусными гепатитами В и С в Красноярском крае, получающих противовирусные препараты в рамках Национального проекта «Здоровье»

В 2010 году лечение вирусных гепатитов получали пациенты с ко-инфекцией (ВИЧ + ХВГ) – 8 чел., и остро нуждающиеся в лечении пациенты с хроническими вирусными гепатитами В и С – 27 человек.

Все пациенты получали противовирусные препараты в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». С начала поступления препаратов по национальному проекту «Здоровье» (2007г.) лечение получили 255 человек с ко-инфекцией и 337 остро нуждающихся пациентов с моно – инфекцией ХВГ, всего – 592 чел.

Стратегия борьбы с эпидемией ВИЧ – инфекции определялась программными мероприятиями.

В рамках **приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения** в 2010 году в край поступили тест-системы для диагностики ВИЧ-инфекции в количестве 3 540 наборов на общую сумму 27 521,7 тыс. рублей,

позволившие обеспечить серологический скрининг на ВИЧ – инфекцию в объеме 23,4% населения края, исследования иммунного статуса у 95,0% и вирусную нагрузку у 72,8% больных получавших антиретровирусную терапию.

Антиретровирусные препараты поступили в количестве 57 627 упаковок на сумму 205 429,6 тыс. рублей, с учетом переходящего остатка позволившие обеспечить лечение 1411 больных, 222 беременных и 45 ВИЧ - инфицированным детям.

Противовирусные препараты для лечения вирусных гепатитов (бараклут, пегасис, пегентрон – 100, роферон) поступили в декабре 2010 года в количестве 19300 упаковок на сумму 113798,7 тыс. рублей - 81,0% к заявленному объему, позволившие обеспечить лечение 35 пациентов с ко-инфекцией (ВИЧ+ВГ) и остро нуждающиеся в лечении больных с хроническими вирусными гепатитами В и С – 35 чел.

В рамках краевой целевой программы **«Предупреждение и борьба с социально – значимыми заболеваниями» (2008 - 2010 годы)** финансовые средства, утвержденные на 2010 год по разделу III. «Анти-ВИЧ/СПИД» реализованы в объеме - 14 325,7 тыс. рублей (99,96%).

За три года (2008 – 2010 гг.) финансовые средства программы по разделу «Анти-ВИЧ/СПИД» освоены на 99,82% к плану (38 069,7 тыс. рублей).

Реализация мероприятий программы позволила обеспечить достижение целевых индикаторов и ожидаемых конечных результатов программы:

- охват специфической профилактикой 97,6% женщин и детей в общем количестве ВИЧ – инфицированных матерей и родившихся детей,

- охват молодых людей, в первую очередь в возрасте 15 - 24 лет, информацией о профилактике ВИЧ – инфекции, в том числе 2010 году в объеме 32,2 тыс. человек;

- охват, с учетом реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, диагностическим скринингом на ВИЧ – инфекцию 71862 чел из числа лиц повышенного риска инфицирования - 102,6 % к запланированному объему;

- обеспечение всех лабораторно выявленных на территории края ВИЧ – положительных случаев 100,0% арбитражной диагностикой.

В рамках программы в 2010 году проведены информационно - просветительские мероприятия по повышению информированности населения о мерах предупреждения ВИЧ – инфекции и развитию волонтерского движения на сумму 591,0 тыс. рублей (99,5% к запланированному объему). В их числе 4 обучающих тренинга для волонтеров - подростков и координаторов волонтерского движения «Равный обучает равного» (Дивногорск, Канск, Красноярск, Козинск) и краевой слет волонтеров «Вместе мы сильнее» городе Железногорске, обучением охвачены 286 чел.

При участии Представительства Детского фонда ООН «ЮНИСЕФ» в крае реализуется проект приближенного медико – социального сервиса для уязвимой молодежи **«Укрепление потенциала Клиник, Дружественных к Молодежи»**, состоялось 8 выездов в профессиональные училища и лицеи , тестированием и обследованием охвачены – 367 человек.

Профилактическая работа поддерживается проектом *ГЛОБУС*, в рамках которого в крае реализуются 15 проектов, из них 8 - в городе Красноярске, 7 – в территориях края («Снижение вреда – Красноярск», «Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИД», «Предоставление антиретровирусной терапии лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом» и др.). Реализация проекта ГЛОБУС позволила охватить информационным обеспечением 43 956 человек.

В 2010 году крае проведен Декадник, посвященный Всемирному Дню борьбы со СПИД, в рамках которого проведено 886 мероприятий и приняли участие - 48 000 чел.

Всего информационно – просветительскими мероприятиями в крае охвачены 142 639 чел.

Приоритетные направления дальнейшего противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в крае

1. Объединение рассмотрения проблем наркомании и ВИЧ/СПИДа в рамках существующей антинаркотической комиссии Красноярского края под руководством губернатора.

Увеличение объема финансирования мероприятий по ВИЧ/СПИДу в долгосрочной целевой программе «Борьба с социально-значимыми заболеваниями в крае» ежегодно до 20 млн. руб. для расширения профилактических программ, обеспечения потребности в дополнительных тест-системах и реагентах для ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов.

Включение проблематики ВИЧ/СПИДа и наркомании в качестве отдельной номинации в условия проведения конкурса краевых социальных грантов «Сотрудничество во имя развития», а также сделать проблематику одной из приоритетных в рамках проведения других грантовых конкурсов.

5.2.4. Наркологическая заболеваемость

Первичная наркологическая заболеваемость городского населения превышает заболеваемость сельского населения – 255,6 и 239,7 на 100 тыс. населения, соответственно. Необходимо отметить, что в 2010 году отмечается перераспределение уровня заболеваемости городского и сельского населения, т.е. рост на 13,3% показателя первичной заболеваемости сельского населения, при снижении на 8,7% данного показателя среди городского населения. Это можно связать с уровнем профилактической деятельности наркологической службы в городах и сельских территориях края и качеством предоставляемых населению наркологических

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами 48,1

*(РФ 2009 г. – 35,7);
(СФО 2009 г. – 39,7).*

Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом 104,7

*(РФ 2009 г. – 76,8);
(СФО 2009 г. – 84,5).*

Показатель первичной заболеваемости наркоманией 21,7

*(РФ 2009 г. – 17,8);
(СФО 2009 г. – 26,2).*

услуг. Основную группу наркологических больных составляют мужчины – 75,4%, причем наибольший удельный вес приходится на возраст от 25 до 55 лет. Вместе с тем следует отметить, что в целом первичная заболеваемость наркологическими расстройствами за последние 5 лет снизилась на 13,3% и в 2010 году составила 251,3 на 100 тыс. населения, против 289,8 в 2006 году (РФ 2009г. – 268,8; СФО – 283,5).

Таблица 57 - Первичная наркологическая заболеваемость за 2006-2010 гг. (на 100 тыс. населения)

	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010 г.
Всего	289,8	298,3	265,3	259,9	251,3
Алкогольная зависимость	111,8	124,3	108,7	98,8	104,7
Алкогольные психозы	61,4	56,4	56,5	42,6	48,1
Наркомания	28,5	28,8	18,6	29,6	21,7
Токсикомания	1,1	1,1	1,3	1,5	0,9
Употребление алкоголя	56,6	56,3	52,8	51,5	43,3
Употребление наркотич. веществ	25,5	25,7	20,9	28,8	27,7
Употребление ненаркот. веществ	4,9	5,7	6,5	7,1	5,0

Заболеваемость наркоманией характеризуется спадами и подъемами. Данная тенденция характерна, как для Сибирского Федерального округа, так и в целом для Российской Федерации. Снижению первичной заболеваемости наркоманией в 2008 и 2010 годах способствовала активизация проводимых в

Знаете ли вы, что на уровень психического здоровья ребенка влияют:

- употребление наркотических веществ или алкоголя матерью в период беременности;
- пьянство родителей, неблагоприятная обстановка в семье;
- отсутствие навыков здорового образа жизни;
- низкий уровень духовно-нравственного воспитания ребенка в семье и школе.

крае профилактических мероприятий, направленных на своевременное выявление лиц, начинающих употреблять наркотические средства, в том числе в рамках краевых целевых и долгосрочных программ. Произошедший всплеск заболеваемости наркоманией в 2009 году, можно связать с употреблением молодежью, наряду с героином, кустарно изготавливаемых высокотоксичных наркотиков, на основе кодеиносодержащих лекарственных средств.

Наиболее высокая первичная заболеваемость наркоманией отмечается в крупных промышленных территориях края и городах с большой долей молодого населения: гг. Норильск – 92,6, Лесосибирск – 79,2, Минусинск – 32, Сосновоборск – 29,4.

Анализируемый период 2006–2010 годов в целом характеризуется снижением уровня первичной заболеваемости алкогольными психозами, однако в 2010 году отмечен рост данного показателя, который превысил показатель по Российской Федерации на 34,7 процента (край 48,1, РФ 2009г. - 35,7 на 100 тыс. нас.). Развитие алкогольных психозов связано с ухудшением материаль-

ного состояния населения и употреблением некачественных алкогольных напитков, а также суррогатной алкогольсодержащей продукции.

Не все так просто!

Ситуация с распространенностью наркологических расстройств, в Красноярском крае ставится напряженной, несмотря на снижение в 2010 году показателей заболеваемости алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманией относительно 2006 года, которые несколько превышают средние показатели по Российской Федерации. В 2010 году отмечается некоторый рост первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, при снижении заболеваемости наркоманией. Частично данная ситуация связана с некачественным рынком алкогольной продукции и патологическим воздействием предлагаемых суррогатных алкогольных напитков.

Неблагоприятная социально-экономическая обстановка в крае влияет и на масштаб распространенности наркологических расстройств, который остается высоким, несмотря на явную тенденцию к снижению контингентов зарегистрированных, наркологической службой больных. В 2010 году число потребителей наркотических веществ, зарегистрированных в наркологических учреждениях края, составило 10779 человек (2006 г.– 13003), а потребителей алкоголя, включая алкогольную зависимость и алкогольные психозы 38235 человек (2006г.– 44654). Общее число зарегистрированных в 2010 году больных с

наркологической патологией в крае составило 49835 человек (1722,1 на 100 тыс. нас.), что меньше аналогичного показателя по Российской Федерации на 33,0% (РФ 2009г.- 2290,7 на 100 тыс. нас.). При этом, данные по зарегистрированным в крае больным с алкогольными психозами и наркоманией, превышают общероссийские показатели (на 15,2% по алкогольным психозам и на 10,2% по наркомании), что в целом характеризует наркологическую ситуацию в крае, как неблагоприятную.

Почему это происходит:

Заболеваемость наркоманией

- активная деятельность наркобизнеса,
- доступность наркотических средств;
- отсутствие у детей и подростков навыков противостояния агрессивной окружающей среде;
- низкая степень социальной адаптации молодых людей в обществе.

Заболеваемость алкоголизмом

- отсутствие контроля со стороны государства за реализацией некачественной и суррогатной алкогольной продукции;
 - неблагоприятная социально -экономическая обстановка;
 - непрестижность среди населения здорового образа жизни.
-

Таблица 58 - Число зарегистрированных больных с наркологическими расстройствами по краю за 2006-2010 гг.

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	58503	56172	54965	52552	49835
Алкогольная зависимость	35371	34049	33396	32091	31129
Алкогольные психозы	3326	2950	2941	2437	2525
Наркомания	10437	9891	9591	9175	8125
Токсикомания	296	273	271	251	237
Употребление психоактивных веществ	9073	9009	8766	8598	7819

На фоне общего числа диспансерных больных, распространенность наркологической патологии среди женщин имеет тенденцию к снижению. Число женщин находящихся под диспансерным наблюдением с наркологической патологией в 2010 году составило 744,8 случаев на 100 тысяч женского населения (2006г.- 831,0), т. е. произошло снижение на 10,4% в основном за счет лиц, с алкогольной зависимостью. Количество женщин состоящих под наблюдением с диагнозом наркомания в 2010 году также уменьшилось по сравнению с 2006 годом на 10,6 % и составило 115,3 случая на 100 тысяч женского населения (2006г.– 129,0). Абсолютное число женщин больных наркоманией, зарегистрированных в 2010 году, составило 1782 человека (2006 г. - 1997 человек). Наркологическая патология у женщин влечет за собой рост отрицательных демографических явлений, т.е. снижение рождаемости, рост младенческой смертности и ухудшение здоровья новорожденных.

Особенно неблагоприятным в социальном плане является распространение наркологических расстройств, среди несовершеннолетних. Под наблюдением врачей наркологов края в 2010 году находилось 3059 несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, из них с диагнозом алкогольной зависимости 38 человек, с диагнозом наркомания 30 человек, с токсикоманией 101 человек. Количество несовершеннолетних с диагнозом наркомания, зарегистрированных наркологической службой края в 2010 году, снизилось на 69,3% относительно 2006 года. Отмечается и уменьшение количества несовершеннолетних, впервые обратившихся к врачам наркологам в 2010 году за медицинской помощью по поводу наркомании на 47% относительно 2006 года. Снижение распространенности наркологических расстройств, среди детей, зависит от своевременности и качества профилактических мероприятий по их предупреждению.



Число детей и подростков, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, в сравнении с 2006 годом уменьшилось на 17,2%

Внедрение в лечебный процесс наркологических учреждений современных технологий, позволило оказывать больным более качественную и своевременную медицинскую помощь. Однако показатель суммарной ремиссии, т.е. процент воздержания от употребления психоактивных веществ от 1 года до 2-х лет и выше, в 2010 году составил 18,4% (2006 год – 20,9%).

Таблица 59- Число больных с наркологическими расстройствами получивших лечебную помощь за 2006 – 2010 годы.

	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010 г.
Пролечено всего, из них:	22239	22289	22399	22336	19176
амбулаторно	6198	6321	6274	6848	6176
стационарно на койках	16041	16168	16125	15448	13000
- наркологических	13074	13528	13616	12826	11115
- психиатрических	698	536	317	1036	943
- соматических	2269	2104	2192	1626	942

Высокий уровень наркологических расстройств, тяжесть их клинических проявлений и наличие сопутствующих соматических осложнений, требуют оказания квалифицированной стационарной помощи.

Для оказания наркологической помощи населению, в крае функционирует 1 наркологический диспансер краевого уровня с филиалом, 6 наркологических отделений при психоневрологических диспансерах и центральных районных больницах, 5 стационаров дневного пребывания, из них 1 при круглосуточном стационаре и 4 при амбулаторно-поликлинических отделениях и 89 кабинетов амбулаторного приема, из них 2 кабинета при федеральных учреждениях здравоохранения.

Существующая сеть наркологических учреждений имеет в своем составе 546 наркологических коек круглосуточного пребывания, из них 60 федерального подчинения и 10 коек дневного пребывания. Обеспеченность специализированными койками на 10 тыс. населения, с учетом федеральных коек, составляет 1,9 (РФ 2009г. – 1,8). Летальность по краю составила в 2010 году – 0,2 % (2006г.- 0,7%), т.е. произошло снижение в 3,5 раза.

Основной проблемой наркологической службы является решение кадрового вопроса. На 01.01.2011 года в крае работает 97 врачей наркологов (2009г.–92), из них все имеют сертификаты специалиста. Укомплектованность физическими лицами остается низкой и составляет 55,9%, а коэффициент совместительства 1,8 (РФ 2009г.- 1,8). В среднем по краю каждый врач нарколог (физическое лицо) занимает 1,8 должности. Высокий коэффициент совместительства указывает на то, что потребность в специалистах данного профиля в учреждениях здравоохранения края не удовлетворена.

На начало 2011 года в 9 районах края работают специалисты совмещающие должность врача нарколога менее чем на 1,0 ставку, а в Партизанском районе отсутствует даже совместитель врач нарколог.

Наиболее уязвимыми к потреблению наркотических веществ и алкоголя являются женщины и дети, что влечет за собой отрицательные демографические последствия (снижение рождаемости и ухудшение здоровья новорожденных, рост младенческой смертности) и снижение психического здоровья населения

Что необходимо сделать!

Исполнение мероприятий программы модернизации наркологической службы, в рамках которой определен порядок и единые стандарты медицинской помощи больным наркологического профиля;

Улучшение материально-технической базы наркологических учреждений края;

Развитие реабилитационного направления деятельности наркологической службы с открытием в крае центра медико-социальной реабилитации для больных наркоманией и алкоголизмом;

Активное использование средств массовой информации в работе с населением за здоровый образ жизни;

Укомплектование всех территорий края врачами наркологами на полную должность, за счет целевой подготовки специалистов.

5.2.5. Психические расстройства

В Красноярском крае ситуация с психическими расстройствами сохраняется напряженной, показатели превышают средние показатели по Российской Федерации. На 01.01.2011г. количество больных психическими заболеваниями всех возрастных групп населения составило по Красноярскому краю 115414 человека (4,25% населения края), в том числе 28292 детей и подростков.

Анализ динамики показателей заболеваемости населения Красноярского края психическими расстройствами за последние 5 лет, показывает продолжающийся прирост показателей заболеваемости старческими и реактивными состояниями, психосоматическими расстройствами, последствиями органических поражений ЦНС и умственной отсталостью, т.е. заболеваниями в возникновении которых, значительную роль играют социально-экономические факторы. В то же время показатель первичной заболеваемости шизофренией и психозами ниже Российского.

Количество зарегистрированных психически больных в 2010 г. в Красноярском крае составило 115414 человек (каждый 25 житель края)

Как обстоят дела в 2010 г.:

Выявлено психических расстройств – 47,4 на 10000 населения;

Таблица 60 - Впервые выявлено психических расстройств за 2006-2010 гг. (на 10 тыс. населения)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	47,5	45,9	43,5	43,1	47,4
1.Психозы	6,0	5,7	5,4	5,3	5,7
в том числе шизофрения	1,3	1,6	1,2	1,3	1,3
2.Непсихотические психические расстройства	35,2	33,3	32,0	31,8	34,5
3.Умственная отсталость	6,3	6,9	6,1	6,0	7,1

В 2010 году впервые выявлено детей - 5433 (2009г.-5224) (группа консультативно-лечебного и диспансерного наблюдения), подростков – 516 (2009г.- 548 чел.) В расчете на 10 тыс. чел. детского населения показатель составляет – 124,7 (2009г. – 115,0), на 10 тыс. чел подросткового населения – 54,6 (2009г. – 49,8).

Число больных с психическими расстройствами, состоящих под наблюдением на конец отчетного периода, по сравнению с предыдущими периодами увеличивается. В сравнительной динамике за период 2006г.-2010г. отмечается рост показателей общей заболеваемости психическими расстройствами по всем нозологическим группам, в то же время показатели по группам психозы и шизофрения ниже Российских. Рост показателей обусловлен активизацией работы амбулаторной службы. В крае внедряются ресурсосберегающие технологии оказания психиатрической помощи с приоритетом амбулаторной службы, с освоением новых методов психосоциального лечения и реабилитации больных.

Таблица 61 - Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами в 2006-2010 гг. (на 10 тыс. населения).

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009г.
ВСЕГО:	324,5	332,2	333,0	342,4	374,1	297,0
Психозы	60,0	59,2	59,4	60,3	65,9	77,8
Из них шизофрения	32,2	33,0	33,0	32,8	35,8	40,4
Непсихотические психические расстройства	175,8	179,2	182,8	190,2	206,4	152,1
Умственная отсталость	88,6	89,6	90,8	91,9	101,8	67,8

Из приведенных ниже данных, очевидно, что в популяции населения Красноярского края происходит плавный рост количества больных, страдающих различными формами психических расстройств, при некотором опережении Российских показателей, за исключением шизофрении и психозов.

Таблица 62 - Показатели распространенности психических расстройств в 2006-2010 гг. (на 10 тыс. населения)

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009г.
ВСЕГО:	373,6	403,7	376,8	383,3	425,4	301,8
Психозы	66,5	71,3	65,9	66,6	73,3	77,3
Из них шизофрения	34,4	37,5	34,9	35,2	37,9	40,7
Непсихотические психические расстройства	209,7	227,3	212,4	216,8	241,0	150,2
Умственная отсталость	97,5	105,1	98,5	99,9	111,1	69,2

Количество больных, состоящих под диспансерным наблюдением в 2010г. по краю составило –36722, из расчета на 10 тысяч населения - 135,4 (2009г. – 126,0). Идет увеличение и количества пациентов психиатрического

профиля, входящих в группу консультативно-лечебного наблюдения до 64779, из расчета на 10 тыс. населения - 238,7 (2009г. - 216,4), что отражает определенные тенденции в динамике, структуре психических расстройств, социальном статусе больных. Преобладание консультативно-лечебной помощи над диспансерной свидетельствует о соблюдении прав психически больных, выполнении требований Закона « О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Таблица 63 - Число больных, состоящих под наблюдением в 2006-2010 гг.

		2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	РФ 2009г.
Всего	10 тыс. населения	324,5	332,2	333,0	342,4	374,1	297,0
Диспансерное наблюдение	%	42,2	39,9	38,9	36,8	36,2	55,7
Консультативно-лечебная помощь	%	57,8	60,1	61,1	63,2	63,8	44,3

В 2010 году наблюдается детей в группах консультативно-лечебного и диспансерного наблюдения всего 22866 (2009г.- 23005) человек. В расчете на 10 тыс. чел. детского населения это составляет – 524,7 (2009г. –506,6).

Наблюдается в 2010 году в группах консультативно-лечебного и диспансерного наблюдения всего 5426 (2009г.-5785) подростков. В расчете на 10 тыс. чел. подросткового населения это составляет –574,6 (2009г. – 525,65)



*За период с 2006 по 2010 гг.
количество случаев общественно-
опасных действий, совершенных
психически больными уменьши-
лось на 17,3%*

За период 2009г.-2010г. на 13,3% уменьшилось количество случаев общественно опасных действий, совершенных психически больными. В крае проводится активная работа по профилактике общественно опасных действий среди психических больных, создаются специализированные кабинеты по АДН.

Отмечается некоторая стабилизация показателей инвалидности вследствие психических заболеваний. За период с 2009 г. по 2010 г. количество учтенных инвалидов вследствие психической патологии по краю увеличилось незначительно, в 2010г. - 19156 (70,6 на 10тыс. насел), в 2009г. - 18679 (64,6 на 10 тыс. населения). Рост количества составил 2,5%, в то же время показатель по краю ниже Российского. Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста среди всех инвалидов вследствие психических заболеваний незначительно снизился с 58,6% в 2009г. до 57,0% в 2010году.

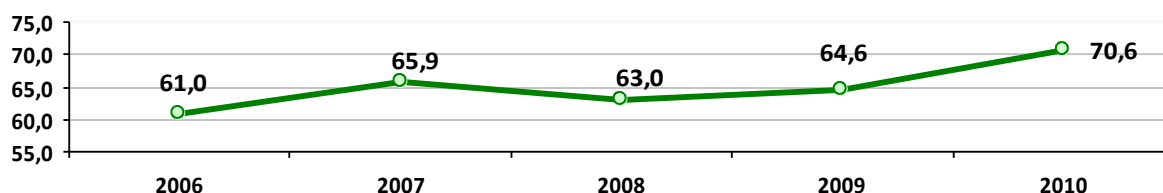


Рисунок 42 - Инвалидизация населения края по психическим заболеваниям (на 10 тыс. населения)

Причиной динамического роста уровня инвалидизации в Красноярском крае является активное проведение среди психически больных медико-реабилитационных мероприятий, своевременное оформление групп инвалидности. Кроме того, отмечается уменьшение количества населения края в период 2010г.

Структура психиатрической службы края представлена внебольничной и стационарной помощью, оказываемой детскому, подростковому и взрослому населению на всей территории Красноярского края.

Внебольничная психиатрическая помощь включает в себя кабинеты амбулаторного приема взрослых, детей, подростков, входящие в состав психоневрологических диспансеров и многопрофильных поликлиник городов и районов края в 48 административно территориальных образованиях (кроме ЗАТО), а также дневные стационары для взрослого и детско-подросткового контингента на 430 мест (в т.ч. 405 психиатрических из них 25- стационар на дому и 25 наркологических).

Стационарная помощь представлена психиатрическими стационарами круглосуточного пребывания больных общей коечной мощностью 2773 коек, в том числе, детских 145 коек. Круглосуточные стационары развернуты в объединенном КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1», в состав которого вошли психоневрологические диспансеры г.г. Красноярска, Канска, Минусинска, Лесосибирска, краевые психиатрические больницы в п.П.Тины, п.Атаманово, г.Ачинск, п.Овсянка и психоневрологическом диспансере г.Норильска. Кроме того, койки круглосуточного стационара располагаются в 6-ти муниципальных учреждениях здравоохранения Красноярского края.

Обеспеченность населения психиатрическими койками круглосуточного пребывания по краю в 2010г. на 10 тыс. чел. населения составила – 10,2 (2009г.- 9,7); по г. Красноярску – 5,3 (2009г.-5,6) при среднем показателе по России – 11,0. Исходя из сложившихся нормативов по Российской Федерации коечная мощность в крае составляет 92,7% от Российского показателя (по г. Красноярску – 48,2%).

В 2010 г. специализированная психиатрическая помощь населению в учреждениях здравоохранения края оказывалась, согласно занятых штатных должностей: 302ст. (2009г. - 290) врачей-психиатров, 32ст. врачей- психотерапевтов, что на 10 тыс. человек населения составляет 1,0 (2009г.-1,0) и 0,11 (2009г. - 0,11) – соответственно. Кроме того, 9,5ст. (2009 г. - 4) специалистов по социальной работе с высшим образованием и 31,75ст. (2009г. - 24) социаль-

ных работников; число занятых должностей медицинских психологов в психоневрологических учреждениях составляет – 70,25ст. (2009г. - 70,25).

Таблица 64 - Укомплектованность физическими лицами штатных должностей психиатрической службы края в 2010г.

Специальность	Количество ставок	Количество физических лиц	Укомплектованность %
Врач психиатр	302,0	253	83,8
Врач психотерапевт	32,0	27	84,4
Медицинский психолог	70,25	54	76,9
Специалист по социальной работе	9,5	6	63,2
Социальный работник	31,75	19	59,8

В 2010г. имеют квалификационную категорию 215 врачей-психиатров, что составляет 85% от общего числа врачей (2009г.-75,9%).

Из общего числа аттестованных категорию имеют: высшую – 138 , первую – 47, вторую –30 человек.

Всего аттестовано врачей-психотерапевтов 24(88,9%). Из них высшую квалификационную категорию имеют 18 врачей, т.е. 66,7%, первую категорию 3 специалиста, т.е. 11,1% и 3 - вторую категорию, т.е. 11,1%.

Что необходимо сделать!

1. Проведение комплекса мероприятий по развитию и укреплению материально-технической базы краевых психиатрических ЛПУ, приведение их в соответствие требованиям надзорных органов;
2. Создание единой базы данных пациентов;
3. Использование ресурсосберегающих технологий: расширение сети дневных стационаров, стационаров на дому;
4. Расширение объема медико-социальной реабилитации психически больных: осуществление трудотерапии в условиях лечебно-производственных предприятий и мастерских на базах краевых психиатрических больниц, диспансеров; организация должного взаимодействия с заинтересованными ведомствами (УВД, народное образование, комитет по занятости населения) по вопросам профилактики общественно-опасных действий, опекунов, трудоустройства; активное использование средств массовой информации для пропаганды здорового образа жизни, освещение вопросов психогигиены и психопрофилактики.

5.3. Внутрибольничные инфекции

Заболеваемость внутрибольничной инфекции (далее ВБИ) отражает качество оказания медицинской помощи населению и является одной из значимых составляющих экономического ущерба в практическом здравоохранении. При этом, важное значение имеет организация выявления, регистрации и учета данной группы инфекций.

В 2010 году в Красноярском крае зарегистрировано 150 случаев ВБИ, показатель заболеваемости составил 0,27 случаев на 1000 пациентов, что на 15,6% ниже показателя 2009 года – 0,32 на 1000 пациентов.

Большое значение в учете данной группы инфекций имеет организация выявления и регистрации случаев ВБИ. В тоже время в 22 (46,8%) территориях ВБИ в 2010 году не регистрировались.

Таблица 65 - Структура внутрибольничных инфекций в Красноярском крае за 2008-2010 гг.

Наименование заболеваний	2008 год.	2009 год.	2010 год.
	Удельный вес, %	Удельный вес, %	Удельный вес, %
Гнойно-септические инфекции новорожденных	31,5	14,3	20,7
Гнойно-септические инфекции родильниц	11,7	6,9	8,0
Послеоперационные инфекции	35,5	39,4	30,0
Постинъекционные инфекции	11,2	10,8	8,0
Инфекции мочевыводящих путей	1,0	1,7	1,3
Пневмонии	3,0	8,6	17,3
Острые кишечные инфекции	2,0	9,1	10,0
Другие сальмонеллезные инфекции	0,0	4,6	0,0
Другие инфекционные заболевания (грипп, ОРВИ и др.)	3,6	4,6	4,7

В 2010 году в структуре ВБИ ведущее место занимали послеоперационные инфекции – 30,0%, гнойно-септические инфекции новорожденных – 20,7%, гнойно-септические инфекции родильниц и постинъекционные инфекции – 8,0%.

Таблица 66 - Распределение случаев внутрибольничного инфицирования по учреждениям здравоохранения Красноярского края

Учреждения	числослучаев	удельный вес (%)
Хирургические стационары и отделения	61	40,7
Родильные дома	53	35,3
Детские стационары	5	3,3
Прочие стационары	26	17,3
Амбулаторно-поликлинические учреждения	5	3,3
Всего	150	100,0

За 2010 год наибольшее количество случаев ВБИ зарегистрировано в хирургических стационарах – 40,7% и учреждениях родовспоможения – 35,3%. На долю детских, терапевтических стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждений приходится 23,9% всей заболеваемости ВБИ.

Таблица 67 - Динамика заболеваемости внутрибольничными инфекционными среди новорожденных в Красноярском крае за 2009 - 2010 гг.

Наименование заболевания	2009год			2010 год			Рост/ снижение, +/-
	Всего	показ. на 1000	уд. вес, %	Всего	показ. на 1000	Всего	
ГСИ новорожденных	25	0,7	100,0	31	0,75	100,0	24%
Из них: менингит	1	0,3	4,0	0	0,00	0,0	-100%
Сепсис	0	0	0	2	0,05	6,5	+100%
остеомиелит	0	0	0	2	0,05	6,5	+100%
омфалит, флебит	8	0,2	32,0	6	0,15	19,4	-25%
пиодермия, мастит	8	0,2	32,0	14	0,34	45,2	75%
конъюнктивит	8	0,2	32,0	6	0,15	19,4	-25%
пневмонии	0	0	0	1	0,02	3,2	+100%
Внутриутробные инфекции	49	1,4	—	63	1,52	—	+29%

Показатель заболеваемости ГСИ составил 0,75 случаев на 1000 новорожденных, что на 24,0% выше аналогичного показателя 2009 года – 0,7 случаев на 1000 новорожденных.

В 2010 году в структуре внутрибольничных ГСИ новорожденных, инфицированных в родильных домах, наибольший удельный вес приходится на инфекции кожных покровов – 45,2% (2009 г. – 32,0%); омфалиты, флебиты пупочной вены – 19,4% (2009 г. – 32,0%); конъюнктивиты – 19,4% (2009 г. – 32,0%); сепсис, остеомиелит по 6,5% (в 2009 г. не регистрировались).

Внутриутробные инфекции (далее ВУИ) регистрировались в родовспомогательных учреждениях 6 территорий края: гг. Красноярск, Норильск, Шарыпово, Ачинск, Шарыповский и Таймырский муниципальные районы, в остальных территориях края ВУИ не регистрировались.

Показатель заболеваемости ВУИ в 2010 году составил 1,52 случая на 1000 новорожденных, что на 29,0% выше уровня 2009 года – 1,4 случая на 1000 новорожденных.

Гнойно-септические осложнения у родильниц являются актуальной проблемой здравоохранения. В Красноярском крае в 2010 году показатель заболеваемости ГСИ среди родильниц составил 0,57 случаев на 1000 родильниц против 0,31 случая на 1000 родильниц в 2009 году и отмечается рост на 84,5 %. Заболеваемость регистрировалась только в 5 территориях края: гг. Красноярск, Канск, Минусинск, Боготол, Шарыпово.

Отмечается рост доли нестандартных проб материала на стерильность в учреждениях родовспоможения с 0,19% до 0,45%, что свидетельствует о нарушениях условий стерилизации и является косвенным подтверждением причины высокого удельного веса инфекций кожных покровов у новорожденных в общей структуре ГСИ новорожденных.

При контроле качества текущей дезинфекции в родовспомогательных учреждениях края удельный вес неудовлетворительных проб по микробиологическим показателям составил 1,0%, что в 2 раза ниже показателя 2009 года – 2,1процента.

За последние три года при контроле качества предстерилизационной обработки изделий медицинского назначения в акушерских стационарах положительных проб не выявлялось.

Результаты санитарно-бактериологического контроля за детскими стационарами по итогам 2010 года, в сравнении с 2009 годом, показали снижение доли нестандартных проб при проведении исследований на стерильность, проб воздуха и смывов с объектов окружающей среды. В тоже время имеющиеся показатели нестандартных проб указывают на нарушения требований санитарного законодательства в детских стационарах края.

За последние два года контроль качества предстерилизационной обработки изделий медицинского назначения в детских стационарах положительных проб не выявил.

В стационарах Красноярского края в 2010 году зарегистрировано 15 случаев заболеваний острыми кишечными инфекциями (далее ОКИ), показатель на 1000 пролеченных в стационаре составил 0,03 случая; в 2009 году в стационарах всего было зарегистрировано 16 случаев ОКИ, показатель на 1000 пролеченных – 0,03 случая. Групповая и вспышечная заболеваемость не регистрировалась.

Таблица 68 - Показатели микробиологического контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений Красноярского края

Виды учреждений	Удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим нормативам		
	2008 год	2009 год	2010 г.
Родильные дома (отделения): воздух	8,4	11,5	7,4
исследования на стерильность	0,19	0,49	0,45
смывы	0,77	2,1	1,0
Детские стационары (отделения): воздух	6,8	31,9	22,9
исследования на стерильность	0,52	0,9	0,2
смывы	1,3	1,1	0,49

Что необходимо сделать!

Исключить возможность перекрещивания или соприкосновения «чистых» и «грязных» технологических потоков;

Привести в соответствие с гигиеническими нормативами площади и наполняемости палат;

Обеспечить соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в части порядка проведения текущей дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения, режима стирки и стерилизации белья, проведение дезинфекционной камерной обработки всех постельных принадлежностей в полном объеме;

Обеспечить объем микробиологических исследований, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями с учетом кратности и санитарно-бактериологических исследований согласно действующим нормативным документам.

5.4. Инфекционная и паразитарная заболеваемость

В 2010 году уровень общей инфекционной и паразитарной заболеваемости среди населения Красноярского края составил 21497,2 случаев на 100 тысяч населения, что на 17,7 % ниже показателя 2009 года – 26105,7 случаев на 100 тысяч населения. Общее число заболевших составило 622113 тысяч человек (болел каждый четвертый житель края).

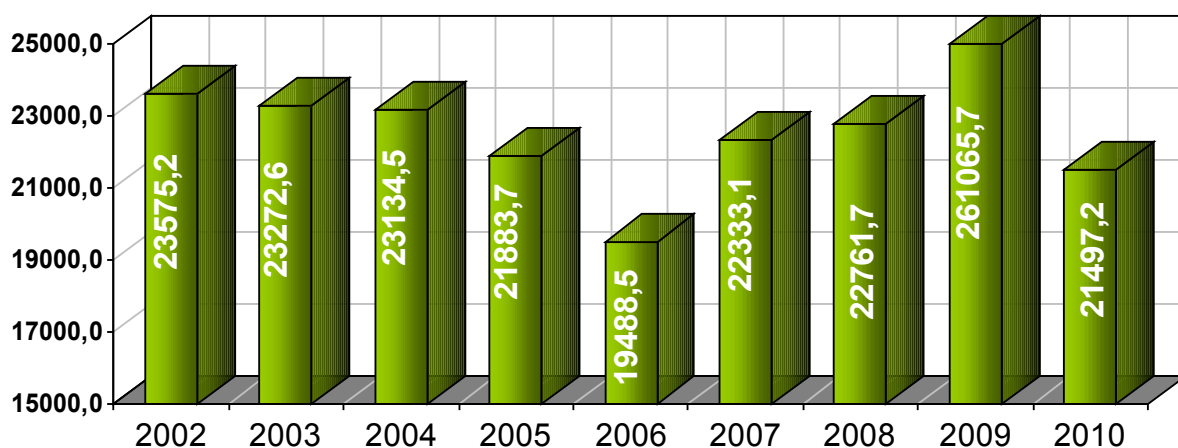


Рисунок 43 - Инфекционная и паразитарная заболеваемость населения Красноярского края (на 100 тыс. населения за 2002-2010 гг.)

В структуре инфекционных и паразитарных заболеваний преобладают воздушно-капельные инфекции (93,1 %), далее, на втором месте – кишечные инфекции (3,2 %), на третьем месте – паразитарные болезни (2,5 %).

Таблица 69 - Структура инфекционных и паразитарных заболеваний в 2010 г.

Наименование	Всего случаев	%
Воздушно-капельные инфекции, всего	591443	93,1
Паразитарные болезни	16090	2,5
Кишечные инфекции	20644	3,2
Социально обусловленные заболевания	3976	0,6
Природно-очаговые заболевания	896	0,1
Прочие инфекции	1953	0,3

В 2010 году произошло снижение заболеваемости населения края по 31 из 54 нозологических форм, что связано, прежде всего, с заболеваемостью гриппом и ОРВИ, сальмонеллезом, дизентерией, эпидемическим паротитом, клещевым энцефалитом, социально-обусловленными болезнями (туберкулез, сифилис, гонорея), вирусным гепатитом.

В Красноярском крае приоритетными инфекционными и паразитарными заболеваниями остаются грипп и ОРВИ, инфекции, управляемые средствами специфической профилактики, острые кишечные инфекции, природно-очаговые и паразитарные заболевания, социально обусловленные болезни и особо опасные инфекции.

5.4.1. Инфекции, управляемые средствами специфической профилактики

В Красноярском крае по группе инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, достигнуты контрольные показатели уровней заболеваемости в рамках приоритетного национального Проекта в сфере здравоохранения и ВЦП «Стоп – инфекция»: в 2010 году не регистрировались случаи заболеваний дифтерией, корью и поддерживается статус территории свободной от полиомиелита.

Краснуха

В Красноярском крае отмечается выраженная тенденция к снижению уровня заболеваемости населения краснухой, темп снижения составил – 10,6%.



Рисунок 44 - Динамика заболеваемости краснухой населения Красноярского края за 2001-2010 гг.

В 2010 году в Красноярском крае зарегистрировано 3 случая заболевания краснухой. Показатель заболеваемости составил 0,1 случая на 100 тысяч населения, что соответствует уровню 2009 года (0,1 случая на 100 тысяч населения).

Все случаи заболевания краснухой лабораторно подтверждены. Болел 17 летний подросток и взрослое население, среди них лица 20-29 лет составили 66,6 %. Из 3-х заболевших имелись сведения о прививках в одном случае. Краснуха регистрировалась на 1 административной территории – в г. Красноярске.

В 2010 году благодаря дополнительной иммунизации против краснухи в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения достигнут уровень заболеваемости краснухой в 100 раз ниже контрольного уровня показателя Проекта – 10,0 случаев на 100 тысяч населения.

С 2008 года на территории края внедрен эпидемиологический надзор за краснухой беременных, СВК и ВКИ в рамках мероприятий Программы ликвидации коревой инфекции.

Таким образом, на территории Красноярского края созданы условия, обеспечивающие стабилизацию и поддержание благоприятной эпидемиологической обстановки по заболеваемости краснухой.

Полиомиелит, острый вялый паралич

За 2010 г. в крае зарегистрировано 3 случая острого вялого паралича (показатель на 100 тысяч детей до 15 лет составил 0,65), при расчетных показателях 5 случаев на возрастную группу детей до 15 лет. Заболеваемость острым вялым параличем регистрировалась в г. Красноярске.

В очагах острого вялого паралича проведен комплекс противоэпидемических мероприятий: заключительная дезинфекция – в 100% случаев; подлежало осмотру 33 контактных (детей в возрасте до 5 лет нет), все осмотрены невропатологом и педиатром, больных не выявлено.

В 2010 году осуществлялись мероприятия в рамках эпидемиологического надзора за полиомиелитом, острыми вялыми параличами в рамках Плана действий на 2009-2011 г.г. по поддержанию свободного от полиомиелита статуса территории Красноярского края.

Дифтерия

В 2010 году случаев заболевания дифтерией не выявлено. Случаи летального исхода от заболеваний дифтерией в Красноярском крае не регистрируются с 1996 года.

Охват профилактическими прививками против дифтерии в целом по краю за 2010 год соответствует рекомендуемым показателям (95 и более %) и составил среди детей в возрасте 1 года – 96,7 %, среди взрослых – 98,1 %, что обеспечило эпидемиологическое благополучие по дифтерии на территории Красноярского края.

Таблица 70 - Охват детского и взрослого населения профилактическими прививками против дифтерии в Красноярском крае, 2006 – 2010 гг., (%)

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Вакцинация в 1 год	98,3	98,6	98,0	97,3	96,7
Ревакцинация в 24 мес.	98,0	98,5	98,1	97,2	96,5
Взрослое население	98,1	96,1	97,7	98,4	98,1

Эпидемический паротит

В 2010 году в Красноярском крае зарегистрировано 4 случая заболевания эпидемическим паротитом. Показатель заболеваемости составил 0,14 случаев на 100 тысяч населения, что ниже уровня 2009 года на 2,75 % (2009 год – 0,38 случаев на 100 тысяч населения). Случаи заболеваний эпидемическим паротитом регистрировались в 4 административных территориях края: г. Красноярск, Березовский, Туруханский, Балахтинский районы.

Таблица 71- Охват детей прививками против эпидемического паротита в Красноярском крае, 2006 -2010гг. (%)

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Вакцинация в 12 мес.	97,9	97,8	97,2	96,2	96,2
Вакцинация детей в 2 года	99,4	99,3	99,0	98,5	96,5
Ревакцинация в 6 лет	97,5	97,7	96,4	96,8	98,1

В Красноярском крае отмечается тенденция к снижению заболеваемости паротитом и регистрируется спорадический уровень заболеваемости. Однако для дальнейшего эпидемиологического благополучия в Красноярском крае следует поддерживать рекомендуемые показатели охвата населения иммунизацией против паротита (95 и более %) и проведение в полном объеме противоэпидемических мероприятий.

Корь

В 2010 году на территории края продолжалась реализация программы элиминации кори и интеграция эпидемиологического надзора за краснухой в систему программных мероприятий, проводимую в 3 этапа.

В Красноярском крае отмечается тенденция к снижению заболеваемости корью, среднесноголетний показатель за 2003-2010 гг. составил 1,4 случая на 100 тыс. населения. В 2010 году в Красноярском крае случаи заболевания корью не регистрировались.

Достигнуты рекомендуемые показатели охвата прививками против кори во всех декретированных группах населения; обеспечен необходимый охват прививками взрослого населения в возрасте 18-35 лет – 97,0%.

Таблица 72- Заболеваемость корью в Красноярском крае, 2006-2010 гг.

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число случаев	7	9	0	17	0
На 100 тыс. населения	0,26	0,33	0	0,58	0
из них: завозных случаев	1	1	0	1	0

Таким образом, на территории Красноярского края в основном достигнуты показатели элиминации кори.

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)

Что необходимо сделать!

Для эпидемиологического благополучия необходима дальнейшая работа по поддержанию охвата населения профилактическими прививками до рекомендуемых показателей и проведению в полном объеме противоэпидемических мероприятий в очагах.

В Красноярском крае самыми распространенными вирусными инфекциями среди населения являются грипп и ОРВИ, доля которых в общей структуре инфекционной заболеваемости составляет 92,0%. В 2010 году зарегистрировано 572618 случаев заболеваний гриппом и ОРВИ, показатель заболеваемости составил 19786,9 случаев на 100 тысяч населения, что на 18,3% ниже показателя заболеваемости 2009 года – 23954,9 на 100 тысяч населения.

Анализ заболеваемости ОРВИ и гриппом различных возрастных групп населения показал, что в сравнении с 2009 годом, в 2010 году произошло снижение заболеваемости гриппом и ОРВИ во всех возрастных группах. Показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ детского населения в 2010 году превышал в 13,2 раза показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ взрослого населения. Определяла уровень детской заболеваемости возрастная группа детей до 1 года – показатель в этой группе составил 92020,5 случаев на 100 тысяч контингента.

Уровни заболеваемости гриппом и ОРВИ в 2010 году среди населения Красноярского края значительно ниже показателей 2009 года. В период эпидемического сезона переболели гриппом и ОРВИ 42012 человек (1,4% населения края).

Охват сезонной иммунизацией против гриппа населения края в 2010 году составил 13,3%, с учетом иммунизации против пандемического гриппа – 30,5% от общей численности населения. Отмечается прямая обратная зависимость показателей заболеваемости гриппом и процента охвата иммунизацией против гриппа населения Красноярского края.

Таблица 73 - Заболеваемость гриппом и охват иммунизацией против гриппа населения Красноярского края за 2006-2010 гг.

Годы	Показатель заболеваемости гриппом на 100 тыс.	% привитых против гриппа от всего населения края
2006	216,8	17,1
2007	211,9	22,0
2008	411,0	14,0
2009	276,1	21,9
2010	15,5	30,5

Что необходимо сделать!

В целях обеспечения благополучной санитарно-эпидемиологической обстановки по заболеваемости гриппом и ОРВИ в Красноярском крае необходимо обеспечить иммунизацию гриппа не менее 30% населения на всех территориях края, потребовать от руководителей соответствующих служб, предприятий, учреждений, организаций, независимо от форм собственности, расположенных на территории края обеспечения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий в соответствии с действующим санитарным законодательством.

Менингококковая инфекция

За последние 10 лет заболеваемость менингококковой инфекцией на территории Красноярского края имеет волнообразное течение с наибольшим показателем уровня заболеваемости в 2004 г. (2,8 ‰) при общей тенденции к снижению. В 2010 году показатель заболеваемости составил 1,83 на 100 тыс. населения, что на 1,13% выше, чем в 2009 году.

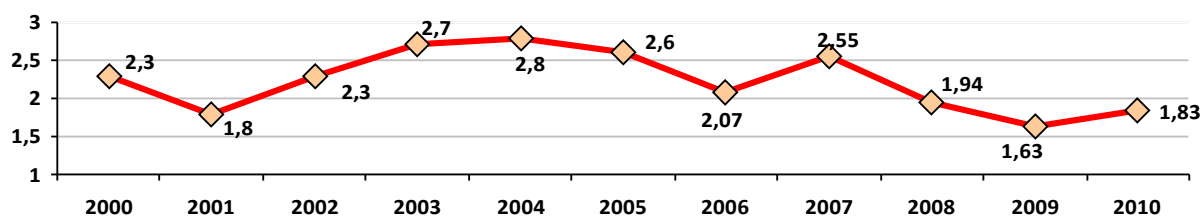


Рисунок 45 - Динамика заболеваемости менингококковой инфекцией в Красноярском крае на 100 тысяч населения за 2000 - 2010 гг.

Эпидемический процесс в 2009 году на территории Красноярского края характеризовался спорадическим уровнем заболеваемости, регистрируемой в 17 территориях края. Заболеваемость среди населения, проживающего в сельской местности, превышает заболеваемость среди городского населения, показатель заболеваемости составил 2,0 и 1,3 на 100 тысяч населения соответственно.

Таблица 74 - Заболеваемость менингококковой инфекцией по возрастным группам населения Красноярского края, 2008-2010 гг.

Возраст	2008 год			2009 год			2010 год		
	Число случаев	%	‰	Число случаев	%	‰	Число случаев	%	‰
до 1 года	18	32,1	0,6	25	53,2	0,7	12	22,6	0,3
1-2 года	11	19,6	0,2	9	19,1	0,1	7	13,2	0,09
3- 6 лет	5	8,9	0,04	3	6,4	0,02	4	7,5	0,03
7-17 лет	5	8,9	0,02	6	12,8	0,02	3	5,6	0,008
Всего детей	51	91,0	0,08	43	91,4	0,08	39	73,6	0,07
Всего взрослых	5	8,9	0,002	4	8,5	0,005	14	26,4	0,006
Итого	56	100,0	0,019	47	100,0	0,016	53	100,0	0,018

В возрастной структуре заболевших преобладает детское население: дети болеют в 2,3 раза чаще взрослых. Наиболее высокий уровень заболеваемости МИ регистрируется среди детей до 1 года.

Среди неорганизованных детей заболеваемость регистрируется чаще в 6 раз, чем среди детей, посещающих детские учреждения и школы.

Таблица 75 - Заболеваемость менингококковой инфекцией по контингентам, 2008-2010 гг.

Контингенты	2008 год			2009 год			2010 год		
	Число случаев	%	‰	Число случаев	%	‰	Число случаев	%	‰
Неорганизованные дети	29	51,7	0,2	32	68,0	0,3	20	37,7	0,11
Дети детских учреждений	5	8,9	0,04	4	8,5	0,04	3	5,6	0,03
Школьники	5	8,9	0,01	5	10,6	0,01	16	30,2	0,05
Прочие	17	30,3	0,007	6	12,7	0,002	14	26,4	0,006
Итого	56	100,0	0,19	47	100,0	0,19	53	100,0	0,02

В 2010 году зарегистрировано 5 случаев летального исхода от заболеваний менингококковой инфекцией, в 2009 году – 9 случаев, причиной которых была поздняя обращаемость за медицинской помощью.

Таблица 76 - Заболеваемость и смертность от менингококковой инфекции населения Красноярского края, 2000-2010 гг.

Нозология	Год	Заболело		из них умерло			
		Число случаев	на 100 тыс. населения	Всего	%	в т.ч. детей	
						Число случаев	на 10 тыс. населения
Менингококковая инфекция	2000	64	2,3	9	14,0	9	1,6
	2001	51	1,8	4	7,8	3	0,5
	2002	63	2,3	6	9,5	6	11,0
	2003	75	2,7	8	10,6	7	1,5
	2004	76	2,8	12	15,7	11	2,4
	2005	70	2,6	10	14,2	8	0,02
	2006	55	2,07	6	10,9	4	0,71
	2007	69	2,5	7	10,1	7	1,2
	2008	56	1,94	2	3,6	2	0,3
	2009	47	1,63	9	19,1	7	1,2
	2010	53	1,83	5	9,4	4	0,7
в т.ч. генерализованная форма	2000	58	2,1	9	15,5	9	1,6
	2001	45	1,6	4	8,8	3	0,5
	2002	48	1,7	6	12,5	6	1,1
	2003	60	2,2	8	13,3	7	1,5
	2004	58	2,1	12	20,6	11	2,4
	2005	57	2,1	10	17,5	8	0,02
	2006	34	1,28	6	0,23	4	0,71
	2007	53	1,9	7	13,2	7	0,25
	2008	41	1,4	2	4,9	2	0,3
	2009	44	1,5	9	19,1	7	1,2
	2010	29	1,00	4	13,8	4	0,7

5.4.2. Паразитарные заболевания

Ежегодно в Красноярском крае регистрируется от 16000 до 19486 случаев паразитарных болезней. В общей структуре инфекционных и паразитарных заболеваний в 2010 году они занимали третье место и их удельный вес составил 2,5%. В 2010 году в крае зарегистрировано 16090 случаев паразитарных болезней, в 2009 году – 18624 случая. В структуре паразитарных заболеваний в 2010 году преобладают гельминтозы (74,6 %), протозоозы (25,4 %).

Таблица 77 - Структура гельминтозов в Красноярском крае в 2010 году

Виды гельминтозов	Число случаев заболеваний	Доля от общего числа гельминтозов
Энтеробиоз	6470	53,9
Дифиллоботриоз	2205	18,4
Описторхоз	1646	13,7
Аскаридоз	1446	12,1
Прочие	233	1,9

Всего	12000	100,0
-------	-------	-------

В общей структуре гельминтозов в Красноярском крае первое место занимает энтеробиоз (53,9%), второе место – дифиллоботриоз (18,4%) третье место – описторхоз (13,7%). Основную заболеваемость гельминтозами формирует детское и подростковое население, доля детей до 17 лет в структуре заболевших составила 66,4%.

Энтеробиоз

За период 2001-2010 гг. в крае наблюдается выраженная тенденция к снижению заболеваемости энтеробиозом с темпом снижения – 5,0%.

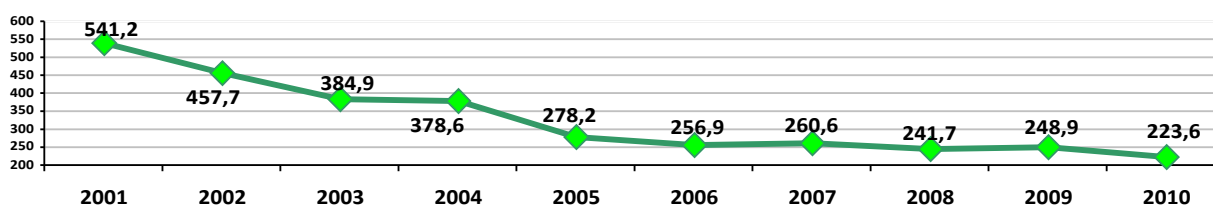


Рисунок 46 - Динамика и тенденция заболеваемости энтеробиозом среди населения Красноярского края в 2001-2010 гг.

В 2010 году по сравнению с 2009 годом отмечено снижение заболеваемости энтеробиозом на 10,2%, показатель заболеваемости составил 223,6 против 248,9 в 2009 году на 100 тыс. населения.

Преимущественно энтеробиоз регистрируется среди детского населения (97,4%), показатель заболеваемости энтеробиозом среди детей до 17 лет составил 1117,3 на 100 тысяч населения и превысил показатель среди взрослых в 155,2 раза (7,2 на 100 тысяч населения). Наиболее высокий уровень заболеваемости энтеробиозом регистрируется среди детей в возрасте 3-6 лет – 1773,8 на 100 тысяч населения, среди детей школьного возраста 7-14 лет – 1548,5.

В крае организовано и проводится ежегодное планово-профилактическое обследование детей дошкольного и школьного возраста. Анализ состояния очагов энтеробиоза в детских «организованных» коллективах выявил, что в дошкольных учреждениях сохраняется эпидемиологическое неблагополучие по энтеробиозу.

Что необходимо сделать!

Ежегодно заболеваемость энтеробиозом детей характеризуется высокими показателями в детских дошкольно-образовательных учреждениях, что свидетельствует о **недостаточной эффективности** проводимых санитарно-противоэпидемических мероприятий в данных учреждениях. Необходимо активизировать санитарно-просветительную работу по вопросам профилактики и обучение гигиеническим навыкам детей дошкольного и школьного возраста (СанПиН 3.2.1317-03).

Биогельминтозы

Красноярский край относится к территориям с высокими уровнями заболеваемости природно-очаговыми гельминтозами. Из природно-очаговых гельминтозов дифиллоботриоз и описторхоз остаются одной из самых актуальных и социально значимых проблем на эндемичных территориях.

Дифиллоботриоз

В 2010 году в Красноярском крае в структуре гельминтозов дифиллоботриоз занимает второе место и составляет 18,4%.

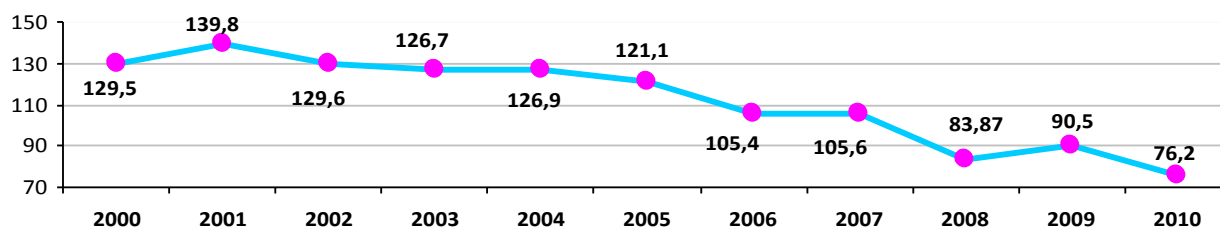


Рисунок 47 - Динамика и тенденция заболеваемости дифиллоботриозом среди населения Красноярского края в 2000-2010 гг.

В последние 10 лет отмечается умеренная тенденция снижения заболеваемости дифиллоботриозом, темп снижения составил 3,1%.

В 2010 году отмечено снижение заболеваемости дифиллоботриозом на 15,8%. Зарегистрировано 2205 случаев заболеваний, показатель заболеваемости дифиллоботриозом составил 76,2 на 100 тысяч населения, в 2009 году 90,5 на 100 тысяч населения.

Отмечаются существенные различия в заболеваемости сельского и городского населения, показатель заболеваемости на 100 тысяч среди сельского населения – 150,6, городского населения – 52,5, т.е. в 2,9 раза выше.

Преимущественно дифиллоботриозом (до 84,8 %) болеет взрослое население, показатель заболеваемости на 100 тысяч среди взрослых составил в 2010 году 80,3 и превысил показатель заболеваемости среди детского населения (59,4) в 1,4 раза.

Что необходимо сделать!

С целью профилактики – охрана водоемов от сточных вод, термически обработанная рыба. А также обследование и лечение инвазированных, особенно в природных очагах данного гельминтоза.

Описторхоз

В Красноярском крае в 2010 году в структуре заболеваемости гельминтозами описторхоз занимает 3 место и составляет 13,7%.

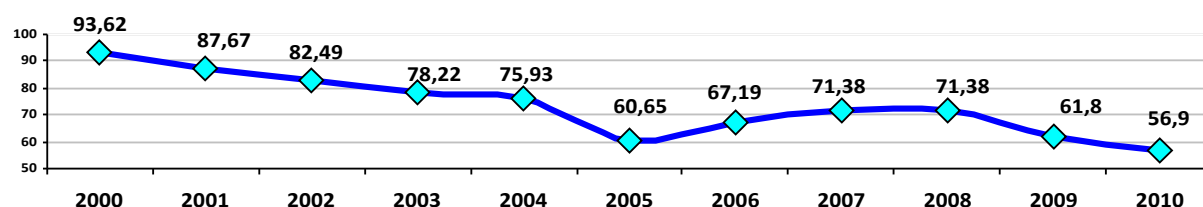


Рисунок 48 - Динамика и тенденция заболеваемости описторхозом среди населения Красноярского края в 2000-2010 гг.

Доля взрослого населения в общей структуре заболевших описторхозом составила 83,5 %, детей до 17 лет – 16,5 %. Показатель заболеваемости на 100 тысяч среди взрослого населения составил 59,0 и был выше показателя заболеваемости среди детей до 17 лет в 1,2 раз (48,0).

Заражение населения описторхозом происходит при употреблении в пищу малосоленой рыбы карповых пород, добытой в реке Чулым, в основном ельца (42,8%), язя (10,6 %) и завозной рыбы с рек Оби, Иртыша, Камы, Волги, Бирюсы.

Таким образом, заболеваемость природно-очаговыми биогельминтозами на эндемичных территориях края сохраняется на высоком уровне и требует своевременной корректировки проводимых профилактических мероприятий.

Аскаридоз

В структуре гельминтозов аскаридоз занимает 4 место, доля аскаридоза в сумме гельминтозов в 2010 году составила 12,1 %.

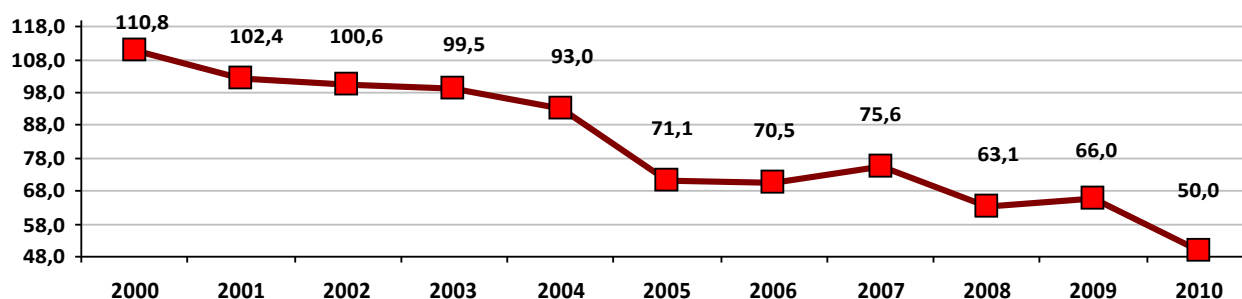


Рисунок 49 - Динамика и тенденция заболеваемости аскаридозом среди населения Красноярского края в 2000-2010 гг.

В 2010 году в Красноярском крае отмечено снижение заболеваемости аскаридозом на 24,2 %. Показатель заболеваемости на 100 тысяч населения в 2010 году составил 50 (1446 случаев) против 66 в 2009 году (1907 случаев).

Основной группой риска по заболеваемости аскаридозом являются дети до 17 лет, доля которых в 2010 году составила 68,4 %. Дети до 17 лет (175,3 на 100 тысяч детей) болели в 8,9 раз чаще взрослых (19,6 случаев на 100 тысяч взрослого населения).

В структуре заболевших доля городского населения составляет 59,8 %. Вместе с тем показатель заболеваемости сельского населения (83,1 случая на 100 тысяч населения) в 2,1 раза был выше показателя заболеваемости среди городских жителей (39,4 случаев на 100 тысяч населения). Группой риска в сельской местности также являются дети. Заболеваемость среди детей до 17 лет, проживающих в сельской местности, составила 261,5 на 100 тысяч, что в 1,8 раз выше, чем в городской местности – 142,6 на 100 тысяч. Эпидемиологическое неблагополучие по заболеваемости аскаридозом связано с развитием огородничества, увеличением числа дачных участков вокруг поселков, циркуляцией возбудителя во внешней среде. Сельскохозяйственная продукция (овощи, зелень), выращенная на загрязненной яйцами аскарид почве, употребляется населением чаще в сыром виде и является источником заражения людей аскаридозом.

Трихинеллез

В Красноярском крае в последние годы наметилась тенденция снижения заболеваемости трихинеллезом, преимущественно регистрируется спорадическая заболеваемость среди взрослого населения.

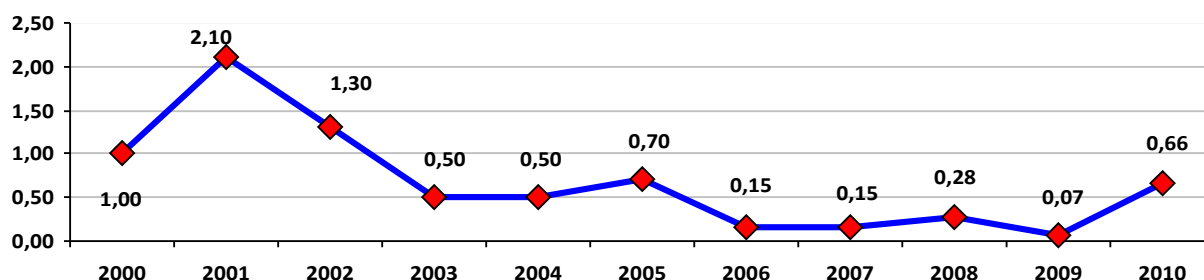


Рисунок 50 - Динамика и тенденция заболеваемости трихинеллезом среди населения Красноярского края в 2000-2010 гг.

В 2010 году зарегистрировано 19 случаев трихинеллеза, отмечен рост заболеваемости в сравнении с 2009 годом в 9,4 раза, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 0,66.

Рост заболеваемости в 2010 году связан с регистрацией групповой заболеваемости в Балахтинском районе (13 заболевших), в Таймырском (Долгано-Ненецком) муниципальном районе (6 заболевших), где причиной заражения послужило употребление в пищу мяса бурого медведя в виде шашлыков и солено-вяленом виде без проведения ветеринарно-санитарной экспертизы.

Не все так просто!

Прогноз развития данного гельминтоза неблагоприятен в связи с интенсивным развитием эпизоотии трихинеллеза в дикой природе в ближайших к краю территориях (Алтайский край.)

Тениоз

В 2010 году зарегистрировано 18 случаев тениоза. Показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 0,6 (в 2009 году – 0,6) и остался на уровне 2009 года.

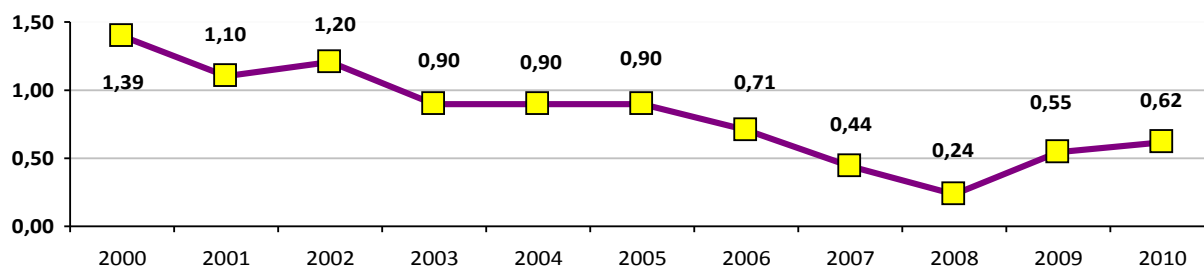


Рисунок 51 - Динамика и тенденция заболеваемости тениозом среди населения Красноярского края в 2000-2010 гг.

Среди заболевших тениозом 72,2% составляет взрослое население, доля детей до 17 лет составила 27,8%. Основной причиной заражения населения

служит употребление в пищу недостаточно термически обработанного мяса (свинина), не прошедшего санитарно-ветеринарной экспертизы.

Эхинококкозы

В последние годы, как и в целом в Российской Федерации, в Красноярском крае наблюдается ухудшение ситуации по эхинококкозам. В 2010 году в 13 территориях края зарегистрировано 20 случаев эхинококкоза. Показатель заболеваемости на 100 тысяч населения в 2010 году составил 0,69 случая на 100 тысяч населения.

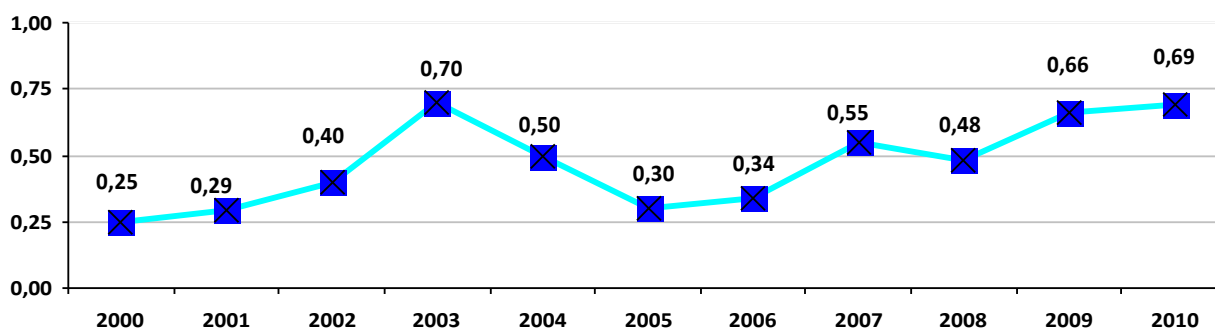


Рисунок 52 - Динамика и тенденция заболеваемости эхинококкозом среди населения Красноярского края в 2000-2010 гг.

Заболевания эхинококкозами регистрировались преимущественно среди взрослого населения (80,0 %), доля детей до 17 лет составила 20,0%. Среди взрослого населения доля лиц в возрастной группе 20-39 лет составила 31,2%, 40-59 лет – 56,2%, в возрасте 60 лет и старше 12,5%. В одном случае зарегистрирован смертельный исход. В 2010 году зарегистрировано 4 случая заболеваний эхинококкозом у детей до 17 лет (2009 г. – 4). В 2010 году показатель на 100 тысяч детей составил 0,71, среди взрослого населения – составил 0,69.

В 19 случаях (99,0 %) заражение произошло на территории Красноярского края и связано с увеличивающимся общением населения с бродячими и дворовыми собаками (13 случаев), охотой и выделкой шкур диких животных (4 случая), уходом за овцами (2 случая). В одном случае эхинококкоз выявлен у лица, прибывшего из Нижегородской области.

5.4.3. Острые кишечные инфекции

В общей структуре инфекционной и паразитарной заболеваемости острые кишечные инфекции занимают второе место. Динамика многолетней заболеваемости ОКИ характеризуется периодическими подъемами и тенденцией к снижению.

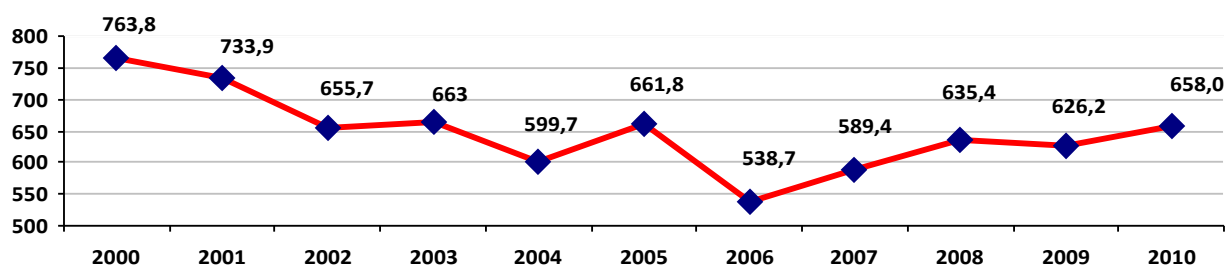


Рисунок 53 - Динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Красноярском крае в 2000-2010 гг. (на 100 тысяч населения)

В 2010 году было зарегистрировано 19043 случаев, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 658,0 случаев, что на 5,1% выше уровня 2009 года. В общей структуре острых кишечных инфекций основную долю составляют ОКИ, вызванные неустановленными возбудителями – 85,9%, ОКИ установленной этиологии – 12,6%, дизентерия – 1,41%.

Распределение заболеваемости острыми кишечными инфекциями на территории Красноярского края неравномерное и зависит от уровня диагностики, состояния питьевого водоснабжения, качества и безопасности продуктов питания, выпускаемых и реализуемых для населения.

Показатель заболеваемости среди городского населения в 2010 году составил 785,4 случая на 100 тысяч населения, что в 3 раза превышает показатель заболеваемости сельского населения – 257,8 случаев на 100 тысяч населения. Уровень заболеваемости детского населения в 2010 году в 6,4 раза превышал показатель заболеваемости взрослого населения. Число случаев заболевания среди детей осталось на уровне 2009 года, среди взрослых – выросло на 16,8%.

Определяла уровень детской заболеваемости возрастная группа детей от 0 до 2 лет, показатель заболеваемости в которой составил 6422,6 случаев на 100 тысяч контингента, что на 2,7 % ниже показателя 2009 года (6599,4 случаев на 100 тысяч контингента) и в 3 раза выше показателя заболеваемости среди детей до 17 лет.

Вместе с тем, несмотря на снижение по сравнению с 2009 г. на 9,9%, заболеваемость детей до 1 года продолжает оставаться самой высокой, показатели соответственно составили 7293,6 против 8096,2 на 100 тыс. детей данного возраста.

Дизентерия

Показатель заболеваемости дизентерией в 2010 г. составил 9,1 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2009 года на 53,6% (19,6 на 100 тысяч населения). Соотношение дизентерии и прочих острых кишечных инфекций составило 1:71,1. Бактериологическое подтверждение диагноза «Дизентерия» составило 71,2%. В этиологии дизентерии доминирует возбудитель Флекснера, доля которого составила 63,3%.

В 2010 году показатель заболеваемости дизентерией городского населения (9,6 на 100 тысяч населения) превышает на 24,7% аналогичный показатель среди жителей, проживающих в сельской местности (7,7 на 100 тысяч населения).

Определяет заболеваемость детское население, которое болеет в 4,3 раза чаще взрослых, показатели заболеваемости составили 23,9 случаев на 100 тысяч контингента и 5,5 на 100 тысяч контингента соответственно.

Ротавирусная инфекция

В структуре острых кишечных инфекций, вызванных вирусами основную долю составляют острые кишечные инфекции, вызванные ротавирусами.

Показатель заболеваемости ротавирусной инфекцией в 2010 году, в сравнении с 2009 годом, вырос на 92,1% и составил 23,7 случаев на 100 тысяч населения.

Ротавирусная инфекция регистрировалась преимущественно в г. Красноярске, а также в единичных случаях в 8 территориях края. В 98,5% всех случаев заболевания зарегистрировано среди детей, показатель заболеваемости детского населения в 2010 году составил 11,5 на 100 тысяч контингента данной группы. Определяла уровень детской заболеваемости возрастная группа детей 1-2 лет, показатель в этой группе составил 56,7 на 100 тысяч контингента, что в 5 раза выше показателя среди детей до 17 лет. Для данного вида возбудителей выражена зимняя сезонность. В этот период отмечалось формирование групповой заболеваемости в детских организованных коллективах.

Иерсиниоз

Показатель заболеваемости иерсиниозной инфекцией в 2010 году снизился на 25%, в сравнении с 2009 годом и составил 1,7 на 100 тысяч населения.

Наибольшие уровни заболеваемости иерсиниозной инфекцией регистрировались в Курагинском районе – 7,8 случая на 100 тысяч населения. Максимальные показатели заболеваемости составили в возрасте с 3-х до 6 лет – 11,9 случаев на 100 тысяч контингента.

Сальмонеллез

В 2010 году в Красноярском крае было зарегистрировано 1139 случая сальмонеллеза против 1394 случаев в 2009 году, в показателях на 100 тыс. населения соответственно – 39,4 и 48,2. (снижение на 18,2%).

Заболеваемость сальмонеллезной инфекцией среди городского населения в 2 раза превышала заболеваемость среди сельского населения, показатели соответственно составили 45,2 и 21,0 на 100 тыс. населения.

Дети в 4,8 раза чаще болели сальмонеллезом, чем взрослые, показатели на 100 тысяч населения соответственно составили 102,3 и 21,4. Наибольшая заболеваемость среди детей по краю регистрировалась в возрастных группах с 1 до 2 лет – 295,9 на 100000 тысяч контингента.

В 2010 году в Красноярском крае зарегистрирована 1 вспышка сальмонеллеза, вызванная *S. Enteritidis*, в КГБУЗ «Красноярский краевой дом ребенка

№ 2» г. Канска с числом пострадавших 12 человек (все дети), с реализацией контактно-бытового пути передачи инфекции через объекты внешней среды, персонал (руки, спецодежда) в процессе осуществления ухода за детьми.

Энтеровирусная инфекция

В 2010 году в Красноярском крае зарегистрировано 211 случаев заболевания энтеровирусной инфекцией, показатель заболеваемости составил 7,3 случая на 100 тысяч населения, что ниже уровня 2009 года в 2,6 раза (18,8 случаев на 100 тысяч населения). Заболеваемость регистрировалась в 11 территориях края. Как и в предыдущие годы определяет заболеваемость детское население ($36,2 \pm 3,0$ на 100 тыс. детей) при показателе взрослых ($0,3 \pm 0,1$), соответственно $t > 2$.

Преимущественно в эпидемический процесс вовлекаются дети в возрасте 3-6 лет ($69,4 \pm 14,2$) и 7-14 лет ($47,2 \pm 2,6$) в сравнении с другими возрастными группами ($t > 2$).

Что необходимо сделать!

В целях снижения заболеваемости острыми кишечными инфекциями необходимо решить вопросы обеспечения населения доброкачественными пищевыми продуктами, питьевой водой, а также повысить ответственность юридических лиц и индивидуальных предпринимателей за организацию питания детей в муниципальных детских образовательных учреждениях края.

5.4.4. Вирусные гепатиты

Вирусные гепатиты (ВГ) продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения со значительным социально-экономическим ущербом.

На территории Красноярского края ежегодно на долю вирусных гепатитов приходится от 1,5 до 2,0% общей инфекционной заболеваемости без гриппа и ОРВИ.

В 2010 году показатель заболеваемости составил – 11,2 случаев на 100 тысяч населения, что ниже на 20,4% уровня 2009 г. В общей структуре заболеваемости вирусными гепатитами в 2010 году вирусный гепатит А (ВГА) составил 64,5 %, вирусный гепатит В (ВГВ) – 15,4 %, вирусный гепатит С (ВГС) – 12,0 %.

В 2010 году показатель заболеваемости ОВГ среди городских жителей в 1,2 раза превысил показатель заболеваемости ОВГ в сельской местности – 11,7 и 9,6 случаев на 100 тысяч населения соответственно.

Гепатит А

В 2010 году показатель заболеваемости ВГА составил – 7,2 случая на 100 тысяч населения, что ниже уровня 2009 года на 11,4 %.

В 2010 году заболеваемость ВГА среди городского и сельского населения практически на одном уровне, показатели соответственно составили 7,1 и 7,4 случая на 100 тысяч жителей.

В 2010 году показатель заболеваемости ВГА детского населения превышал в 2,3 раза показатель заболеваемости ВГА взрослого населения (13,3 и 5,7 случаев на 100 тысяч контингента). Определяли уровень детской заболеваемости возрастные группы 7-14 лет и 3-6 лет, показатели среди них соответственно составили 17,6 и 15,1 случаев на 100 тысяч контингента.

На уровень заболеваемости вирусным гепатитом А в крае оказывает негативное влияние неудовлетворительная организация систем питьевого водоснабжения.

Иммунизация против ВГА проводится в Красноярском крае при формировании эпидемических очагов за счет средств целевой краевой программы «Предупреждение распространения и борьба с заболеваниями социального характера» и средств муниципальных бюджетов. В 2010 году привито 1164 человека, из них 626 детей (2009 г. - привито 1389 человек, из них детей 747).

Гепатит В

В 2010 году в Красноярском крае продолжалось снижение заболеваемости вирусным гепатитом В – на 29,2 % в сравнении с 2009 годом, показатели соответственно составили 1,7 против 2,4 случаев на 100 тысяч населения.

В Красноярском крае в 2010 году достигнут контрольный показатель заболеваемости ВГВ по Проекту – 3,0 случая на 100 тыс. населения.

Анализ возрастной структуры показал, что заболеваемость ВГВ определяет взрослое население, болеющее в 2 раза чаще детей, показатели соответственно составил 2,0 и 0,5 случаев на 100 тысяч населения.

Чаще вовлекалось в эпидемический процесс молодое трудоспособное население в возрасте 15-30 лет, на долю которых приходилось около 55,0 % заболевших, что обусловлено «наркозависимым» и половым путями передачи инфекции среди данного контингента заболевших. В 2010 году парентеральный путь установлен в 75,0% случаев заболеваний, половой – в 16,6% и контактно-бытовой – в 8,3%. В структуре парентерального пути передачи определяющим является парентеральные вмешательства в условиях учреждений здравоохранения – 75,0%, внутривенное употребление наркотических препаратов – 40,7%.

Значительный удельный вес среди заболевших гепатитом В (98,0 %) составляют не привитые лица. Заболеваемость ВГВ среди жителей городской местности составляет 2,2 случая на 100 тысяч населения, что в 2,2 раза превышает аналогичный показатель среди жителей сельской местности – 1,0 случай на 100 тысяч населения. Случаев заболеваний, связанных с переливанием крови, не зарегистрировано.

5.5.5. Природно-очаговые трансмиссивные и зооантропонозные инфекции

Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ) и иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) занимают ведущее место среди природно-очаговых заболеваний в Красноярском крае. Актуальность проблемы определяется широтой распро-

странения, преимущественным поражением взрослого работоспособного населения и летальностью.

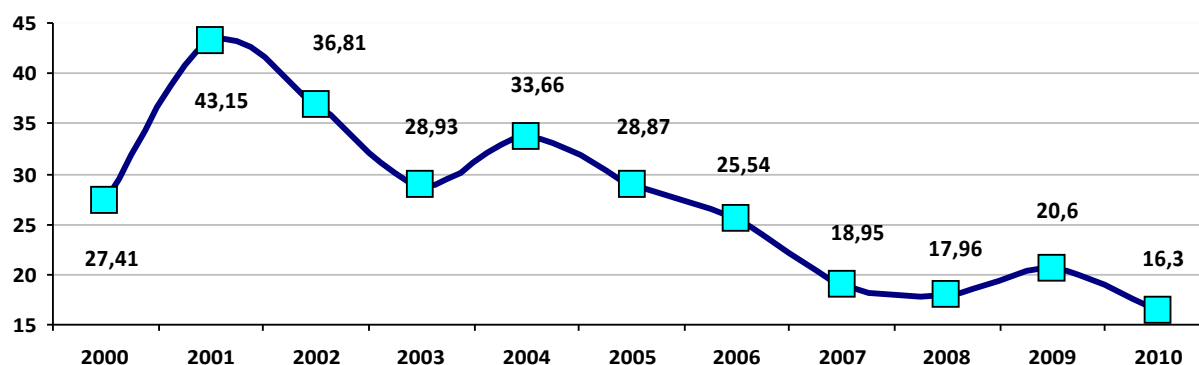


Рисунок 54 - Динамика заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом в Красноярском крае в 2000-2010 гг.

В 2010 году показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 16,3 (473 случая), против 20,6 (594 случая) в 2009 году. Заболеваемость снизилась на 20,5%.

В структуре заболевших КВЭ 86,1% (2009 год – 87,8 %) составляет взрослое население, дети до 17 лет – 13,9%. Показатель заболеваемости взрослого населения составил 17,5 на 100 тысяч населения (2009 год – 22,4), среди детей до 17 лет – 11,7 на 100 тысяч детского населения (2009 год – 12,8).

В 2010 году в крае не регистрировались случаи заболеваний КВЭ со смертельным исходом, в 2009 году летальность составила 1,0% (6 случаев заболеваний со смертельным исходом). По клиническому течению в 2010 году, как и в сезон 2009 года, преобладали лихорадочные формы – 83,2%, менингеальные формы составили 4,7%, очаговые формы – 5,1%.

В структуре заболевших в 2010 году городские жители составили 75,8% (2009 год – 71,7%). Наибольшее число случаев заболеваний КВЭ регистрировалась среди жителей г. Красноярска (57,5%). Заболеваемость КВЭ регистрировалась в 44 из 60 административных территорий края.

В 2010 году показатель заболеваемости среди сельского населения (16,21 на 100 тысяч) и городского (16,39 на 100 тысяч). В 2009 году показатель заболеваемости сельского населения (24,17 случаев на 100 тысяч) в 1,2 раза превышал показатель заболеваемости городского населения (19,39 случаев на 100 тысяч).

Основной причиной заражения послужили бытовые контакты населения при посещении природных очагов (98,9%). В целом причина контакта определяет и социально-профессиональный состав заболевших, поскольку среди них в 2010 году преобладали лица в возрастной группе от 20 до 59 лет – 63,6%, 60 лет и старше – 19,8%. Среди больных КВЭ доля пенсионеров составила 18,2% (2009 – 19,3%), прочие и не работающие группы населения 32,9 % (2009 – 21,5%).

Заболеваемость клещевым боррелиозом (КБ) в 2010 году снизилась на 19,5%, показатель на 100 тысяч населения составил 11,8 (341 случай) против 14,6 (423 случая) в 2009 году. Среди больных КБ взрослое население состав-

ляет 91,4%. В 2010 году показатель заболеваемости на 100 тысяч взрослого населения составил 13,5, что в 2,6 раза выше показателя заболеваемости среди детей до 17 лет (5,1 на 100 тысяч детей).

В 2010 году в 14 территориях края зарегистрирован 71 случай заболевания сибирским клещевым тифом (СКТ), в 2009 году 135 случаев. Показатель заболеваемости на 100 тысяч составил 2,4, против 4,7 в 2009 году. Отмечено снижение заболеваемости СКТ в 1,9 раза. Показатель заболеваемости на 100 тысяч среди детей до 17 лет составил 4,8 (в 2009 году 6,8), среди взрослого населения 1,2 (в 2009 году 4,3).

В сезон 2010 года уменьшилось число обратившихся за медицинской помощью по поводу присасывания клещей до 19761 человек, в 2009 году обратилось 22105 человек.

Специфическую профилактику иммуноглобулином против КВЭ получили 71,2 % обратившихся с присасыванием клещей (в 2009 г. – 70,6 %), в том числе 79,7 % обратившихся детей.

В 2010 году вакцинировано против клещевого вирусного энцефалита 157398 человек, в 2009 году – 163174 человек за счет средств краевой целевой и территориальных программ, средств населения.

Противоклещевые акарицидные обработки проведены в сезон 2010 года на площади 1857 га (в 2009 году – 1271 га), в том числе в зоне размещения летних оздоровительных учреждений на площади 751,64 га, в зонах отдыха населения, на дачных и садовых обществах, производственных площадках на площади 1105,36 га. Проведено благоустройство территорий в очагах КВЭ на площади 1874,2 га.

Что необходимо сделать!

Активизация деятельности страховых организаций для обеспечения увеличения объемов вакцинации населения и серопротекции;

Увеличение объемов проведения акарицидных обработок в зонах высокого риска заражения населения клещевым вирусным энцефалитом.

6. Временная утрата трудоспособности

Основными показателями, характеризующими временную утрату трудоспособности по заболеваниям и всем причинам, являются число случаев и дней временной нетрудоспособности на 100 трудоспособного населения и средняя длительность случая временной нетрудоспособности.

Показатель ВУТ по всем причинам на 100 трудоспособного населения в 2010 году составил 30,1 случая (в 2009 году –

Как обстоят дела в 2010 г.:

Показатель временной утраты трудоспособности по заболеваниям:

– 24,9 случая на 100 трудоспособного населения;

– 381,2 дня на 100 трудоспособного населения;

Средняя длительность одного случая нетрудоспособности – 15,3 дня на 100 трудоспособного населения.

30,6 случая) и 427,3 дня (в 2009 году – 418,5 дня), средняя длительность одного случая нетрудоспособности по всем причинам 14,2 дня (в 2009 году – 13,7 дня).

Таблица 78 - Уровень показателей временной утраты трудоспособности за 2006-2010 гг.

Причина	Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
По заболеваниям на 100 трудоспособного населения	Случаи	26,0	26,1	26,8	25,3	24,9
	Дни	381,9	376,0	387,5	371,8	381,2
	Средняя длительность случая	14,7	14,4	14,4	14,7	15,3
По всем причинам на 100 трудоспособного населения	Случаи	30,8	31,5	32,1	30,6	30,1
	Дни	423,5	423,0	432,9	418,5	427,3
	Средняя длительность случая	13,8	13,4	13,5	13,7	14,2

Основные причины ВУТ последние 5 лет сохраняют свои ранговые позиции, однако, имеет место изменение их удельного веса. Увеличилась в 2010 году доля случаев и дней ВУТ в связи с травмами и отравлениями соответственно на 0,8% и 1,48%, увеличилась доля случаев ВУТ по уходу на 0,3% и уменьшилась доля дней по уходу на 0,32%, в сравнении с 2009 годом.

Таблица 79 - Удельный вес основных причин временной нетрудоспособности, 2006-2010 гг. (%)

Показатели	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни
Болезни	84,44	90,1	82,85	88,88	83,48	89,51	82,7	88,8	82,7	89,2
в т.ч. травмы и отравления	13,41	19,7	11,87	18,05	12,68	19,53	9,8	17,0	10,6	18,48
Уход за больным	15,53	9,8	17,15	11,06	16,51	10,44	17,3	11,1	17,6	10,78

Среди классов болезней, являющихся основной причиной ВУТ в 2010 году первое место занимают болезни органов дыхания - 28,4% (7,1 случая на 100 трудоспособного населения) случаев и 17,9% (68,4 дня на 100 трудоспособного населения) дней. Темп прироста болезней органов дыхания с ВУТ в 2010 году относительно 2009 года по случаям составил (-) 17,4%. Показатель числа случаев ВУТ в 2010 году по классу болезней органов дыхания ниже показателя 2009 года и составил 7,1 случая на 100 трудоспособного населения (в 2009 году – 8,6 на 100 трудоспособного населения).

Таблица 80 - Заболеваемость с ВУТ по классам болезней за 2006 – 2010 гг. (на 100 трудоспособного населения)

показатели	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни
Болезни органов дыхания	7,5	70,4	7,5	69,0	8,7	80,2	8,6	79,9	7,1	68,4
Болезни костно-мышечной и соединительной системы	4,1	64,3	4,2	65,1	4,3	68,0	3,9	63,3	4,4	72,3
Болезни системы кровообращения	2,4	41,6	2,4	40,7	2,3	39,1	2,1	37,5	2,2	40,6
Болезни органов пищеварения	1,7	24,0	1,7	24,4	1,7	22,5	1,5	20,7	1,6	21,7
Болезни мочеполовой системы	1,6	19,7	1,6	19,6	1,5	18,6	1,5	17,3	1,5	17,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,0	12,9	1,0	13,1	0,9	11,8	0,8	10,5	0,8	9,8
Беременность и роды	1,1	14,2	1,3	17,2	1,3	17,0	2,8	36,4	1,4	16,8
Новообразования	0,8	18,7	0,9	20,2	0,6	15,1	0,6	16,2	0,6	16,2
Болезни нервной системы	0,5	7,4	0,5	6,8	0,5	6,6	0,4	6,0	0,5	5,5
Болезни глаза и придаточного аппарата	0,4	5,2	0,5	5,7	0,5	6,0	0,5	5,5	0,4	6,6
Инфекционные и паразитарные болезни	0,5	13,0	0,5	12,0	0,4	12,9	0,4	12,8	0,4	12,6
Психические расстройства	0,4	6,8	0,3	6,2	0,3	6,2	0,3	5,5	0,3	5,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,3	3,1	0,3	3,1	0,3	3,1	0,2	2,5	0,3	2,9
Болезни эндокринной системы	0,1	3,1	0,1	2,8	0,1	2,7	0,1	2,8	0,1	2,8
Болезни крови и кроветворных органов	0,1	1,6	0,1	1,6	0,1	1,8	0,1	1,7	0,1	1,8
Всего по заболеваниям	26,0	381,9	26,1	376,0	26,8	387,5	25,3	371,8	24,9	381,2

На втором месте находятся болезни костно-мышечной и соединительной ткани – 17,6% (4,4 случая на 100 трудоспособного населения) случаев и 18,9% (72,3 дня на 100 трудоспособного населения) дней. Темп прироста болезней костно-мышечной и соединительной ткани с ВУТ в 2010 году относительно 2009 года по случаям составил 12,82%. Показатель числа случаев ВУТ в 2010 году по классу болезней костно-мышечной и соединительной системы выше показателя 2009 года и составил 4,4 случая на 100 трудоспособного населения (в 2009 году – 3,9 на 100 трудоспособного населения)

На третьем месте находятся болезни системы кровообращения – 8,8% (2,2 случая на 100 трудоспособного населения) случаев и 10,6% (40,6 дня на 100 трудоспособного населения) дней. Темп прироста болезней системы кровообращения с ВУТ в 2010 году относительно 2009 года по случаям составил 4,76%.

На четвертом месте находятся болезни органов пищеварения – 6,4% (1,6 случая на 100 трудоспособного населения) случаев и 5,7% (21,7 дня на 100 трудоспособного населения) дней. Темп прироста болезней органов пищеварения с ВУТ в 2010 году относительно 2009 года составил 6,67%.

На пятом месте находятся болезни мочеполовой системы – 6,0% (1,5 случая на 100 трудоспособного населения) случаев и 4,7% (17,8 дня на 100 трудоспособного населения) дней. Темпа прироста болезней мочеполовой системы с ВУТ в 2010 году относительно 2009 года по случаям нет.

Показатели ВУТ по классу болезней глаза и его придаточного аппарата в 2010 году переместились с десятого места на девятое место, т.к. в структуре заболеваемости с ВУТ число случаев ВУТ по классу болезней глаза и его придаточного аппарата в 2010 году составил 2,0% (0,5 случая на 100 трудоспособного населения).

Таблица 81 - Средняя длительность одного случая нетрудоспособности по Красноярскому краю за 2006 – 2010 гг. в разрезе основных групп причин временной утраты трудоспособности (дни)

Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего (по всем причинам)	13,8	13,4	13,5	13,7	14,2
Болезни	14,7	14,4	14,4	14,7	15,3
Травмы и отравления	21,6	21,6	11,9	23,8	24,6
Уход за больным	8,6	8,7	8,6	8,8	8,8
Карантин и бактерионосительство	11,7	6,0	23,0	3,0	4,0
Отпуск в связи с санаторно-курортным лечением	22,1	14,2	13,4	20,9	20,8
Аборты	5,3	5,4	5,7	5,9	5,3
Отпуск по беременности и родам	140,6	140,3	139,6	140,4	138,8

В группу причин ВУТ с удельным весом от 4% до 1% как и в предыдущие годы входят: болезни кожи и подкожной клетчатки, новообразования, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни нервной системы, инфекционные и паразитарные болезни, психические расстройства, болезни уха и сосцевидного отростка. Доля остальных классов болезней, как причины ВУТ, составляет менее 1%.

Таблица 82 - Средняя длительность одного случая нетрудоспособности по болезни по Красноярскому краю за 2006 – 2010 гг.

Причины нетрудоспособности	Средняя длительность одного случая ВУТ				
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	28,5	26,4	29,1	33,1	31,5
Новообразования	22,6	23,2	26,0	28,3	27,4
Болезни крови и кроветворных органов	20,0	20,4	20,9	21,5	22,5
Болезни эндокринной системы	21,2	19,5	21,4	21,5	20,0
Психические расстройства	18,3	18,1	18,8	18,2	17,2
Болезни нервной системы	14,3	13,5	14,2	14,9	14,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	12,2	12,1	12,1	12,2	11,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	11,0	10,9	11,6	11,3	11,7
Болезни системы кровообращения	17,3	16,8	17,0	17,6	18,1
Болезни органов дыхания	9,4	9,2	9,2	9,4	9,7
Болезни органов пищеварения	14,4	14,1	13,6	14,1	14,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	12,8	13,0	12,9	12,8	12,4
Болезни костно-мышечной системы	15,8	15,4	15,9	16,2	16,5
Болезни мочеполовой системы	12,2	12,2	12,2	11,8	11,7
Осложнения беременности, родов	13,1	13,7	24,0	13,1	12,3

В 2010 году показатель средней длительности одного случая ВУТ по всем причинам относительно 2009 года увеличился с 13,7 дня до 14,2 дня, на 0,5%.

Анализ динамики средней длительности одного случая ВУТ по всем причинам показал увеличение в 2010 году относительно 2009 года средней длительности одного случая ВУТ по заболеваниям до 15,3 дня (в 2009 году – 14,7 дня), в связи с травмами и отравлениями до 24,6 дня (в 2009 году – 23,8 дня), по освобождению от работы в связи с карантином и бактерионосительством до 4,0 дня (в 2009 году – 3,0 дня).

Анализ средней длительности одного случая ВУТ, в разрезе отдельных классов болезней, позволяет выявить тенденцию к увеличению показателя для болезней крови и кроветворных органов (с 21,5 дня в 2009 году до 22,5 дня в 2010 году), болезни уха и сосцевидного отростка (с 11,3 дня в 2009 году до 11,7 дня в 2010 году), болезни системы кровообращения (с 17,6 дня в 2009 году до 18,1 дня в 2010 году), болезни органов дыхания (с 9,4 дня в 2009 году до 9,7 дня в 2010 году), болезни костно-мышечной системы (с 16,2 дня в 2009 году до 16,5 дня в 2010 году). По остальным классам болезней отмечается тенденция к уменьшению средней длительности одного случая ВУТ.

Отмечается снижение средней длительности одного случая ВУТ по классам болезней: инфекционные и паразитарные болезни (с 33,1 дня в 2009 году до 31,5 дня в 2010 году), новообразования (с 28,3 дня в 2009 году до 27,4 дня в 2010 году), болезни эндокринной системы (с 21,5 дня в 2009 году до 20,0 дня в 2010 году), психические расстройства (с 18,2 дня в 2009 году до 17,2 дня в 2010 году), болезни глаза и его придаточного аппарата (с 12,2 дня в 2009 году до 11,7 дня в 2010 году), болезни органов пищеварения (с 14,1 дня в 2009 году до 14,0 дня в 2010 году), болезни кожи и подкожной клетчатки (с 12,8 дня в 2009 году до 12,14 дня в 2010 году), болезни мочеполовой системы (с 11,8 дня в 2009 году до 11,7 дня в 2010 году), осложнения беременности и родов (с 13,1 дня в 2009 году до 12,3 дня в 2010 году).

Показатель средней длительности одного случая временной нетрудоспособности по заболеваниям и по всем причинам населения Красноярского края превышает показатели ВУТ по заболеваниям и по всем причинам населения Сибирского Федерального округа по следующим классам болезней: инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, болезни эндокринной системы, болезни кожи и подкожной клетчатки, врожденные аномалии, травмы и отравления, а также по отпуску в связи с санаторно-курортным лечением, отпуску по беременности и родам.

Показатель средней длительности одного случая временной нетрудоспособности по заболеваниям и по всем причинам населения Красноярского края ниже показателя ВУТ по заболеваниям и по всем причинам населения Сибирского Федерального округа по классам болезней: болезни крови и кроветворных органов, психические расстройства, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, осложнения беременности и родов, а также в связи с абортами и освобождением от работы в связи с карантином и бактерионосительством.

Таблица 83 - Средняя длительность одного случая (дни), Красноярский край и Сибирский Федеральный округ, в 2009 – 2010 гг.

Причины нетрудоспособности	Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности		
	Красноярский край		Сибирский Федеральный округ
	2009 г.	2010 г.	2009 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	33,1	31,5	29,5
Новообразования	28,3	27,4	22,8
Болезни крови и кроветворных органов	21,5	22,5	20,7
Болезни эндокринной системы	21,5	20,0	19,2
Психические расстройства	18,2	17,2	21,7
Болезни нервной системы	14,9	14,8	16,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	12,2	11,7	12,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	11,3	11,7	11,0
Болезни системы кровообращения	17,6	18,1	17,9
Болезни органов дыхания	9,4	9,7	8,3
Болезни органов пищеварения	14,1	14,0	14,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	12,8	12,4	12,5
Болезни костно-мышечной системы	16,2	16,5	16,0
Болезни мочеполовой системы	11,8	11,7	12,2
Осложнения беременности, роды	13,1	12,3	14,5
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	21,8	22,2	19,3
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, и неточно обозначенные состояния	10,0	10,0	12,1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия	23,8	24,6	19,9
ВСЕГО ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ	14,7	15,3	14,6
кроме того: аборт	5,9	5,3	7,9
уход за больным	8,8	8,8	8,6
отпуск в связи с санаторно-курортным лечением	20,9	20,8	15,6
Освобождение от работы в связи с карантин и бактерио-носительством	3,0	4,0	11,6
ИТОГО ПО ВСЕМ ПРИЧИНАМ	13,7	14,2	13,6
Отпуск по беременности и родам	140,4	138,8	132,9

Анализируя показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности работающих граждан Красноярского края за 2010 год, можно сделать следующие выводы:

- показатели ВУТ в 2010 году имеют тенденцию к росту;
- средняя длительность случая временной утраты трудоспособности по заболеваниям и по всем причинам на 100 трудоспособного населения в 2010 году увеличилась в сравнении с 2009 годом;
- число случаев ВУТ по заболеваниям и по всем причинам на 100 трудоспособного населения в 2010 году, в сравнении с 2009 годом, уменьшилось, но возросло количество дней ВУТ по заболеваниям и по всем причинам;
- в связи с травмами и отравлениями увеличилось в 2010 году число случаев и дней ВУТ, по уходу уменьшилось число дней;
- структура заболеваемости с ВУТ в 2010 году не изменилась;

- средняя длительность одного случая нетрудоспособности в девятнадцати районах и городах Красноярского края превышает краевой показатель от 60 % до 4,2 %;

- показатель средней длительности одного случая временной нетрудоспособности населения Красноярского края по заболеваниям и по всем причинам превышает показатель средней длительности одного случая временной нетрудоспособности населения Сибирского Федерального округа.

Что необходимо сделать!

- осуществлять внутриведомственный контроль за проведением экспертизы ВУТ;

- организация работы врачебной комиссии в соответствии с регламентирующими документами;

- повышать уровень компетентности врачей специалистов по вопросам проведения экспертизы ВУТ путем проведения семинаров, инструктажей, зачетных занятий;

- соблюдать единые алгоритмы и стандарты ведения больных, в том числе диспансерной группы больных;

- проводить анализ работы по экспертизе ВУТ с принятием организационных мер по повышению качества оказания медицинской помощи;

- руководствоваться приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007 № 514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности».

7. Инвалидность населения

Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов являются важными элементами системы обеспечения инвалидам условий для преодоления ограничений жизнедеятельности, направленными на создание им равных возможностей для участия в жизни общества.

Целями и основными направлениями совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов являются повышение объективности, доступности и эффективности экспертных и реабилитационных мероприятий.

Достижение указанной цели в значительной степени зависит от успешного решения двух основных задач:

- повышение уровня объективности оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов и мер по их преодолению;
- повышение доступности и эффективности предоставляемых реабилитационных услуг и технических средств реабилитации.

Основными направлениями решения задач совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и повышения доступности реабилитации инвалидов являются:

- разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- совершенствование учета инвалидов;
- улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, включая взаимодействие с общественными организациями инвалидов.

Справка:

***Инвалидность** - степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма.*

Знаете ли Вы, что...

Условием признания лица инвалидом выступает совокупность наличия трех факторов /условий/

1. Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
2. Ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
3. Необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Уровень и динамика инвалидности обусловлены многими факторами, которые можно разделить на 3 группы:

1 – постоянно действующие факторы (демографическая ситуация, экология, уровень экономического и социального развития);

2 – динамичные факторы (заболеваемость, деятельность органов здравоохранения и органов социальной защиты);

3 – нормативно-правовая база по проблеме инвалидности и социальной защите различных категорий населения.

Медико-экспертная помощь населению Красноярского края оказывается Федеральным государственным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Красноярскому краю», организационная структура которого представлена следующими подразделениями:

- отделы – 8 (отдел экспертно-реабилитационных исследований и консультаций, юридический, организационно-методический, информационно-обеспечения, отдел по организации работы с документами, отдел кадров, планово-финансовый, отдел по общим вопросам деятельности учреждения);

- составы – 6;

- филиалы – 44.

Общее количество инвалидов в 2010 г. осталось на уровне 2009 г. В Красноярском крае 7% населения являются инвалидами. Количество взрослых инвалидов практически не изменилось, количество детей-инвалидов увеличилось на 2,1%. Уровень общей инвалидности на 10 тысяч общего населения по Красноярскому краю составляет 686,3 (2009г. – 689,6).

За 2010г. освидетельствовано 78 322 человека, из которых 70 302 (89,8%) – взрослые, 8 020 (10,2%) - дети. По отношению к 2009г. произошло снижение числа освидетельствований на 5,6% за счёт взрослого населения.

Признано инвалидами 65 191 человек, из которых 57 921 (88,8%) – взрослое население края, 7 270 (11,2%) – дети.

Таблица 84 – Число освидетельствований и признанных инвалидами граждан в 2006 – 2010 гг. (абс. чис.)

Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего освидетельствовано	85659	84828	85179	82973	78322
в том числе: взрослых	76653	76356	76821	74954	70302
детей	9006	8472	8358	8019	8020
Всего признано инвалидами	69979	68806	69715	66181	65191
в том числе: взрослых	61991	61176	62164	59145	57921
детей	7988	7630	7551	7036	7270

7.1. Инвалидность среди взрослого населения

В 2010г. всего освидетельствовано 70 302 (89,8%) взрослых, в том числе 61 449 человек (87,4%) на определение группы инвалидности. Признано инвали-

Как обстоят дела в 2010 г.:

Освидетельствовано - взрослых 70302, - детей 8020.

Признано инвалидами – взрослых 57921, детей 7270.

Признано инвалидами: впервые – 13290, повторно – 44631.

дами 57 921 человек (94,3%), в том числе впервые – 13 290 (22,9%), повторно – 44 631 (77,1%).

Первичная инвалидность.

Первичная инвалидность является одним из основных показателей здоровья. Уровень первичной инвалидности населения находится в прямой зависимости от уровня социально-экономического развития. По мере снижения уровня жизни населения, возрастания напряжённости на рынке труда число обращающихся для установления инвалидности как гаранта социальной защищённости увеличивается и, наоборот, уменьшается по мере решения напряжённости, появления условий для лучшей социальной адаптации лиц со стойкими нарушениями здоровья. Динамика инвалидности зависит от процесса совершенствования отечественного законодательства и характера экономических преобразований в стране.

За предыдущие четыре года в 1,7 раза снизилось количество обращений на первичное освидетельствование лиц пенсионного возраста. В 2010г. отмечен небольшой рост – около 6%.

То есть демографический кризис с постарением и естественной убылью населения, охвативший во второй половине 20 века всю страну, в том числе и Красноярский край, смягчён стимулированием рождаемости на государственном уровне. Тем не менее, естественная убыль населения и перераспределение демографической нагрузки в пользу взрослого населения и в большей степени в пользу взрослого населения пенсионного возраста продолжают.

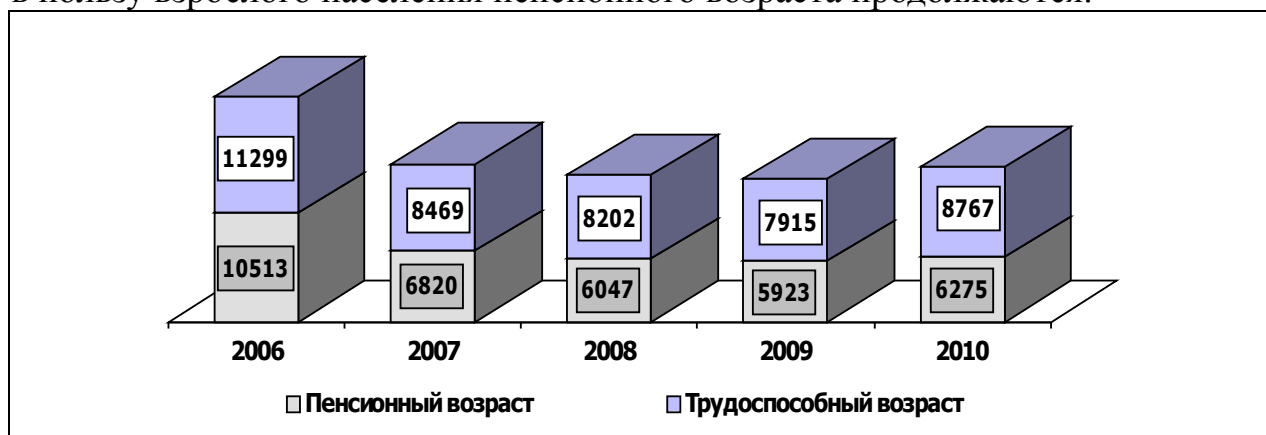


Рисунок 55 - Число первичных освидетельствований населения трудоспособного и пенсионного возраста в Красноярском крае в 2006 – 2010 гг.

Количество первично признанных инвалидами среди взрослого населения впервые за последние 5 лет увеличилось. Прирост в 2010г. составил 4,8% (613 человек) за счет инвалидов из числа бывших военнослужащих на 41,9% (по отношению к 2008г. на 35,8%), инвалидов с детства на 12,8%, инвалидов от общего заболевания на 4,2% (по отношению к 2008г. на 1,5%), инвалидов вследствие трудового увечья и проф. заболеваний на 2,8%.

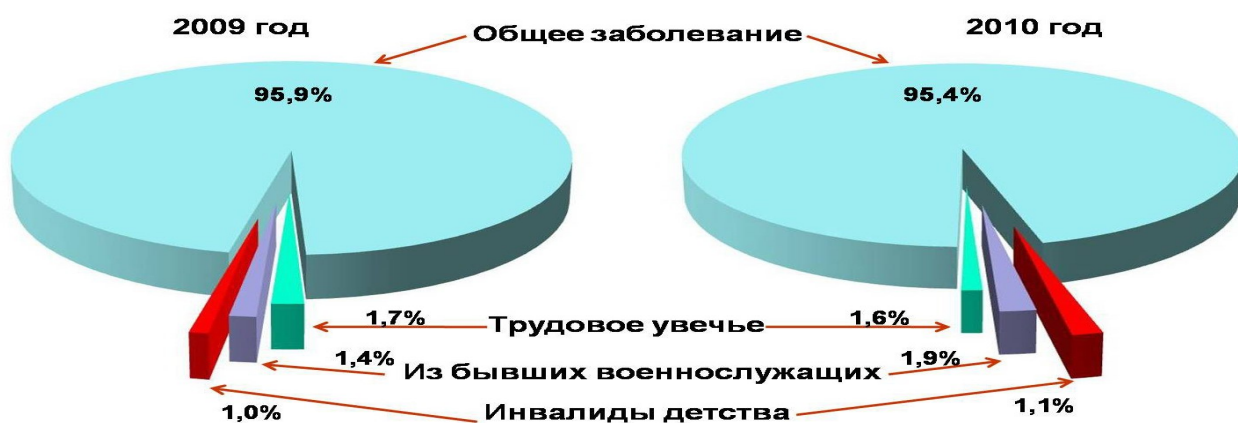


Рисунок 56 - Структура первичной инвалидности за 2009- 2010 гг. (%)

Из впервые признанных инвалидами мужчины составляют 7 654 (57,6%), женщины – 5 636 (42,4%). Впервые признано инвалидами граждан трудоспособного возраста – 7 347 (55,3%), пенсионного – 5 943 (44,7%), что практически соответствует структуре прошлого года. Среди инвалидов трудоспособного возраста доля женщин составляет 32,2%, мужчин соответственно 67,8%. Из числа городских жителей признано 9 359 (70,4%), сельских – 3 931 (29,6%).

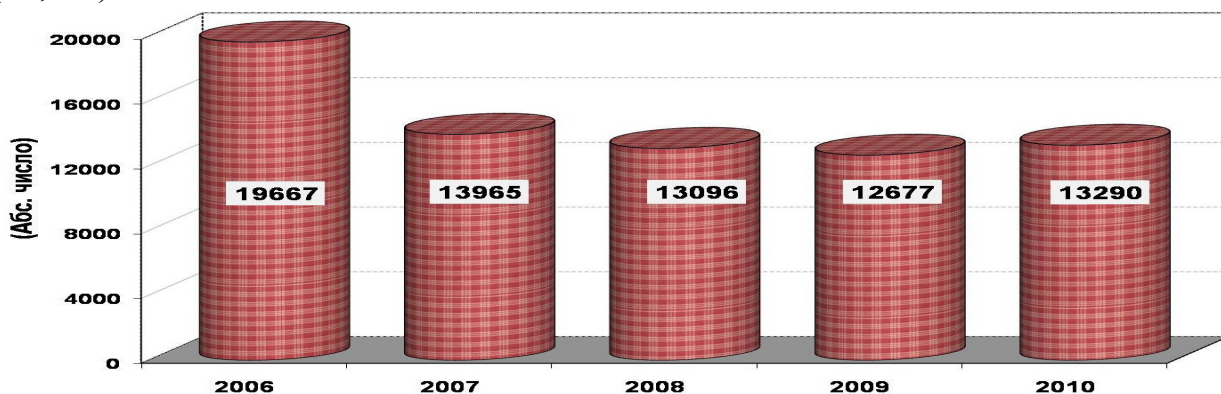


Рисунок 57 - Первичный выход на инвалидность среди взрослого населения за 2006-2010 гг.

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в РФ в 2009г. составил 80,6 на 10 тысяч населения, в СФО – 77,6 на 10 тысяч населения.

В нашем регионе в 2010г. уровень первичной инвалидности среди взрослых составил 60,9 на 10 тысяч человек. В течение 5 лет интенсивный показатель в крае снизился в 2 раза, и с 2008г. находится практически на одном уровне.

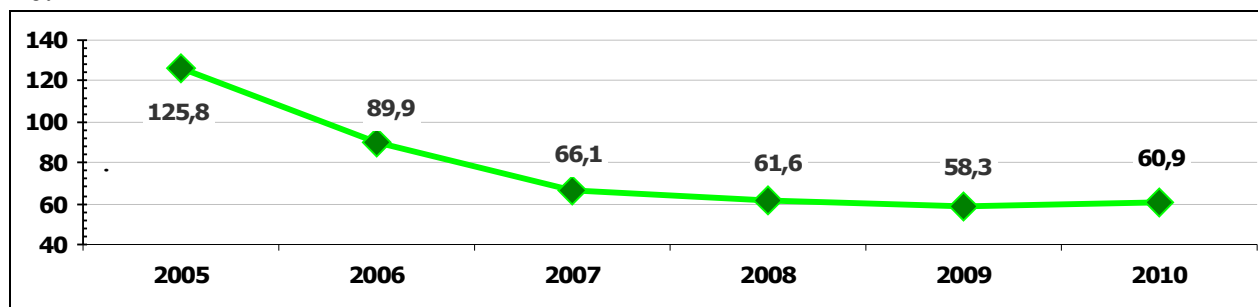


Рисунок 58 - Показатель первичного выхода на инвалидность лиц старше 18 лет в Красноярском крае в 2005-2010 гг.

В течение 5 лет продолжается постепенное увеличение удельного веса инвалидов первой группы, в течение последних трёх лет происходит увеличение удельного веса инвалидов третьей группы, в течение последних двух лет отмечено снижение удельного веса инвалидов второй группы. Также в отчетном году по отношению к предыдущим двум годам отмечено снижение тяжелой инвалидности (первой и второй групп).

Таблица 85 - Результаты первичных освидетельствований среди взрослого населения в 2006 – 2010 гг.

Категория освидетельствования	Общее число					в том числе в трудоспособном возрасте				
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Освидетельствовано всего	21812	15289	14249	13838	15042	11299	8469	8202	7915	8767
признано инвалидами	19667	13965	13096	12677	13290	10029	7564	7369	7066	7347
в том числе:										
инвалиды I гр.	2519	1898	1857	1917	2525	868	650	648	625	840
инвалиды II гр.	10067	7030	6700	6268	5649	5165	4001	3971	3666	3203
инвалиды III гр.	7081	5037	4539	4492	5116	3996	2913	2750	2775	3304

Основными медицинскими причинами инвалидизации в РФ в 2009г. являлись болезни системы кровообращения – 41,3%, среди которых преобладают ишемическая болезнь сердца 41,0% и цереброваскулярные болезни 37,6%, далее идут злокачественные новообразования – 19,5%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 8,8%, травмы (бытовые и производственные) – 6,0%, психические расстройства 3,9%, болезни нервной системы – 3,3%, туберкулез 3,1%.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения в Красноярском крае в 2010г. ведущими явились:

- 1 место – болезни системы кровообращения (32,6%);
- 2 место – злокачественные новообразования (24,9%);
- 3 место разделили между собой болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и последствия травм всех локализаций и причин (8,1%);
- 4 место - психические расстройства и расстройства поведения (5,5%);
- 5 место – туберкулёз (4,0%).

Повторная инвалидность.

Число переосвидетельствований для определения группы инвалидности в 2010г. продолжает снижаться и составляет 46 861 человек. По сравнению с 2009г. снижение произошло на 5,1%, по отношению к 2008г. на 9,4%. Количество повторно признанных инвалидами снизилось в отчетном году на 4,0% и составляет 44 631 человек.

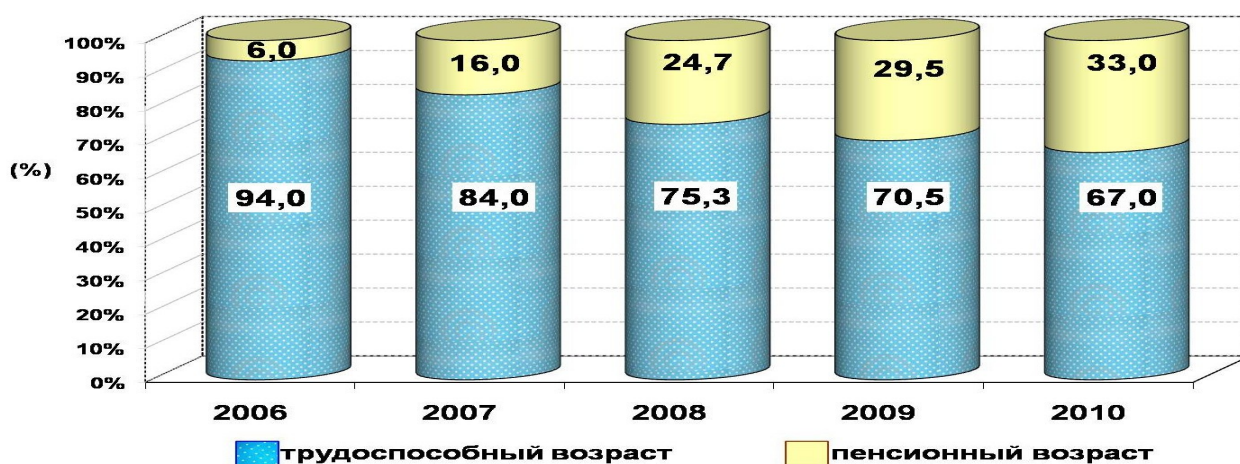


Рисунок 59 – Структура повторно признанных инвалидов в пенсионном и трудоспособном возрасте в Красноярском крае за 2006-2010 гг.

В возрастной структуре повторно признанных инвалидами с 2006г. отмечается рост доли пенсионеров (в 2010г. по сравнению с 2009г. он составил 7,7%) и снижение доли лиц трудоспособного возраста (в 2010г. по сравнению с 2009г. на 8,8%).

Среди повторно признанных инвалидами в 2010г. продолжается увеличение удельного веса инвалидов первой группы. Удельный вес инвалидов второй группы продолжает снижаться: снижение в 2010г. по сравнению с 2009г. составляет 11,4%. Удельный вес инвалидов третьей группы также имеет тенденцию к снижению на 2,0% по сравнению с 2009г. Удельный вес тяжелой инвалидности (первой и второй групп) в 2010г. снизился и составил 50,4% (в 2009г. – 51,4%, в 2008г. – 52,5%). Снижение по отношению к 2009г. составило 5,8%.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида:

Это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

В 2010г. наблюдается тенденция к снижению числа разработанных ИПР и ПРП и процента их числа от признанных инвалидами. В 2010г. разработано 65 931 ИПР и ПРП среди взрослого населения, что составляет 113,8% от числа признанных инвалидами (первично и повторно): ИПР разработано 94,5%, ПРП – 5,5%. В 2009г. было разработано 70 134 ИПР и ПРП, что составляло 118,6%.

В ИПР и ПРП, в разделе мероприятий медицинской реабилитации, по сравнению с 2009г. отмечается снижение количества заключений о нуждаемо-

сти в восстановительной терапии на 7,4% (по сравнению с 2008г. на 9,6%), увеличение на 37,3% количества заключений о нуждаемости в реконструктивной хирургии (по сравнению с 2008г. более чем в 2,5 раза), незначительное увеличение заключений о нуждаемости в санаторно-курортном лечении на 0,5% (по сравнению с 2008г. на 1,1%).

В разделе о нуждаемости в обеспечении профессиональной ориентации инвалидов произошло увеличение рекомендаций данного вида реабилитации по сравнению с 2009г. более чем в 1,5 раза, это практически уровень 2008г. Количество рекомендаций о нуждаемости в трудоустройстве продолжает расти (на 5,1%).

По сравнению с 2009г. произошло уменьшение количества рекомендаций технических средств реабилитации (ТСР), что связано с увеличением численности инвалидов, которым группа инвалидности установлена бессрочно и, соответственно, ИПР также разработана бессрочно. Удельный вес разработанных ИПР и ПРП инвалидам с рекомендациями о нуждаемости в ТСР также снизился и вышел на уровень 2008г.

Количество заключений о выполнении ИПР составило 81,2% от числа переосвидетельствованных, из них 24,9% с положительными результатами. Основную долю положительных результатов составили достижение частичной (42,4%) и полной (16,3%) способности к самообслуживанию.

Выдано заключений о выполнении ПРП в 92,7%, из них с положительными результатами 38,8%. На первом месте среди положительных результатов у пострадавших на производстве интеграция в семью и общество - 45,4%, на втором - достижение частичной компенсации к самообслуживанию (30%) и на третьем - частичная компенсация утраченных функций (25,7%).

В 2010г. процент частичной реабилитации остался на уровне 2009г., процент полной реабилитации снизился, процент суммарной реабилитации увеличился.

Частичная реабилитация:

2006г. – 14,5%, 2007г. – 14,8%, 2008г. - 11,8%, 2009г. – 13,6%, 2010г. – 13,4%.

Полная реабилитация:

2006г. – 6,1%, 2007г. – 6,0%, 2008г. - 5,1%, 2009г. - 5,9%, 2010г. – 4,8%.

Суммарная реабилитация:

2006г. – 14,2%, 2007г. – 13,9%, 2008г. - 11,2%, 2009г. – 12,8%, 2010г. – 11,3%.

Продолжается рост процента утяжеления группы инвалидности:

2006г. – 5,8%, 2007г. – 5,6%, 2008г. - 6,1%, 2009г. – 6,9%, 2010г. – 9,4%.

Показатель стабильности группы инвалидности в 2010г. составил 78,2% против 80,5% в 2009г. и 81,5% в 2008г.

Таблица 86 - Реабилитационные показатели инвалидности крае за 2006 - 2010гг. (%)

Реабилитационные показатели инвалидности	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Полная реабилитация	6,1	6,0	5,1	5,9	4,8
Частичная реабилитация	14,5	14,8	11,8	13,6	13,4
Суммарная реабилитация	14,2	13,9	11,2	12,8	11,3
Стабильность инвалидности	79,5	80,8	81,5	80,5	78,2
Утяжеление группы инвалидности	5,8	5,6	6,1	6,9	9,4

7.2. Детская инвалидность

На 01.01.2011 г. по данным ведомственной статистики в крае зарегистрировано 9228 детей-инвалидов. Распространенность детской инвалидности на 1,9% выше, чем в 2009 г.

В структуре причин детской инвалидности первое место принадлежит – психическим расстройствам - 26,2%, второе место – болезням нервной системы – 24,2%, на третьем месте – врожденные аномалии- 22,1%.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Зарегистрировано детей - 9228.

Признано инвалидами впервые- 1348.

Показатель детской инвалидности – 16,5 на 1000 детей.

Таблица 87 – Структура детской инвалидности по нозологиям за 2006 - 2010гг. (%)

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1.Болезни нервной системы	21,7	22,3	23,1	23,4	24,2
2.Слабовидящие и слепые	5,0	4,5	4,0	5,6	3,6
3.Слабослышащие и глухие	4,3	4,7	5,1	5,0	5,0
4.Врожденные аномалии и уродства	22,3	22,1	22,7	21,7	22,1
5.Психические заболевания	23,4	24,2	24,6	26,8	26,2
6.Травмы (последствия)	2,6	2,3	1,9	1,6	1,5
7.Болезни опорно-двигательного аппарата		4,3	3,8	3,4	2,9
8.Новообразования	2,5	2,3	2,5	2,3	2,4

В структуре детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья первое место занимают двигательные нарушения 32,1%, второе место - умственные нарушения 26,37%, третье место – висцеральные и метаболические нарушения – 21,8%.

Что сделано!

С целью обеспечения доступности реабилитационной помощи детям, страдающим заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, проведена реорганизация детского санатория «Ласточка» и организация на его базе отделения реабилитации и восстановительного лечения детей на 40 коек круглосуточного пребывания, в том числе для детей с родителями, где будут получать реабилитационное лечение еще не менее 700 детей-инвалидов.

Таблица 88 - Структура детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья за 2006 - 2010гг. (%)

Виды нарушений в состоянии здоровья	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Умственные	23,4	24,0	24,7	26,3	29,2
Другие психологические	4,1	4,0	4,0	4,1	4,2
Языковые и речевые	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7
Слуховые и вестибулярные	4,5	5,0	5,4	5,0	5,2
Зрительные	7,1	6,4	5,8	5,6	5,3
Висцеральные, метаболические и расстройства питания	24,3	23,9	22,7	21,8	22,8
Двигательные	31,7	31,9	33,0	32,1	33,3
Уродующие	2,9	2,5	2,3	2,4	2,4
Общие и генерализованные	1,2	1,4	1,3	2,0	2,1

Продолжает наблюдаться устойчивая тенденция к снижению общего числа освидетельствований детей. Так, в период с 2008 г. по 2010 г. их число уменьшилось на 338 человек (4,0%), по отношению к 2009 г. общее число освидетельствованных детей не изменилось. Количество освидетельствований детей для установления инвалидности по сравнению с 2009г. увеличилось на 3,1%.

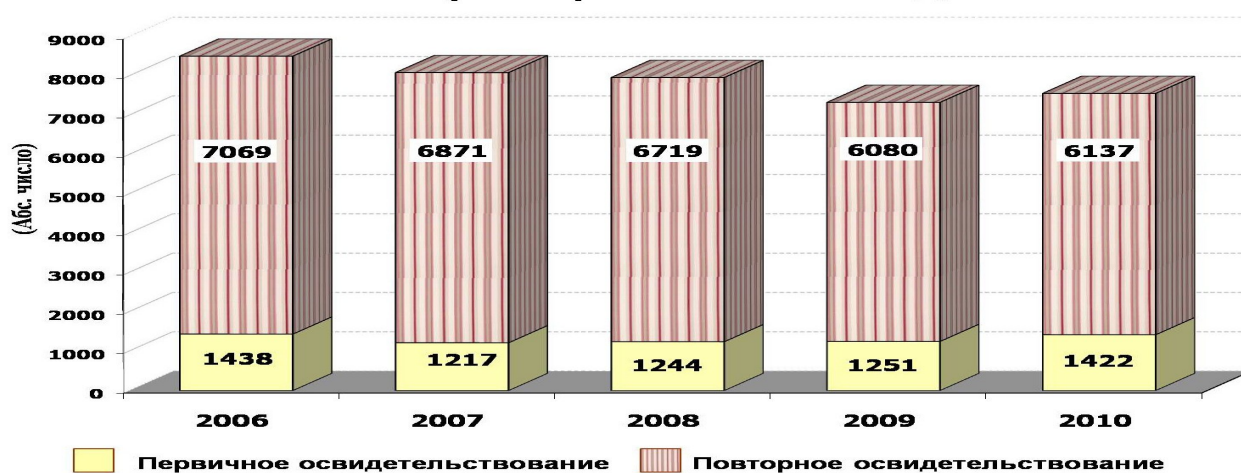


Рисунок 60 – Число первичных и повторных освидетельствований на категорию «ребенок - инвалид» в 2006 - 2010 гг.

Первичная инвалидность.

Удельный вес первично освидетельствованных детей на категорию «ребенок-инвалид» имеет тенденцию к увеличению в 2010г. (по сравнению с 2009г. на 13,7%, с 2008г. на 14,3%).

Таблица 89 - Результаты первичных освидетельствований детей в возрасте до 18 лет в 2006-2010 гг. (в абс. числах.)

Наименование показателей	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Освидетельствовано всего	1443	1218	1244	1251	1422
в том числе для определения группы инвалидности	1438	1217	1244	1251	1422
из них признаны инвалидами по категории «ребенок-инвалид»	1285	1106	1151	1179	1348

За период с 2008 г. по 2010 г. отмечается стабильное увеличение количества впервые признанных инвалидами детей (в 2010 г. по отношению к 2009 г. на 14,3%, а по отношению к 2008 г. на 17,1%).

Такая же тенденция по годам наблюдается и по уровню первичной инвалидности на 10 тысяч детского населения.

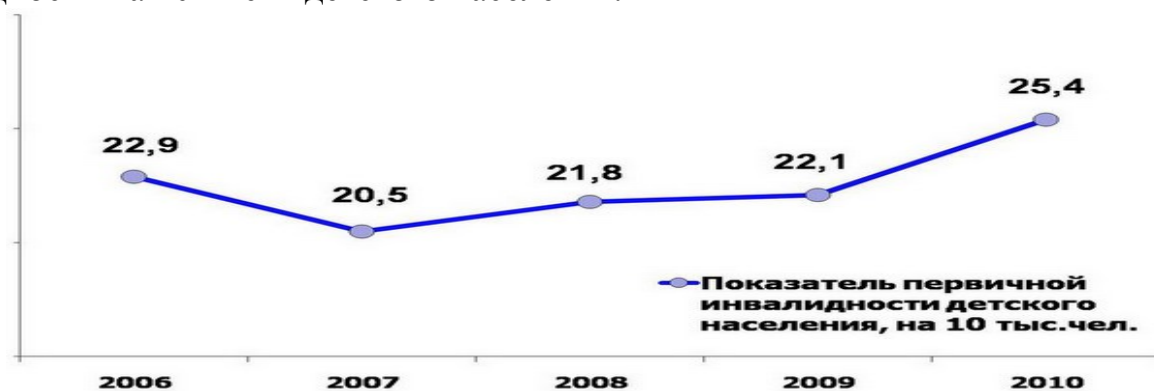


Рисунок 61 – Показатель первичного выхода на инвалидность детей до 18 лет в Красноярском крае в 2006 – 2010 гг.

Среди городского населения в 2010г. продолжается увеличение удельного веса ВПИ детей с болезнями нервной системы и врожденными аномалиями, удельный вес детей с психическими расстройствами снизился до уровня 2007г., в сельской местности продолжает увеличиваться доля ВПИ детей с психическими расстройствами и врожденными аномалиями и снижается доля болезней нервной системы.

Основные причины роста первичной инвалидности у детей с психическими расстройствами связаны низким качеством жизни, состоянием окружающей природной среды, условиями жизни и труда родителей, последствия экономического кризиса. Еще одна причина – низкая результативность реабилитации при лечении больных с данной патологией.

В структуре первичной инвалидности преобладают дети от 0 до 3-х лет: 2006г. – 30,1%; 2007г. – 40,4%; 2008г. – 44,2%; 2009г. – 46,1%; 2010г. – 43,9%.

В половой структуре первичной детской инвалидности, как и в предыдущие годы, преобладают мальчики. Но удельный вес мальчиков в структуре ВПИ детей, начиная с 2008г., постепенно снижается:

2006г. – 57,4%; 2007г. – 58,0%; 2008г. – 58,9%; 2009г. – 58,2%; 2010г. – 57,8%.

Повторная инвалидность.

Продолжается ежегодное снижение общего количества переосвидетельствований (снижение в 2010г. по отношению к 2009г. составило 2,5%, а по отношению к 2008г. 7,3%). Количество повторных освидетельствований на категорию «ребенок-инвалид» в 2010г. по отношению к 2009г. возросло незначительно (на 0,9%).

Таблица 90 - Результаты переосвидетельствований детей в возрасте до 18 лет в 2006 – 2010 гг. (в абс. числа)

Наименование показателей	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Освидетельствовано всего	7563	7254	7114	6768	6598
в том числе для определения группы инвалидности	7069	6871	6719	6080	6137
из них признаны инвалидами по категории «ребенок-инвалид»	6703	6524	6400	5857	5922

Также в 2010г. по отношению к 2009г. отмечается рост на 1,1% количества детей при переосвидетельствовании с установлением им категории «ребенок-инвалид».

Основными причинами повторной детской инвалидности являются:

- врожденные аномалии: 2006г.–24,9%; 2007г.–26,2%; 2008г.–24,8%; 2009г.–25,1%; 2010г. – 26,1%;
- психические расстройства: 2006г.–20,6%; 2007г.–21,1%; 2008г.–23,8%; 2009г.–24,2%; 2010г.–24,3%;
- болезни нервной системы: 2006г.–20,6%; 2007г.–20,0%; 2008г.–20,2%; 2009г.–20,9%; 2010г.–21,0%.

Как и при первичном освидетельствовании, результаты переосвидетельствований показывают, что дети мужского пола преобладают. Начиная с 2007г. удельный вес мальчиков в структуре ППИ детей постепенно повышается: 2006г. – 58,3%; 2007г. – 57,0%; 2008г. – 57,8%; 2009г. – 57,9%; 2010г. – 58,2%.

Самый высокий удельный вес мальчиков по годам в возрастной группе от 8-14 лет: 2006г. – 43,9%; 2007г. – 59,0%; 2008г. - 59,5%; 2009г. – 59,2%; 2010г. - 59,1%.

В структуре повторной инвалидности также преобладают дети от 8 до 14 лет: 2006г. – 42,9%; 2007г. – 42,9%; 2008г. – 42,1%; 2009г. – 43,2%; 2010г. – 44,7%.

В Красноярском крае продолжает снижаться показатель полной реабилитации детей: 2006г. – 5,2%; 2007г. – 5,1%; 2008г. – 4,7%; 2009г. – 3,7%; 2010г. – 3,5%.

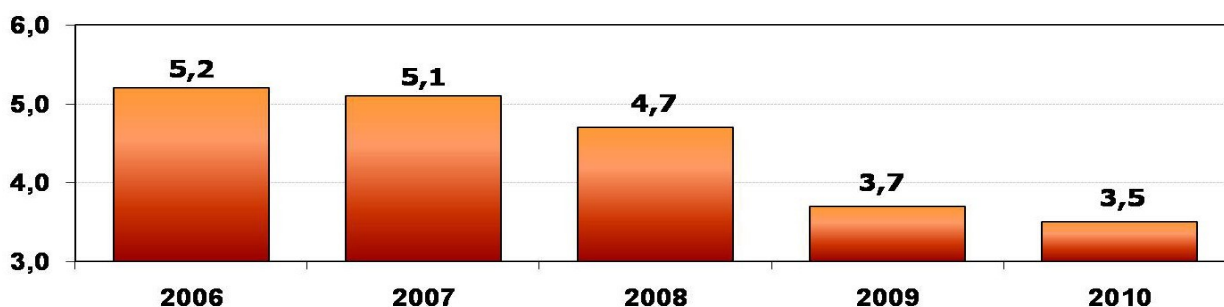


Рисунок 62 – Показатель полной реабилитации детей до 18 лет в динамике за 2006-2010 гг. (%)

Невысокий показатель реабилитации детей-инвалидов обусловлен тем, что у детской инвалидности есть ряд важных специфических особенностей:

во-первых, при врожденной или возникшей в первые два-три года жизни инвалидности возникает необходимость абилитации (создания условий для формирования функций организма, начиная с самых ранних этапов его развития);

во-вторых, для детей-инвалидов практически всегда коррекционное обучение и воспитание становится неотъемлемой, а часто важнейшей частью комплекса реабилитационных мероприятий;

в-третьих, особые задачи стоят в плане социальной защиты, так как семья ребенка-инвалида, а при возможности и он сам, должны быть активными участниками процесса реабилитации;

в-четвертых, специальной задачей становится интеграция детей-инвалидов в общество, необходимость в дальнейшем социально-психологической адаптации к статусу инвалида с детства.

Отмеченные особенности детской инвалидности определяют необходимость тесного взаимодействия структур здравоохранения, образования, социальной защиты, выделения комплексной реабилитации детей-инвалидов как особого, самостоятельного раздела общей проблемы помощи инвалидам, что позволит увеличить показатель реабилитации детей-инвалидов.

Инвалидность у детей - более тяжёлое явление, чем инвалидность у взрослых, так как у детей она накладывается на процесс развития психики, приобретения навыков, усвоения знаний. Под влиянием искажённой ситуации развития у детей-инвалидов легко формируются предпосылки для социально-психологической дезадаптации, что определяет необходимость проведения адекватных реабилитационных мероприятий у данного контингента.

Реабилитационный процесс у детей и подростков с ограниченными возможностями имеет свои особенности и для успешной интеграции такого ребёнка в социум требует не только реабилитации (компенсации и восстановления утраченных функций), но и абилитации (формирования и развития способностей индивида, реализация которых затруднена вследствие болезни).

В отличие от реабилитации взрослых инвалидов, реабилитация детей-инвалидов по своей сути является социально-психологической и психолого-педагогической и, являясь активным динамическим процессом, требует ис-

пользования большего арсенала средств и методов в зависимости от возраста ребёнка, его психического и личностного развития.

Именно поэтому значимость процесса формирования индивидуальных программ реабилитации детям-инвалидам довольно высока.

В 2010г. разработано 7 731 ИПР среди детского населения, что составляет 106,3% от числа признанных инвалидами. Количество разработанных ИПР больше ста процентов - за счет детей-инвалидов, которым ранее была установлена инвалидность до 18 лет, и которые пришли на освидетельствование с целью разработки ИПР.

Мероприятия медицинской реабилитации в ИПР ежегодно рекомендуются в 100% случаев. В этом разделе в 2010г. по сравнению с 2009г. отмечается увеличение количества заключений о нуждаемости в восстановительной терапии на 2,4%, увеличение количества заключений о нуждаемости в реконструктивной хирургии на 26,9% (по сравнению с 2008г. на 17,3%), увеличение нуждаемости в санаторно-курортном лечении на 6,7% (по сравнению с 2008г. на 1,5%).

В разделе ИПР по воспитанию и образованию с психолого-педагогической коррекцией произошло увеличение рекомендаций данного вида реабилитации детей-инвалидов по сравнению с 2009г. на 4,4% (по сравнению с 2008г. на 2,4%). Данная тенденция отмечается и в получении общего образования (увеличение по отношению к 2009г. на 5,3%).

Также из года в год имеет тенденцию к увеличению и количество детей, получивших рекомендации в части дошкольного воспитания и обучения (по сравнению с 2009г. на 2,9%, с 2008г. на 10,7%).

Отмечается снижение по сравнению с 2009г. удельного веса разработанных ИПР детям-инвалидам с рекомендациями о нуждаемости в ТСР на 18,4%.

Количество выданных заключений о выполнении ИПР составило 99,8% от числа повторно освидетельствованных, из них с положительными результатами 61%. Основную долю положительных результатов составили компенсация мотивации к обучению (61%) и реализация возможности получения общего образования (31,6%).

Что необходимо делать!

Социальная значимость проблем, связанных с детской инвалидностью, обуславливает необходимость их решения при активной государственной поддержке с использованием программно-целевого метода на основе реализации системы мероприятий, направленных на снижение показателей детской инвалидности.

Дальнейшее совершенствование работы в сфере медико-социальной экспертизы детского населения края связано с безукоснительным исполнением нормативно-правовой базы, развитием банка данных о детях с ограниченными возможностями, повышением качества планирования мероприятий по поддержке детей с ограниченными возможностями на основе функционирования актуализированной системы учета детей-инвалидов и осуществления мониторинга потребностей семей с детьми-инвалидами.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ



*Что требуется от медицины? Совсем «немного» -
правильной диагностики и хорошего лечения.*

Н.М. Амосов

РАЗДЕЛ 2. СОСТОЯНИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

1. Организация медицинской помощи населению

Медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи оказывают организации здравоохранения государственной (федеральные и краевые учреждения здравоохранения, включая учреждения министерств и ведомств), муниципальной (муниципальные учреждения здравоохранения) и частной систем здравоохранения.

Наибольший удельный вес (52,1% от общего числа учреждений здравоохранения, 112) составляют больничные учреждения, амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения составляют 22,3% (48 учреждений здравоохранения), диспансеры – 7,4% (16), охраны материнства и детства – 6,0% (13 родильных домов), станции скорой медицинской помощи и переливаний крови – 4,1% (9).

Муниципальные учреждения здравоохранения составляют 73,5% от общего числа учреждений здравоохранения.

Как обстоят дела в 2010 г.:

В 2010 году медицинскую помощь населению оказывали 215 учреждений здравоохранения:

- краевые учреждения здравоохранения 42;*
 - муниципальные учреждения здравоохранения 158;*
 - федерального подчинения 2;*
 - подчинения другим министерствам и ведомствам 4;*
 - частной системы здравоохранения 9.*
-

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

В 2010 году в крае уделялось большое внимание развитию и совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи, проводилась реорганизация и оптимизация первичного звена в целях повышения структурной эффективности здравоохранения.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению Красноярского края оказывается фельдшерско-акушерскими пунктами; самостоятельными поликлиниками; поликлиниками, входящими в состав муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения и краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения. В состав медицинских учреждений входят общие врачебные практики.

***Единственная красота,
которую я знаю,— это
здоровье.***

Генрих Гейне

Таблица 91 - Сеть амбулаторно-поликлинических учреждений Красноярского края, 2006-2010 гг.

Наименование учреждений	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего АПУ (самостоятельных и входящих в больничные учреждения)	413	416	372	369	365
В т. ч. АПУ входящие в состав больничных учреждений	236	339	302	299	334
Самостоятельные АПУ всего:	135	37	30	30	31
Из них: поликлиники	14	14	13	13	13
амбулатории	111	13	7	7	8
детские поликлиники	5	5	5	5	5
центр по проф. и борьбе со СПИД	1	1	1	1	1
центр планирования семьи	1	1	1	1	1
медико-генетический центр	1	1	1	1	1
прочие	2	2	2	1	1
Стоматологические поликлиники	17	16	16	16	16
Диспансеры	25	24	24	24	16
Кроме того: здравпункты врачебные	6	6	6	8	8
здравпункты фельдшерские	116	123	107	105	96
фельдшерско-акушерские пункты	999	977	937	928	905
ОВП и центры	-	11	11	16	17

В отчетном году число амбулаторно-поликлинических учреждений уменьшилось и составило 365, в т.ч. 346 – 94,8% муниципального подчинения, 16 - 4,4% в подчинении субъекта федерации, 3 – 0,8% федерального подчинения. Основная причина изменения количества учреждений первичного звена – реорганизация медицинских учреждений. В целях укрепления материально-технической базы, кадрового потенциала медицинских учреждений, расширения возможностей оказания лечебно-диагностической помощи в крупных городах края происходило объединение лечебно-профилактических учреждений. Сокращение фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов связано с уменьшением численности населения за счет миграции и естественных причин.

При реорганизации учреждений здравоохранения учитывалась схема обслуживания больных, расстояние до ближайшего учреждения здравоохранения, транспортная доступность, наличие санитарного транспорта, квалификация кадрового состава. В отчетном году дальнейшее развитие получили выездные формы работы, телемедицина и заочное консультирование.

Изменения, произошедшие в сети амбулаторно-поликлинических учреждений, не привели к снижению показателей деятельности при сокращении их числа. Имеется стойкая тенденция увеличения объемов оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе.

Благодаря реализации национального проекта «Здоровье» в крае постепенно увеличивается доступность медицинской помощи на амбулаторном этапе: число посещений на одного жителя стабильно растет и приближается к показателю по Сибирскому федеральному округу 9,3 по РФ 9,5 (2009год).

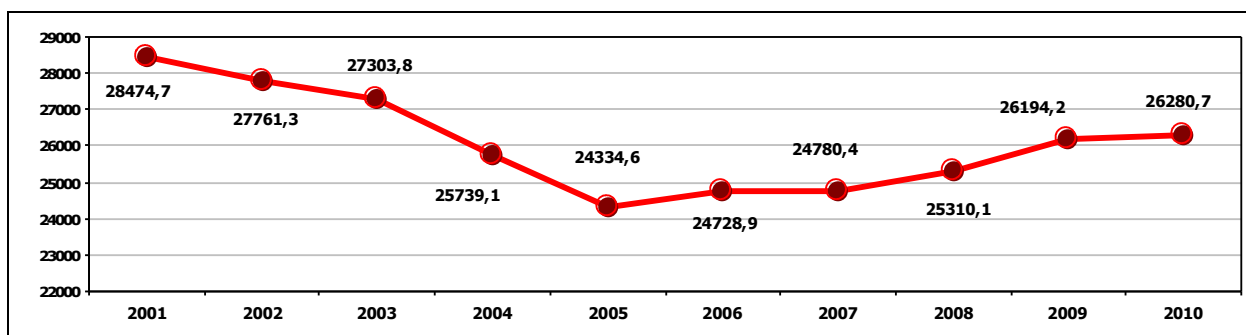


Рисунок 63 - Динамика посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях Красноярского края, 2001-2010 гг.

С 2006 года в крае постепенно увеличивается доступность медицинской помощи на амбулаторном этапе: число посещений на одного жителя стабильно растет, и составило в 2010г. 9,08 (2009г. - 9,06, 2008г. - 8,76, 2007г. – 8,56, 2006г. – 8,5). Увеличение объема оказания амбулаторно-поликлинической помощи, по сравнению с предыдущими годами, происходит за счет оптимизации режима работы амбулаторно-поликлинических учреждений, продления часов приема больных, укомплектованности врачами участковых служб.

В течение последних лет растет число посещений на одну врачебную должность: в 2010г. функция врачебной должности в целом по краю составила 3965,1 посещений.

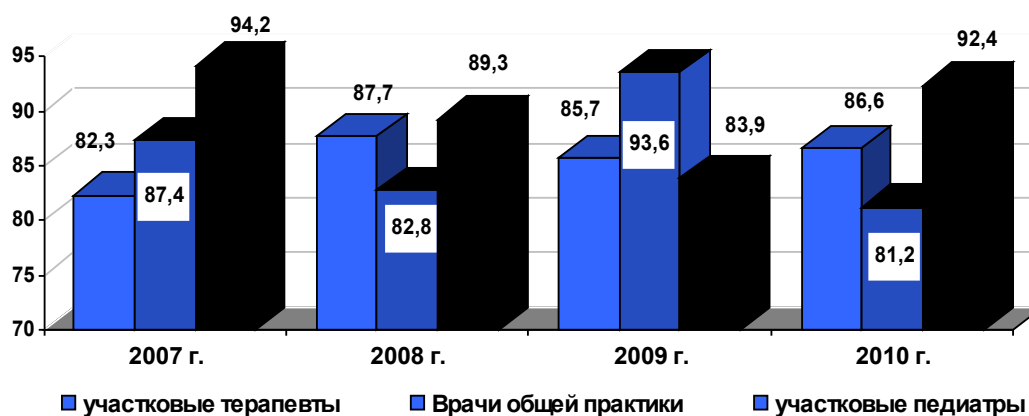


Рисунок 64 - Укомплектованность физическими лицами врачей первичной медико-санитарной помощи в 2007-2010 гг. (%)

Реализация с 2007г. мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» позволила достичь определенных положительных результатов в кадровом обеспечении первичного звена: в 2010г. наблюдается значительный рост числа физических лиц врачей общей практики (на 34,4%), числа врачей участковых терапевтов (на 3,9%) и участковых педиатров (на 0,84%).

Таблица 92 - Сеть участковой службы в Красноярском крае, 2006-2010 гг.

Наименование	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Врачебные терапевтические участки всего в т. ч.:	1051	1064	1061	1079
- комплексные	41	50	64	57
- малокомплектные	23	44	30	33
Участки ВОП	71	85	94	97
Педиатрические участки	635	638	640	647
в т.ч. малокомплектные	-	-	30	47

Число терапевтических врачебных участков выросло в сравнении с 2007г. на 2,7%, педиатрических участков – на 1,9%, участков ВОП на 36,6%.

Таблица 93 - Число посещений к участковым врачам, 2007-2010 гг. (посещения на 1 жителя)

Наименование показателя	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число посещений к участковым терапевтам	1,41	1,49	1,64	1,62
Число посещений к врачам общей практики	0,09	0,11	0,15	0,14
Число посещений к участковым педиатрам	4,7	5,3	5,9	5,9

В 2010 году продолжалась работа по развитию профилактической направленности амбулаторно-поликлинической помощи. Охват профилактическими осмотрами подлежащего населения в отчетном году составил 93,3% (2009г. 91,9%), в т.ч. дети 93,1%, подростки 97,3%, взрослые 92,7%, работники сельского хозяйства 82,7%. Во многих территориях открыты школы для больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, атеросклерозом. Проводилась дополнительная диспансеризация населения, углубленные медицинские осмотры работающих во вредных и опасных условиях труда. На догоспитальном этапе больные готовились на проведение высокотехнологичных методов диагностики и лечения в стационарных условиях.

Проводимая работа способствовала снижению общей заболеваемости, которая составила 1609,6 на 1000 населения (2008г. - 1646,6) и первичной заболеваемости: 792,5 на 1000 населения (2008г. - 835,6).

Доля посещений на дому составила 5,7%, при этом число выездов скорой медицинской помощи снизилось с 354,2 на 1000 населения в 2008г. до 350,2 в 2009г.

Основной проблемой в оказании первичной медико-санитарной помощи остается кадровый вопрос. По штатному расписанию в 2010 году было предусмотрено 8302,25 должностей врачей, работающих в поликлинике, диспансере, консультации, занято 7948,5 – 94,5%. При этом укомплектованность физическими лицами снижается и составила 66,5% (2009г. – 67,2%) от занятых и 63,6% (2009г. – 64,1%) от штатных врачебных должностей. Особенно низкий процент укомплектованности узкими специалистами и специалистами дополнительных методов диагностики лечения.

В сложившейся ситуации запись к узким специалистам по части поликлиник осуществляется через регистратуру по направлению участкового терапевта.

В структуре посещений растет доля консультативного приема краевых государственных учреждений здравоохранения 9,8% (2008г. – 9,7%).

Консультативные поликлиники краевых медицинских учреждений часто «заменяют» муниципальные учреждения здравоохранения, что приводит к увеличению нагрузки, особенно на диагностические службы и снижению возможности оказания высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

В целях повышения доступности медицинской помощи в отчетном году внедрялись новые формы записи пациентов на прием. Во многих поликлиниках на прием к участковому терапевту пациенты имеют возможность обратиться непосредственно через регистратуру и по предварительной записи: по телефону, через сайт медицинского учреждения и электронную почту, через сеть терминалов оплаты услуг.

Отсутствие кадров является основной причиной снижения доступности диагностической помощи по ряду профилей.

Таблица 94 - Число диагностических исследований, 2007-2010 гг. (на 100 посещений)

Наименование показателя	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Рентгенологические исследования (включая профилактические)	11,48	12,04	12,02	11,88
УЗИ	5,43	5,66	5,69	6,1
Лабораторные исследования	208,7	264,8	276,2	224,7
Функциональная диагностика	6,2	6,63	6,55	6,6

Доля платных посещений в 2010г. уменьшилась и составила 7,0% (2009г. – 8,8%, 2008г. – 9,2%).

Стационарзамещающие технологии в 2010г. получили свое дальнейшее развитие: при снижении количества дневных стационаров всех типов 239 (2009г. – 260, 2008г. – 242), растет число мест в дневных стационарах при АПУ - 2418 мест (2009г. – 2065, 2008г. - 1763), рост на 17,1%. Удельный вес больных, пролеченных в дневных стационарах при АПУ, составил 47,2% (2009г. – 46,0, 2008г. – 46,6%), оборот места составил 23,6 (2009г. – 24,2), средняя занятость мест составила 309,5 (2009г. – 317,7). Средняя длительность пребывания больных составила 13,1.

В дневных стационарах лечатся больные терапевтического, гинекологического, неврологического, хирургического, травматологического, онкологического, психиатрического, наркологического, офтальмологического, ЛОР, дермато-венерологического профилей. В 2010г. в дневных стационарах всех типов пролечено 119958 больных (2009г. – 105911 больных) рост 13,3%, уровень госпитализации на 1000 населения составил 41,4 (2009г. – 36,7%). Возросла обеспеченность местами в дневных стационарах на 10 тыс.населения 17,9 (2009г. – 15,9). Наибольшее число мест в дневных стационарах при АПУ открыто в краевых медицинских учреждениях, в медицинских учреждениях г. Красноярска, г. Норильска, г. Назарово, г. Минусинска. Перераспределение состава госпитализированных больных из круглосуточного в дневной стационар экономически эффективно.

Результатом планомерной работы по повышению доступности медицинской помощи населению стала организация в крае общих врачебных практик. На решение проблемы обеспеченности жителей сельских территорий квалифицированной врачебной помощью направлена целевая программа «Развитие общей врачебной практики (семейной медицины) на территории Красноярского края на 2008-2010 годы».

Врач общей практики (семейный врач) ориентирован на оказание медицинской помощи широкого спектра при наиболее распространенных заболеваниях как терапевтического (включая педиатрию), так и хирургического плана (с акушерством и гинекологией), а также по специализированным видам помощи. Актуальность внедрения института врача общей практики (семейного врача) в сельском здравоохранении Красноярского края обусловлена также особенностями географией и протяженностью края.

Общая врачебная практика (семейная медицина) объединяет собственно отделение общей врачебной практики, включающее амбулаторный прием и дневной стационар, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты (в зависимости от местных условий), расположенные на территории участка, если таковые имеются.

Всего в 2010г. зарегистрировано 4 центра врача общей практики, в 18 медицинских учреждениях края работают 30 отделений (кабинетов) врача общей практики. Кроме того, число входящих структурных подразделений ЦРБ, имеющих отделения (кабинеты) врача общей практики – 56, что является актуальным для населения Красноярского края, и повысило доступность специализированной медицинской помощи. Всего в крае работает 82 врача общей практики.

Следует подчеркнуть, что семейная медицина – всего лишь форма организации первичной медико-санитарной помощи, которая оказывается врачом общей практики (семейным врачом), обеспечивающим индивидуальное первичное и непрерывное обслуживание отдельных лиц, семей и населения, независимо от возраста, пола или вида заболевания. Переход к семейной медицине – это не только поиск наиболее эффективных и экономичных форм оптимизации медицинской помощи, а и необходимость интегрального видения человека, его здоровья и болезни.

Постепенно улучшается и техническое состояние зданий амбулаторно-поликлинических учреждений. Число зданий амбулаторно-поликлинических учреждений, требующих капитального ремонта – 30,8% (2009г. – 24,6%); зданий, нуждающихся в реконструкции – 10,3%, (2009г. – 7,9%), 9 зданий находятся в аварийном состоянии и требуют сноса.

В целом в 2010г. объемы медицинской помощи по программе государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи выполнены, выросли объемы медицинской помощи, предоставления в дневных стационарах, получили дальнейшее развитие общие врачебные практики в целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению, повышается качество медицинской помощи.

Что необходимо сделать!

В целях совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи и дальнейшего развития амбулаторно-поликлинической службы Красноярского края необходимо:

1. Перераспределение медицинской помощи из стационарных условий в амбулаторно-поликлинический сектор; расширение объемов первичной помощи, оказываемой врачом общей практики.

Врач общей практики (семейный врач) должен быть ориентирован на оказание медицинской помощи широкого спектра при наиболее распространенных заболеваниях как терапевтического (включая педиатрию), так и хирургического плана (с акушерством и гинекологией), а также по специализированным видам помощи.

Материально-техническое и информационное обеспечение деятельности общей врачебной (семейной) практики, укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения первичного звена.

Организация профессиональной подготовки врачей и медицинских сестер общей врачебной практики в т.ч. проведение зональных обучающих семинаров по отдельным вопросам диагностики и раннего выявления наиболее распространенных заболеваний.

Нормативно-технологическое обеспечение общих врачебных (семейных) практик (нормативно-техническая и проектно-сметная документация на развертывание, размещение Центра, отделений, кабинетов врача общей практики в соответствии с современными требованиями).

Повышение престижа врача общей врачебной практики (семейного) врача (проведение ежегодного конкурса «Лучший врач ОВП»).

2. Перераспределение специализированной медицинской помощи (изменение функций узких специалистов с акцентом на консультативный уровень и расширение функций врачей первичного звена);

3. Перераспределение пациентов из круглосуточного стационара в дневной стационар, центр амбулаторной хирургии, стационар на дому;

4. Переход от мелких диагностических подразделений к централизованным службам, способным эффективно использовать дорогостоящую диагностическую технику;

5. Создание центров специализированной помощи на базе краевых учреждений здравоохранения;

6. Внедрение эффективных медицинских технологий;

7. Реорганизация поликлиник в консультативно – диагностические центры со специализированными подразделениями, оснащение учреждений здравоохранения необходимым оборудованием, позволяющим внедрение современных диагностических, лечебных и профилактических технологий, восстановительного лечения и реабилитации.

1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь и деятельность службы медицины катастроф

Скорая и неотложная медицинская помощь. Служба скорой медицинской помощи является частью первичного звена системы здравоохранения Красноярского края и представлена 10 самостоятельными станциями скорой медицинской помощи и 55 отделениями скорой медицинской помощи.

В настоящее время население края обслуживает 248 общепрофильных бригад, причем в 2010 произошло увеличение вышеуказанных бригад на 2,5%.

Число автомобилей скорой медицинской помощи - 413, из них реанимобилей для новорожденных и детей раннего возраста – 3, реанимобилей повышенной проходимости – 8. Число автомобилей скорой медицинской помощи класса А - 188, класса В - 201, класса С - 16.

Число станций (отделений) скорой медицинской помощи, оснащенных автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов - 3.

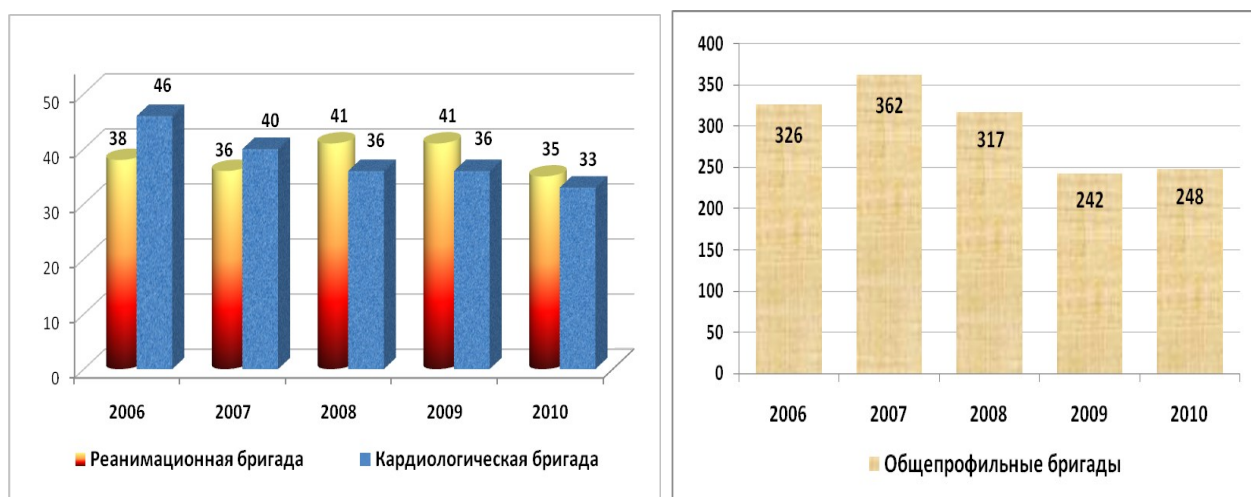


Рисунок 65 – Количество бригад скорой помощи в Красноярском крае за 2006-2010 гг.

В целом по краю утверждено 774,75 штатные должности врачей, по сравнению с 2009 уменьшилось на 5 ставки. Укомплектованность физическими лицами среди врачей составляет 58,3%.

Фельдшеров утверждено 2227,5 штатных должностей (в 2009 г. – 2108,25), занятые 84,8% (в 2009 г. – 87,3%). В тоже время в большинстве станций и отделений скорой медицинской помощи не выполняется приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» в части укомплектования бригад скорой медицинской помощи двумя фельдшерами.

В 21 муниципальном образовании количество вызовов превышает запланированный программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи на 2010 г. показатель число вызовов на 1 тысячу населения (380), что свидетельствует о выполнении скорой медицинской помощью несвойственной ей функции неотложной

помощи, являющееся прерогативой амбулаторно-поликлинических учреждений (ФАПов, УБ, ОВП и поликлиник).



Нуждались в медицинской помощи **6749** пострадавших в ДТП, из них (4,6%) погибли

Число лиц, которым оказана амбулаторная помощь 75618 (в 2009 г. - 69520). Число больных с острым и повторным инфарктом миокарда 3608 (в 2009 г. - 3098), с острыми цереброваскулярными болезнями, которым оказана скорая медицинская помощь 16345 (в 2009 г. - 13336). Из числа

больных с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями в автомобиле скорой медицинской помощи проведено тромболизисов - 48 (в 2009 г. - 17). Число безрезультатных выездов 29040. Отказано за необоснованностью вызова 1894.

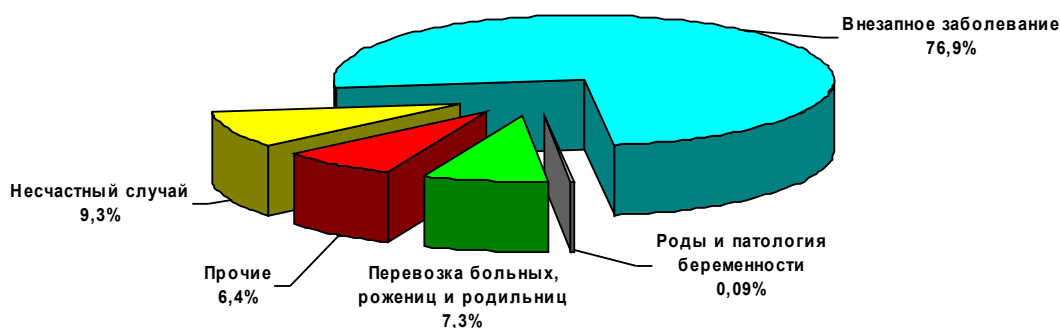


Рисунок 66 – Процентное соотношение оказания скорой медицинской помощи по причинам, 2010 год

Число дорожно-транспортных происшествий (ДТП), на которые выезжали автомобили скорой медицинской помощи 5374. Число пострадавших в ДТП, которым оказана медицинская помощь 6749, из них со смертельным исходом 311, из них смерть наступила в автомобиле скорой медицинской помощи 9. Число выездов для медицинского обслуживания спортивных и культурно-массовых мероприятий (или общественных мероприятий) - 1286.

Что необходимо сделать!

1. Остается недостаточной материально-техническая база станций и отделений.

Приоритетные направления!

Организация и проведение мероприятий по укреплению противопожарной, инженерно-технической и антитеррористической защищённости учреждений здравоохранения.

Усиление взаимодействия по совместной деятельности органов местного самоуправления, государственных органов контроля и надзора по вопросам обеспечения комплексной безопасности учреждений здравоохранения.

Приведение объектов здравоохранения в соответствие с правилами и нормами пожарной, инженерно-технической безопасности и требованиями охраны труда.

Повышение экономической заинтересованности руководителей учреждений в обеспечении комплексной безопасности объектов здравоохранения.

Главным учреждением службы медицины катастроф является КГБУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф», выполняющий функции штаба службы медицины катастроф на территории края. Центр медицины катастроф имеет 153 штатных должностей: из них врачей 43, средних медицинских работников – 39, из них фельдшеры – 38. Провизоры – 2, фармацевты – 1. Младший медицинский персонал – 33, прочий персонал – 33.

Территориальный резерв центра медицины катастроф рассчитан на оказание помощи 500 пострадавшим.

Таблица 95 – Количество чрезвычайных ситуаций в Красноярском крае, 2007-2010 гг. (абс. числа)

Наименование ЧС	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	103	116	99	101
из них: техногенные	94	102	92	95
биолого-социальные	9	14	7	6
Всего пострадавших	638	602	459	418
из них: детей	68	238	94	24
Всего погибших	241	285	217	252
из них: детей	27	19	16	14
Количество пораженных, которым оказана мед. помощь	397	317	232	166
из них: детей	41	219	77	10

Местные резервы службы медицины катастроф рассчитаны на оказание помощи - 5492 пострадавшим, созданные на базах- 18 городских ЛПУ и 43 центральных районных больниц.

В резерв территориального центра медицины катастроф заложены медикаменты на сумму- 5 млн. 793 тыс. 21 руб. Уровень обеспеченности резерва составляет - 100%.

В бюджете КГКУЗ КТЦМК на 2011 год предусмотрена закладка и обновление медикаментов на сумму- 2 млн. 821 тыс.80 руб.

Всего в Красноярском крае заложен резерв медицинского имущества на общую сумму- 38 млн. 403 тыс. 486 руб. Уровень обеспеченности резерва составляет-86, 78 %.

В связи с большим количеством дорожно-транспортных происшествий (ДТП) на федеральных и краевых автодорогах, в целях совершенствования организации и оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при ДТП утверждены зоны ответственности за медицинскими учреждениями Красноярского края на федеральных и краевых автодорогах по оказанию экстренной медицинской помощи лицам, пострадавшим при ДТП. Согласно краевой долгосрочной целевой программе «Безопасность дорожного движения на территории Красноярского края 2009-2011 гг.» при КГБУЗ КТЦМК открыт учебный класс, в котором проходят обучение ликвидаторы последствий дорожно-транспортных происшествий по 72 часовой учебной программе «Приемы оказания первой медицинской помощи пострадавшим при ДТП».

Цель установки ПОЭМП!

Это оказание медицинской помощи пострадавшим в ДТП в районах дислокации и зон выезда, транспортировка пострадавших в лечебно-профилактические учреждения, а также оказание экстренной неотложной помощи самостоятельно обратившимся пациентам.

По краевой долгосрочной целевой программе «Безопасность дорожного движения на территории Красноярского края 2009-2011 гг.» создана трассовая служба Красноярского края с открытием отделений скорой медицинской помощи на базе КГБУЗ КТЦМК. В местах наиболее частого возникновения аварийных ситуаций на дорогах края установлены 5 трассовых пунктов оказания экстренной медицинской помощи (далее ПОЭМП). Медицинский персонал ПОЭМП включает в себя фельдшера и водителя – санитаря.

1. В Енисейском районе на трассе Красноярск-Енисейск в районе пос. Каргино на 241 км (зона выезда на ДТП от границы Енисейского района на южном направлении до 266 км. (пос. Абалаково).

2. В Балахтинском районе на трассе М 54 в районе кафе «Тайгана 136 км. (зона выезда на ДТП от границы Балахтинского района в северном направлении до 166 км. (поворот на пос. Балахта).

3. В Козульском районе на трассе М 53 в районе 728 км (зона выезда на ДТП в районе автомобильной трассы М 53 от границы Козульского района на западном направлении до 763 км. (пос. Мал. Кемчуг)

4. В Емельяновском районе на трассе Красноярск – Енисейск в районе пос. Придорожный на 20 км (зона выезда на ДТП от границы от границы муниципального образования г. Красноярск до населенного пункта Шила Сухобузимского района).

5. В Манском районе на трассе М 53 в районе 878 км + 550 м. слева от федеральной трассы около комплекса дорожного сервиса «Медвежий угол» (зона выезда на ДТП от 855 км. в районе с. Вознесенское до 905 км (с. Никольское).

Что необходимо сделать!

- совершенствование взаимодействия органов управления Службы на всех уровнях, сопряжение и развитие информационно-управляющих систем, обеспечивающих их работу;
- совершенствование системы мониторинга и прогнозирования медико-санитарных последствий ЧС;
- создание системы авиамедицинской эвакуации;
- совершенствование организации оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП;
- создание в Красноярском крае системы обеспечения вызова экстренных оперативных служб через единый номер «112» на базе ЕДДС муниципальных образований.
- приведение объектов здравоохранения в соответствие с правилами и нормами пожарной, инженерно-технической безопасности и требованиями охраны труда.

1.3. Оказание специализированной скорой медицинской помощи (санитарная авиация)

Оказание специализированной скорой медицинской помощи (санитарная авиация) осуществляет отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (ЭПКМП) Краевой клинической больницы. Филиалы ЭПКМП находятся в Енисейской, Туруханской, Богучанской центральных районных больницах, в Ванаварской, Туринской, Байкитской районных больницах (Эвенкийский муниципальный район), Таймырской районной больнице № 1 г. Дудинка, Таймырской районной больнице в с.п. Хатанга (Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район).

Для оказания экстренной медицинской помощи используется воздушный транспорт - вертолеты Ми-8, Ми-2, R-44, самолеты Як-42, Ан-24, а также наземный санитарный автомобильный транспорт, в том числе реанимобиль «Фольксваген».

Использование санитарной авиации для доставки специалистов к месту оказания медицинской помощи диктуется особыми географическими и территориальными условиями Красноярского края: большой протяженностью с севера на юг (более 2500 км) и с востока на запад (более 700 км); наличием населенных пунктов в труднодоступных районах (горы, тайга, тундра); значительной разбросанностью населенных пунктов, отсутствием или слабым развитием других видов транспорта.

Общий налёт по выполненным санитарным заданиям за 2010 год составил 4834 часа, за период с 2006 года произошло увеличение на 59,3%.

Количество выполненных вызовов, по отношению к 2006 г. увеличилось на 39,6%.

В отделении организована круглосуточная диспетчерская служба, которая принимает вызовы из центральных районных больниц, участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов (в северных районах). В 2010 г. в отделении санавиации организован круглосуточный пост врача анестезиолога-реаниматолога.

Экстренная специализированная медицинская помощь оказывается силами штатных врачей-специалистов отделения, а также специалистами медицинских учреждений г.Красноярска, центральных лечебных учреждений северных районов.

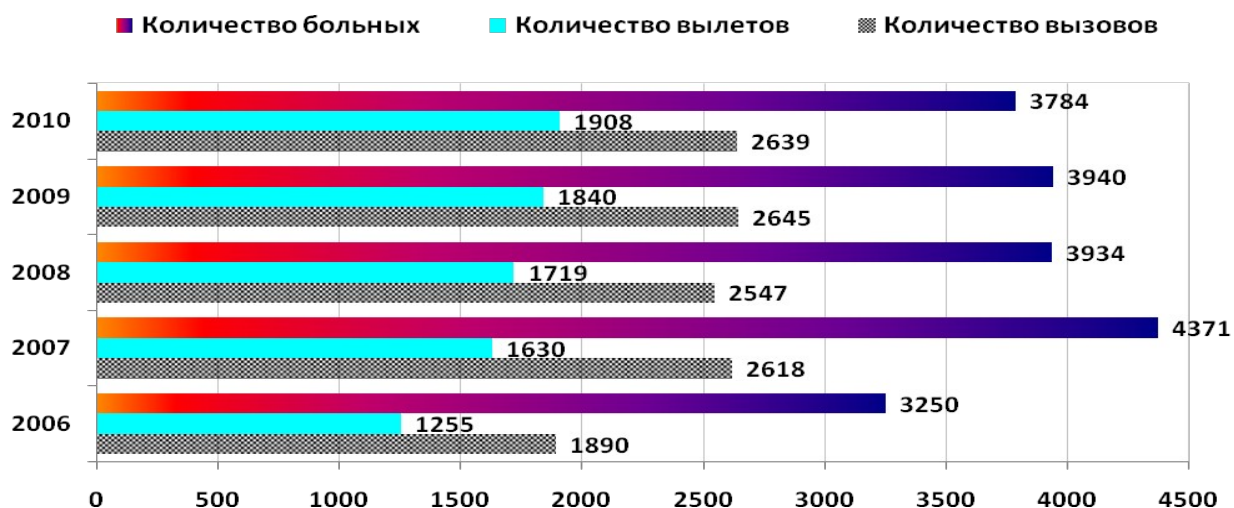


Рисунок 67 - Число случаев оказания экстренной медицинской помощи в 2006-2010 гг.

В 2010 г. выполнено санитарных заданий: воздушным транспортом - 1908, наземным транспортом - 731.

В отчетном году оказана помощь 3773 пациенту, транспортировано в лечебные учреждения 2645. По Центральному району было транспортировано в лечебные учреждения г. Красноярска 939 больных.

В 2010 году по центральной группе районов преобладают вызовы специалистов реанимационно-анестезиологического и хирургического профилей (49% от всех вызовов) – анестезиолога-реаниматолога, ожогового реаниматолога, нейрохирурга, сосудистого хирурга, аритмолога. Среди специалистов терапевтического профиля (27% от всех вызовов) - вызовы невропатолога, кардиолога, аллерголога. Вызовы врачей педиатрического профиля составили 15% (детский анестезиолог-реаниматолог, детский инфекционист, детский нейрохирург), акушерско-гинекологического - 9 %.

Бригадами врачей было проведено более 346 операций и манипуляций на местах.

В 2010 году плановые выезды не выполнялись, оказывалась только экстренная медицинская помощь.

Увеличилось количество спецрейсов в Северные территории и за пределы Красноярского края с 29 в 2009 году до 32 в 2010 году.

Отделение ЭПКМП организует экстренную доставку в районные лечебные учреждения медицинских грузов - препаратов крови и кровезаменителей: эритромаcсы – 81 литр, свежезамороженной плазмы – 52 литра, а также 40 доза криопреципитата, перфторан.

Транспортировка осуществляется в термоконтейнерах рейсовыми междугородными пассажирскими автобусами, пассажирскими рейсовыми самолетами, санитарным авиа- и автомобильным транспортом.

Использование воздушного транспорта является высокoзатратным видом оказания экстренной медицинской помощи. При осуществлении каждого санитарного вылета учитываются медицинские показания и порядок направления специалистов-консультантов в районные лечебные учреждения.

Основные задачи санитарной авиации

1. Организация и оказание экстренной и планово-консультативной медицинской помощи населению края;
2. Организация и осуществление эвакуации больных из районов края в лечебные учреждения г. Красноярска и центральные районные лечебные учреждения северных районов;
3. Перевозка медицинских грузов и специалистов для проведения противоэпидемических мероприятий, спасательных работ при чрезвычайных ситуациях.

1.4. Стационарная помощь

Стационарную медицинскую помощь населению края в 2010 году оказывали 128 лечебно-профилактических учреждений (112 больничных учреждений и 16 диспансеров), имеющих в своем составе круглосуточные стационарные койки (далее - больничные учреждения).

Общий коечный фонд краевых государственных и муниципальных больничных учреждений составил 24 420 коек, в том числе коек сестринского ухода- 817, хосписных – 42.

В 2010 году проведена оптимизация учреждений здравоохранения краевого подчинения в системе здравоохранения Красноярского края, в результате которой количество учреждений изменилось с 57 в 2009 году до 40 в 2010 году, за счет реорганизации психиатрической, наркологической, кожновенерологической и офтальмологической службы. Формирование системы филиалов краевых специализированных диспансеров позволяет обеспечить единый подход и этапность оказания специализированной медицинской помощи.

С 2006 года за счет увеличения внедрения стационарозамещающих технологий, профилактической направленности работы амбулаторно-поликлинических учреждений, число коек круглосуточных стационаров уменьшилось на 2 239 коек, или на 8,4%. Одновременно, число мест в дневных стационарах за этот период увеличилось до 5 257.

В круглосуточном стационаре в 2010 году пролечено 582 493 больных.

В дневных стационарах всех типов в 2010 году в пролечено 146 024 пациентов, т.е. более 1/4 части стационарных больных (25,1%).

Обеспеченность населения койками составляет 84,3 на 10 тыс. населения с учетом учреждений здравоохранения всех форм собственности, в том числе, федеральных государственных учреждений здравоохранения, что на 8,8% меньше, чем в 2006 году (91,7 на 10 тыс. населения).

Большие расстояния между населенными пунктами и трудность транспортного сообщения являются причиной того, что в северных территориях края существует избыточная коечная мощность круглосуточных стационаров, превышающая норматив в 1,5 – 2,5 раза. При этом, в центральных районах края, обеспеченность койками составляет от 56 до 75 коек на 10 тыс. населения. Исключение составляет Партизанский район, где на протяжении 5 лет показатель обеспеченности койками на 10 тыс. населения стабильно остается на значении выше 100.

Снижение обеспеченности койками на 10 тыс. населения, по сравнению с 2006 годом, в основном, произошло по профилям: общие - в 2,4 раза, или на 144% (с 2,2 до 0,9), терапевтические - на 9,2 % (с 10,7 до 9,8); инфекционные для взрослых – на 17,4% (с 2,7 до 2,3), по производству аборт – на 12,5 % (с 1,8 до 1,6), психиатрические – на 28,4% (с 9,5 до 7,4), туберкулезные для взрослых – на 7,6% (с 7,1 до 6,6).

Рост обеспеченности койками на 10 тыс. населения за этот период произошел по профилям коек: кардиохирургия - в 3,5 раза (с 0,2 до 0,7).

Обеспеченность койками сестринского ухода на 10 тыс. населения возросло в 2,5 раза (с 1,1 в 2006 году до 2,8 в 2010 году), что положительно повлияло на показатели работы коечного фонда Красноярского края по эффективному использованию круглосуточной койки.

Перепрофилирование коечного фонда проводилось с учетом эффективности работы круглосуточных коек и реальной потребности в них населения, а также, в связи с введением экономически менее затратных стационарозамещающих технологий.

В структуре коечного фонда отмечается дефицит коек онкологического, ортопедического и гастроэнтерологического профиля. Такие пациенты получают помощь на койках общехирургического и терапевтического профиля межрайонных центров.

При этом, отмечается избыток коек терапевтического, хирургического, педиатрического, гинекологического (в основном на уровне центральной районной больницы) и специализированных коек аллергологического, нейрохирургического, колопроктологического, урологического, офтальмологического профилей, так и коек общехирургического, педиатрического профилей и для патологии беременных. Это объясняется наличием коечного фонда избыточной мощности в малонаселенных пунктах.

Что необходимо сделать!

В целях обеспечения сбалансированности объёмов медицинской помощи по видам и условиям её оказания, необходимо:

- расширение сети отделений реабилитации стационарного типа;
- оптимизировать сеть муниципальных учреждений здравоохранения с учетом рационального использования коечного фонда;
- продолжить развитие стационарозамещающих технологий;
- оптимизировать койки урологического, нейрохирургического, офтальмологического профиля;
- увеличить койки онкологического профиля с перераспределением коек гематологического профиля.

За пятилетний период с 2006 по 2010 год наблюдается снижение средней длительности пребывания больного в стационаре на 1,6 дня (с 14,9 в 2006 году до 13,3 в 2010 году) или на 12%; увеличился оборот койки на 10,2 % (с 21,5 в 2006 году до 23,7 в 2010 году), но, при этом, незначительно снизилась занятость койки - на 1,7% (с 319,9 в 2006 году до 314,3 в 2010 году).

Остается низкой занятость общей койки – 303,0, терапевтической – 307,1, педиатрической – 285, гинекологической – 303,0, несмотря на то, что перепрофилирование коечного фонда проводилось именно по этим профилям.

Стабильно высокой остается занятость койки по онкологии – 336,3; психиатрии – 348,0, нефрологии для детей – 349,8.

В сельских учреждениях здравоохранения занятость койки составляет: центральные районные больницы – 312,9; участковые больницы – 288,7.

Средняя длительность пребывания больного в круглосуточном стационаре в 2010 году составила 13,3 дня.

За пятилетний период отмечается снижение средней длительности лечения больного в круглосуточном стационаре на 12%, в том числе:

- снижение среднего пребывания на туберкулезной койке для взрослых с 80,7 в 2006 году до 76 в 2010 году, т. е. на 6,2%, но увеличение среднего пребывания больного на туберкулезной койке для детей с 62 до 65,7 дня, т.е. на 3,7 дня или почти на 6%;

- снижение среднего пребывания на психиатрической койке для взрослых - на 30,8% (с 90,5 дня в 2006 году до 69,2 дня в 2010 году, т.е. на 21,3 дня!), для детей – на 5,9%;

- снижение среднего пребывания на наркологической койке на 10,9% (с 15,3 в 2006 году до 13,8 в 2010 году).

В целом, с 2006 года снижение средней длительности лечения отмечается на круглосуточных койках почти всех специализированных профилей.

Уровень госпитализации в среднем по Красноярскому краю с учетом учреждений здравоохранения краевого и федерального подчинения составил в 2010 году – 192,6 случая на 1000 населения, т.е. есть незначительное снижение

показателя по сравнению с 2009 годом - на 1,3% , по сравнению с 2006 годом – на 1,5%.

Таблица 96 – Основные показатели работы коечного фонда учреждений краевого и муниципального подчинения, 2006-2010 гг.

Наименование показателя	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Число коек	26641	25968	25361	24737	24402
Обеспеченность койками на 10 000 населения	91,7	89,7	87,7	85,6	84,3
Среднее число дней занятости койки в год	319,9	317,9	318,7	319,7	314,3
Среднее число дней пребывания больного на койке	14,9	14,6	14,5	13,9	13,3
Оборот койки	21,5	21,8	22,0	23,0	23,7
Уровень госпитализации на 1000 населения	195,6	193,8	190,2	193,1	192,6

Для оптимизации стационарной медицинской помощи необходима реорганизация неэффективных круглосуточных коек, перепрофилирование терапевтических коек в койки сестринского ухода в участковых больницах, оптимизация структуры коечного фонда стационаров за счет сокращения длительности госпитального этапа, использование районных больниц небольшой мощности для лечения пациентов, не нуждающихся в специализированном или интенсивном лечении, а также, для длительного лечения хронически больных и престарелых, которым необходим сестринский уход

Для повышения структурной эффективности, необходимо разделение коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса, с выделением коек интенсивного лечения, восстановительного лечения и реабилитации, а также коек сестринского ухода.

Малочисленные специализированные койки должны быть выведены в межрайонные центры, где необходимо создать функциональный блок, т.е. полноценное отделение.

В течение последних 5 лет на территории Красноярского края проводятся мероприятия по оптимизации сети учреждений здравоохранения, переводу оказания медицинской помощи со стационарной на амбулаторно-поликлиническую, развитию стационарозамещающих технологий.

Результатом оптимизации сети учреждений здравоохранения явилось:
создание единой технологической системы организации специализированной медицинской помощи;

перепрофилирование маломощных участковых больниц в амбулатории с койками дневного стационара, в больницы (отделения) сестринского ухода, в отделения врачей общей практики;

переориентация части объемов стационарной медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап с более широким применением стационарозамещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому, центры амбулаторной хирургии и хирургии одного дня) благодаря внедрению новых современных малотравматичных методов хирургических операций и сокращению случаев необоснованных госпитализаций в стационар.

Планируется дальнейшее реформирование коечной сети круглосуточного стационара и приведение её в соответствие с численностью и составом населения, структурой заболеваемости и смертности на территории соответствующего муниципального образования.

Что необходимо сделать!

Разработать порядки оказания медицинской помощи с учетом этапности и уровней оказания медицинской помощи;

Внедрить клинические протоколы лечения, разработанные на основе стандартов оказания медицинской помощи и основанные на принципах доказательной медицины;

Формирование потоков больных с тщательным отбором для плановой госпитализации. Планирование выписки и поступление больных;

Проведение контроля длительности диагностического и предоперационного периодов и лечения;

Продолжить работу по внедрению экономических методов управления в сферу здравоохранения и реорганизации системы оказания медицинской помощи;

Расширение сети отделений реабилитации стационарного типа;

Провести оптимизацию сети муниципальных учреждений здравоохранения с учетом рационального использования коечного фонда;

Продолжать развитие стационарозамещающих технологий.

Оказание специализированной помощи населению, развитие межрайонных центров, совершенствование системы медико-диагностических центров и консультативных поликлиник.

В целях обеспечения доступности специализированной медицинской помощи сельскому населению в крае малочисленные специализированные койки выведены в межрайонные центры, где имеются кадровые ресурсы, и будет проведено дооснащение оборудованием.

Межрайонные центры организованы на базе наиболее крупных центральных районных (городских) больниц: по южной группе районов в г. Минусинске, западной группе - в г. Ачинске, восточной группе - в г. Канске и Лесосибирской группе районов - в г. Лесосибирске. При этом также учитывались сложившиеся потоки больных и транспортная доступность.

Разработана система лечебно-эвакуационных мероприятий с направлением больных на следующий этап оказания медицинской помощи, показания к госпитализации больных в стационарные учреждения здравоохранения 1-2-3-4 уровней оказания медицинской помощи.

Отработана технологическая цепочка оказания специализированной медицинской помощи больным (машрутизация): ФАПы (в части скрининга, анкетирования, патронажные профилактические посещения) → ОВП → ЦРБ → межрайонные специализированные кабинеты, межрайонные центры и учре-

ждения г. Красноярска → Краевая клиническая больница → Федеральные клиники.

Основные профили стационарной медицинской помощи в специализированных центрах: кардиологический, неврологический, пульмонологический, хирургический и педиатрический.

На базе межрайонных центров оказывается специализированная медицинская помощь специалистами по единым стандартным технологиям.

Межрайонные центры обеспечивают этапность оказания медицинской помощи между удаленными, сельскими учреждениями здравоохранения и ведущими региональными клиниками.

Проводимая работа межрайонных центров способствовала:

- увеличению доступности специализированной медицинской помощи для сельского населения;
- повышению профессионального уровня специалистов на местах;

- осуществлению практической помощи руководству и специалистам ЦРБ;

- проведению внутриведомственного контроля качества медицинской помощи на местах.

Особое внимание уделяется, в том числе в рамках модернизации здравоохранения Красноярского края организации и оснащению межрайонных специализированных центров.

Высокоспециализированные службы (нейрохирургическая, онкологическая, ортопедическая, колопроктологическая, камбустиологическая, гематологическая и другие) централизованы в г. Красноярске (краевые учреждения здравоохранения).

Продолжается практика выездной работы на селе специалистов краевых лечебных учреждений для оказания методической и практической помощи.

В течение 2009 года с целью повышения доступности оказания специализированной медицинской помощи сельскому населению КГБУЗ «Краевая клиническая больница» активно использовались выездные формы работы в районы края. За 2010 год в территории края выезжали 106 специалистов, было осуществлено 40 выездов в 25 районов, в том числе 14 выездов в межрайонные центры. Проконсультировано 172 человека, у 503 пациентов проводились сложные диагностические исследования. Медицинские работники КГБУЗ «Краевая клиническая больница» участвовали в проведении медицинского освидетельствования лиц призывного и допризывного возрастов в районных военкоматах и на краевом сборном пункте (осмотрено 5577 призывников, в том числе: на краевом сборном пункте – 5186 чел.; в РВК – 391 чел.).

Большое внимание уделялось обучению медперсонала на местах: проведены 14 межрайонных семинаров (кол-во слушателей: 490 врачей, 101 средний медицинский работник), прочитаны 2 лекции с числом слушателей – 54.

Для повышения доступности медицинской помощи населению отдаленных территорий Красноярского края, находящихся в непосредственной близости от железной дороги, с 2007 года медицинскую помощь оказывает передвижной консультативно-диагностический центр «Доктор Войно-Ясенецкий

(св. Лука)» негосударственного учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции Красноярск ОАО «РЖД».

Основные задачи Передвижного консультативно-диагностического центра «Доктор Войно – Ясенецкий» (Св. Лука):

- проведение комплексного обследования больных в амбулаторных условиях;

- обеспечение доступности высокоинформативных исследований;

- совершенствование технологии диагностического процесса;

- внедрение в практику эффективных методов диагностики работникам железнодорожного транспорта и населению Красноярского края, в том числе в отдаленных и труднодоступных районах края;

- организация телемедицинского консультирования пациентов и определение тактики медицинского учреждения для дальнейшего лечения.

В «Поезде Здоровья» установлена локальная компьютерная и телефонные сети, позволяющие оптимизировать работу персонала.

Передвижной консультативно-диагностический центр «Доктор Войно-Ясенецкий» (Св. Лука) состоит из 13 вагонов, в 6 из которых и располагаются медицинские кабинеты: стоматологический, терапевтический регистратура, отоларинголог, офтальмологический педиатра, хирургический, стерилизационная, уролога, гинеколога, кабинет эндоскопической диагностики, клинко-диагностическая лаборатория, лучевой диагностики (рентген – кабинет, кабинет маммографии, кабинет УЗИ), кабинет функциональной диагностики.

Установлен телемедицинский комплекс для проведения телеконсультаций и участия в конференциях, посредством канала СПД ОАО «РЖД» или спутниковой связи.

Прием ведут 18 врачей различных специальностей: терапевт, хирург, уролог, невролог, акушер-гинеколог, офтальмолог, отоларинголог, педиатр, стоматолог, эндокринолог, врач - лаборант, врач – рентгенолог, врач УЗИ диагностики, врач функциональной диагностики, врач-нейрофизиолог, врач - эндоскопист;

За период с ноября 2007 по 30 декабря 2010 года ПКДЦ осуществлено 34 выезда, работа осуществлялась на 166 станциях Красноярской железной дороги, включая республику Хакасия, принято 54420 пациентов.

Среди пациентов с выявленными заболеваниями 3616 человек нуждались в дополнительных консультациях или госпитализации. в ЛПУ. Вся информация о пациентах оперативно передается в муниципальные учреждения здравоохранения.

В рамках проведения дополнительной диспансеризации населения с сентября 2008 года выполняются маммографические исследования. Всего выполнено 2544 исследований.

Кроме того в рамках медицинских осмотров ветеранов ВОВ осмотрено 704 человека за период 2008-2010 годы.

Проведено 42 телемедицинских консультации:

24 из них в режиме «on-line», в том числе со специалистами Краевой клинической больницы, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красно-

ярк ОАО «РЖД», в том числе и с ЦКБ № 2 ОАО «РЖД» им. Семашко г. Москва, НЦССХ им. Бакулева г. Москва, Международным институтом космической медицины г. Страсбург (Франция);

18 консультаций в режиме «off - line» проведено со специалистами Краевой клинической больницы № 2, сотрудниками клинических кафедр Красноярского государственного медицинского университета им проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

За 2010 год ПКДЦ «Доктор Войно-Ясенецкий (св. Лука)» сделал 12 выездов и работал на 52 (2008год – 45) станциях Красноярской железной дороги, специалистами было принято 23400 (2008г. – 16581) пациентов. По результатам осмотров 1682 человека было направлены в многопрофильные медицинские учреждения для дальнейшего обследования и лечения.

В целях повышения доступности специализированной медицинской помощи на амбулаторном этапе, упорядочения потоков пациентов, во всех краевых медицинских учреждениях внедрена предварительная запись пациентов по электронной почте. В ККБУЗ по электронной почте на консультативный прием записывается 100% населения. С целью получения консультативной специализированной медицинской помощи в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в 2009 году выполнено 280 944 посещения (2008г. – 273 000 посещений) по 56 специализированным приемам. Принятая с 2007 года система квотирования наиболее востребованных специальностей позволила упорядочить потоки больных, сократить очередность.

Необходимо отметить работу в первичном звене общих врачебных практик, как фактора повышения доступности и приближения медицинской помощи непосредственно к населению.

С учетом зонирования территории региона по медицинскому обслуживанию населения выстраивается и организационная структура службы санитарной авиации, которая входит в состав КГБУЗ «Краевая клиническая больница». В этой связи целесообразна организация

соответствующих отделений в межрайонных центрах, а именно организация реанимационно - консультативных центров по акушерству, по педиатрии и травматологии. Развитие региональной службы экстренной медицинской помощи необходимо рассматривать как важную составляющую часть работы по оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи населению.

Труд доктора — действительно самый производительный труд: предохраняя или восстанавливая здоровье, доктор приобретает обществу все те силы, которые погибли бы без его забот.

Н. Г. Чернышевский

Что необходимо сделать!

Для дальнейшего повышения доступности медицинской помощи, в том числе специализированных видов, необходимо:

- дальнейшее совершенствование организации медицинской помощи в межрайонных центрах;
- разработка регламента их взаимодействия с муниципальными учреждениями здравоохранения;
- развитие ОВП, продолжение практики работы выездных врачебных бригад;
- развитие телемедицинского консультирования и работа ПКДЦ «Доктор Войно-Ясенецкий (Св. Лука)».

1.4.1. Хирургическая помощь

Медицинская помощь хирургического профиля в Красноярском крае относится к категории наиболее востребованных видов медицинской помощи. В настоящее время в Красноярском крае развернуто 5138 коек хирургического профиля. Из них 2092 общехирургических и 3069 специализированных. Общая обеспеченность койками хирургического профиля составляет 17,8 на 10000 населения. Уровень госпитализации на 1000 населения – 47,8. Занятость койки в году – 313,2. Среднее пребывание больного на койке хирургического профиля составило 11,3 койко-дня. Оборот койки – 27,6. В настоящее время коечный фонд по хирургии превышает нормативные показатели. Однако с учетом географических особенностей Красноярского края (большая площадь, удаленность некоторых

Как обстоят дела в 2010 г.:

Количество пролеченных больных – **139408**;

Выполнено хирургических операций – **182004**.



Падение престижа профессии, тяжелые условия труда на фоне относительно невысокой заработной платы могут привести к формированию в ближайшее время острого дефицита хирургических кадров.

районов, отсутствие развитой транспортной инфраструктуры) условия для быстрого сокращения коечного фонда отсутствуют. Для решения этой задачи необходимы организационные решения. В частности, создание межрайонных хирургических отделений, интенсификация стационарного этапа оказания хирургической помощи с помощью внедрения новых хирургических технологий, более активное использование медико-экономических

стандартов дневного стационара. Сохраняется напряженная ситуация с кадровым потенциалом хирургической службы. Коэффициент совместительства составляет 1,5.

Таблица 97 - Структура оперированных больных в 2008 - 2010 гг. (%)

	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Операции на коже и ПЖК	10,1	11	11,1
Операции на молочной железе	1,3	1,3	1,3
Операции на кост.-мыш. системе	10,1	9,8	9,8
Акушерские операции	25,2	24,5	24,7
Гинекологические операции	15,8	15,2	15,8
Урологические операции	2,9	4	2,5
Операции на брюшной полости	13	13	12,9
Операции на сосудах	1,8	1,7	1,6
ЛОР-операции	4	4,3	4
Операции на органе зрения	6,1	6,3	6,6
Операции на сердце	1,2	1,6	1,4
Операции на органах дыхания	2,7	2,6	2,3
Операции на нервной системе	1,6	2	1,3
Операции на эндокр. сист.	0,3	0,3	0,4

В 2010 году пролечено 139408 пациентов с различными хирургическими заболеваниями. В том числе на койках общехирургического профиля 63085 больных, что составляет 45,2% от общего числа пациентов. Проведено 182004 хирургических операции.

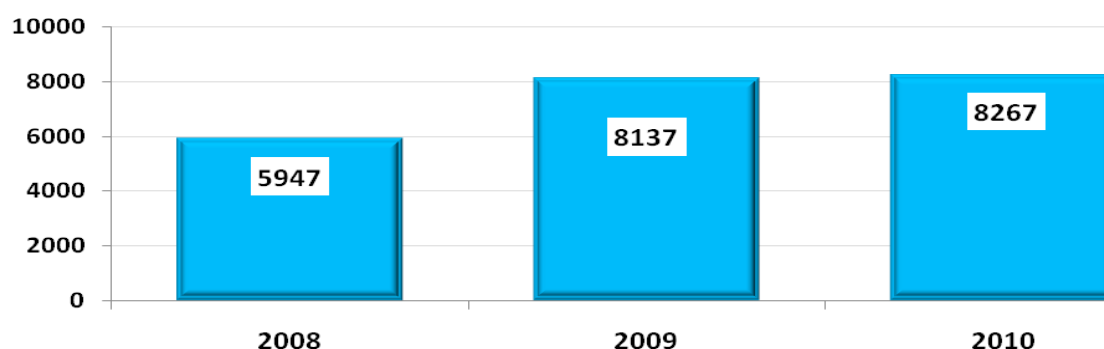


Рисунок 68 - Количество операций по программе оказания высокотехнологической медицинской помощи, 2008-2010 гг.

В 2010 году на 39% по сравнению с 2008 годом увеличилось количество хирургических вмешательств в рамках национального проекта «Здоровье» по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). В 2008 году по программе ВМП было выполнено 5947 операций, в 2009 году – 8137, в 2010 г. – 8267.

Структура больных, оперированных по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Большая часть операций по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 2010 году проведена на органе зрения – 50,8%, на сердце оперировано 29,9% от общего количества больных; на нервной системе – 5,1%; на сосудах – 5,7%, на костно-мышечной системе – 5,5%, на органах брюшной полости – 1,5%.

На протяжении многих лет в структуре пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости преобладают больные острым аппендицитом (30,8%), острым панкреатитом (24,9%), острым холециститом (19,1%). В общей структуре больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости пациенты с желудочно-кишечным кровотечением составили 6,5%, ущемленной грыжей – 4,9%, острой непроходимостью кишечника – 4,3%, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки – 3,2%. По сравнению с 2003 годом отмечается уменьшение числа больных острым аппендицитом в структуре острой хирургической патологии. По-прежнему значительной остается доля больных острым холециститом и острым панкреатитом. Острый панкреатит в течение нескольких лет удерживает 2 место в структуре ургентной патологии органов брюшной полости.

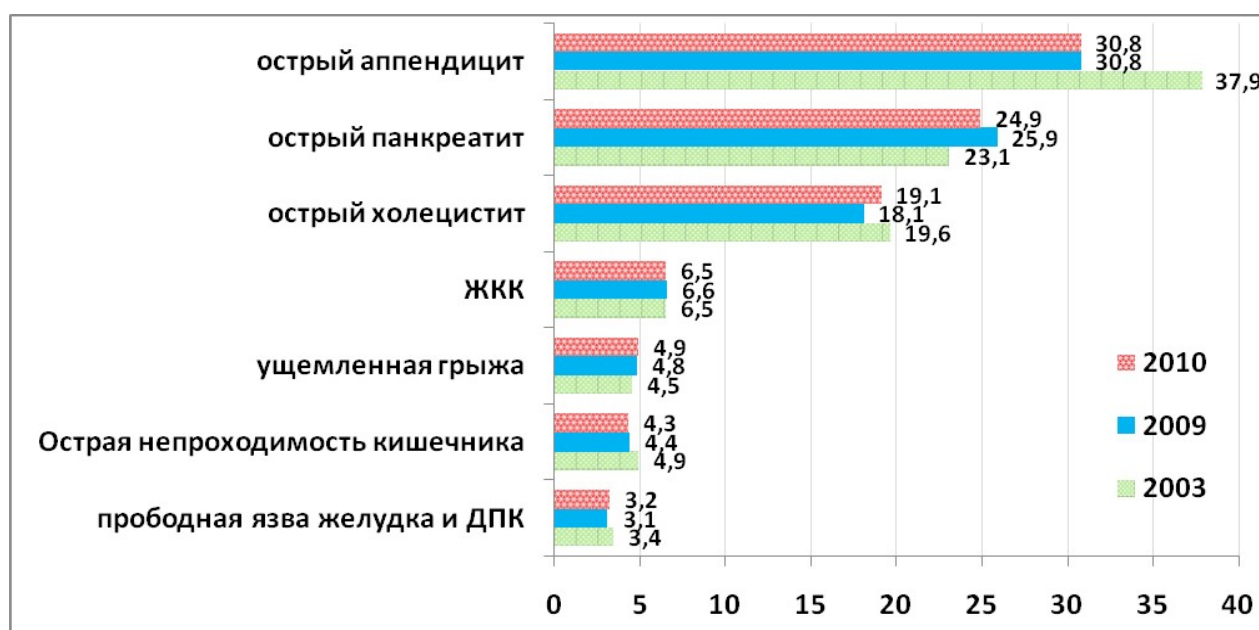


Рисунок 69 - Структура больных с острой хирургической патологией (%)

За последние 10 лет в Красноярском крае более чем в 2 раза возросло количество больных с острыми заболеваниями поджелудочной железы, и, особенно, пациентов с тяжелыми формами острого панкреатита. Наблюдается изменение этиологической структуры заболевания. Основной причиной развития острого панкреатита является злоупотребление алкоголем и суррогатами алкоголя. Заболеванию подвержены, в основном, мужчины трудоспособного возраста. В старшей возрастной группе увеличение заболеваемости острым панкреатитом связано с ростом частоты холелитиаза.

Послеоперационная летальность на протяжении последних 5 лет колеблется от 1% (2006 г.) до 1,9% (2005 г.). В 2009 и 2010 году этот показатель составил 0,9%. В период с 2004 по 2009 годы снизилась летальность после операций на нервной системе с 18% до 9,6%, что связано с внедрением новых медицинских технологий, созданием краевого и межобластных сосудистых центров в рамках реализации национального проекта «Здоровье». Относительно стабильные показатели летальности регистрируются после операций на органах брюшной полости: в 2004 г. – 4%, в 2009 – 3,4%. Летальность после опера-

ций на сердце в 2009 году составила 3,2%. По остальным классам заболеваний показатели летальности существенно ниже.

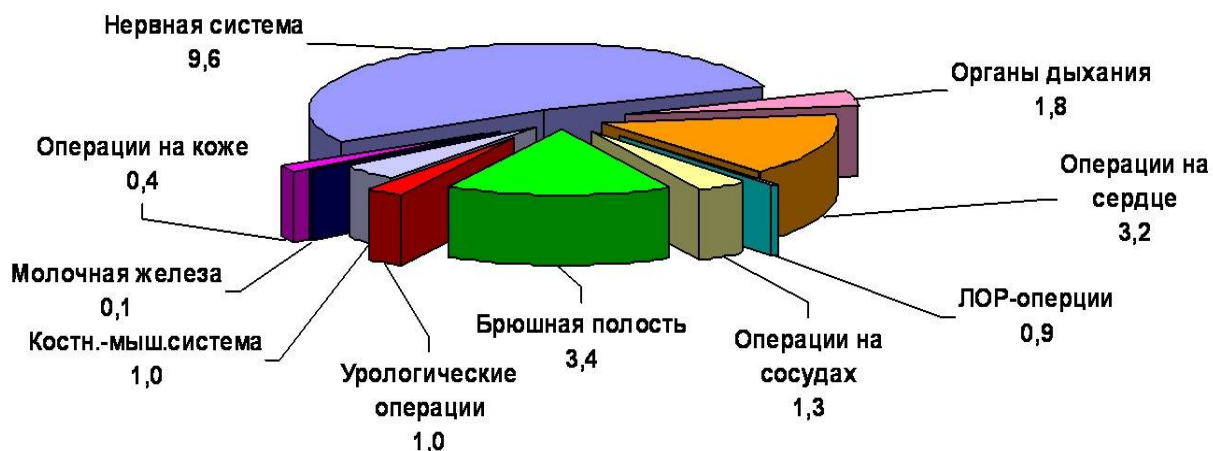


Рисунок 70 – Послеоперационная летальность по классам заболеваний в 2010 г.

Рост летальности среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости по сравнению с 2005 годом отмечен у больных с прободной язвой желудка, особенно у пациентов, обратившихся за медицинской помощью спустя 24 часа от начала заболевания. Внедрение эндоскопических методов диагностики и лечения у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта позволило снизить летальность у этой категории пациентов. По-прежнему высокими остаются показатели летальности у больных острой кишечной непроходимостью и острым панкреатитом. Один из наиболее низких показателей летальности за последние 5 лет зафиксирован у пациентов с ущемленными грыжами. Один из факторов, способствовавших уменьшению количества неблагоприятных исходов при ущемленных грыжах – внедрение ненатяжных методов герниопластики с помощью синтетических эндопротезов.

Таблица 98 - Структура послеоперационной летальности больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости в 2006 - 2010 гг.

Заболевания	Всего					Позже 24 часов				
	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.
Острая непроходимость кишечника	12,4	10,8	9,4	9,9	10,5	18,6	11,9	16,1	12,9	15,3
Острый аппендицит	0,1	0,2	0,1	0,07	0,1	0,2	0,5	0,5	0,07	0,1
Прободная язва	5,3	6,1	5,9	7,1	6,2	12,8	11,7	16,1	17,8	16,7
Желудочно-кишечное кровотечение	12,7	15,3	6,7	16,9	12,0	16,0	21,4	9,3	21,3	14,8
Ущемленная грыжа	4,5	4,5	2,7	3,9	3,6	9,1	7,6	7,9	11,9	8,6
Острый холецистит	3,2	2,3	2,1	1,5	2,3	3,3	2,9	3,0	2,5	2,7
Острый панкреатит	23,5	22,6	29,7	25,5	23,5	24,2	24,4	35,0	22,4	27,3

Что необходимо сделать!

1. Подготовка высококвалифицированных кадров врачей-хирургов (нет кадрового резерва, который способен восстановить и поддержать на должном уровне потенциал хирургической службы).
2. Улучшение состояния материально-технической базы (ремонт хирургических отделений и операционных).
3. Обеспечение учреждений здравоохранения края современным хирургическим оборудованием (операционные столы, лампы, электрохирургические инструменты, видеоэндоскопические комплексы).

Новые хирургические технологии

В настоящее время на территории Красноярского края развивается несколько крупных проектов в области здравоохранения, которые непосредственно связаны с хирургией. Построен, оснащен и начал функционировать Федеральный кардиохирургический центр. Одобрена программа реконструкции Краевого онкологического центра. Ведется строительство перинатального центра.

Чрезвычайно важным обстоятельством в настоящее время является то, что неотложная хирургия включена в приоритетные направления в рамках реализации программы модернизации здравоохранения Красноярского края.

Одно из ключевых направлений модернизации – реконструкция, ремонт и технологическое переоснащение операционных. Планируется оснащение операционных современными хирургическими столами, светильниками, инструментами, видеоэндоскопическими комплексами, электрохирургическими и ультразвуковыми аппаратами. Концепция модернизации здравоохранения Красноярского края предполагает приоритетное развитие хирургической службы в межрайонных центрах в крупных городах региона (Лесосибирск, Минусинск, Канск, Ачинск). Разработана маршрутизация больных хирургического профиля с учетом направления больных из близлежащих районов края в межрайонные центры.

В программе модернизации делается акцент на развитие малоинвазивных хирургических технологий. В настоящее время в хирургических отделениях края применяются видеоэндоскопические вмешательства, а также операции из малых хирургических доступов. Выполняются видеоэндоскопические операции при калькулезном холецистите, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, доброкачественных опухолях поперечно-ободочной кишки, доброкачественных опухолях и кистах печени. Широко используются эндоскопические технологии в гинекологии и урологии. Всего в 2010 году 6,2% хирургических вмешательств были проведены с использованием эндоскопической аппаратуры, в 2004 году этот показатель составлял 3,7%. В программе модернизации указано, что необходимо расширение объема видеоэндоскопических хирургических вмешательств, внедрение лапароскопической аппендэктомии, ушивания прободной язвы, санационных операций при деструктивном

панкреатите. В 2010 году долю вмешательств, выполняемых с помощью видеозендоскопической техники, планируется довести до 10%.

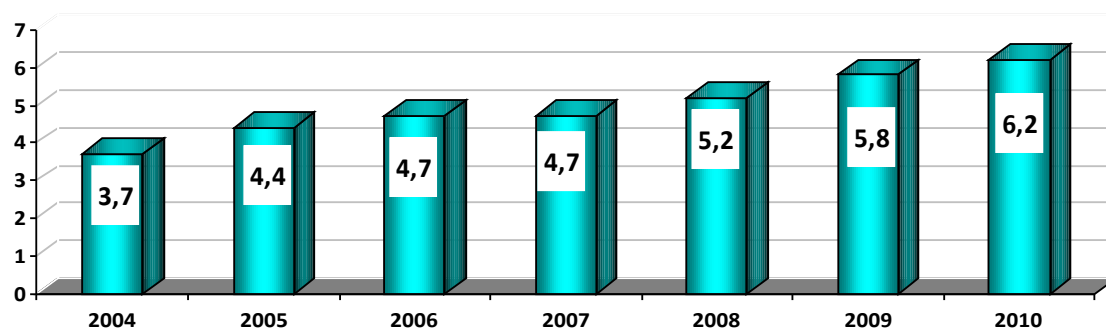


Рисунок 71 - Удельный вес эндоскопических операций в общей структуре хирургических вмешательств (%)

Активно используются в лечебной практике интралюминальные эндоскопические вмешательства в торакальной, билиарной хирургии. Освоены и внедрены в рутинную клиническую практику стентирование желчевыводящих путей, трахеи, пищевода, эндоскопические операции на большом дуоденальном сосочке. Широко применяется эндоскопическое удаление полипов желудочно-кишечного тракта, используются современные методы эндоскопического гемостаза – клипирование кровоточащего сосуда, наложение латексных колец на варикозно-расширенные вены пищевода.

На протяжении последних 5 лет активно внедряются в клиническую практику диагностические и лечебные вмешательства под ультразвуковым контролем. Инвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем – одно из наиболее перспективных и высокотехнологичных направлений современной медицины. Эти методики отличает высокая клиническая, диагностическая эффективности в сочетании с минимальной манипуляционной (операционной) травмой. В перспективе создание операционной, оснащенной современным ультразвуковым, рентгеновским, эндоскопическим оборудованием позволит существенно расширить количество и диапазон малоинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем.

В лечебных учреждениях края внедрены операции с применением сетчатых полипропиленовых эндопротезов у больных с грыжами передней брюшной стенки. Эта современная технология позволяет существенно снизить количество рецидивов после хирургического лечения грыжи, способствует более быстрому восстановлению качества жизни больных, а также снижению уровня летальности, благодаря уменьшению числа случаев рецидива грыжи.

В проведении организационно-методической и просветительской работы активно участвует краевое научно-практическое общество хирургов. В 2009 году проведено 9 заседаний общества, заслушано 35 докладов. Ежегодно проводится семинар-совещание хирургов Красноярского края. В 2010 году проведено 2 региональные хирургические конференции.

1.4.2. Терапевтическая помощь

Медицинскую помощь терапевтического профиля населению Красноярского края в 2010 году оказывали в отделениях круглосуточных стационаров 120 больничных учреждений, в том числе в отделениях 42 центральных районных больниц.

Таблица 99 - Основные показатели работы коечного фонда Красноярского края по терапевтическому профилю

Профили коек	Число коек					Обеспеченность койками на 10 000 населения				
	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010
Терапевтические	3123	2974	2870	2698	2823	10,7	10,3	9,9	9,3	9,8
Кардиологические	732	715	722	718	753	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6
Гастроэнтерологические для взрослых	293	278	247	235	238	1,0	1,0	0,9	0,8	0,8
Аллергологические для взрослых	67	60	60	62	64	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Эндокринологические для взрослых	169	165	149	151	148	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
Гематологические для взрослых	104	100	100	99	105	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4
Нефрологические для взрослых	98	98	98	98	101	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Ревматологические для взрослых	73	69	69	72	72	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Пульмонологические для взрослых	425	416	375	358	362	1,5	1,4	1,3	1,2	1,3

Коечный фонд края по терапевтическому профилю за 5 лет сократился на 9,6%. Сокращение коечного фонда в крае по профилям проводится с учетом развития стационарзамещающих технологий и фактической занятости коечного фонда в предыдущие годы. Показатель обеспеченности круглосуточными койками терапевтического профиля на 10 тыс. населения составил 9,8.

Таблица 100 - Уровень госпитализации по терапевтическому профилю.

Профили коек	Уровень госпитализации (на 1000 населения)					Пролечено больных				
	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.
Терапевтические	24,0	23,1	22,7	22,4	22,9	69974	67579	66525	65123	66768
Кардиологические	5,0	5,3	5,4	5,6	6,3	16041	16888	17355	17970	19933
Гастроэнтерологические	2,0	1,9	1,7	1,7	1,7	5841	5747	5158	5031	5112
Аллергологические	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	1582	1428	1565	1704	1545
Эндокринологические	1,2	1,1	1,1	1,0	1,2	3443	3347	3186	2931	3679
Гематологическ	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	2230	1935	2129	2205	2292
Нефрологические	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	2077	2195	2212	2213	0,8
Пульмонологические	2,7	2,6	2,4	2,6	2,6	8048	7705	7180	7475	7552

Сокращение коечного фонда преимущественно касается общетерапевтических коек (с 3123 в 2006 году до 2823 в 2010 году), тогда как обеспеченность койками специализированных видов терапевтической помощи (кардиологической, аллергологической, пульмонологической, гематологической, нефрологической) сохраняется на одном уровне.

Уровень госпитализации в крае на 1000 населения в 2010 году составил – 192,6 на тысячу населения (в 2006 г. – 195,6). В общей численности госпитализированных больных 12% (66768 чел.) составили терапевтические больные. Снижение уровня госпитализации по терапевтическому профилю на 1000 населения с 24,0 в 2006 году до 22,9 в 2010 году обусловлено сокращением круглосуточного коечного фонда и развитием стационарзамещающих технологий.

В то же время отмечается рост уровня госпитализации по кардиологическому профилю с 5,0 в 2006 году до 6,3 в 2010 году, что обусловлено ростом заболеваемости органов системы кровообращения. Обеспеченность койками кардиологического профиля в учреждениях здравоохранения Красноярского края за последний год увеличился до 2,6 на 10000 населения (в 2009 году - 2,5 на 10000 населения). В динамике за 4 года отмечается увеличение показателя оборота койки кардиологического профиля с 21,0 до 25,3, при этом отмечается снижение занятости койки в году с 346,4 до 326,8. Выросло число пролеченных больных на койках кардиологического профиля с 16 888 до 19933. По различным регионам Красноярского края уровень госпитализации неоднозначен. В районах, приближенных к краевому центру он меньше, высокий уровень госпитализации в северных территориях.

В 2010 году отмечается рост уровня госпитализации на 1 тыс. взрослого населения в круглосуточные стационары края по ишемической болезни сердца, в том числе, по стенокардии с 7,0 в 2006 году до 9,28 в 2010 году; по инфаркту миокарда с 1,86 в 2006 году до 2,7 в 2010 году, что обусловлено повышением доступности специализированной медицинской помощи, развитием новых технологий в оказании медицинской помощи сосудистым больным.

Болезни системы кровообращения занимают в структуре заболеваемости ведущее место, зарегистрировано – 289,3 случая на 1000 населения, прирост заболеваемости по сравнению с 2009 годом составил 0,3 %, пятилетний прирост по классу – 11,5 %. Внутри класса – 44,0 % занимают заболевания с повышенным кровяным давлением – 127,5 случаев, в 2009 году в РФ – 98,7, СФО – 124,9.

Ишемическая болезнь сердца – 63,4 случая на 1000 населения и занимает в структуре 21,9 %. Цереброваскулярные болезни – 55,9 случая, что составляет –19,3 % от всех заболеваний системы кровообращения, в РФ –59,4 случая, СФО – 60,7.

Уровень госпитализации взрослого населения на 100 тыс. человек в 2010 году 190,6; в 2006г. - 194,8. Средняя длительность лечения взрослых в круглосуточных стационарах края терапевтического профиля имеет тенденцию к снижению и составляет в 2010 году 13,0 (в 2006 году 14,2), в том числе по кардиологии – 12,9 (2006 г. - 15,8), по эндокринологии – 13,4 (2006 г. – 16,7).

В целом по терапевтическому профилю увеличился оборот круглосуточной койки с 22,6 в 2006 году до 23,7 в 2010 году.

Летальность среди взрослых по классам болезней в круглосуточных стационарах края на одном уровне и составляет 1,96.

Таблица 101 - Летальность среди взрослых по классам болезней в круглосуточных стационарах края, 2006-2010 гг.

Наименование заболеваний	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	1,8	1,9	1,9	1,9	1,96
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1,8	1,7	2,2	2,0	1,67
<i>сахарный диабет</i>	2,4	2,0	2,7	2,3	1,99
<i>в том числе: сахарный диабет инсулинзависимый</i>	2,0	2,4	3,2	2,5	1,66
<i>сахарный диабет инсулиннезависимый</i>	2,6	1,9	2,4	2,2	2,05
Болезни системы кровообращения	4,5	4,9	5,03	5,14	5,16
<i>ишемические болезни сердца</i>	н/д	н/д	4,6	4,8	4,48
<i>острый и повторный инфаркты миокарда</i>	15,7	16,3	14,6	15,4	12,2
<i>хроническая ишемическая болезнь сердца</i>	7,2	7,6	9,4	13,5	13,22
<i>внутричерепные и внутричерепные кровоизлияния</i>	51,5	55,5	52,5	51,6	53,63
Болезни органов дыхания	1,4	1,6	1,8	1,8	1,8
<i>пневмония</i>	3,5	4,5	4,8	4,4	4,46
<i>другая хроническая обструктивная легочная болезнь, бронхоэктатическая болезнь</i>	2,0	1,5	1,8	2,3	2,01
<i>астма, астматический статус</i>	0,1	0,4	0,3	0,2	0,13
Болезни органов пищеварения	2,8	2,6	2,6	2,6	2,62
<i>из них: язва желудка и двенадцатиперстной кишки</i>	2,9	2,6	3,0	3,7	3,08
<i>неинфекционный колит, другие болезни кишечника</i>	5,1	6,0	8,1	7,0	5,99
<i>болезни печени</i>	15,6	13,0	14,5	14,4	15,35

В структуре летальности по заболеваниям терапевтического профиля в 2010 году отмечается рост больничной летальности по кардиологическому профилю в сравнении с 2009 годом - 5,14 до 5,16 в 2010 году, при этом рост летальности от внутричерепных и внутричерепных кровоизлияний возросла с 51,6 в 2009 году до 53,63 в 2010 году. При этом отмечена тенденция к снижению летальности от ишемической болезни сердца на 9,2% (2009г.- 4,8; 2010г. -4,48), от острого и повторного инфаркта миокарда на 7,8 % (2006г. -15,7; 2010г. - 12,2).

Обращает внимание рост летальности по язве желудка и двенадцатиперстной кишки с 2007 года на 18% (2,6 - 2007; 3,08 -2010), несмотря на стабильную летальность в целом по органам пищеварения 2,6. Учитывая рост первичной заболеваемости по этому классу болезни, это следует связать с низкой эффективностью работы первичного звена по ведению диспансерной группы больных и низким охватом диспансерным наблюдением больных хроническими заболеваниями.

В структуре летальности по органам дыхания отмечается снижение летальности при хронической обструктивной болезни легких с 2,3 в 2009 году до 2,01 в 2010 году, что объясняется своевременной госпитализацией лиц с тяжелой формой заболевания, с сопутствующей тяжелой патологией, полиорганной недостаточностью.

Первичная медико-санитарная помощь

Она должна осуществлять главную функцию - качественное улучшение показателей здоровья населения. Своевременность выявления заболеваний, своевременность оказания лечебно-диагностической помощи, проведение динамического наблюдения, лечебных и реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе входят в функциональные обязанности участковой терапевтической службы.

1.4.3. Урологическая помощь

Общая заболеваемость всего населения Красноярского края по классу «Болезни мочеполовой системы» - 123,3 на 1000 населения, занимает 4 место среди заболеваний внутренних органов.

Урологическими заболеваниями страдает до 7% населения края, темп прироста составляет - 11,9% (в абсолютных цифрах общая заболеваемость в 2009 году - 284332, в 2010 – 322780).

Абсолютное число зарегистрированных больных с заболеваниями мочеполовой системы с 2006 по 2010 годы в РФ увеличилось с 15 250 000 до 15 500 000, то есть 10 900 на 100 тыс. населения. Такая тенденция характерна и для Красноярского края. За это время число больных увеличилось с 144173 до 353709, а на 100 тыс. населения в 2010 составило 12334 пациента, что выше среднероссийского уровня.

В ходе проведения модернизации урологической службы в Красноярском крае следует учитывать, что общая численность населения в 2010 году составляла 2889785 человек. Из них мужское население 1346790 или 46,6%. Мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет, составили более 531617 человек, или 18,4%. По демографическим прогнозам процент населения пожилого и старческого возраста в дальнейшем будет возрастать как в РФ, так и в Красноярском крае, что приведет к росту заболеваемости.

Среди болезней мочеполовой системы выделяют группу заболеваний, наиболее значимых в медико-демографическом, социальном и экономическом отношении: мочекаменная болезнь, аденома и рак предстательной железы, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования почек и мочевого пузыря.

Как известно, указанные заболевания дают наибольшее число осложнений, случаев инвалидности, смертности и требуют серьезного специализированного лечения.

В настоящее время амбулаторная урологическая помощь в Красноярском крае осуществляется в 51 кабинете, 18 из которых функционирует в 8 городах

края (Красноярск, Ачинск, Минусинск, Лесосибирск, Канск, Назарово, Норильск и Сосновоборск). Дополнительно работают урологические кабинеты в 9 МУ краевого подчинения и в 5 поликлиниках ведомственных лечебных учреждений. По штатному расписанию в поликлинических учреждениях здравоохранения числится 60 врачей - урологов. Однако укомплектованность врачами-урологами поликлинической службы составляет всего 45%, внешнее совместительство - 35%.

Оснащенность урологических кабинетов позволяет проводить помимо физикального осмотра цистоскопические исследования, лечение заболеваний предстательной железы с применением физиотерапевтической аппаратуры. Следует отметить, что в крае в 2010 году зарегистрировано 308 случаев рака предстательной железы (РПЖ), прирост за год составил 12,6%. На ранних стадиях рак простаты диагностирован лишь у 24,0 % (РФ 37 %), на поздних стадиях диагностируется до 70% случаев. Эти показатели объясняются низким качеством диагностики РПЖ, не везде проводят скрининговые иммунохимические методы обследования и ультразвуковые трансректальные исследования. Только в 6% случаев РПЖ выявляется при проф.осмотрах (по РФ эта цифра равна 10%). Поздняя выявляемость РПЖ не позволяет выполнить радикальную простатэктомию – золотой стандарт лечения РПЖ. По данным мировой статистики такие оперативные вмешательства выполняются у 25-30% больных. Показатель частоты встречаемости у мужского населения рака предстательной железы в регионе составляет 29,9 на 100 тыс.населения, тогда как в РФ этот показатель несколько выше - 33,7.

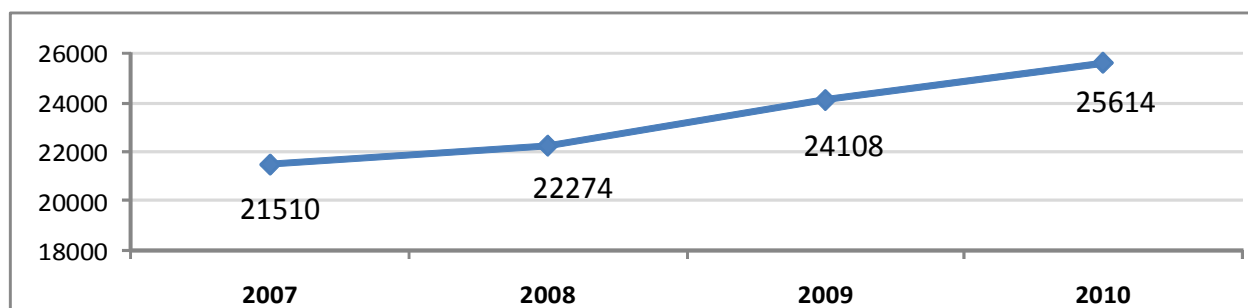


Рисунок 72 - Динамика показателей заболеваемости мужского населения болезнями предстательной железы, 2007-2010 гг. (в абс. числах).

Анализ распространенности МКБ также свидетельствует о росте на протяжении последних лет. В Красноярском крае количество больных с МКБ с 2007 по 2010г. возросло на 32,7%.

Это связано не только с увеличением количества больных, но и с улучшением диагностики: доступностью УЗИ, рентген-урологических исследований и КТ. Эндемичными районами в регионе является Ачинский, Емельяновский и Нижнеингашский. По нашему мнению, определение регионарных факторов способствующих камнеобразованию в этих районах позволит значительно сократить количество госпитализаций в урологические стационары с данной патологией.

Стационарная помощь населению оказывается в урологических отделениях муниципальных и краевых учреждений здравоохранения. Общее количество коек – 409. Физических лиц (врачей-урологов), работающих в урологических отделениях региона – 81, урологических отделениях региона – 81.

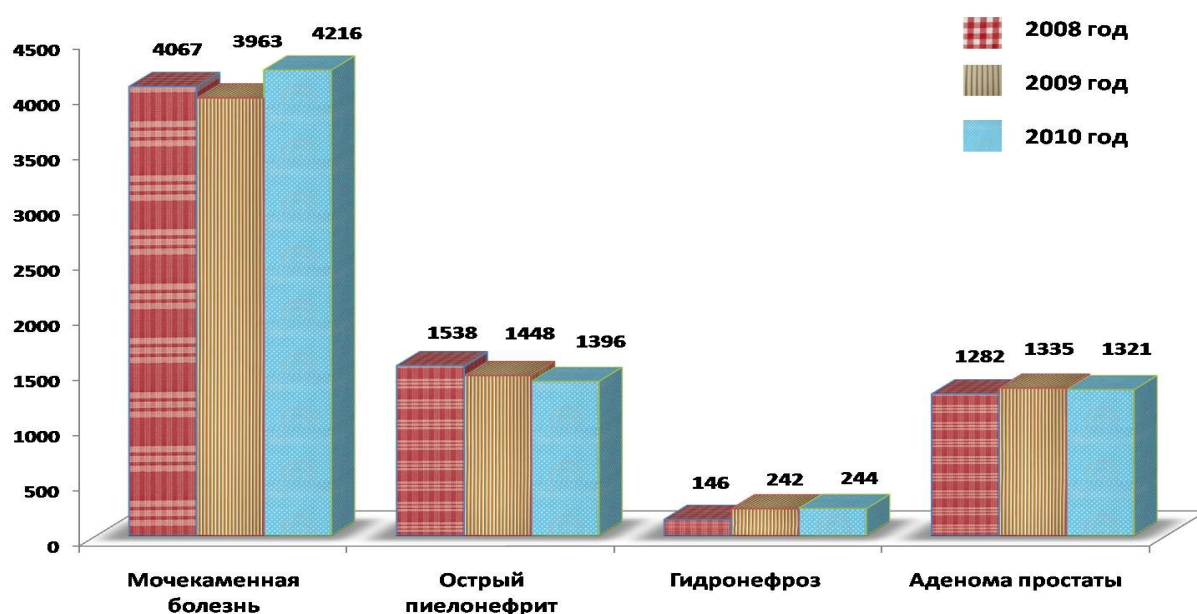


Рисунок 73 - Основные нозологические формы госпитализируемых больных в урологические стационары Красноярского края, 2008-2010 гг.

По сравнению с предыдущими годами изменения структуры пролеченных больных не наблюдается. Отмечено снижение количества больных воспалительными заболеваниями мочевыделительных органов, таких как острый, хронический пиелонефрит, цистит, простатит. Лидирующую позицию из нозологических форм занимает мочекаменная болезнь – 32,7%, затем воспалительные заболевания мочевыделительной системы – 10,8%, доля больных инфравезикальной обструкцией, в том числе ДППЖ составляет 10,3%.

Количество проводимых оперативных вмешательств в урологических отделениях региона на протяжении последних трех лет растет, так, если еще в 2008 году выполнялось 6652 операции, в 2009 - 6862, а в 2010 уже 7223, на фоне снижения процента послеоперационных осложнений и показателя среднего пребывания больного в стационаре. Это связано с внедрением в лечебный процесс современных методов лечения.

Таблица 102 - Хирургическая работа урологических отделений в 2008-2010 гг.

Наименование	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Количество операций	6652	6862	7223
Послеоперационные осложнения (%)	0,5	0,53	0,3
Послеоперационная летальность (%)	0,8	0,5	0,8
Средний койко/день оперируемого больного	17,0	14,6	11,6

Увеличивается количество малоинвазивных, высокотехнологичных операций. В 2010 г. удельный вес эндоскопических операций в общей структуре хирургических вмешательств составил 45,5% (2008г. - 38,2%, 2009г. - 43,7%).

Широко используются в практике современные методы оперативного лечения – ТУР при ДГПЖ, опухоли простаты, инфравезикальной обструкции. Доля эндоуретральных операций при стриктурах уретры составляет 83%. С 2006 года в большинстве отделений освоены и внедрены в практику эндоскопические операции на верхних мочевых путях – уретероскопии, нефроскопии с использованием контактной литотрипсии, а так же дистанционная литотрипсия.

Всего за отчетный период проведено 1819 (45,5%) эндоскопических, малоинвазивных и неинвазивных операций, это на 22,5% больше, по сравнению с предыдущими годами, что связано с приобретением современного оборудования для дистанционной и контактной литотрипсии.

Сохранить, а так же увеличить долю малоинвазивных, высокотехнологичных вмешательств можно будет только при достаточном финансировании и обеспечении расходными материалами.

Следует отметить, что материальная база урологической службы края в целом находится на относительно низком уровне обеспеченности современным лечебно-диагностическим оборудованием. Большинство урологических стационаров используют физически устаревшее оборудование, что не соответствует разработанным стандартам РФ. Отсутствие аппаратуры – главное препятствие для внедрения в широкую практику современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Однако расширить объем и увеличить качество эндоурологических вмешательств будет возможно лишь после приобретения дополнительного оборудования в МРЦ.

Определённые трудности в своевременном оказании урологической помощи связаны с протяженностью Красноярского края и недостаточно развитой урологической службой в отдельных районах. Поэтому больные часто поступают с осложненными формами урологических заболеваний, что и является основной причиной более длительного лечения.

Одно из ключевых направлений модернизации – реконструкция, ремонт и технологическое переоснащение операционных. Планируется оснащение операционных современными хирургическими столами, светильниками, инструментами, видеоэндоскопическими комплексами, электрохирургическими и ультразвуковыми аппаратами. Концепция модернизации здравоохранения Красноярского края предполагает приоритетное развитие урологической службы в межрайонных центрах в крупных городах региона (Лесосибирск, Минусинск, Канск, Ачинск). Разработана маршрутизация больных урологического профиля с учетом направления больных из близлежащих районов края в межрайонные центры.

В проведении организационно-методической работы активно участвует краевое научно-практическое общество урологов. В 2009 году проведена межрегиональная конференция урологов Сибири с международным участием. В 2010 году проведено 8 заседаний общества, заслушано 24 доклада.

Таким образом, нас ожидает чрезвычайно ответственная напряженная работа, которая заключается в организации современной урологической помощи в крае, внедрении высокотехнологичных методов диагностики и лечения урологических заболеваний, что будет способствовать сохранению здоровья и улучшению качества жизни.

Что необходимо сделать!

Охват населения скринингом на выявление урологических заболеваний с использованием специальных анкет не менее 50% к 2012 году;

100% охват диагностическим скринингом на онкомаркеры (простат-специфический антиген) по медицинским показаниям к 2012 году;

Увеличение числа выявленных больных раком предстательной железы в I-II стадиях заболевания до 25-30%; увеличение количества радикальных простатэктомий до 50-70 в год;

Снижение смертности больных РПЖ в первый год от установления диагноза до 5%.

Повышение доли экстракорпоральных, малоинвазивных, эндоскопических, перкутанных вмешательств при мочекаменной болезни до 70-75% от числа всех вмешательств по поводу МКБ;

Снижение сроков пребывания больных в урологическом стационаре на 20%-25%;

Повышение укомплектованности врачами урологами амбулаторно-поликлинической служб до 80%.

1.5. Стоматологическая помощь

Стоматологическая служба Красноярского края на 01.01.2011 г. представлена 95 учреждениями здравоохранения, имеющими в своем составе стоматологические отделения и кабинеты, в том числе:

- 15 стоматологическими поликлиниками, в том числе стоматологическая поликлиника ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»;

- 6 стоматологическими поликлиниками в составе федеральных государственных учреждений здравоохранения, городских больниц;

Как обстоят дела в 2010 г.:

*В учреждениях здравоохранения края число врачей - стоматологов составило **1048** человек,*

в том числе:

*стоматологов общей практики – **236**,
стоматологов-терапевтов – **386**,
стоматологов-хирургов – **123**,
стоматологов-ортопедов – **161**,
стоматологов детских – **114**,
ортодонт – **28**.*

- 17 стоматологическими отделениями и отделениями челюстно-лицевой хирургии, включая 3 детских стоматологических отделения многопрофильных детских поликлиник и больниц;

- 329 стоматологическими организациями (кабинетами) негосударственных форм собственности.

Отделения (кабинеты) зубного протезирования в своем составе имеют 63 лечебно-профилактических учреждения. За период с 2006 года число отделений (кабинетов) зубного протезирования уменьшилось на 10 единиц.

Всего 16 учреждений здравоохранения Красноярского края имеют в своей структуре ортодонтические кабинеты, причем 7 из их числа находятся в Красноярске, 2 – в Норильске. По одному ортодонтическому кабинету имеется в городах: Ачинск, Канск, Минусинск, Сосновоборск, Шарыпово, Железногорске, Зеленогорске и на территории Таймырского муниципального района. Наряду с малым количеством ортодонтических кабинетов, обращает на себя внимание факт отсутствия возможности у населения получать ортодонтическую помощь в таких городах: Лесосибирск, Назарово, Дивногорск.

В учреждениях здравоохранения в настоящее время работают 197 зубных врачей, что меньше по сравнению с 2006 годом на 44 специалиста. Увеличение числа врачей-стоматологов всех специальностей с 2006 года составило 63 человека, вместе с тем обеспеченность взрослого населения врачами-стоматологами остается на низком уровне: 3,0 (взрослое население); 2,0 (детское население). С учетом работающих в учреждениях здравоохранения зубных врачей обеспеченность незначительно повышается – до 3,8. Крайне низкой остается обеспеченность ортодонтами – 0,46 на 10000 детского населения, при существующем нормативе согласно порядку оказания стоматологической помощи детям – 1,5.

За пятилетний период произошло снижение числа зубных техников с 366 до 337 человек, вместе с тем, это практически соответствует существующему нормативу – 2,0 должности зубных техников на 1,0 должность стоматолога-ортопеда.

Из числа врачей-стоматологов квалификационные категории имеют 680 (64,8%) человек, а среди специалистов среднего звена – 531 (65,7%).

Таблица 103 - Квалификационные категории врачей-стоматологов и средних медицинских работников в 2010 г.

Специальность	Число специалистов	Число специалистов, имеющих квалификационную категорию	%
Стоматология	236	102	43,2
Стоматология терапевтическая	386	288	74,6
Стоматология ортопедическая	161	102	63,3
Стоматология хирургическая	123	80	65,0
Стоматология детская	114	86	75,4
Ортодонтия	28	22	78,5
Всего:	1048	680	64,8

Стоматология (зубные врачи)	197	167	84,7
Стоматология ортопедическая (зубные техники)	337	184	54,6
Всего:	534	351	65,7
ИТОГО:	1582	1031	65,1

Из числа специалистов, имеющих квалификационную категорию 419 (61,6%) врачей-стоматологов, 249 (70,9%) зубных врачей и зубных техников, аттестованы на высшую категорию. За период с 2006 по 2010 годы отмечается снижение числа врачей-стоматологов, имеющих квалификационные категории на 11,3%, и повышение числа специалистов среднего звена с квалификационными категориями на 4,1%, что связано с уменьшением числа работающих зубных врачей и зубных техников в учреждениях здравоохранения Красноярского края.

В 2010 году в амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения Красноярского края выполнено 2210580 посещений, в том числе 868297 первичных посещений, что меньше в сравнении с 2006 годом на 149118 (6,3%) – по посещениям в целом и на 90817 (9,5%) – по первичным посещениям (табл. 2). Вместе с тем, отмечается рост количества выполненных условных единиц трудоемкости (УЕТ) с 7589155 (в т.ч. 5963121 по ОМС) в 2006 году до 9646000 (в т.ч. 8662100 по ОМС) – в 2010 году, что свидетельствует об увеличении объема выполняемых стоматологических вмешательств в течение одного посещения пациента.

Таблица 104 - Объем стоматологической помощи, оказанной населению края в 2006, 2010 гг.

Показатели	Объем оказанной стоматологической помощи		Изменение
	2006 год	2010 год	
Выполнено посещений	2359698	2210580	149118 (-6,3%)
в т.ч. первичных	959114	868297	90817 (-9,5%)
Количество посещений по платным услугам	130947	71732	59215 (-54,8%)
Выполнено УЕТ	7589155	9646000	2056845 (27,1%)
в т.ч. по ОМС (абс./%)	5963121/78,6	8662100/89,7	2698979 (11,1%)
Вылечено зубов	1165540	985166	180374 (-15,5%)
в т.ч. постоянных	1000887	861135	139762 (-14,0%)
Удалено зубов	397466	362138	35328 (-8,9%)
в т.ч. постоянных	325141	300051	25090 (-7,7%)
Всего санировано	401038	360837	40201 (-10,0%)
% санированных от числа первичных	41,8	41,6	-0,2%
Осмотрено в порядке плановой санации	357279	297440	59839 (-16,7%)
из числа осмотренных, нуждались в санации (абс./%)	214747/60,1	160220/53,9	54527/-6,2
санировано, из числа нуждающихся в санации (абс./%)	138054/64,3	95495/59,6	42559/-4,7
Проведено курсов профилактики	99042	111972	12930 (13,1%)

Число лиц, получивших зубные протезы	31628	25810	5818 (-18,4%)
Число лиц, получивших зубные протезы бесплатно	14845	13028	1817 (-12,2%)
Изготовлено протезов	77661	66827	10834 (-14,0%)

Данные анализа свидетельствуют, что в структуре посещений существенно преобладают посещения в рамках программы государственных гарантий оказания населению медицинской помощи. Так, в 2006 году количество посещений в рамках программы ОМС составило 78,6%, а в 2010 году – 89,7%. С установленным фактом полностью согласуется тенденция к снижению количества посещений по платным услугам, которые составили 71732 в 2010 году, что на 54,8% ниже по сравнению с 2006 годом.

На протяжении последних пяти лет прослеживается четкая тенденция к уменьшению количества случаев вылеченных зубов – на 15,5%; удаленных зубов – на 8,9%, вместе с тем в 2010 году отмечается небольшой рост случаев удалений зубов – на 0,8%. Обращает на себя внимание факт снижения абсолютного числа санированных больных с 401038 до 360837 человек, что составляет 41,8 и 41,6% от числа первичных больных в 2006 и 2010 годах, соответственно.

Анализ профилактической работы учреждений здравоохранения свидетельствует о снижении активности в данном виде работы. Так, если в 2006 году в порядке плановой санации было осмотрено 357279 человек, то в 2010 году этот показатель снизился до 297440 человек (на 16,7%), а процент санированных от числа нуждавшихся в санации полости рта составил 64,3 – в 2006 году и 59,6 – в 2010, что свидетельствует об эффективности профилактической работы в стоматологии, основанной на результатах плановой профилактики стоматологических заболеваний. Необходимо отметить факт увеличения количества проведенных курсов профилактики стоматологических заболеваний с 99042 в 2006 году до 111972 в 2010 году (на 13,1%).

Таким образом, продолжающееся развертывание в Центрах здоровья кабинетов профилактической стоматологии будет способствовать эффективности проведения профилактики стоматологических заболеваний. На 01.01.2011 г. во все Центры здоровья Красноярского края проведена поставка стоматологического оборудования, а практическую деятельность по специальности «стоматология профилактическая» в настоящее время ведут только 5 Центров здоровья по причине отсутствия специалистов и лицензий. В течение 2010 года и начала 2011 года коллективом сотрудников ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и работников учреждений здравоохранения Красноярска подготовлены и утверждены методические рекомендации, направленные на организацию работы кабинетов профилактической стоматологии в Центрах здоровья Красноярского края.

В 2010 году выполнено 16873 операции в полости рта и челюстно-лицевой области, что практически соответствует ежегодному количеству выполняемых операций в крае.

За период с 2006 по 2010 годы произошло уменьшение числа лиц, прошедших зубное протезирование на 5818 (18,4%) человек; количества изготовленных зубных протезов – на 10834 (14,0%); числа лиц, получивших зубные протезы бесплатно – на 1817 (12,2%) человек. В 2010 году обеспечение мер социальной поддержки ветеранам труда, труженикам тыла, лицам, признанным пострадавшими от политических репрессий в части бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов осуществлялось через систему обязательного медицинского страхования. Объем финансирования средств на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан в части бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов на 2010 год в целом по Красноярскому краю был определен в сумме 162 370,400 тыс. рублей.

С целью совершенствования оказания стоматологической помощи населению Красноярского края завершена работа по подготовке специализированных программ и стандартов оказания стоматологической профилактической помощи, завершается работа по формированию клинико-экономических стандартов оказания стоматологической помощи, протоколов ведения челюстно-лицевых больных.

Для оказания стоматологической помощи населению отдаленных территорий Красноярского края с 2007 года используется стоматологический кабинет в составе специального медицинского поезда «Доктор Войно-Ясенецкий «Святой Лука» (2007-2010 годы). С 2005 года реализуется ежегодный проект оказания стоматологической помощи малочисленным народам Севера с использованием мобильных стоматологических бригад.

В лечебно-профилактических учреждениях Красноярского края используются современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний: 3D-компьютерная томография; дентальная имплантация; методы реконструктивной хирургии с использованием материалов с памятью формы; методы эстетического лечения стоматологических заболеваний, включая современные технологии зубного протезирования (на дентальных имплантатах, безметалловая керамика, зубные протезы из термопластических материалов); использование хитозансодержащих композиций в лечении стоматологических заболеваний; прецизионная эндодонтия с использованием систем компьютеризированного контроля обработки корневых каналов и операционной микроскопии.

Ежегодно, из стен университета выпускается около 100 молодых врачей-стоматологов. В составе кафедр Института стоматологии работают 12 докторов медицинских наук, 30 кандидатов медицинских наук. В практическом здравоохранении Красноярского края работают 4 доктора медицинских наук и 18 кандидатов медицинских наук по специальности «стоматология». Ежегодно на базе Красноярского государственного медицинского университета на 22 циклах повышения квалификации проходят усовершенствование и профессиональную переподготовку более 260 врачей-стоматологов, зубных врачей и зуб-

ных техников. В настоящее время на кафедрах Института стоматологии обучаются 123 клинических интерна и 34 клинических ординатора.

Что необходимо сделать!

1. Комплектация штатного расписания специалистами в районах края.
2. Формирование концепции оказания стоматологической помощи населению удаленных, прежде всего северных, территорий края.
3. Организационные проблемы в оказании стоматологической помощи детям, проживающим в малых городах края в рамках Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2009 г. № 946н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями».
4. Необходимость разработки эффективной системы контроля качества за оказанием стоматологической помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях всех форм собственности.
5. Создание структуры оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи детям в рамках направления: «Школьная медицина».
6. Подготовка кадров по специальности «стоматология профилактическая» для Центров здоровья и работы в образовательных учреждениях Красноярского края.

1.6. Санаторно-курортная помощь

В результате рыночных преобразований в экономике за период с 1999 года численность санаторно-курортных организаций в Красноярском крае уменьшилась с 93 до 24-х в 2011 году, т.е. более чем на 75%.

Ведущие здравницы Красноярского края:

ЗАО «Санаторий «Красноярское Загорье» - бальнеологический санаторий, рассчитан на 840 мест, пропускная способность 1036 чел., обладает современной лечебно-диагностической базой, специализируется на приеме больных с заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной систем и желудочно-кишечного тракта.

Минеральные воды Кожановского месторождения относятся к углекислым холодным водам, маломинерализованным, преимущественно гидрокарбонатного магниево-кальциевого состава. Эксплуатационные запасы углекислых вод в количестве 515,0 м куб/сут. по категории В.

В санатории открыто детское отделение для больных сахарным диабетом на 20 коек.

ЗАО «Санаторий «Озеро Учум» - здравница на озере Учум, коечной мощностью на 460 мест. Озеро расположено в 35 км южнее города Ужура, среди восточных отрогов Кузнецкого Алатау. Природными лечебными факторами санатория являются лечебные сероводородные грязи, озёрная и подземная ми-

неральная вода, называемая «местным нарзаном». Терапевтические свойства лечебных грязей озера Учум не уступают таковым грязям Черноморского побережья. В санатории успешно лечатся больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, нервной системы и с урогенитальной патологией.

ОАО «Санаторий «Сосновый Бор» расположен на берегу озера Тагарское, находящемся в 18 км от г. Минусинска. Мощность санатория позволяет оздоровить 2607 человек в год. В санаторий принимаются на лечение больные с заболеваниями органов дыхания, костно-мышечной системы, кожи, с гинекологической патологией.

ОАО Санаторий «Шушенский - климатический санаторий на 144 места, находится на юге Красноярского края, имеет современную лечебную базу.

Круглогодовая вместимость санатория 2502 человека. Санаторий принимает на лечение взрослых и детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, дыхания и кровообращения. В лечении используются сульфидно-иловые грязи озера Учум, озера Чедер и сапропелевая грязь озера Плахино, а также Ширинская минеральная вода.

ОАО «Санаторий «Енисей» расположен в живописном пригороде Красноярска, на левом берегу реки Енисея, в окружении соснового бора и березовой рощи, делающих воздух свежим и чистым. Санаторий на 200 мест, располагает жилыми корпусами с одно-двухместными номерами, лечебно-диагностическим отделением, столовой, хорошей библиотекой, танцевальным залом, баром, сауной, песчаным пляжем, летним открытым бассейном.

Кардиологический санаторий «Енисей» был организован на базе дома отдыха «Енисей» в 1986 году. Территориальная близость санатория к клиникам города способствовала открытию первого в крае специализированного отделения на 30 мест для реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

Постановлением Правительства Красноярского края с 2008 года полномочия по регулированию в области использования и охраны курортов, лечебно-оздоровительных местностей и природных лечебных ресурсов закреплены за министерством здравоохранения Красноярского края.

В качестве цели государственной политики в сфере восстановительной и курортной медицины рассматривается создание системы, обеспечивающей процессы формирования, активного сохранения и восстановления функциональных резервов организма человека, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной производственной, социальной и личной жизни, снижение темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличения средней продолжительности и качества жизни, улучшения демографической ситуации в Красноярском крае.

В 2010 году при исключении финансовых средств на долечивание пациентов из расходных обязательств Фонда социального страхования РФ Правительством Красноярского края выделены средства краевого бюджета на финансирование восстановительного лечения больных из числа работающих граждан на базе специализированных санаториев.

Выбор заболеваний, после которых осуществлялось направление на восстановительное лечение, обусловлено структурой основных причин смертности и инвалидности населения края.

По результатам конкурсного отбора Красноярским краевым фондом ОМС в 2010 году были заключены контракты на приобретение путевок на сумму 25 млн. рублей, в том числе:

420 путевок кардиологического профиля - с ОАО «Санаторий «Енисей»;

586 путевок неврологического профиля - с ЗАО «Санаторий «Красноярское Загорье».

Исполнение плана реализации государственного задания на оказание услуг по восстановительному лечению (долечиванию) работающих граждан непосредственно после стационарного лечения острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения в 2010 году составило 100,0 процентов.

Анализ результатов проведенного лечения свидетельствует о том, что у 85% пациентов после санаторного этапа реабилитации наступило улучшение состояния, у 10% - значительное улучшение, без значительного эффекта - 5%.

В соответствии с постановлением Совета администрации Красноярского края от 21.04.2005 № 117-п «О мерах по организации санаторно-курортного лечения работников краевых государственных и муниципальных учреждений Красноярского края» в краевом государственном учреждении «Центр социального обслуживания «Тесь» в Красноярском крае проводится работа по оздоровлению работников бюджетных учреждений.

В 2010 году за счет краевого бюджета было оздоровлено 1736 человек на сумму более 30 млн. рублей.

В 2010 году по линии министерства здравоохранения Красноярского края направлено на санаторно - курортное лечение 12085 детей и 243 взрослых, в том числе по федеральной программе «Мониторинг санаторно-курортного лечения»:

39 ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС из числа жителей края;

204 больных туберкулезом.

Что необходимо сделать!

Расширение направлений санаторно-курортной реабилитации за счет реабилитации детей и подростков и лиц пожилого возраста, для которых санаторно-курортная помощь остаётся малодоступной;

Включение приоритетных видов санаторной реабилитации в Программу государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

1.7. Высокотехнологичная медицинская помощь

Высокотехнологичная медицинская помощь является одним из приоритетных направлений модернизации системы здравоохранения.

В 2009 году высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) оказывалась за счет средств краевого и федерального бюджетов.

Как обстоят дела в 2010 г.:

Количество пролеченных больных по ВМП:

- федеральные учреждения – **3012;**
 - краевые учреждения – **8890.**
-

I. Оказание ВМП за счет средств федерального бюджета

За счет средств федерального бюджета ВМП оказывалась по выделенным квотам в федеральных специализированных медицинских организациях и краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница».

1). Оказание ВМП за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

В 2007 пролечено 954 человека, в 2008 году - 1095 человек, в 2009 – 1464, в 2010 – 3012.

2). Оказание ВМП за счет средств федерального бюджета в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница».

В 2007 году пролечено 1010 человек, в 2008 - 1333, в 2009 – 1636.

II. Оказание ВМП за счет средств краевого бюджета

В 2010 году краевое государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» участвовало в реализации государственного задания по ВМП по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия», «Нейрохирургия», «Травматология и ортопедия», всего пролечено 1336 человек, в том числе по профилям: «Сердечно-сосудистая хирургия» - 700 человек, «Нейрохирургия» - 336, «Травматология и ортопедия» - 300.

1). Оказание ВМП за счет средств краевого бюджета в краевых государственных учреждениях здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

В 2007 году получили в рамках Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи ВМП 1377 человек, в 2008 - 3668 человек, в 2009 - году 4098, в 2010 году - 4177 (822 - сердечно-сосудистая хирургия, 88 - травматология и ортопедия, 170 - нейрохирургия, онкология - 2040, гематология - 850, гемодиализ - 207). Кроме того, в 2010 году проведено 4339 фактоэмюльсификаций с имплантацией эластичной ИОЛ.

2). Оказание ВМП в рамках долгосрочной целевой программы «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае»

В 2010 году реализовалась долгосрочная целевая программа «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае», в рамках которой пролечено 365 пациентов по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» (установлено 515 стентов).

Кроме того, 28 пациентов направлены в организации здравоохранения, расположенные за пределами края, для получения дорогостоящих (высокотехнологичных) медицинских услуг за счет средств краевого бюджета в рамках Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи. Большая часть это пациенты, нуждающиеся в тех видах медицинской помощи, которые не могут быть оказаны в рамках реализации государственного задания. В основном это трансплантация почки, включая специальное лечение больных с пересаженной почкой, а также ряд видов ВМП при онкологических и сосудистых заболеваниях.

Общее количество проведенной ВМП за счет бюджетных источников финансирования: 2007 год – 4036 пациентов, 2008 год – 6558 пациентов, 2009 год – 7556 пациентов, 2010 год – 8890 пациентов.

Общая обеспеченность ВМП за счет бюджетных источников финансирования составили: 2009 год – 192,3 на 100 тыс. населения, 2010 год – 227,4 на 100 тыс. населения. Удовлетворенность ВМП по итогам 2009 года составляет 53%, по итогам 2010 года – 57,3%.

Перспективы развития ВМП на территории края

Дальнейшие перспективы повышения доступности ВМП связаны, в первую очередь с увеличением объемов ВМП как в федеральных, так и краевых специализированных медицинских учреждениях, расширением спектра ВМП по профилю травматология и ортопедия в краевом государственном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница», внедрением новых медицинских технологий в медицинские учреждения г.Красноярска.

Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 № 1012 «О финансовом обеспечении в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» в Красноярском крае созданы региональный сосудистый центр и три первичных сосудистых отделения мощностью 180 коек для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 180 коек для лечения больных с острым коронарным синдромом. Региональный сосудистый центр организован на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (далее – РСЦ), три первичных сосудистых отделения (далее – ПСО) развернуты на базах муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения: «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона» г.Красноярска, «Городская больница № 1» г.Норильска, «Центральная районная больница» г.Минусинска.

По итогам 2010 года в региональный сосудистый центр и первичные сосудистые отделения

- госпитализировано 2272 больных инфарктом миокарда, 276 проведен тромболизис, 679 пациентам проведено рентгенэндоваскулярное обследование и лечение;

- госпитализировано 3197 больных церебральным инсультом, 52 пациентам с ишемическим инсультом проведен тромболизис, 91 пациенту проведено рентгенэндоваскулярное обследование и лечение, выполнено 256 нейрохирургических и 91 сосудистое оперативное вмешательство.



Рисунок 74 - Госпитализация больных мозговым инсультом и острым инфарктом миокарда в сосудистые центры Красноярского края.

Отмечено уменьшение летальности при мозговом инсульте, в целом, по сосудистым центрам Красноярского края, с 19,5% в 2008 году до 16,2% в 2010 году.



Рисунок 75 - Летальность в сосудистых центрах Красноярского края, 2008 – 2010 гг.

При остром инфаркте миокарда, в целом также отмечено снижение летальности по сосудистым центрам с 11,1% в 2009 году до 10,7% в 2010 году. Снижение данного показателя произошло несмотря на утяжелением контингента госпитализируемых больных острым инфарктом миокарда (увеличение числа пациентов с запущенными многососудистыми поражениями коронарных артерий, кардиогенным шоком, отеком легких).

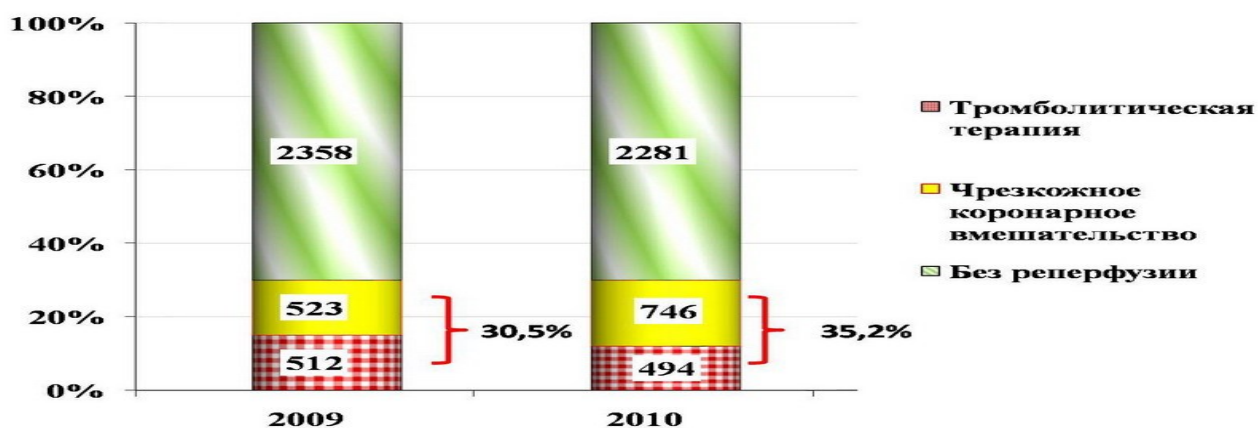


Рисунок 76 - Частота проведения реваскуляризации у больных острым инфарктом миокарда в Красноярском крае, 2009 -2010 гг..

Частота выполнения тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда в 2010 году в ПСЦ ГБ №20 г. Красноярска составила 25,6%, в Минусинске – 26,8%, в Норильске – 96,7%, что является приемлемым уровнем и отражает устойчивую тенденцию увеличения показателя в этих ПСЦ. Всего в 2010 году тромболитическая терапия при ОИМ выполнялась в 37 лечебных учреждениях края. Это позволило довести суммарную частоту выполнения реперфузионных вмешательств у больных ОИМ с учетом выполнения первичных чрескожных коронарных вмешательств при ОИМ в крае до 35,2% (в 2009 году – 30,5%).

Так как ранняя реабилитация больных мозговым инсультом является неотъемлемой частью программы, в 2010 году в РСЦ и ПСО активное внедрение методов реабилитации привело к значительному увеличению количества пациентов с мозговым инсультом независимых после лечения к моменту выписки из стационара (2085 больных в 2010 году; 1370 – в 2009).

В 2010 году получила дальнейшее развитие система телемедицинского взаимодействия сосудистых центров. Систематически, три раза в неделю, проводятся утренние планерные совещания руководителя и специалистов РСЦ с врачами ПСЦ ГБ №20 г. Красноярска, Минусинска и Норильска. В 1,5 раза возросло количество консультаций врачей ПСО специалистами РСЦ.

Основные итоги реализации проекта на территории Красноярского края:

- повышено качество диагностики и специализированного лечения больных мозговым инсультом и острым инфарктом миокарда (сочетанный показатель летальности при этих заболеваниях снижен за год на 7,2%). Причем летальность при мозговом инсульте за три года программы снижена на 20,3%. Достигнута стабилизация показателя летальности при остром инфаркте миокарда на уровне 10,7%;

- разработаны и утверждены региональные стандарты оказания стационарной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, унифицированные формы историй болезни при ОНМК и ОКС, порядок оказания

помощи больным с нарушением ритма сердца, порядок проведения тромболитической терапии при ОИМ на догоспитальном этапе;

Перспективы развития сосудистых центров на территории края

Сосудистые центры с учетом географических особенностей края позволяют охватить чуть более 40% населения. Для более полного охвата новой технологией оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями будут созданы дополнительные четыре первичных сосудистых отделений на базе межрайонных центров в г. Ачинске, г. Канске, г. Лесосибирске и на базе муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» в г. Красноярске. Во всех перечисленных лечебных учреждениях определены помещения под развертывание первичных сосудистых отделений, проводится работа по укомплектованию медицинскими кадрами.

С учетом создания четырех первичных сосудистых отделений коечная мощность составит 330 коек для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения и 327 коек для лечения больных с острым коронарным синдромом, охват сосудистыми центрами составит 82% взрослого населения.

Для широкого тиражирования технологии тромболитической терапии при ОИМ, в том числе на догоспитальном этапе, повышения доступности диагностики кардиологической патологии на территории края разворачивается система телемедицинской трансляции данных ЭКГ по телефонным линиям с размещением портативных регистраторов на машинах СМП, в приемных отделениях центральных районных и городских больниц. Дистанционные консультативные пункты будут развернуты в ПСЦ и РСЦ.

1.8. Трансфузиологическая помощь

В Красноярском крае заготовка донорской крови и её компонентов ведётся КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови № 1» г.Красноярск, КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови № 2» г.Норильск, кроме того: ФГУЗ «Станция переливания крови Федерального медико - биологического агентства» г.Красноярск, отделениями переливания крови ФГУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА» г.Железногорска и ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА» г.Зеленогорска.

Ведущим учреждением службы крови края является КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови № 1», его деятельность основывается на требованиях международных стандартов системы менеджмента качества ISO серии 9000 (ГОСТР серии 9000), ГОСТ 52249-2004 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств (GMP)».

Как обстоят дела:

В 2010 году в Красноярском крае заготовлено:

- **39657,9 л.** донорской крови,
 - **18431,0 л.** донорской плазмы
-

Деятельность **Службы крови** направлена на совершенствование оказания трансфузиологической помощи населению края путём:

- обеспечения потребностей пациентов лечебных учреждений в компонентах крови через увеличение заготовки крови и расширение номенклатуры выпускаемой продукции;
- обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности компонентов донорской крови;
- повышения качества гемокомпонентов;
- внедрения системы прослеживаемости каждой дозы компонента крови от донора до реципиента.

Краевая служба крови обеспечивает гемотрансфузионными средами и диагностическими стандартами 113 учреждений (за счет средств бюджета края - 93) исходя из текущих заявок. В ведомственные учреждения продукция поставляется на основании договоров.

Поддержание и развитие донорского движения является залогом успешного развития трансфузиологии в крае. Активное сотрудничество с предприятиями различных форм собственности, образовательными учреждениями и молодёжными движениями Красноярского края привлекло 35530 доноров, из них 10% (3 742 человек) привлечены во время 44 акций.

Использование мобильного комплекса приблизило службу крови к местам массового скопления населения: 30% всех доноров взяты в выездных условиях (304 выезда, 10 724 человек), из них на мобильном комплексе 46 выездов, 1 318 доноров.

На основании ст. 8 Закона РФ № 5142-1 от 09.06.93г. «О донорстве крови и её компонентов» страхование доноров при выполнении ими донорской функции осуществлено на 100%.

Таблица 105 - Динамика числа доноров Красноярского края 2005-2010 гг.

Год	Кол-во доноров в крае	Безвозмездное донорство % РФ/Край	Кол-во почётных доноров зарегистрированных в крае
2005	38072	86,8 / 98,6	4423
2006	35968	87,6 / 98,7	5019
2007	31018	89,5 / 98,4	5161
2008	32406	91,4 / 97	5483
2009	36010	91,1 / 98,8	5496
2010	35530	нет данных / 99,4	5690

Отмечено увеличение первичных доноров (на 1 тыс. населения 6,8% от всех доноров, в среднем по России 5,1%).

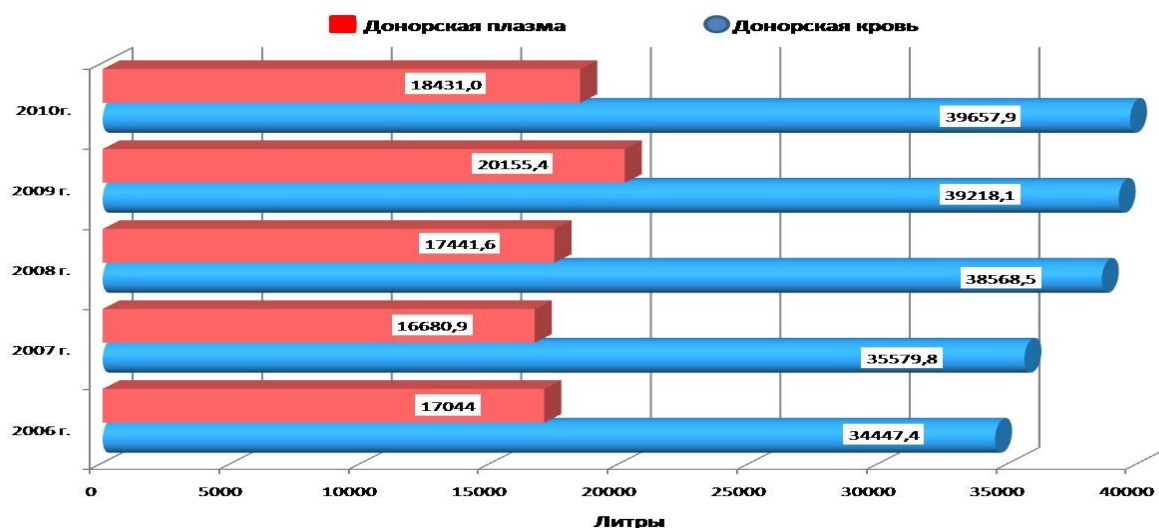


Рисунок 77 - Динамика заготовки донорской крови плазмы в Красноярском-крае за 2006-2010 гг.

Объёмы заготовки донорской крови определены Государственным заданием Министерства здравоохранения Красноярского края и учитывают заявленные потребности пациентов стационаров. Благодаря проведённым мероприятиям, в крае удалось (в сравнении с 2009г.):

1. Увеличить заготовку донорской крови на 1%;
2. Увеличить объём плазмы, заложенной на карантинное хранение на 27% (с 12 406,6л. до 15 735,6л.);
3. Увеличить производство концентрата тромбоцитов на 7,8% (12 858 доз до 13 857 доз), что позволило обеспечить качественными корректорами гемостаза пациентов онкогематологического профиля;
4. Обеспечить соответствие заготовленных компонентов донорской крови утверждённым стандартам на 99%;
5. «Кольцевой завоз» компонентов крови в учреждения здравоохранения края (18 ЦРБ) одновременно с доставкой образцов донорской крови из филиалов КГБУЗ ККЦК №1 на тестирование, позволил сохранить качество компонентов крови во время их транспортирования и сократить расходы на услуги по найму транспортных средств на местах на 22%.

В течение нескольких лет особое внимание уделяется безопасности и эффективности переливания донорских компонентов крови. Индивидуальный подбор компонентов крови и консультативная помощь осуществляются специалистами Службы крови края в круглосуточном режиме. В крае посттрансфузионных осложнений не зарегистрировано.

Количество индивидуальных подборов продолжает расти.

Из общего количества проведенных индивидуальных подборов: подобрано 31,6% трансфузий эритроцитов, для детей - 69,8% (в 2009г. – 23,8% и 56,2% соответственно). Рост заявок от учреждений здравоохранения составил 25,5% (2010г. - 5350, в 2009г. - 4050), все заявки удовлетворены.

Для повышения уровня подготовки медицинского персонала по вопросам клинической трансфузиологии:

- ИПО ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия им. профессора В.Ф.Войно–Ясенецкого Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» обучено 139 врачей и ординаторов.

- ГОУ ДПО «Красноярский краевой центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием» обучено 36 мед. сестёр и лаборантов.

- ФГОУ СПО «Красноярский медико–фармацевтический колледж Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» проведёно 2 цикла «Банк крови» - обучено 42 студента.

В 2010г. служба крови поддерживалась краевой целевой программой «Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего и дополнительного профессионального образования Красноярского края» на 2009-2011 годы» - освоены ассигнования в сумме 1500,0 тыс. руб. (работы по требованию Государственного пожарного надзора помещений КГБУЗ «Красноярский краевой центр крови №1»).

Что необходимо сделать!

Обеспечение вирусной безопасности компонентов крови: инаktivация вирусов в концентрате донорских тромбоцитов и плазме полученной аппаратным методом, а так же, 100% обследование крови доноров методом ПЦР-диагностики и лейкофилтрация компонентов крови для педиатрической практики;

Расширение кольцевого завоза компонентов крови до 22 ЦРБ;

Приведение учреждений службы крови к лицензионным требованиям: лицензирование КГБУЗ ККЦК №1 и КГБУЗ ККЦК №2 в 2013г.;

Подготовка проекта изменений в Закон Красноярского края «О поддержке донорства крови и ее компонентов в Красноярском крае» в части увеличения стоимости питания доноров (меры социальной поддержки доноров).

1.9. Медицинское обслуживание отдельных категорий граждан

1.9.1. Медицинское обслуживание ветеранов

В медицинских учреждениях края сложились и четко функционирует система по медицинскому, лекарственному, санаторно-курортному обеспечению ветеранов. Работа строится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 255 от 22.11.2004 года «О порядке оказания первичной медико-социальной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» и приказом управления здравоохранения администрации Красноярского края №22-орг от 25.01.2005 года «Об улучшении медицинского обслуживания ветеранов Великой Отечественной войны». Приказом управления здравоохранения администрации Красно-

ярского края № 22-орг регламентируется проведение конкретных лечебно-реабилитационных мероприятий по медицинскому обслуживанию ветеранов.

Для работы с данной категорией граждан во всех учреждениях здравоохранения назначены ответственные врачи-специалисты. Льготная категория граждан обслуживается в поликлиниках по месту проживания, где они состоят в группах диспансерного наблюдения у соответствующих врачей-специалистов. Во всех лечебно-профилактических учреждениях соблюдаются принципы первоочередного обслуживания льготной категории граждан и обеспечение их лекарственными средствами, при наличии медицинских показаний данная категория лиц получает без отказов стационарное лечение в краевом госпитале для ветеранов войн, в краевых учреждениях здравоохранения, а также в стационарных муниципальных учреждениях здравоохранения.

Согласно приказу № 41 МЗ РФ от 15.03.1993 года краевой госпиталь для ветеранов войн определен организационно-методическим и клиническим центром для лечения и реабилитации инвалидов и участников Великой Отечественной войны, лиц, приравненных к ним по льготам.

В госпитале развернуто 360 круглосуточных коек и 20 коек дневного стационара. Пролечивается стационарно более 6 тыс. ветеранов в год и в поликлинике госпиталя выполняется 47000 посещений.

За 2010 год в краевом госпитале для ветеранов войн пролечено стационарно 6377 ветеранов (в 2009 году – 6101), выполнено в поликлинике 63314 посещений (в 2009 году – 61490).

По данным отчетов медицинских учреждений края на 01.01.2011 год медицинскую помощь получили следующее количество ветеранов: амбулаторное лечение – 129291 чел., стационарное лечение – 19149 чел., льготное слухопротезирование – 188 чел., льготное офтальмопротезирование – 47 чел.

На 01.01.2011 год очереди на получение льготной глазопротезной помощи не существует и ветераны получают ее в день обращения. Льготное зубопротезирование получили в 2010 году 9362 ветеранов.

1.9.2. Медицинское обслуживание и реабилитация ветеранов боевых действий

Как обстоят дела в 2010г.:

На 1.01.2011 в крае проживает **286770** ветеранов:

- инвалидов Великой Отечественной войны – **1468** чел.;
 - участников Великой Отечественной войны – **4070** чел.;
 - ветераны боевых действий – **14481** чел.;
 - жители блокадного Ленинграда – **563** чел.;
 - члены семей погибших (умерших) инвалидов, участников Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий – **16176** чел.;
 - труженики тыла – **50477** чел.
 - ветераны труда – **263778** чел.;
 - реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий – **17520** чел.;
 - узники концлагерей и гетто – **608** чел.;
 - лица, пострадавшие от радиации – **2127** чел.
-

В 2010 г. в Красноярском крае ветераны ВОВ прошли углубленное диспансерное обследование. Всего углубленную диспансеризацию прошли 18901 ветеран или 98,6 % от подлежащих к диспансеризации.

9962 ветеранов получили во время прохождения диспансеризации медицинскую амбулаторную и стационарную помощь. Медицинская помощь оказывалась немедленно после определения медицинских показаний.

Проведено исследований (клинические и биохимические анализы, онкомаркеры) – 75448;

Выполнено исследований по функциональной диагностике – 77282;

Проконсультировано врачами-специалистами – 91520.

Выездной бригадой КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн» сделано 22 выезда (по плану 20) в районы края, выполнено 2379 посещений.

Согласно плану-графику работы «Поезда здоровья» (ПКДЦ «Поезд здоровья им. Проф. Войно-Ясенецкого») было посещено 23 территории края, комплексно осмотрено 1500 ветеранов Великой Отечественной войны.

По состоянию на 31.12.2010 г. общее количество инвалидов войны, участников ВОВ – 5538 человек. За льготной лекарственной помощью обратились 3039 ветеранов ВОВ, сохранивших за собой право на лекарственное обеспечение, выписано 46727 рецептов инвалидам и участникам Великой Отечественной войны на сумму 18 486 292,4 рублей. Отсроченных рецептов нет.

1.9.3. Медицинское обслуживание лиц, пострадавших от воздействия радиации

На 01.01.2011 г. количество лиц, пострадавших от радиации - 2127 чел.

По Федеральному регистру (РГМДР) состоит на учете 1621 чел.

С 1995 года ежегодный темп прироста лиц, пострадавших от воздействия радиации составлял от 3% до 16%. С 2000 года наблюдается темп снижения от 1,3% до 2% в год. Основной причиной сокращения численности регистра является миграционный отток.

Ежегодными диспансерными осмотрами охвачено в 2010 году 1430 чел.

В амбулаторных условиях по месту жительства оздоровлено в 2010 году – 923 человек.

В стационарных условиях оздоровлено в 2010 году 326 человек.

В госпитале пролечено в 2010 году – 395 чел.

В настоящее время краевой госпиталь является ведущим медицинским учреждением по оказанию стационарной, консультативной, реабилитационной медицинской помощи лицам, пострадавшим от воздействия радиации. На базе краевого госпиталя для ветеранов войн для реализации краевой целевой программы по улучшению медицинского и социального обеспечения лиц, пострадавших при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, в 2001 году был открыт краевой Центр медицинской реабилитации для лиц регистра ЧАЭС.

Санаторно-курортным лечением в 2010 году были обеспечены 155 граждан из числа лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Структура общей заболеваемости ликвидаторов по Красноярскому краю за 2010 г.: на первом месте болезни системы кровообращения – 21,1%, на втором месте болезни системы пищеварения – 16,5%, третье место занимают болезни органов дыхания – 9,8%, четвертое место занимают психические расстройства и расстройства поведения – 8,5%, пятое место занимают болезни мочеполовой системы – 5,7%.

1.9.3.1. Инвалидность лиц, состоящих на учете в краевом регистре ЧАЭС

Одним из основных показателей ухудшения состояния здоровья лиц регистра ЧАЭС является высокий уровень инвалидизации. Несмотря на проводимые медицинскими учреждениями и органами социальной защиты населения лечебные и реабилитационные мероприятия, состояние здоровья лиц регистра ЧАЭС неуклонно ухудшается. За 25 прошедших лет после аварии на Чернобыльской АЭС 57,3% от общего числа участников, принимавших участие в работах по ликвидации последствий аварии, признаны инвалидами с определением причинной связи с радиационными воздействиями.

Первые клинические проявления заболеваний приведших к инвалидизации в 52% возникли в течение первых 5 лет после пребывания в очаге поражения, в 42,6% после 10 лет, свыше 10 лет – в 5,4%.

Анализируя структуру инвалидности лиц регистра ЧАЭС можно отметить, что в динамике увеличение удельного веса инвалидности 1 группы инвалидности составило 2,5%, 2 группы инвалидности 13,4%, соответственно уменьшение удельного веса инвалидов 3 группы на 13,9%. Это говорит о том, что состояние здоровья инвалидов вследствие радиационных воздействий имеет постоянную тенденцию к ухудшению, что повлекло за собой увеличение 1-2 группы инвалидности на 15,9%. В инвалидизации участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, инвалидов вследствие радиационных поражений не всегда определяющим является медицинский фактор, важное место занимают социальный и психологический факторы “социальная и профессиональная дезадаптация, установка на льготы”. Это является частой причиной досрочного направления на медико-социальную экспертизу и отсутствия положительной динамики в реабилитации инвалидности.

1.9.3.2. Анализ летальности лиц регистра ЧАЭС в Красноярском крае

В течение всего периода после аварии на Чернобыльской АЭС проводится анализ заболеваемости и летальности у лиц регистра ЧАЭС, а также непосредственно у ликвидаторов аварии.

В настоящее время через 25 лет после аварии на Чернобыльской АЭС, можно говорить только о стохастической радиационной патологии у лиц регистра ЧАЭС, в том числе и как причине смерти, связанной с воздействием радиации. По данным исследований, сроки развития онкопатологии после облучения оцениваются 10-20 и более лет, хотя комплексное воздействие факторов поставарийного Чернобыля может изменить и эти сроки. Так, для рака легких латентным считается период 10-20 лет, для рака пищевода, желудка, толстого кишечника 5-20 лет, для лейкозов 2-12 и до 20-25 лет.

Среди ликвидаторов аварии на ЧАЭС число умерших мужчин в 2010 году значительно больше, чем женщин (в процентном выражении 95%-5%). По возрастному составу преобладают ликвидаторы 40-49 лет (40%) и 50-59 лет (45%). В структуре смертности лиц состоящих на учете краевого регистра ЧАЭС в 1999-2010г.г. ведущими причинами являлись болезни системы кровообращения, а также травмы и отравления.

К болезням системы кровообращения, приведшим к смерти относятся ИБС, гипертоническая болезнь, инсульты и др. Средний возраст умерших от этой патологии – 50 лет. За последние 2 года травмы и отравления вышли на 1 место в структуре смертности. Это отравления суррогатами алкоголя, черепно-мозговые травмы, утопления, асфиксии и др. причины. Средний возраст умерших этой группы – 46 лет. При анализе данных смертности лиц краевого регистра ЧАЭС не отмечается ожидаемого как роста смертности от онкопатологии, так и самого увеличения случаев онкопатологии у данной категории населения. Выявленные случаи онкопатологии по локализации – это злокачественные новообразования желудка, бронхов и легких, единичные случаи рака гортани, поджелудочной железы. Средний возраст умерших этой группы – 52 года. В структуре смертности болезней органов пищеварения представлены единичными случаями смерти, в основном от цирроза печени, хронического панкреатита. Средний возраст умерших этой группы – 50 лет. Болезни органов дыхания в причинах смерти представлены пневмониями, гнойными бронхитами. Средний возраст этой группы – 50 лет.

Справка:

По классификации радиационной патологии выделяют детерминированную и стохастическую патологию. Детерминированная радиационная патология возникает при определенной дозе облучения (минуты-месяцы), при дозах более 100 рад. К ней относятся острая и хроническая лучевая болезнь, лучевые ожоги, лучевой фиброз легких и др.

При стохастической патологии не существует зависимости патологии от полученной дозы радиации, болезнь возникает в отдаленный период (через несколько лет или даже десятилетий). К ней относятся радиационно-обусловленная онкопатология любых локализаций, лейкозы, генетические нарушения.

Что необходимо сделать!

1. Разработать и принять краевую целевую программу “Неотложные меры по улучшению медико-социальной помощи лицам, пострадавшим вследствие аварии на ЧАЭС на 2012 – 2013 гг.”, учитывая положительный опыт реализации предыдущих краевых целевых программ.

2. Организовать обучение врачей края, ответственных за медицинское обслуживание лиц, пострадавших от воздействия радиации, по вопросам радиационной медицины, путем проведения выездного цикла на базе краевого госпиталя для ветеранов войн.

3. Продолжить выездную кураторскую работу, организовать работу выездной поликлиники в территориях края силами сотрудников краевого госпиталя для ветеранов войн и министерства здравоохранения Красноярского края по улучшению качества медицинского обслуживания лиц, пострадавших от воздействия радиации.

1.10. Профилактика

Служба медицинской профилактики представлена 65 структурными подразделениями медицинской профилактики, их общее число за последние 5 лет возросло на 20,0%. В службе медицинской профилактики работают на постоянной основе 69 врачей и 223 средних медицинских работников, за 5 лет число специалистов возросло в 2 раза.

Основным приоритетным направлением деятельности службы медицинской профилактики края является гигиеническое обучение и воспитание населения, формирование культуры здоровья и здорового образа жизни. Это направление координируется Красноярским краевым Центром медицинской профилактики и реализуется в рамках национального проекта «Здоровье», ведомственной и трех целевых программ.

В соответствии с Соглашением №33 от 0-1.04.2010 г. между министерством здравоохранения и социального развития РФ и Правительством Красноярского края о софинансировании расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией в 2010 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, выделено финансирование из средств федерального бюджета в размере 9558,6 тыс. рублей, софинансирование из средств краевого бюджета - в размере 6372,4 тыс. рублей. Эти средства позволили создать в Красноярском крае в конце 2010 года на функциональной основе 4 дет-

Как обстоят дела в 2010 г.:

Профилактическую деятельность оказывают:

- **2 центра медицинской профилактики;**
 - **30 отделений медицинской профилактики;**
 - **35 кабинетов медицинской профилактики.**
 - **45 кабинетов здорового ребенка;**
 - **10 отделений реабилитации.**
-

ских центра здоровья (2 – в г. Красноярске, 1 – в г. Канске и 1 – в г. Назарово) и открыть во всех 14 Центрах здоровья кабинеты профилактической стоматологии.

На базе краевого Центра медицинской профилактики совместно с Красноярским научным центром СО РАН и Красноярским государственным медицинским университетом им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого организован научный учебно-практический центр здоровья для организации методической помощи врачам центров здоровья края.

В 2010 г. посетили центры здоровья 49 тыс. человек, выполнено 167 тысяч инструментальных исследований. Основам здорового образа жизни обучено 27062 человека, в школах здоровья прошли обучение 10078 человек.

С целью повышения качества оказания профилактической помощи населению в 2010 году обучено на 7 циклах последипломной подготовки по вопросам формирования здорового образа жизни 108 врачей, из них 80 специалистов Центров здоровья. В том числе подготовлено 32 врача по оказанию медицинской помощи при отказе от курения и лечению курящего человека и 10 врачей по методологии проведения групповых психологических тренингов с созависимыми. На конференциях, семинарах повысили уровень знаний по вопросам профилактики 3516 человек – врачей и фельдшеров первичного звена здравоохранения, в том числе в 12 районах края. Это в 3 раза больше по сравнению с 2009 годом, что связано с реализацией в 2010 году новой профилактической программы «Сибирский вариант» по введению полного запрета курения в медицинских учреждениях, в рамках которой была проведена конференция для руководителей органов и учреждений здравоохранения и прочитано 57 лекций для медицинских работников с числом участников 2817 человек. В качестве учебно-методических пособий разработаны и тиражированы 16 наименований методических материалов, в том числе для центров здоровья.

Для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни в 2010 году в крае было проведено 5 информационно-просветительских кампаний. В соответствии с Распоряжением Правительства Красноярского края от 12.04.2010 № 276-р, в г. Красноярске 16–17 апреля прошли Дни Сибирского здоровья, 8-12 октября 2010 года – Дни психического здоровья. Проведены акции «Откажись от курения в понедельник, навсегда!», «Бросай курить, бросай!» в рамках международных дней отказа от курения; «Нам и без пива живется красиво»; «Дни профилактики артериальной гипертензии и здорового сердца». В целом по краю в массовых мероприятиях участвовали 88 учреждений здравоохранения, число участников составило 637604 человека.

С мая 2010 г. в Красноярском крае выполняется программа по введению полного запрета курения в учреждениях здравоохранения (приказ министерства здравоохранения края от 04.05.2010 № 214-орг.). Эта инициатива стала частью стратегии по борьбе с табаком. За 8 месяцев реализации программы введены приказы о полном или частичном запрете курения в 68,9% учреждений здравоохранения, созданы группы внутреннего контроля в 58%, организованы консультативные приемы для пациентов по отказу от курения в 37,8% учреждений. Большинство медицинских работников (73,8%) и пациентов

(85,6%) поддерживают введение полного запрета курения в учреждениях здравоохранения. В результате введенного запрета на курение бросили курить 5,5% опрошенных сотрудников, думают бросить курить - 7,6%, подвигло на обсуждение вопроса о вреде курения с близкими - 21,5%. Нарушение запрета происходит, как правило, со стороны «злостных» курильщиков, имеющих слабую мотивацию на отказ от курения (32% пациентов). Несоблюдению запрета курения способствует недостаточный уровень знаний медицинского персонала о вреде курения (только 77,9%), о юридических аспектах применения мер дисциплинарных взысканий за нарушение запрета, отсутствие постоянной службы помощи в отказе от курения в большинстве учреждений (75% учреждений). В результате, как показали замеры воздуха в 15 учреждениях с определением количества взвешенных частиц сгорания табака (PM10), превышение предельно допустимой концентрации PM10 (ПДК=0,05 мг/м³) наблюдается от 1,5 до 16 раз во всех учреждениях здравоохранения, в том числе детских.

Просветительская работа играет важную роль в гигиеническом обучении и воспитании населения. Групповая просветительская работа осуществляется через «Школы здоровья». В 2010 году «Школы здоровья» работали в 68 учреждениях здравоохранения, число обученных пациентов составило 67856 человек (на 8% больше, чем в 2009 году). Число обученных в «Школе для больных артериальной гипертонией» является индикатором краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». Охват за 6 лет обучением лиц с артериальной гипертонией от числа состоящих на диспансерном учете составил 46,8% от диспансерной группы (плановый показатель к концу 2010 года - 45%).

Популяционная просветительская работа с населением осуществляется через средства массовой информации (СМИ). Количество вышедших профилактических материалов в СМИ (радио, печать, телевидение) с 2005 г. составляет ежегодно около 900 публикаций (2010 г. – 966). Постоянно возрастает объем прокатов роликов социальной рекламы на плазменных экранах, на телевидении, радио и в кинотеатрах (в 2010 г. - 60 096 прокатов), что увеличивает охват населения профилактическими материалами.

За 2010 год выпущено 169 000 экз. печатной полиграфической продукции: брошюры, буклеты, плакаты по профилактике и основам здорового образа жизни, размещены 15 баннеров на антитабачную тему.

Что необходимо сделать!

1. Открытие кабинетов и отделений медицинской профилактики в 7 учреждениях здравоохранения;
2. Создание 3-х центров здоровья для взрослых на базе отделений профилактики и 2-х центров здоровья для детей;
3. Создание мобильного центра здоровья для оказания помощи жителям отдаленных сельских районов
4. Оснащение всех кабинетов и отделений медицинской профилактики скрининговой программой «ЭСКИЗ» и методическими рекомендациями «Стандарт рабочего места врача кабинета, отделения медицинской профилактики по профилактике хронических неинфекционных заболеваний»;
5. Ежегодное проведение не менее 2-х циклов последипломной подготовки врачей специалистов по методам помощи в отказе от курения;
6. Организация лечения никотиновой зависимости за счет средств ОМС больных пульмонологического и кардиологического профиля в условиях стационара (ККБ) и пациентов с факторами риска в амбулаторных условиях (ККЦМП) в рамках предлагаемого пилотного проекта.

Кадровые ресурсы



*Самый ценный капитал — это люди!
В данном вопросе кадры решают не
просто все, а абсолютно все..*

РАЗДЕЛ 3. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На 31.12.2010 г. в учреждениях здравоохранения подчинения органам управления здравоохранением Красноярского края утверждено 17197,00 штатных должностей врачей-специалистов и 36417,75 штатные должности средних медицинских работников.

Как обстоят дела в 2010г.:

В МУ края оказывающих лечебно-профилактическую помощь работает:

- **10286** врачей.
- **27882** средних медицинских работников.

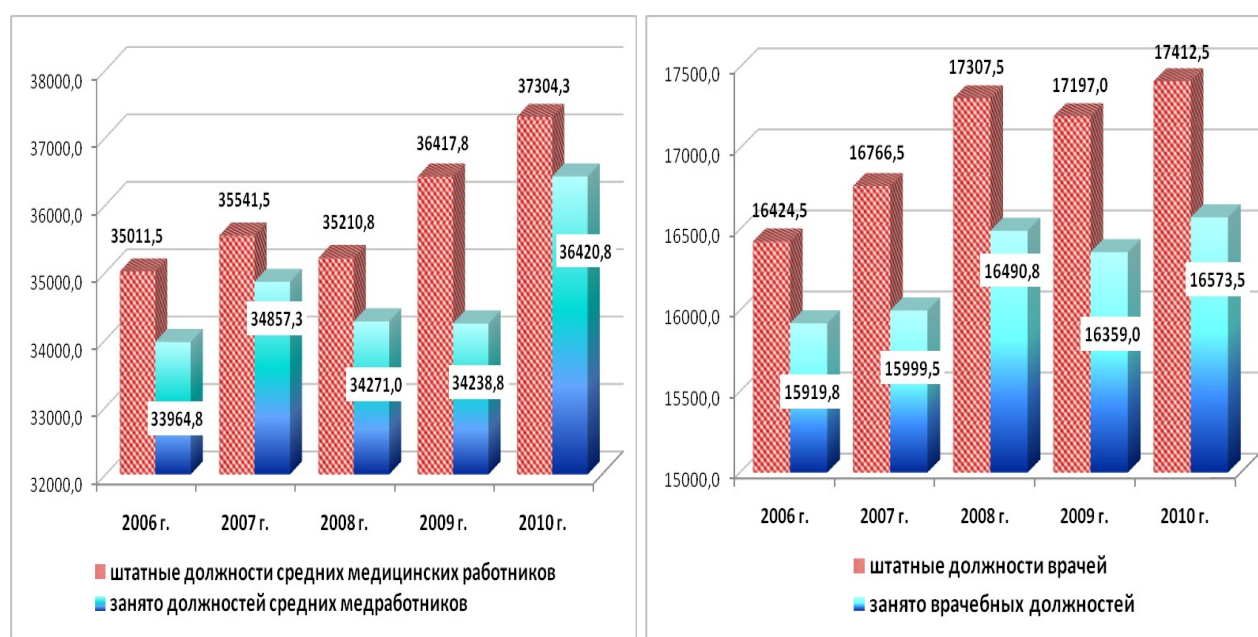


Рисунок 78 – Динамика изменения штатных должностей в учреждениях здравоохранения Красноярского края за 2006-2010 гг.

Отмечается увеличение штатных должностей врачей-специалистов на 0,97% и рост штатных должностей средних медработников на 0,19%.

Таблица 106 - Показатель годового прироста штатных должностей в учреждениях здравоохранения Красноярского края за 2006 - 2010 гг.

Наименование должностей	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
врачебные должности	71,50	406,00	541,00	-110	169,5
должности средних медработников	321,75	530,00	-330,75	1207	74,0

Показатель количественного соотношения врачебных должностей к должностям средних медицинских работников увеличился на 1,41% по сравнению с предыдущим годом и составил 1 к 2,14.

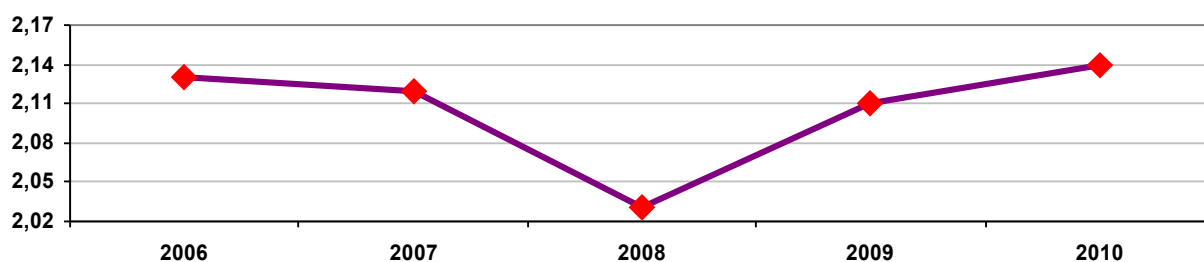


Рисунок 79 - Динамика изменения показателя соотношения штатных должностей врачей/средний медицинский работник в учреждениях здравоохранения Красноярского края за 2006 - 2010 гг.

На 31.12.2010 г. в учреждениях здравоохранения непосредственно оказывающих лечебно-диагностическую и профилактическую помощь (подчинения органам управления здравоохранения края работает – 10286 врачей и 27882 средних медицинских работника.

Таблица 107 - Динамика изменения численности специалистов в учреждениях здравоохранения Красноярского края за 2006 - 2010 гг.

Категория специалистов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Врачи (чел.)	10205	10241	10398	10155	10286
средние медработники (чел.)	26744	26749	26625	27429	27882

*следует отметить, что 321 врач и 423 средних медицинских работников находятся в отпуске по уходу за ребенком, а соответственно временно не работают.

Численность врачей в подведомственных учреждениях уменьшилась на 78 чел. (на 0,76 %), средних медицинских работников на 347 чел. (на 1,24 %).

Таблица 108 - Показатель прироста численности специалистов в учреждениях здравоохранения Красноярского края за 2006 - 2010 гг.

Прирост физических лиц	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
врачи (чел.)	+336	+36	+157	-243	-78
средние медработники (чел.)	+6	+5	-124	804	-347

Показатель прироста численности специалистов напрямую зависит от доли возврата ранее работавших специалистов, плюс «молодые специалисты» и специалисты, переехавшие из других территорий или уволенные из ведомственных учреждений.

Доля «возврата» врачей – специалистов и средних медицинских работников, уволенных из одних МУЗ или КГУЗ и трудоустроенных в других МУЗ или КГУЗ от 66,7%, средних медицинских работников от 66,04%.

Среди трудоустроенных доля «молодых специалистов» составляет:

- с высшим профессиональным (медицинским) образованием – 19,85%;
- со средним профессиональным (медицинским) образованием – 23,77%.

На 31.12.2010 г. укомплектованность штатных должностей врачей - 59,07% и средними медицинскими работниками 74,74% .

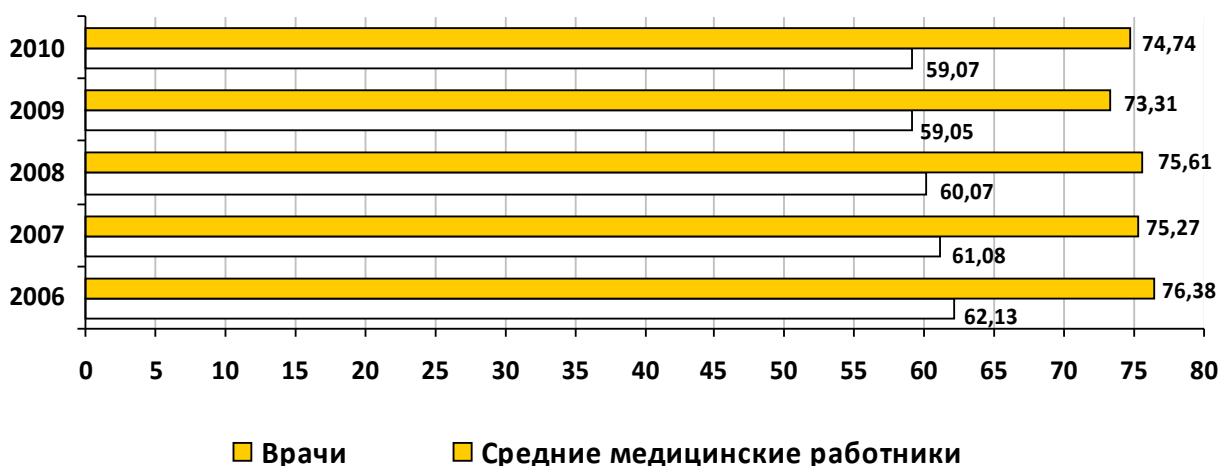


Рисунок 80 - Динамика изменения показателя укомплектованности должностей специалистов учреждений здравоохранения края за 2006 - 2010 гг.

Динамика изменения показателя укомплектованности штатных должностей, как врачебных, так и средних медицинских работников показывает на нестабильное состояние кадрового обеспечения. С показателем укомплектованности врачебных должностей ниже 60% 35 (60,34%).

В муниципальных учреждениях здравоохранения районов края из-за ряда причин (утвержденные формы и сроки подготовки специалистов по основным специальностям, введения в штатные расписания врачебных должностей не на полную ставку, не престижность работы в учреждениях здравоохранения отдаленных территорий, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно - поликлиническую и скорую медицинскую помощь)

Укомплектованность врачебных должностей амбулаторно-поликлинических подразделений 63,51%, средних медицинских работников - 74,10%.

Существует серьезная проблема для учреждений здравоохранения, расположенных в районах края по решению вопросов по укомплектованию врачебных должностей узких специальностей: фтизиатров, офтальмологов, дерматовенерологов, отоларингологов, инфекционистов, невропатологов, онкологов, травматологов-ортопедов, урологов, эндокринологов, клинической лабораторной диагностики, патологоанатомов, в связи с изменением порядка подготовки по специальностям отнесенным к основным.

Количественное соотношение врачебных должностей к должностям средних медицинских работников в Красноярском крае 2,14 (оптимальное соотношение должно быть не менее 1 к 4)

Неукомплектованные должности замещаются врачами по совместительству (совмещению).

На 31.12.2010 г. средний коэффициент совместительства по врачебным должностям в краевых государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения 1,66, по должностям средних медицинских работников – 1,31.

Рост коэффициент совместительства за 2010 г. по врачебным должностям на 0,05, по должностям средних медицинских работников 0,07.



Рисунок 81 - Динамика изменения среднего коэффициента совместительства специалистов учреждений здравоохранения края за 2006-2010 гг.

Средний показатель обеспеченности на 10 тыс. населения врачами, работающими в учреждениях здравоохранения на 01.01.2011 г. – 35,46, средними медицинскими работниками - 96,14.

Таблица 109 - Динамика изменения показателя обеспеченности медицинскими кадрами, 2006-2010 гг.

Категория специалистов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
врачи	38,50	37,82	38,38	35,14	35,46
средние медицинские работники	97,21	98,79	98,28	94,91	96,14

Обеспеченность на 10 000 населения врачебными кадрами в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь «прикрепленному» населению (поликлиники, муниципальные больницы) –29,79 и средними медицинскими работниками 83,52.

Отмечается неравномерность в обеспеченности специалистами населения в городах и районах края:

- врачами от 4,5 в Боготольском районе до 54,0 в Эвенкийском муниципальном образовании, с показателем ниже 20,0 – 28 (47,45%) муниципальных образований;

- средними медицинскими работниками от 36,3 в Минусинском районе до 159,4 в Эвенкийском муниципальном районе, с показателем ниже 70,0 - 12 (20,23%) муниципальных образований.

По состоянию на 01.01.2011 г. не занято врачебных должностей всех специальностей по основной должности -7447,5 (42,77%), средних медицинских работников -9688,25 (25,97%).

Таблица 110 - Данные о движении специалистов учреждений здравоохранения края за 2006-2010 гг.

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
выбыло – врачей	656	794	745	792	1293
прибыло	705	830	902	549	997
выбыло – средних медработников	1669	1889	1920	1532	2602
прибыло	1689	1894	1796	2336	2515

Сменяемость состава в учреждениях здравоохранения краевого и муницип-

ципального подчинения составила врачей - 2,1% и среднего медицинского персонала - 2,5%.

Таблица 111 - Данные о трудоустройстве специалистов с высшим медицинским образованием, за 2006 - 2010 гг.

Категория специалистов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Общее количество выпускников	465	443	300	327	330
Заклучили 3-х сторонние договора на трудоустройство в МУЗ и КГУЗ края	318 (68,38%)	324 (73,13%)	172 (43,1%)	156 (47,7%)	162 (50,6%)

Таблица 112 - Данные о трудоустройстве специалистов после окончания послевузовской подготовки врачей в интернатуре или клинической ординатуре, за 2006 - 2010 гг.

Категория специалистов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Окончили первичную послевузовскую подготовку	476	503	482	468	410
Трудоустроено после окончания клинической ординатуры и интернатуры трудоустроено в МУЗ и КГУЗ Красноярского края	237 (50,7%)	229 (45,5%)	219 (45,4%)	153 (32,7%)	167 (40,7%)

Доля пополнения учреждений здравоохранения «молодыми специалистами» составляет:

- специалистами с высшим медицинским образованием: 198 чел., что составило 1,92%;

- со средним медицинским образованием: 598 чел., что составило 2,14%.

Таблица 113 - Данные о трудоустройстве «молодых специалистов» в МУЗ и КГУЗ

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
всего – врачей	272	269	219	170	198
доля пополнения	2,65	2,63	2,1	1,67	1,92
всего - средних медицинских работников	867	838	698	566	598
доля пополнения	3,35	3,13	2,62	2,09	2,14

Обращает внимание возрастной состав кадров. В краевых государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения работают 5902 специалистов с медицинским образованием пенсионного возраста, из них 2107 врачей (20,74%) и 3795 средних медицинских работников (14,02%).

Таблица 114 - Доля лиц пенсионного возраста

Категория специалистов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Врачи	14,7%	12,9%	15,8%	15,8%	20,7%
Средние медицинские работники	12,7%	12,1%	15,3%	15,4%	14,0%.

Среди врачебного состава число лиц пенсионного возраста превышает число лиц в возрасте до 30 лет на 9,8%. В учреждениях здравоохранения сельской местности лица старших возрастных групп составляют более 50%.

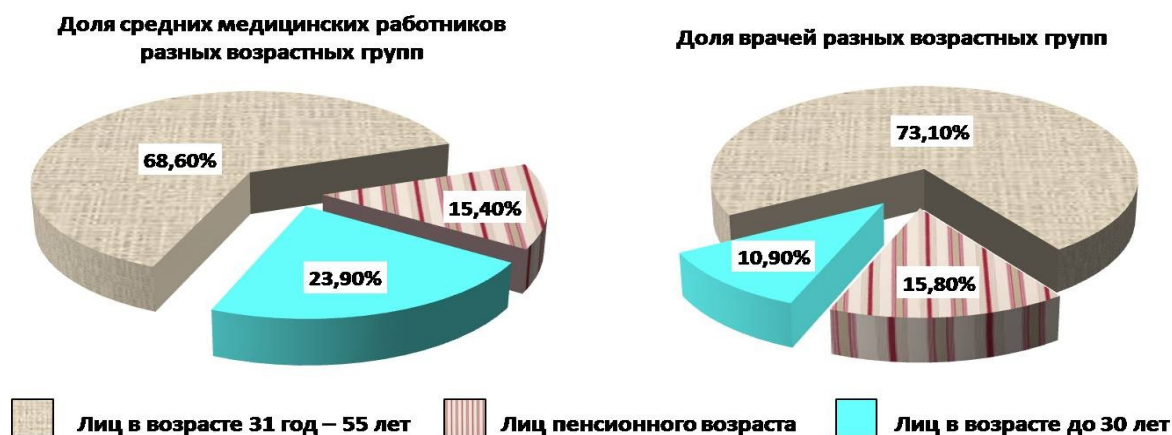


Рисунок 82 - Доля медицинских работников разных возрастных групп (2010г.)

Кадровое обеспечение участковых служб учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по состоянию на 31.12.2010 г.:

Количество штатных должностей, предусмотренных на врачебных участках:

- врачей 1818,75 (2006 г. – 1780,50), в т.ч., участковых врачей-терапевтов 1077 (на 01.01.2006 – 1083,25 шт.ед.), участковых врачей-педиатров -642,75 (на 01.01.2006 - 683,25 шт.ед.), врачей общей практики -99,00 (на 01.01.2006 г. – 14,00 шт.ед.);

- медицинских сестер -1941,75 шт.ед. (на 01.2006 - 2266,50), в т.ч. медицинских сестер терапевтических участков - 1131,75 (на 01.01.2006 г. – 1376,00)., медицинских сестер педиатрических участков -682,50 шт.ед. (на 01.01.2006 г. - 876,5 шт.ед.), медицинских сестер врачей общей практики – 127,5 шт.ед. (на 01.01.2006 г. -14,00).

Врач сегодня - не только специалист - профессионал, он настоящий солдат на фронте борьбы за здоровую, долголетнюю, творчески наполненную жизнь.

Б.В. Петровский

Число специалистов, работающих на врачебных участках:

- врачей всего – 1594 (на 01.01.2006 г. – 1223), в т.ч. врачей участковых врачей-терапевтов -917 (на 01.01.2006 г. – 659), врачей участковых врачей-педиатров - 596 (на 01.01.2006 г. - 551), врачей общей практики - 81 (на 01.01.2006 - 13);

- медицинских сестер -1686, в т.ч. медицинских сестер терапевтических участков – 1054 (на 01.01.2006 г. - 844,00), медицинских сестер педиатрических участков - 658 (на 01.01.2006 г. - 654), медицинских сестер врачей общей практики -116 (на 01.01.2006.-9).

Укомплектованность штатных должностей:

- общая укомплектованность врачебных должностей врачебных участков - 85,36 %, в т.ч.:

- участковых врачей – 88,90% (на 01.01.2006 -70,73%), из них участковых врачей терапевтов - 85,08% (на 01.01.2006 – 60,83%), участковых врачей педиатров – 92,73% (на 01.01.2006 – 80,64%),

- врачей общей (семейной) практики – 81,82% (на 01.01.2006 – 92,86%),
- общая укомплектованность должностей средних медицинских работников врачебных участков -92,88% , в т.ч.:

- участковых медицинских сестер 94,78% (на 01.01.2006 – 67,97%), из них участковых медицинских сестер терапевтических участков 93,15% (на 01.01.2006 - 61,34%) и участковых медицинских сестер педиатрических участков – 96,41% (на 01.01.2006 г. -74,61%),

- медицинских сестер врачей общей (семейной) практики – 90,98% (на 01.01.2006 – 52,17%).

Коэффициент совместительства на должностях участковых врачей и участковых медицинских сестер - 1,0 (на 01.01.2006 г. -1,35).

Кадровое обеспечение скорой медицинской помощи на 01.01.2011 г.:

Количество штатных врачебных должностей 769,25, фельдшеров -2024,00, медицинских сестер 112,00 (на 01.01.2006 г.: врачей– 827,5, фельдшеров -185,25, медицинских сестер -121,25), число физических лиц врачей 447 (на 01.01.2006 - 468), фельдшеров 1792 (на 01.01.2006 г. - 1390), медицинских сестер 86 (на 01.01.2006 г. -98), показатель укомплектованности врачебных должностей - 58,11% (на 01.01.2006 - 56,65%), должностей фельдшеров - 88,54% (на 01.01.2006 г. – 76,99%), должностей медицинских сестер -76,78% (на 01.01.2008 -82,47%).

Кадровое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов на 31.12.2010 г.

Количество штатных должностей средних медицинских работников – 1054,5, число физических лиц 916 (на 01.01.2006 г. - 1023), из них фельдшеров 588, (на 01.01.2006 г. -616), медицинских сестер – 294 (340), акушеров -64 (на 01.01.2006 г. – 67), показатель укомплектованности должностей 82,24% (на 01.01.2006 -94,76%).

В целях подготовки кадров для учреждений здравоохранения преимущественно сельских и отдаленных территорий края, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.09.95 г. № 942 «О целевой контрактной подготовке специалистов с высшим и средним профессиональным образованием» заключены договора о целевой подготовке в ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого», ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» г.Томска, ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава».

В 2010 г. в целях подготовки специалистов для учреждений здравоохранения слабо укомплектованных врачебными кадрами:

- ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» выделено 100 места по целевому приему

Учиться надо всегда, врач должен постоянно совершенствоваться.

А. А. Кисель

(на лечебный факультет – 59, на педиатрический – 30, на стоматологический – 11), по результатам вступительных экзаменов по конкурсу зачислено на целевое обучение - 100 чел. (100,00%).

Таблица 115 - Целевой прием в ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия Росздрава» по направлениям администраций муниципальных образований Красноярского края

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
выделено целевых мест	75	65	82	92	100
зачислено на целевое обучение	65	65	75	93	100
%	86,6	100,0	91,4	101,1	100,0

- ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» г. Томска по целевому приему выделено - 20 мест, зачислено на целевое обучение – 18 чел. (90,0%).

Таблица 116 - Целевой прием в ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» г.Томск по направлениям администраций муниципальных образований Красноярского края

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
выделено целевых мест	22	32	28	25	20
зачислено на целевое обучение	14	30	23	22	18
%	63,6	93,7	82,1	88,0	90,0

Подготовка специалистов со средним профессиональными (медицинским) образованием для нужд учреждений здравоохранения в основном осуществляется краевыми государственными образовательными учреждениями среднего профессионального образования (7 медицинских техникумов и 1 медицинский колледж) и ФГОУ СПО «Красноярский медико-фармацевтический колледж». В медицинских техникумах и колледжах ведется подготовка по 7 специальностям: лечебное, акушерское, сестринское дело, стоматология ортопедическая, фармация, лабораторная диагностика, медико-профилактическое дело.

В 2010 г. план приема в краевые государственные бюджетные образовательные учреждения среднего профессионального образования зачислено 1280 чел., зачислено 1202 чел, что составило 94,0%.

Таблица 117 - План приема в краевые государственные образовательные учреждения среднего профессионального образования

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
контрольные цифры приема	1427	1431	1421	1356	1280
зачислено	1513	1478	1328	1356	1202
% на целевую подготовку	7,01	6,83	10,44	11,75	9,98

В соответствии с Соглашениями с главами администраций районов в 2007 г. в краевых государственных образовательных учреждениях среднего

профессионального образования выделено 200 мест по целевому приему, зачислено 120 чел. (60,0%).

Таблица 118 - Целевой прием в краевые государственные образовательные учреждения среднего профессионального образования Красноярского края

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
план целевого набора	229	161	151	200	200
зачислено на целевое обучение	106	101	98	113	120
%	46,28	62,73	64,9	56,5	60,0

Ежегодная потребность в профессиональной переподготовке и повышении профессионального уровня специалистов с высшим медицинским образованием составляет 2,5 тыс., со средним медицинским образованием – 5,5 тыс.

В 2010 г. повысили профессиональный уровень 5495 врачей работающих в краевых государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в т.ч. прошли обучение по программам повышения квалификации и углубленной подготовки 2843 врача (27,63% от числа работающих врачей), и 5017 (17,99 %) средних медицинских работников, работающих в краевых государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.



Рисунок 83 - Доля медицинских работников, прошедших обучение по программам повышения квалификации за 2006-2010 гг.

На долю ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» приходится 87,6% от числа получивших повышение квалификации.

Таблица 119 - Данные о дополнительной профессиональной подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Обучено в гос.учебных заведениях	2573	2665	3369	2772	2843
%	48,8	43,7	51,8	50,4	47,96
Обучено на курсах информации и стажировки	2695	3438	3129	2723	3084
%	51,2	56,3	48,2	49,6	52,04

Повышение квалификации средних медицинских работников проводится Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Красноярский краевой центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием», отделениях дополнительного профессионального образования средних медицинских образовательных учреждений края и ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого».

Таблица 120 - Данные о повышении профессионального уровня и переподготовке врачей в учреждениях дополнительного профессионального образования

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
на центральных базах (чел.)	322	336	394	294	353
%	12,5	12,6	11,6	10,6	12,4
в ГОУ ВПО КрасГМА (чел.)	2251	2329	2984	2478	2490
%	87,5	87,3	88,6	89,4	87,6

За истекший год, в целях повышения квалификации врачей, работающих в краевых государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения проведено 31 выездной цикл, обучено 744 чел.

Таблица 121 - Данные о дополнительной профессиональной подготовке средних медицинских работников

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего (чел.)	5293	5751	7205	5200	5017
% от числа работающих	20,4	21,5	26,9	18,95	17,99

В целях обеспечения своевременности повышения квалификации средними медицинскими работниками обучение проводилось на выездных бюджетных и хозрасчетных циклах повышения квалификации. В 2010 г. проведено 41 выездных цикла обучения с числом слушателей 1018.

Таблица 122 - Данные о повышении профессионального уровня средних медицинских работников на выездных циклах

Наименование	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
количество выездных циклов	22	32	50	63	41
обучено средних мед.работников (чел.)	533	784	1269	1726	1018
%, от числа прошедших подготовку	9,1	13,6	17,6	33,19	20,29

Из числа работающих специалистов в подведомственных учреждениях здравоохранения края имеют квалификационные категории:

- врачей 6941, что составляет 67,48%, доля аттестованных врачей учреждений здравоохранения сельской местности 567 чел. или 55,04%.

Таблица 123 - Данные о наличии квалификационных категорий у специалистов с высшим профессиональным образованием за 2006-2010 гг.

Имеют квалификационные категории	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
всего	6770	6914	6980	7007	6941
из них: высшую	3501	3735	3877	4060	4122
первую	2189	2181	2160	2064	1945
вторую	1080	998	943	883	874

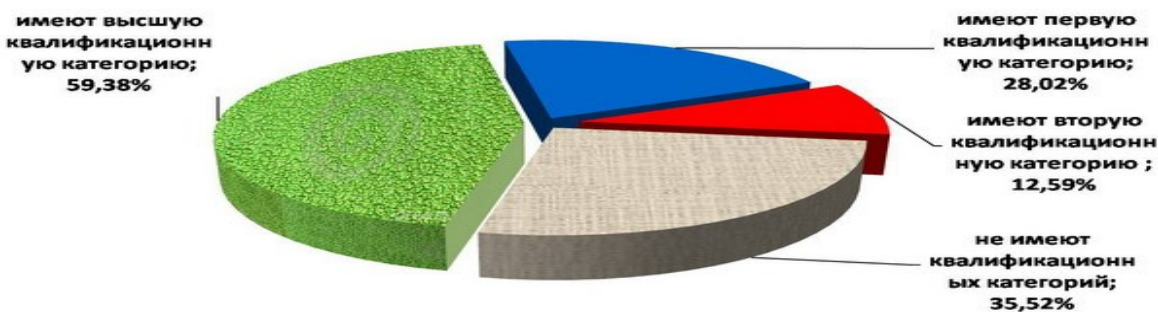


Рисунок 84 - Доля врачей, имеющих квалификационные категории в 2010 г.

- средних медицинских работников - 20385, что составляет 73,14%, доля аттестованных средних медицинских работников учреждений здравоохранения сельской местности – 3699 чел или 72,02%.

Таблица 124 - Данные о наличии квалификационных категорий у специалистов со средним профессиональным образованием за 2006-2010 гг.

Имеют квалификационные категории	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
всего	18400	19384	19693	20196	20385
из них: высшую	10025	10948	11588	12382	13068
первую	5057	5130	4938	4713	4381
вторую	3318	3306	3167	3101	2946

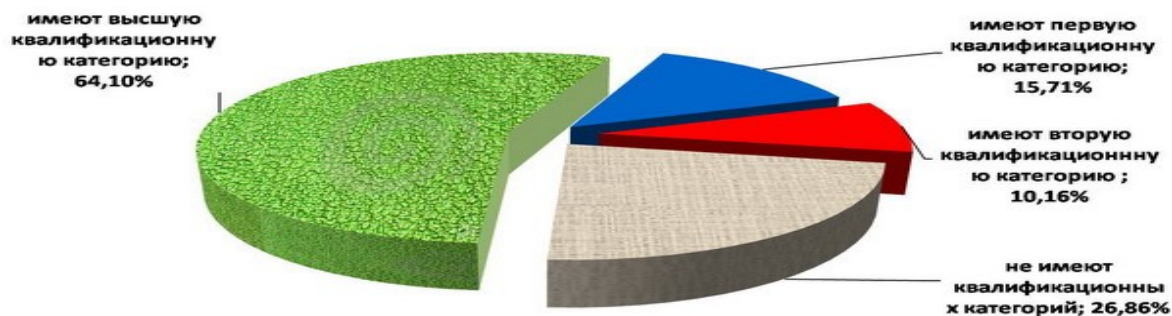


Рисунок 85 - Доля средних медработников, имеющих квалификационные категории в 2010 г.

Сертификат специалиста имеют 9601 врача (93,34%), в т.ч. работающих в сельской местности 903 (87,66%) и 22829 средних медицинских работников (81,87%), в т.ч. работающих в сельской местности 3974 (77,37%).

Таблица 125 - Данные о наличии сертификатов у специалистов, 2006-2010 гг.

Имеют сертификат специалиста	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
врачи (чел.)	8342	8896	9082	9443	9601
%, от числа работающих	81,3	83,33	87,34	92,98	93,34
средних медработников (чел.)	18100	19885	21073	21969	22829
%, от числа работающих	69,9	74,24	79,14	80,1	81,87

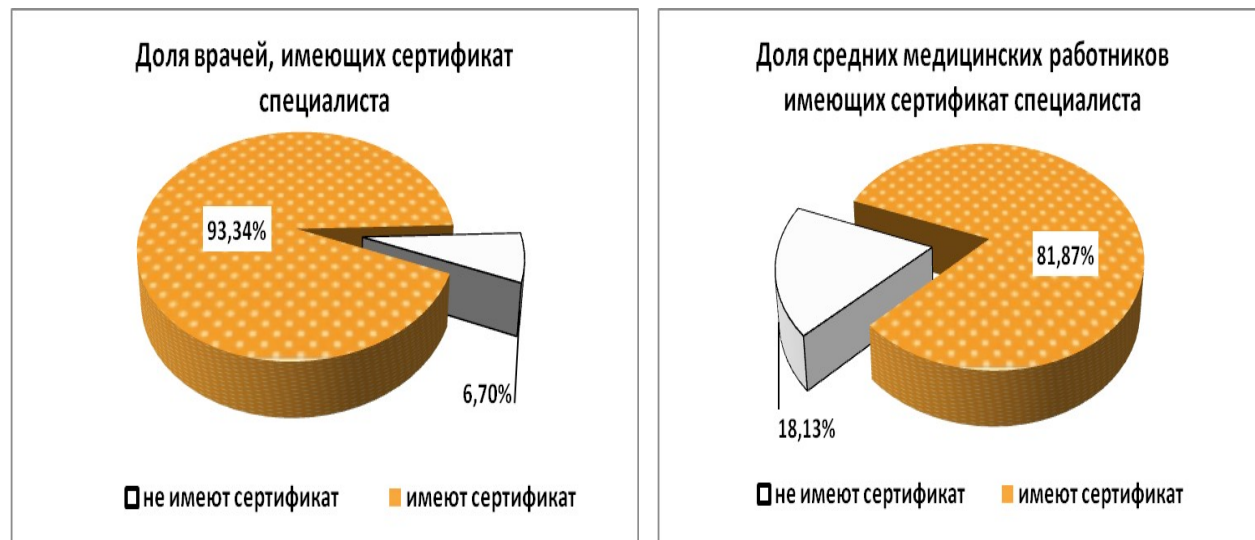


Рисунок 86 - Доля медицинских работников, имеющих сертификат специалиста в 2010 г.



финансирование

Бюджет никогда не сохраняет равновесия.

Гюстав Флобер

РАЗДЕЛ 4. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Источники и объем финансирования здравоохранения

Расходы на здравоохранение Красноярского края в 2010 году составили 31 166,4 млн. рублей.

В 2010 году по сравнению с 2006 годом увеличился объем финансирования здравоохранения на 14 272,2 млн. руб. (в 1,8 раза).

Тенденция увеличения объемов финансирования в 2010 г. по отношению к 2009 г. отмечается по следующим источникам:

по краевому бюджету - на 21,1 %;

по доходам от платных услуг - на 22,2%;

по бюджету системы обязательного медицинского страхования - на 2,1%.

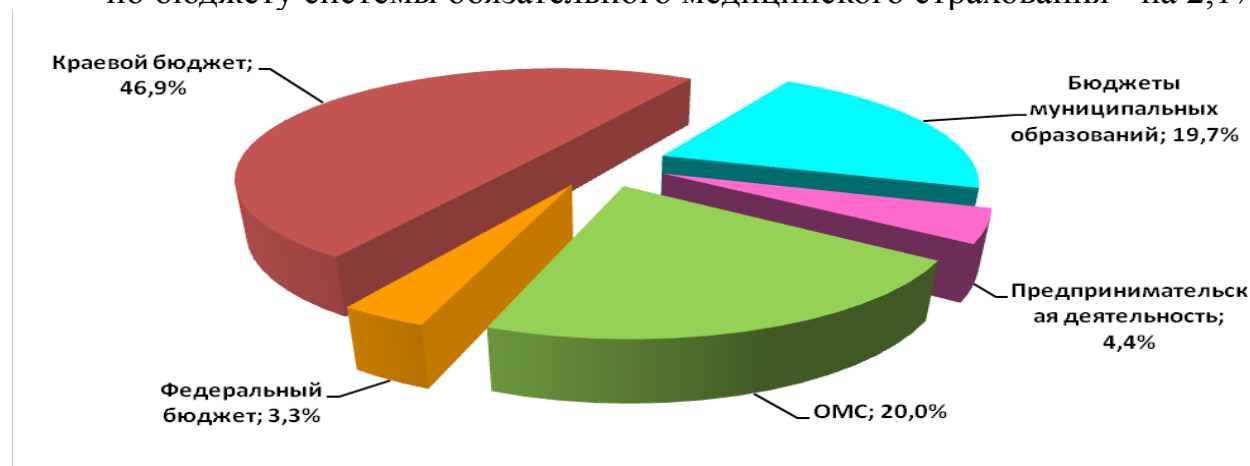


Рисунок 87 - Структура финансирования отрасли «Здравоохранение» в 2010 году

Тенденция снижения объемов финансирования в 2010 году отмечается по следующим источникам:

по бюджетам муниципальных образований на 9,1 %;

по федеральному бюджету на 21,5%.

Увеличение финансирования обусловлено:

увеличением расходов краевого бюджета на реализацию мероприятий долгосрочных целевых программ на 47%;

увеличением расходов на капитальное строительство отрасли в 3,4 раза.

Расходы на одного жителя в 2010 году составили 10769,6 рублей в текущих ценах и 7666,4 рубля в сопоставимых ценах к уровню 2006 года. Рост расходов на одного жителя к уровню 2006 года составил 83,9% и 30,9% соответственно.

В структуре консолидированного бюджета здравоохранения средства бюджетов всех уровней составляют 75,7%, средства обязательного медицинского страхования 20,0%, доля платных услуг и других источников составляет 4,3%.

Таблица 126 - Финансирование здравоохранения Красноярского края за 2006-2010 гг.

Источники финансирования	сумма финансирования (млн. руб.)				
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1. Бюджетные средства в т.ч.	12128,1	19762,8	24090,0	21624,8	23597,3
Федеральный бюджет	2363,1	4151,3	4999,3	1348,8	1058,2
Краевой бюджет	5698,1	9516,1	12053,5	13536,3	16398,6
в т.ч. платежи за неработающее население	2997,1	4093,9	5184,5	5916,0	6066,6
Муниципальный бюджет	4066,9	6095,4	7037,2	6757,7	6140,5
2. Внебюджетные фонды	3798,8	4364,2	5100,3	6119,7	6247,0
3. Доходы от платных услуг	823,5	1089,9	1175,9	1061,8	1297,1
4. Другие источники	143,8	28,8	30,1	25,4	25,0
5. Сумма консолидированного бюджета здравоохранения	16894,2	25245,7	30396,3	28849,7	31166,4
расходы на одного жителя в текущих ценах	5855,7	8688,3	10516,5	9983,3	10769,6

2. Финансирование программы государственных гарантий

Источником финансирования программы государственных гарантий на 2010 год являлись средства краевого и муниципальных бюджетов Красноярского края и средства обязательного медицинского страхования.

Стоимость программы государственных гарантий на 2010 год утверждена в сумме 24 726,5 млн. рублей, из них за счет средств ОМС 12 325,6 млн. рублей. Доля средств ОМС в общем объеме финансирования территориальной программы государственных гарантий составляет 49,9%.

В 2010 году финансирование Программы составило 24 375,7 млн. руб. или 98,6 % от запланированной суммы (24 726,5 млн. руб.).

Таблица 127 - Анализ фактического финансирования Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи за 2006-2010 гг.

Годы	Сумма утвержденной ПГГ, млн.руб.	Фактическое финансирование ПГГ млн.руб.	Отклонение, млн.руб.	Отклонение, в%
2006	13880,8	13156,8	-724,02	-5,2
2007	18997,9	17587,4	-1410,5	-7,4
2008	22797,2	21390,5	-1406,7	-6,2
2009	24519,1	22714,0	-1805,1	-7,4
2010	24726,5	24375,7	-350,8	-1,4

В текущих ценах объем финансирования ПГГ в 2010 году по сравнению с 2006 годом вырос на 85,3%. В 2010 году отмечается не полное исполнение программы государственных гарантий за счет бюджетов муниципальных образований.

В структуре финансирования ПГГ по видам медицинской помощи в 2010 году отмечается увеличение объемов финансирования к уровню 2009 года по следующим видам помощи:

- по стационарной помощи на 3,5%,
- по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на 12,3%,

- по скорой медицинской помощи на 17,0%;
- по стационаро-замещающей помощи на 53,4%.

Таблица 128 - Объем финансирования Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи по видам медицинской помощи (млн.руб.)

Годы	Всего	В том числе:				
		Стационарная помощь	Амбулаторно-поликлиническая	Стационаро замещающая	Скорая помощь	Прочие виды помощи
2006	13156,8	6245,4	3587,3	274,8	654,6	2394,7
2007	17587,4	7959,1	5025,2	283,1	672,2	3647,8
2008	21390,5	9402,8	5721,4	376,4	1073,7	4816,2
2009	22714,0	10739,3	6136,9	494,8	1231,8	4111,2
2010	24375,7	11116,7	6893,9	759,1	1441,3	4164,8
Прирост к 2009 году, % (в текущих ценах / в сопоставимых ценах)		3,5/-7,4	12,3/0,6	53,4/37,3	17,0/4,7	1,3/-9,3

За последние пять лет наблюдается рост стоимости единицы медицинской помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

Так, в 2010 году по отношению к прошлому году рост составил:

- по амбулаторно-поликлинической помощи – 12,1%;
- по стационарной помощи – 8,1%;
- по стационарозамещающей помощи – 36,3%;

По скорой медицинской помощи – 17,5%.

Таблица 129 - Динамика стоимости единицы медицинской помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи

Наименование вида медицинской помощи	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Амбулаторно-поликлиническая	127,6	206,6	212,3	220,1	246,8
Стационарная помощь	608,2	910,3	1098,7	1307,6	1412,9
Стационарозамещающая	197,0	254,3	310,2	332,8	453,7
Скорая помощь	466,1	609,1	1053,1	1250,3	1469,2

2. Финансовая деятельность Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Программа обязательного медицинского страхования

Программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий обеспечения населения Красноярского края бесплатной медицинской помощью.

Подушевой норматив финансирования Программы ОМС Красноярского края по сравнению с 2006 годом вырос в 1,8 раза в 2010 году и составил 4255,0 рублей или 63,4 процента от норматива Российской Федерации. В 2008 году подушевой норматив финансирования Программы ОМС соответствовал федеральному нормативу.

Таблица 130 -Расходы на финансирование Программы ОМС за 2006-2010 гг.

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Расходы на Программу ОМС	6 643 522,7	8 458 111,0	10 284 774,2	12 035 593,1	12 313 603,9
в том числе: расходы на управление в сфере установленных функций	122 932,1	148 800,8	177 061,0	194 577,6	228 993,0
Подушевой норматив финансирования Программы ОМС	2 302,7	2 910,9	3 561,1	4 167,6	4 255,0
Федеральный подушевой норматив (с учетом районного коэффициента)	2 619,5	3 173,6	3 629,1	6 721,5	6 714,9

Финансирование Программы ОМС осуществляется по следующим статьям расходов: «Заработная плата», «Начисления на фонд оплаты труда», «Увеличение стоимости материальных запасов» в части медикаментов, перевязочных средств и продуктов питания, «Увеличение стоимости основных средств» в части мягкого инвентаря и обмундирования. Кроме того, в рамках одноканального финансирования, с 2009 года осуществляются расходы, необходимые для обеспечения деятельности медицинских учреждений, участвующих в проекте: «Прочие выплаты», «Услуги связи», «Транспортные услуги», «Коммунальные услуги», «Арендная плата за пользование имуществом», «Работы, услуги по содержанию имущества», «Прочие работы, услуги», «Социальное обеспечение», «Прочие расходы».

На одноканальное финансирование переведены 5 краевых медицинских учреждений. Государственное (муниципальное) задание для медицинских учреждений, переведенных на одноканальное финансирование, на 2010 год в части финансовых средств утверждено в сумме 1 003 218,3 тыс. рублей, в том числе: расходы по статьям расходов по базовой Программе ОМС в сумме 908 667,0 тыс. рублей, на текущее содержание – 94 551,3 тыс. рублей.

Доля средств на одноканальное финансирование в общей стоимости Программы ОМС в 2010 году составляет 7,7 %.

Мероприятия по реализации Программы ОМС

В целях рационального и эффективного использования средств ОМС в течение 2010 года проводились следующие мероприятия.

1.Маркетинговые исследования оптового рынка медикаментов, среднерыночных цен местных товаропроизводителей и местных оптовых поставщиков продуктов питания. Это привело к сокращению количества медицинских учреждений, в которых медикаменты и продукты питания приобретаются по ценам, превышающим среднеоптовые.

2. Централизованный закуп продуктов питания, лекарственных средств и изделий медицинского назначения для нужд медицинских учреждений системы ОМС.

В 2010 году соглашения с Фондом на централизованное размещение заказа на поставку лекарственных средств, изделий медицинского назначения, расходных материалов заключили 132 медицинских учреждения. Доля центра-

лизированного закупа составила 55,1 процента от средств, запланированных на приобретение медикаментов и прочих изделий медицинского назначения, что выше показателя 2009 года на 22,%, показателя 2006 года - в 4 раза.

Централизованно закупаются лекарственные средства 68 фармакологических групп, изделия медицинского назначения – 34 групп.

В 2010 году соглашения с Фондом на централизованное размещение заказа на поставку продуктов питания заключили 74 медицинских учреждения. Доля централизации в 2010 году составила 34,6 процента от суммы средств, запланированных на приобретение продуктов питания, что выше показателя 2006 года в 5 раз.

Ассортиментный перечень централизованно закупаемых продуктов питания содержит 174 наименования 10-ти основных групп.

Схема централизованного обеспечения значительно снижает риски возникновения дефектуры и обеспечивает необходимый запас лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов питания в медицинских учреждениях края, что позволяет обеспечивать доступность оказания медицинской помощи в части лекарственного обеспечения и лечебного питания.

3. Защита прав застрахованных.

Создан Координационный совет по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС.

Усовершенствованна работа многоканального телефона доверия «Право на здоровье». В 2010 году на телефон доверия поступило 10 943 обращения. По всем обращениям гражданам предоставлена консультативная и справочная информация, рассмотрены жалобы и заявления.

Развивается институт страховых представителей в медицинских учреждениях (посты качества). Организация работы «Постов качества» в медицинских учреждениях является инструментом, позволяющим предупредить нарушение прав пациентов в конкретном медицинском учреждении и решить проблемы при оказании медицинской помощи. С 2009 года открыто 10 «Постов качества» в медицинских учреждениях. В течение 2010 года увеличилось количество обращений к страховым представителям в 3,6 раза, что составило 2 712 (2009г. – 755), в том числе увеличилось количество обращений за консультацией - в 3,5 раза что составило 2 453 (2009 год – 695), по поводу жалоб – в 4,3 раза что составило 259 (2009г. – 60).

Финансовое обеспечение государственного задания на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи, оказываемой медицинскими работниками первичного звена

Размер дополнительных выплат установлен в размере 10 000 рублей в месяц на одного врача и 5 000 рублей в месяц на одну медицинскую сестру, с применением к сумме выплат районных коэффициентов за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним районов.

Численность медицинских работников первичного звена, участвующих в реализации приоритетного национального проекта по сравнению с 2006 годом увеличилась на 4%, укомплектованность медицинскими работниками первич-

ного звена по сравнению с 2006 годом увеличилась по врачам участковым с 83,7% до 87,8%, медицинскими сестрами участковыми с 74,3% до 94,2%.

Средняя заработная плата врачей первичного звена составила 31 618 рублей, из них стимулирующие выплаты без учета страховых взносов – 16 189,3 рублей, средняя заработная плата медицинских сестер первичного звена – 17 927,0 рублей, из них стимулирующие выплаты – 8 282,3 рублей.

Объем финансирования на дополнительные выплаты медицинским работникам первичного звена по сравнению с 2006 годом вырос на 84%.

За период с 2005 года на территорию Красноярского края из федерального бюджета на реализацию льготного лекарственного обеспечения отдельным категориям граждан, имеющим федеральную льготу по лекарственному обеспечению, поступило 4 540 657,8 тыс. рублей. В 2009 году обеспечение необходимыми лекарственными средствами осуществлялось через министерство здравоохранения края.

За счет краевого бюджета в бюджет Фонда на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан в части льготного лекарственного обеспечения и бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов с 2006 года поступило 3 422 579,2 тыс. рублей, из них: 79,7% направлено на льготное лекарственное обеспечение и 20,3% - на льготное зубопротезирование.

В 2010 году расходы на льготное зубопротезирование составили 162 370,2 тыс. рублей, что на 72,2% выше израсходованных средств в 2006 году. В течение 2006-2010 годов наблюдается прирост числа льготников, воспользовавшихся бесплатным изготовлением и ремонтом зубных протезов (2006 год - 14 171 человек, 2010 год – 14 987 человек, рост – 6%), за счет увеличения средств на льготное зубопротезирование. Средний расход на 1 льготополучателя в 2010 году составил 10 834 рублей, рост к 2006 году - 62,8%.

В 2010 году расходы на льготное лекарственное обеспечение составили 658 019,8 тыс. рублей, что в 2,1 раза больше расходов 2006 года. Рост объясняется тем, что в 2008 году расширился перечень льготополучателей на лекарственное обеспечение (ветераны труда, ветераны труда края, пенсионеры, родители и вдовы (вдовцы) военнослужащих, являющихся получателями пенсий по государственному пенсионному обеспечению).

В 2010 году правом на льготное лекарственное обеспечение воспользовалось 258 814 человек, в 2006 году - 123 973 человека, прирост – 47,9%. Среднее подушевое потребление 1 льготополучателя в 2010 году составило 2542,4 рублей.

3. Оплата труда

В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Красноярского края работает 68966 человек.

Данной численностью обеспечивается работа 98 476 штатных должностей.

Коэффициент совместительства в целом по краю составляет 1,43, наиболее не обеспечены категории персонала врачи – 1,56.

Из средств бюджетов всех уровней финансируется 35% работающих в отрасли, из средств обязательного медицинского страхования 63% и 2% работают на постоянной основе в отделениях ЛПУ по оказанию платных услуг.

В 2010 году в отрасли использовались две системы начисления заработной платы: по единой тарифной сетке и новая система оплаты труда, также продолжалась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». Средняя заработная плата на одного работающего с учетом всех источников составила 16 341 рубль.

По категориям персонала средняя заработная плата на одного работающего с учетом доплат за реализацию мероприятий проекта «Здоровье» составила:

- врачей – 28 647 рублей;
- среднего медицинского персонала - 16 472 рубля;
- младшего медицинского персонала – 8733 рубля.

За период 2010 года у работников здравоохранения края не было повышения заработной платы, поэтому индекс роста средней заработной платы 2010 года к уровню 2009 года составляет 1,00.

Соотношение между заработной платой работников здравоохранения и промышленности снизилась с 63,2% в 2009 году до 56% в 2010 году.

В 2010 году введена новая система оплаты труда в 5 учреждениях здравоохранения края, в том числе в 4 краевых государственных учреждениях здравоохранения и 1 муниципальном учреждении здравоохранения

1. КГБУЗ «Красноярская краевая больница №2»;
2. КГБУЗ «Красноярская краевая детская больница»;
3. КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница имени профессора П.Г. Макарова»;
4. КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер №1»
5. МБУЗ «Городская больница №7»

По новой системе оплаты труда работают 2 640 человек, что составляет 3,8% от общей численности, работающих в учреждениях здравоохранения края (69 445 человек). Для участия в эксперименте по введению новой системы оплаты труда фонд оплаты труда участвующих учреждений был увеличен на 20%.

Заработная плата работников напрямую зависит от выполнения показателей результативности и качества их труда, разработанных каждым учреждением.

Как обстоят дела в 2010 г.:

В учреждениях здравоохранения работает 68 966 человек, в том числе:

- в краевых государственных учреждениях – **15280 человек;**
 - в муниципальных учреждениях – **53686 человек.**
-

Темп роста среднемесячной заработной платы в новой системе оплаты труда за 2010 год на 1 работника учреждения составляет в среднем от 100 до 158,1%. Учитывая, что оплата труда работников осуществляется в соответствии с критериями оценки результативности и качества труда работников, утвержденными локальными нормативными актами учреждений, сумма стимулирующих выплат индивидуальна для каждого работника. В среднем рост заработной платы у основного персонала – врачей составил от 117% до 124%, у среднего медицинского персонала от 117% до 120%, у младшего медицинского персонала – 103,3% - 121,0%, у водителей на 110%, бухгалтеров – 118,2%, юристконсульты – 118,0%.

4. Финансирование высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи

В 2010 году высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась за счет средств краевого и федерального бюджетов. За счет средств краевого бюджета высокотехнологичная медицинская помощь осуществлялась в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, долгосрочной целевой программы «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае» на 2010 - 2012 годы. За счет средств федерального бюджета высокотехнологичная медицинская помощь оказывалась по выделенным квотам в федеральных специализированных медицинских организациях и учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, включенных в реализацию государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

1) Оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

В 2007 пролечено 954 человека, в 2008 году - 1095 человек, в 2009 – 1464, в 2010 году – 3012 человек.

2) Оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница».

В 2010 году в реализации государственного задания по высокотехнологичной медицинской помощи участвовало краевое государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия», «Нейрохирургия», «Травматология и ортопедия».

В 2007 году пролечено 1010 человек, в 2008 - 1333, в 2009 – 1636, в 2010 - 1336.

3) Оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств краевого бюджета в краевых государственных учреждениях здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

В 2007 году получили в рамках Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи высокотехнологичную

медицинскую помощь 1377 человек, в 2008 - 3668 человек, в 2009 году - 4098 человек, в 2010 году - 4177 (822 - сердечно-сосудистая хирургия, 88 - травматология и ортопедия, 170 - нейрохирургия, онкология - 2040, гематология - 850, гемодиализ - 207). Кроме того, в 2010 году проведено 4339 фактоэмульсификаций с имплантацией эластичной ИОЛ.

4) Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках долгосрочной целевой программы «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае».

В 2010 году пролечено 365 пациентов, из них установлено 515 стентов.

Кроме того, 28 пациентов направлены в организации здравоохранения, расположенные за пределами края, для получения дорогостоящих (высокотехнологичных) медицинских услуг за счет средств краевого бюджета в рамках Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи. Большая часть это пациенты, нуждающиеся в тех видах медицинской помощи, которые не могут быть оказаны в рамках реализации государственного задания. В основном это трансплантация почки, включая специальное лечение больных с пересаженной почкой, а также ряд видов высокотехнологичной медицинской помощи при онкологических и сосудистых заболеваниях.

Общая обеспеченность высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных источников финансирования составили: 2009 год – 192,3 на 100 тыс. населения, 2010 год – 227,4 на 100 тыс. населения.

Удовлетворенность высокотехнологичной медицинской помощи по итогам 2009 года составляет 53%, по итогам 2010 года – 57,3%.

Ввод в эксплуатацию федерального центра сердечно – сосудистой хирургии в 2010 году позволит проводить высокотехнологичные операции при ишемической болезни сердца (приобретенные пороки, нарушения ритма сердца), врожденных пороках сердца (развитие ВМП в раннем детском возрасте). Ежегодно планируется проведение до 1200 операций в условиях искусственного кровообращения, до 2000 операций при сложных нарушениях ритма сердца, до 2000 эндоваскулярных методов лечения, что позволит обеспечить медицинской помощью граждан, нуждающихся в высокотехнологичном лечении на сердце и кровеносных сосудах.

5. Финансирование донорства

Согласно Закону Красноярского края № 12-2596 от 26.11.2004 г. «О поддержке донорства крови и ее компонентов в Красноярском крае» в 2010 году были запланированы и проведены мероприятия с расходованием бюджетных средств в сумме 10627,8 тыс. руб., в том числе за счет средств краевого бюджета:

- 102,0 тыс. рублей – застрахованы 17 000 доноров на случай заражения инфекционными заболеваниями при донации крови;

- 8 109,7 тыс. рублей – на приобретение продуктовых наборов для обеспечения бесплатным питанием доноров в день сдачи крови и ее компонентов.

Обеспечено бесплатным питанием - 61321 донор. Стоимость продуктового набора составила 132,25 рубля;

- 2416,1 тыс. рублей – на компенсационные выплаты донорам за редкие группы крови и иммунную плазму.

Из внебюджетных средств:

- на дополнительное питание доноров;

- на компенсационные выплаты донорам за редкие группы крови и иммунную плазму, содержащую резусные антитела и антитела к вирусу клещевого энцефалита.

6. Финансирование специализированной скорой медицинской помощи (санитарной авиации)

За счет средств краевого бюджета расходы на специализированную санитарно-авиационную скорую медицинскую помощь в 2010 году составили 362435,05 тыс. рублей.

Увеличение расходов на санитарную авиацию по сравнению с 2009 годом составили 21,5%, основной причиной явился рост тарифов на выполнение санитарных заданий по оказанию экстренной и плановой консультативной медицинской помощи населению Красноярского края.

7. Реализация законов края

Реализация закона края «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований края государственными полномочиями по обеспечению детей первого и второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания» позволило обеспечить детей первых двух лет жизни специальными молочными продуктами детского питания со сбалансированным витаминно – минеральным комплексом на сумму 63 559,8 тыс. рублей. За счет средств Закона в 2010 году обеспечено полноценным питанием 6702 ребенка первого года жизни и 5408 детей второго года жизни.

В результате реализации закона удалось стабилизировать заболеваемость детей раннего возраста алиментарно-зависимыми заболеваниями, такими как рахит, анемия, гипотрофия на уровне 2009 года.

В 2010 году субвенции краевого бюджета, направляемые бюджетам муниципальных образований края на реализацию Закона края "О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов края государственными полномочиями по организации круглосуточного приема, содержания, выхаживания и воспитания детей в возрасте до четырех лет, заблудившихся, подкинутых, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей, в муниципальных учреждениях здравоохранения, а в случае их отсутствия – в иных учреждениях здравоохранения" исполнены на 27866,3 тыс. руб. В 2010 году фактическое количество детей госпитализированных в стационары муниципальных учреждений здравоохранения составило 1212 человек; фактическое количество койко-дней, проведенных детьми в стационарах муниципальных учреждений здравоохранения составило 48787. Средняя длительность пребывания составила 40 койко-дней. Использование

средств, предусмотренных законом, позволило создать условия для полноценного содержания детей, оказавшихся в угрожаемом для жизни состоянии, снизить уровень смертности от внешних причин детей первого года жизни на 6,6% и детей в возрасте от 1 до 4 лет на 8,7% по сравнению с показателем 2009 года.

8. Внебюджетная деятельность

За 2010 год в целом по краю объем медицинской помощи от оказания платных услуг населению сверх программы государственных гарантий составил 1 297,1 млн. рублей, в том числе:

- от оказания платных услуг в размере 1 133,0 млн. рублей;
- от оказания услуг по программам ДМС в размере 53,5 млн. рублей;
- от оказания прочих услуг (аренда имущества, прочие поступления от денежных взысканий, поступления от возмещения ущерба при возникновении страховых случаев, прочие неналоговые доходы, добровольные пожертвования) в размере 110,6 млн. рублей.

Рост доходов от оказания платных услуг в 2010 году к уровню 2009 года составил 19,3%. В консолидированном бюджете отрасли доходы от платных услуг составляют 4,2%.

Наибольший объем медицинской помощи, оказанной за плату, приходится на амбулаторно-поликлиническую помощь. Это связано с проведением медицинских осмотров, осуществляемых исключительно на платной основе.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях края размер медицинской помощи от оказания платных услуг в 2010 году составил 1 033,7 млн. рублей, удельный вес от общего объема 79,7%. Оказано медицинских услуг - 2 363 335 единиц. Средняя стоимость медицинской услуги в амбулаторно-поликлинических учреждениях края составила 437,4 рубля.

В больничных учреждениях края оказано услуг на сумму 129,6 млн. рублей, удельный вес от общего объема 10%. Средняя стоимость одного койко-дня составила 2 587,5 рублей.

В условиях дневного стационара оказано услуг на сумму 9,0 млн. рублей, удельный вес от общего объема 0,7%. Средняя стоимость пациенто-дня составила 619,9 рублей.

В учреждениях здравоохранения, относящихся к иным типам (медицинские техникумы, судебно медицинская экспертиза, патологоанатомическое бюро и т.п.) оказано услуг на сумму 124,8 млн. рублей, что к общему объему оказанных услуг в 2010 году составляет 9,6%.

За 2010 год доход от внебюджетной деятельности в краевых государственных бюджетных учреждениях составил 329,6 млн. рублей (25,4%), в муниципальных учреждениях 967,5 млн. рублей (74,6%).

Таблица 131 - Структура расходования финансовых средств от оказания платных услуг, услуг по программе ДМС и от оказания прочих услуг в 2010 г.

Статьи расходов	Платные услуги, млн. руб.	ДМС, млн. руб.	Прочие услуги, млн. руб.	Итого, млн. руб.	Удельный вес от общего объема расходов, %
Заработная плата и начисления на оплату труда	655,0	30,6	41,0	726,6	56,0
Услуги по содержанию имущества	114,1	2,5	18,2	134,8	10,4
Прочие расходы	120,4	11,4	10,8	142,6	11
Увеличение стоимости основных средств, в том числе	84,3	1,0	21,6	106,9	8,2
приобретение медицинского оборудования	50,2	0,4	10,3	60,9	4,7
Увеличение стоимости материальных запасов, в том числе	159,2	8,0	19,0	186,2	14,4
приобретение медикаментов и перевязочных средств	69,1	6,0	5,8	80,9	6,2
Всего расходов	1 133,0	53,5	110,6	1 297,1	100,0

На оплату труда, с начислениями, работников направлены средства в размере 726,6 млн. рублей, что составляет 56,0% от общего объема расходов.

Для повышения качества оказываемых платных услуг медицинские учреждения края в 2010 году приобрели медицинское оборудование на сумму 60,9 млн. рублей, что составляет 4,7% от общего объема расходов.

На приобретение медикаментов и перевязочных средств, в целом по краю, израсходовано 80,9 млн. рублей, что составляет 6,2% от общего объема расходов.

В 2010 году платные медицинские и платные немедицинские услуги оказывали 26, подведомственных министерству здравоохранения, учреждений.

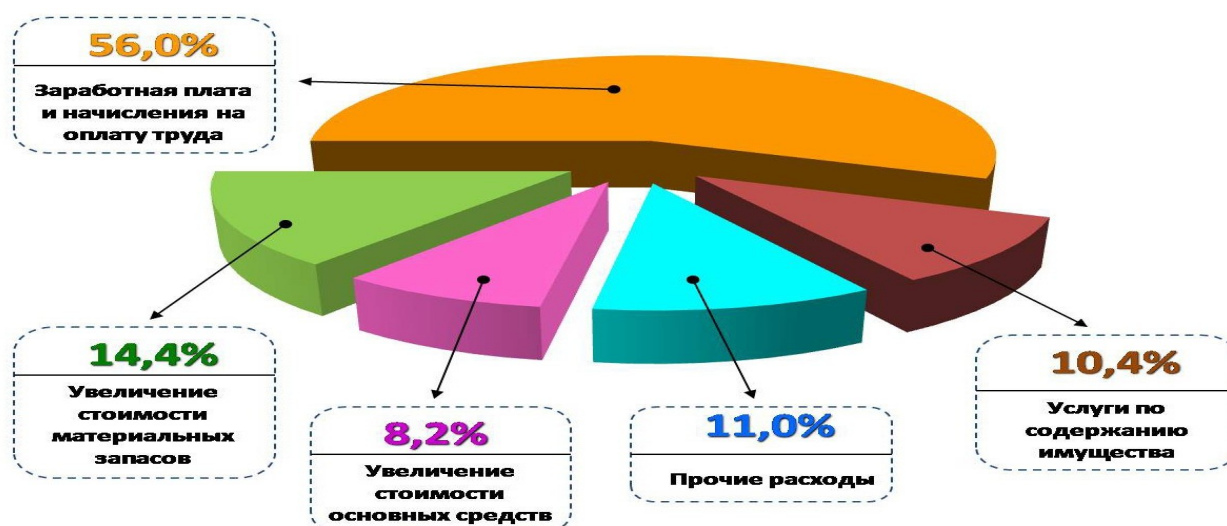


Рисунок 88 – Удельный вес статей затрат в общем объеме расходов

По итогам за 2010 год доходы от предпринимательской деятельности составили 329,6 млн. рублей, что ниже планового показателя на 5,4%, в том числе доходы, полученные учреждениями здравоохранения, от оказания платных

медицинских услуг и ДМС составили 264,8 млн. рублей, доходы от оказания немедицинских услуг, составили 64,8 млн. рублей.

Таблица 132- Структура доходов платных услуг, оказываемых государственными краевыми и муниципальными учреждениями здравоохранения края

Вид услуг	Краевые учреждения	Муниципальные учреждения
Медицинские услуги	80,3	96,1
Немедицинские услуги	19,7	3,9
Итого	100,0	100,0

Платные медицинские услуги краевых учреждений на 35,4% представлены медицинскими осмотрами, освидетельствованиями специалистов, на 32,2% - лабораторными исследованиями, на 10,5% - диагностическими исследованиями. В муниципальных учреждениях здравоохранения медицинские освидетельствования занимают 39,3% от всех оказанных платных услуг, на втором месте – лабораторные исследования, составляющее 13,7%, диагностические исследования – 9,1%, зубопротезирование – 6,8%. Структура платных услуг определяется возможностями краевых учреждений, имеющих мощную базу для диагностических и лабораторных исследований.

Таблица 133 - Удельный вес основных видов платных медицинских услуг, оказываемых государственными краевыми и муниципальными учреждениями здравоохранения края, в общем объеме медицинских услуг

№	Виды медицинских услуг	2010 год	
		краевые	муниципальные
1.	Диагностические исследования	10,5%	9,1%
2.	лабораторные исследования	32,2%	13,7%
3.	медосмотры, освидетельствования	35,4%	39,3%
4.	консультации, прием	12,8%	1,5%
5.	зубопротезирование	0,5%	6,8%
6.	физиолечение	0,8%	0,4%

Деятельность учреждений здравоохранения по оказанию платных услуг является источником дополнительных финансовых средств для учреждений, позволяющим обеспечить текущую деятельность: поддерживать материально-техническую базу, стимулировать медицинский персонал, оплачивать расходы на содержание имущества и уплату налогов.

Немедицинские услуги в муниципальных учреждениях здравоохранения на 51,19% представлены транспортными услугами, на 10,79% - прочими услугами.

РАЗДЕЛ 5. РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 2010 году на территории Красноярского края реализованы целевые программы в объеме 715,4 млн. рублей, в том числе:

- за счет средств федерального бюджета – 28,7 млн. рублей;
- за счет средств краевого бюджета – 478,4 млн. рублей;
- бюджетов муниципальных образований края – 161,9 млн. рублей.

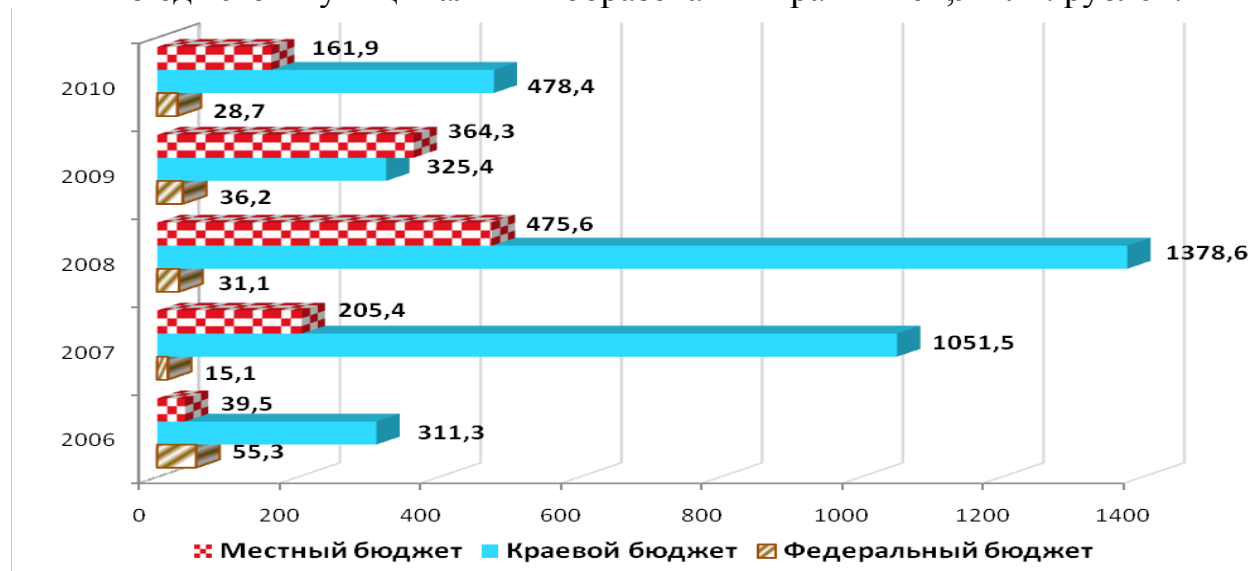


Рисунок 89 - Объем финансирования целевых программ на территории Красноярского края в 2006-2010 гг. (млн.рублей)

В 2010 году Красноярский край участвовал в реализации **федеральных целевых программ** по отрасли здравоохранение. В рамках реализации мероприятий данных программ из федерального бюджета выделены средства в объеме 28,7 млн. рублей. Этот показатель в 1,9 раза ниже уровня 2006 года.

Таблица 134 Объем финансирования федеральных целевых программ на территории Красноярского края в 2006-2010 гг. (млн.рублей)

№ п/п	Наименование программы (подпрограммы)	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1	Федеральная целевая программа «Дети России»	0,350	3,166	2,718	12,454	3,411
	подпрограмма «Дети-инвалиды»					
	подпрограмма «Здоровый ребенок»	0,350				
	подпрограмма «Здоровое поколение»		3,166	2,718	12,454	3,411
2	Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»	54,947	11,930	28,423	42,614	25,264
	подпрограмма «Сахарный диабет»	4,726				
	подпрограмма «Туберкулез»	13,059	1,588		4,717	25,264
	подпрограмма «Вакцинопрофилактика»	37,162	10,342	28,423	19,014	
	подпрограмма «Инфекции, передаваемые половым путем»		0,027			
	ИТОГО	55,297	15,123	31,141	55,068	28,675

В 2010 году по программе «Дети России» подпрограмме «Здоровое поколение» получены диагностические реагенты для проведения неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз, наборы реагентов для количественного определения фениланина в сухих пятнах крови, фильтровальные тест-бланки на общую сумму 3,411 млн. рублей.

В рамках программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» по подпрограмме «Туберкулез» поступили противотуберкулезные препараты на сумму 25,264 млн. рублей. По сравнению с 2006 годом поставки снижены в среднем в 2 раза.

В рамках реализации **долгосрочных и краевых целевых программ** по отрасли здравоохранения в Красноярском крае за 2010 год освоено средств в объеме 478,4 млн. рублей, что в 1,5 раза больше освоенных средств 2006 года.

В 2010 году в Красноярском крае реализовывалось девять краевых и долгосрочных целевых программ по отрасли здравоохранение на общую сумму 517,6 млн. рублей, освоение составило 478,4 млн. рублей (92,4%), это на 1,9% меньше процента освоения 2006 года.

Таблица 135 - Объем финансирования краевых целевых программ на территории Красноярского края в 2006-2010 гг. (млн.рублей)

№ п/п	Наименование программ	Освоение финансирования (млн.руб.)				
		2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
1	«Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» на 2005-2007 годы, на 2008-2010 годы	72,0	80,5	85,8	80,5	86,6
2	«Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего профессионального образования Красноярского края» на 2006-2008 годы, на 2009-2011 годы	211,8	751,5	1149,1	134,2	282,1
3	«Поддержка развития первичной медико-санитарной помощи в сельской местности Красноярского края на 2005-2007 годы»	26,6	33,8			
4	«Развитие общих врачебных практик на территории Красноярского края на 2008-2010 г»			28,5		
5	«Комплексные меры по преодолению распространения алкоголизма, наркомании и пьянства в Красноярском крае» на 2007-2009 годы		10,3	13,9	3,4	11,0
6	«Безопасность дорожного движения в Красноярском крае» на 2006-2008 годы, на 2009-2011 годы	0,9	4,2	2,1	15,3	4,4
7	«Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае» на 2007-2009 годы		130,9	63,9	65,2	75,2
8	«Дети» на 2007-2009 годы		8,9	12,7	6,7	11,6
9	«Содействие занятости и социальной адаптации трудовых ресурсов Красноярского края из числа лиц, отбывающих и (или) отбывших наказание в виде лишения свободы» на 2010					0,03

	– 2012 годы					
10	«Комплексные меры поддержки гражданско-патриотического самоопределения молодежи Красноярского края» на 2008-2010 годы»					0,9
11	«Реализация социально-экологических мероприятий в зоне наблюдения ФГУП «Горно-химический комбинат» на период 2007-2009 г»		31,4	22,0	20,1	6,6
	ИТОГО	311,3	1 051,5	1378,0	325,4	478,4

На расходы капитального характера направлено 67,5% освоенных средств, на расходы текущего характера направлено 32,5%.

В целом средства долгосрочных и краевых целевых программ реализуемых на территории края в 2010 году направлены на проведение следующих мероприятий по отрасли здравоохранения:

- приобретение иммунобиологических, лекарственных препаратов и медицинских расходных материалов для краевых и муниципальных учреждений здравоохранения края на сумму 127,3 млн. рублей (26,5%);

- проведение агитационно – просветительской работы на территории края на сумму 2,7 млн. рублей (0,5%).

- приобретение медицинского и технологического оборудования для краевых и муниципальных учреждений здравоохранения края на сумму 124,5 млн. рублей (26,0%);

- установку охранно-пожарная сигнализации в краевых и муниципальных учреждениях здравоохранения края на сумму 17,1 млн. рублей (3,4%);

- проведение работ по капитальному ремонту зданий (сооружений) в краевых и муниципальных учреждениях здравоохранения края на сумму 208,6 млн. рублей (43,6%);

Краевая целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» на 2008-2010 годы утверждена в объеме 86,834 млн. рублей, освоена в объеме 86,619 млн. рублей, или 99,8% от предусмотренных годовых ассигнований. Выполнены все программные мероприятия.

Реализация раздела «Туберкулез» позволила обеспечить в полном объеме все территории края противотуберкулезными препаратами и препаратами для сопроводительной терапии больных активными формами туберкулеза и лиц из групп «риска», нуждающихся в проведении химиопрофилактики и лечении туберкулеза. Показатель смертности от туберкулеза снизился на 26% по сравнению с показателем 2007 года. Освоение средств составило 48,948 млн. рублей.

Реализация раздела «Вакцинопрофилактика» позволила осуществить специфическую иммунопрофилактику, диагностику и лечение осложнений и последствий наиболее опасных инфекционных заболеваний, поддержать охват прививками детей в соответствии с национальным календарем профилактических прививок на уровне более 95%, сохранить заболеваемость инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики на уровне спорадических случаев. Освоение средств составило 19,798 млн. рублей.

Реализация раздела «Анти-ВИЧ/СПИД»: проведение профилактических мероприятий позволило охватить информацией о мерах профилактики ВИЧ-инфекцией 33,2 тыс. человек, в том числе 30,0 тысяч – участники массовых мероприятий и тематических акций. Проведенные исследования позволили выявить 391 новый случай ВИЧ-инфекции среди лиц высокого риска инфицирования. Применение лекарственных препаратов позволило провести специфическую профилактику 454 ВИЧ-инфицированным матерям и новорожденным, провести сопроводительное лечение 861 пациенту, что обеспечило поддержание положительной динамики основного лечения и стабилизировать показатели иммунного статуса пациентов из числа диспансерной группы. Освоение средств составило 14,326 млн. рублей.

Реализация раздела «Артериальная гипертония» позволила охватить обучением 308 медицинских работников методам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в 2010 году. Охватить просветительской информацией лиц с артериальной гипертонией 62,6% лиц с артериальной гипертонией высокого сердечно-сосудистого риска. Освоение составило 0,692 млн. рублей.

Реализация раздела «Онкология» позволила увеличить до 64% долю пролеченных в маммологическом центре КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского» больных раком молочной железы I-II стадий. Освоение средств составило 2,855 млн. рублей.

Долгосрочная целевая программа «Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего профессионального и дополнительного профессионального образования Красноярского края» на 2009-2011 годы утверждена в объеме 313,689 млн. рублей. Средства освоены в объеме 282,101 млн. рублей, или 89,9% от предусмотренных годовых ассигнований.

В рамках устранения условий, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью пациентов и медицинских работников в учреждениях здравоохранения, учащихся и сотрудников в образовательных учреждениях среднего профессионального образования проведен капитальный ремонт, реконструкция зданий, сооружений, помещений и иных связанных с ними мероприятий в 25-ти краевых государственных учреждениях здравоохранения; установлена охранно-пожарная сигнализация в 11 краевых государственных учреждениях здравоохранения; приобретено медицинское оборудование для 3-х краевых государственных учреждений здравоохранения.

Реализация мероприятий программы позволила улучшить условия для обеспечения доступности и безопасности оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи населению края, подготовки медицинских работников в краевых государственных образовательных учреждениях среднего профессионального и дополнительного профессионального образования, в том числе устранить нарушения пожарной безопасности, связанных с работами капитального характера, в учреждениях системы здравоохранения. Из выявленных 205 нарушений пожарной безопасности, по состоянию на 15.12.2010г. устранено 199 нарушений Госпожнадзора, что состав-

ляет 97% от общего числа нарушений. Полностью устранены замечания Госпожнадзора в 8 учреждениях здравоохранения (в соответствии с изменением реестра).

Долгосрочная целевая программа «Безопасность дорожного движения в Красноярском крае» на 2009-2011 годы утверждена по отрасли здравоохранения в объеме 4,467 млн. рублей. Средства освоены в объеме 4,381 млн. рублей, или 98,1% от предусмотренных годовых ассигнований.

В рамках совершенствования системы подготовки участников ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий приобретено оборудование для организации работы класса по обучению навыкам оказания первой помощи.

В рамках повышения уровня технического обеспечения деятельности, направленной на усиление контроля за соблюдением участниками дорожного движения установленных нормативов и правил, приобретены малогабаритные газовых хроматографы для 5-ти муниципальных учреждений здравоохранения.

Долгосрочная целевая программа «Реализация социально-экологических мероприятий направленных на улучшение радиационной обстановки на территории влияния радиационно опасных объектов» на 2010 - 2012 годы утверждена в объеме 7,605 млн. рублей, освоена в объеме 6,615 млн. рублей или 87% от предусмотренных годовых ассигнований.

С целью своевременной диагностики и лечения заболеваний населения в зоне наблюдения ФГУП «Горно-химический комбинат» в рамках программы приобретено диагностическое оборудование для ФГУП «Горно-химический комбинат с последующей установкой в учреждения здравоохранения.

Долгосрочная целевая программа «Дети» на 2010 - 2012 годы утверждена по отрасли здравоохранения в объеме 11,889 млн. рублей. Средства освоены в объеме 11,564 млн. рублей или 97,3% от предусмотренных годовых ассигнований.

В рамках устранения нарушения надзорных органов с целью приведения КГБУЗ «Детский ревматологический санаторий «Березка» в соответствие с лицензионными требованиями и условиями на оказание услуг санаторно-курортного лечения детей проведены работы по капитальному ремонту, приобретено медицинское и кухонное оборудование, мебель, оборудование для прачечной, спортивное и игровое оборудование для детской площадки

Долгосрочная целевая программа «Комплексные меры противодействия распространению наркомании, пьянства и алкоголизма в Красноярском крае» на 2010 - 2012 годы утверждена в объеме 11,163 млн. рублей. Средства освоены в объеме 11,030 млн. рублей или 98,8% от предусмотренных годовых ассигнований.

С целью формирования в обществе негативного отношения к незаконному потреблению наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя - разработана, тиражирована полиграфическая продукция о здоровом образе жизни и вреде наркотиков; изготовлены 10 стационарных стендов о работе Центров здоровья; изготовлено 20000 экземпляров листовок об антинаркоти-

ческой и антиалкогольной работе Центров здоровья; в рамках Международного дня борьбы с наркоманией проведены 3 семинара для специалистов, работающих с молодежью; проведен мониторинг ситуации для определения масштабов распространенности употребления наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя среди населения Красноярского края с выездом в 7 территорий края. Мероприятия позволили вовлечь в профилактические мероприятия более 2390 подростков и молодежи в возрасте от 11 до 20 лет.

С целью повышения уровня компетентности и квалификации специалистов - проведен 5-ти дневный семинар-тренинг для специалистов, работающих в области профилактики; проведен цикл повышения квалификации для врачей специалистов, проводящих групповые психологические тренинги в Центрах здоровья. Мероприятия позволили повысить квалификацию и уровень компетентности 109 специалистов, работающих с детьми, несовершеннолетними и молодежью и осуществляющих деятельность по профилактике наркомании, пьянства и алкоголизма.

С целью снижения масштабов распространения наркотиков приобретено лабораторное оборудование для исследований, изъятых наркотических средств для оснащения лаборатории ГУВД по Красноярскому краю.

С целью совершенствования системы выявления и диагностики наркологических расстройств, внедрения современных методов лечения и реабилитации наркозависимых, для краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения приобретены медикаменты и медицинские расходные материалы, оборудование для химико-токсикологического отдела клинικο-диагностических лабораторий, для оказания неотложной помощи, для определения паров этанола в выдыхаемом воздухе, для организации кабинета медико-психологических услуг для созависимых, организована работа летнего выездного реабилитационного лагеря для 25 больных, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. Мероприятия позволили на 5,3% (с 261 до 275 человек, относительно 2008г.) увеличить количество больных наркоманией и алкоголизмом, прошедших лечение и реабилитацию, длительность ремиссии, у которых составляет не менее 2 лет.

Долгосрочная целевая программа «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае на 2010-2012 годы утверждена в объеме 63,905 млн. рублей. Средства освоены в объеме 63,853 млн. рублей или 99,9% от предусмотренных годовых ассигнований.

С целью снижения младенческой смертности, создания условий для выхаживания новорожденных, приобретено 7 реанимационных комплексов для 1-го краевого и 5-ти муниципальных учреждений здравоохранения. Начало эксплуатации оборудования - 2011 год.

С целью создания системы телемедицинского консультирования женщин с пороками развития плода для краевых и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретены системы индивидуальной и групповой видеоконференц-связи, ультразвуковое диагностическое оборудование. Система начнет работать с 2011 года.

В результате приобретения медикаментов и наборов для эндоваскулярной диагностики и лечения ишемической болезни сердца для КГУЗ «Краевая клиническая больница проведены высокотехнологичные операции по установке стентов 329 больным;

С целью создания системы своевременного выявления лиц высокого риска преждевременной смертности и оказания профилактической помощи населению приобретены аппаратно-программные реоанализаторы для отделений, кабинетов медицинской профилактики 7-ми муниципальных учреждений здравоохранения, проведено обучение 20-ти средних медицинских работников, методам скрининга с использованием реоанализатора, проведен цикл обучения 10-ти специалистов службы медицинской профилактики, методам помощи пациентам в отказе от курения, создано и тиражировано видеопособие для работы с больными ишемической болезнью. Система начнет работать с 2011 года.

Долгосрочная целевая программа «Содействие занятости и социальной адаптации трудовых ресурсов Красноярского края из числа лиц, отбывающих и (или) отбывших наказание в виде лишения свободы» на 2010 – 2012 годы утверждена в объеме 0,164 млн. рублей. Средства освоены в объеме 0,029 млн. рублей или 17,7% предусмотренных годовых ассигнований.

В рамках мероприятий произведено тиражирование 10200 штук полиграфической продукции, 100 штук методических рекомендаций, что позволило повысить информированность врачей психиатров и психиатров-наркологов ГУФСИН России по Красноярскому краю по вопросам диагностики и лечения наркологических расстройств.

С целью повышения квалификации медицинского персонала ГУФСИН России по Красноярскому краю по вопросам медицинского освидетельствования лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы проведен семинар в Нижнеингашском районе.

Краевая целевая программа «Комплексные меры поддержки гражданско-патриотического самоопределения молодежи Красноярского края» на 2008-2010 годы утверждена в объеме 1,0 млн. рублей. Средства освоены в объеме 0,915 млн. рублей или 91,5% от предусмотренных годовых ассигнований.

С целью повышения раннего выявления заболеваний у детей допризывного возраста и своевременного начала лечения, для оснащения отделений функциональной диагностики учреждений здравоохранения края, приобретены комплексы суточного мониторирования электрокардиографии и артериального давления и электроэнцефалограф-анализатор.

В 2010 году проведены диагностические исследования 409-ти детей, в том числе 230-ти детей допризывного возраста.

Лекарственное обеспечение



*Nihil aequè sanitatem impedit, quam remediorum crebra mutatio.
Ничто так не мешает здоровью, как частая смена лекарств.*

РАЗДЕЛ 6. СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Одним из приоритетных направлений в области здравоохранения Красноярского края в 2010 году определено создание эффективной и безопасной системы лекарственного обеспечения, развитие которого осуществлялось по следующим разделам:

1. Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан.

2. Государственное регулирование цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

3. Соблюдение приоритета в использовании отечественных лекарственных препаратов.

4. Внедрение предметно-количественного и персонифицированного учета лекарственных средств в стационарах медицинских организаций края.

1. Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан

Обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами на льготных условиях в 2010 году осуществлялось в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (по категориям заболеваний), Законом Красноярского края от 10.12.2004 № 12-2703 «О мерах социальной поддержки ветеранов» (пенсионеры, ветераны труда, труженики тыла), Законом Красноярского края от 10.12.2004 № 12-2711 «О мерах социальной поддержки реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий».

Лекарственное обеспечение населения края по Федеральному закону от 17.07.1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в 2010 году осуществлялось за счет средств федерального бюджета в виде субвенций бюджету Красноярского края (далее – Программа ОНЛС).

Финансирование Программы ОНЛС на 2010 год по Красноярскому краю составило 1 млрд. 408 млн. рублей, в том числе 1072 млн. рублей – субвенции и иные межбюджетные трансферты 2010 года и остаток неиспользованных финансовых средств 2009 года в размере 336 млн. рублей.

Право на получение лекарственной помощи на 2010 год в Красноярском крае оставили за собой 112,66 тыс. человек из 239,1 тыс. человек, что составляет 47,12%. Красноярский край по уровню сохранения страхового принципа оказания лекарственной помощи занимает по Сибирскому федеральному окр-

Как обстоят дела в 2010 г.:

Фармацевтическую деятельность осуществляют:

- **666** аптек;
 - **689** аптечных пунктов;
 - **254** аптечных киоска;
 - **4** аптечных магазина;
-

гу 2 место после республики Тывы; по сумме выделенных субвенций в целом по России – 6 место.

Наибольшее количество сохранивших право на набор социальных услуг на 2010 год отмечается по муниципальным образованиям: гг.Красноярск, Норильск, Таймырский и Эвенкийский муниципальные районы.

Наибольшее количество отказов от набора социальных услуг (свыше 70%) отмечается по муниципальным образованиям: Краснотуранский, Курагинский, Шушенский районы.

В реализации Программы ОНЛС на территории Красноярского края в 2010 году были задействованы 2 фармацевтические организации – ГПКК «Губернские аптеки», ККТПП «Фармация», 162 лечебных учреждений, 171 аптечная организация (127 аптек и 44 аптечных пункта).

Таблица 136 - Реализация программы ОНЛС

Год	Сумма отпуска (тыс. руб.)	Количество отпущенных рецептов (шт.)	Количество лиц, получивших помощь (чел.)	Среднедушевое потребление (руб.)	Средняя стоимость 1 рецепта (руб.)
2010	1 185 993,69	1 524 808	80 878	14 664	778
2009	1 025 206,52	1 615 511	85 717	11 960	650
2008	668 100,0	1 639 130	92 915	7 190,5	404

Уровень обеспеченности федеральных льготополучателей в 2010 году составил 99,9% (контрольный показатель уровня обеспеченности по Российской Федерации – не менее 90%).

За лекарственной помощью в 2010 году в рамках Программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами обратилось 80,68 тыс. человек, что составляет 70,1% от общей численности лиц, имеющих право на набор социальных услуг в части лекарственного обеспечения (по итогам 2009 года – 67,1 процента).

Количество выписанных рецептов на одного льготополучателя в 2010 году составило 19 рецептов, что соответствует показателю 2009 года; средняя стоимость одного льготного рецепта выше уровня 2009 года в 1,4 раза; среднедушевое потребление лекарственных средств выше уровня 2009 года в 1,25 раза.

Доля отсроченного обеспечения в крае составляла 0,03% (400 рецептов по состоянию на 30.12.2010). На аналогичный период 2009 года уровень отсроченного обеспечения составлял 0,06 % (900 рецептов).

В 2010 году организована работа по обеспечению федеральных льготополучателей дорогостоящими лекарственными препаратами, с ведением регистра. В регистр введено 3 255 человек.

В перечень дорогостоящих лекарственных средств для обеспечения федеральных льготополучателей включено 36 препаратов по МНН (59 по торговому наименованию).

В 2010 году отпущено дорогостоящих лекарственных препаратов для обеспечения федеральных льготополучателей по 19656 рецептам на сумму 416 841 628 руб. Средняя стоимость одного рецепта составила 21 206,8 руб.

Таблица 137 - Анализ отпуска лекарственных препаратов по Программе ОНЛС по нозологиям за 2008-2010 гг.

№ п/п	Нозология	2008 год			2009 год			2010 год		
		Сумма, млн.руб	Кол-во рец., тыс.шт	Чел.	Сумма, млн.руб	Кол-во рец., тыс.шт	Чел.	Сумма, млн.руб	Кол-во рец., тыс.шт	Чел.
1	Онкология	90,4	22,6	4795	177,3	24,7	4834	198,2	24,7	4585
2	Сахарный диабет	87,2	83,1	13372	163,7	104,7	13055	185,8	118,1	14132
3	Болезни ССС	119,0	785,7	67193	166,8	778,8	61013	175,0	698,9	57246
4	Хронические болезни нижних дыхательных путей	71,5	120,5	16829	118,5	132,8	15634	134,2	125,9	14433
5	Болезни нервной системы	35,6	51,9	13963	58,2	60,6	14603	60,4	53,3	13652
6	Болезни мочеполовой системы	27,5	28,8	8331	48,6	30,5	8062	54,9	29,4	7516
7	Артриты, спондилопатии	21,0	58,8	18180	41,4	49,8	15597	47,9	43,9	14105
8	Психические расстройства	39,6	50,7	9726	55,0	57,2	9698	41,8	47,5	8539
9	Болезни крови	13,8	3,4	1867	24,6	4,2	2129	30,0	4,9	2146
10	Цереброваскулярные болезни	20,4	83,1	28166	27,9	80,9	26583	27,1	68,3	23927
11	Остеопатии и хондропатии	6,5	5,6	1971	13,1	7,9	2350	14,1	7,8	2441
12	Болезни пищевода, желудка	6,1	49,9	18112	6,8	44,8	16644	7,7	38,3	14811

В структуре затрат в 2010 году наибольший удельный вес приходился на онкологические заболевания, сахарный диабет и болезни сердечно-сосудистой системы, что связано с назначением и своевременным обеспечением пациентов современными дорогостоящими лекарственными препаратами в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

В краевом бюджете на льготное лекарственное обеспечение населения

Что необходимо сделать!

В связи с проведением централизованного закупа лекарственных препаратов путем проведения аукционов по Программе ОНЛС, отсутствует возможность быстрого закупа и индивидуального подхода к подбору терапии больного. Существуют трудности и в планировании закупа лекарственных препаратов.

Министерством здравоохранения Красноярского края направлены предложения в Минздравсоцразвития Российской Федерации по внесению изменения в статью 4.1. Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»: осуществление лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов с использованием механизма возмещения затрат по отпускаемым лекарственным препаратам.

С 2008 года на территории Красноярского края по инициативе Губернатора Красноярского края введена дополнительная мера социальной поддержки ветеранов труда и пенсионеров, не имеющих льгот по другим основаниям, по получению лекарственных препаратов с 50% скидкой от их стоимости путем внесения изменений в закон Красноярского края от 10.12.2004 № 12-2703 «О мерах социальной поддержки ветеранов». Данная категория льготополучателей насчитывает в крае 430 тыс. человек.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17 октября 2007 № 682 «О закупках в 2010 году лекарственных средств, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» на территории Красноярского края в 2010 году лекарственную помощь получили 808 пациентов, отпущено лекарств на сумму 445,2 млн. рублей по 6 492 рецептам. Средняя стоимость 1 рецепта составила 68,4 тыс. рублей.

Бюджету Красноярского края выделены субсидии на осуществление организационных мероприятий по обеспечению больных редкими заболеваниями в 2010 году в сумме 17 375 600 рублей. Конкурс на обеспечение больных редкими заболеваниями выиграло государственное предприятие Красноярского края «Фармация».

В 2010 году активное развитие получила услуга по доставке лекарств на дом по льготным рецептам инвалидам, ветеранам войны и лицам с ограниченными возможностями передвижения. Больные редкими заболеваниями обеспечиваются 100% с доставкой на дом. В целом за год обслужено с доставкой на дом 96,7 тыс. рецептов на сумму 135,6 млн. рублей.

Проблема обеспечения лекарственными средствами населения сельских и отдаленных территорий Красноярского края в настоящее время стоит достаточно остро.

Министерством здравоохранения Красноярского края направлены предложения в Минздравсоцразвития Российской Федерации по внесению изменения в Федеральный закон от 12.04.10 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» по возможности осуществления торговли лекарственными препаратами через автоматы, что позволит решить проблему обеспечения доступности лекарственной помощи населения, проживающего в муниципальных образованиях, в которых отсутствуют аптечные организации и фармацевтический персонал.

Таблица 138 - Общий объем оказания лекарственной помощи населению, имеющему льготы при амбулаторном лечении

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2010 г. к 2006 г. %
Отпущено аптеками льготных лекарств, млн.руб.	1976,5	1554,8	1655,9	2301,3	2288,2	115,8
Среднедушевое потребление, руб.	7376,8	5133,6	8926,1	6289,4	6373,7	86,4

При сравнении показателей по льготному отпуску лекарственных средств по всем источникам финансирования в 2010 году, прослеживается динамика увеличения суммы отпуска по сравнению с 2006 годом на 15,8 %, при уменьшении среднедушевого потребления лекарственных препаратов на 13,6%, что связано с увеличением количества лиц, получивших в 2010 году льготную лекарственную помощь.

За 2010 год на горячую линию министерства здравоохранения края по вопросам лекарственного обеспечения обратилось 1628 человек (в 2009 году обратилось 2132 человек, в 2008 году - 3458 человек).). Уменьшение количества обращений граждан за год составило 23,6 процента.

За 2010 год поступило 344 письменных обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения (за 2009 год – 301 обращение). Увеличение обращений в 2010 году связано с развитием информационной культуры граждан, включая интернет.

2.Государственное регулирование цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП)

Федеральным законом от 12 апреля 2010 N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» главой 12 определено государственное регулирование цен на лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в Перечень ЖНВЛП.

Формирование оптовых и розничных цен на ЖНВЛП на территории

*«Горячая линия» для населения
по вопросам цен на ЖНВЛП
(звонок бесплатный)
CALL-центр: 8-800-700-0003.*

Красноярского края осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Красноярского края от 16.02.2010 № 66-п «Об установлении предельных оптовых и предельных розничных надбавок к ценам на лекарственные средства, включенные в перечень

жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».

На официальном сайте министерства здравоохранения Красноярского края размещается информация о предельных ценах на ЖНВЛП по климатическим зонам края (4 зоны).

По статистическим данным за 2010 год индекс цен на лекарственные препараты в среднем по краю составил 100,1%, в том числе индекс цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты составил с начала года – 98,1 процента.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 27 мая 2009 № 277н «Об организации и осуществлении мониторинга цен и ассортимента лекарственных средств в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях (организациях) РФ») на портале Росздравнадзора ежемесячно вносятся данные участниками мониторинга госпитального и амбулаторного сегментов (49 аптечных и 27 медицинских организаций края).

3.Соблюдение приоритета в использовании отечественных лекарственных препаратов

В целях исключения случаев дискриминации отечественных производителей при размещении заказов на поставку медицинских товаров для государственных нужд в 2010 году проведены мероприятия по изменению политики формирования заявок на поставку лекарственных препаратов, изменению перечня лекарственных препаратов для обеспечения граждан за счет средств краевого бюджета с увеличением доли отечественных препаратов и по активизации совместной работы с Ассоциацией отечественных фармацевтических производителей России по реализации программы импортозамещения.

По результатам работы сумма всех централизованных закупок лекарственных препаратов за счет средств краевого бюджета и средств обязательного медицинского страхования для обеспечения льготных категорий граждан и стационарных учреждений здравоохранения края составила 2 016,1 млн. рублей, из них препараты отечественного производства составили 30% от суммы закупленных препаратов; по торговым наименованиям – 45 процентов.

4. Внедрение предметно-количественного и персонифицированного учета лекарственных средств в стационарах медицинских организаций края

В 2010 году начата работа по организации предметно-количественного учета лекарственных препаратов в стационарах края.

Разработаны и внедрены методические рекомендации «Автоматизация предметно-количественного учета лекарственных средств в учреждениях здравоохранения Красноярского края».

Проведено телеобучение по программе автоматизации предметно-количественного учета специалистов учреждений здравоохранения края для всех медицинских организаций края.

Развитие формулярной системы на территории Красноярского края

В рамках работы формулярной системы на территории края формулярной комиссией ежегодно пересматриваются и формируются перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для оказания стационарной и амбулаторной помощи.

Сформирован и актуализируется справочник жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, применяемых при реализации государственных гарантий для учреждений здравоохранения.

Внедрен анализ реализации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан на территории края. Проведено 7 заседаний формулярной комиссии края, заслушаны отчеты 60 учреждений здравоохранения.

В 2010 году министерством здравоохранения края проведена экспертиза формулярных перечней: КГБУЗ – 100%, МУЗ – 99 процентов.

На конец 2010 года на территории края потребность в специалистах-клинических фармакологах удовлетворена на 30%.

Обеспечение надлежащего качества, эффективности и безопасности лекарственных средств

В целях мониторинга безопасности лекарственных средств проведены следующие мероприятия:

- создана рабочая группа по организации центра мониторинга безопасности лекарственных средств; разработано положение о центре и программный продукт по унификации сбора информации о нежелательных побочных реакциях лекарственных средств;



В 2010 г. в крае фальсифицированных лекарственных средств не выявлено

- введен мониторинг безопасности лекарственных средств;
- проводится обучение по выявлению и регистрации нежелательных побочных реакций лекарственных средств в рамках циклов повышения квалификации.

Функции по экспертизе качества и испытанию лекарственных средств на территориальном уровне возложены на Красноярский филиал ФГУ «Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Красноярский филиал ФГУ «ИМ-ЦЭУАОСМП» Росздравнадзора).

В 2010 году проведен мониторинг качества 184709 партий лекарственных средств. Выявлено 73 случая ввоза на территорию края недоброкачественных лекарственных средств по 42 наименованиям (в 2009 году – 106 случаев по 43 наименованиям).

Испытательной лабораторией проведено 4446 испытаний качества лекарственных средств, в том числе 2363 образцов, изготовленных аптечными предприятиями. Брака при контроле качества лекарственных средств аптечного производства не установлено.

Что необходимо сделать!

1. Реализация приоритетных направлений деятельности в сфере обращения лекарственных средств:

- по льготному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан;
- по государственному регулированию цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства;
- по соблюдению приоритета в использовании отечественных лекарственных препаратов.

2. Дальнейшее внедрение предметно-количественного и персонифицированного учета лекарственных препаратов в стационарах края.

3. Обеспечение доступности лекарственной помощи в отдаленных населенных пунктах края через реализацию 55 статьи Федерального закона от 12 июня 2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

4. Формирование единой политики использования лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в рамках утвержденных стандартов.

5. Упрощение выписки льготных рецептов в амбулаторно-поликлинических учреждениях края.

Материально- техническое оснащение ЛПУ



РАЗДЕЛ 7. СОСТОЯНИЕ ОСНОВНЫХ ФОНДОВ, ПРОБЛЕМЫ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ЛПУ

Реализации долгосрочной целевой программы «Укрепление материально-технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего профессионального и дополнительного профессионального образования Красноярского края на 2009-2011 годы» и эффективности использования финансовых средств в целом и за 2010 год, позволила создать условия для обеспечения доступности и безопасности первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи населению края и создание условий для обеспечения безопасности и повышения качества подготовки медицинских работников в краевых государственных образовательных учреждениях среднего профессионального и дополнительного профессионального образования;

На проведение капитального ремонта в краевых учреждениях здравоохранения в 2010 году было предусмотрено 160 740,9 тысяч рублей.

Мероприятия проведены в 30 учреждениях из 32 (93,8%).

Не освоены средства в объеме 14 597,0 тыс. рублей, в том числе: экономия – 11 030,7 тыс. рублей; расторгнуты государственные контракты на сумму 3 566,3 тыс. рублей.

На установку охранно-пожарной сигнализации (приобретение приборов и материалов, монтаж, наладочные работы, разработку проектно-сметной документации) в 10 краевых учреждениях здравоохранения были предусмотрены средства в сумме 12 310,3 тыс. рублей. Установка охранно-пожарной сигнализации выполнена во всех 10 учреждениях (100%). Целевые показатели программы достигнуты. Экономия по результатам конкурсных процедур составила 220,8 тыс. рублей.

На приобретение оборудования для 3 краевых учреждений здравоохранения были предусмотрены средства в размере 44 644,0 тыс. рублей.

Не освоены средства в объеме 6 012,9 тыс. рублей, в том числе: экономия по результатам конкурсных процедур составила 2 862,9 тыс. рублей.

Реализация мероприятий программы также позволила устранить нарушения пожарной безопасности, связанных с работами капитального характера, в учреждениях системы здравоохранения.

Из выявленных 205 нарушений пожарной безопасности, по состоянию на 15.12.2010г. устранено 199 нарушений Госпожнадзора, что составляет 97% от общего числа нарушений. Полностью устранены замечания Госпожнадзора в 8 учреждениях здравоохранения (в соответствии с изменением реестра). В оставшихся 3 учреждениях нарушения будут устранены в 2011-2012 годах (2 учреждения здравоохранения в 2011 году, 1 учреждение здравоохранения в 2012 году), так как приведение объектов в соответствие с действующими требованиями пожарной безопасности на практике занимает длительное время и связано с высоким уровнем финансовых затрат, а так же значительного объема работ капитального характера.

В 2010 году 23 территориям края для 26 учреждений здравоохранения было выделено 95 993,8 тыс. рублей в виде субсидий по трем мероприятиям программы, в том числе:

- на капитальный ремонт – 67 867,8 тыс. рублей для 16 учреждений;
- на установку охранно-пожарной сигнализации – 3 200,0 тыс. рублей для 2 учреждения;
- на приобретение оборудования и санитарного автотранспорта – 24 926,0 тыс. рублей для 14 учреждений.

В 2010 году из краевого бюджета профинансировано строительство объектов по отрасли на сумму 1 108,4 млн. рублей.

В числе введенных в эксплуатацию объектов в 2010 году:

- федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в г.Красноярске на 167 коек;
- лечебный корпус центральной районной больницы в поселке Большая Мурта Большемуртинского района;
- пристройка к хирургическому корпусу центральной районной больницы в г.Шарыпово;
- поликлиника на 150 посещений в с. Партизанском Партизанского района.

Начато строительство перинатального центра в г.Красноярске на 190 коек (в том числе поликлиника на 250 посещений). Планируемый срок ввода в эксплуатацию – декабрь 2011 года.

При реализации мероприятий программы в 2010 году учреждениями здравоохранения края достигнуты поставленные задачи, а именно устранены нарушения надзорных органов. Целевые показатели программы достигнуты.

Реализация программы способствует созданию условий безопасного и качественного получения медицинских услуг населением края.

РАЗДЕЛ 8. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТОВЕРНОСТИ ДАННЫХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

«Информация - есть отражение в сознании людей объективных причинно-следственных связей в окружающем нас реальном мире»

А.И.Берг

Официальная медицинская статистика является наилучшим из существующих инструментов исследования состояния отечественного здравоохранения.

Статистическая отчетность это источник информации, которая позволяет, с одной стороны, в определенной степени оценить качество помощи пациенту, с другой - работу медицинского учреждения.

Формирование единой системы учета и отчетности в учреждениях здравоохранения Красноярского края является основной задачей отдела медицинской статистики краевого медицинского информационно-аналитического центра.

Большая часть сведений для анализа здравоохранения берется из ежегодных форм федерального и отраслевого статистического наблюдения. Сводный медицинский годовой отчет по Красноярскому краю включает 45-50 отчетных форм от 215 учреждений и 314 амбулаторно-поликлинических подразделений, входящих в состав больничных учреждений.

В структуре сети медицинских организаций Красноярского края (муниципального, краевого и федерального подчинения Минздравсоцразвития России) по состоянию на 31.12.2010г. 112 больничных учреждений, 16 диспансеров, 62 станций и отделений скорой медицинской помощи (из них 7 самостоятельных и 55 отделений входящих в состав других учреждений), 31 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений, 16 стоматологических поликлиник, 5 домов ребенка, 3 санатория для детей, 2 центра переливания крови, 7 учреждений особого типа, 10 образовательных учреждений по подготовке медицинских кадров.

Медико-статистическая информация о сети и деятельности учреждений здравоохранения, об объеме и качестве работы обеспечивается статистической службой, построенной по иерархическому принципу, где различные звенья оперируют разной по объему, характеру и содержанию информацией. Кабинеты медицинской статистики лечебно-профилактических учреждений проводят работу по организации системы первичного учета, отвечают за текущую регистрацию деятельности, правильное ведение учетной документации и обеспечение руководства учреждения необходимой оперативной и итоговой статистической информацией.

За пять лет число учреждений (юридических лиц) имеющих отделения (кабинеты) медицинской статистики с занятой должностью врача-статистика увеличилось с 80 до 89 в 2010 году.

Таблица 139 - Численность специалистов с высшим и средним медицинским образованием, работающих в медицинской статистике Красноярского края

Наименование показателя	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Темп прироста в 2010г. к 2006г.(%)
Число штатных должностей						
врачей статистиков	100	106	108	104	115	15,0
врачей методистов	152	172	184	185	189	24,3
медицинских статистиков	498	517	523	520	541	8,6
Число занятых должностей						
врачей статистиков	93	100	104	100	111	19,4
врачей методистов	129	157	164	166	165	27,9
медицинских статистиков	490	511	515	509	523	6,7
Число физических лиц						
врачей статистиков	49	47	47	45	43	-12,2
врачей методистов	54	64	61	62	59	9,3
медицинских статистиков	332	339	333	331	317	-4,5

Из приведенных в таблице данных видно, что за год отмечено снижение должностей и физических лиц медицинских статистиков, вместе с тем, коэффициент совместительства увеличивается.

За последние 3 года в крае отмечается снижение числа основных работников врачей методистов и медицинских статистиков.

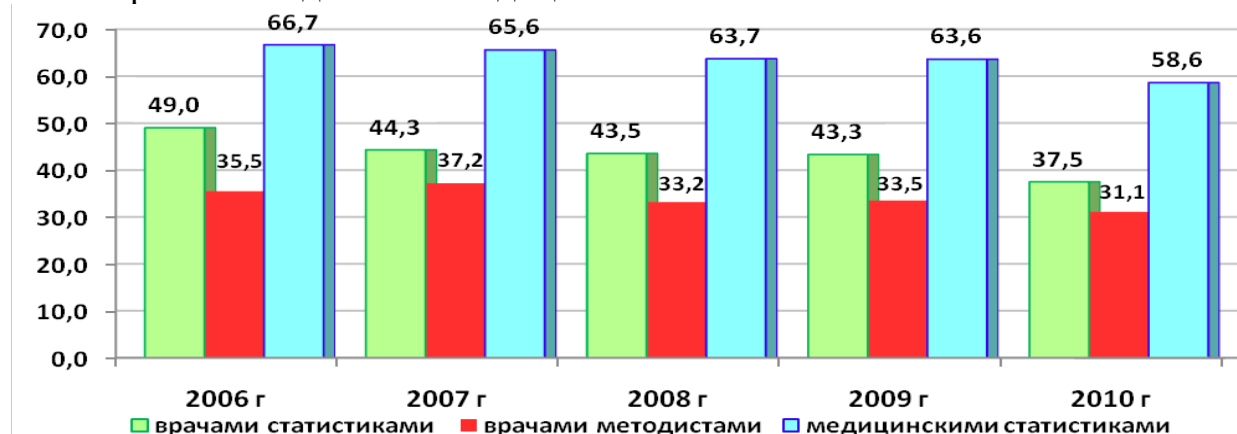


Рисунок 90 - Укомплектованность медицинскими статистиками и врачами-методистами в Красноярском крае за 2006 – 2010 гг.

Укомплектованность кабинетов медицинской статистики снижается, так по сравнению с предыдущим годом отмечается снижение укомплектованности врачами статистиками с 43,5% до 37,5% , врачами методистами с 33,5 % до 31,1%

Совершенствование программного обеспечения учреждений здравоохранения по статистическому учету и отчетности позволяет более оперативно формировать сводные данные. Следует отметить, что никакая математически статистическая обработка с привлечением самого совершенного программного обеспечения не может исправить дефектов первичного медицинского учета, необъективности наблюдения, несовершенной группировки и сводки материалов.

Большое внимание ККМИ-АЦ уделяет подготовки кадров. КМИАЦ является базовым учреждением, где ежегодно проходят обучение 60 - 70 медицинских статистиков, с дальнейшим получением сертификата в центре последипломной подготовки среднего медицинского персонала. Сертификаты специалиста по меди-

цинской статистике в крае имеют 61,6% (2009г.-54,2%) от общего числа основных работников по медицинской статистике. Аттестацию на квалификационную категорию прошли 51% медицинских статистиков, из них имеют высшую категорию -24,7%, первую категорию – 14,6%, вторую - 12,4%.

Медицинская статистика принимает участие в сохранении здоровья населения путем обеспечения системы Государственного, ведомственного, регионального наблюдения за санитарно-эпидемиологическим благополучием населения, контролем за своевременностью и достоверностью представления статистических сведений, анализа статистических данных, объективной оценки и прогноза ситуации.

Для получения качественной информации (полной, достоверной, своевременной) нами проводится работа по координации и организационно-методической поддержке службы медицинской статистики в крае. С целью контролирующей функции за качеством заполнения учетно-отчетной документации в медицинских организациях и в качестве оказания консультативно-методической помощи, в 2010 году проведено 10 выездных плановых проверок в территории края. Все медицинские организации края обеспечиваются бланками строгой отчетности регистрирующие случаи рождения и смерти и рекомендациями по их заполнению. Организуются выступления на конференциях, совещаниях по вопросу заполнения первичной медицинской документации, кодирования диагнозов, а в случае смерти – выбора первоначальной причины смерти, что в дальнейшем позволит повысить достоверность статистической информации, что важно для проведения анализа состояния здоровья населения и проведения мероприятий направленных на снижение заболеваемости и смертности от управляемых причин.

Никакая математически статистическая обработка с привлечением самого совершенного программного обеспечения не может исправить дефектов первичного медицинского учета, необъективности наблюдения, несовершенной группировки и сводки материалов.



ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

РАЗДЕЛ 9. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ)

«Нужно убрать лишние бумаги между врачом и пациентом, максимально сконцентрировать внимание врача на оказании помощи больному, а не на заполнении многочисленных бумажек и справок. Для этого предстоит решить задачу внедрения современных информационных технологий. Что имеется в виду – всем понятно: это телемедицина, электронный документооборот, электронная медицинская карта. Нужно, чтобы граждане имели возможность по интернету записаться на приём к врачу, не выходя из дома.»

(из вступительного слова В.В. Путина на совещании по региональным программам модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, г. Иваново).

Стратегическим направлением информатизации здравоохранения края по-прежнему является развитие единой информационной системы отрасли. В то же время необходимо отметить качественно новый этап информатизации в условиях существенного увеличения объемов финансирования отрасли, укрепления материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, организации системы оказания первичной медико-санитарной помощи врачами общей практики, проведения массовых профилактических мероприятий, повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи, более активного использования телемедицинских технологий, стандартизации оказания медицинской помощи. Развитие единой информационной системы направлено, в первую очередь, на автоматизацию и информационно-аналитическую поддержку новых процессов в системе здравоохранения. Необходимо также отметить, что новый этап характеризуется смещением приоритетов и направленности проводимых мероприятий по информатизации – на первый план выводится пациент, процесс предоставления медицинских услуг. Это требует разработки и внедрения новых механизмов информационного взаимодействия, создания новых информационных ресурсов и технологии работы с ними.

На территории Красноярского края с 2008 года работает региональная телемедицинская система «РТС», позволяющая проводить удаленные отложенные телемедицинские консультации. В 2010 г. к системе РТС были подключены все муниципальные образования Красноярского края, организовано 77 рабочих мест для консультируемых и 7 - для консультантов краевых специализированных учреждений здравоохранения. Всего за год в системе РТС было проведено около 10 тысяч отложенных консультаций.

Для осуществления дистанционного консультирования женщин в период беременности и выявления пороков развития плода на ранних стадиях в рамках краевой целевой программы «Улучшение демографической ситуации в Красноярском крае» на 2010-2012 годы осуществлена закупка оборудования для проведения видеоконференций. Технология видео-конференц-связи позволяет врачу консультанту принимать изображение с аппарата ультразвукового исследования, находящегося в отдаленном районе, а также видеть и слышать консультируемого врача и пациента. Консультант удаленно координирует работу консультируемого врача (положение датчика УЗИ на теле пациента, углы наклона датчика, рекомендует тот или иной режим работы аппарата УЗИ), то есть виртуально присутствует в отдаленном районе во время ультразвуковой диагностики. Оборудование поставлено в межрайонные центры, консультации проводят специалисты Красноярского краевого консультативно-диагностического центра медицинской генетики.

На сайте www.web-registratura.ru организован централизованный ресурс, с которого можно произвести запись к врачу в медицинское учреждение, подключенное к системе удаленной работы с пациентами. В свою очередь, каждое медицинское учреждение имеет возможность разместить сервис на своем персональном сайте. На сайте www.web-registratura.ru представлен перечень 9 медицинских учреждений, доступных для электронной записи на прием к врачу. Кроме того, размещено расписание работы врачей 35 медицинских учреждений.

Начиная с 2008 года в МУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» г.Красноярска осуществляется оперативное управление бригадами скорой помощи при помощи автоматизированной системы «МИСС-03». Внедрение системы с центральной диспетчерской позволило улучшить основные показатели деятельности станции: время передачи вызова бригаде, время доезда бригады к больным и пострадавшим. В 2010 году завершилась работа по оснащению навигационным оборудованием машин скорой медицинской помощи. В настоящее

время навигационные датчики установлены на 100 единицах автотранспорта, оснащена необходимым оборудованием центральная диспетчерская. Начаты работы по интеграции автоматизированной системы «МИСС-03» и навигационной системы. Интегрированное решение на базе двух информационных систем оказывает помощь в выборе бригады для обслуживания вызова исходя из профильности и местонахождения в реальном режиме времени, обеспечивает голосовую связь с водителем, учет пробега автомобиля и др. Работы выполня-

Справка:

*В крае работает круглосуточный бесплатный многоканальный телефон доверия с федеральным номером **8-800-700-000-3** «Право на здоровье» по вопросам доступности и качества медицинской помощи. Операторы дают справку по вопросам получения медицинской помощи, либо переводят звонок на ответственного специалиста министерства здравоохранения края, Красноярского краевого фонда ОМС.*

ются в рамках краевой целевой программы «Использование результатов космической деятельности в интересах социально-экономического развития Красноярского края (2009 – 2011 годы)».

С 2009 года в Сибирском клиническом центре ФМБА России (СКЦ) внедряется комплексная медицинская информационная система «qMS» (разработчик ЗАО СП.АРМ г.Санкт-Петербург). СКЦ – это многопрофильный медицинский центр, объединивший несколько лечебных учреждений г. Красноярска и г.Зеленогорска, обслуживающий более 100 тыс. человек. В настоящее время в СКЦ создана инфраструктура, необходимая для работы медицинской информационной системы, организовано более 800 рабочих мест в подразделениях. Ведется единая электронная медицинская карта, содержащая полную информацию об обращениях, госпитализациях, назначениях, результатах анализов, описания снимков пациентов. В составе информационной системы функционируют лабораторная и радиологические системы. Шаблоны электронных медицинских записей максимально адаптированы к специфике работы каждого подразделения. Программный инструментарий

для врача позволяет повысить качество оказания медицинской помощи, за счет увеличения информированности о пациенте и внедрения стандартов оказания медицинской помощи.

Поддерживается работа геоинформационного портала «Здравоохранение Красноярского края» (<http://www.kmiac.ru>). Актуализацию данных и сопровождение организует КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр». Информационные ресурсы портала содержат полные сведения о структуре сети лечебно-профилактических учреждений края по состоянию на текущий год, а также отражают планируемые структурные изменения на период до 2014 года. Функционал портала позволяет проанализировать показатели деятельности, мощность и обеспеченность кадрами каждого медицинского учреждения края, сопоставить с демографическими данными и показателями здоровья населения муниципального образования. На портале размещена информация о 1371 объекте здравоохранения, представлен 131 показатель.

Важной составляющей информационно-аналитической поддержки является своевременная доставка актуальной востребованной информации на все уровни управления отраслью. Применение web-технологий для организации такой доставки (система «Web-мониторинг» - <http://www.kmiac.ru:8080/>) позволяет достичь оперативности в получении информации, снизить трудозатраты на сопровождение программного обеспечения, обеспечить единый интерфейс субъектам для предоставления и анализа данных.

В 2010 году разработана и внедрена краевая система мониторинга неблагоприятных побочных реакций (НПР) на лекарственные средства. Система реализована также в web-технологии. Медицинские учреждения по защищенному каналу связи передают извещения в Красноярский региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств. Центр проводит анализ, систематизацию сообщений об НПР и случаях терапевтической неэффектив-

ности лекарственных средств в целях повышения безопасности населения Красноярского края при проведении фармакотерапии.

Сохраняется позитивная динамика роста общего числа компьютеров в отрасли (рисунок 1), в 2010 году прирост составил 4,3 % по отношению к 2009 году. По данным проведенной анкеты по уровню информатизации медицинских учреждений 60 % компьютеров подключены к локальным вычислительным сетям, 23% компьютеров имеют выход в Интернет. Большая часть компьютеров (около 60 %) используется в амбулаторно-поликлинических подразделениях учреждений.

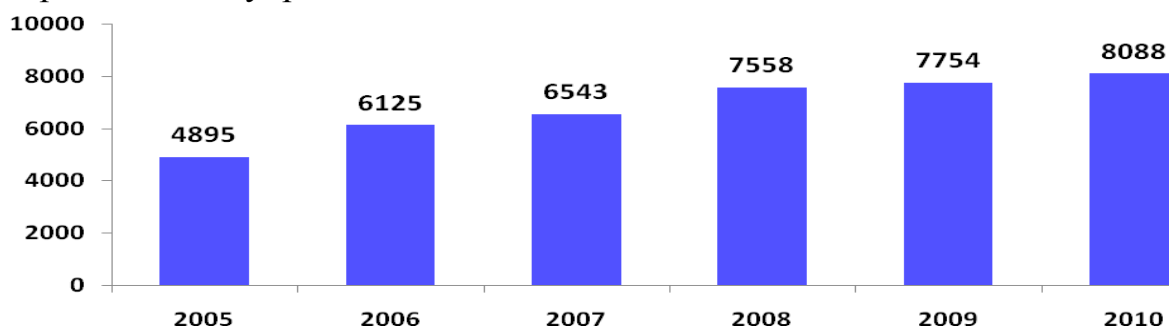


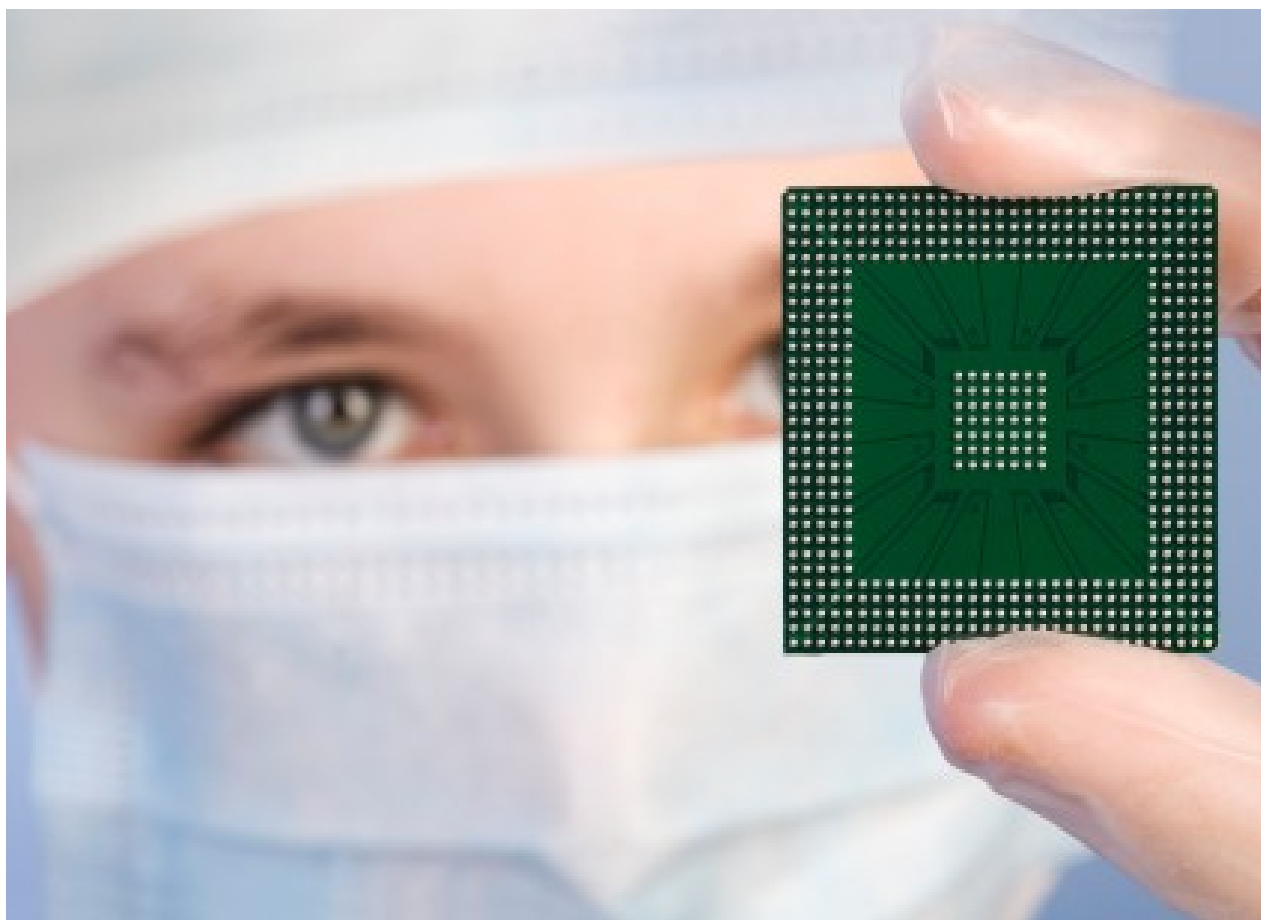
Рисунок 91 - Динамика роста общего числа компьютеров в отрасли за 2005-2010 гг.

Оснащенность ПЭВМ рабочих мест в учреждениях остается недостаточной, доля медработников использующих в своей деятельности средства вычислительной техники невелика. В среднем по Российской Федерации на 10,6 работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 компьютер (данные из Концепции создания единой информационной системы в сфере здравоохранения РФ), в Красноярском крае этот показатель равен 8,7.

Все медицинские учреждения, включая центральные районные больницы, муниципальные органы управления здравоохранением имеют электронную почту и выход в интернет. Для передачи конфиденциальной информации по открытым каналам связи используется защищенная корпоративная сеть (VPN), построенная на основе технологий ViPNet. В системе защищенного документооборота по VPN каналам работают клиентские места (более 275 абонентов), в том числе: 190 - медицинские учреждения муниципального и краевого уровня; Минздрав Красноярского края; 36 - исполнительная дирекция и филиалы КФОМС; 18 – аптечные организации; ККМИАЦ; 9 - СМО; Отделение ФСС, Агентство социальной защиты населения края.

С использованием сервисов корпоративной сети передачи данных регулярно проводятся совещания министерства здравоохранения края с муниципальными учреждениями здравоохранения в режиме видеоконференций. Ресурс сети используется также для дистанционного обучения персонала муниципальных учреждений работе с программным обеспечением, проведения методических семинаров по медицинской статистике. Всего за год проведено более 30 мероприятий с использованием оборудования видеоконференцсвязи.

Научные исследования



*О, сколько нам открытий чудных
Готовят просвещенья дух
И опыт, сын ошибок трудных,
И гений, парадоксов друг,
И случай, бог изобретатель.
А.С.Пушкин*

РАЗДЕЛ 10. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

10.1. Основные результаты научно-исследовательских работ ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого».

С 2005 года в КрасГМУ реализуются **5 приоритетных научных направлений** (нейронауки, кардиология и кардиохирургия, клеточные технологии и биополимеры, здоровье семьи, здоровье здоровых). В 2009 году утверждено **6 приоритетное направление** «Пульмонология». В университете работают 6 научно-образовательных центров («Трансляционная медицина», «Кардиоваскулярная и цереброваскулярная патология», «Стоматология», «Пульмонология», «Хирургия», «Управленческие и информационные технологии в медицинском образовании и здравоохранении»), ведутся исследования в сотрудничестве с университетами и центрами Российской Федерации (Красноярск, Москва, Томск, Новосибирск и др.) и зарубежных стран (Япония, США, Германия, Франция, Италия и др.). Исследования поддержаны крупными грантами, в том числе грантами Президента РФ для поддержки научных исследований молодых ученых, государственными контрактами в рамках ФЦП, грантами Российского фонда фундаментальных исследований, краевого Фонда поддержки научной и научно-технической деятельности, а также фондов и университетов зарубежных стран. Ежегодно сотрудники вуза осуществляют исследовательские проекты более чем по 30 грантам, более чем 20 договорам на выполнение международных и российских клинических исследований.

Фундаментальные и прикладные исследования реализуются на базе межкафедральных лабораторий, НИИ молекулярной медицины и патобиохимии, филиала/сотрудничающего центра Научного центра неврологии РАМН (Москва), Российско-японского центра микробиологии, эпидемиологии и инфекционных заболеваний, Российско-германского центра респираторной поддержки и медицины критических состояний, Российско-французской ассоциированной лаборатории «Совместная эволюция человека и окружающей среды в Восточной Сибири», Российско-канадской лаборатории биомолекулярных технологий, в рамках российско-японского партнерства в области нейронаук.

Для эффективного внедрения результатов исследований в вузе работает Центр трансфера биомедицинских технологий. Деятельность университета в этом направлении базируется на концепции трансляционной медицины, призванной обеспечить максимально эффективное внедрение результатов фундаментальных биомедицинских и междисциплинарных исследований в клиническую практику.

В 2010 году 5 проектов молодых ученых КрасГМУ получили поддержку в рамках конкурса «УМНИК» Фонда содействия развитию малых форм предпринимательства. В 2010-2011 гг. осуществлена научно-техническая экспертиза одного из проектов вуза в ГК «Роснано» (по производству раневых по-

крытий с применением нанобиополимеров). В 2011 году с участием КрасГМУ созданы 5 малых инновационных предприятий, проекты которых принимают участие в программе «Старт-2011» по направлениям «медицина», «приборостроение», «биотехнология».

В 2010 году КрасГМУ стал участником конкурса по привлечению ведущих ученых зарубежных стран для работы в российских университетах (проект «Нейробиология развития и трансляционная медицина» по направлению «Медицинские технологии»).

Авторский коллектив (5 сотрудников КрасГМУ) стал **Лауреатом Премии Правительства РФ в области науки и техники для молодых ученых за 2010 год за разработку новых технологий управления молекулярными механизмами межклеточной коммуникации для задач трансляционной медицины.**

В 2010 году КрасГМУ стал инициатором создания Красноярского биомедицинского кластера как объединения крупных университетов, научно-исследовательских центров и лечебно-профилактических учреждений края, обеспечивающих технологический прорыв в биомедицинской науке и здравоохранении региона, эффективную трансляцию результатов фундаментальных исследований в клиническую практику, повышение качества услуг здравоохранения и подготовку медицинских кадров, в целях предупреждения и снижения тяжести и последствий социально-значимых заболеваний.

За последние 5 лет сотрудниками вуза опубликовано более 1000 статей в журналах перечня ВАК и в международных реферируемых журналах, 107 монографий, 86 сборников научных трудов, более 260 методических рекомендаций и пособий. Получено 160 патентов на изобретения, признаны рационализаторскими предложениями 94 заявки. Организовано 50 краевых, 21 республиканских, 57 международных научно-практических конференций. Получено 10 медалей и 80 дипломов международных и российских выставок.

В КрасГМУ, одном из первых медицинских вузов РФ, в 2006 году внедрена и сертифицирована система управления качеством подготовки специалистов требованиям международного стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2001 (ISO 9001: 2000) применительно к образовательному процессу. В 2010 г. проведена ресертификация системы менеджмента качества согласно требованиям ГОСТ Р ИСО 9001 – 2008 применительно к деятельности в области образования и проведения научных исследований. В 2005 году вуз стал лауреатом международного конкурса «Профессия – жизнь», а в 2008 году – лауреатом Всероссийского конкурса Рособнадзора «Системы качества подготовки выпускников образовательных учреждений профессионального образования». В 2010 году КрасГМУ награжден золотой медалью ВВЦ «Образование России» за представление инновационных образовательных технологий.

В течение года в КрасГМУ функционирует Международная лаборатория инновационного медицинского образования. С 2010 года университет является координатором взаимодействия медицинских и фармацевтических вузов РФ с Всемирной Федерацией медицинского образования (WFME) и Ассоциацией медицинского образования в Европе (AMEE), став первым и единственным

медицинским вузом РФ, имеющим договор о сотрудничестве с этими международными организациями.

Основные достижения, характеризующие развитие университета в течение последних пяти лет:

1. В области внедрения новых форм организации научной и внедренческой деятельности: выделение приоритетных научных направлений, реорганизация проблемных комиссий, контроль качества научных продуктов, создание отдела коммерциализации научных разработок, отдела грантов и программ, отдела клинических исследований, центра трансфера технологий, переквалификация 3 докторских диссертационных советов, новая грантовая политика (грант-менеджеры кафедр, обучение грантрайтингу аспирантов, программа внутривузовских грантов), развитие проектной деятельности студентов, открытие филиалов и сотрудничающих центров НИИ РАМН, создание и развитие собственных проблемных лабораторий и НИИ, модернизация ЦНИЛ, аттестация университета на проведение клинических испытаний, создание современного Центра экспериментальных животных и подготовка к международной аккредитации на проведение доклинических исследований, ориентация на международные стандарты оценки эффективности научной и внедренческой деятельности.

2. В области внедрения новых форм организации лечебной деятельности и взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями региона: внедрение новых механизмов взаимодействия с базами клинических кафедр, расширение спектра клинических баз, развитие собственной клинической базы, активное участие в реализации национального проекта «Здоровье», поддержка работ по созданию и внедрению новых медицинских технологий, внутривузовский аудит лечебной деятельности клинических кафедр, развитие новых форм организации лечебно-диагностической деятельности (создание телеконсультационного центра лучевой диагностики и патоморфологии, развитие высокотехнологичных видов клинической лабораторной диагностики), создание международных тренинговых центров для повышения квалификации специалистов.

3. В области информатизации деятельности университета: развитие компьютерного парка вуза, развитие корпоративного сайта (www.krasgmu.ru), корпоративной электронной библиотеки, виртуальных музеев, создание единого виртуального пространства вуза и ЛПУ региона, создание и развитие модулей дистанционного обучения, создание и внедрение элементов «Электронного университета» (электронные системы учета успеваемости, технологии электронных портфолио студентов и преподавателей, модулей рейтинга ППС и кафедр), развитие партнерства с ЕС в области ИТ в медицинском образовании и здравоохранении.

1) Подготовлен проект медицинской технологии, поданной к утверждению **«Молекулярно-генетическое всерное типирование клона клеток костного мозга при острых лейкозах».**

2) Проект **«Оптическая биопсия клеток и тканей для задач нейро- и кардиомониторинга»** поддержан Красноярским краевым фондом поддержки

научной и научно-технической деятельности. В 2010 году коллективом ученых КрасГМУ и СФУ создан лазерный спектрофлуориметрический комплекс для оптической биопсии, разработан комплект программного обеспечения, проведены экспериментально-клинические исследования (в формате доклинических и клинических исследований), в том числе с применением экспериментальной модели острой ишемии миокарда, модели тотальной ишемии и аноксии головного мозга, острого перитонита; исследованием здоровых и патологически измененных хрусталиков, роговицы глаза *in vivo*), идентифицированы некоторые ключевые биохимические процессы, определяющие характер изменения спектра аутофлуоресценции ткани, регистрируемого с помощью разрабатываемого комплекса (митохондриальная дисфункция, активность НАД⁺-гликогидролазы (АДФ-рибозилциклазы/CD38, активность реакций гликолиза, состояние гемопротеидов) в экспериментальных моделях, оценены чувствительность и специфичность новых диагностических технологий, биобезопасность предлагаемого метода, начата подготовка методических рекомендаций по использованию лазерного спектрофлуориметрического комплекса для оптической биопсии в клинической практике и при проведении биомедицинских фундаментальных исследований. Проект стал победителем регионального этапа конкурса молодежных проектов «Умник».

3) В 2010 году на базе НИИ молекулярной медицины и патобиохимии КрасГМУ и в рамках работы НОЦ **«Трансляционная медицина»** продолжена реализация комплексной темы, базирующейся на концепции трансляционной медицины как направления развития медицины, объединяющего фундаментальные исследования и клиническую практику, основанного на достижениях молекулярной медицины и имеющего своей задачей создание оптимальных условий для внедрения новых медицинских технологий в практическую сферу для повышения качества оказываемых услуг. В рамках этого направления в КрасГМУ осуществляется: 1) открытие и обоснование использования для целей диагностики новых биомаркеров, обладающих ультрачувствительностью, высокой специфичностью и прогностической значимостью для создания новых алгоритмов диагностики заболеваний и типовых патологических процессов (перинатальное поражение головного мозга, бронхиальная астма, мочекаменная болезнь, системный воспалительный ответ, эндотелиальная дисфункция, патология эндокринной системы, мезенхимальная недостаточность); 2) разработка новых технологий в диагностике (визуализация метаболизма клеток и тканей, аптамерные наноконструкции для диагностики и направленной доставки лекарственных препаратов); 3) стандартизация диагностических, лечебных и профилактических стратегий на базе международного сотрудничества и внедрение унифицированной системы качества (создание аккредитованного Центра экспериментальных животных КрасГМУ для организации доклинических исследований). Реализация проекта осуществляется в рамках программы развития созданного в 2010 году Красноярского биомедицинского кластера и программы создания Института трансляционной медицины.

Отдельные фрагменты темы поддержаны региональными грантами (Красноярский краевой фонд поддержки научной и научно-технической дея-

тельности). В сентябре 2010 года на базе КрасГМУ организован и проведен научно-практический семинар «Трансляционная медицина» с международным участием (США, Дания).

4) По материалам докторской диссертации **«Пролиферативные процессы эндометрия. Патогенез, прогнозирование, ранняя диагностика»** разработан и предложен к внедрению «Способ ранней диагностики низкодифференцированной аденокарциномы эндометрия (патент № 2268472 РФ) и метод дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных гиперпластических процессов эндометрия, внедрены 4 учебно-методических пособия для врачей акушеров-гинекологов, онкологов, врачей-интернов и клинических ординаторов.

5) Впервые разработана подставка для отечественного вибротестера для исследования вибрационной чувствительности на нижних конечностях (**патент на полезную модель № 83906** зарегистрирован в Государственном реестре полезных моделей РФ, 27.06.09 г.); разработанное устройство для крепления датчика «Вибротестер-MBN» (**патент на полезную модель № 97912, 2010 год**) при снятии показателей вибрационной чувствительности с проксимальных отделов нижних конечностей позволяет оценивать уровень патологического процесса при ранней диагностике ДПН. Успешно прошла регистрацию технология (2011 год) «Ранней диагностики диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом».

6) В рамках комплексной темы «Патология сосудов различного генеза: от механизмов прогрессирования до разработки новых подходов к профилактике, методам диагностики и лечения» предложен «Способ диагностики резистентности к ацетилсалициловой кислоте», позволяющий прогнозировать развитие аспиринорезистентности до начала терапии АСК (**патент № 2009131242/15 от 28.09.2010 года**).

7) По результатам докторской диссертации «Сахарный диабет 1 типа у детей: возможности управления и контроля за заболеванием (по результатам проспективного наблюдения)» **разработаны методические рекомендации** («Лечение острых осложнений сахарного диабета 1 типа у детей и подростков»; «Алгоритмы лечения детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа при проведении хирургических операций»; «Лечение детей и подростков с сахарным диабетом при интеркуррентных заболеваниях») и утверждены главным специалистом эндокринологом Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Министерства здравоохранения Красноярского края. Результаты исследования использовались в создании «Российского консенсуса по терапии сахарного диабета у детей и подростков» (Москва, 2010 год).

8) В результате проведенного научного исследования **«Специфическая иммунопрофилактика гемофильной инфекции типа b у детей раннего возраста с поражением нервной системы»** впервые в Красноярском крае установлена высокая частота ХИБ-носительства у детей раннего возраста с поражением ЦНС в организованных коллективах закрытого типа. Показана высокая иммунологическая и профилактическая эффективность вакцинации против ХИБ-инфекции у детей раннего возраста с поражением ЦНС в учре-

ждениях закрытого типа. Доказана безопасность вакцинации против гемофильной инфекции типа b у детей раннего возраста с поражением ЦНС. Результаты исследования использованы при подготовке Закона губернатора Красноярского края «О краевой целевой программе «Предупреждение распространения и борьба с заболеваниями социального характера» № 12 - 02654 от 03.12.2004 г. На основании данного Закона введена вакцинация против гемофильной инфекции типа b у детей раннего возраста «групп риска» в региональный календарь профилактических прививок № 4 – 1014 от 10.12.2007 г. в «группах риска».

10.2. Основные результаты научно-исследовательских работ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН

В 2010 году в институте выполнялось 4 комплексные темы в рамках утвержденных Президентом РФ 21.05.2006 г., Пр-843, Пр-842 приоритетных направлений развития науки, технологий и техники РФ «Живые системы» и критических технологий федерального уровня «Технологии биоинженерии» и «Биомедицинские и ветеринарные технологии жизнеобеспечения и защиты человека и животных», а также Программы фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2008-2012 гг.

Тема 001. Молекулярно-клеточные механизмы развития дизрегуляторной патологии иммунной системы в онтогенезе с учетом региональных особенностей (Руководитель - А.А.Савченко, д.м.н., профессор; ответственный исполнитель - С.В.Смирнова, д.м.н., профессор).

При иммунопатологических состояниях нарушаются регуляторные процессы в иммунной системе, что характеризуется изменениями иммунного статуса и метаболизма лимфоцитов. Степень тяжести дизрегуляторных процессов соответствует тяжести иммунопатологического состояния.

Тема 002. Установление этнических особенностей распространенности социально значимых заболеваний у взрослого и детского населения в экологических условиях различных регионов Восточной Сибири для разработки научных основ и оптимизации профилактики патологии (Руководитель - В.В.Цуканов, д.м.н., профессор; ответственный исполнитель - Ю.Л.Тонких, к.м.н.).

У европеоидов в сравнении с монголоидами (эвенками) гиперинсулинемия в большей степени связана с артериальной гипертонией, избыточной массой тела, гипергликемией, гипертриглицеридемией. Одной из ведущих причин высокой распространенности атрофического гастрита и заболеваемости раком желудка у населения различных регионов Восточной Сибири являются значительные показатели выявления инфекции *Helicobacter pylori* (НР), частоты гастрита и язвенно-эрозивных дефектов гастродуоденальной зоны у детей школьного возраста. Артериальная гипертония у детей в регионах Восточной Сибири является реальной проблемой, зависит от этнических факторов и сопровождается высокой частотой факторов риска патологии, что позволяет предполагать повышение значимости этой проблемы в будущем.

Тема 003. Влияние климатогеографических факторов южной части центральной Сибири на особенности реакций кардиореспираторной системы, реактивность клеточных мембран и качество жизни мигрантов Крайнего Севера (Руководитель - Л.С.Поликарпов, д.м.н., профессор; ответственный исполнитель - И.И.Хамнагадаев, д.м.н.).

Изучение распределения типов центральной гемодинамики у мигрантов Крайнего Севера показало, что чаще выявляется гипокинетический тип, реже гиперкинетический и эукинетический типы, а среди больных АГ, постоянно проживавших в центральной Сибири, чаще встречается гиперкинетический тип. У пришлых жителей Севера установлена взаимосвязь состояния гормонального статуса и центральной гемодинамики: без артериальной гипертензии эукинетический тип кровообращения сопровождается нормальным функциональным состоянием щитовидной железы, гипо- и гиперкинетический типы формируются на фоне усиленного образования ТЗ. У детей переселенцев Севера не выявлено чрезмерно выраженного нервно-психического напряжения, напротив, умеренно выраженный уровень нервно-психического напряжения регистрируются чаще, чем у постоянно проживавших детей центральной Сибири. Анализ наличия сниженного настроения не выявил статистически значимых различий.

Тема 004. Разработка фундаментальных проблем формирования нутритивно-дефицитных состояний у детей и подростков с учетом региональных особенностей территорий Сибири (Руководитель - В.Т.Манчук, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор; ответственный исполнитель - С.Ю.Терещенко, д.м.н.).

Были получены новые данные, касающиеся клинко-патофизиологических характеристик социально значимых для регионов Сибирского федерального округа нутритивно-дефицитных состояний у детей. В частности, установлены особенности молекулярной организации эритроцит-тарных мембран у девочек-подростков с латентным дефицитом железа и снижение содержания эйкозопентаеновой кислоты (ряд со-3) в мембранах эритроцитов детей с респираторными атопическими заболеваниями.

В 2010 году получено 2 патента на изобретения, являющиеся способами диагностики, прогнозирования, лечения, профилактики заболеваний. Разработано 7 методических рекомендаций. Разработана новая медицинская технология «Способ прогнозирования риска развития атопического дерматита у детей грудного возраста». Разрешение на применение новой медицинской технологии (серия АА №0001909) выдано Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 01.07.2010, ФС № 2009/168 на имя: ГУ Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН. Авторы: Терещенко С.Ю., Новицкий И.А, Ольховский И. А., Васильева Л.В.

В отчетном году Институт продолжил участие в выполнении Краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» на 2007-2011 годы», подпрограмма «Профилактика артериальной гипертензии в Красноярском крае». Продолжен первичный скрининг учащихся

школы №150 и Лицея №12 в рамках программ «Здоровая школа» и «Профилактика артериальной гипертензии в Красноярском крае» (анкетирование, общеклинический осмотр, выявление детей с вероятным наличием хронических неинфекционных заболеваний сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы) и направление детей на углубленное обследование и лечение в специализированное детское отделение клиники института медицинских проблем Севера СО РАМН. Обследовано 387 человек, направлено на обследование и лечение в клинику 78 человек, прошли обследование и лечение - 43 человека.

Краевая целевая программа «Дети» (Закон Красноярского края №21-5664 от 26.12.2006 г.) Тема: Обследование детского населения г.Красноярска с использованием экспертно-скрининговой системы «АКДО» (Эверт Л.С.). Обследовано 1322 ребенка 7-17 лет Советского района г.Красноярска. Изучены средние значения и процентильное распределение уровня гемоглобина в возрастно-половых группах, показана распространенность железодефицитных состояний у обследованных школьников, частота хронических заболеваний и профиль патологии, лежащей в зоне риска, определен уровень здоровья, особенности и темпы физического развития, клинико-функциональные и лабораторные показатели.

Программа «Внимание» (программа создания условий для оказания помощи российским детям и подросткам с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), а также их семьям) организована Благотворительным фондом «Чаритиз Эйд Фаундейшн» и реализуется его филиалом в Российской Федерации («САФ Россия») на всей территории России. В рамках Программы в г.Красноярске местной детской общественной организацией г. Красноярска «Дети - мир на Земле» и др. выполняется Проект «Поддержи своего ребенка!». В соответствии с Договором (№7 от 01.03.2010) сотрудниками Института подготовлено и проведено 2 семинара для родителей детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, проконсультировано 25 детей с СДВГ, сделан доклад по проблеме СДВГ на III Всероссийской конференции «Педагогика интеграции: практики инклюзии и сопровождения» (г. Красноярск, 20-21 октября 2010 г.).

Научно-практическая программа «Здоровье» в рамках Национального проекта «Образование» и национальной образовательной инициативы «Наша новая школа», утвержденной Президентом РФ Медведевым Д.А. от 04.02.2010 Пр-271. В рамках скрининговой программы обследовано 630 учащихся школы № 150 Советского района и 112 школьников Лицея № 12 Ленинского района г. Красноярска (анкетирование родителей и учащихся, общеклинический осмотр, динамометрия, оценка фактического питания с использованием компьютерной программы, работа с медицинской документацией (ф.26), выявление и направление на углубленное обследование детей с артериальной гипертензией, синкопальными состояниями, синдромом первичной головной боли, синдромом СДВГ, нарушениями физического развития (ожирение, дефицит массы тела).

За отчетный период Институтом были организованы и проведены совместно с Министерством здравоохранения Красноярского края, Главным управлением здравоохранения г. Красноярска, Красноярским государственным медицинским

университетом, учреждениями здравоохранения г.Красноярска, следующие научные мероприятия:

1. Симпозиум с международным участием «Питание в профилактике социально-значимых заболеваний» (24-25 ноября 2009 г Красноярск).

2. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Дни иммунологии в Сибири» (1-3 марта 2010 г Красноярск).

3. Итоговая научно-практическая конференция НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН за 2010 год «Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири» (1-2 июня 2010 г. Красноярск).

4. 8-я научно-практическая конференция молодых ученых «Актуальные вопросы охраны здоровья населения регионов Сибири» (2-3 июня 2010 г. Красноярск).

5. Межрегиональная научно-практическая конференция в рамках Недели грудного вскармливания в г. Красноярске «Вскармливание детей грудного возраста - залог качественной жизни» (26-28 октября 2010 г., Красноярск).

Научные сотрудники Института (профессора, доктора наук, кандидаты наук и врачи-специалисты), проводят школы-семинары для врачей педиатров, неврологов, эндокринологов, гастроэнтерологов, кардиологов, для врачей школ и колледжей; оказывают консультативно-диагностическую помощь пациентам и больным с различной патологией в гг. Дивногорске, Железногорске, Лесосибирске, Енисейске (Красноярский край).