

Департамент здравоохранения и социальной помощи населению
Администрации г. Иркутска

Ф.И.Белялов

Отчет

по терапевтической службе

города Иркутска за 2010 год



5.04.2011

УДК: 614.2
ББК 51.1(2)2

Белялов Ф.И. Отчет по терапевтической службе города Иркутска за 2010 год. Иркутск. 2011. 38 с.

В ежегодном отчете главного терапевта Департамента здравоохранения и социальной помощи населению г. Иркутска по состоянию терапевтической службы города проведен анализ деятельности лечебно–профилактических учреждений, представлены основные показатели здоровья населения, обозначены проблемы и пути их решения. Отчет обновляется по мере поступления уточненных статистических данных, а последняя версия отчета доступна на Терапевтическом сайте (<http://therapy.irkutsk.ru/report.htm>).

УДК: 614.2
ББК 51.1(2)2

© Департамент здравоохранения и социальной помощи населению
Администрации г. Иркутска, 2011

СОДЕРЖАНИЕ

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	4
Демографические показатели	4
Состояние здоровья населения	5
Смертность	5
Первичная заболеваемость	10
Болезненность	14
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО–САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ.....	14
Смертность	15
Диспансеризация	16
Временная утрата нетрудоспособности	16
Инвалидность	18
Характеристика поликлиник	19
СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ	21
Летальность	21
Летальность от сердечно-сосудистых заболеваний	22
Патоморфологический анализ	27
Характеристика стационаров	28
ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ.....	32
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	33
Достижения	33
Обучение	33
Проблемы	34
Отчеты лечебных учреждений	37
Перспективы развития терапевтической службы	37

СОКРАЩЕНИЯ

ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ЖКТ	– желудочно–кишечный тракт
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИМпST	– инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST
ИМбпST	– инфаркт миокарда без подъема сегмента ST
ОРВИ	– острая респираторная вирусная инфекция
РФ	– Российская федерация
ССБ	– сердечно–сосудистые заболевания
СМП	– скорая медицинская помощь
СПИД	– синдром приобретенного иммунодефицита
США	– Соединенные Штаты Америки
ТЭЛА	– тромбоэмболия легочной артерии
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ЦВБ	– цереброваскулярные болезни

Показатели здоровья населения

Демографические показатели

На начало 2010 года численность постоянного населения г. Иркутска составила 580708 человек, из них взрослых – 466863 человек. Именно эти данные были использованы для расчета основных показателей здоровья населения, поскольку к моменту составления отчета еще нет информации по среднегодовой численности населения.

Таблица 1

Демографические показатели г. Иркутска на начало года в динамике
(Федеральная служба госстатистики по Иркутской области)

Население	Пол	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Постоянное	всего	582797	578103	588531	582547	577073	575869	575817	579268	580708
	муж.	259434	256809	265988	262634	259984	258717	258763	259796	259925
	жен.	323363	321294	322543	319913	318089	317152	317054	319472	320783
Взрослое	всего	452101	450980	464049	461589	460849	461316	462861	465878	466863
Работающее	всего	–	–	–	214300	246584	263674	274322	274400	318295
Прикреплен- ное	всего	–	–	398855	398855	389200	391300	393500	398200	408600
	трудосп.	–	–	–	–	–	–	–	300933	297814
Трудоспо- собное	всего	369164	367895	384924	382232	379859	384846	375025	374907	371491
	муж.	172634	172491	185098	184502	183926	186939	182451	182155	180339
	жен.	196530	195404	199826	197730	195933	197907	192574	192752	191152

Примечание: трудоспособный возраст у мужчин 16–59 лет, у женщин 16–54 года.

Прикрепленное трудоспособное население рассчитывается по отчетам поликлиник.

Как видно из таблицы 1 в городе Иркутске число жителей изменяется в пределах обычной вариативности эпидемиологических показателей без четкой тенденции. Такие изменения связаны как с естественным приростом, так и миграцией населения.

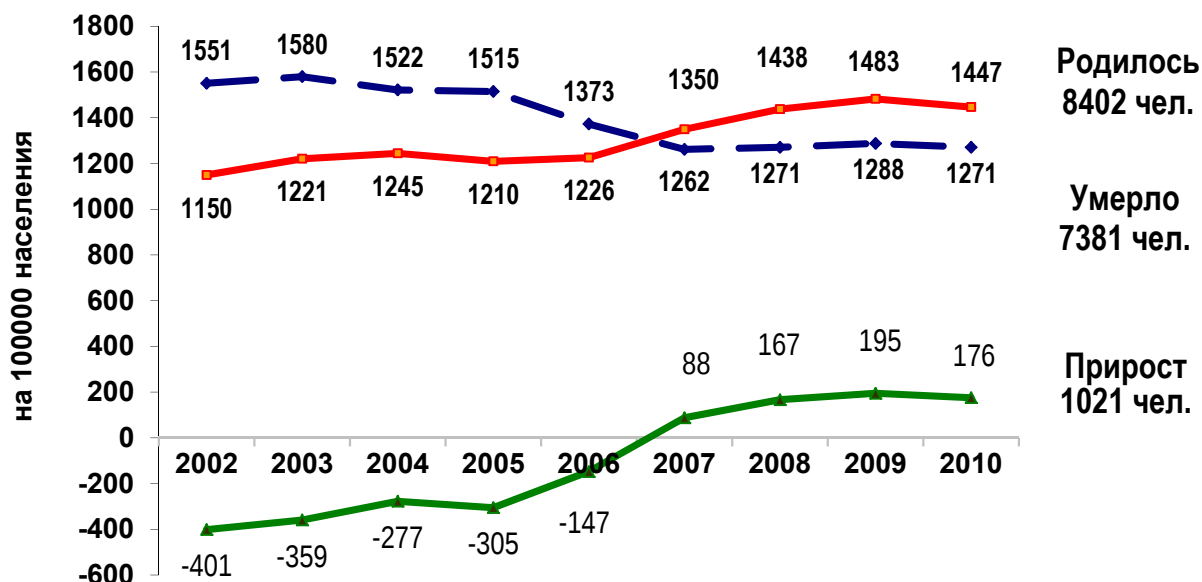


Рисунок 1. Динамика естественного движения населения г. Иркутска.
(Федеральная служба госстатистики по Иркутской области).

Четвертый год сохраняется превышение уровня рождаемости (1447 на 100000 населения) над смертностью (1271 на 100000 населения). Уровень смертности в последние четыре года стабилизировался, а прирост населения обусловлен в большей мере ростом рождаемо-

сти (рисунок 1).

Состояние здоровья населения

Состояние здоровья населения и эффективность работы системы здравоохранения оцениваются в первую очередь по показателям смертности и заболеваемости населения. Вместе с тем, показатели здоровья населения определяются не только системой здравоохранения, но и факторами окружающей среды (25–38%, ВОЗ), экономическим состоянием страны и региона, уровнем доходов населения, демографической ситуацией и т.д.

Смертность

Смертность населения, включающая все данные по умершим в г. Иркутске, а также основные демографические показатели оцениваются окончательно в мае года, следующего за отчетным. Поэтому показатели отчета, который сдается в Министерство здравоохранения Иркутской области, являются предварительными и будут уточнены в следующей версии отчета.

В отчете приводятся данные по смертности всего населения (взрослые + дети) для сопоставления с доступными международными данными. Такой подход достаточно корректен, т.к. основная часть заболеваний (ишемическая болезнь сердца (ИБС), cerebrovascularные болезни (ЦВБ), злокачественные новообразования) встречается преимущественно у взрослых.

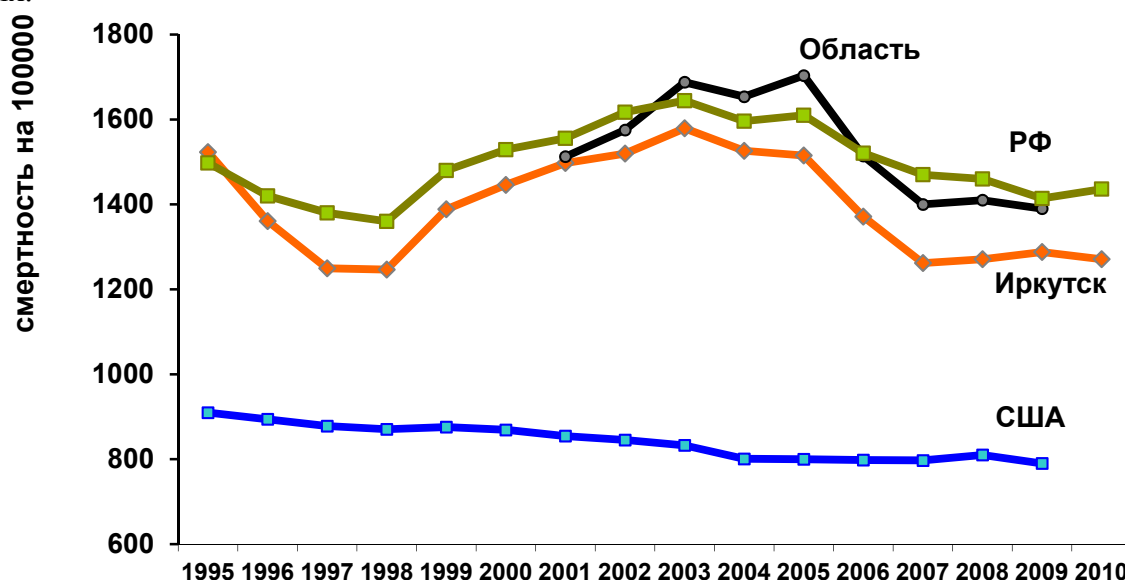


Рисунок 2. Сравнительная динамика общей смертности (все население).
Предварительные данные за 2010 год.

В последние годы снижение общей смертности прекратилось, в отличие от устойчивой тенденции в развитых странах (рисунок 2). Общая смертность выше аналогичного показателя в США в 1,7 раза – 1271 против 760 на 100000 населения (Health, United States, 2010). Также стабилизировался удельный вес умерших в трудоспособном возрасте (рисунок 3).

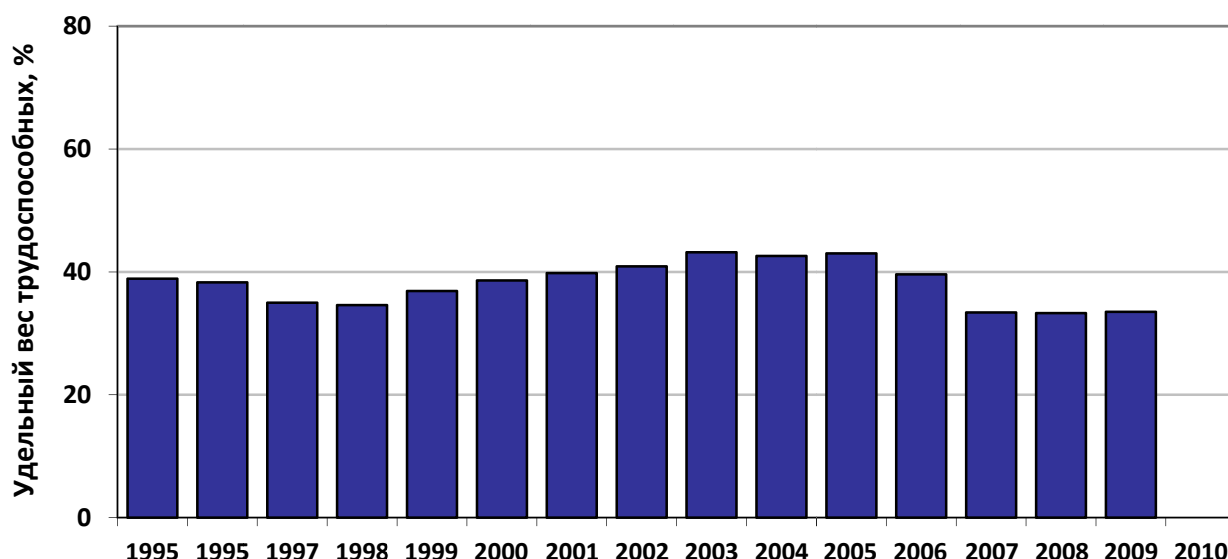


Рисунок 3. Доля трудоспособного населения в общей смертности, %.

В структуре смертности в Иркутске, как и в предыдущие годы, почти половину составляют сердечно-сосудистые болезни (ССБ) (рисунок 4). Доля сердечно-сосудистой смертности заметно выше у женщин, в связи с меньшим числом травм и большей продолжительностью жизни. На второе место среди причин смертности взрослого населения вышли онкологические заболевания.

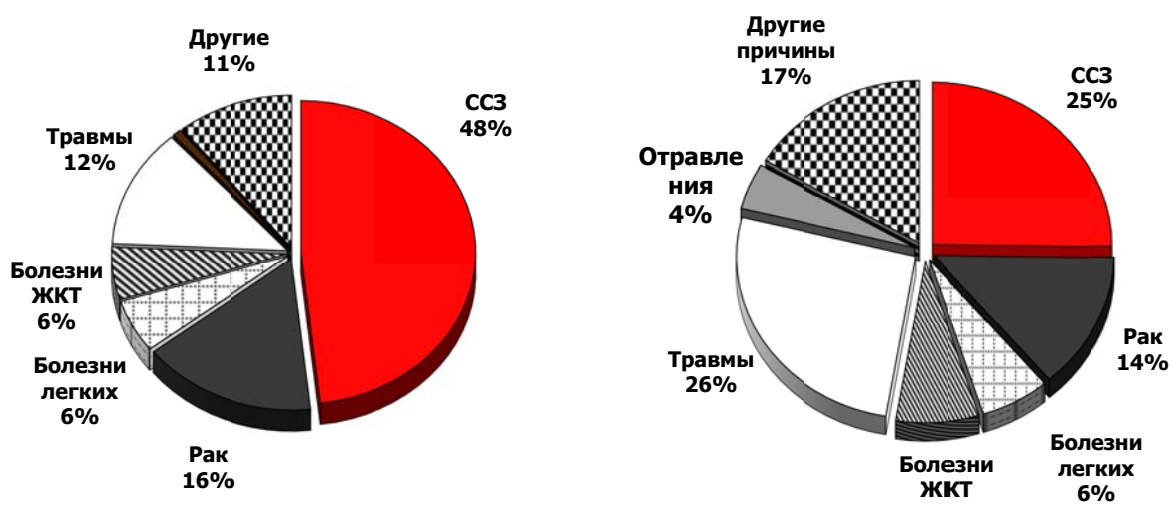


Рисунок 4. Структура смертности населения по системам.

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания.

Слева – все население (данные по 11.2010), справа – трудоспособное (данные 2009 года).

В тоже время структура смертности среди лиц трудоспособного возраста выглядит несколько иначе, здесь доминируют травмы и ССЗ, а на третьем месте – злокачественные новообразования. Важно отметить, что лица трудоспособного возраста среди всех умерших составляют 34%, среди умерших от ИБС – 21%, инсультов – 15%, злокачественных новообразований – 29%, травм – 66% (данные 2009 года).

Настораживает небольшой рост смертности населения от ССЗ в трудоспособном возрасте (рисунок 6, таблица 2). Общее снижение смертности в трудоспособном возрасте обусловлено значительным уменьшением фатального травматизма.

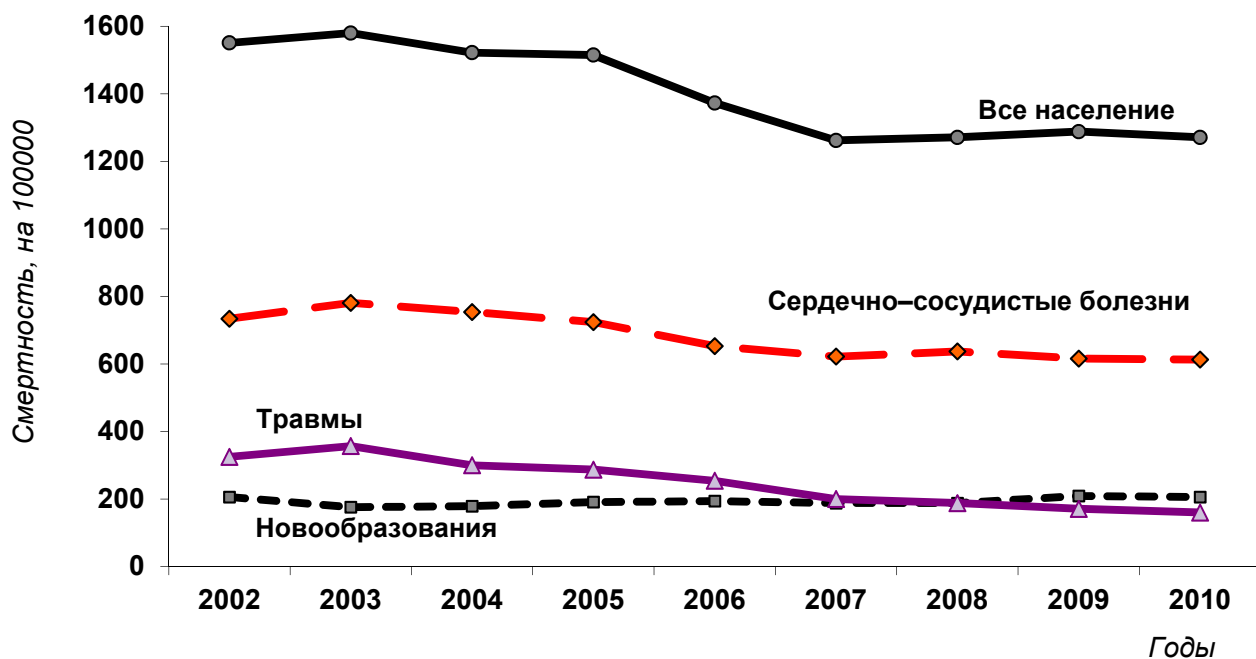


Рисунок 5. Динамика смертности от основных классов причин всего населения.

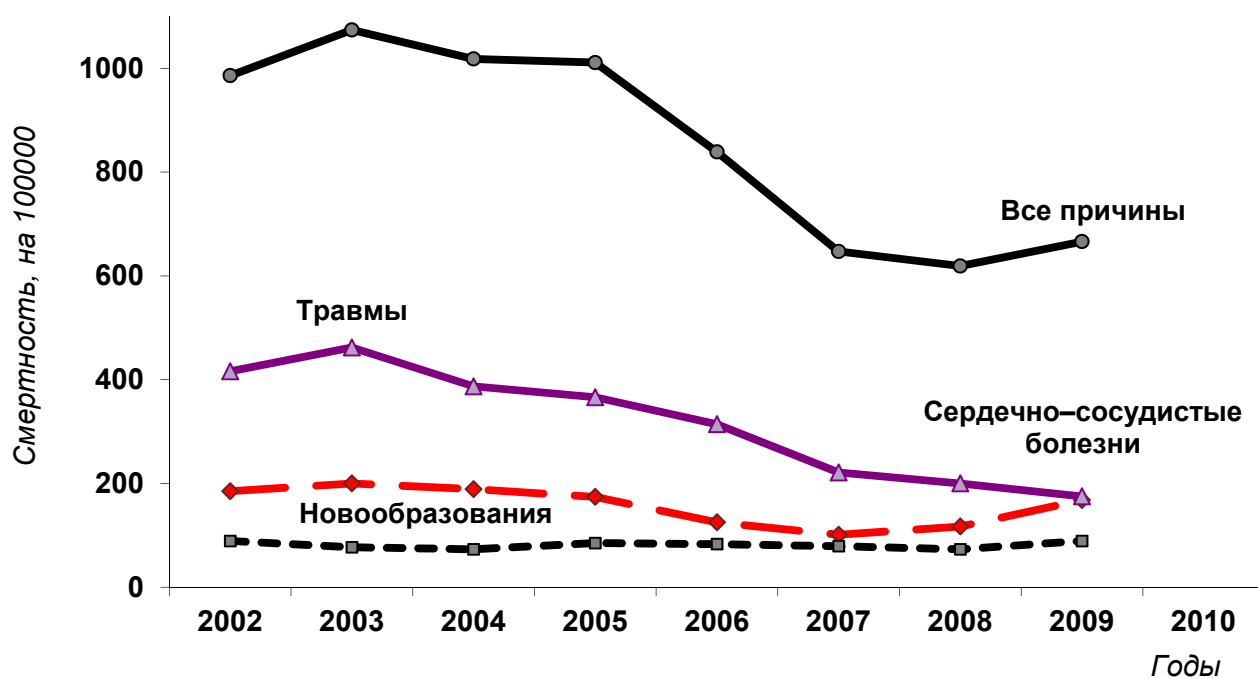


Рисунок 6. Динамика смертности от основных классов причин трудоспособного населения (данных за 2010 год в настоящее время нет).

Таблица 2

Смертность по системам на 100000 постоянного населения
(Федеральная служба госстатистики по Иркутской области)

Виды заболеваний		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сердечно–сосудистые болезни	100000	734	781	754	724	653	622	637	616	613
	все	4281	4515	4440	4219	3767	3583	3668	3568	3560
Болезни органов дыхания	100000	85	92	85	89	78	71	73	71	72
	все	497	529	499	520	448	408	418	412	417
Болезни костно–мышечной системы	100000	1	2	1	2	1	1	2	1	1
	все	4	14	8	10	6	7	10	5	6
Болезни органов пищеварения	100000	62	63	61	73	67	60	64	69	72
	все	359	365	360	426	385	348	369	400	417
Болезни мочевыводящих путей	100000	10	10	10	12	8	8	7	14	10
	все	59	56	57	71	46	47	42	74	59
Эндокринные болезни	100000	3	4	3	3	2	6	5	7	5
	все	24	30	27	28	16	35	31	40	28
Травмы	100000	325	357	300	287	254	200	188	171	160
	все	1893	2066	1768	1672	1466	1151	1082	993	932
Онкозаболевания	100000	206	176	179	191	194	188	188	209	206
	все	1099	1019	1054	1111	1122	1085	1075	1210	1197
Трудоспособное население*	100000	1001	1094	992	991	828	630	655	666	
	все	3696	4026	3819	3791	3147	2426	2458	2496	
Все причины	100000	1551	1580	1522	1515	1373	1262	1271	1288	1271
	все	9044	9333	8956	8826	7937	7266	7361	7459	7381

Примечание: * – рассчитывается на 100000 трудоспособного населения.

Таблица 3

Смертность по наиболее актуальным заболеваниям на 100000 постоянного населения.
(Федеральная служба госстатистики по Иркутской области)

Заболевания		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сердечно–сосудистые болезни										
ИБС	100000	407	414	384	363	312	300	329	306	305
	все	2372	2395	2260	2120	1801	1728	1892	1771	1769
Инфаркт миокарда	100000	48	53	51	51	49	46	50	54	47
	все	278	305	302	297	286	264	289	311	274
Острая ишемия миокарда	100000	300	295	273	257	206	198	226	196	192
	все	1746	1717	1604	1500	1190	1142	1304	1133	1116
ЦВБ	100000	167	166	148	133	122	120	121	111	111
	все	973	959	869	777	706	693	695	645	646
Инсульт	100000	92	125	115	117	122	120	110	103	99
	все	538	722	679	681	657	690	636	597	576
Болезни органов дыхания										
Пневмонии	100000	58	67	62	43	57	51	54	56	58
	все	336	390	363	299	330	294	311	326	339
ХОБЛ	100000	18	14	14	13	14	13	14	10	10
	все	104	81	84	76	79	75	78	60	57
Болезни органов пищеварения										
Цирроз печени	100000	26	28	30	35	26	29	26	28	31

	все	149	163	180	202	185	169	150	165	178
Инфекционные болезни										
Туберкулез	100000	25	39	32	41	41	30	42	36	41
	все	147	219	186	237	239	172	244	210	239
СПИД	100000	0	0,2	0,2	0,7	6	11	11	25	32
	все	0	1	1	4	35	65	65	146	184
Онкозаболевания										
Рак легких	100000	39	28	31	32	33	31	30	35	37
	все	228	160	183	188	188	180	172	205	217
Рак желудка	100000	28	24	23	23	25	25	30	24	23
	все	165	137	136	136	144	142	129	141	136
Рак колоректальный	100000	23	23	24	23	25	23	30	26	23
	все	136	131	144	132	143	132	129	149	131
Рак предстательной железы	100000	8	5	4	4	7	5	6	7	8
	все	46	28	26	22	41	30	32	42	44
Рак молочной железы	100000	19	18	14	19	16	20	18	21	23
	все	112	102	85	108	90	118	101	123	133
Рак матки	100000	9	9	8	10	9	10	8	8	9
	все	53	53	47	56	54	56	45	46	53

Анализ динамики смертности за последние 9 лет от основных заболеваний, вносящих вклад в показатель, выявляет тенденцию снижения смертности от ССБ и значительный рост смертности от ВИЧ инфекции (таблица 3). При сравнении структуры смертности по нозологиям с опубликованными показателями здоровья в США обращает внимание относительно высокая смертность от ИБС – 305 против 126, инсульта – 99 против 42, пневмонии – 58 против 16, при близких показателях по злокачественным новообразованиям – 206 против 178 на 100000 населения (Health, United States, 2010; 2009 Chart Book On Cardiovascular, Lung, And Blood Diseases, NHLBI).

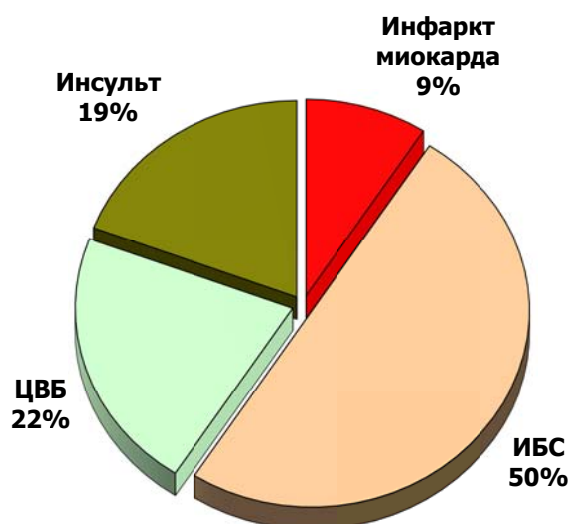


Рисунок 7. Структура сердечно-сосудистой смертности населения г. Иркутска.
ЦВБ – цереброваскулярные болезни, ИБС – ишемическая болезнь сердца.

В структуре сердечно-сосудистой смертности доминируют ИБС и цереброваскулярные болезни (рисунок 7). В случаях смерти на дому и догоспитальном этапе (около 70% смертей) трудно установить точную причину смерти и редко проводятся патологоанатомиче-

ские исследования, поэтому доля инфарктов миокарда и инсультов невелика. Имеет место и неточная кодировка причин смерти в свидетельствах. Отметим, что внезапная сердечная смерть обычно не учитывается в статистических отчетных документах, т.к. вместо кода I46.1 устанавливается обычно код I25 (хроническая ИБС), I67 (другие ЦВБ), I69 (последствия инсульта), I24.8 (другие формы острой ишемии миокарда). Тромбоэмболия легочной артерии традиционно рассматривается как осложнение другого заболевания.

Первичная заболеваемость

Заболеваемость устанавливается как по обращаемости населения к участковым терапевтам и специалистам, так и активно, при проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения, поэтому показатель весьма вариабелен и трудно оценить истинную динамику заболеваемости.

Уровень заболеваемости в последние годы остается относительно стабильным с колебаниями величины случайного характера или вследствие изменения эпидемиологической ситуации с острыми респираторными инфекциями (таблица 4). Отмечается тенденция к увеличению числа выявленных болезней костно-мышечной и пищеварительной систем (рисунок 8).

Таблица 4

Заболеваемость по системам у взрослых
(форма №12, на 100000 взрослого населения)

Виды заболеваний		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сердечно-сосудистые болезни	100000	3231	4487	4495	4631	4975	5670	5197	4950	3956	3937
	все	14602	20286	20271	21488	22962	26132	23975	22901	18430	18379
Болезни органов дыхания	100000	17943	21227	18877	14931	14184	14213	14997	16182	19051	17673
	все	81096	95967	85131	69285	65470	65503	69092	74898	88756	82511
Болезни костно-мышечной системы	100000	4477	6585	6201	5552	5933	6819	6967	6414	7051	6449
	все	20235	29771	27965	25762	27388	31427	31241	29690	32852	30109
Болезни органов пищеварения	100000	2140	2570	2382	2509	2422	2567	2686	2395	2639	2786
	все	9674	11619	10744	11642	11180	11828	12392	11087	12296	13009
Болезни мочевыводящих путей	100000	5289	5865	5746	6141	6039	5935	6022	5364	6183	6809
	все	23903	26516	25913	28498	27876	27353	27781	24830	28808	31787
Онкозаболевания	100000	1205	1213	1228	1386	1248	1468	1359	1225	1458	1485
	все	5446	5484	5540	6432	5760	6763	6269	5668	6794	6934
Эндокринные болезни	100000	1370	1434	1341	1536	1845	2392	1985	2177	1863	1842
	все	6193	6483	6047	7129	8517	11023	9159	10077	8680	8599
Общая	100000	72524	83811	77093	70146	68725	68417	69253	70580	72154	71802
	все	327780	378910	347676	325510	317229	315301	316692	326685	336151	335219

Как видно из таблиц 4 и 5 традиционно доминирует заболеваемость органов дыхания, в основном за счет острых респираторных инфекций (в текущем году эпидемии гриппа не было), далее идут болезни мочевыводящих путей (инфекции) и костно-мышечная патология (остеоартрозы, боли в спине). Увеличение выявленных болезней органов пищеварения скорее связано с увеличением ставок и числа консультаций гастроэнтерологов.

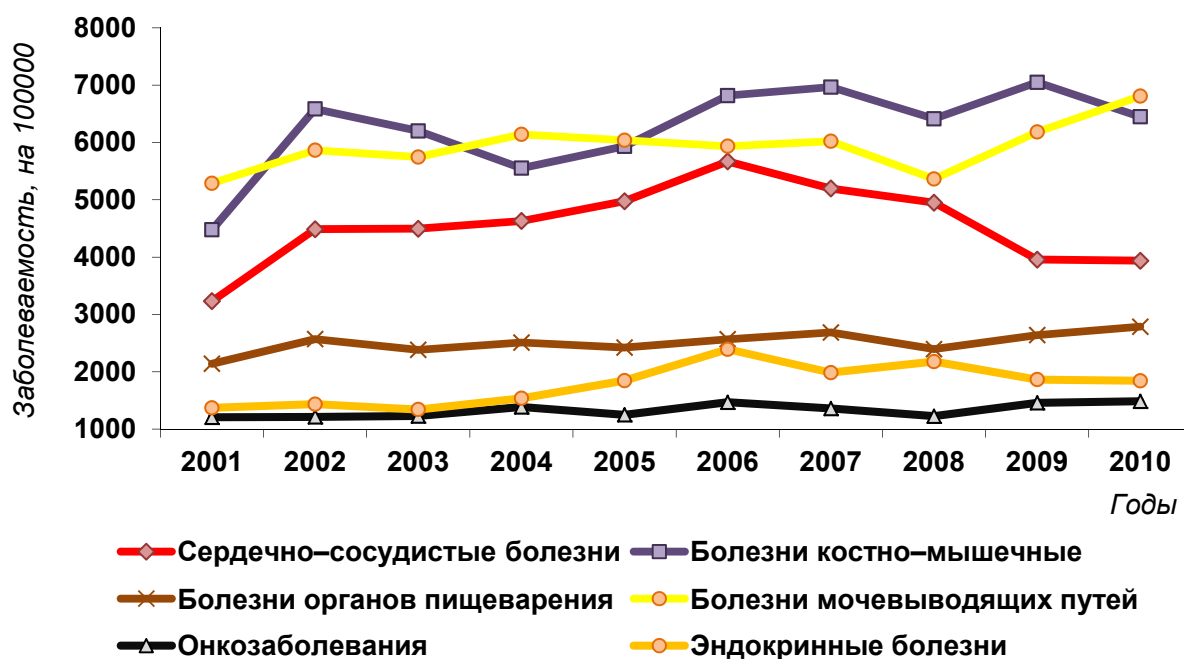


Рисунок 8. Динамика заболеваемости по системам (форма №12).

Таблица 5

Заболѣваемость по избранным нозологиям
(форма №12, на 100000 взрослого населения)

Нозологии		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сердечно-сосудистые болезни											
Артериальная гипертензия	100000	724	1079	1242	1216	1378	1342	1373	1227	941	932
	все	3275	4878	5603	5643	6361	6185	6333	6140	4383	4353
ИБС	100000	712	1019	942	932	1070	1006	876	970	737	750
	все	3222	4607	4271	4327	4942	4638	4043	4488	3436	3500
Стенокардия	100000	366	—	426	470	526	431	419	519	370	333
	все	1656	—	1920	2181	2427	1984	1933	2402	1724	1557
Инфаркт миокарда	100000	190	219	204	216	181	141	162	187	169	156
	все	866	990	935	1011	842	790	746	867	788	730
Инсульты	100000	—	191	246	281	315	323	380	228	210	201
	все	1092*	1191*	1065*	956*	950*	1007*	1092	990	980	937
Болезни органов дыхания											
Пневмонии	100000	418	489	419	410	418	437	493	500	559	540
	все	1891	2211	1892	1905	1715	2015	2278	2316	2605	2522
Хронические болезни бронхов	100000	372	489	657	397	409	442	404	295	300	422
	все	2066	2211	3529	2164	2246	2036	1866	1362	1399	1968
Астма	100000	145	96	141	98	128	150	260	113	132	141
	все	653	434	634	454	595	690	1199	523	616	654
Болезни органов пищеварения											
Язвенная болезнь	100000	148	145	152	161	138	151	181	159	174	189
	все	669	656	685	746	637	698	833	735	812	882
Болезни желчевыводящих путей	100000	364	424	377	401	353	369	295	245	244	321
	все	1647	1917	1700	1865	1626	1702	1359	1133	1140	1499
Заболевания печени	100000	60	71	53	53	60	80	101	86	95	99

	все	273	321	239	247	276	369	467	400	445	461
Заболевания поджел. железы	100000	130	165	124	118	135	146	155	128	159	198
	все	587	746	560	549	625	672	715	591	741	922
Болезни костно-мышечной системы											
Артрозы	100000	747	841	695	646	695	773	818	780	840	947
	все	3374	3802	3137	2999	3206	3561	3573	3611	3914	4420
Реактивные артриты	100000	33	27	15	17	18	14	11	10	12	13
	все	151	122	109	80	81	65	53	47	55	63
Ревматоидный артрит	100000	16	17	15	22	18	17	17	14	14	16
	все	70	77	69	100	85	78	76	63	64	75
Эндокринные болезни											
Диабет 1 типа	100000	6	11	5	5	5	7	7	7	9	6
	все	26	50	21	23	21	34	33	31	44	29
Диабет 2 типа	100000	146	185	195	199	221	243	222	245	258	314
	все	659	836	881	924	1022	1121	1022	1164	1204	1468
Тиреотоксикоз	100000	33	25	30	29	25	33	25	24	31	32
	все	149	113	135	135	113	152	115	110	146	148
Другие болезни											
Почечная недостаточность	100000	9	7	8	7	20	7	10	12	15	26
	все	41	31	31	35	90	32	45	57	70	123
Анемии	100000	139	196	176	242	203	274	295	252	246	257
	все	628	886	793	1125	939	1264	1363	1167	1147	1199

Примечание: * – данные Департамента, т.к. в форме №12 в эти годы рубрики инсультов не было.

При более детальном анализе болезней (таблица 5, рисунок 9) видна тенденция последних лет к снижению заболеваемости ИБС, инсультами, но стойко растет заболеваемость диабетом 2 типа.

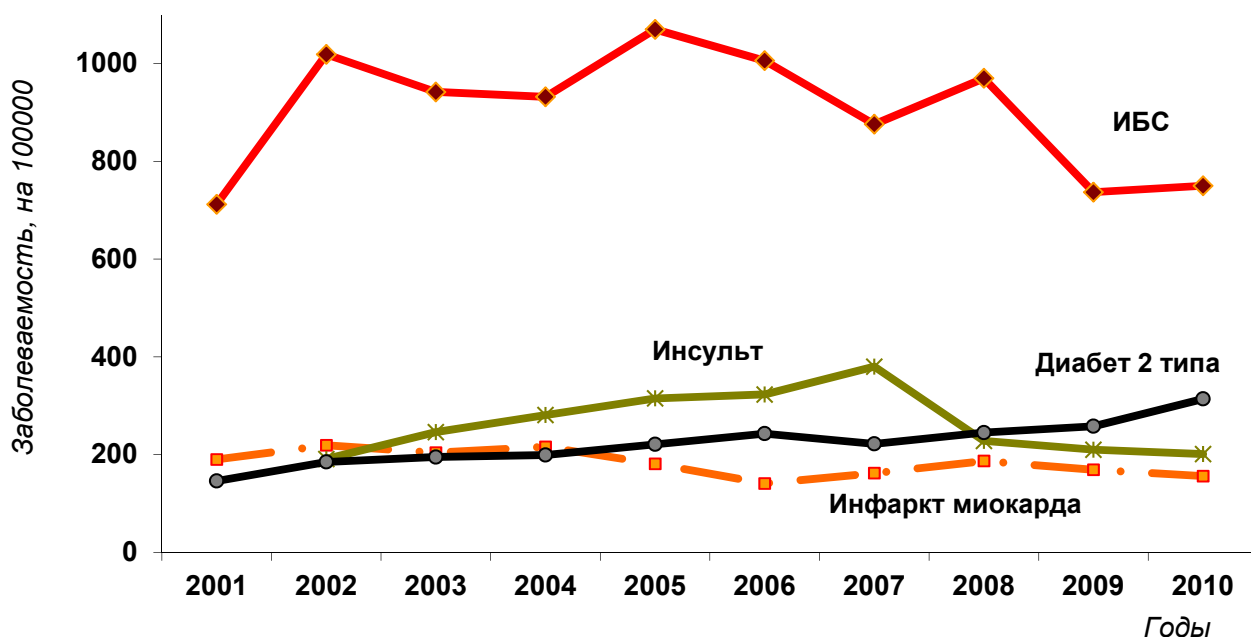


Рисунок 9. Динамика сердечно-сосудистой заболеваемости (форма №12).

Конечно, снижение заболеваемости ИБС больше связано с недостаточно эффективной

диагностикой заболевания, особенно атипичных форм стенокардии. Это предположение основывается, в том числе, на продолжающемся возрастании частоты диабета и низком использовании стресс-тестов в поликлиниках города (рисунок 10).

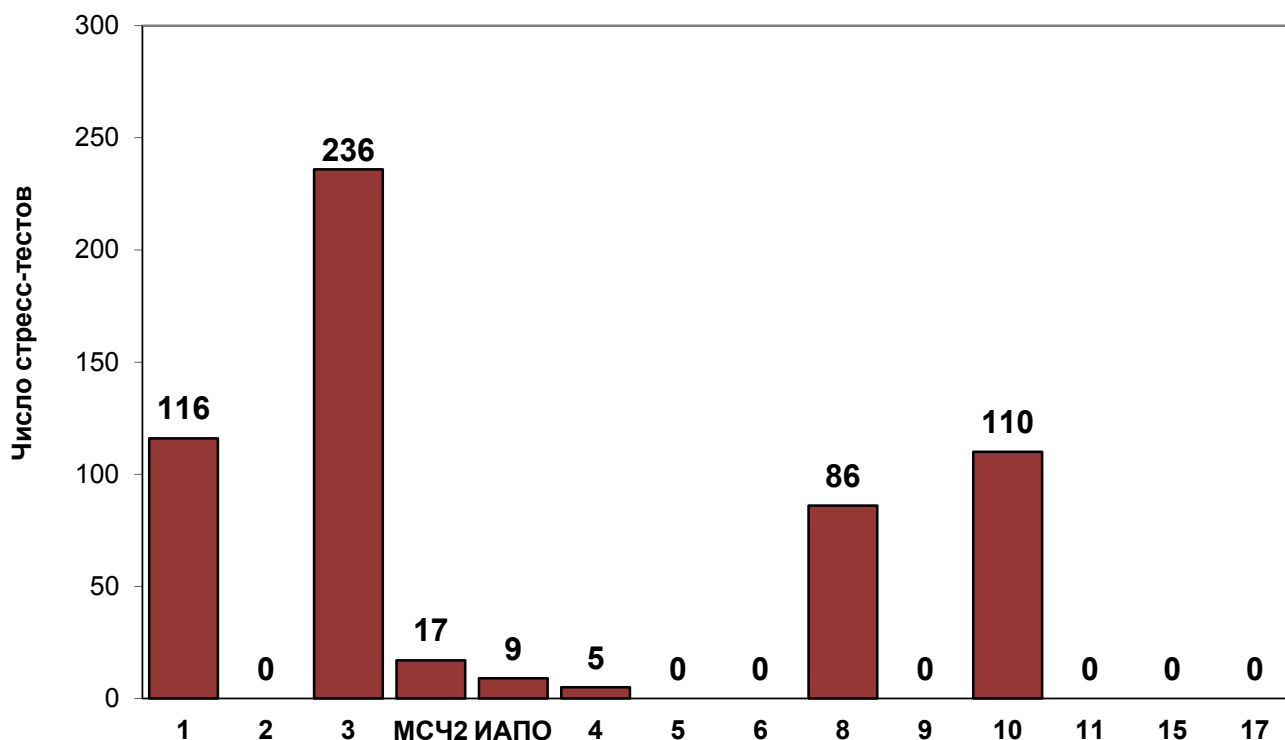


Рисунок 10. Частота тестирования стресс-тестов для диагностики ИБС в поликлиниках г. Иркутска.

Вместе с тем, следует отметить и прогресс в частоте тестов на липидный спектр, которые необходимы для более точного назначения статинов с целью первичной и вторичной профилактики сосудистых заболеваний (рисунок 11).

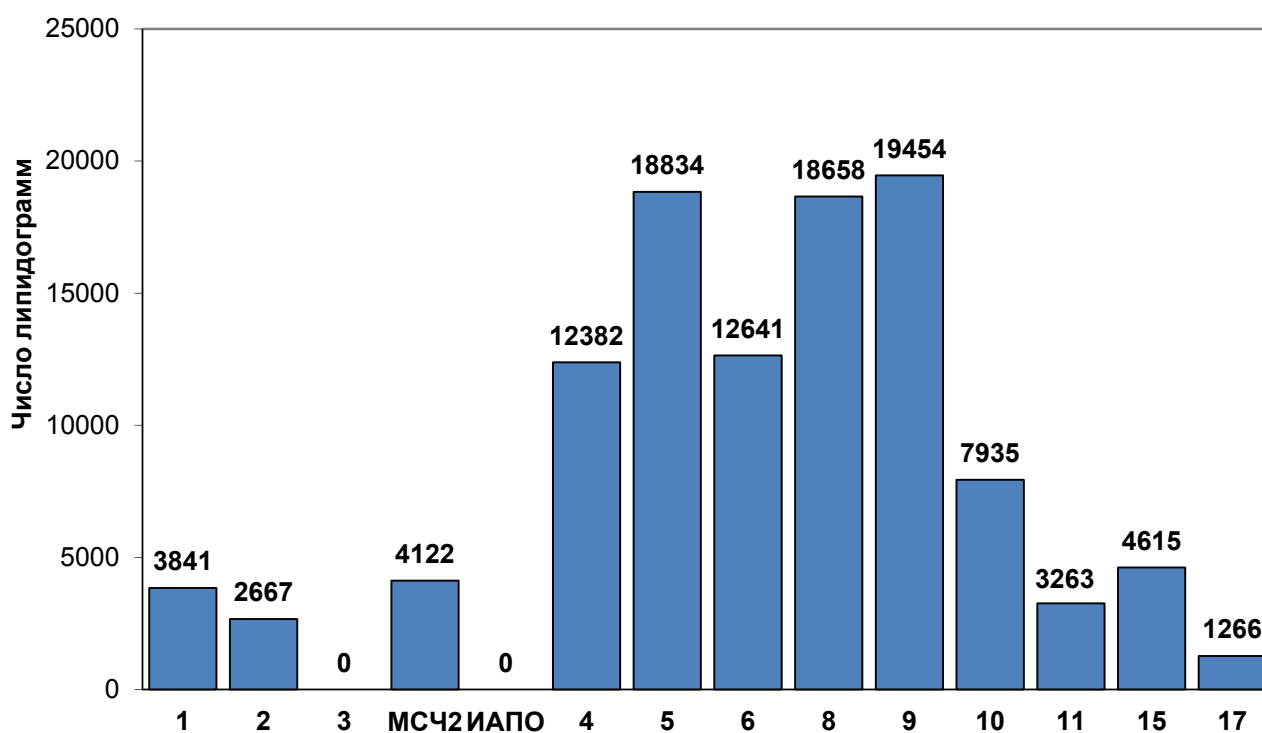


Рисунок 11. Частота проведения липидного спектра в поликлиниках г. Иркутска.

В 2009 году в форму №12 впервые был включен гипотиреоз (E01.8, E02, E03), а в 2010 году данная рубрика обозначена как тиреоидит (E06), что не позволяет по отчетным формам отследить динамику гипофункции щитовидной железы.

Болезненность

Анализ числа пациентов, зарегистрированных в поликлиниках с определенными заболеваниями, показывает какая часть населения в той или иной степени контролируется системой здравоохранения города (таблица 6).

Таблица 6

Болезненность по избранным нозологическим формам
(форма №12, на 100000 взрослого населения)

Заболевание	Число пациентов	Доля населения г. Иркутска, %	Доля населения США, 2010, %
Артериальная гипертензия	63779	11	32,6
Сахарный диабет	13263	2,3	11,9
Ожирение	5291	0,9	33,7
Ишемическая болезнь сердца	31665	5,5	–
Цереброваскулярные болезни	38003	6,5	–
Злокачественные новообразования	11702	2	6,1

Сравнение с частотой зарегистрированных заболеваний в США показывает, что в г.Иркутске меньше артериальных гипертензий, диабета, ожирения. В то же время, смертность от ССБ значительной выше, что очевидно свидетельствует о невысокой выявляемости болезней среди населения. Рассмотрим два заболевания подробнее.

В 2010 году в г. Иркутске зарегистрировано 12613 пациентов с диабетом 2 типа, таким образом, распространенность заболевания составляет 2% населения. Ориентируясь на результаты международных эпидемиологических исследований, где диабет выявлен у 9%, а предиабет – у 26% населения (NHANES, 1999–2002), можно констатировать, что основная часть пациентов с диабетом 2 типа и предшествующими состояниями не выявляется.

По данным крупных популяционных регистров (NHANES III, Okinawa Study), распространенность хронической болезни почек составляет не менее 10% населения, достигая более 20% у отдельных категорий лиц (пожилые, диабет 2 типа). Расчетные данные показывают, что в Иркутске должно быть около 97000 пациентов с хронической болезнью почек, в том числе с 4 и 5 стадией – по 1200 человек (NHANES, 1999–2004). По данным главного нефролога г. Иркутска в 2010 году было зарегистрировано 1453 пациента с хронической болезнью почек, из них с 4 и 5 стадиями 307 и 151 человек (Винкова Н.Н., 2010).

Таким образом, примерно третья часть населения с имеющимися важными заболеваниями внутренних органов зарегистрирована в учреждениях первичной медицинской помощи.

Первичная медико–санитарная помощь

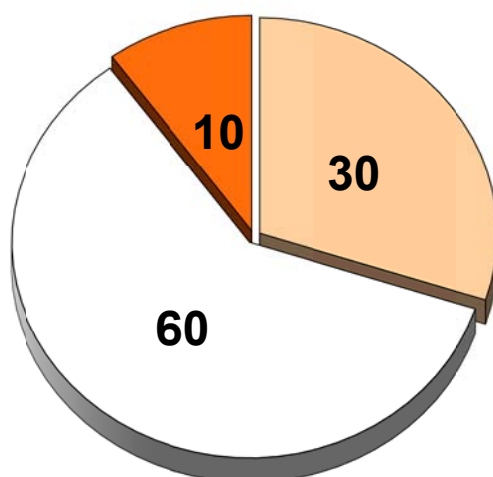
В г. Иркутске за 2010 год умерло 7381 человек, а в муниципальных стационарах – всего 2181 (30%), таким образом, основная часть людей умирает вне лечебных учреждений. В этой связи первичная медико–санитарная помощь населению является основным приоритетом работы здравоохранения. По данным многочисленных исследований, проведенных в развитых странах, основной вклад в снижение смертности и увеличения продолжительности жизни вносит система профилактических мероприятий, а не стационарная помощь, в том числе и высокотехнологичная (рисунок 12).

Терапевтическая помощь жителям города Иркутска оказывалась в 14 амбулаторных муниципальных учреждениях – поликлиники №1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 15, 17, МСЧ ИАПО

и МСЧ №2.

Реализация национального проекта «Здоровье» улучшило оснащение амбулаторных учреждений, а доплата повысила укомплектованность кадрами участковых терапевтов. В то же время, значительно возросла нагрузка на врачей, включая выписку льготных рецептов, заполнение отчетной документации, дополнительную диспансеризацию, профосмотры. Как следствие, сократилось время работы с пациентами, а привлекательность профессии для выпускников медицинских ВУЗов существенно снизилась.

Среди целей национального проекта необходимо отметить сокращение сроков ожидания диагностических исследований в поликлиниках до одной недели, уменьшение частоты обострений и осложнений хронических заболеваний не менее чем на 30% и снижение временной нетрудоспособности не менее чем на 20%.



■ Лечение ИБС □ Коррекция факторов риска ■ Другие факторы

Рисунок 12. Вклад основных лечебно–профилактических мероприятий в снижение смертности от ИБС (Ford E.S., et al., 2007).

Смертность

Смертность населения является основным индикатором работы поликлиники. В течение многих лет наибольшая смертность населения регистрируется на территории Иркутска 2 в зоне обслуживания МСЧ ИАПО, что требует дополнительного анализа, включая экологические факторы (рисунок 13).

Низкая смертность по данным поликлиники №11 очевидно связана с преимущественно студенческим контингентом населения в районе Студенческого городка.

Заметим, что показатели смертности не в полной мере обусловлены работой поликлиник, т.к. смерти относят к поликлиникам по территориальному принципу (данные ЗАГС), хотя умершие могут быть не прикреплены к данному лечебному учреждению.

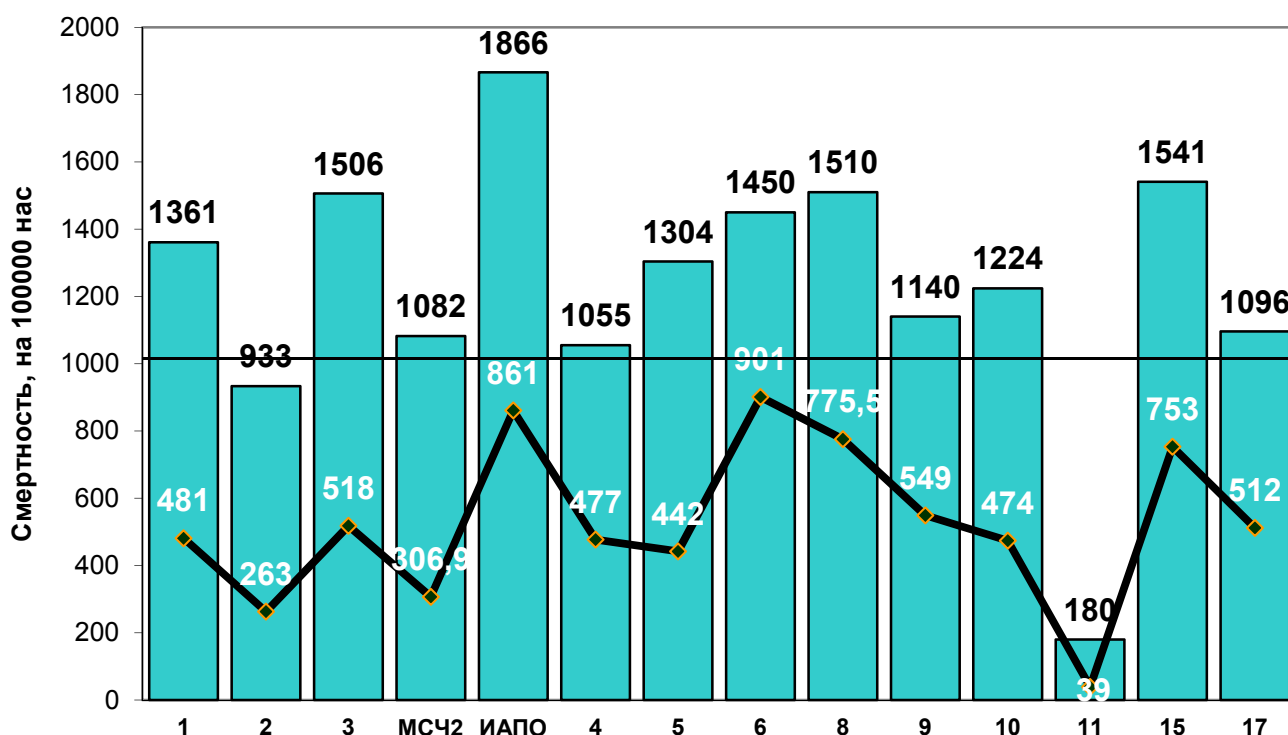


Рисунок 13. Сравнение общей смертности и смертности в трудоспособном возрасте в поликлиниках г. Иркутска. Линия показывает смертность в трудоспособном возрасте (на 100000 трудоспособного населения) (отчеты).

Диспансеризация

Постоянная работа по диспансеризации населения в текущем году привела к увеличению числа пациентов на диспансерном учете на 12% (таблица 7). В текущем году продолжалось проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, правда в меньшем объеме. Следует отметить серьезные трудности в связи с неоптимальной организацией осмотров, поскольку руководители организаций, за редким исключением, не стимулировали исходно низкую активность своих сотрудников.

Таблица 7

Показатели диспансеризации взрослого населения (форма №12, отчеты)

Показатель	2007	2008	2009	2010	Прирост к 2009 году
Состоит на «Д» учете	178398	166251	172242	192601	+12%
Среднее количество «Д» на участке	824,8	774,2	794,5	862,7	+9%
Количество «Д» на 1000 взрослого населения	386,7	359,2	369,7	412,5	+12%
Взято на «Д» наблюдение	30976	37083	33994	30469	-10%
Пациентов по дополнительной «Д»	21116 (69,6%)	14866 (100%)	7007 (110,7%)	7152 (104,9%)	+2%
Полнота охвата «Д»*	22,9%	35,4%	34,2%	24,6%	-10%

Примечание: * – (число больных, состоящих на «Д» учете на начало года + вновь взятые – не явившиеся в течение года)/число зарегистрированных заболеваний x 100.

Временная утрата нетрудоспособности

В отчетном году общая длительность временной нетрудоспособности существенно повыси-

лась за счет увеличения выдачи больничных листов по артериальной гипертензии, пневмонии, хроническим заболеваниям бронхов, болезням панкреатодуоденальной области, болям в спине (таблицы 8, 9). В то же время продолжает сокращаться продолжительность одного случая временной нетрудоспособности. Эти показатели могут свидетельствовать о снижении качества профилактики и лечения заболеваний в трудоспособном возрасте.

Таблица 8

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности
в расчете на работающее население (форма №16)

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Число дней	1207325	1146212	1101710	1165080	1246469	1533722
Число дней на 100 человек	563,3	464,8	417,8	424,7	454,2	481,9
Число случаев	81238	80856	81634	89442	94668	127644
Число случаев на 100 человек	37,9	32,8	31,0	32,6	34,5	40,1
Средняя длительность 1 случая	14,8	14,4	13,5	13,0	13,2	12,0

Таблица 9

Характеристика временной нетрудоспособности (форма №16)

Болезни	Дни				Случаи			Средняя длительность		
	2008	2009	2010	при- рост, %	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Болезни сердечно- сосудистые	140337	148466	152406	+2,7	9386	9797	10495	15,0	15,1	14,5
Ревматическая болезнь сердца	1066	778	825	+6,0	63	38	53	16,9	20,5	15,6
Артериальная гипертензия	52274	54130	57336	+5,9	5101	5130	5800	10,2	10,6	9,9
ИБС	41161	46722	45738	-2,1	1948	2306	2143	21,1	20,3	21,3
Цереброваскулярные болезни	29775	30418	27246	-10	1288	1334	1306	23,1	22,8	20,9
Болезни орга- нов дыхания	259905	294617	292369	-0,8	32179	35569	35047	8,1	8,0	8,3
ОРВИ	174556	205768	205014	-0,4	23640	27377	27201	7,4	7,5	7,5
Фарингит, ангина	14219	13508	13838	+2,4	1773	1678	1721	8,0	8,1	8,0
Грипп	7223	6854	643	-90,6	961	856	66	7,5	8,0	9,7
Пневмония	15980	16921	19175	+13,3	1031	1105	1288	15,5	15,3	14,9
Хр. бронхиты	7939	5352	7320	+36,8	720	479	628	11,0	11,2	11,7
Бронхиальная астма	6271	6048	6559	+8,4	503	448	492	внени1	13,5	13,3
Болезни органов пищеварения	53646	56324	64911	+15,2	4334	4551	5037	12,4	12,4	12,9
Язвенная болезнь	9550	8042	6726	-16,4	645	552	449	14,8	14,6	15,0
Болезни поджелу- дочной железы, ЖВП, печени	16063	17637	21793	+23,6	1154	1288	1441	13,9	13,7	15,1
Эндокринные болезни	16775	17137	15882	-7,3	1233	1213	1199	13,6	14,1	13,3
Сахарный диабет	11662	11189	10505	-6,1	890	859	862	13,1	13,0	12,2
Болезни кост- но-мышечной системы	146831	159952	197776	+23,6	10841	11648	14109	13,5	13,7	14,0

Артриты	9111	8171	9212	+12,7	557	511	1283	16,4	16,0	7,2
Болезни мочеполовой системы	55321	58967	61863	+4,9	5485	5828	6068	10,1	10,1	10,2
Злокачественные опухоли	20102	26584	28517	+7,3	678	855	904	29,6	31,1	31,6

Анализ причин временной нетрудоспособности (таблица 8) показывает традиционное доминирование ОРВИ, остеоартроза и болей в спине, артериальной гипертензии и ИБС.

Инвалидность

Первичный выход на инвалидность в отчетном году составил 66 на 10000 прикрепленного населения, включая почти половину в трудоспособном возрасте (таблица 10).

Как видно из рисунка 14 в последние годы постоянно уменьшается инвалидность по ССБ. Среди причин инвалидности лиц трудоспособного возраста доминируют болезни кровообращения (27%), в основном это ИБС (41%, включая 12% пациентов с инфарктом миокарда) и cerebrovascularные заболевания (26%, включая 14% пациентов с инсультами). Злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы также вносят существенный вклад (рисунок 15).

Таблица 10

Первичная инвалидность (отчеты)

Показатель	2008				2009				2010			
	Все		Трудоспособные		Все		Трудоспособные		Все		Трудоспособные	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
На 10000	68		34		63		26		66		29	
1 группа	281	10,6	65	6,6	319	12,6	98	9,4	389	15,3	121	11,3
2 группа	1015	38,1	339	34,3	961	38,0	377	36,3	818	32,1	315	29,5
3 группа	1367	51,3	583	59,1	1246	49,3	564	54,3	1338	52,6	633	59,2
Всего	2663	100	987	100	2526	100	1039	100	2545	100	1069	100

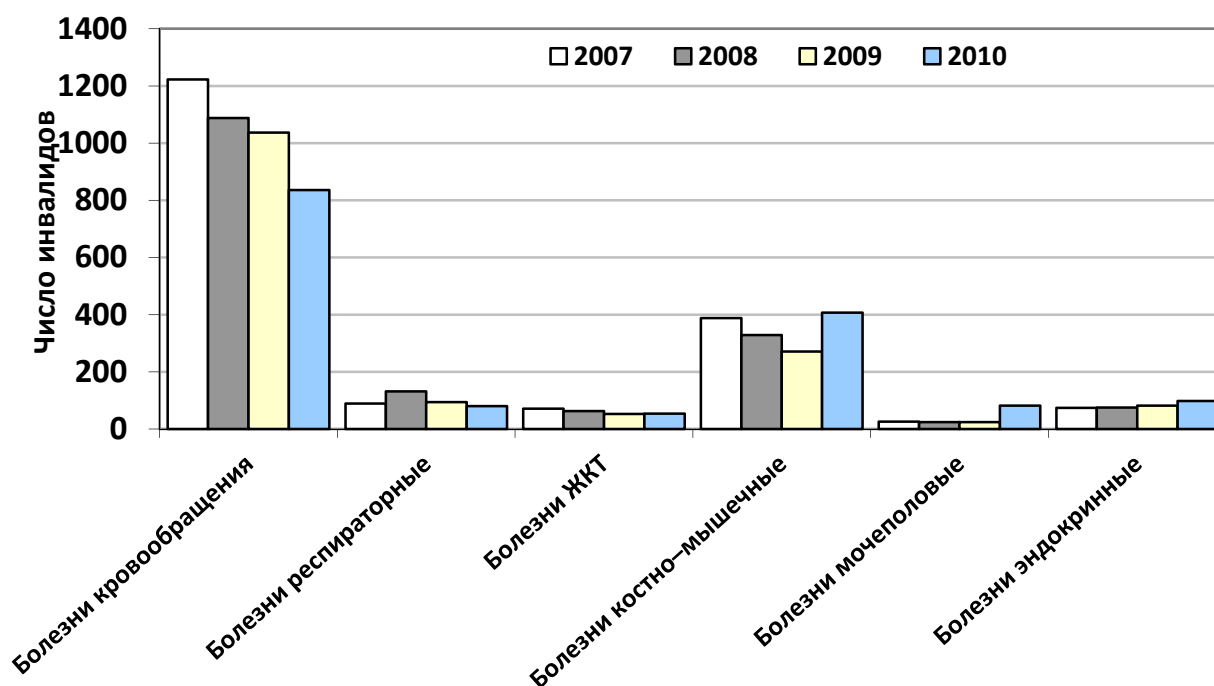


Рисунок 14. Структура инвалидности в 2007–2010 годах (на 10000 прикрепленного населения).

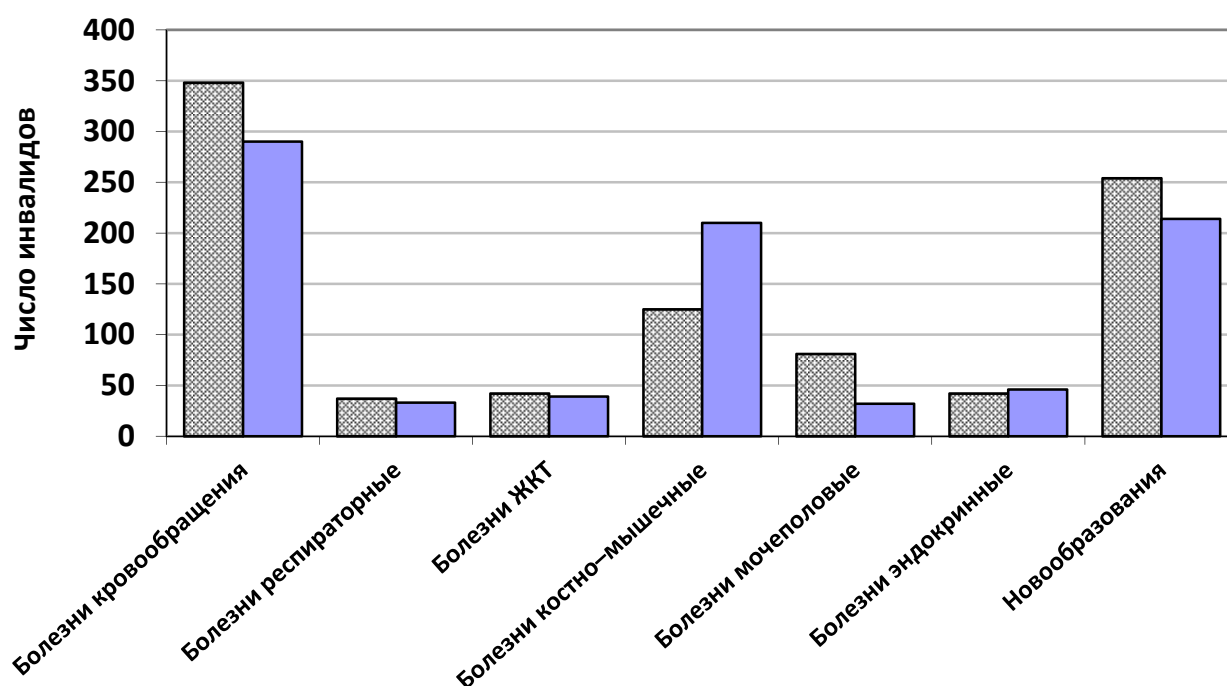


Рисунок 15. Структура инвалидности в 2009–2010 годах лиц в трудоспособном возрасте (на 10000 прикрепленного трудоспособного населения).

Характеристика поликлиник

Общая характеристика поликлиник представлена в таблице 11. Дневные стационары, имеют 167 коек терапевтического профиля, развернутые в поликлиниках №1 (32 койки), №4 (24 койки), №17 (25 коек), №6 (12 коек) и МСЧ №2 (34 терапевтических, 40 неврологических, а также 26 гинекологических коек).

Таблица 11

Общая характеристика поликлиник (отчеты, ТФОМС)

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010
Число поликлиник	15	15	14	14	14
Плановая мощность (посещений)	9076	9210	9210	9250	9210
Фактическая мощность (посещений)*	8566	9061	9404	10408	10830
Прикрепленное население**	391300	391300	393500	397998	408600
Число участков	213,3	216,3	214,8	216,8	223,3
Прикрепленное население на участке (с учетом врачей общей практики)	1834	1809	1832	1836	1830

* – количество посещений/рабочие дни*1,65 (коэффициент сменности).

** – приказ Департамента здравоохранения и социальной помощи населению администрации г. Иркутска от 08.12.2009 № 219–08–809/9.

Расчетная величина участков с пока еще превышает нормативный показатель 1700 человек на 1 участок, в то время как в «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» ставится задача уменьшить население на участке до 1200–1500.

Анализируя кадровый состав терапевтической службы г. Иркутска (таблица 12) обращает на себя внимание достаточно высокая укомплектованность в поликлиниках участко-

выми терапевтами и медсестрами, помогающими терапевтам, в связи дополнительной зарплатой по национальному проекту. В то же время нагрузка на участкового врача, условия и характер работы (большие затраты времени на оформление документации, особенно выписку льготных рецептов) не являются привлекательными для молодежи, что отражается в низкой доли врачей до 40 лет – 22%.

Продолжается эксперимент по использованию врачей общей практики в крупном городе. В частности в Иркутске работает 16 врачей общей практики, обслуживающих 10 участков в поликлинике №17 (м–н Университетский) и 6 участков в поликлинике №4 (м–н Первомайский). В настоящее время система подготовки врачей общей практики не позволяет последним работать эффективнее участковых терапевтов с взрослым населением в условиях крупного города.

Коэффициент совместительства врачей 1,08 соответствует рекомендованной в Национальном проекте величине 1,1, хотя у среднего медперсонала показатель 1,5 весьма велик.

Таблица 12

Штаты врачей терапевтического профиля (форма №30, отчеты)

Врачи	Штаты	<40 лет		Физ. лица	
		абс.	%	абс.	%
Участковые терапевты	213	45	21,8	206	96,7
Врачи общей практики	17,25	10	62,5	16	92,8
Кардиологи	21	4	26,7	15	71,4
Ревматологи	14,5	2	22,2	9	62,1
Эндокринологи	25,25	9	45	20	79,2
Аллергологи	5,25	2	50	4	76,2
Гастроэнтерологи	2	1	50	2	100
Пульмонологи	1,5	0	0	0	0
Неврологи	42	16	44,4	36	85,7
Терапевты, все	340,25	89	28,9	308	90,5

Таблица 13

Категории врачей терапевтического профиля (отчеты)

Врачи	Категории				Доля врачей	
	вторая	первая	высшая	все	все	%
Участковые терапевты	27	72	16	115	212	54,2
Врачи общей практики	4	2	1	7	16	43,8
Кардиологи	3	5	3	11	15	73,3
Ревматологи	0	2	2	4	9	44,4
Эндокринологи	7	4	3	14	20	70
Аллергологи	1	1	2	4	4	100
Гастроэнтерологи	1	1	0	2	2	100
Неврологи	7	6	7	20	36	55,5
Терапевты, все	50	93	34	177	314	56,4

Остается недостаточной укомплектованность узкими специалистами, особенно кардиологами и ревматологами, и прикрепленных медсестер. Причина кроется в низкой заработной плате и размерах ставок (0,25–0,5) занятых совместителями.

Невысокая доля участковых врачей с категориями (54%) объясняется во многом нежеланием людей старших возрастных групп, которые составляют основную часть врачей, оформлять надлежащую документацию, а врачи общей практики в большинстве своем еще имеют недостаточный стаж (таблица 13).

Таблица 14

Функция врачебной должности различных специальностей

Врачи	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Участковый терапевт	4902	5142	4966	4912	4988	4946	4612	4675	4864
Аллерголог	3159	3598	2811	2122	2543	2480	2204	3503	2224
Кардиолог	3141	4022	3214	3255	3277	2756	3250	3108	2271
Гастроэнтеролог	2720	1312	—	643	—	1294	740	2278	3227
Невролог	5014	4655	4249	4383	4424	4930	4784	4523	4266
Пульмонолог	4072	3034	3041	3332	3152	3874	3688	3396	1015
Ревматолог	3984	3298	3325	3867	3251	2991	2874	2756	2796
Эндокринолог	4385	4250	4703	4818	4940	4835	4427	4733	4082

Примечание: Функция врачебной должности = число врачебных посещений/число занятых врачебных должностей.

Выраженная вариативность показателя функции врачебной должности у специалистов обусловлена временными ситуациями (беременность, заболевания), особенно при малом числе врачей данной специальности (таблица 14). Снижение функции врачебной должности кардиолога связано со снижением нагрузки в связи с введением приказа Минздравсоцразвития №599, где определено время первичного и повторного приема в 30 и 20 мин. Увеличение ставок пульмонолога с 0,75 до 1,5 в городском центре пульмонологии и аллергологии (больница №1) привело к снижению показателя и требует дополнительного анализа.

Стационарная помощь

Стационарная помощь города оказывалась в 10 муниципальных лечебных учреждениях – больницы №1, 3, 6, 8, 9, 10, МСЧ ИАПО, а также в больницах №5 (койки сестринского ухода), №7 (койки паллиативного лечения) и Госпитале ветеранов войн.

Летальность

Стационарная летальность в последние годы стабилизировалась. Несмотря на улучшение лекарственного обеспечения и диагностических возможностей, сокращение пребывания пациентов в стационаре, летальность не снизилась, что скорее связано с ухудшением качества ведения пациентов на амбулаторном этапе (таблица 15). Последние годы сохраняется высокая летальность от инфаркта миокарда, болезней печени и злокачественных новообразований (таблица 16). Несмотря на появление новых антибиотиков и улучшение лекарственного обеспечения не удастся снизить летальность от пневмонии, которая преобладает у социально незащищенных пациентов.

Таблица 15

Летальность по системам (форма №14)

Виды заболеваний (всего умерло, %)		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сердечно-сосудистые болезни	%	3,6	3,9	5,0	5,1	5,1	5,0	5,4	5,2	5,3	5,1
	всего	645	668	816	794	879	908	955	947	997	966
Болезни органов дыхания	%	1,1	1,4	2,0	2,5	1,8	1,8	1,9	2,2	0,9	2,5
	всего	79	86	110	118	93	84	83	98	124	123
Болезни органов пищеварения	%	2,3	2,6	2,7	1,3	2,9	2,5	3,4	3,1	3,4	3,2
	всего	176	164	149	136	210	181	197	197	227	219
Болезни мочевыводящих путей	%	0,3	0,4	0,4	0,9	0,5	0,3	0,4	0,4	0,7	0,6
	всего	29	30	26	30	39	26	29	27	49	46
Болезни эндокринной	%	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,3	1,0	0,8	0,7	1,0

системы	всего	19	20	20	18	11	7	29	22	18	30
Болезни костно– мышечной системы	%	0,005	0,3	0,3	0,2	0,2	0,001	0,1	0,3	0,3	0,2
	всего	2	13	10	6	7	1	5	10	10	8
Общая	%	1,8	2,2	2,6	2,6	2,7	2,5	2,8	2,9	2,9	2,8
	всего	1625	1787	1885	1885	2103	1918	2011	2043	2168	2181

Таблица 16

Летальность по избранным нозологиям (форма №14)

Нозологии (всего умерло, %)		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ИБС	%	3,7	4,1	4,6	4,0	3,9	3,6	4,1	4,7	4,5	4,2
	всего	240	264	301	278	281	257	289	301	327	284
Инфаркт миокарда	%	12	12,5	□5,3	13,4	14,1	12,7	14,2	15,1	16,0	15,7
	всего	162	171	196	172	206	153	155	172	179	128
Инсульты	%	16,9	15,5	19,6	19,3	21,9	17,6	18,9	18,6	19,1	18,7
	всего		261	351	360	366	385	419	428	420	418
Пневмонии	%	2,2	2,7	5,4	6,1	4,3	3,2	3,6	3,6	4,9	3,8
	всего	45	47	76	87	66	59	60	67	98	88
ХОБЛ	%	2,6	1,7	3,2	1,9	1,8	2,0	2,4	2,9	2,9	3,2
	всего	25	17	29	16	16	17	20	24	18	25
Язвенная болезнь	%	1,3	2	1,5	1,5	2,9	2,0	1,8	2,0	1,9	1,4
	всего	22	22	13	12	27	17	13	16	14	9
Болезни печени	%	11,8	10,3	13,7	10,3	14,5	11,0	14,2	15,9	16,5	14,5
	всего	50	49	63	47	88	64	89	84	105	102
Сахарный диабет 1 типа	%	4,2	4,2	2,4	1,9	0,7	0,7	1,4	0,7	0,3	0,3
	всего	11	7	7	5	2	2	4	2	1	1
Сахарный диабет 2 типа	%	0,3	0,5	0,6	0,3	0,1	0,2	0,9	0,7	0,5	0,7
	всего	3	6	8	4	1	3	17	14	9	17
Новообразования злокачественные	%	19,8	25,0	26,0	26,0	23,5	31,7	32,3	33,9	34,8	35,4
	всего	202	256	232	239	□74	314	352	380	404	407

Летальность от сердечно-сосудистых заболеваний

Рассмотрим более подробно летальность от инфаркта миокарда, рассчитанную по данным пяти крупных стационаров, оказывающих неотложную кардиологическую помощь (таблица 17).

Таблица 17

Характеристика летальности от инфаркта миокарда (отчеты больниц №1, 3, 8, 10, МСЧ ИАПО)

Показатели	2006			2007			2008			2009			2010		
	всего	умер- ло	%	всего	умер- ло	%	всего	умер- ло	%	всего	умер- ло	%	всего	умер- ло	%
ИМпST	689	122	17,7	672	120	17,9	585	149	25,5	646	119	18,4	470	100	21,3
ИМбпST	398	7	1,8	361	27	7,5	355	9	2,5	342	17	5	280	20	7,1
≥65 лет	538	98	18,2	510	113	22,2	526	104	19,8	426	126	29,6	446	85	19,1
Диабет	110	19	17,3	118	32	27,1	132	25	18,9	163	31	19	126	24	19,0
<1 суток	129	56	46,2	147	75	48,9	163	58	35,6	169	66	39,1	125	43	34,4
Общие	1087	129	11,9	1033	147	14,2	1094	163	14,9	1057	169	16	818	125	15,3

Летальности от инфаркта миокарда в Иркутске существенно превышает показатели развитых странах (рисунки 16, 17).

Одной из важнейших причин высокой госпитальной летальности от инфаркта миокарда являются недостаточная информированность населения о тактике при болях в груди, длительность госпитализации, недостаточное использование противотромботических препаратов (низкомолекулярного гепарина, клопидогрела, тромболитика), отсутствие специализированных блоков интенсивной помощи.

В отчетном году тромболитик провели у 22% пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом ST, против 21% в прошлом году (рисунок 18). В то же время, умершим от инфаркта миокарда тромболитик был проведен только в 8%, низкомолекулярные гепарины давали в 12%, клопидогрел в 58% случаев – а ведь это практически обязательные препараты.

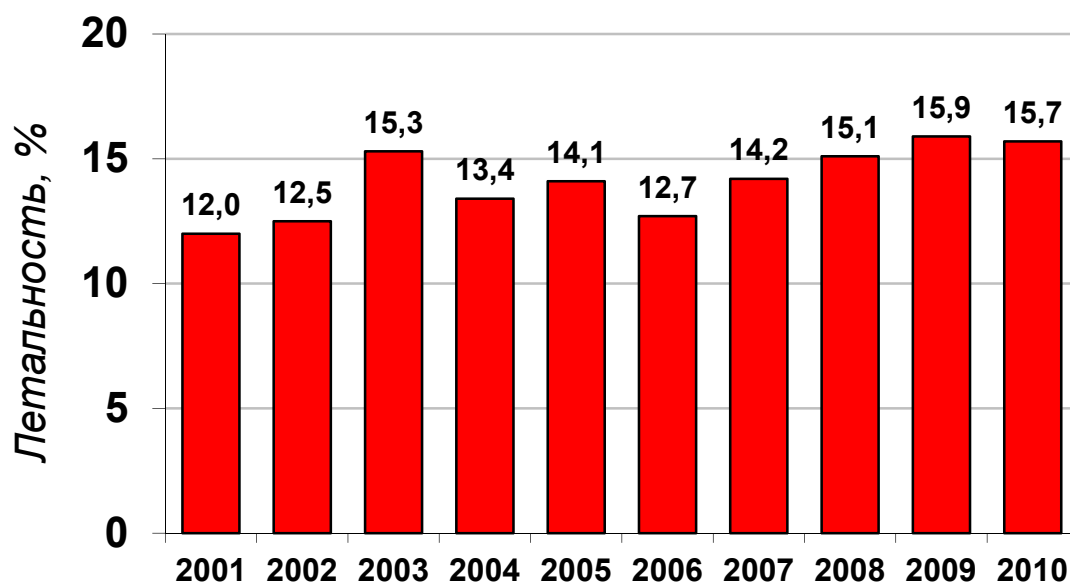


Рисунок 16. Динамика госпитальной летальности от инфаркта миокарда в Иркутске (форма №14).

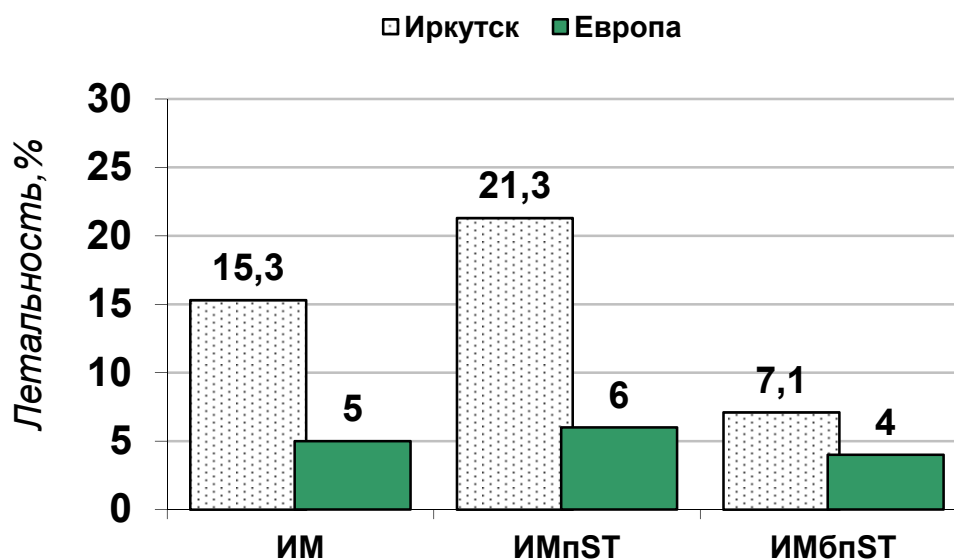


Рисунок 17. Госпитальная летальность от инфаркта миокарда в Иркутске в сопоставлении со средне-европейскими показателями (отчеты больниц №1, 3, 8, 10, МСЧ ИАПО).

ИМ – инфаркт миокарда, ИМnST – инфаркт миокарда с подъемом ST, ИМbnST – инфаркт миокарда без подъема ST.

В 2010 году в связи с увеличением тарифов ОМС в стационарах были все возможно-

сти для приобретения необходимых лекарственных препаратов, однако, за исключением больницы №8, администрациям лечебных учреждений не удалось адекватно обеспечить противотромботическими средствами кардиологов.

Таблица 18

Стационарная кардиологическая помощь в 2010 году (отчеты больниц №1, 3, 8, 10, МСЧ ИАПО)

Больница	Число коек	Все ИМ			ИМпST			ИМбпST		
		всего	умер- ло	леталь- ность	всего	умер- ло	леталь- ность	всего	умер- ло	леталь- ность
1	52	281	62	22,1	199	49	24,6	82	13	15,8
3	65	145	6	4,1	18	0	0	73	1	1,3
8	38	95	11	11,5	60	11	18	35	0	0
10	60	189	29	15,3	137	26	17,6	52	3	3,8
МСЧ ИАПО	50	108	17	15,7	56	14	25	38	3	7,9
Всего	255	818	125	15,3	470	100	21,3	280	20	7,1

Отметим, что летальность в кардиологических отделениях ниже, чем общие данные по стационару, что связано с интерпретацией ряда смертей без патологоанатомического подтверждения в непрофильных отделениях, как обусловленных инфарктом миокарда, поздней диагностикой и менее эффективным лечением. Особенно выражено отличается летальность в кардиологическом отделении и в целом по стационару в Городской больнице №1, где сосредоточена вся хирургическая служба города.

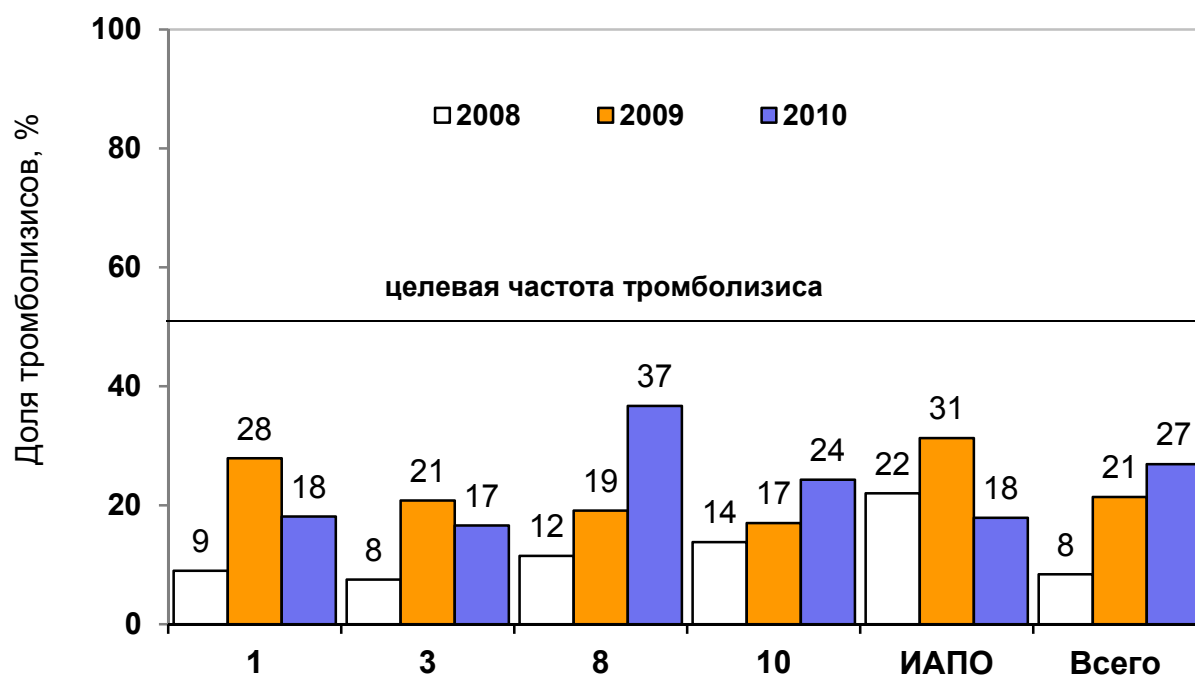


Рисунок 18. Частота применения тромболиза у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом ST в городских стационарах (отчеты).

В течение года удалось добиться направления потоков пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом ST в Областную клиническую больницу, где большинству пациентов проводилась инвазивная реперфузия (324 пациента в 2010 году) – наиболее эффективное лечение при некоторых формах ИМпST (рисунок 19). К сожалению, данные по эффек-

тивности инвазивного лечения, контингенту больных, срокам начала процедуры, частоте осложненных инфарктов миокарда, структуры исходов, отдаленным результатам и другим важным показателям для анализа главными специалистами Департамента здравоохранения администрации г. Иркутска пока не представлены.

Летальность от инфаркта миокарда в ОКБ была существенно ниже госпитальной летальности в городских стационарах, что связано, наряду с возможностями механической реперфузии, также с относительно низкой долей тяжелых пациентов, ранними сроками заболевания, быстрой выпиской. Как известно, наибольший эффект инвазивное лечение дает как раз у пациентов высокого риска. Заметим, что у пациентов до 3 ч от начала более краткосрочная и долгосрочная эффективность тромболизиса при неосложненном инфаркте миокарда не отличается от эффекта чрескожного коронарного вмешательства (САРТИМ).

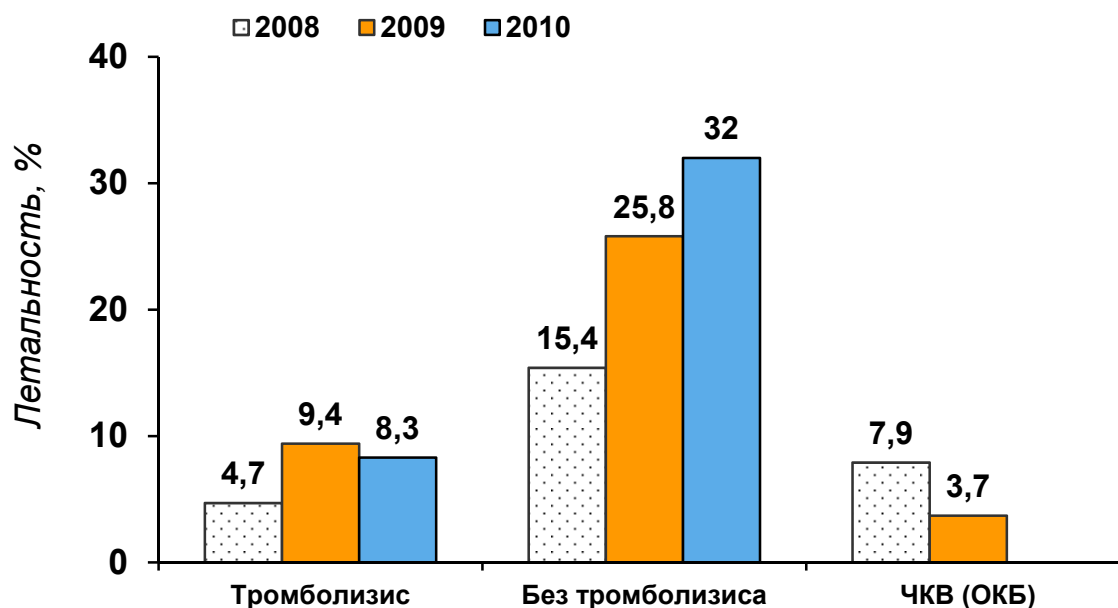


Рисунок 19. Летальность от инфаркта миокарда с подъемом ST на фоне и без тромболизиса (данные кардиологических отделений больниц №1, 3, 8, 10, МСЧ ИАПО, ОКБ). ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

Таблица 19

Характеристика летальности от инсульта (форма №14)

Заболевание		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Инфаркт мозга	всего	1531	1922	1914	1977	1885	1932
	умерло	253	266	281	270	293	306
	%	17,7	16,4	14,7	13,7	15,5	15,8
Внутримозговое кровоизлияние	всего	163	211	233	246	239	253
	умерло	91	105	106	118	95	95
	%	55,8	49,8	45,5	48	39,7	37,6
Субарахноидальное кровоизлияние	всего	57	36	39	35	36344	44
	умерло	18	12	10	9	32	13
	%	31,6	33,3	25,6	25,7	44	29,6
Общая	всего	1667	1810	2213	2302	2199	2234
	умерло	366	383	419	428	420	418
	%	21,9	21,2	18,9	18,6	19,1	18,7

Серьезной проблемой остается фактически отсутствующая реабилитация пациентов после острых коронарных событий в поликлиниках и реабилитационных отделениях. Паци-

енты далеко не всегда получают в полном объеме жизнесохраняющие лекарственные средства, в то числе и в связи с продолжающимися необоснованными требованиями ряда врачей Областной клинической больницы применять только дорогостоящие оригинальные препараты, что очевидно свидетельствует о конфликте интересов.

В лечении инсультов остаются проблемы связанные с поздней госпитализацией и недостаточно агрессивным лечением причины, наряду с широким использованием так называемых метаболических и нейропротективных препаратов, которые не оказывают существенного влияния на летальность и восстановительные процессы (рисунок 20).

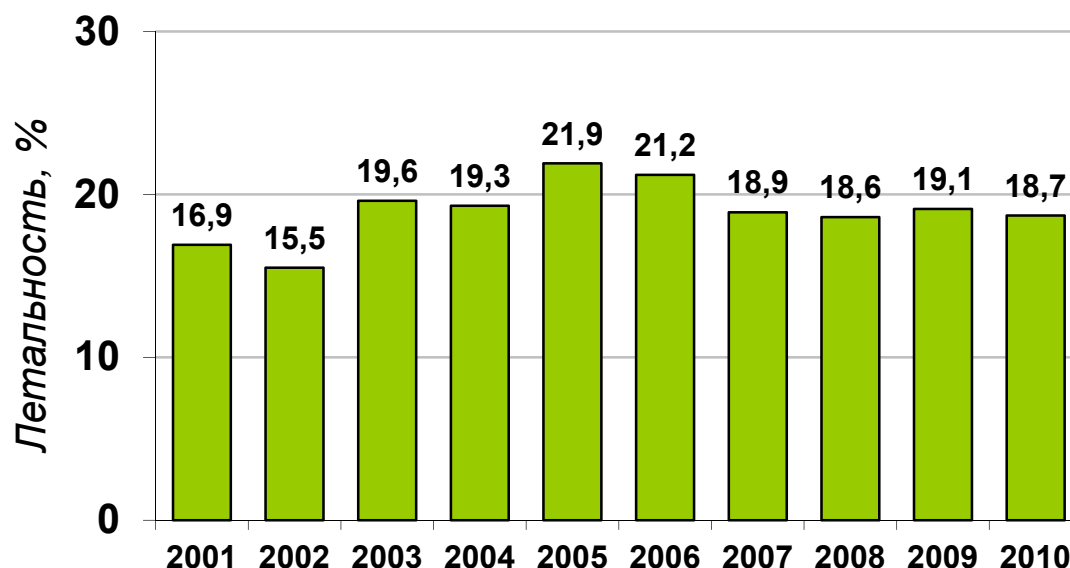


Рисунок 20. Госпитальная летальность от инсультов в Иркутске (форма №14).

В то же время, организация лечения пациентов значительно улучшилась в связи с развертыванием двух неврологических отделений для острых нарушений мозгового кровообращения в больницах №1 и МСЧ ИАПО.

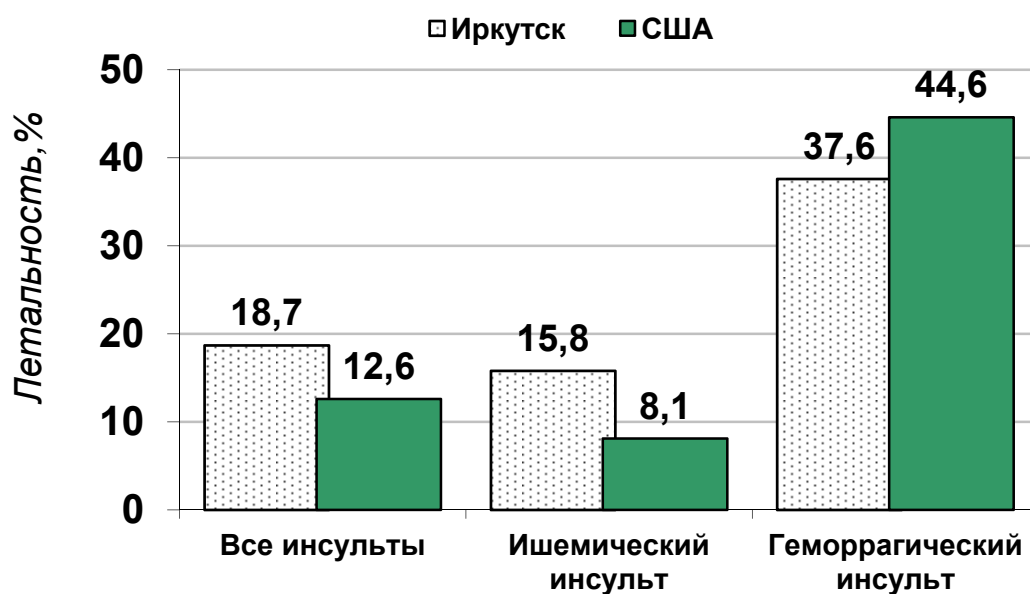


Рисунок 21. Госпитальная летальность от ишемических и геморрагических инсультов (без субарахноидального кровоизлияния) в Иркутске в сопоставлении с 30-дневной летальностью пациентов после 65 лет в США (El-Saed A., et al., 2006).

Мы надеемся, то специализированное лечение инсультов приведет в следующем году к снижению госпитальной летальности и инвалидизации. Например, по данным Heart Disease and Stroke Statistics в США в 2006 году госпитальная летальность от инсультов составила 3,8% для пациентов до 65 лет и 6,0% в более старшем возрасте.

Патоморфологический анализ

По данным отчета главного патоморфолога В.В.Свистунова среди причин смерти по данным патологоанатомический исследований доминирует сердечно–сосудистая патология, из них 24% инсультов и 16% острой коронарной патологии и 38% сочетание острых нарушений мозгового кровообращения и ИБС (рисунок 22). В последние годы регистрируется преобладание острых нарушений мозгового кровообращения над острыми формами ишемии миокарда. На четвертое место вышли инфекционные заболевания за счет туберкулеза и ВИЧ–инфекции.

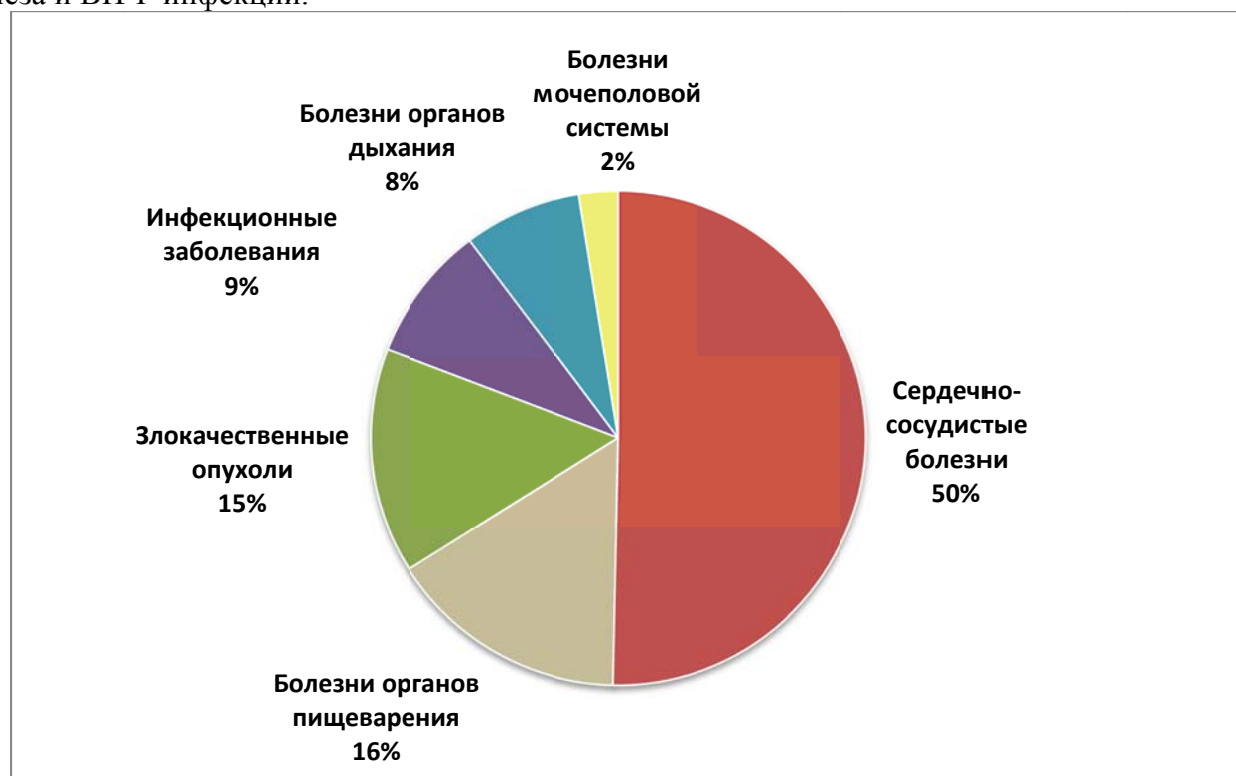


Рисунок 22. Структура смертности по данным аутопсий.

Оценка качества диагностики в стационарах наиболее объективно оценивается по частоте расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов (таблица 20).

Таблица 20

Показатели работы патоморфологической службы (отчет гл. патологоанатома)

Показатель		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Всего умерших		1475	1356	1309	1353	1553	1470
Число вскрытий		928	796	763	816	943	951
Передано в Областное бюро судебно-медицинской экспертизы		132	–	110	95	95	96
Процент п/а вскрытий*		69%	64%	62,9%	64,7%	64,7%	69,2%
Расхождения диагнозов	Всего	219	209	214	232	245	224
	Процент расхождений	23,5%	26,5%	28,4%	28,4%	26,9%	23,5%
	3 категории	2,9%	1,4%	1%	0,8%	1,6%	1,3%
	2 категории	35,1%	34%	41%	35,1%	31,9%	37,1%
	1 категории	62%	65%	58%	64%	66,5%	61,6%

В последние годы доля расхождения диагнозов варьирует в пределах 23–29%. Проллеживается тенденция снижения частоты патологоанатомических вскрытий. Крайне низкие цифры вскрытий в амбулаторно–поликлинических учреждениях объясняются во многом позицией администрации, стремящейся избежать проблем. Данное обстоятельство значительно снижает объективную оценку качества диагностики и лечения и ухудшает возможность точной оценки основных причин смертности населения.

Преобладают расхождения 1 и 2 категории, не влиявшие существенно на исход тяжелых заболеваний (таблица 19). В отделениях терапевтического профиля чаще всего не диагностировали туберкулез, рак, инфаркт миокарда/острую коронарную недостаточность, сепсис/инфекционный эндокардит.

При этом четверть всех расхождений являются субъективными и связаны с неправильной диагностикой при наличии достаточной информации для точной постановки диагноза.

Среди осложнений чаще всего не диагностировалась тромбоэмболия легочной артерии и пневмония. Ошибка связана как с объективными трудностями диагностики, так и дефицитом оснащения стационаров с мультиспиральными рентгеновскими томографами и возможностью ангиографии. Основными причинами расхождения диагнозов остаются полипатии и краткосрочность пребывания пациентов.

Сохраняются многочисленные ошибки 1–2 категории, связанные с неточной формулировкой заключительного диагноза, например:

- Установление конкурирующего диагноза пневмония при наличии туберкулеза легких.
- Неточная локализация опухоли.
- Квалификация тромбоэмболии легочной артерии как основного заболевания.

Характеристика стационаров

Укомплектованность штатов в стационарах представлена в таблице 21. Традиционно низкая укомплектованность палат интенсивной терапии связана как с дефицитом кадров, так и стремлением врачей к совместительству, что однако не может не сказываться на эффективности лечения тяжелых пациентов. Отметим, что врачебный состав на 65% в возрасте после 40 лет и существуют дефицит молодых кадров. Специалисты все чаще уходят в коммерческие и ведомственные лечебные учреждения с более высокой оплатой труда и сложно восполнить потери в связи с дефицитом квалифицированных кадров.

Таблица 21

Врачебные штаты стационаров (форма №30, отчеты)

Врачи	Штаты	<40 лет		Физ. лица	
		абс.	%	абс.	%
Терапевты всего	76,5	28	46,7	60	78,4
Кардиологи	26,5	7	26,4	26	98,1
ПИТиР	73,3	20	27,3	38	51,9
Ревматологи	7	5	71,4	6	85,7
Эндокринологи	7,75	1	12,9	6	77,4
Аллергологи	1,5	0	0	1	66,7
Гастроэнтерологи	6	3	50	5	83,3
Неврологи	62,25	27	43,4	47	75,5
Всего	260,8	91	34,9	189	72,5

Категории врачей стационаров (отчеты)

Врачи	Категории				Доля врачей	
	вторая	первая	высшая	все	все	%
Терапевты всего	7	15	19	41	60	68,3
Кардиологи	3	8	10	21	26	80,8
ПИТиР	4	8	17	29	38	76,3
Ревматологи	1	0	2	3	6	50
Эндокринологи	0	1	5	6	6	100
Аллергологи	0	0	1	1	1	100
Гастроэнтерологи	1	4	0	5	5	100
Неврологи	10	13	14	37	47	78,7
Всего	26	49	68	143	189	75,7

Политика страховых компаний, направленная на сокращение расходов на лечение пациентов, наряду с экономическими стимулами для администраций больниц, снизила среднее пребывание пациентов в стационарах (рисунки 23, 24) и увеличила интенсивность работы врачей без возрастания заработной платы. К сожалению, отмечается снижение качества диагностики и лечения застрахованных пациентов.

Ранняя выписка пациентов, особенно пожилых с коморбидными заболеваниями, даже в странах с развитой амбулаторной и реабилитационной службой, привоит к повышению частоты повторных госпитализаций и не дает экономических выгод (Shepperd S., Iliffe S., Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009).

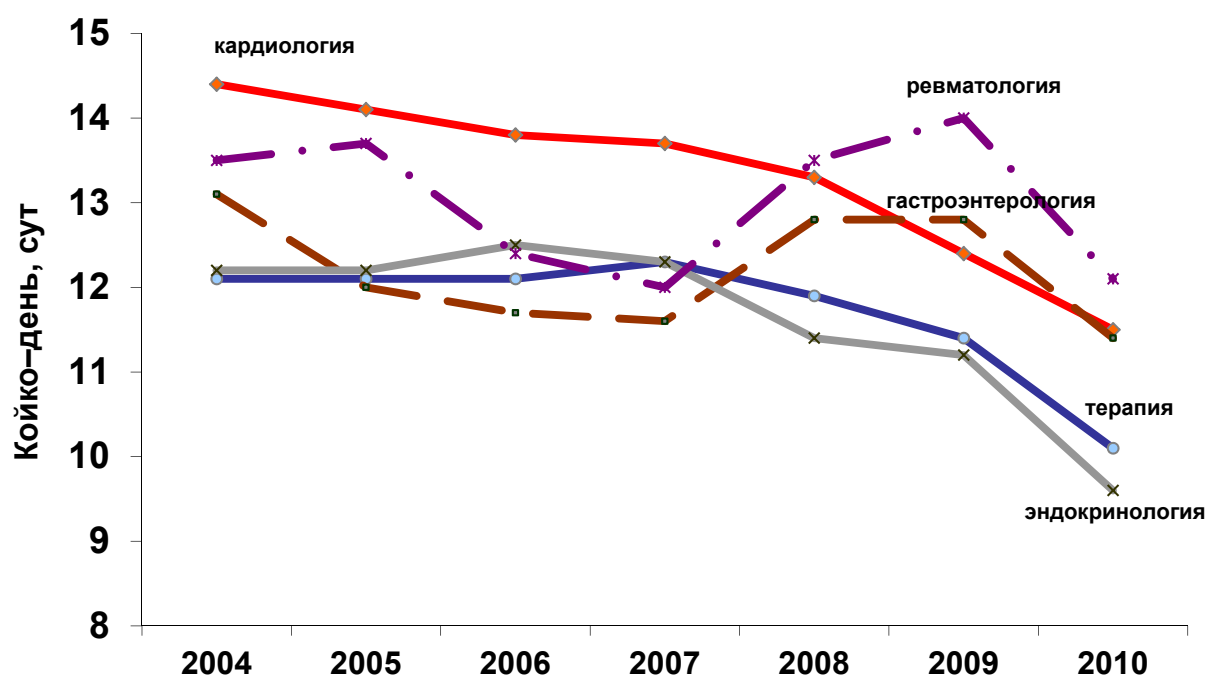


Рисунок 23. Динамика средней продолжительности пребывания пациентов на круглосуточных койках всех профилей (отчеты).

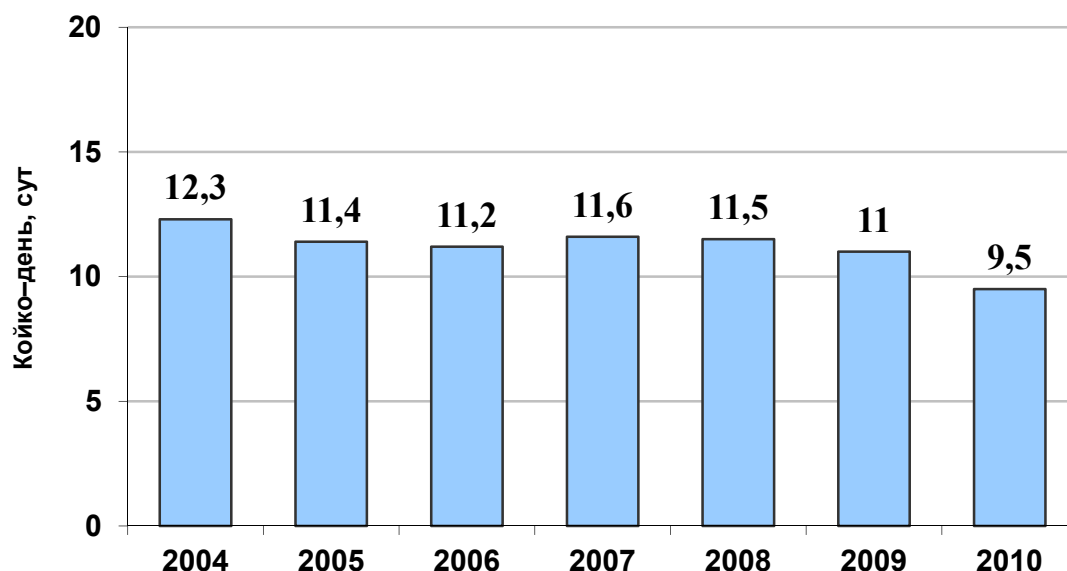


Рисунок 24. Динамика средней продолжительности пребывания взрослых пациентов на круглосуточных койках всех профилей (форма №14).

Таблица 23

Число коек круглосуточного и дневного пребывания
(отчеты, не включая больницы №5, 7, Госпиталь ветеранов войн)

Профиль коек	Круглосуточные			Дневные		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Терапевтический	262	272	266	51	47	46,3
Аллергологический	15	15	15	5	5	0
Гастроэнтерологический	60	60	60	20	20	20
Кардиологический	255	265	263	20	20	19,5
Неврологический	184	188	175	12	12	12
Ревматологический	48	48	48	36	36	36
Эндокринологический	80	74	74	15	15	15
Всего	904	922	901	159	155	153,8

Таблица 24

Работа коек круглосуточного пребывания
(отчеты, не включая больницы №5, 7, Госпиталь ветеранов войн)

Профиль коек	Работа койки			Средняя длительность			Оборот работа/ср. длит.		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Терапевтический	340,3	345,1	344,6	11,9	11,4	10,1	28,6	30,5	34,5
Аллергологический	328,9	345,9	359,9	11,3	10,5	8,3	29,1	32,9	43,5
Гастроэнтерологический	349,5	360,3	351	12,8	12,8	11,4	27,0	28,0	30,9
Кардиологический	353,7	342,8	349,7	13,3	12,4	11,5	26,6	27,9	30,8
Неврологический	369,5	396,2	363,5	13,0	12,9	12,0	28,4	30,7	30,5
Ревматологический	352,3	344,2	346,5	13,5	14	12,1	26,1	24,5	27,8
Эндокринологический	346,5	344,1	344,7	11,4	11,2	9,6	30,9	31,4	36,6
Всего, среднее	348,7	354,5	351,4	12,5	12,3	10,7	28,0	29,1	33,5

В отчетном году работа интенсивность работы круглосуточной койки в целом возросла (таблица 4.

Таблица 25

Койки дневного пребывания в стационаре (отчеты)

Профиль коек	Работа койки			Средняя длительность			Оборот работа/ср. длит.		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Терапевтический	280,8	253,7	296,1	9,8	10,3	8,5	28,7	24,6	34,7
Аллергологический	192,6	190	0	13,7	12,4	0	14,1	15,3	0
Гастроэнтерологический	307,2	281,4	331,2	11,7	11,2	8,4	26,2	25,1	39,4
Кардиологический	292,7	278,3	290,4	12,8	12,4	10,8	22,9	22,4	27
Ревматологический	350	360	361,8	15,8	10,8	14,1	22,1	33,3	25,8
Неврологический	357,5	358,3	355,2	12,9	12,9	11,3	27,7	27,8	31,4
Эндокринологический	335,5	329,3	336,3	9,4	9,1	8	35,7	36,2	42
Всего, среднее	302,3	293,0	328,5	12,3	11,3	10,1	24,6	25,9	32,5

Таблица 26

Структура пролеченных взрослых на круглосуточных койках (выписано, форма №14)

Классы болезней	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Болезни органов дыхания	5086	12	4524	10	4287	10	4422	11	4666	11	4748	11
Болезни органов кровообращения	17046	39	17106	40	16862	41	17134	41	17960	42	17816	40
Болезни органов пищеварения	7166	17	7042	16	5656	14	6131	15	6360	15	6713	15
Болезни мочеполовые	8263	19	7930	18	7059	17	6916	17	7433	17	7625	17
Болезни костно-мышечной системы	3391	8	3505	8	3592	9	3095	7	3164	7	3580	8
Болезни крови	282	0,6	233	0,5	261	0,6	238	0,6	238	0,6	285	0,6
Эндокринные болезни	2053	5	2743	6	2787	7	2696	7	2655	6	3089	7
Злокачественные новообразования	760	1,7	677	1,5	709	2	724	2	743	2	742	2
Всего	44047	100	43760	100	41213	100	41356	100	43219	100	44598	100

Структура заболеваний на круглосуточных койках последние годы практически не меняется (таблица 27). Из пролеченных взрослых пациентов доминируют ССБ (40%), в основном за счет стенокардии, артериальной гипертензии и ЦВБ. Далее идут сахарный диабет, инфекции мочевых путей, пневмонии, хроническая обструктивная болезнь легких, болезни желчного пузыря и язвенная болезнь. Отметим, что остается высокой частота необоснованной госпитализации с артериальной гипертензией, стабильной стенокардией, нетяжелой внебольничной пневмонией, язвенной болезнью. Вместе с тем, строгое соблюдение показаний к госпитализации, с одной стороны, обострит проблему выполнения плана стационарами, а с другой, ухудшит лечение пациентов, т.к. возможности диагностики и лечения на амбулаторном этапе не всегда оптимальные. Кроме того, стационары продолжают выполнять также и

функции социальной помощи ввиду дефицита соответствующих институтов.

Таблица 27

Структура заболеваний на круглосуточных койках (выписано, форма №14)

Заболевания	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Пневмонии	1531	1776	1611	1788	1904	2217
Хроническая обструктивная болезнь легких	865	849	811	792	708	764
Бронхиальная астма	631	569	576	547	561	655
Инфаркт миокарда	1253	1050	937	969	947	689
Стенокардия	5241	5527	5463	5412	5638	5492
Артериальная гипертензия	2530	2764	2768	2849	3034	2928
Цереброваскулярные болезни	4588	4667	4573	4827	4989	4892
Инсульт	1531	1766	1816	1874	1779	1816
Язвенная болезнь	920	852	712	804	718	641
Болезни печени	598	518	464	445	531	601
Болезни кишечника	943	881	409	565	601	561
Болезни желчного пузыря	910	908	758	752	787	865
Системные болезни соединительной ткани	194	200	229	174	197	178
Сахарный диабет	1888	2089	2086	2209	2220	2573
Тиреотоксикоз	227	192	136	115	118	172

В структуре пролеченных больных на койках терапевтического профиля по сравнению с предыдущими годами отмечается увеличение числа пневмоний, несмотря на отсутствие эпидемии гриппа, сахарного диабета. Существенное снижение числа пациентов с инфарктом миокарда (–28%) объясняется увеличением потока пациентов в Областную клиническую больницу для инвазивного лечения.

Основные выводы

Проведенный анализ состояния терапевтической службы г. Иркутска за 2010 годы в сопоставлении с предыдущими годами позволяет сделать следующие выводы:

- Уровни общей смертности населения и смертности от сердечно–сосудистых болезней в последние три года стабилизировались.
- Наблюдается снижение смертности от травм и значительный рост смертности от инфекции вирусом иммунодефицита человека.
- Показатели госпитальной летальности от инфаркта и инсульта остаются высокими и в последние годы существенно не меняются.
- Отмечается небольшое, но устойчивое снижение сердечно–сосудистой заболеваемости, включая ИБС и инсульты, но прогрессивно растет заболеваемость диабетом 2 типа.
- В последние четыре года значительно снижается инвалидность от сердечно–сосудистых заболеваний, в том числе пациентов в трудоспособном возрасте.
- В 2010 году существенно возросла длительность временной нетрудоспособности за счет числа случаев заболеваний.
- Устойчиво снижается длительность пребывания пациентов, особенно в эндокринологических, терапевтических и кардиологических отделениях, соответственно увеличивается интенсивность труда врачей.
- Сохраняется недостаточная укомплектованность поликлиник кардиологами и ревматоло-

гами, имеется существенная потребность в обеспечении консультаций населения гастроэнтерологами, нефрологами и гематологами.

- Имеются значительные различия в смертности населения в разных районах г. Иркутска с очень высоким уровнем смертности населения, обслуживаемого поликлиникой МСЧ ИАПО.

Совершенствование терапевтической службы

Достижения

- Существенно реформирована системы лечения и профилактики инсультов на основе приказа Минздравсоцразвития №389 от 6 июля 2009, включая создание и совершенствование работы неврологических отделений для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, формирование сети ангионеврологических кабинетов в поликлиниках.
- После увеличения тарифов ТФОМС улучшено лекарственное обеспечение стационаров и уменьшилась практика закупок лекарств пациентами и родственниками.
- Отработано направление пациентов с острыми коронарными синдромами с подъемом ST в Областную клиническую больницу.
- Во многих поликлиниках города стали определять липидограмму и шире применяется оценка гликированного гемоглобина.
- Улучшена организация приема пациентов в поликлиниках к участковым терапевтам и узким специалистам (запись по телефону на определенное время, через интернет).
- Началась компьютеризация рабочих мест врачей поликлиник и внедрение электронной медицинской карты.
- Началось использование коронарной ангиографии в городской клинической больнице №1 при отсутствии реальной поддержки врачей энтузиастов со стороны администрации.
- В больнице №1 внедрены: экспресс-тест для выявления *Cl. difficile*, пульсоксиметрия на всех этапах медицинской помощи, портативные спирографы для экспресс-диагностики.
- Завершен ремонт больницы №10, проведен долгожданный ремонт половины кардиологического отделения больницы №3 и запланирован ремонт второй половины отделения.

Обучение

Обучение врачей, являющееся непрерывным процессом в связи с быстрым развитием медицинской науки и практики, осуществлялось в основном Иркутским институтом усовершенствования врачей и Иркутским медицинским университетом.

Под руководством главных специалистов Иркутска проводились городские научно-практические конференции, школы и тренинги с участием ведущих иркутских, российских и зарубежных специалистов с участием от 70 до 200 врачей:

- Практическая гериатрия (февраль).
- Сердечно-сосудистые заболевания и психические расстройства (март).
- Болезни щитовидной железы (апрель).
- Лечение сочетанных заболеваний (май).
- Психосоматические расстройства (октябрь).
- Кардиология 2010 (октябрь).

Для стандартизации диагностических и лечебных подходов в учреждениях города с учетом особенностей практического здравоохранения ведущими специалистами Иркутска и других городов (Кемерово, Красноярск, Москва, Новосибирск, Томск, Чита, Челябинск) разработаны девять рекомендаций по лечению важнейших заболеваний, которые распространялись в печатном и электронном виде (<http://therapy.irkutsk.ru/recom.htm>):

- Инфаркт миокарда.
- ИБС. Стенокардия.

- Внезапная сердечная смерть.
- Скрининг и профилактика злокачественных новообразований.
- Фибрилляция предсердий.
- Тромбоэмболия легочной артерии.
- Сахарный диабет 2 типа.
- Хроническая болезнь почек.
- Психические расстройства в практике терапевта.

Проблемы

Несмотря на самоотверженную работу медиков и организаторов здравоохранения показатели здоровья населения города нельзя считать удовлетворительными и пока не видно обнадеживающих тенденций основных индикаторов здоровья населения. Многие проблемы здравоохранения города, с которыми ежедневно встречаются пациенты и практикующие врачи, не решаются десятилетиями. Система управления в основном ориентирована на запоздалое исполнение решений «сверху», нежели на разработку и реализацию собственной программы развития медицинской службы.

На основании поступившей информации, включая отчеты лечебных учреждений, статистические данные Департамента здравоохранения и социальной помощи администрации г. Иркутска, анализ летальных случаев и жалоб пациентов, оценки ведущих практикующих врачей города и гл. специалистов, можно выделить следующие проблемы в терапевтической службе г. Иркутска, в первую очередь связанные с низким финансированием системы здравоохранения и диспропорциями в организации медицинской помощи:

Организация медицинской помощи

- Врач является ключевым звеном в охране здоровья населения и достижения поставленных целей совершенствования системы здравоохранения, однако в последние годы нарастает дефицит кадров, особенно высококвалифицированных специалистов. Традиционно единицы выпускников ИГМУ пополняют ряды участковых и стационарных врачей. Крайне низкая заработная плата врачей, особенно в стационарах, специалистов в поликлиниках, молодых врачей (4500-5000 руб) не позволяет реализовать планы по совершенствованию системы здравоохранения. В то же время, в ряде регионов РФ осуществляется программа дополнительного финансирования труда врачей.
- Строгая ориентация на неспециализированную помощь населению с игнорированием важности амбулаторной и стационарной специализированной помощи в городских учреждениях (нефрология, гематология, пульмонология, сосудистая хирургия [чрескожные коронарные вмешательства, каротидная реваскуляризация], торакальная хирургия), что приводит к существенному снижению качества и эффективности лечения ряда заболеваний и противоречит современным подходам в организации лечения населения крупных городов.
- Отсутствие продуманного, основанного на доказательной основе, объективных оценках специалистов и фармакоэкономических расчетов, снабжения лечебных учреждений лекарственными средствами, в том числе и по государственным льготам.
- Низкий уровень информационных технологий в поликлиниках и стационарах, отсутствие единого информационного пространства, позволяющего оперативно получать информацию и принимать обоснованные и своевременные меры. Задачи компьютеризации и информатизации лечебных учреждений сведены к замене бумажных носителей информации, слабо координируются и часто решаются без единого методического подхода.
- Архаичная и недостаточно оперативная система мониторинга основных показателей здоровья населения и факторов риска.
- Работа страховых компаний ориентирована больше на экономию ресурсов, чем на повышение качества лечения пациентов. В частности, существуют серьезные перекосы в оценке непрофильной госпитализации, что привело врачей к необходимости заведомо не-

точно формулировать диагноз. Отмечается большая вариативность в квалификации и подходах экспертов, ориентация на устаревшие стандарты, недостаточный учет индивидуальности пациента и реалий практического здравоохранения, штрафы за несущественные замечания и недостаток внимания к проблемам, существенно влияющим на смертность и инвалидность.

- Слабая координация работы органов управления, лечебных учреждений и главных специалистов Департамента здравоохранения.
- Отсутствие координации работы городской и областной служб здравоохранения, в том числе на уровне главных специалистов, лечебных учреждений и органов управления. Региональный сосудистый центр практически не координирует работу по лечению острых коронарных синдромов в городе, а информация по эффективности лечения в нем недоступна.
- Ведомственные лечебные учреждения выпадают из системы медицинской помощи городскому населению, в частности, не участвуют активно в направлении пациентов в региональный сосудистый центр, не предоставляют статистической информации о лечении городских пациентов.
- Опасной представляется стремление организовать диагностику и лечение заболеваний, оценивать качество помощи на основе стандартов. Стремительно развивающаяся медицинская наука и практика, широкий спектр лекарств даже в одной фармакологической группе, имеющих полезные особенности, индивидуальность болезни у данного конкретного пациента, сводят на нет пользу упрощенного представления о медицинской практике.
- Новые и отсутствующие методы диагностики и лечения внедряются редко и с большим запозданием. Целесообразно разработать меры по стимулированию инновационного процесса.

Первичная медико-санитарная служба

- Созданные кабинеты для борьбы с инсультами дублируют ряд функций центров здоровья, кабинетов артериальной гипертензии, участковых терапевтов по первичной и вторичной профилактике ССБ и пока не работают активно с трудоспособным населением.
- Отсутствует широкомасштабная и профессиональная пропаганда среди населения оптимального образа жизни (курение, гипертензия, дислипидемия, физические нагрузки) средствами массовой информации.
- Пациенты после инфаркта миокарда не получают необходимой реабилитации под контролем специалистов.
- Целесообразно развивать собственную диагностическую базу поликлиник для рутинных методов диагностики, а не ориентироваться на вариабельные квоты в областных учреждениях.
- Дефицит специализированной амбулаторной помощи по гастроэнтерологии, нефрологии и гематологии.
- Редко используется стресс-ЭКГ для диагностики ИБС, в ряде поликлиник отсутствует тестирование липидограммы, а пациенты направляются по квотам или платно в другие диагностические учреждения.
- В большинстве поликлиник отсутствует возможность для оценки гликированного гемоглобина – основного теста контроля эффективности лечения диабета.
- Отсутствует неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (дыхательный уреазный тест, антиген в кале), что приводит к неоправданно широкому использованию эндоскопии.
- Поступление в аптеки препаратов по заявке на льготное обеспечение лекарствами в начале года запаздывает на несколько месяцев.
- Перегрузка участковых врачей, связанная с большими затратами времени на выписку льготных рецептов, отчетность, диспансеризацию работающих, при большом объеме участков (цель 1200–1500 человек по «Концепции развития системы здравоохранения

Российской Федерации до 2020 года»).

Стационар

- Дефицит приемных отделений с возможностью наблюдения в течение суток и лечения неотложных ситуаций без госпитализации. В существующих имеются серьезные организационные проблемы, приводящие к многочасовым ожиданиям обследования и помощи, а также неточным решениям.
- Отсутствует специализированная помощь пациента с острыми коронарными синдромами. Важным представляется создание самостоятельных отделений неотложной кардиологии в соответствии с приказом №599, которые могли оказать более эффективную помощь пациентам с острыми и тяжелыми заболеваниями сердца.
- Несмотря на стремление организовать работу первичных сосудистых отделений по лечению острых коронарных синдромов, нормативная документация по данному разделу отсутствует.
- В городских стационарах нет специализированных палат интенсивной терапии для лечения инфарктов миокарда. В крупном реанимационном отделении городской больницы №1, принимающем тяжелые инфаркты миокарда, отсутствуют инфузоматы и практически не работает устаревшая следящая аппаратура. Следует оснастить реанимационные отделения следящей аппаратурой, современными аппаратами искусственной вентиляции легких, бифазными дефибрилляторами, создать условия для ликвидации значительного кадрового дефицита.
- Несмотря на сохраняющуюся высокую летальность от инфаркта миокарда в палатах интенсивной терапии и кардиологических отделениях, за исключением больницы №8, обеспечение жизнесберегающими препаратами едва достигает 50% с отсутствием обязательных противотромботических средств (клопидогрел, эноксапарин, фондапаринукс).
- Не развита система долечивания и реабилитации пациентов, особенно после инфаркта миокарда.
- В отделениях терапевтического профиля быстро увеличивается число пациентов, инфицированных ВИЧ, часто тяжелых с высокой летальностью. В настоящее время стационары и врачи недостаточно подготовлены для ведения пациентов с ВИЧ.
- Перевод неврологического отделения из больницы №1 в больницу №3 не был должным образом подготовлен и работа неврологического отделения на новой базе не началась.
- Отсутствие отделения торакальной хирургии в городе приводит к недостаточно эффективному лечению большинства пациентов с нагноительными заболеваниями легких в терапевтических отделениях. Пациенты нередко зимой на общественном транспорте ездят на дренирование абсцессов легких в областную больницу из городских отделений.
- Отсутствуют нефрологические койки для ведения пациентов с поражением почек и подготовки к диализу.
- Консультации фтизиатров проводятся редко (раз в неделю) и не осуществляются в городских стационарах, что приводит к нахождению пациентов с клинически явной открытой формой туберкулеза в неспециализированных отделениях.
- Отсутствует методика визуального стресс-теста сердца, который нужен для выявления пациентов с ИБС.
- В городских стационарах не проводят эндоскопического кардиального и абдоминального ультразвукового исследования, что не позволяет эффективно выявлять ряд тяжелых заболеваний.
- Необходимо оснастить МСЧ ИАПО экспресс-анализатором для оценки тропонина, мозгового натриуретического пептида и Д-димера.
- Отсутствуют магнитно-резонансные томографы с возможностями ангиографии в крупных многопрофильных больницах (№3, 8, 10, МСЧ ИАПО) и компьютерные мультиспиральные томографы (больницы №3 и 8).
- Не проводится суточная рН-метрия и биопсия печени в гастроэнтерологических отде-

ниях.

- Высокая нагрузка на врачей стационара, которая постоянно увеличивается в связи с сокращением койко-дня, при низкой оплате (молодой врач получает ~5000 руб).

Отчеты лечебных учреждений

Следует также отметить, что совершенствование формы отчета терапевтической службе значительно улучшило возможность анализа и оценки состояния службы, однако не всегда отчеты готовятся с должной тщательностью.

Публикуем рейтинг отчетов за 2010 год, основанный на таких показателях, как своевременность сдачи, наличие требуемых данных, точность расчетов, соответствие разработанной форме, а также неформальный анализ данных, ценные предложения по совершенствованию отчета и терапевтической службы (рисунок 25).

В этом году с большим запозданием были получены отчеты поликлиник №6 и 11, а качество отчетов этих поликлиник, наряду с отчетами поликлиник №10 и 17, было невысоким и потребовало значительной доработки.

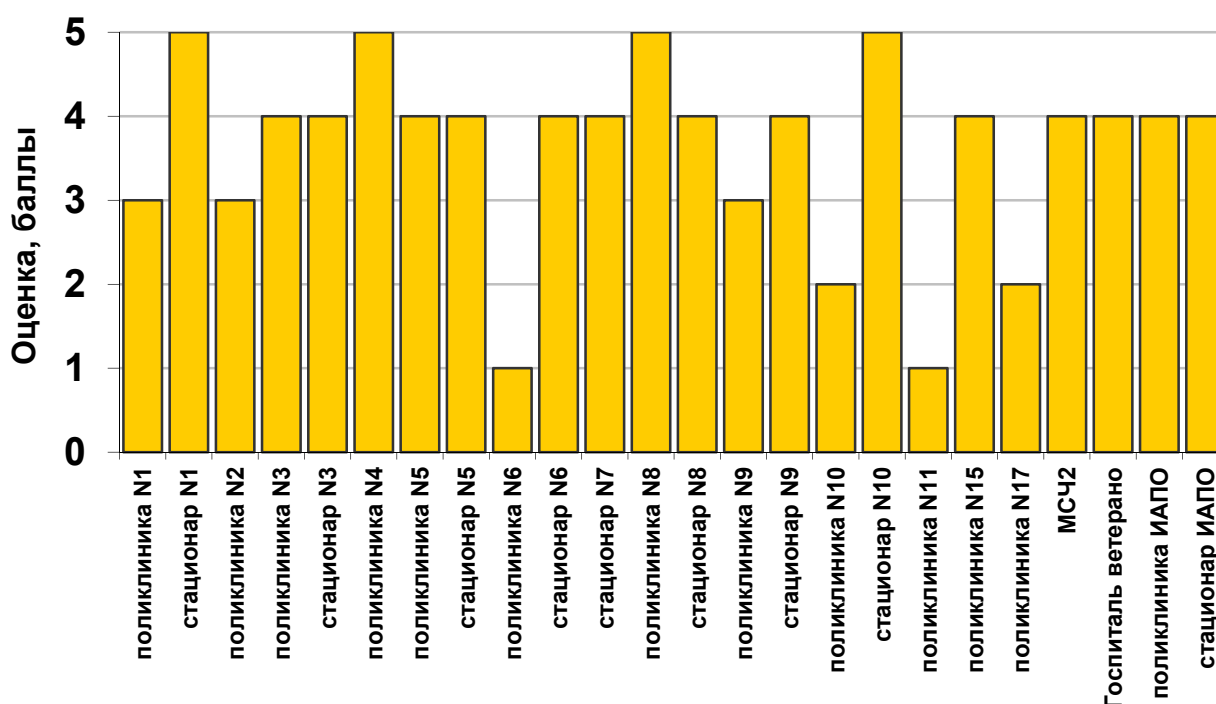


Рисунок 25. Качество подготовки отчетов.

Перспективы развития терапевтической службы

Общие приоритеты развития здравоохранения города во многом определены в стратегическом документе «Концепция развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» и программе модернизации здравоохранения Иркутской области, которые, однако, не заменяют необходимости создания программы развития здравоохранения г. Иркутска с формированием современной и полноценной системы многопрофильной медицинской помощи. Разработанная ранее «Концепция развития муниципального здравоохранения г. Иркутска на период 2006-2010 годы», по сути отвечает поставленной цели.

Анализ динамики смертности населения показывает, что для перелома ситуации требуется существенное реформирование медицинской службы города, а не косметические меры. Тем более, что федеральные приказы создают соответствующую нормативную базу.

В этой связи необходимо сосредоточить усилия по развитию городской программы «Улучшение медико-демографической ситуации в городе Иркутске» с выделением адекватных ресурсов. В программу должны быть включены мероприятия по реализации приказа

Минздравсоцразвития №599 с созданием специализированных блоков интенсивной терапии для пациентов с острыми коронарными синдромами, развитием инвазивного лечения острых сердечно-сосудистых катастроф и обеспечением лечебных учреждений жизнесберегающими препаратами. Все мероприятия, включая закупки оборудования и медикаментов, должны рассматриваться в первую очередь с точки зрения влияния на уровень смертности населения и согласовываться с главными специалистами.

Реформа системы профилактики ССБ должна внести решающий вклад в существенное снижение смертности населения через 5–7 лет. Для решения этой задачи целесообразно грамотно спланировать и скоординировать работу центров здоровья, кабинетов профилактики инсультов, артериальной гипертензии и участков терапевтов, кардиологов и неврологов.

Стратегия на приоритетное развитие неспециализированной муниципальной медицины в крупном городе с отсутствием высококвалифицированной помощи по ряду специальностей приводит к снижению качества диагностики и лечения, необходимости для горожан искать специализированную помощь в областных и коммерческих медицинских учреждениях. Основу стационарной помощи в настоящее время составляют терапевтические отделения, в то время как в развитых странах – профильные отделения пульмонологии, нефрологии и т.д.

Важно сосредоточить основные ресурсы на создании, серьезной реконструкции и приоритетном развитии крупных многопрофильных лечебных учреждений, оказывающих неотложную помощь. Эти учреждения необходимо оснащать рентгеновскими мультиспиральными и магнитно-резонансными томографами, аппаратами для эндоскопического ультразвукового исследования, развивать специализированную помощь в муниципальных учреждениях, а также создать привлекательные условия для пребывания пациентов.

В связи с высокой смертностью пациентов с острыми сосудистыми состояниями после выписки из стационаров, следует существенно увеличить возможности реабилитации и восстановительной терапии после интенсивного лечения в стационаре, перепрофилировав часть лечебных учреждений города, а также возродить реабилитацию после острых сердечно-сосудистых заболеваний в поликлиниках.

Нарастающий дефицит кадров, особенно специалистов (кардиологи, эндокринологи, неврологи), требует текущего и перспективного определения потребности во врачах и среднем медицинском персонале, формировании дополнительных экономических стимулов для привлечения выпускников ИГМУ в практическое здравоохранение и сохранения кадрового потенциала.

Для ускорения внедрения новейших научных разработок в практику здравоохранения требуется существенно повысить роль Иркутского института усовершенствования врачей и Иркутского медицинского университета, ведущих специалистов в принятии решений по совершенствованию здравоохранения. Роль лидеров по внедрению новых достижений медицинской науки в практику могут стать учебно-научно-клинические комплексы.

Целесообразно продолжить разработку ведущими специалистами города и России муниципальных рекомендаций по лечению важнейших заболеваний, которые способствуют унификации медицинской помощи, совершенствованию диагностики и лечения с учетом особенностей практического здравоохранения в городе и имеющихся ресурсов.

Главный внештатный терапевт г. Иркутска,
профессор кафедры геронтологии
и гериатрии ИГИУВа, д.м.н., профессор

 Ф.И.Белялов