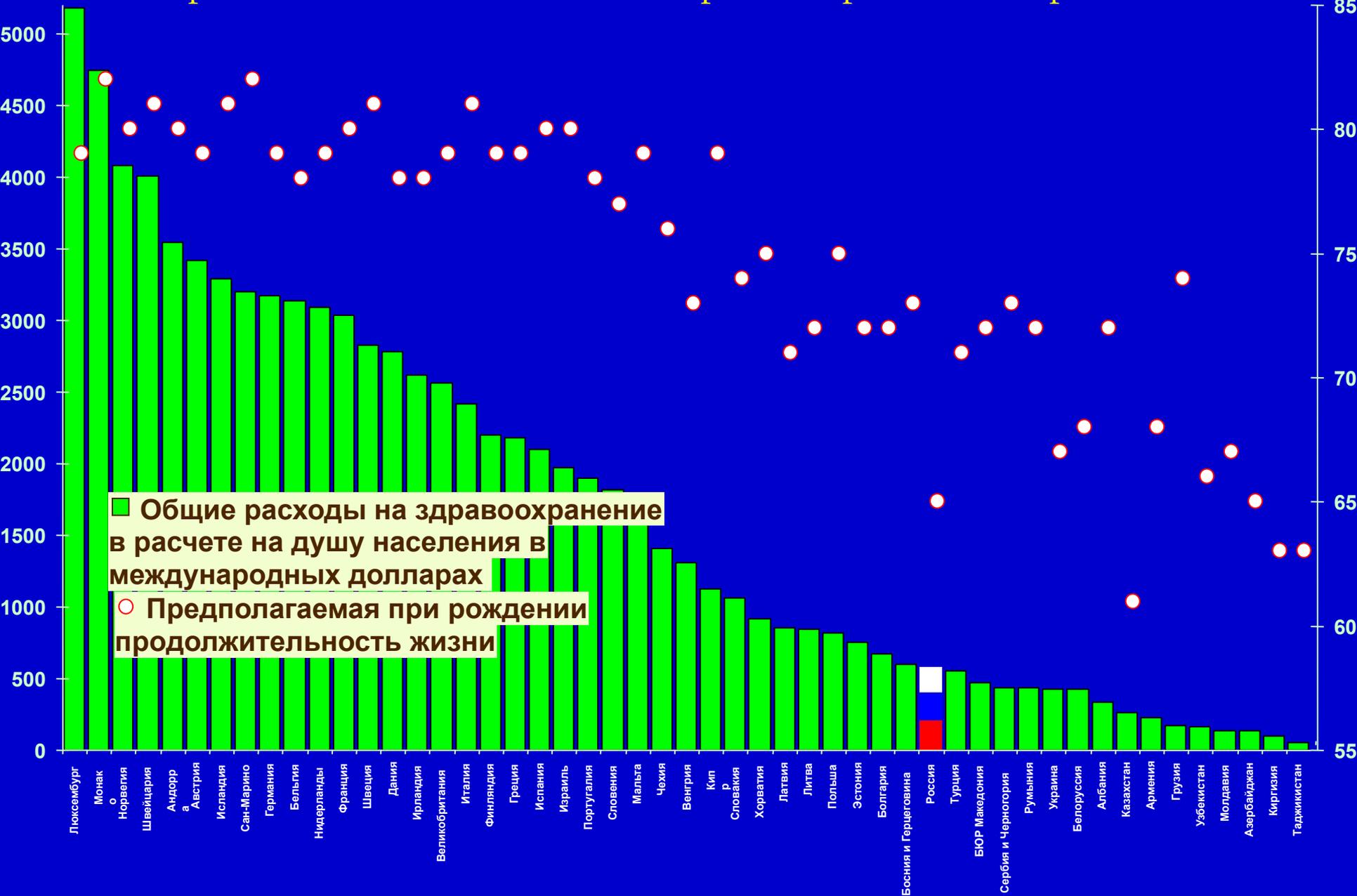


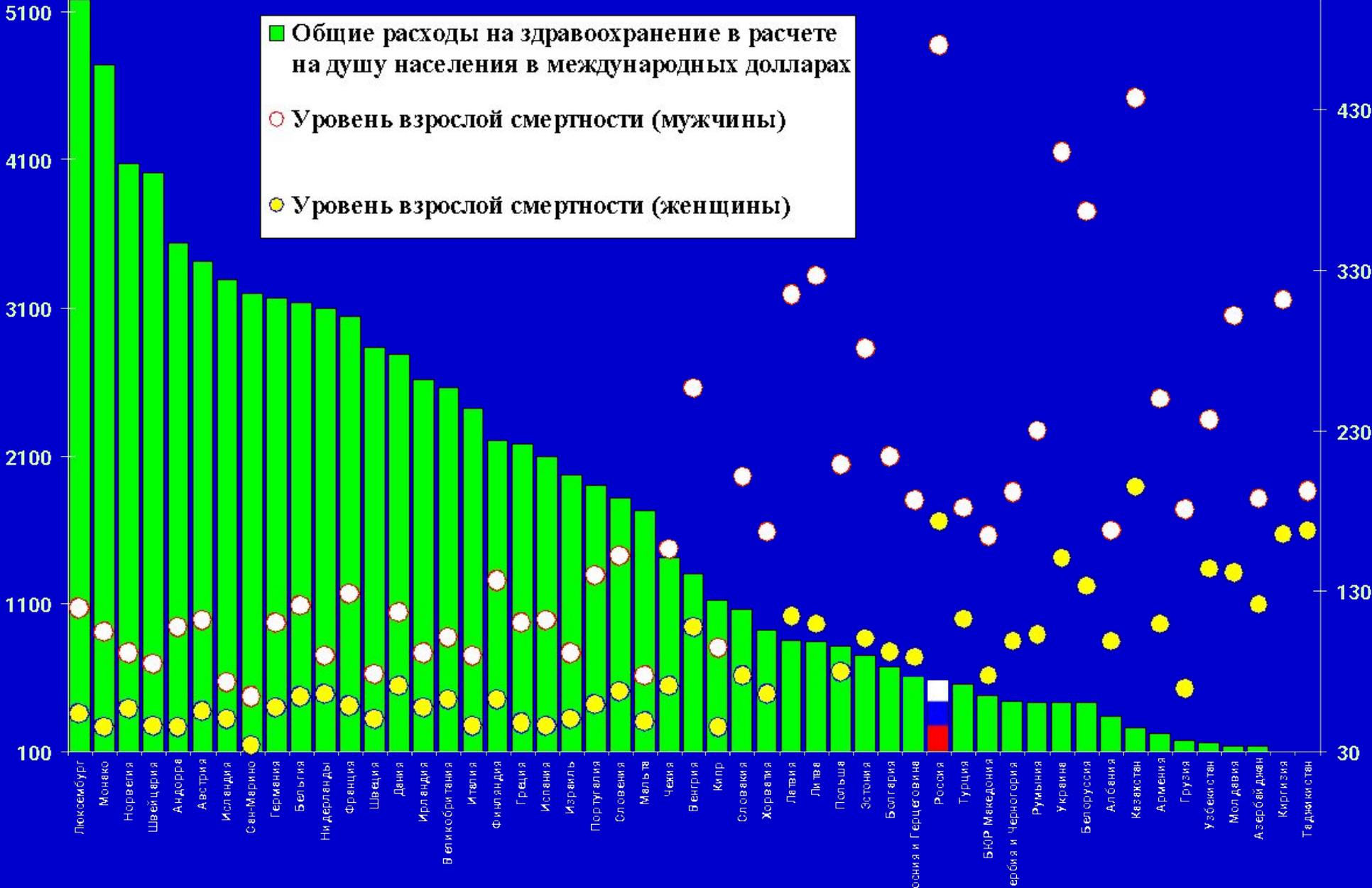
**Социально-экономическая
обусловленность здоровья населения.
Показатели здоровья населения
Иркутской области.**

***Профессор кафедры общественного
здоровья и здравоохранения ИГМУ, д.м.н.
Алексеевская Татьяна Иннокентьевна***

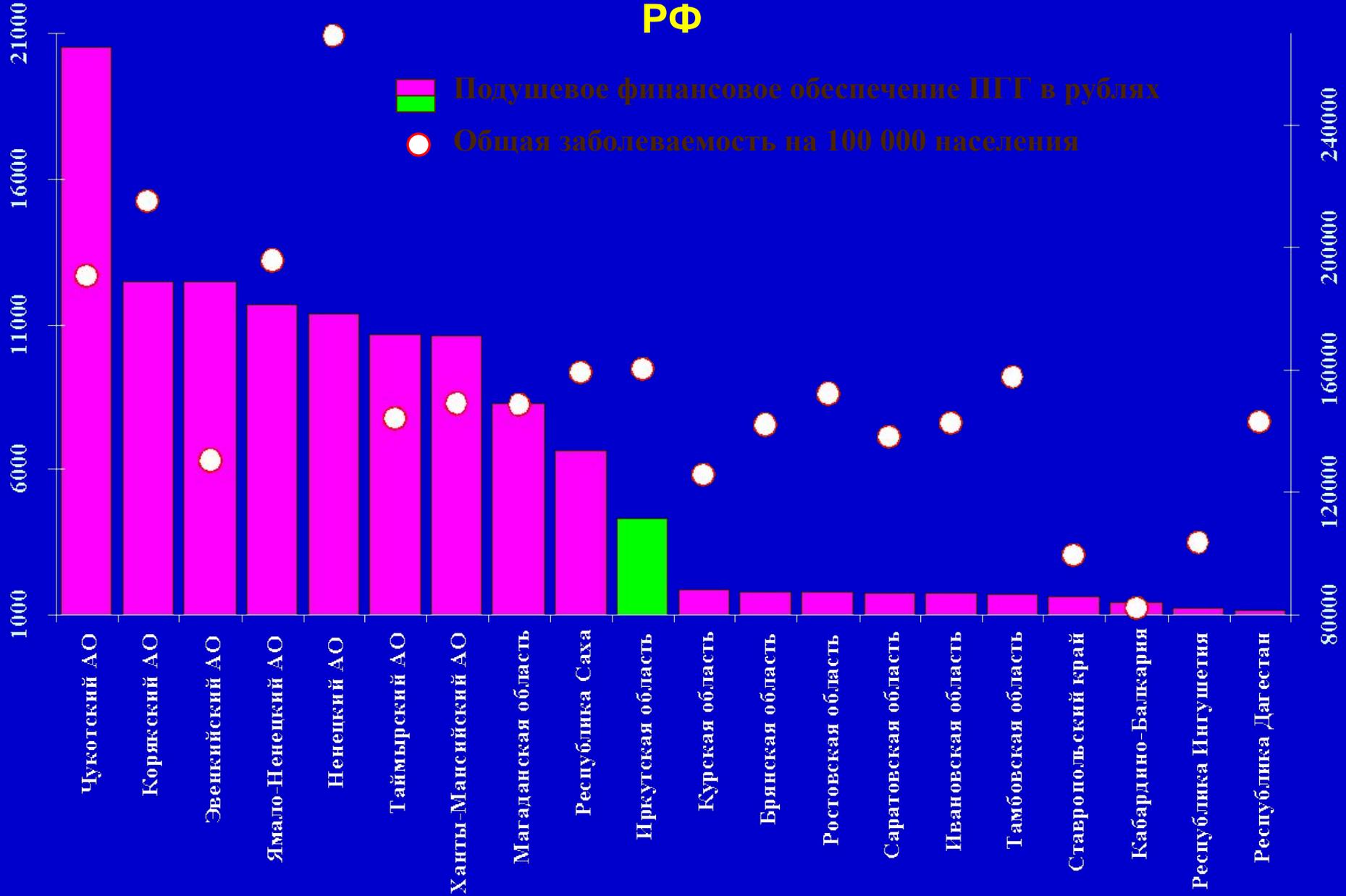
Общие расходы на здравоохранение и предполагаемая при рождении продолжительность жизни в странах европейского региона



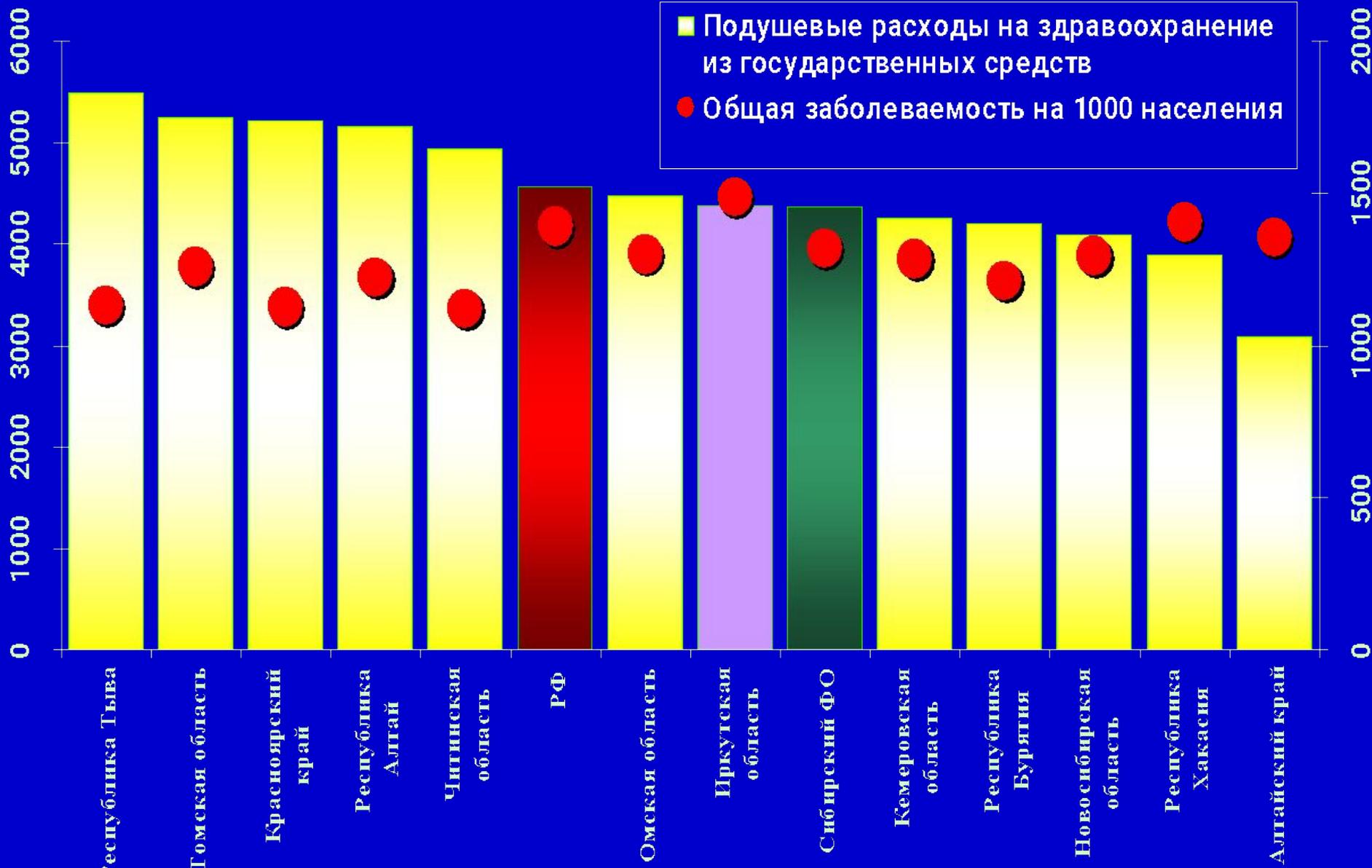
Общие расходы на здравоохранение и уровень взрослой смертности (на 1000 населения) в странах европейского региона



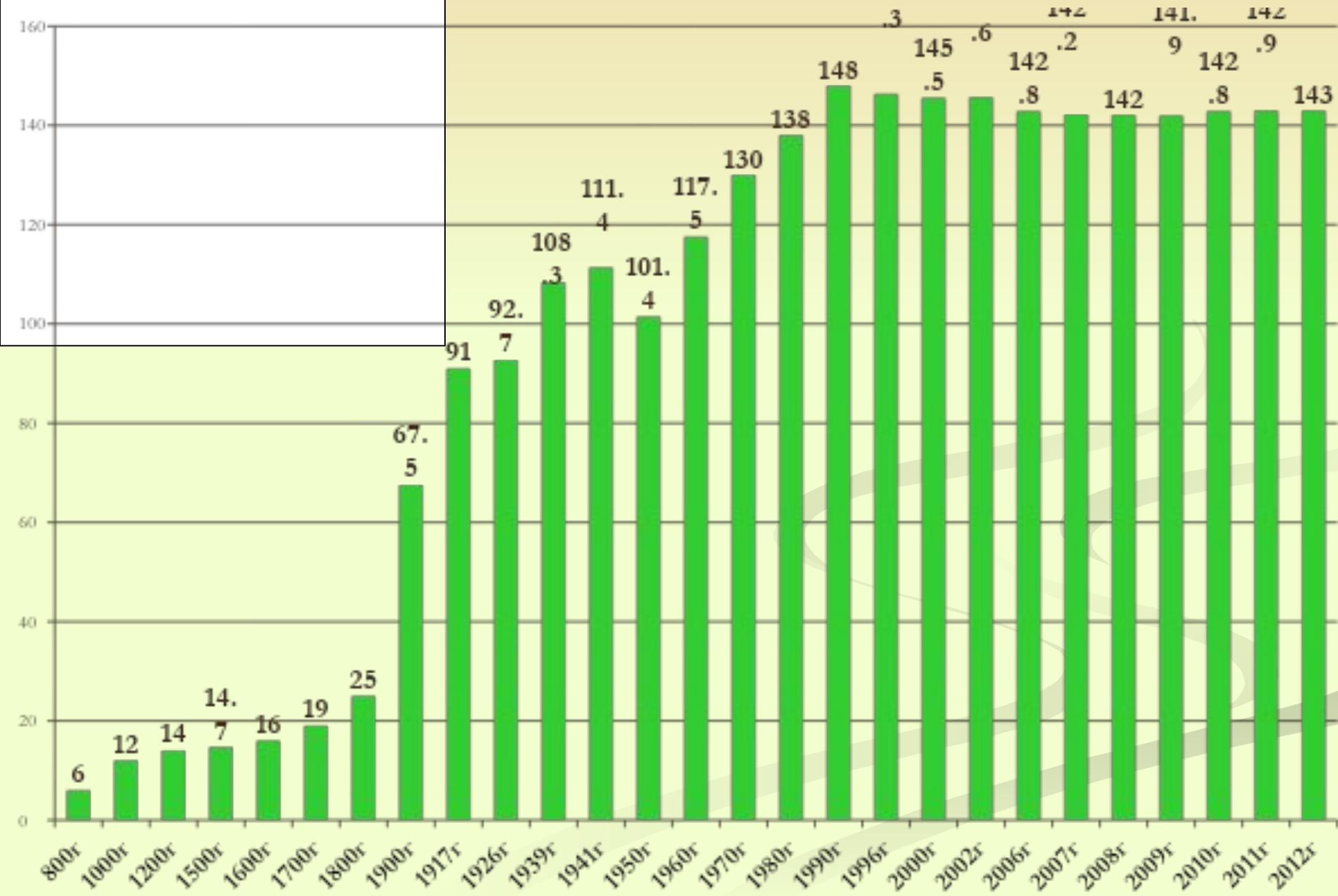
Финансовое обеспечение населения по программе государственных гарантий и уровень общей заболеваемости по ряду субъектов РФ



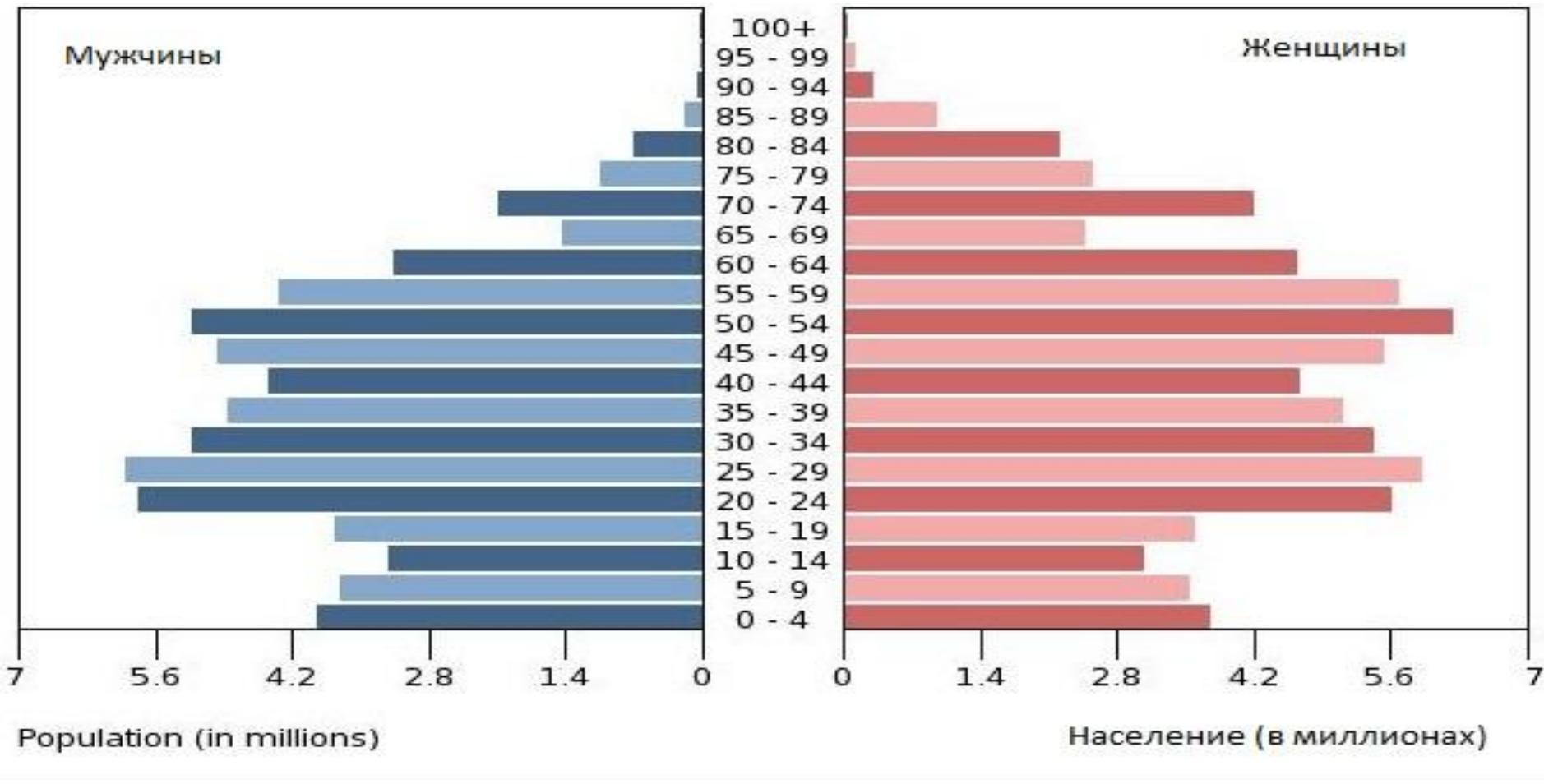
Подушевые расходы на здравоохранение из государственных средств и уровень общей заболеваемости в Сибирском Федеральном округе РФ



Численность населения РФ



Возрастно-половая структура населения РФ в 2013 году

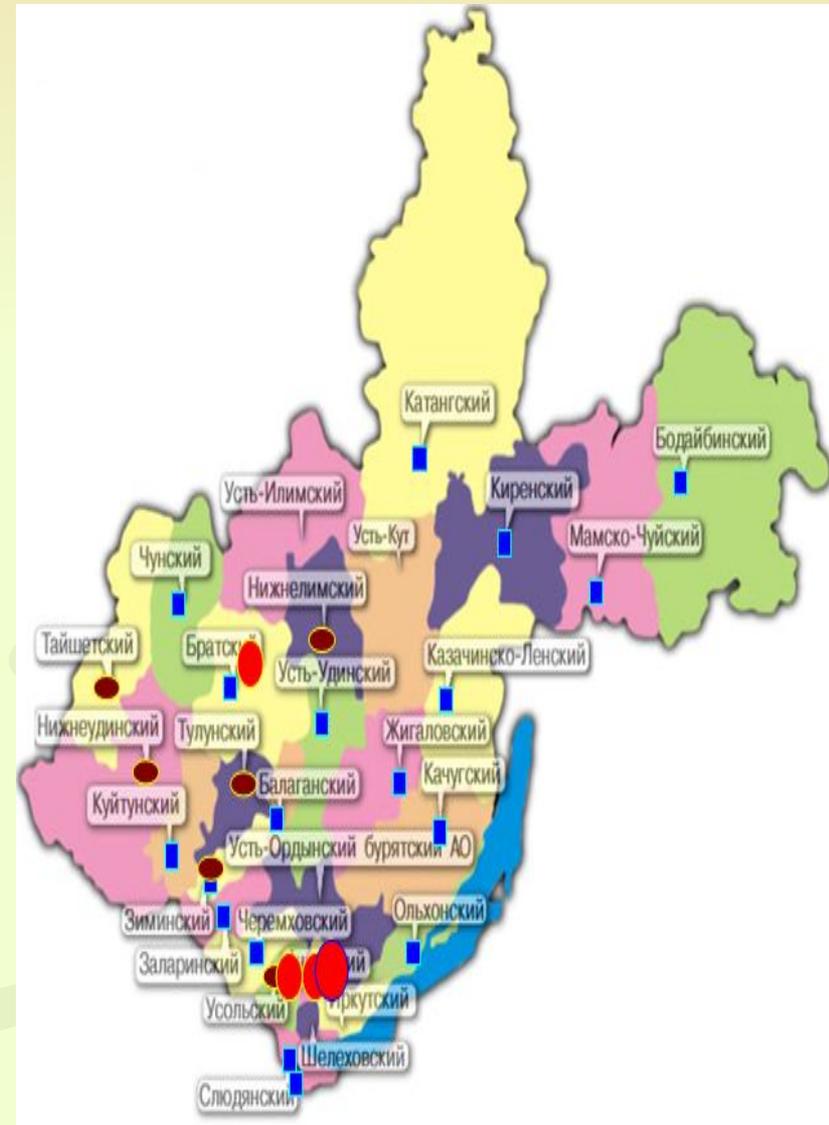


Национальный состав населения РФ по итогам переписи 2010 года

Русские	80,91 %
Татары	3,9 %
Украинцы	1,4 %
Башкиры	1,2 %
Чуваши	1,0 %
Чеченцы	1,0 %
Армяне	0,9 %
Азербайджанцы	0,4 %
Прочие	9,7 %

Основные показатели демографической статистики по Иркутской области

1. Площадь – 774,8 тыс. км² - 5 место среди всех субъектов РФ
2. Протяженность территории с севера на юг – 1450 км, с запада на восток – 1318 км.
3. Численность населения — 2,418 млн. человек – 21 место среди всех субъектов РФ
4. Плотность населения – 3,12 человека на 1 км² - 69 место по РФ
5. Структура населения по возрасту характеризуется высокой долей детей и подростков — 21,6%, низкой долей населения трудоспособного возраста – 60,6% (1,5 млн. чел.).
6. Доля городского населения — 80%, сельского — 20%.



Основные показатели демографической статистики по Иркутской области

Соотношение полов к началу 2014 г. - на 1000 мужчин приходилось 1162 женщин. На всей территории РФ женщин больше, чем мужчин, только в Камчатском крае и Чукотском автономном округе женщин меньше: на 1000 мужчин приходится 986-949 женщин.

Численное превышение женщин над мужчинами в составе населения отмечается с 29 лет и с возрастом увеличивается. Такое неблагоприятное соотношение сложилось из-за сохраняющегося высокого уровня преждевременной смертности мужчин.

В настоящее время почти каждый восьмой житель области, т.е. 12,9% жителей, находится в возрасте 65 лет и более.

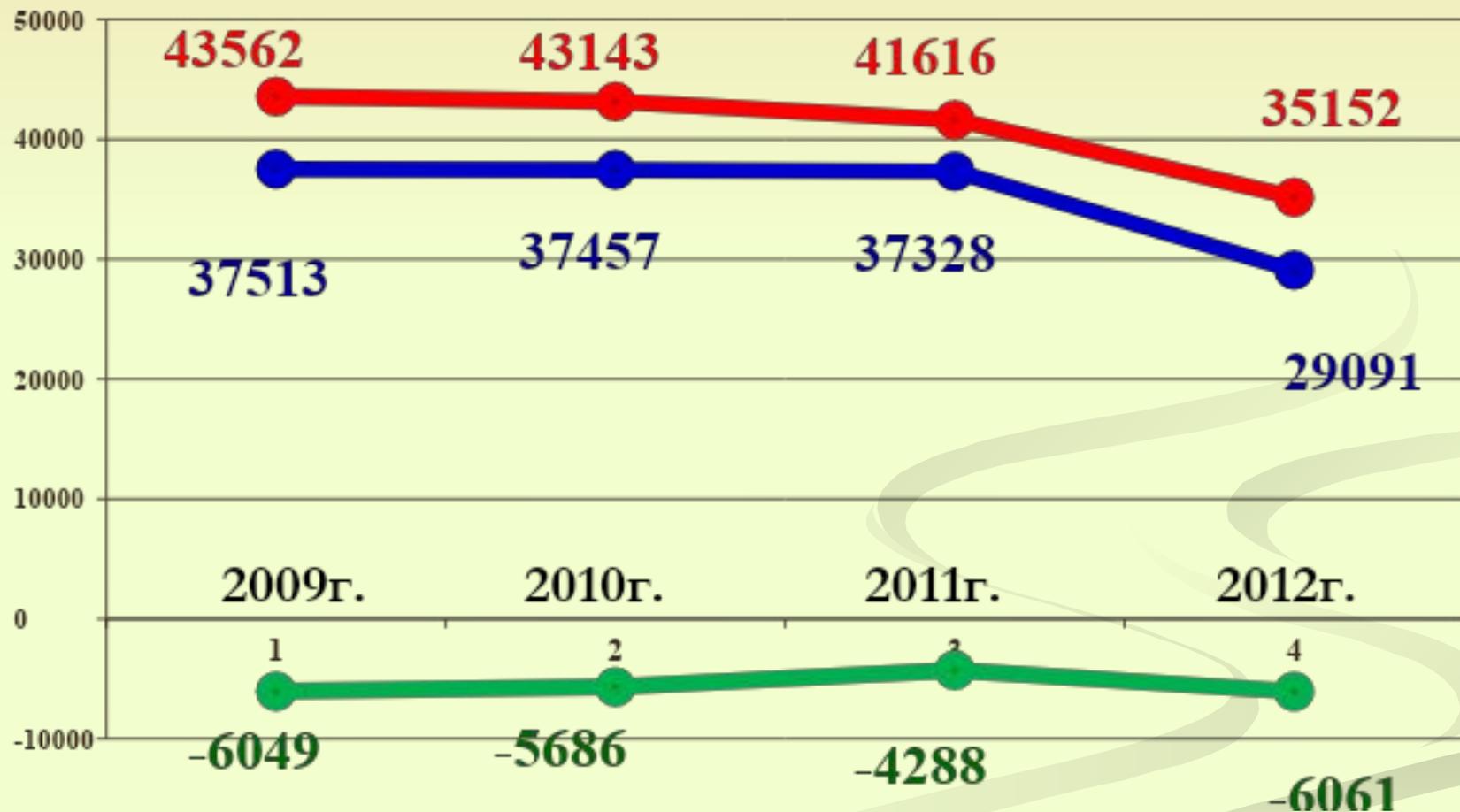
Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. В структуре населения вышеуказанных возрастов женщины составляют более двух третей (68,7%).

Средний возраст жителей составляет 38,9 лет, мужчин соответственно 36,2 лет, женщин – 41,2 год.

Каждый пятый житель – в пенсионном возрасте.

Численность детей и подростков до 16 лет на 25,6% меньше, чем лиц

Динамика миграционных процессов в Иркутской области (человек)



- Число выбывших
- Число прибывших
- Миграционная убыль

Естественное движение населения

Естественное движение населения – изменение численности населения, в результате взаимодействия таких демографических явлений, как рождаемость и смертность.

Рождаемость – демографический термин, характеризующий отношение количества рождений за определённый период на 1000 жителей.

Биологическая основа рождаемости – способность человека к воспроизведению потомства (оплодотворению, зачатию и вынашиванию плода).

Смертность – процесс убыли населения вследствие смерти.

Рождаемость

Факторы, влияющие на уровень рождаемости:

- **возрастно-половой** состав населения;
- **интенсивность миграционных** процессов;
- **численность женщин фертильного** возраста;
- **уровень образования**, культуры населения;
- **национальные обычаи** и традиции;
- **социально-психологические** факторы;
- **тенденция в брачно-семейных** отношениях.

Для определения интенсивности процесса рождений используют **общий коэффициент рождаемости населения** – это показатель частоты рождений на 1000 жителей в год. **Он дает представление о том, с какой скоростью увеличивается население за счет рождаемости** на изучаемом отрезке времени.

Мировые лидеры и аутсайдеры по показателю рождаемости на 1000 населения

Место	Государство	Показатель
1	Нигер	51,60
2	Мали	49,15
3	Уганда	47,84
4	Афганистан	45,46
5	Сьерра-Леоне	44,73
6	Буркина-Фасо	44,33
7	Сомали	43,70
8	Ангола	43,69
9	Эфиопия	43,66
10	ДР Конго	42,63

Место	Государство	Показатель
185	Корея	8,93
186	Босния	8,85
187	Чехия	8,83
188	Сингапур	8,82
189	Австрия	8,65
190	Джерси	8,63
191	Германия	8,18
192	Италия	8,18
193	Япония	7,64
194	Гонконг	7,42

В данном рейтинге, по состоянию на 1 января 2012 года Россия занимала 143 место!

Специальные коэффициенты рождаемости

Коэффициент плодovitости (фертильности) – отношение общего числа родившихся за год к средней численности женщин детородного возраста.

$$\text{Коэффициент общей плодovitости} = \frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{средняя численность женщин в возрасте 15-49 лет}} \times 1000$$

Коэффициент брачной плодovitости – отношение числа детей, рожденных в браке, к средней численности женщин, находившихся в браке на том же отрезке времени.

$$\text{Коэффициент брачной плодovitости} = \frac{\text{общее число детей, родившихся живыми у женщин, состоявших в браке}}{\text{средняя численность женщин, находящихся в браке}} \times 1000$$

Суммарный коэффициент плодovitости – дает представление о том, сколько детей может родить одна женщина за все время пребывания ее в детородном возрасте (т.е за 35 лет) при существующем уровне плодovitости.

$$\text{Суммарная плодovitость} = \frac{\text{общая плодovitость, вычисленная на 1000 женщин детородного возраста}}{1000} \times 35$$

Суммарный коэффициент плодovitости

В 2012 году суммарный коэффициент плодovitости в России составил 1,61. В городской местности значение коэффициента составило 1,49, в сельской местности — 2,13. Суммарный коэффициент по федеральным округам (на 2012 год):

Центральный — 1,376

Северо-Западный — 1,455

Южный — 1,517

Северо-Кавказский — 2,006

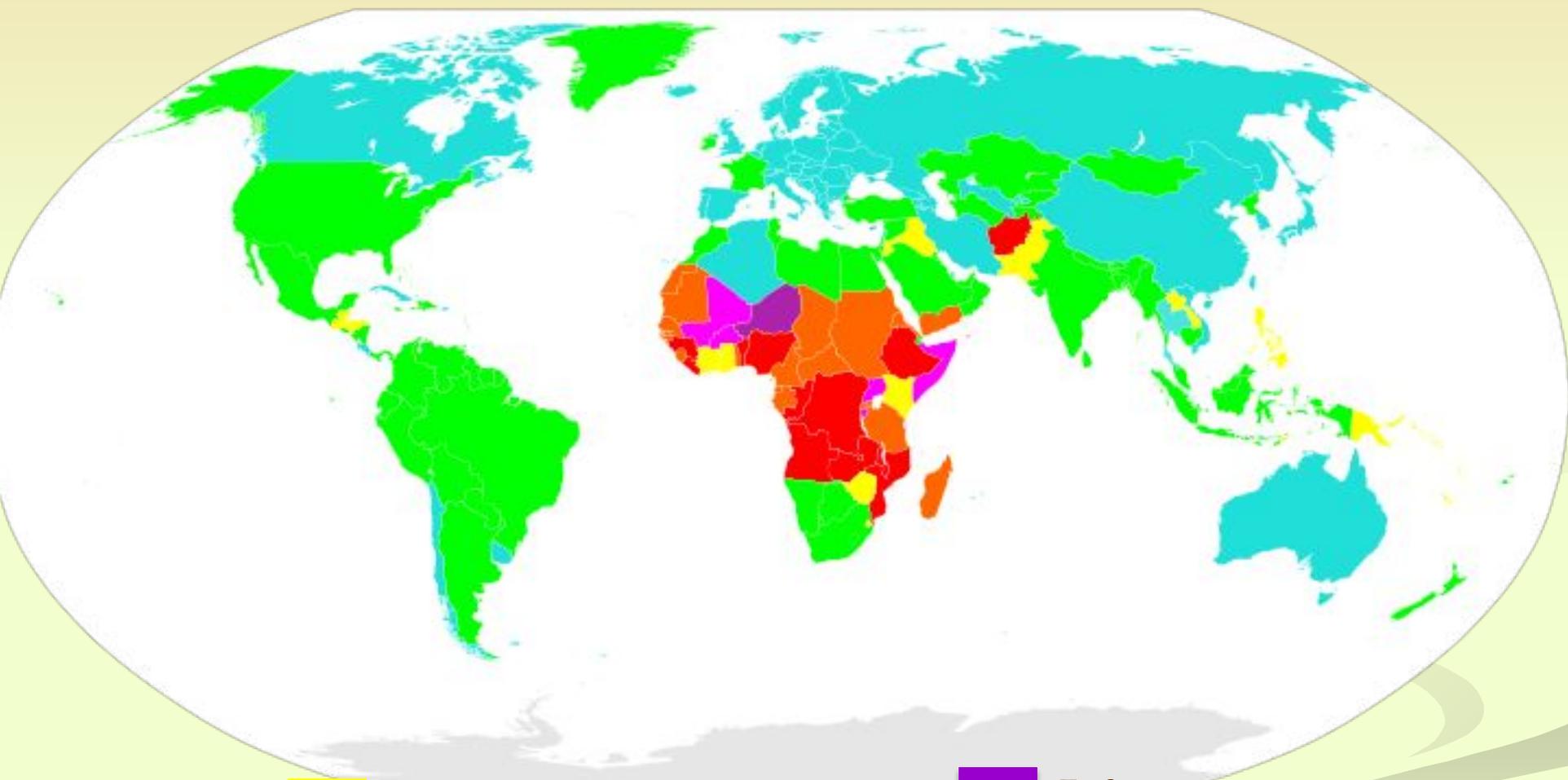
Приволжский — 1,593

Уральский — 1,745

Сибирский — 1,721

Дальневосточный — 1,657

Картограмма, отражающая количество детей, рожденных женщиной в течение жизни, по данным за 2011 год



3-4 детей

2-3 детей

0-2 детей



7-8 детей

6-7 детей

5-6 детей

4-5 детей

Смертность

Мерой смертности является интенсивный коэффициент, представляющий собой отношение числа умерших на отрезке времени наблюдения (за год) к средней численности изучаемого населения или соответствующей его группы:

$$\text{Общий показатель смертности} = \frac{\text{число умерших за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

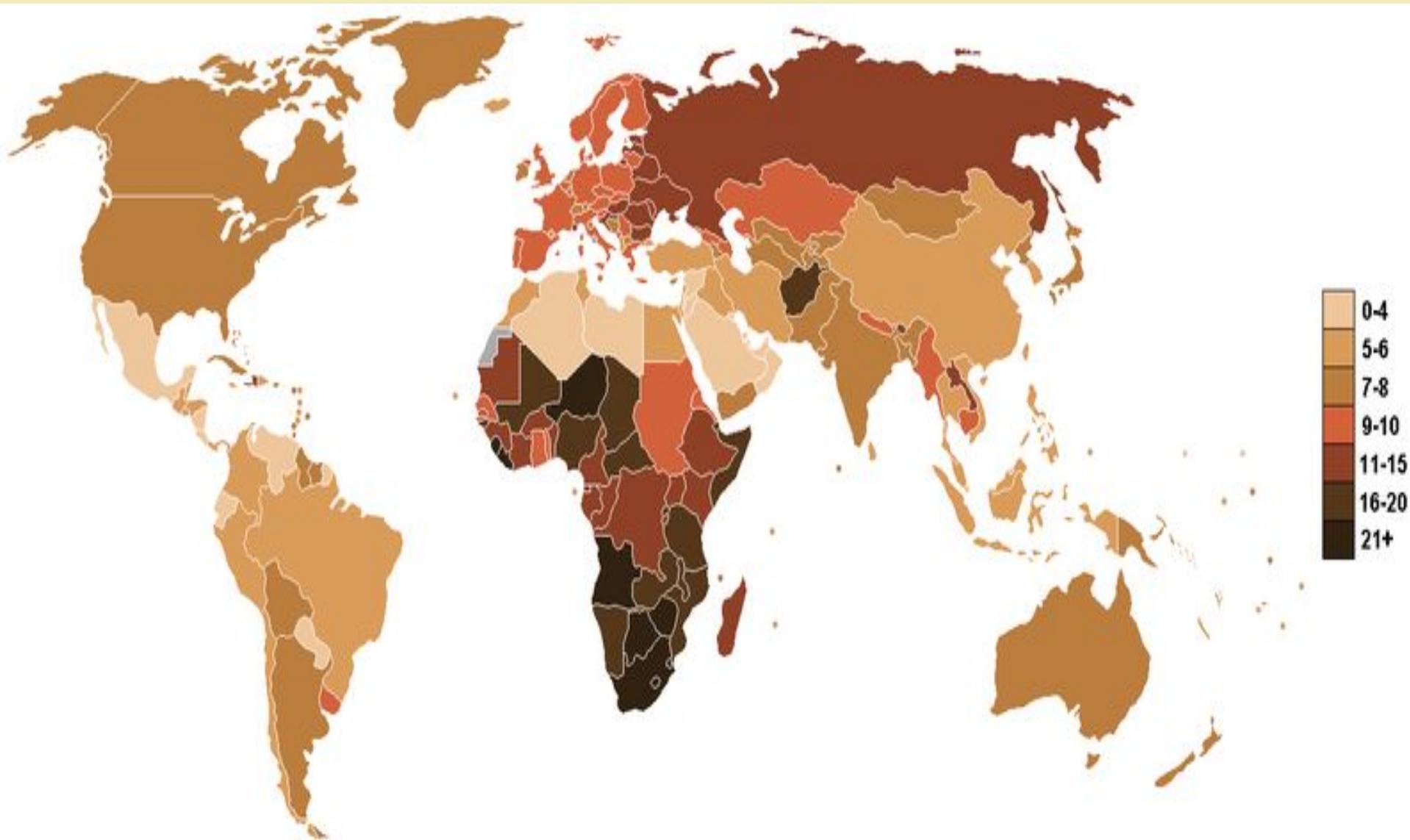
Мировые лидеры и аутсайдеры по показателю смертности на 1000 населения

Место	Государство	Показатель
1	Свазиленд	30,8
2	Ангола	24,1
3	Лесото	22,2
4	Сьерра-Леоне	21,9
5	Замбия	21,3
6	Либерия	20,7
7	Мозамбик	20,0
8	Афганистан	19,1
9	Джибути	19,1
10	Центр.африканская республика	17,8

Место	Государство	Показатель
185	Оман	3,6
186	Мальдивы	3,6
187	Макао	3,5
188	Ливия	3,4
189	Ар-е эмираты	3,4
190	Бруней	3,2
191	Иордания	2,7
192	Саудовская Аравия	2,4
193	Катар	2,4
194	Кувейт	2,3

В данном рейтинге, по состоянию на 1 января 2012 года Россия занимала 21 место!!!

Картограмма смертности в мире по состоянию на 1 января 2012 года (на 1000 жителей)



Специальные коэффициенты смертности

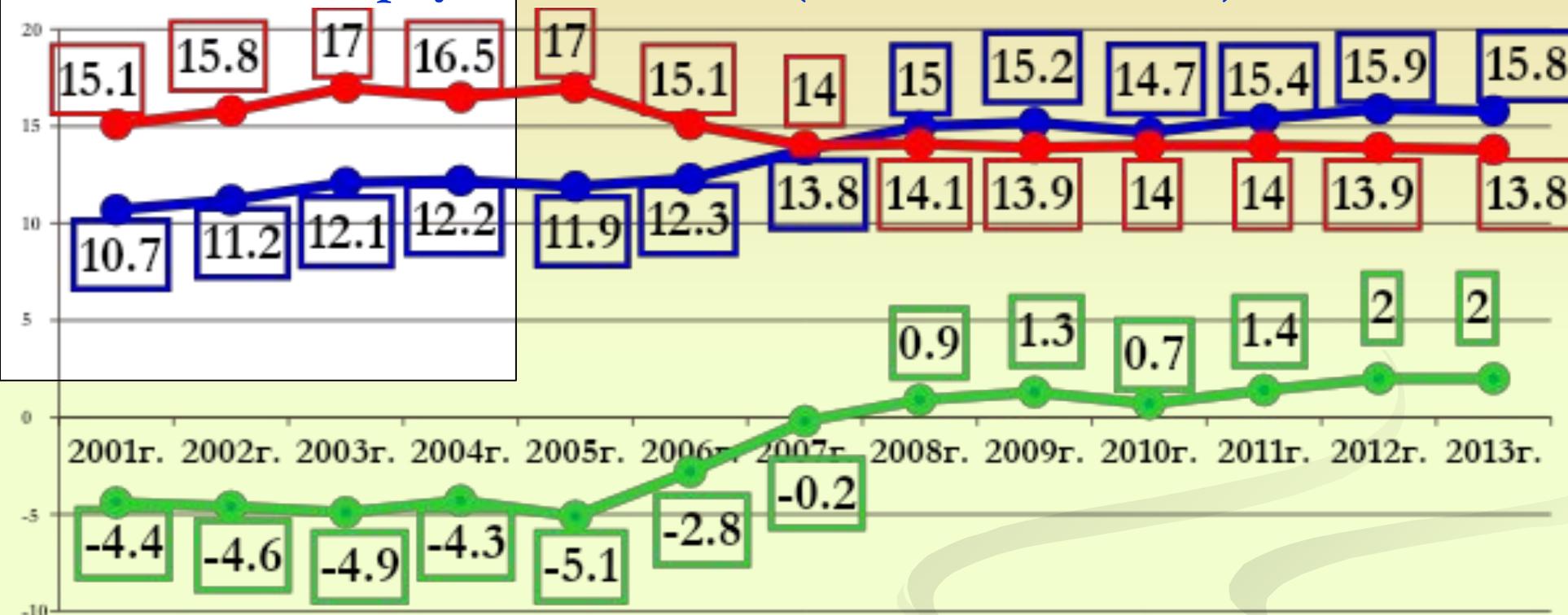
Показатель по возрастной смертности – число умерших определенного возраста по отношению к общей численности людей этой возрастной группы за определенный промежуток времени (обычно за год) $\times 1000$.

Смертность населения по полу – число умерших определенного пола по отношению к общей численности людей этой половой группы за определенный промежуток времени (обычно за год) $\times 1000$.

Показатель смертности от данной причины – количество умерших от данной причины на 100 тыс. среднегодового населения.

Доля смертей по определенной причине – число смертей, обусловленных какой-либо причиной, по отношению к общему количеству смертей в данной группе населения за определенный период $\times 100$.

Динамика показателей естественного движения населения Иркутской области(на 1000 населения)



● Рождаемость ● Смертность ● Естественный прирост

Показатели по РФ за 2013 год
 Рождаемость – 13,3 (2012 – 13,1)
 Смертность – 13,1 (2012 – 13,3)
 Естественный прирост – 0,2
 (2012 - 0)

Показатели по СФО за 2013 год
 Рождаемость – 14,1 (2012 – 14,0)
 Смертность – 13,6 (2012 – 13,8)
 Естественный прирост – 0,5
 (2012 - 0,2)

Структура причин смерти населения Иркутской области

В структуре причин смертности в Иркутской области, как и в среднем по РФ, преобладают следующие причины и заболевания:

- **болезни системы кровообращения (52%),**
- **новообразования (14%),**
- **внешние причины (13%),**
- **заболевания органов дыхания (6%)**
- **органов пищеварения (5%)**
- **прочие заболевания 10%.**

Смертность от болезней системы кровообращения

Лидирующие позиции в структуре причин смертности по-прежнему занимают **болезни системы кровообращения**, от которых за 2012 год умерло 17 604 человек (52% от всех умерших), за 2013 год на 1,2% меньше (17 398 человек). **Показатель в 2012г. – 726,5 на 100 тыс. населения, в 2013г. – 718,0.**

В структуре смертности от болезней системы кровообращения более 85% приходится на цереброваскулярную болезнь и ишемическую болезнь сердца.

Анализ смертности от сердечно-сосудистой патологии показывает, что наиболее высокие показатели **в группе пациентов старше 70 лет (более 59%)**, учитывая, что наш регион демографически старый, т.е. процесс воспроизводства населения протекает по регрессивному типу, и как следствие этого, **основными предпосылками к смертности являются атеросклеротическая болезнь, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (включая инфаркты миокарда) и цереброваскулярная патология (в том числе инсульты).**

Смертность от злокачественных новообразований

Новообразования – вторая по частоте причина смертности в ИО. Этот показатель равен 193,1 на 100 тыс. населения, что на 6% ниже, чем в среднем по РФ (204,6) и СФО (207,0).

В структуре смертности от злокачественных новообразований преобладают злокачественные новообразования :

- ✓ легких (19%),
- ✓ желудка (11,4%);
- ✓ молочной железы (8,3%);
- ✓ ободочной кишки (6,7%);
- ✓ прямой кишки (5,2%).

Смертность от внешних причин

✓ Смертность от внешних причин в расчете на 100 тыс. человек уменьшилась на 44,5% по сравнению с 2005 г.: в 2013 г. – 182,2, в 2005 г. – 207,6. Следует отметить, что более чем в двух третях случаев смертность от внешних причин связана со злоупотреблением алкогольными напитками.

✓ В 2013 г. смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 6,8 на 100 тыс. населения. Средний возраст смерти от случайного отравления алкоголем среди мужчин составляет 46,2 лет, среди женщин – 56,3 года.

✓ Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев, включая дорожно-транспортные происшествия, в 2013 году в Иркутской области составила 15,3 на 100 тыс. населения, в 2007 году – 35,5. Показатель за

Особенности смертности населения в Иркутской области

В ИО сохраняется крайне высокая смертность от инфекционных заболеваний – 55,9 случая на 100 тыс. населения, что в 2,3 раза выше, чем по РФ (55,9 и 24,3 случая на 100 тыс. населения соответственно), в том числе от туберкулеза – 35,1 случая на 100 тыс. населения, что в 2,5 раза выше, чем по РФ, и в 1,5 раза выше, чем в СФО.

Показатель смертности от болезней органов дыхания в ИО в 1,5 раза выше, чем по РФ (80,5 и 55,0 на 100 тыс. населения соответственно).

Также превышает среднероссийские значения и показатель смертности от болезней органов пищеварения: в ИО он на 16% выше, чем в среднем по РФ (72,1 и 62,0 на 100 тыс. населения).

Младенческая смертность

Младенческая смертность — смертность среди детей младше одного года; один из базовых статистических показателей демографии, составляющих смертность населения.

Младенческая смертность является важной характеристикой общего состояние здоровья и уровня жизни населения страны, региона, города, национального меньшинства и т. д.

С середины XX века практически неизменно используется как один из важных факторов при

Расчет показателей младенческой смертности

1) Грубый показатель:

Число детей, умерших в течение
года на 1-м году жизни

_____ · 1000

Число родившихся живыми в
данном году

2) Уточненный показатель (Формула Ратса):

Число детей, умерших в течение
года на 1-м году жизни

_____ · 1000

(2/3 родившихся живыми
в данном году + 1/3 родившихся
живыми в предыдущем году)

3) Перинатальная смертность

(число мертворождённых + число умерших в первую неделю / общее число детей, родившихся живыми и мертвыми) x 1000.

4) Ранняя неонатальная смертность

(число детей, умерших в первую неделю жизни [0-168 ч] / число детей, родившихся живыми) x 1000

5) Поздняя неонатальная смертность

(Число детей, умерших на 2-4-й неделе жизни (168 ч-27 дней 23 ч 59 мин) / число детей, родившихся живыми) x 1000.

6) Неонатальная смертность

(Число детей, умерших в первые 28 дней жизни (27 дней 23 ч 59 мин) / число детей, родившихся живыми) x 1000.

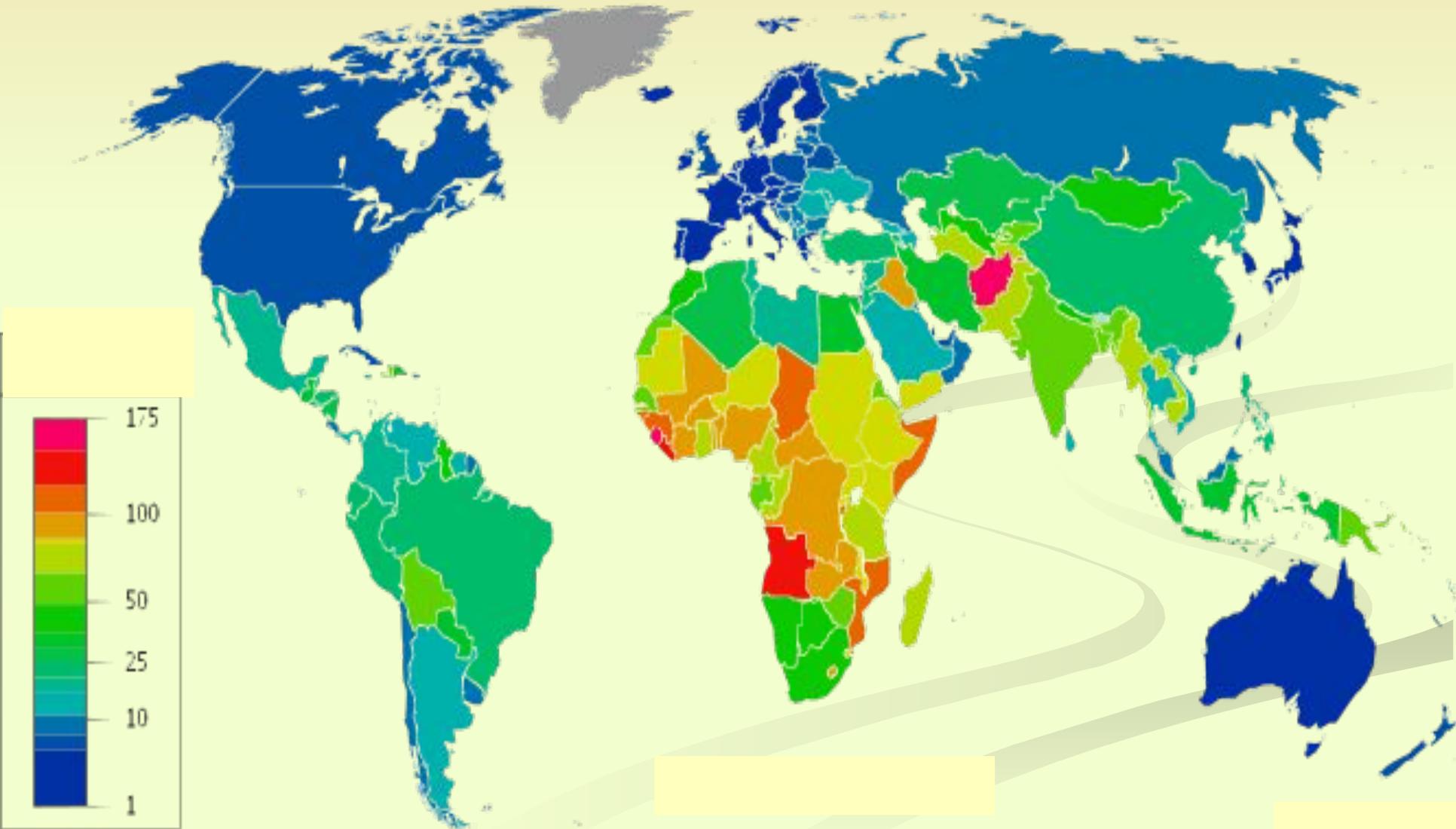
7) Мертворождаемость

(число родившихся мертвыми / число детей родившихся живыми + число родившихся мертвыми) *1000

Мировые лидеры и аутсайдеры по показателю младенческой смертности на 1000 живорождённых

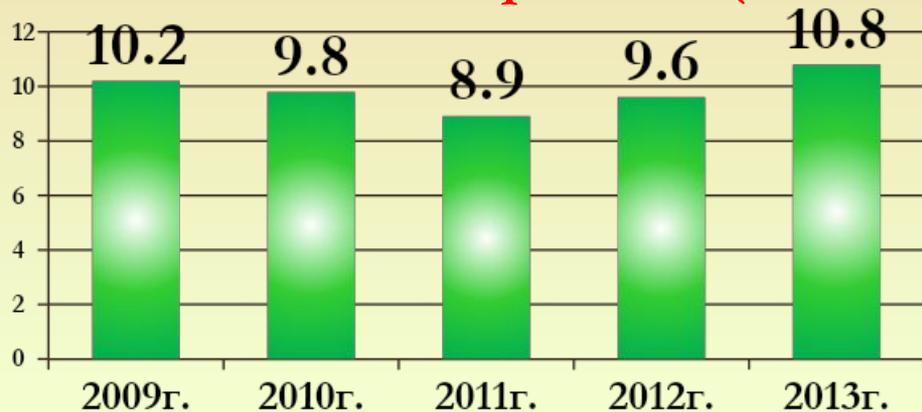
Ранг	Страна	Младенческая смертность
1	<u>Ангола</u>	184,4
2	<u>Сьерра-Леоне</u>	158,2
3	<u>Афганистан</u>	157,4
4	<u>Либерия</u>	149,7
5	<u>Нигерия</u>	116,8
160	<u>Россия</u>	8,0
217	<u>Исландия</u>	3,3
218	<u>Гонконг</u>	2,9
219	<u>Япония</u>	2,8
220	<u>Швеция</u>	2,75
221	<u>Сингапур</u>	2,3

Картограмма младенческой смертности в странах мира по состоянию на 1 января 2012 года (на 1000 живорожденных)



Показатели Иркутской области

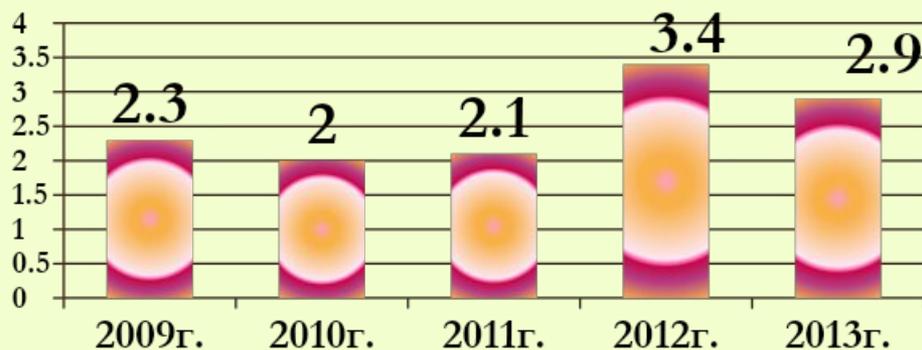
Младенческая смертность (на 1000)



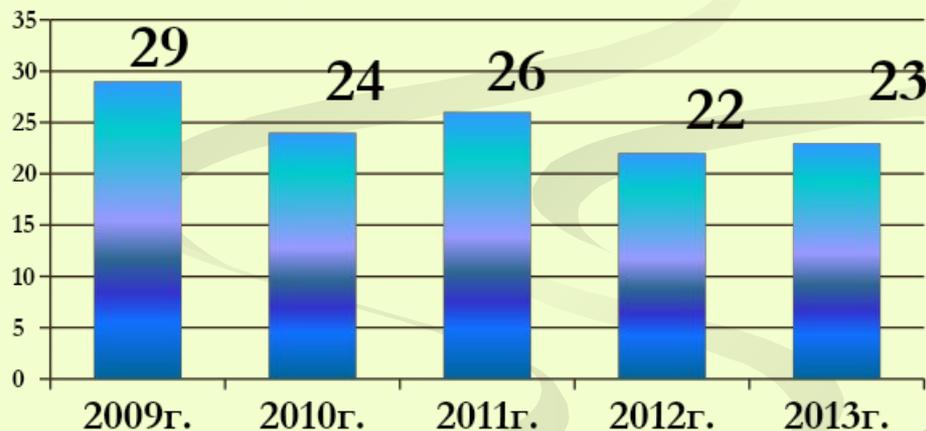
Мертворождаемость (на 1000)



Ранняя неонатальная смертность (на 1000)



Смертность на дому, %



Рост показателей в 2012 году связан с переходом России на критерии живорождения по ВОЗ, согласно которому регистрируются все случаи рождения после 22 недель беременности с массой тела от 500 г. До этого момента регистрация начиналась с 28 недели.

Смертность на дому

- ✓ **52%** - то недоношенные дети, дети с врожденными пороками развития
- ✓ **88%** - дети первого полугодия жизни
- ✓ **67%** проживали в социально неблагополучных семьях, где родители уже были лишены родительских прав в отношении других детей, безработные, злоупотребляющие алкоголем, **от нежеланной беременности**, семьях с низкой медицинской активностью
- ✓ **Основные причины** - болезни органов дыхания, синдром внезапной смерти, несчастные случаи
- ✓ **При гибели детей** от болезней органов дыхания

Областная государственная социальная программа «Демографическое развитие Иркутской области» на 2009 – 2015 годы

Разработана в соответствии с Концепцией демографического развития Иркутской области на период до 2015 года и одобрена Постановлением Законодательного собрания Иркутской области от 22 ноября 2008 года N 3/44-ЗС в общем объеме финансирования – 991 510 тыс. рублей.

Основные задачи Программы

- **разработка** на основе современных информационных технологий **региональной системы мониторинга демографических процессов**, осуществление информационно-аналитического обеспечения проведения демографической политики в Иркутской области;
- **обеспечение условий для всестороннего развития семьи**, ее репродуктивной, экономической, социально-культурной, духовно-нравственной функций;
- **проведение активной семейной, демографической политики** стимулирования рождаемости, профилактики социального сиротства;
- **разработка и внедрение комплекса мер, направленных на снижение уровня смертности населения**, прежде всего в трудоспособном возрасте, материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения;
- **сохранение и укрепление здоровья населения**, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни;
- **совершенствование регулирования миграционных процессов**, в том числе внутриобластной миграции;
- **повышение качества жизни населения** путем разработки и внедрения комплекса мероприятий по обеспечению занятости трудоспособных граждан, росту доходов, внедрению мер социальной поддержки граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации;

Ожидаемые конечные результаты реализации Программы

-] сокращение убыли, стабилизация численности населения Иркутской области на уровне 2,5 млн. человек
-] повышение уровня рождаемости в Иркутской области к 2015 году до 35,0 тыс. новорожденных в год;
-] снижение смертности населения Иркутской области к 2015 году до 29,0 тыс. человек в год;
-] снижение младенческой смертности в Иркутской области к 2015 году до 8,8 на 1000 родившихся;
-] сокращение естественной убыли населения Иркутской области, естественный прирост к 2015 году - 6,0 тыс. человек;
-] увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения Иркутской области к 2015 году до 67,15 года, в том числе мужчин - 61,25 года, женщин - 73,04 года;
-] сокращение миграционной убыли населения Иркутской области к 2015 году до 4826 человек

Запланированные программные мероприятия по разделу «Охрана репродуктивного здоровья населения, улучшение здоровья населения, снижение материнской и младенческой смертности, смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы»

- 2.1. Приобретение медикаментов, сред, расходных материалов для лечения бесплодия семейных пар** в отделениях вспомогательных репродуктивных технологий государственных учреждений здравоохранения области
- 2.2. Проведение анализа репродуктивного здоровья детей и подростков** с разработкой и реализацией системы мер по профилактике патологии репродуктивной системы
- 2.3. Внедрение современных технологий лечения респираторных нарушений у новорожденных с критически низкой массой тела (менее 1500г.)**
- 2.4. Внедрение фетальной хирургии** (коррекция врожденной патологии в антенатальном периоде)
- 2.5. Тест-наборы для прогнозирования врожденной и хромосомной патологии, преждевременных родов** (хорионический гонадотропин, альфа фетопротеин)
- 2.6. Разработка и внедрение стандартов** практической деятельности акушерок

2.7. Совершенствование деятельности перинатальных центров, оснащение современным медоборудованием: мониторы слежения, наркозно дыхательные аппараты, инфузоматы

2.8. Модернизация оборудования для отделения вспомогательных репродуктивных технологий

2.9. Внедрение новых технологий выхаживания недоношенных новорожденных

2.10. Оснащение отделений реанимации новорожденных и отделений новорожденных муниципальных учреждений здравоохранения устройствами для обогрева растворов, инкубаторами, мониторами, аппаратами ИВЛ

2.11. Оснащение женских консультаций, акушерских отделений медицинским оборудованием для оценки состояния плода и палат интенсивной терапии для беременных

2.12. Разработка и тиражирование целевых дифференцированных информационных и пропагандистских материалов для населения всех возрастных групп, направленных на стимулирование рождаемости, ведение здорового образа жизни, снижение смертности населения

2.13. Внедрение современных технологий хирургического лечения острого инфаркта миокарда: приобретение оборудования, расходных материалов, медикаментов для тромболитика

Выводы

□ Демографические показатели населения Иркутской области последних лет характеризуются стабилизацией показателей рождаемости и смертности. Стоит отметить что второй «русский крест» произошел в Иркутской области в 2008 году, в то время, как в РФ он произошел только в 2012 году.

□ Но несмотря на положительный баланс со стороны естественного пророста, численность населения Иркутской области ежегодно сокращается, что обусловлено отрицательным миграционным балансом.

□ Существует крайне низкая приверженность населения Иркутской области к здоровому образу жизни и ответственности населения за собственное здоровье.

□ Причины смертности населения Иркутской области являются предотвратимыми путем снижения влияния факторов риска на здоровье населения и повышения качества и доступности медицинской помощи

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

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

Болезненность — медико-статистический показатель, опр-щий распространенность зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, по поводу которых были первичные обращения в календарном году.

Патологическая поражённость — медико-статистический показатель, определяющий совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путем активных медицинских осмотров населения.

Регистрация заболеваемости

Методы изучения заболеваемости	Основной статистический документ
1. Заболеваемость по данным обращаемости В том числе:	Талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (учетная форма № 025-2/у-04)
заболеваемость острыми инфекционными болезнями, пищевыми, острыми профессиональными отравлениями	Экстренное извещение об острозаразном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлениях (уч-ная форма № 058/у)
заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (туберкулез, вен. болезни, рак и др.)	Извещение о важнейших неэпидемических заболеваниях (учетные формы № 089/у-00; 090/у)
заболеваемость с ВУТ	Листок нетрудоспособности
госпитализированная заболеваемость	Карта выбывшего из стационара (учетная форма № 066/у)
2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров (дети, призывники, работающие и т. д.)	Контрольная карта диспансерного наблюдения (уч. форма № 030/у-04).
3. Заболеваемость по данным о причинах смерти	Врачебное свидетельство о смерти (учетная форма № 106/у-84)

Группы здоровья работающих

• **здоровые** (не имевшие ни одного случая нетрудоспособности в году)

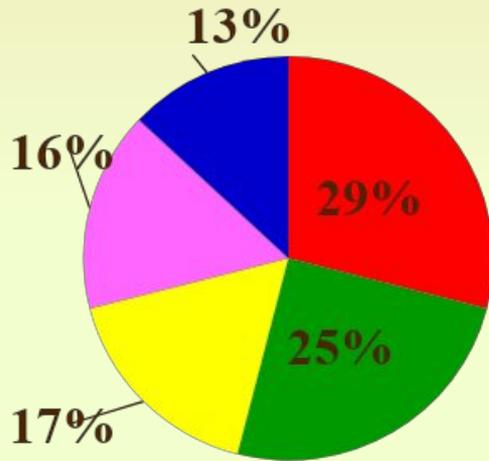
• **практически здоровые** (имевшие в году 1—2 случая нетрудоспособности по поводу острых форм заболеваний)

• **имевшие в году 3 и более** случаев утраты трудоспособности по поводу острых форм заболеваний

• **имеющие хронические заболевания**, но не имевшие случаев утраты трудоспособности

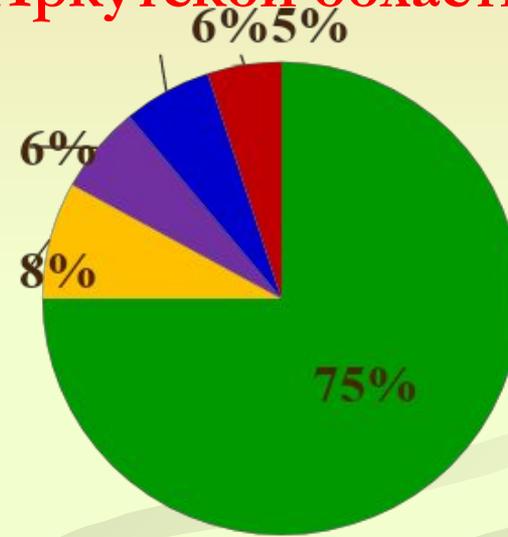
• **имеющие хронические заболевания и имевшие по поводу этих заболеваний случаи** утраты трудоспособности

Структура общей заболеваемости взрослого населения Иркутской области



- болезни системы кровообращения
- болезни органов дыхания
- болезни костно-мышечной системы
- болезни мочеполовой системы
- травмы, отравления

Структура общей заболеваемости детского населения Иркутской области



- болезни органов дыхания
- болезни органов пищеварения
- болезни кожи и подкожной клетчатки
- травмы и отравления
- инфекционные заболевания

Данная структура общей заболеваемости **остаётся стабильной** на протяжении последних 4 лет, с небольшими колебаниями 1,5-2%

Медицинская профилактика

Медицинская профилактика – вид деятельности службы здравоохранения, в основном первичного звена, направленный на раннее выявление и снижение риска развития заболеваний, а также на снижение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды.

Медицинская профилактика часть широкого комплекса межведомственных мер, направленных на укрепление здоровья населения и профилактику заболеваний. В медицинской профилактике применяют многодисциплинарный подход к оценке и управлению риском развития заболеваний в рамках деятельности службы здравоохранения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

Федеральные нормативно-правовые документы

1. Приказ МЗ и СР РФ N 521 от 25 сентября 2008 года «О плане проведения мероприятий агитационного, культурно-просветительского, информационно-пропагандистского характера, направленных на формирование у населения приоритетов здорового образа жизни»

2. Приказ МЗ и СР РФ от 19 августа 2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

3. Приказ МЗ и СР РФ от 16 марта 2010 г. N 152н «О мерах направленных на формирование здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

Региональные нормативно-правовые документы

1. Приказ МЗ ИО от 18 ноября 2009 г. N 1617-мпр «О ведомственной целевой программе «Первичная медицинская профилактика и формирование здорового образа жизни у граждан Иркутской области, включая сокращение потребления алкоголя и табака» на период 2009 – 2010 ГОДОВ

2. Приказ МЗ ИО от 15 октября 2009 г. № 1371-мпр Об организации деятельности центров здоровья.

Медицинская профилактика и неинфекционные заболевания

В мире	60% смертельных случаев от неинфекционных заболеваний	
В Европе	75% смертельных случаев от неинфекционных заболеваний	
В России	80% смертельных случаев от неинфекционных заболеваний	
	заболевания системы кровообращения	56,1% 1,3 млн. человек
	травмы и отравления	13,2% более 300 тыс. человек
	онкологические болезни	12,4% 287 тыс. человек

В Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года, приведены основные задачи по формированию приверженности населения **здоровому образу жизни**:

1. Сформировать **мотивацию** к ведению здорового образа жизни у населения
2. Повысить **ответственность** населения и работодателей за сохранение и укрепление здоровья
3. Создать **условия** для ведения здорового образа жизни у граждан РФ
4. Реализовать программу по борьбе с **табакокурением**
5. Реализовать программу по борьбе с **избыточным потреблением алкоголя**
6. Реализовать программу по борьбе с **наркоманией**
7. Усилить **медицинскую** профилактику заболеваний
8. Обеспечить **интеграцию** и координацию управления программами по охране здоровья населения

Влияние факторов риска в России

По данным исследований, курит около 63% мужчин и 74% молодых мужчин (в возрасте 25-34 лет).

При традиционно низкой доле курящих женщин (примерно 10%) в 2000-2001 гг. этот показатель вырос до 23-30%.

Курят 18% учащихся 5-8-х классов и до 30% учащихся 8-11-х классов.

В середине 1990-х гг. Россия занимала второе место по распространённости курения среди европейских стран. Результаты проспективных исследований показывают, что в России распространяется эпидемия курения, которая ежегодно уносит около 220 тыс. жизней: курение — причина всех смертей от ишемической болезни сердца

✓ В начале XXI века около 35% мужчин, проживающих в Москве, злоупотребляли алкоголем (более 20 г этанола в день), а у женщин этот показатель составил 2,6-4,4% (в зависимости от региона).

✓ Практически все школьники старших классов (78-91%) пробовали алкогольные напитки, 20% студентов по крайней мере один раз испытали алкогольную интоксикацию.

✓ С 1993 по 1997 гг. число школьников младших классов с выявленным пристрастием к алкоголю выросло на 73%. Около 55 тыс. подростков и 5,5 тыс. детей ежегодно направляется в наркологические центры для лечения от алкогольной зависимости.

ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2008 ГОДУ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

Более 2 500 случаев
на 100 тыс. населения

1. Ненецкий АО
2. Магаданская область
3. Чукотский АО
4. Ивановская область
5. Сахалинская область
6. Новгородская обл.
7. Камчатский край
8. Республика Карелия
9. Нижегородская область
10. Липецкая область

До 1 000 случаев
на 100 тыс. населения

1. Свердловская область
2. Кабардино-Балкарская Респ.
3. г. Москва
4. Республика Бурятия
5. г. Санкт-Петербург
6. Респ. Северная Осетия
7. Республика Дагестан
8. Чеченская Республика
9. Ингушская Республика

От 1 000 до 2 500 случаев
на 100 тыс. населения



Влияние факторов риска в России

Потребление фруктов и овощей на душу населения большинства жителей России ниже рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) показателей.

Исследование, проведённое в Москве в 2011 г., свидетельствует о том, что только 55% мужчин и 49% женщин занимаются физически активной работой, в то время как в свободное время физически активны лишь менее одной пятой мужчин и женщин.

Распространённость АГ среди мужчин в возрасте 25-64 лет составляет 30-54%, а среди женщин — 36-51%. Показатели заболеваемости АГ выше в старших возрастных группах.

51% мужчин имеют лишний вес, а 10% страдают ожирением, у женщин эти показатели составляют 52 и 18%, соответственно. В России распространённость ожирения выше среди старших возрастных групп.

В начале XXI века распространённость гиперхолестеринемии в некоторых регионах составила 25-30%, хотя имеются некоторые основания полагать, что эти показатели в



Влияние факторов риска в мире

Благодаря целенаправленной антитабачной политике уровень курения в западных странах за последние десятилетия существенно снизился. Средний уровень распространённости курения в странах Западной Европы составляет 34% среди мужчин и 25% среди женщин.

В странах Восточной Европы курят 47% мужчин и 20% женщин.

В США распространённость курения среди взрослого населения в середине 1990-х гг. составила менее 25%. В последние годы эти цифры снизились до 24% и 21% соответственно среди мужчин и женщин. В некоторых штатах до 20% и 14%.

Уровни профилактики заболеваний и нарушений состояния здоровья

Профилактика заболеваний (diseases prevention) — мероприятия, направленные на предупреждение болезней: борьба с факторами риска, иммунизация, замедление развития заболевания и уменьшение его последствий (ВОЗ, 1999 г.).

Выделяют несколько уровней профилактики

Укрепление здоровья (health promotion) — процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить контроль над факторами, определяющими здоровье (ВОЗ, 1986, 1999; Оттавская хартия укрепления здоровья).

Первичная профилактика (primary prevention) — комплекс

Первичная профилактика

Меры по уменьшению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга.

Формирование парадигмы здорового образа жизни через создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний населения о влиянии отрицательных факторов на здоровье и уменьшении их воздействия; санитарно-гигиеническое воспитание.

Вторичная профилактика

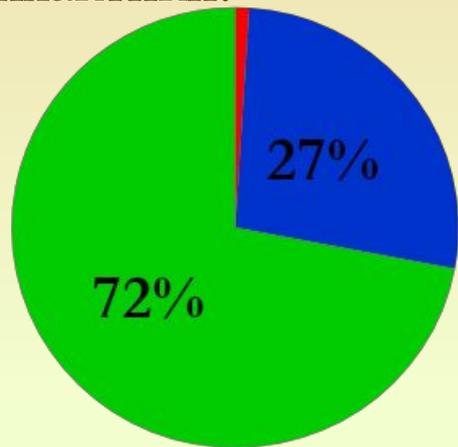
Вторичная профилактика (secondary prevention) – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений и осложнений заболеваний, а также комплекс мер по предотвращению снижения трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности. Вторичная профилактика включает:

✓ проведение диспансерных медицинских осмотров с целью выявления заболевания и факторов, влияющих на их течение;

✓ целевое санитарно-гигиеническое воспитание (обучение) пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;

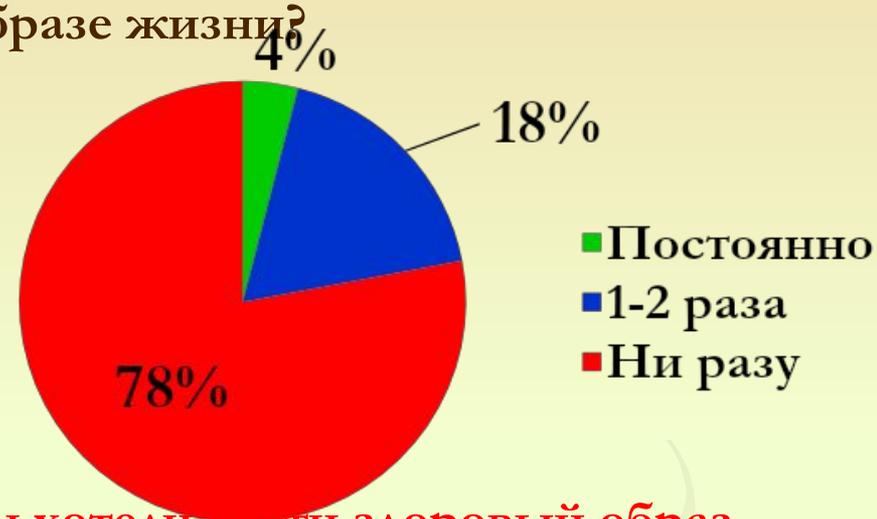
✓ проведение оздоровительных и лечебных мероприятий по

Есть ли в Вашей поликлинике врач, занимающийся вопросами профилактики?



- Да
- Нет
- Не знаю

Как часто на приеме участковый терапевт говорил Вам о здоровом образе жизни?



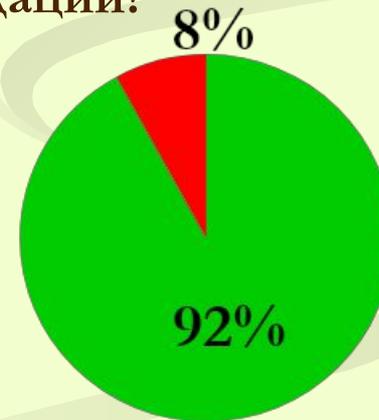
- Постоянно
- 1-2 раза
- Ни разу

В какой форме Вы бы хотели получать профилактические рекомендации?



Личное обращение к врачу
 Печатные материалы, подобранные врачом
 Интернет - ресурс
 Горячая линия

Вы бы хотели вести здоровый образ жизни при наличии соответствующих рекомендаций?



- Да
- Нет

Функции центров здоровья

- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- оценка факторов риска развития заболеваний;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей

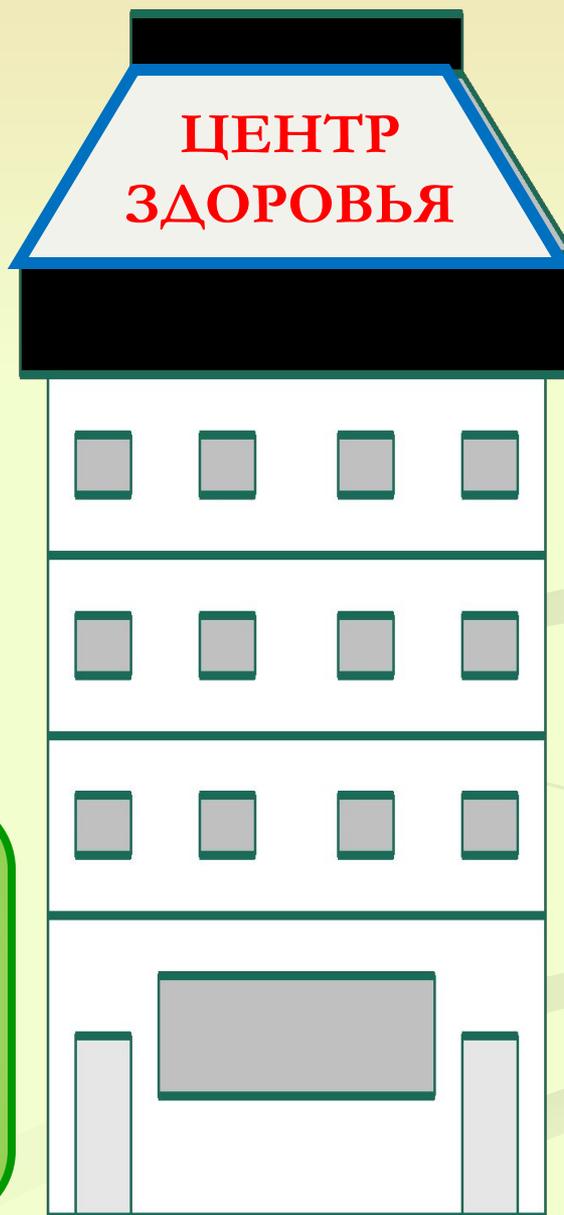
Структура центра здоровья

Блок скрининговой
диагностики
и мониторинга
состояния здоровья:

- кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе;

- кабинеты инструментального и лабораторного обследований

- кабинеты врачей, прошедших тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни и мед. профилактике.



Блок первичной и
вторичной
профилактики:

- ШКОЛЫ
здоровья

- кабинет
медицинской
профилактики;

- кабинет (зал)
лечебной
физкультуры;

Порядок оказания медицинских услуг гражданам Иркутской области в центре здоровья

Медицинские услуги оказываются с периодичностью 1 раз в год, следующим контингентам граждан, включая детей 15-17 лет:

- 1] впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования;
- 2] направленным ЛПУ по месту прикрепления;
- 3] направленным медицинскими работниками образовательных учреждений;
- 4] направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья;
- 5] направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья;
- 6] обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья.

Маршрутизация пациентов в Центрах здоровья



Комплексное обследование пациента (проводится 1 раз в год)

- .Измерение роста и веса
- .Тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, включая экспресс-исследования на содержание алкоголя и никотина в биологических жидкостях
- .Скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей)
- .Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления
- .Расчет плече-лодыжечного индекса
- .Экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови
- .Комплексную детальную оценку функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный)
- .Консультация врача

Анализ причин обращения граждан и оценка состояния здоровья (в % от числа обратившихся)

Наименование	всего	из них выявлено:		направлено	
		здоровых	с функциональными расстройствами	к врачам-специалистам Центра здоровья	в АПУ
обратившиеся в Центр здоровья всего, в том числе:	100	34,7	65,3	44,7	18,8
самостоятельно	81,8	34,9	65,0	40,4	21,4
направленные АПУ по месту прикрепления	13,4	34,0	66,0	67,2	7,6
направленные из стационаров после острого заболевания	0,8	60,0	40,0	-	13,3
направленные врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	3,9	26,6	73,4	67,4	5,9

Проблемы развития центров здоровья

- 1 Нет полных руководств по вопросам диагностики здоровья и рекомендациям по ЗОЖ.
- 2 Недостаточная теоретическая подготовка врачей по вопросам ЗОЖ при обучении в ВУЗах и ГИДУВах.
- 3 Одновременное внедрение большого количества единиц ранее не используемого оборудования.
- 4 Большое количество получаемых на выходе характеристик, сложность терминологии.
- 5 Утвержденные приказом карты носят общий характер, не являются удобным инструментом для врача, работающим с конкретным оборудованием, т.к. в отличие от истории болезни нет четкой инструкции, регламентирующей заполнение карт.
- 6 Нет программного обеспечения, объединяющего аппаратные комплексы в единую сеть.

Задачи центров медицинской профилактики

✓ координация организации и проведения научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях;

✓ организация и проведение мероприятий в области гигиенического образования и воспитания населения;

✓ проведение и анализ мониторинга неинфекционных заболеваний и их факторов риска;

✓ обеспечение организационно-методического руководства и координации (в т.ч. и межведомственной) деятельности ЛПУ по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья;

✓ информационное обеспечение ЛПУ и населения по вопросам профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья населения;

✓ организация контроля и анализ деятельности отдельных кабинетов

Задачи кабинетов медицинской профилактики

организация, координация и оценка эффективности деятельности ЛПУ по оказанию профилактических услуг;

выявление среди населения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция;

гигиеническое воспитание населения;

организация и проведение совместно с территориальным ЦМП обучения медицинских работников методам оказания медицинских профилактических услуг населению;

участие в информационном обеспечении специалистов и различных групп населения по вопросам профилактики заболеваний и укрепления здоровья;

проведение медико-социальных опросов медицинских работников и прикрепленного населения по вопросам

**Благодар
ю за
внимание!**

