

(Продолжение. Начало на 1–2-й стр.).

1) количество мобильных лечебно-профилактических модулей для проведения диспансеризации населения сельских и отдаленных территорий — до 12;

2) охват профилактическими медицинскими осмотрами детей на уровне не ниже 95 процентов;

3) охват диспансеризацией 100 процентов детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Задача 3. Снижение уровня распространенности и сохранение на спорадическом уровне распространности инфекционных заболеваний, профилактика крупных осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с региональным календарем профилактических прививок

В Свердловской области ежегодно регистрируется около 1 млн. инфекционных заболеваний. Бациллопрофилактика инфекционных болезней предупреждает возникновение новых случаев заболеваний, приводит к ликвидации ядра инфекции, влияет на продолжительность и качество жизни населения, экономят финансовые затраты на лечение и ликвидацию последствий инфекционных заболеваний.

Реализация национального и регионального календарей профилактических прививок положительно сказывается на эпидемиологической ситуации в Свердловской области. На протяжении нескольких лет (2009—2012 годы) не регистрируются случаи кори, полиомиелита, дифтерии, столбняка. Заболеваемость краснухой, эпидемическим паротитом, гепатитом В снижена до единичных случаев. Ежегодная массовая вакцинация против гриппа положительно влияет на уровень заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями в эпидемический сезон.

Отмечается благоприятная ситуация по заболеваемости коклюшем. После введения второй ревакцинации против коклюша в 2008 году в рамках регионального календаря профилактических прививок Свердловской области количество заболеваний не превышало 50 случаев в год. Однако в 2012 году, в связи с недостаточным уровнем ревакцинации, был зарегистрирован рост числа заболеваний коклюшем до 110 случаев.

Свердловская область относится к регионам со средневзвешенным распространением заболеваемости гепатитом А. В рамках регионального календаря профилактических прививок проводится вакцинация профессиональных групп риска и вакцинация по эпидемическим показаниям. В 2012 году зарегистрирован рост заболеваемости острым вирусным гепатитом А более чем в 2 раза, показатель заболеваемости составил 6,4 случая на 100 тыс. человек против 2,9 случая в 2011 году.

Ежегодно в Свердловской области регистрируется 190–200 случаев дизентерии Зонне, в том числе вспышки с количеством пострадавших от 20 до 100 человек. С целью снижения заболеваемости дизентерией Зонне в Свердловской области проводится ежегодная обязательная вакцинация работников молочно-товарных ферм и молочных заводов (6500 человек), однако эти объемы недостаточно для поддержания эпидемиологического благополучия.

Свердловская область является напряженным очагом клещевого энцефалита. Ежегодно регистрируется большое количество укусов, пострадавших от нападения клещей. В результате массовой вакцинации зарегистрировано снижение уровня заболеваемости клещевым энцефалитом в 1,7 раза, в 2012 году показатель заболеваемости составил 3,5 случая на 100 тыс. человек против 31,9 в 2011 году.

В Свердловской области случаев заболевания бешенство, тулярией и другими природно-очаговыми инфекциями не зарегистрировано, но поскольку возбудители этих заболеваний присутствуют во внешней среде, проводится ежегодная иммунизация групп риска.

В Свердловской области ежегодно регистрируется от 30 до 35 тыс. случаев ветряной оспы, в структуре инфекционных заболеваний без учета гриппа и ОРВИ ветряная оспа занимает 1 место, заболеваемость регистрируется во всех возрастных группах, более 50 процентов случаев приходится на возрастную группу 3–6 лет. Вакцинация против ветряной оспы введена в региональный календарь профилактических прививок с 2011 года, в связи с чем проводится иммунизация детей, посещающих закрытые коллективы детей, оставшихся без попечения родителей.

Вакцинация против пневмококковой инфекции и папилломовирусной инфекции входит в региональный календарь профилактических прививок Свердловской области, в рамках реализации которого вакцинируются дети, оставшиеся без попечения родителей.

Основными проблемами реализации мероприятий по вакцинации являются отсутствие заинтересованности работодателей в вакцинации работников, недостаточная информированность населения по вакцинации как основной мере профилактики инфекционных заболеваний, возрастание активности антивакцинальной лобби, трудности в привлечении средств местных бюджетов на цели иммунизации.

В целом население Свердловской области ежегодно получает более 5 млн. вакцинаций против 22 инфекций. В рамках реализации национального календаря профилактических прививок за счет средств бюджета Российской Федерации проводятся прививки против дифтерии, коклюша, столбняка В, гриппа, туберкулеза и гемифильной инфекции.

В рамках реализации календаря прививок по эпидемическим показаниям за счет средств областного бюджета, средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством, контингенты риска в Свердловской области иммунизируются против клещевого энцефалита, гепатита А, дизентерии Зонне, бешенства, тулярии, сибирской явы, бруцеллеза, менингококковой инфекции. В рамках финансирования календаря прививок по эпидемическим показаниям Свердловской области в 2012 году на цели вакцинации было направлено 132,2 млн. рублей, в 2013 году запланировано 139,5 млн. рублей.

Кроме того, в рамках реализации регионального календаря прививок рекомендовано проведение прививок против пневмококковой инфекции, ветряной оспы и вируса папилломы человека. Вакцинация против инфекции, не входящих в национальный календарь прививок и календарь прививок по эпидемическим показаниям, осуществляется по инициативе граждан.

Предотвращенный экономический ущерб от инфекционных заболеваний, достигнутый в результате реализации мероприятий по иммунопрофилактике, ежегодно составляет более 3 млрд. рублей. Массовая вакцинация против гепатита В позволила снизить уровень заболеваемости в 104 раза, увеличить среднюю продолжительность жизни населения области на 1,4 года. Иммунопрофилактика населения области против клещевого энцефалита позволила снизить уровень заболеваемости в 10 раз, предотвратить более 6,6 тыс. случаев заболевания, более 360 смертей, увеличить среднюю продолжительность жизни населения области на 0,35 года.

Реализация данной задачи позволит обеспечить эпидемиологическое благополучие по инфекциям, управлевыми средствами иммунопрофилактики, предотвратить развитие вспышек этих инфекционных заболеваний. Ожидаемыми результатами реализации мероприятий I этапа задачи 3 Подпрограммы 1 являются:

- 1) охват иммунизацией против вирусного гепатита В в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 2) охват иммунизацией против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 3) охват иммунизацией против кори в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 4) охват иммунизацией против краснухи в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 5) охват иммунизацией против эпидемического паротита в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 6) охват иммунизацией против полиомиелита в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 7) охват иммунизацией декретированных контингентов против дизентерии Зонне — не менее 95 процентов;
- 8) охват иммунизацией декретированных контингентов против гепатита А — не менее 95 процентов;
- 9) охват иммунизацией против клещевого энцефалита в декретированные сроки — не менее 83 процентов населения;
- 10) охват второй иммунизацией против коклюша в декретированные сроки — не менее 53 процентов детей;
- 11) охват иммунизацией против ветряной оспы — не менее 95 процентов детей, оставшихся без попечения родителей;
- 12) охват иммунизацией против пневмококковой инфекции — не менее 95 процентов детей, оставшихся без попечения родителей;
- 13) охват иммунизацией против папилломовирусной инфекции — не менее 95 процентов детей, оставшихся без попечения родителей;
- 14) охват иммунизацией против природно-очаговых заболеваний (тулярии, лептоспироз, бруцеллез, бешенство) — не менее 95 процентов групп риска.

Ожидаемыми результатами реализации мероприятий II этапа задачи 3 Подпрограммы 1 являются:

- 1) охват иммунизацией против вирусного гепатита В в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 2) охват иммунизацией против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 3) охват иммунизацией против кори в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 4) охват иммунизацией против краснухи в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 5) охват иммунизацией против эпидемического паротита в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 6) охват иммунизацией против полиомиелита в декретированные сроки — не менее 95 процентов населения;
- 7) охват иммунизацией против дизентерии Зонне — не менее 95 процентов декретированных контингентов;
- 8) охват иммунизацией декретированных контингентов против гепатита А — не менее 95 процентов;
- 9) охват иммунизацией против клещевого энцефалита в декретированные сроки — не менее 87 процентов населения;
- 10) охват второй иммунизацией против коклюша в декретированные сроки — не менее 60 процентов детей;
- 11) охват иммунизацией против ветряной оспы — не менее 95 процентов детей, оставшихся без попечения родителей;
- 12) охват иммунизацией против пневмококковой инфекции — не менее 95 процентов детей, оставшихся без попечения родителей;
- 13) охват иммунизацией против папилломовирусной инфекции — не менее 95 процентов детей, оставшихся без попечения родителей;

14) охват иммунизацией против природно-очаговых заболеваний (тулярии, лептоспироз, бруцеллез, бешенство) — не менее 95 процентов групп риска.

Задача 4. Профилактика и раннее выявление социально значимых заболеваний (ВИЧ-инфекции, туберкулеза, венерических заболеваний, заразных кожных заболеваний, наркомании, алкоголизма, психических расстройств, онкологических заболеваний)

ВИЧ-инфекция

Свердловская область относится к числу регионов с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции среди населения. На 01 января 2013 года зарегистрировано 15928 случаев ВИЧ-инфекции, показатель распространенности составил 1347,5 случая на 100 тыс. человек (третье место среди всех субъектов Российской Федерации).

Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются на всей территории Свердловской области. Превышение среднеобластного показателя распространенности ВИЧ-инфекции наблюдается в 22 муниципальных образованиях в Свердловской области.

Главной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в Свердловской области является внутривенное введение наркотиков при использовании нестерильного инструментария (более 65 процентов лиц с известными причинами заражения).

Основными проблемами в организации противодействия распространению ВИЧ-инфекции являются:

- 1) позднее выявление ВИЧ-инфекции, особенно среди лиц высокого риска инфицирования (потребители инъекционных наркотиков);
 - 2) несвоевременная постановка на диспансерный учет вновь выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов;
 - 3) недостаточный охват работающего населения и лиц высокого риска инфицирования профилактическими программами;
 - 4) недостаточное финансирование первичных мероприятий из средств местных бюджетов.
- В Свердловской области создана трехэтапная система оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам:
- 1) на уровне учреждений здравоохранения в муниципальных образованиях в Свердловской области — в клинико-диагностических кабинетах и кабинетах инфекционных заболеваний;
 - 2) на уровне управленческих округов Свердловской области — в пяти филиалах ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»;
 - 3) на областном уровне — в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее — ГБУЗ СО «ОЦ СПИД и ИЗ»).

В результате создания вышеуказанной системы повысилась качество, оперативность и эффективность оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам, их семьям и лицам, подвергающимся риску заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей:

- 1) увеличился объем скрининговых обследований населения на ВИЧ-инфекцию (в 2006 году — 13 процентов, 2012 году — 16 процентов);
- 2) увеличился охват диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных граждан (в 2006 году — 67 процентов, 2012 году — 88 процентов).

Организовано взаимодействие с Министерством социальной политики Свердловской области по оказанию комплексной медицинской и психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам.

При Правительстве Свердловской области создана координационная комиссия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области (распоряжение Правительства Свердловской области от 17.05.2013 № 629-РП «О дополнительных мерах по ограничению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на территории Свердловской области»), разработан проект типовой муниципальной программы по профилактике ВИЧ-инфекции с необходимыми объемами мероприятий и финансирования.

Ежегодно разрабатывается и реализуется межведомственный комплексный план по профилактике ВИЧ-инфекции на территории Свердловской области. Проводится анализ деятельности муниципальных образований в Свердловской области по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в соответствии с критериями оценки, утвержденными решением координационной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции. В соответствии с приказом Министерства общего и профессионального образования Свердловской области и Министерства здравоохранения Свердловской области от 01.12.2011 № 855-п/1344-п «О внедрении программы профилактики ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях Свердловской области» внедряется профилактическая программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащихся образовательных учреждений.

Разработана и внедряется на предприятии Свердловской области профилактическая программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди работающей молодежи.

Туберкулез

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Свердловской области характеризуется высоким, в сравнении с Российской Федерацией, уровнем распространенности туберкулеза среди населения области — 250,1 случая в 2011 году и 245,2 случая в 2012 году на 100 тыс. человек населения (в России — 161,9 и 157,7 на 100 тыс. человек населения соответственно), значительный объем ежегодно выявляемых на территории Свердловской области больных туберкулезом (число заболевших туберкулезом в 2011 году — 4 745 человек, 2012 году — 4 317 человек). Превышение значения показателя заболеваемости туберкулезом на территории Свердловской области по сравнению с Российской Федерацией обусловлено следующими факторами.

Ситуация осложняется развивающейся быстрыми темпами эпидемией ВИЧ-инфекции. В области постоянно увеличивается кумулятивное число больных ВИЧ-инфекцией, среди которых постоянно растет число больных с заболеваниями на поздних стадиях. Снижение иммунитета при ВИЧ-инфекции приводит к развитию вторичных заболеваний. Чаще всего развивается туберкулез, при этом эпидемиологическая ситуация по туберкулезу усугубляется именно вследствие сочетания двух этих инфекций. Так, по итогам 2011 года значение показателя заболеваемости населения Свердловской области туберкулезом составило 110,3 случая на 100 тыс. человек населения, а без учета лиц с ВИЧ-инфекцией — 78,3 случая на 100 тыс. человек населения (на 41 процент ниже). В 2012 году показатель заболеваемости туберкулезом населения области составил в Свердловской области 100,2 случая на 100 тыс. человек населения, а без учета лиц с ВИЧ-инфекцией — 77,3 случая на 100 тыс. человек населения, то есть на 29,6 процента ниже. На территории Свердловской области имеется высокая концентрация учреждений ГУФСИН (система ГУФСИН в Свердловской области является одной из самых крупных в стране и включает 47 колоний и СИЗО), однако влияние учреждений ГУФСИН на эпидемиологическую обстановку по туберкулезу в Свердловской области на протяжении последних лет имеет устойчивую тенденцию к снижению. В 2011 году в системе ГУФСИН по Свердловской области было взято на учет 426 человек с впервые выявленным туберкулезом, в 2012 — 426. Доля заключенных среди впервые взятых на учет больных туберкулезом в Свердловской области составила в 2011 году — 12,8, 2012 году — 9,9 процента.

Показатель заболеваемости населения области туберкулезом без учета заболевших туберкулезом из системы ГУФСИН в 2012 году на 11 процентов ниже общего показателя заболеваемости туберкулезом — 90,3 случая на 100 тыс. человек населения (в 2011 году — на 20,7 процента ниже общего показателя заболеваемости туберкулезом и составил 91,4 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2009–2012 годах уровень охвата профилактическими осмотрами на туберкулез в области составил на 21–22 процента выше, чем в среднем по России: в 2009 году — 71,3 процента, 2010 году — 75,9 процента, 2011 году — 72,5 процента, 2012 году — 75,3 процента. В учреждениях ГУФСИН по Свердловской области в 2009–2012 годах был усилен контроль проведения 100-процентного ежегодного двукратного флюорографического обследования осужденных, кроме того были расширены показания для проведения химиопрофилактики туберкулеза в группе риска среди осужденных, особенно имеющих ВИЧ-инфекцию.

В целом охват профилактическими осмотрами населения на туберкулез в 2012 году составил 74,8 процента. Охват рентгенофлюорографическими осмотрами составил 70,1 процента (в 2011 году — 67,3 процента). Охват туберкулинодиагностикой детей до 14 лет составил 97,6 процента (в 2011 году — 94,7 процента). Доля больных, выявленных в Свердловской области при профилактических осмотрах, в 2012 году составила 61,3 процента, что на 1 процент выше показателя 2011 года. Доля выявленных при профилактических осмотрах больных туберкулезом в 2012 году составила 60,3 процента.

Основными проблемами при организации противотуберкулезной работы являются:

- 1) недостаточный охват флюорографическими осмотрами неорганизованного населения, населения, проживающего на отдаленных территориях;
 - 2) недостаточный охват флюорографическими осмотрами групп риска (ВИЧ-инфицированные, наркозависимые, лица без определенного места жительства);
 - 3) низкая информированность населения по профилактике туберкулеза;
 - 4) несвоевременное выявление туберкулеза, высокие показатели регистрации посмертной диагностики туберкулеза.
- В 2011–2012 годах больше внимания было уделено активному выявлению туберкулеза среди групп риска, неорганизованного населения, особенно лиц, не осматриваемых 2 года и более лет, а также сельских жителей; выявлению туберкулеза среди неорганизованного населения возросла до 1,7 случая на 1000 обследованных (в 2011 году — 1,6), среди сельских жителей — до 1,6 (в 2011 году — 1,5).

Доля подростков, охваченных рентгенофлюорографическими профилактическими осмотрами на туберкулез в 2012 году, увеличилась до 91,4 процента (в 2011 году — 80,5 процента).

Важным результатом мероприятий по выявлению туберкулеза в 2012 году явилось снижение количества впервые выявленных больных туберкулезом с полостями распада легочной ткани (снижение на 12,4 процента по сравнению с 2011 годом).

В Свердловской области продолжается замена пленочных флюорографов на цифровые аппараты, на 01 января 2013 года в лечебно-профилактических учреждениях области функционировало 122 цифровых флюорографа и 32 пленочных, в том числе 16 первичных флюорографических установок, 12 из которых располагаются в противотуберкулезных учреждениях области.

В 2012 году по программе модернизации здравоохранения приобретено 53 цифровых флюорографов на сумму 124 740 тыс. рублей, в 2013 году запланировано приобретение 11 первичных флюорографических цифровых установок на сумму 61 600 тыс. рублей.

Для дальнейшего снижения показателя заболеваемости населения Свердловской области туберкулезом необходимо организовать современное и доступное для всех слоев населения обследование на туберкулез, усилить контроль величины охвата и качества проводимых профилактических осмотров населения групп риска.

Венерические и заразные кожные заболевания

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости венерическими и заразными кожными заболеваниями в Свердловской области в последние годы расценивается как относительно благополучная.

Уровень заболеваемости отдельными социально значимыми болезнями на территории области превышает среднероссийский показатель: заболеваемость сифилисом — 45 случаев на 100 тыс. человек населения (Российская Федерация — 37,6), гонококковой инфекцией — 56,2 случая на 100 тыс. человек населения (Российская Федерация — 38,2), чесоткой — 65 случаев на 100 тыс. человек населения (Российская Федерация — 49,5). Однако с 2008 года отмечается четкая тенденция к снижению заболеваемости сифилисом — на 38 процентов, гонококковой инфекцией — на 13 процентов, чесоткой — на 55,3 процента. Заболеваемость микроспорией в Свердловской области составляет 38,3 случая на 100 тыс. человек населения, что ниже показателя по Российской Федерации — 44,2. В 2011 году по сравнению с 2010 годом отмечался рост на 19,3 процента.

Ежегодно в структуре заболеваемости сифилисом снижается доля ранних форм заболевания (2010 год — 83 процента, 2011 год — 79 процентов, 2012 год — 77 процентов) и увеличивается число поздних форм. Таким образом, ведущую роль в выявлении сифилиса приобретает скрининговое серологическое обследование населения.

С 2008 года после внедрения скринингового серологического обследования на сифилис отмечается снижение заболеваемости данной инфекцией на 38 процентов, при этом доля активного выявления ежегодно составляет не менее 75 процентов от всех выявленных случаев.

Реализация совместного приказа Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучию человека по Свердловской области от 08.04.2009 № 384-п, 01-01-01-01/108 «Об организации лечебно-диагностических и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по ограничению распространения чесотки среди населения Свердловской области» позволила добиться снижения заболеваемости чесоткой до 65 процентов.

В 2012 году были проведены капитальные ремонты амбулаторно-поликлинических отделений ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» и его филиалов на общую сумму 34 874 тыс. рублей.

В 2011–2012 годах приобретено оборудование для диагностики сифилиса и других инфекций, передаваемых половым путем, на общую сумму 11 299 тыс. рублей.

Наркомания и алкоголизм

Одним из негативных показателей состояния здоровья населения является высокая распространенность наркологических заболеваний, несмотря на то, что заболеваемость наркоманией и алкоголизмом в Свердловской области за период с 2008 по 2012 годы остается стабильной с тенденцией к снижению, что соответствует общероссийской ситуации и ситуации в Уральском федеральном округе.

Под наблюдением врачей психиатров-наркологов находится 54 762 пациента, или 1,3 процента всего населения Свердловской области (по Российской Федерации — 2,1 процента). У 45 581 из них установлен диагноз наркологами — запоями, 1/5 из которых составляют лица, страдающие наркоманией (10 343 человека).

В 2012 году показатель общей заболеваемости наркоманией составил 249,9 случая на 100 тыс. человек населения (в 2011 году — 258,6), показатель первичной заболеваемости наркоманией — 30,6 на 100 тыс. человек населения (в 2011 году — 31,8).

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом в 2012 году составил 785 случаев на 100 тыс. человек населения, что ниже среднероссийского в 1,7 раза, показатель первичной заболеваемости алкоголизмом — 73,1 случая на 100 тыс. человек населения, уровень алкогольных психозов — 56,9 на 100 тыс. человек населения.

Значимым критерием в оценке наркоситуации является количество смертельных отравлений психоактивными веществами, количество которых в Свердловской области ежегодно снижается. По сравнению с 2008 годом уровень смертельных отравлений этанолом (21,4 случая на 100 тыс. человек населения) снизился на 9,3 процента, наркотиками (4,5 случая на 100 тыс. человек населения) — на 66,6 процента.

Основными проблемами наркологической службы являются: низкая укомплектованность наркологической службы специалистами с высшим медицинским образованием и специалистами смежных профессий (психологи, социальные работники, специалисты по социальной работе), недостаточное количество реабилитационных коев (в области необходимо дополнительно развернуть около 100 реабилитационных коев), появление новых синтетических наркотиков, потребных в немедикаментозных целях и не включенных в списки I, II, III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, что затрудняет процесс диагностики употребления психоактивных веществ, в том числе при проведении тестирования среди учащихся учебных заведений в рамках первичной профилактики.

В Свердловской области проведен комплекс мероприятий по приведению деятельности наркологической службы Свердловской области в соответствие с требованиями федерального порядка оказания медицинской помощи наркологическим больным.

В дополнение к функционирующим кабинетам медицинского освидетельствования на состояние опьянения дополнительно открыли еще 5, отремонтировали все наркологические отделения психиатрических больниц и часть площадей ГБУЗ СО «Областной наркологический диспансер», организован кабинет медико-генетического консультирования и химико-токсикологической лаборатории на базе ГБУЗ СО «Областной наркологический диспансер».

С целью создания системы медико-социальной реабилитации и ресоциализации лиц, страдающих наркозависимостью, в Свердловской области создана система реабилитации наркозависимых в городе Карпинске на базе ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 10», создан ГАУЗ СО «Наркологический реабилитационный центр «Урал без наркотиков».

В рамках информатизации для амбулаторной службы подготовлено программное обеспечение, которое позволяет использовать данные все имеющихся учетных форм с возможностью создания баз данных, формирования годовых отчетов. Все кабинеты амбулаторного наркологического приема Свердловской области оснащены компьютерной техникой, проведена специальная учеба по информационным технологиям для работников.

Подготовка врачей осуществляется за счет средств областного бюджета в рамках первичной подготовки по вопросам наркологии и тематического усовершенствования (цикл «Избранные вопросы наркологии»).

С целью совершенствования подготовки специалистов в области реабилитации лиц с наркологическими расстройствами и повышения качества оказания лечебной и реабилитационной наркологической помощи в 2012 году в Свердловской области был проведен ряд семинаров и конференций. В целях развития и действенного функционирования системы раннего выявления и профилактики наркомании среди молодежи в Свердловской области с 2010 года проводится тестирование обучающихся в общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования на выявление фактов употребления психоактивных веществ.

Ежегодно в результате тестирования выявляются лица с положительным результатом, хотя количество их на каждом этапе уменьшается. Так, в 2010/2011 учебном году прошли тестирование 150 690 учащихся, из них в группу риска включено 1 483 человека, или 1 процент от общего числа протестированных. В 2012/2013 учебном году прошли тестирование 163 699 человек, из них включено в группу риска 840 человек, что составило 0,5 процента от общего числа протестированных. Учащиеся, включенные в группу риска, получают консультацию врача психиатра-нарколога.

Профилактика суицидов

Распространенность суицидального поведения среди населения является важным показателем, отражающим социальную, психологическую обстановку в обществе, качество жизни и развитость социальных институтов.

Показатели суицидальной активности населения Свердловской области сохраняются по-прежнему выше «критической» отметки, определенной ВОЗ на уровне 20 случаев суицида на 100 тыс. человек населения в год, и выше среднероссийского показателя 2011 года, который составил 21,8 случая на 100 тыс. человек населения. Сеть суицидологической помощи недостаточно развита, в частности, отмечается недостаточное количество кабинетов социально-психологической помощи взрослому и детскому населению.

- 1) отделение «телефон доверия» на базе филиала «Сосновый бор» ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», который действует с 2009 года. С 2010 года открыт телефон экстренной психологической помощи (телефон доверия) для детей и подростков 8-800-300-83-83. Звонки на оба указанных телефона бесплатны для всех звонящих на всей территории Свердловской области;
- 2) городской телефон доверия на базе ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6» в городе Екатеринбург;
- 3) телефон доверия на базе ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7» в городе Нижний Тагил, телефон доверия на базе ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8» в городе Первоуральск;
- 4) кабинеты социально-психологической помощи, роль которых выполняют следующие подразделения: психотерапевтическая поликлиника ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7», кабинет психотерапевта ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8», амбулаторное лечебно-диа-

гностическое психоневрологическое отделение ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», отделение кризисных состояний для детей ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница».

Злокачественные новообразования

В 2012 году было зарегистрировано 15 905 впервые выявленных онкологических больных.

Увеличилось число вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями молочной железы, ободочной и прямой кишки, шейки матки, предстательной железы.

Стабильными остаются показатели заболеваемости раком легких, желудка, тела матки.

Показатель смертности в 2012 году составил 222 случая на 100 тыс. человек населения (в 2011 году — 224,6).

Совершенствование организации медицинской помощи при онкологических заболеваниях является одним из приоритетных направлений деятельности системы здравоохранения в Свердловской области.

Министерством здравоохранения Свердловской области издан ряд регламентных документов по организации раннего выявления больных с злокачественными новообразованиями, по внедрению системы маршрутизации с целью выполнения стандартов медицинской помощи и сроков обследования больных с подозрением на злокачественные новообразования. В ежемесячном режиме проводятся заседания областной противораковой комиссии Министерства здравоохранения Свердловской области, ежеквартально — мониторинг выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях и визуальных локализаций, проведения скрининговых исследований.

Так, количество женщин, обследованных в смотровых кабинетах в 2012 году, составило 317 876 человек (в 2011 году — 316 028), цитологических исследований проведено 382 376 (в 2011 году — 354 920). Количество проведенных маммографических исследований — 122 000.

В учреждениях здравоохранения Свердловской области работает 71 первичный онкологический кабинет, 101 женский смотровой кабинет, 12 экспресс-диагностических урологических кабинетов.

Мероприятия, способствующие раннему выявлению злокачественных новообразований, запланированы в рамках программ, действующих на территории области, с привлечением средств федерального и областного бюджетов. Лыготное лекарственное обеспечение жителей Свердловской области, в том числе страдающих онкологическими заболеваниями, осуществляется по федеральным программам: семь высокотратных онкологических и обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами.

Проводимые мероприятия дают положительные результаты: при высоком интенсивном показателе заболеваемости злокачественными новообразованиями (2011 год — 379,4, 2012 год — 377,7 случая на 100 тыс. человек населения) удельный вес впервые выявленных больных с I и II стадиями заболевания увеличился с 54,4 процента в 2011 году до 56,7 процентов в 2012 году; удельный вес впервые выявленных больных с I и II стадиями визуальных локализаций также вырос: 70,6 процента в 2010 году, 75,4 процента в 2011 году, 75,5 процента в 2012 году. Наблюдается снижение показателя однодневной смертности (2011 год — 26,6 процента, 2012 год — 24,7 процента) и рост показателя пятилетней выживаемости (2010 год — 55 процентов; 2011 год — 55,6 процента, 2012 год — 55,8 процента).

В ближайшие годы работа будет продолжаться по направлениям: увеличение охвата населения скрининговыми методами обследования (цитологическими, ультразвуковыми, маммографическими, рентгенографическими); обеспечение двухуровневой работы смотровых кабинетов с полной нагрузкой, повышение информированности населения о проблеме онкологической помощи; повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала всех специальностей по вопросам выявления злокачественных новообразований; увеличение объемов проведения химиотерапевтического лечения в учреждениях здравоохранения по месту жительства; организация оказания паллиативной медицинской помощи.

Ожидаемыми результатами реализации мероприятий I этапа задачи 4 Подпрограммы 1 являются:

- 1) увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, до 88 процентов от числа выявленных;
- 2) охват скрининговыми обследованиями населения на ВИЧ-инфекцию — не менее 20 процентов населения;
- 3) повышение уровня информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции — не менее 90 процентов;
- 4) снижение показателя заболеваемости туберкулезом до 86 случаев на 100 тыс. человек населения;
- 5) охват профилактическими осмотрами на туберкулез не менее 75,3 процента населения, в том числе групп риска;
- 6) снижение показателя заболеваемости населения сифилисом до 33,8 случая на 100 тыс. человек населения, гонококковой инфекцией — до 56 случаев, чесоткой — до 44 случаев, микроспорией — до 41,7 случая на 100 тыс. человек населения;
- 7) увеличение охвата населения скрининговым серологическим обследованием на сифилис — до уровня 700 исследований на 1000 человек населения;
- 8) снижение общей заболеваемости наркоманией до 242,4 случая на 100 тыс. человек населения;
- 9) снижение общей заболеваемости алкоголизмом до 763 случая на 100 тыс. человек населения;
- 10) уменьшение доли больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, до 15 процентов;
- 11) уменьшение доли больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года, до 10 процентов;
- 12) снижение уровня смертности населения за счет профилактики развития депрессивных состояний и суицидального поведения до 24,65 случая на 100 тыс. человек населения;
- 13) увеличение количества кабинетов социально-психологической помощи взрослому населению до 5;
- 14) увеличение количества кабинетов социально-психологической помощи детскому населению до 5;