

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ЮФО: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Кательницкая Л.И.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Резюме

В Южном федеральном округе сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, являющаяся отражением ситуации в России в целом. В целом по Южному федеральному округу по сравнению с 2004 годом заболеваемость возросла на 8,7 %, болезненность — на 7,8%. Анализ летальности показал ее высокие значения во всех субъектах Южного федерального округа. По данным на 2005 год, в среднем по ЮФО в стационаре от болезней системы кровообращения на 100 поступивших умирает 3,22 человек, от острого инфаркта миокарда — 15,9, от цереброваскулярных заболеваний — 7,09, хронической ишемической болезни сердца — 4,11, заболеваний, сопровождающихся подъемом артериального давления — 0,13 человек. Охват диспансерным наблюдением лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями составил в 2002 — 31,77%, в 2003 — 31,29%, в 2004 году — 30,96. По данным за 2005 год, в целом по округу диспансерным наблюдением охвачено всего 31,4% лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В свете реализации национального проекта в сфере здравоохранения с большей остротой обозначены проблемы реструктуризации коечного фонда, повышения профессионального уровня медицинских кадров, широкого внедрения профилактических технологий.

Ключевые слова: кардиологическая служба, южный федеральный округ, заболеваемость, смертность, летальность, диспансеризация.

За последние десятилетия отчетливо прослеживается неуклонный рост заболеваемости, инвалидности и смертности россиян [1,2,3,4,5]. В 2004—2005 гг. наметилась некоторая тенденция к снижению смертности, однако ее показатели по-прежнему превышают таковые в Европейских странах [5,6]. Лидирующее место в печальном списке причин смерти населения Российской Федерации (РФ) по-прежнему занимают болезни системы кровообращения (БСК). Таким образом, россияне умирают от предотвратимых причин. Стало очевидным, что борьба за увеличение продолжительности жизни россиян в XXI веке невозможна без разработки принципиально новых, высокоэффективных государственных программ первичной и вторичной профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Развитие профилактического направления, наряду с оптимизацией оказания первичной медицинской помощи, обеспечением населения высокотехнологичной медицинской помощью, является приоритетным в свете реализации национально-проекта в сфере здравоохранения.

Однако успешная реализация проекта невозможна без объединения усилий регионов, находящихся в непосредственной территориальной близости. В современном здравоохранении активно реорганизуются, оснащаются и развиваются учреждения федерального подчинения. В помощь территориальным органам

управления здравоохранением создана система мощных окружных медицинских центров, одним из которых является Южный окружной медицинский центр МЗ и СР РФ, координирующий лечебно-профилактическую работу в регионе. Южный регион представлен 13 субъектами и объединяет 3 области, 2 края и 8 республик: Астраханскую область, Волгоградскую область, Кабардино-Балкарскую республику, Карачаево-Черкесскую республику, Краснодарский край, Республику Адыгея, Республику Дагестан, Республику Ингушетия, Республику Калмыкия, Республику Северная Осетия-Алания, Ростовскую область, Ставропольский край, Чеченскую Республику. По степени оснащенности, уровню и объему оказываемой населению медицинской помощи, социально-экономическому положению Южный федеральный округ (ЮФО) является неоднородным. Так, входящие в него Ставропольский и Краснодарский края, Ростовская и Волгоградская области отличаются широко развитой сетью лечебных, амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих населению высокотехнологичные виды помощи, а в некоторых субъектах ЮФО (Чеченская, Карачаево-Черкесская Республики, Республика Ингушетия) имеется кадровый дефицит, недостаточный уровень оснащенности диагностическим оборудованием, низкая доступность современных методов лечения и диагностики.

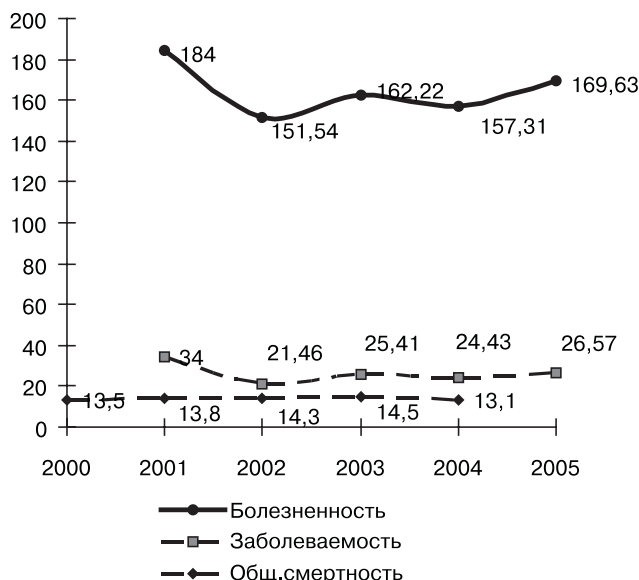


Рис. 1. Динамика общей смертности, болезненности и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом по ЮФО (на 1 тыс. населения).

В ЮФО сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, являющаяся отражением ситуации в России в целом [8,9]. Современная демографическая ситуация в России характеризуется неуклонной убылью населения, снижением рождаемости, ростом доли лиц нетрудоспособного возраста [11]. Начиная с 1992 года, в РФ регистрируется отрицательный естественный прирост, значения которого составили: — 1,5 в 1992, — 5,1 в 1993, — 6,1 в 1994, — 5,7 в 1995, — 5,3 в 1996, — 5,2 в 1997, — 4,8 в 1998, — 6,4 в 1999, — 6,7 в 2000, — 6,5 в 2001, — 6,6 в 2002, — 7,0 в 2003 году [2,3,4]. С момента проведения переписи населения в 2002 г. число россиян уменьшилось почти на 1 миллион человек, т.е. на 0,7 % [11]. В 2004 году в демографической ситуации ЮФО, как и во всей России, наметилась тенденция к улучшению. По сравнению с 2003 годом увеличение численности населения произошло практически во всех субъектах ЮФО. Так, в Ростовской области население увеличилось на 2,5 %, в Волгоградской области — на 2,1%, в Краснодарском и Ставропольском краях — на 2,7% и 3,5%. Наиболее выраженное увеличение численности населения, по сравнению с 2003 годом, зарегистрировано в Кабардино-Балкарской Республике и составило 15%. Увеличение естественного прироста отмечено также в Республиках Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Карачаево-Черкесской и Чеченской Республиках. В этих субъектах, с традиционно высоким уровнем рождаемости, положительный естественный прирост населения стабильно держится уже на протяжении 3 лет.

Однако, в целом существенного оздоровления демографической ситуации в Российской Федерации не произошло. По-прежнему доминирует главный фактор депопуляции — значительное превышение

смертности над рождаемостью [11]. В 2004 году отрицательный естественный прирост зарегистрирован практически на всей территории России, в том числе, и во всех субъектах ЮФО, за исключением республик Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Чеченской и Карачаево-Черкесской республик. В целом по ЮФО в 2005 году население, по сравнению с таковым в 2004 году, уменьшилось на 0,3 % и составило 22 841 800 человек [7,8,9]. По данным на 2005 год, убыль населения в России составила 843 000 человек, в ЮФО — 734.

Оценка динамики болезненности и заболеваемости объективно показала, что при наметившейся тенденции снижения данных показателей в 2004 году по сравнению с 2003 годом, в 2005 году вновь зарегистрировано повышение заболеваемости и болезненности. В целом по ЮФО заболеваемость возросла на 8,7%, болезненность — на 7,8%.

Рис. 1 иллюстрирует тот факт, что кривые общей смертности практически повторяют кривые заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, что еще раз подчеркивает большой негативный вклад последней в смертность населения.

Наиболее высокие показатели болезненности сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2005 году зарегистрированы в Волгоградской области (239,16 на 1 тысячу населения), которые превысили средний показатель по ЮФО на 40,9%. Первичная заболеваемость в 2005 году оказалась наиболее высокой в Чеченской Республике и составила 72,22 на 1 тысячу населения, что в 2,7 раза выше среднего показателя по ЮФО. Оценка первичной заболеваемости в динамике с 2000 по 2005 год показала рост таковой по основным классам сердечно-сосудистой патологии (рис. 2). Наиболее выраженный рост первичной заболеваемости регистрируется с 2002 года. Так, по сравнению с 2002 годом, в целом по ЮФО первичная заболеваемость гипертонической болезнью возросла с 4,45 до 6,61 (на 48,5%), цереброваскулярными заболеваниями — с 4,71 до 5,09 на (8%), ИБС — с 4,45 до 5,43 на (22%), острым инфарктом миокарда — с 0,13 до 1,15 (на 15 %). Оценить факт роста первичной заболеваемости гипертонической болезнью однозначно нельзя, так как возможно определенную роль сыграло увеличение процента выявляемости в связи с реализацией первого этапа федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и ее осложнений в РФ».

Анализ летальности показал высокие значения последней во всех территориальных субъектах ЮФО (рис.3). По данным 2005 года, в среднем по ЮФО, в стационаре от БСК на 100 поступивших умирает 3,22 человек; от острого инфаркта миокарда — 15,9; от цереброваскулярных заболеваний — 7,09; на фоне хронической ИБС — 4,11, а при заболеваниях, сопровож-

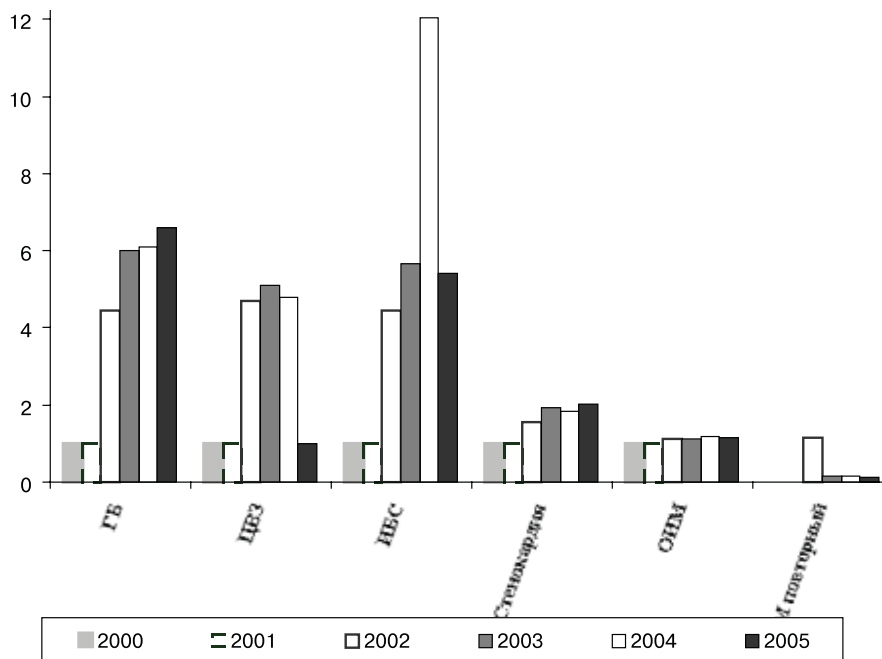


Рис. 2. Динамика общей смертности, болезненности и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом по ЮФО (на 1 тыс. населения).

дающихся подъемом артериального давления, — 0,13 человек. Самые высокие показатели летальности в 2005 году от БСК в целом зарегистрированы в Краснодарском крае (4,18), Волгоградской (3,81) и Астраханской областях (3,69). Наибольшая летальность от острого инфаркта миокарда в 2005 году зарегистрирована в Республике Дагестан (55,0); от cerebrovasкулярных заболеваний — в Республике Ингушетия (10,13); от заболеваний с подъемом артериального давления — в Чеченской республике (0,30); на фоне хронической ИБС — в Республике Северная Осетия-Алания (6,57); на фоне острой ревматической лихорадки — в Краснодарском крае (0,56). Становится очевидным необходимость анализа причин такой высокой летальности в данных территориальных субъектах ЮФО [6,7,8,9].

Анализ динамики летальности за прошедшие три года в целом по ЮФО показал ее незначительное уменьшение — с 3,28 до 3,22. Однако, в Астраханской области, республиках Ингушетия и Северная Осетия-Алания зарегистрировано увеличение больничной летальности, в основном за счет летальности от острого инфаркта миокарда, в том числе и повторного.

Хотелось бы подчеркнуть, что рост стационарной летальности нельзя оценивать однозначно. В ряде регионов рост стационарной летальности, отчасти, можно объяснить уменьшением случаев смерти на дому, увеличением шансов быстрой доставки тяжелых, подчас некурабельных, пациентов в стационар. В представленных для отчетности материалах явно недостаточно данных для того, чтобы сложить впе-

чатление о характере летальности (до истечения суток, в течение 1 часа и т.д.), спектре непосредственных причин смерти пациентов с сердечно-сосудистой патологией (отек легких, нарушения ритма, тромбоэмболические осложнения, острая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.).

Одним из приоритетных направлений национального проекта в сфере здравоохранения является диспансеризация. Результатом последней должно стать снижение обострений хронических заболеваний на 30%, временной утраты трудоспособности — на 20%, заболеваний ишемической болезнью сердца (ИБС) — на 12%, гипертонической болезнью — на 30%. Анализ состояния диспансеризации в ЮФО показывает крайне низкий процент охвата ею лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями (рис. 4, табл. 1). Начиная с 2002 года, процент охвата диспансерным наблюдением лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями практически не менялся и составил в 2002 — 31,77%, в 2003 — 31,29%, в 2004 году — 30,96. По данным за 2005 год, в целом по округу диспансерным наблюдением охвачено всего 31,4% лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Значительно лучше складывается ситуация с диспансеризацией в Республике Ингушетия и Северная Осетия-Алания, где диспансерным наблюдением охвачено 82,01% и 75,21% соответственно.

Прогностически неблагоприятная тенденция сложилась относительно диспансеризации наиболее уязвимого контингента кардиологических больных — пациентов, перенесших ОИМ. В среднем по ЮФО охват диспансеризацией лиц с повторным ОИМ составляет 29,86 %, что почти в 2 раза меньше, чем в 2004

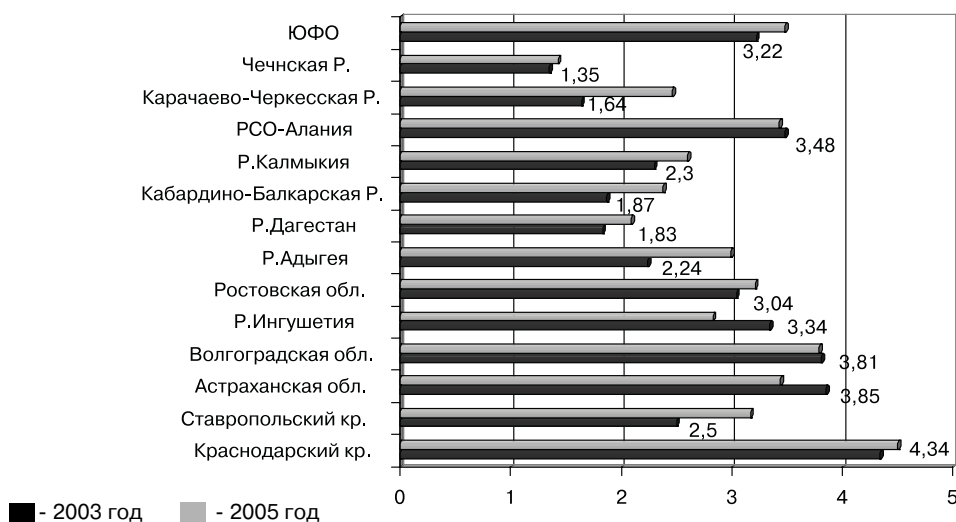


Рис. 3. Динамика летальности от болезней сердечно-сосудистой системы в стационарах ЮФО (на 100 поступивших).

году. Крайне низким этот показатель является в Астраханской области (2,92%), Республике Адыгея (1,37%), Ставропольском крае (8,27%), Волгоградской области (9,81%). Недопустимо низким остается в ЮФО и процент охвата диспансеризацией лиц с цереброваскулярными заболеваниями. В целом по округу этот показатель составил 17,8%. С позиций первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии, в частности, гипертонической болезни и ее осложнений, ситуация с диспансеризацией в округе требует немедленной корректировки.

Диспансеризация, являющаяся первостепенной задачей национального проекта в сфере здравоохранения, включает не только скрининг в группах риска развития тех или иных заболеваний, но и повышение у населения мотивации к здоровому образу жизни, активизацию профилактических мероприятий на популяционном и групповом уровнях, разработку индивидуальных профилактических программ.

Массовые мероприятия, как действенный инструмент профилактического воздействия на популяционном уровне, также активно проводились в территориальных субъектах ЮФО [7,8]. Участниками массовых оздоровительных акций в 2004 г. в целом по ЮФО стало 200 119 человек: в Республике Калмыкия — 5326, в Астраханской области — 929, в Волгоградской области — 123, в Республике Адыгея — 1042, в Республике Дагестан — 73799, в Республике Ингушетия — 629, в Республике Кабардино-Балкария — 42000, в Республике Карачаево-Черкессия — 86, в Республике Северная-Осетия-Алания—15076, в Чеченской Республике — 166, в Краснодарском крае — 46 265, в Ставропольском крае — 684, в Ростовской области —13 994. Активность профилактических мероприятий и оздоровительных акций в целом по ЮФО в 2005 году значительно возросла. Число лиц, принявших участие в массовых оздоровительных ме-

роприятиях составило в 2005 году 4 106 303 человека. В школах для больных БСК в 2005 году прошли обучение: в Ростовской области — 494 477, в Краснодарском крае — 117 095, в Ставропольском крае — 54761, в Волгоградской области — 56 886, в Астраханской области — 124 333, в Республике Адыгея— 15 282, в Республике Северная Осетия-Алания — 47 628, в Карачаево-Черкесской Республике — 39 863, в Кабардино-Балкарской Республике — 55 182, в Республике Калмыкия — 22 201 человек. Наиболее активно функционируют школы в Ростовской, Волгоградской, Астраханской областях, Ставропольском и Краснодарском краях, Республике Северная Осетия-Алания. Практически во всех субъектах ЮФО имеются региональные профилактические программы, однако финансирование последних, к сожалению, не является достаточным и постоянным. Итак, очевидным является несовершенство нормативно-правовой базы, недостаточное финансирование и неудовлетворительная материальная база большинства Центров медицинской профилактики.

Немаловажной характеристикой кардиологической службы в целом и стационаров, в частности, является состояние коечного фонда. В целом по РФ имеется тенденция к снижению обеспеченности койками круглосуточного пребывания. Так, с 1990 по 2001 г. она снизилась с 130,5 до 108,7 на 10 тыс. населения. Однако, с 2001 года началось расширение сети стационаров круглосуточного пребывания. Анализируя коечный фонд ЮФО, можно констатировать увеличение количества коек по сравнению с 2002 г. на 0,7%, в основном, за счет коечного фонда в Краснодарском крае, Ростовской области, Республиках Дагестан, Калмыкия, Кабардино-Балкария. Обращает на себя внимание крайне низкая обеспеченность кардиологическими койками в Республике Дагестан — 1,97 на 10 000 населения. При этом койка значитель-

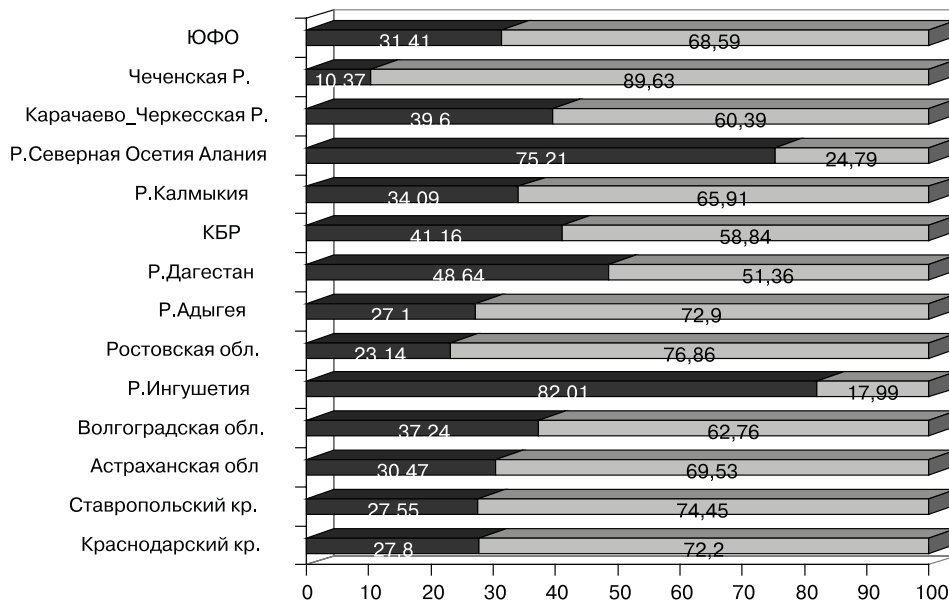


Рис. 4. Охват диспансеризацией (в %) лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями в субъектах ЮФО (2005 г).

но «перегружена» и «работает» 398,0 дней в году. Несмотря на достаточную обеспеченность кардиологическими койками из расчета норматива государственных гарантий, в Краснодарском крае, республиках Адыгея, Карачаево-Черкесия и Северная Осетия–Алания имеется значительная перегруженность койки в году. Данная ситуация диктует необходимость проведения динамического анализа кардиологического коечного фонда ЮФО с разработкой мер по его реструктуризации.

Одним из приоритетов развития здравоохранения в свете национального проекта «Здоровье» является оптимизация оказания высокотехнологичной помощи. По сравнению с 2004 годом, число диагностических и лечебных хирургических манипуляций на сердце и сосудах значительно возросло. В 2004 году было выполнено 5334 операции на сердце, из них с искусственным кровообращением – 1441. В 2005 году эти показатели составили 6837 и 1696 соответственно. Число операций по поводу врожденных пороков сердца возросло с 380 до 575, имплантаций кардиостимулятора – с 1559 до 2028, аортокоронарных шунтирований – с 655 до 829, ангиопластик – с 868 до 1178. Основное увеличение числа операций в 2005 году произошло в Краснодарском крае и в Ростовской области. В остальных территориальных субъектах ЮФО методы хирургической коррекции коронарного кровотока, врожденных пороков сердца не проводятся. В 2005 году не проведено ни одной операции по имплантации кардиостимулятора в Астраханской области, тогда как в 2004 году их было проведено 89.

Недостаточным является и уровень внедрения в территориальных субъектах ЮФО и современных диагностических методик. Так, в минувшем году, стресс-эхокардиоскопия проводилась только в Рос-

товской, Волгоградской, Астраханской областях и Краснодарском и Ставропольском краях. Интервенционные ангиографические исследования выполнялись только в Ростовской области и Краснодарском крае.

Повышение квалификации врачебных кадров, их научного и образовательного потенциала, является неотъемлемым условием успешной реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. В настоящий момент в системе здравоохранения РФ трудится свыше 4 млн. человек, в том числе, 607 000 врачей всех специальностей. По данным на 1.04.2004 года, число врачей в целом в ЮФО составило 85 358 человек, таким образом, в субъектах ЮФО трудится 14 % всех российских медиков. Число врачей в Ростовской области составило 14 635 человек, т.е. 2,4 % от общего числа российских. Анализ кардиологических кадров ЮФО показал, что в большинстве субъектов ЮФО отмечается достаточный уровень укомплектованности врачебных должностей. Число врачей-кардиологов по сравнению с 2004 годом увеличилось на 66 человек. Налицо рост процента сертифицированных кардиологов. По данным на 2004 год, самый высокий уровень сертификации (95,4 %) зарегистрирован в Ставропольском крае, самый низкий (25%) – в Чеченской Республике. Сертификаты имеют 79% кардиологов, 72,22% ревматологов и 81,46% кардиохирургов. При достаточно высоком уровне сертификации обращает на себя внимание большой процент врачей, не имеющих врачебной категории, хотя, по сравнению с 2003 годом, процент врачей, имеющих категорию, несколько увеличился. Самый низкий процент врачей, имеющих категорию, – в Республике Дагестан, где высшую категорию имеют только 6,2% терапевтов.

Таблица 1

Охват диспансеризаций лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2005 г.)

Субъект ЮФО	Охват диспансеризаций (%)						
	ГБ	ИБС	стено-кардия	ОИМ	ОИМ повторный	ЦВЗ	Острая ревматическая лихорадка
Краснодарский край	32,36	39,54	45,83	35,27	37,72	14,92	27,60
Ставропольский край	37,85	33,05	53,76	8,34	8,27	15,32	58,40
Астраханская область	75,60	56,73	60,31	6,04	2,92	14,48	65,79
Волгоградская область	50,59	41,80	70,31	15,57	9,81	23,20	58,33
Республика Ингушетия	87,00	89,86	93,39	23,31	22,22	56,32	75,00
Ростовская область	33,48	28,92	34,59	10,63	18,11	10,30	44,09
Республика Адыгея	62,51	27,26	85,30	2,19	1,37	13,44	61,54
Республика Дагестан	52,94	56,88	59,59	17,36	17,00	32,39	46,67
Республика Кабардино-Балкария	49,21	48,88	52,34	14,19	38,89	29,73	53,42
Республика Калмыкия	38,43	42,93	47,67	17,53	15,38	21,92	50,00
Республика Северная Осетия	92,59	91,14	91,67	12,29	19,35	53,24	89,84
Республика Карачаево-Черкессия	40,61	49,79	50,99	12,22	13,04	27,64	
Чеченская республика	9,73	15,83	20,52	17,32	21,98	8,69	97,73
ЮФО	41,11	40,41	51,01	17,19	14,91	17,80	69,81

Особое внимание в рамках национального проекта «Здоровье» уделяется повышению профессионального уровня врачей первичного звена. В решении ответственной задачи — обеспечить первичное звено медицинской помощи квалифицированными специалистами — трудно переоценить роль Ростовского государственного университета (РостГМУ), который среди 44 образовательных учреждений высшего профессионального образования проводит обучение и сертификацию специалистов различных специальностей в рамках национального проекта в сфере здравоохранения. РостГМУ повышает квалификацию и готовит кадры не только для Ростова и Ростовской области, но и для всех регионов ЮФО. На данный момент в рамках президентской образовательной программы на кафедре внутренних болезней № 4 с курсом гериатрии уже прошли обучение 70 врачей — терапевтов из Ростова и Ростовской области. РостГМУ выиграл государственный образовательный тендер на обучение врачей из Чеченской Республики. И уже первая группа, 38 участковых терапевтов из различных районов Чеченской Республики, прошла обучение в его стенах.

Проведенный анализ состояния кардиологической службы еще раз обозначил «болевы точки» современной кардиологии: рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых недугов, недостаточный процент охвата диспансеризацией, проблемы материально-технической базы здравоохранения. В свете реализации национального проекта в сфере здравоохранения с большей остротой обозначены проблемы реструктуризации коечного фонда, повышения профессионального уровня медицинских кадров, широкого внедрения профилактических технологий. Любой анализ — попытка осмысления результатов труда, расстановки акцентов и разработки мер первоочередной важности.

Представляется целесообразным и рациональным ряд предложений по улучшению качества оказания лечебно-профилактической помощи населению ЮФО.

1. Создание регистра органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений по ЮФО.

2. Усовершенствование формы передачи информации о состоянии кардиологической службы в субъектах ЮФО, создание высоко-информативной формы отчета, отражающей не только стандартные статистические показатели, но и анализ медикаментозной терапии, характер и объем оказываемой помощи, внедрение новых медицинских технологий, процент изношенности оборудования и др.

3. Оптимизация получения статистической информации из Госкомстата и бюро статистики, дабы сделать ее более доступной не только для штатных специалистов и работников министерств, но и для главных внештатных специалистов, что позволит более объективно оценивать ситуацию по кардиологической службе в регионе.

4. Расширение количества некоммерческих ЛПУ, кабинетов диспансерного наблюдения, кардиологических кабинетов, диспансеров.

5. Совершенствование и активизация диспансерного наблюдения, профилактических вмешательств в группах риска по сердечно — сосудистой патологии с акцентом на пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда или имеющих цереброваскулярное заболевание. При этом необходимо сконцентрировать усилия по оптимизации диспансерного наблюдения больных с ЦВЗ и гипертонической болезнью в регионах с высокой летальностью на фоне инсульта (Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Астраханская и Волгоградская область).

6. Включение в программу развития здравоохранения регионов необходимых скрининговых исследований, направленных на выявление групп риска по развитию сердечно – сосудистой патологии, создание «эпидемиологического портрета» субъектов региона.

7. Активизация мониторинга артериальной гипертонии, реализация второго этапа федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и ее осложнений в РФ».

8. Определение реальной потребности в коечном фонде в каждом территориальном субъекте ЮФО в соответствии с расчетными показателями и объективными нуждами, а не с объемом финансирования.

9. Определение потребности в финансировании на основании потребности в коечном фонде, подготовка предложений по изменению объемов финансирования.

10. Проведение мероприятий по реструктуризации коечного фонда ЮФО в соответствии с объективным анализом работы кардиологической койки в

каждом из территориальных субъектов ЮФО, подготовка предложений для рассмотрения на коллегии МЗ РФ.

11. Обеспечение широкого внедрения формулярной системы, современных стандартов лечения сердечно – сосудистых заболеваний.

12. Широкое внедрение биохимических методов доинструментальной диагностики ОИМ, стрессэхокардиоскопии.

13. Повышение процента категорийности врачей, создание условий для беспрепятственного, неушербного для материального статуса и стажа врача, повышения его квалификации.

14. Более широкое использование возможностей конференцвидеосвязи, интернета и других инновационных технологий.

15. Проведение образовательных семинаров и школ по проблемам сердечно-сосудистой патологии.

16. Повышение заработной платы и благосостояния медицинских работников.

Литература

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения в 2001 году (статистические материалы). – М, „Гэотар“, 2002 г. – 120 С.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения в 2002 году (статистические материалы). – М, „Гэотар“, 2003 г. – 100 С.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения в 2004 году (статистические материалы). – М, „Гэотар“, 2005 г. – 216 С.
4. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России // Сердце. – 2002.- № 2. – С.58 –62.
5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А. и др. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2002; 2:3-7.
6. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Масленникова Г.Я. и др. Роль здорового образа жизни в стратегии охраны здоровья населения // Российские медицинские вести 2001;6(3):34-7.
7. Основные показатели здоровья и здравоохранения Российской Федерации (статистические материалы). – М, 2004 г. – 34 С.
8. Показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений южного федерального округа в 2003 году (статистические материалы). – Ростов –на-Дону, 2004 г.- 360 с.
9. Показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений южного федерального округа в 2004 году (статистические материалы). – Ростов –на-Дону, 2005 г.- 365 с.
10. Распределение населения по полу и возрасту в разрезе городов и районов (статистический сборник).–Ростов-на-Дону,2004г. – 124с.
11. Терешенко М.Ю. Демографическая ситуация в Российской Федерации (Материалы Министерства труда и социального развития).- 2003 г.-129с.

Abstract

The South Federal Region (SFR) is characterized by unfavorable demographic situation, reflecting general situation in the whole country. For 2004, disease incidence in SFR has increased by 8,7%, and disease prevalence - by 7,8%. Mortality was high in all SFR subjects. In-hospital mortality (SFR, 2005) due to cardiovascular disease (CVD) was 3,22 per 100 admitted patients, 15,9 – for acute myocardial infarction, 7,09 – due to cerebrovascular pathology, 4,11 – for chronic coronary heart disease, and 0,13 – due to high blood pressure. Prevalence of dispenser follow-up among CVD patients was 31,77% in 2002, 31,29% in 2003, 30,96% in 2004, and 31,4% in 2005. Taking into account the need for the National Health Project realization, the problems of hospital bed restructuring, health workers' professional level improvement, and preventive technology implementation are most actual.

Keywords: Cardiology service, the Southern Federal Region, morbidity, mortality, lethality, dispenser follow-up.

Поступила 27/04-2006