(Продолжение. Начало на 5—15-й стр.).

Лидирующие позиции в причинах таких смертей занимают отдельные состояния перинатального периода (57,7 процента), врожденные аномалии (29,5 процента). Первая из названных потребует в плане модернизации здравоохранения совершенствования реанимационной помощи новорожденным. Вторая в настоящее время привлекает к себе самое пристальное внимание и заставляет принимать незамедлительные действия в плане совершенствования хирургической помощи новорожденным. В Свердловской области рождения детей с врожденными аномалиями в 2009 году на 36 процентов увеличилось в сравнении с 2008 годом и на 52 процента — в сравнении с 2005 годом. В структуре пренатально выявленных пороков на I месте регистрировались пороки мочевыделительной системы, на II месте — врожденные аномалии системы кровообращения, на III месте — центральной нервной системы).

За последние 5 лет наметилась отчётливая тенденция роста числа больных с врожденными пороками развития, пролеченных в отделении хирургии новорождённых.

Таблица 60

Динамика количества пациентов, прошедших через отделение хирургии новорожденных ГУЗ Областная детская клиническая больница № 1

Код МКБ	Наименование нозологии	2005 год	2009 год
Q43.1	Болезнь Гиршпрунга	7	10
Q41, Q42	Атрезия и стенозы толстой и тонкой кишки Атрезия и стенозы заднепроходного отверстия и прямой кишки	14	23
Q64.1	Экстрофия мочевого пузыря	-	5
Q60	Врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей	56	123
Q79, Q79.3	Гастрошизис и омфалоцеле	7	10
Q39.1	Атрезия пищевода	12	21
Q79.1	Диафрагмальные грыжи	7	12
Q04 Q05 Q07	Врожденные пороки развития центральной нервной системы	22	43

Особо актуальной проблемой для Свердловской области в плане неонатальной хирургии является организация кардиохирургической помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца в одном областном учреждении. На сегодняшний день диагностика проводится с помощью выездных бригад в родильных домах, подготовка к оперативному вмешательству — в ГУЗ Областная детская клиническая больница № 1, оперативное вмешательство во «взрослом» ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» (30 коек). Ежегодно выполняется более 300 операций (443 пациента), из них 65 процентов пациентов — в условиях искусственного кровообращения. В структуре всех больных, пролеченных в кардиохирургическом отделении, около 40 процентов — это дети первого года жизни, при этом 70 из них — новорожденные в критическом состоянии. Клипирование открытого артериального протока маловесным и глубоконедоношенным новорожденным проводится в условиях ГУЗ Областная детская клиническая больница № 1. Доля вмешательств у новорожденных в целом составляет 28 процентов от всего объема проведенных кардиологических операций. С вводом в эксплуатацию Областного перинатального центра эта проблема будет решена в интересах новорожденного. В 2011 году планируется модернизировать хирургию новорожденных: увеличить коечный фонд с 25 до 40 коек, провести ремонты и реструктуризацию отделений, дооснастить современным оборудованием. Также планируется перевод в ГУЗ Областная детская клиническая больница № 1 после реструктуризации и кардиохирургии новорожденных. В рамках настоящей Программы на неонатальную хирургию запланировано для укомплектования оборудованием 63680,0 тыс. рублей, ремонты отделений планируется провести за счет текущего финансирования. Все эти мероприятия позволят снижать показатели младенческой смертности: в 2011 году — 5,5 промилле, в 2012 году — 6,3 промилле и показатель младенческой смертности от врожденных пороков развития с 1,2 промилле в 2010 году до 1,0 промилле в 2011 году. Также увеличится и число выполняемых операций с 300 до 500.

Наравне с этим было определено еще одно ведущее направление неонатологии, обусловленное внедрением современных технологий выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой. В 2009 году на территории Свердловской области было зарегистрировано 126 детей, родившихся с массой тела менее 1000 г. В 2008 году таких детей было 78, в 2010 году — 198. Таким образом, в Свердловской области при среднем количестве родов 55 000 в год должно регистрироваться 250—300 случаев рождения детей с экстремально низкой массой тела.

Свердловская область в должной мере готовится к выхаживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Проводится систематическое обучение персонала родильных домов навыкам проведения реанимационных мероприятий в родовом зале и алгоритму первичной стабилизации новорожденного в палате интенсивной терапии до приезда специализированной бригады. Практически во всех родильных домах успешно внедрены технологии поддержания адекватного теплового баланса, респираторной поддержки и раннего введения препаратов сурфактанта, раннего парентерального питания. Успешно работает реанимационно-консультативный центр для новорожденных, который осуществляет перегоспитализацию детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в учреждения третьего уровня в условиях специализированного реанимобиля по принципу «на себя». До 70 процентов таких пациентов переводятся в специализированный стационар в возрасте менее 48 часов. Более 90 процентов таких пациентов переводятся на фоне продолжающейся искусственной вентиляции легких.

Подавляющее большинство детей (53 процента) с очень и экстремально низкой массой тела выхаживаются в неонатальных отделениях ГУЗ Областная детская клиническая больница № 1. Для оптимизации помощи таким пациентам внедрены методики пациент-триггерной искусственной вентиляции легких, технология неинвазивной респираторной поддержки с применением генераторов вариабельного потока, высокочастотная осцилляторная искусственная вентиляция легких, полное парентеральное и трофическое питание. При необходимости проводятся кардиохирургические (клипирование открытого артериального протока), общехирургические (санация и дренирование брюшной полости при язвенно-некротическом энтероколите), нейрохирургические (вентрикуло-субгалеальное и вентрикуло-перитонеальное шунтирование) вмешательства. Данной категории детей осуществляется нейросонографический и эхокардиографический скрининг. Дети группы риска осматриваются окулистами. При необходимости проводятся обследования с помощью ретинальной камеры и лазерная коагуляция на базе ГУЗ детская больница восстановительного лечения «Научно-практический реабилитационный центр «Бонум».

Идет реструктуризация учреждений родовспоможения в соответствии с федеральными порядками об акушерско-гинекологической помощи.

Обеспечение раннего вмешательства при жизнеугрожающих состояниях у таких новорожденных и обусловило необходимость включения этого направления в настоящую Программу. При этом можно прогнозировать, что если в 2011 году с учетом работы Областного перинатального центра, введенного в эксплуатацию в конце 2010 года, показатель младенческой смертности снизится до 5,5 промилле (количество детей родившихся с экстремально низкой массой тела будет умеренно увеличиваться), то в 2012 году после перехода на новые критерии живорожденности и значительном увеличении детей, родившихся в сроке беременности 28 недель, в определенной степени будет способствовать увеличению показателя младенческой смертности в основном за счет его ранней и поздней неонатальной составляющей. Мы прогнозируем на подъем данного показателя на 15 процентов (2010 год — 6,1 промилле, 2011 год — 5,5 промилле, 2012 год — 6,3 промилле).

Факт преобладания в структуре младенческой смертности гибели детей в постнеонатальный период, как правило, от причин, относящихся к разряду «управляемых», а, следовательно, предотвратимых (отдельные состояния перинатального периода, врожденные пороки развития, травмы и отравления), ставит проблему совершенствования наблюдения детей первого года жизни в условиях амбулаторно-поликлинического звена в Свердловской области в разряд приоритетных. Нельзя не отметить более частую гибель недоношенных детей среди детей первого года жизни. В то же время динамика младенческой смертности по признаку доношенности свидетельствует о более значимом снижении смертности среди недоношенных новорожденных (за последние 5 лет).

Таблица 61

Младенческая смертность по признаку доношенности при рождении

(промилле)

Признак	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Доношенные дети, процент изменения	7,5 + 10,3	6,0 - 20,0	5,3 - 11,7	5,0 - 5,7	4,6 - 8,0
Недоношенные дети, процент изменения	58,4 - 17,9	52,6 - 9,9	46,1 - 12,4	49,8 + 8,0	35,2 - 29,3

Динамика уровней младенческой смертности от основных причин характеризуется по области снижением смертности от всех причин, за исключением врожденных пороков развития (рост на 25 процентов). В городской местности имеет место рост младенческой смертности ещё и от болезней органов дыхания на 33 процента, в сельской — от травм и отравлений на 33 процента, инфекционных болезней на 60 процентов.

Классификация территорий Свердловской области по уровню младенческой смертности, составленная на основе расчета ожидаемого числа умерших и сигмального отклонения его от областного уровня, выглядит следующим образом: в I группу (низкий уровень младенческой смертности) вошли 11 территорий, среди которых такие крупные муниципальные образования, как города Екатеринбург, Ревда, Первоуральск.

II группа (средний уровень младенческой смертности) традиционно самая многочисленная и включает 41 территорию, в том числе город Каменск-Уральский, городской округ Краснотурьинск, Полевской городской округ.

III группу (уровень младенческой смертности высокий) составили 7 муниципальных образований.

В IV группу (наиболее неблагополучную) с очень высоким уровнем младенческой смертности вошли 6 территорий: Серовский городской округ, городской округ Верхний Тагил, Ирбитское муниципальное образование, городской округ Красноуфимск, Нижнесергинский муниципальный район, Слободо-Туринский муниципальный район.

В 2009 году во все территории III и IV группы были осуществлены выезды. Проведенный анализ проверок, а также результаты заседаний Областной комиссии по младенческой смертности доказали, что первостепенными задачами, стоящими перед здравоохранением Свердловской области и направленными на снижение постнатальной смертности, являются:

1) реализация в полном объеме приоритетного национального проекта «Здоровье» в части родовых сертификатов, а именно, талонов № 3-1 и № 3-2 (в 2008 году — процент охвата детей первого года жизни составлял 75 процентов, в 2009 году — 89,5 процента; прогноз на 2012 год — 95 процентов. 5 процентов — неуправляемые факторы в первую очередь за счет миграции населения;

2) укрепление кадрового потенциала амбулаторно-поликлинического звена участковыми педиатрами (планируем сократить разницу между потребностью и фактической численностью врачей, оказывающих амбулаторную помощь с 311 в 2010 году до 186 человек в 2012 году) и узкими специалистами, а также формирование в каждом лечебно-профилактическом учреждении выездной бригады для обслуживания детей первого года жизни в сельских и отдаленных территориях, прикрепленных к ЦРБ, ЦГБ.

Одним из наиболее неблагоприятных составляющих младенческой смертности является фактор гибели ребенка на дому. Проведенный анализ случаев гибели детей первого года жизни на дому показал, что, в основном, на дому погибали дети из семей высокого социального риска (55 процентов). В 75 процентов случаев гибель детей на дому была обусловлена факторами, зависящими от родителей, — не обращение за медицинской помощью, позднее обращение за медицинской помощью, отказ родителей от госпитализации. Однако в 45 процентах случаев имели место дефекты оказания медицинской помощи, в основном, поликлиническим звеном — недооценка тяжести состояния ребенка и, как следствие, — невыполнение стандартов наблюдения за детьми. С учетом сохраняющихся высоких показателей смертности детей до года на дому (в 2008 году в структуре младенческой смертности смерть на дому составляла 27,5 процента, в 2009 году — 27,6 процента, в 2010 году — 24,3 процента, при этом в сельской местности гибель на дому встречается чаще, чем в городской: в 2008 году удельный вес погибших детей на селе составил 41,1 процента, в 2009 — 34,2 процента) необходимо шире развертывать кабинеты (отделения) медико-социальной помощи в поликлиниках.

Наиболее неблагоприятные показатели младенческой смертности в Восточном управленческом округе Свердловской области поставили перед Министерством здравоохранения Свердловской области задачу создания отделения педиатрической реанимации на базе МУЗ «Ирбитская центральная городская больница им. Шестовских Л.Г.»

В остальных возрастных группах также отмечается снижение смертности за последние 5 лет: у детей до 14 лет — на 23 процента, у подростков 15—17 лет — на 24,6 процента).

В 2009 году в области погибло 706 детей. Возрастная структура смертности детей 0—17 лет в 2009 году выглядит следующим образом: 83,6 процента от всех умерших составляют дети до 14 лет и 16,4 процента — дети 15—17 лет. Среди умерших детей до 14 лет 61,4 процента составляют дети первого года жизни.

Таблица 62

Возрастная структура смертности детей и подростков

(абсолютное число/удельный вес, в процентах)

Возраст	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Всего умерших детей и подростков (0–17 лет)	1028/100,0	831/100,0	827/100,0	783/100,0	706
в том числе:					
детей 0–14 лет	767/74,6	676/81,3	685/82,8	633/80,8	590/83,6
из них:					
детей до 1 года	478/46,5	411/49,5	390/56,9	403/63,7	362/61,4
с 1 года до 14 лет	289/28,1	265/31,9	295/25,9	230/17,1	228/22,2
дети 15–17 лет	261/25,4	155/18,7	142/17,2	150/19,2	116/16,4

Структура основных причин смерти детей различна в разных возрастных группах). В 2009 году в группе детей до 4 лет в качестве причины смерти преобладали отдельные состояния перинатального периода (24,5 процента), врожденные пороки развития (21,1 процента), травмы и отравления (20,2 процента), болезни органов дыхания (10,8 процента), болезни нервной системы (7,1 процента) и инфекционные болезни (6,7 процента). В возрастной группе 5—9 лет ранговые места причин смерти распределялись следующим образом: травмы и отравления — 51,6 процента, болезни нервной системы — 12,5 процента, новообразования — 10,9 процента, врожденные пороки развития — 9,4 процента. В группе 10—14 лет ведущими причинами смерти являлись травмы и отравления (59 процентов), болезни нервной системы и новообразования (по 11,5 процента), врожденные пороки развития (4,9 процента), симптомы, признаки, отклонения от нормы и болезни системы кровообращения и болезни органов дыхания — по 3,3 процента.

На особом месте стоит смертность детей подросткового возраста (15—17 лет). В 2009 году в области от разных причин погибло 116 подростков 15—17 лет. Уровень смертности снизился на 13 процентов и составил 80,9 на 100 тыс. населения данного возраста (2008 год — 93,1). Смертность подростков в городской местности области в 2 раза ниже, чем в сельской местности (городская местность — 68,6; сельская местность — 134,4 случая на 100 тысяч человек). Наиболее высоки уровни смертности подростков в Артемовском городском округе (200,1 на 100 тыс. населения данного возраста), Артинском городском округе (258,8 случая), Пышминском городском округе (259,4 случая), Сысертском городском округе (269,8 случая). Всего 31 муниципальное образование области имеет показатель смертности подростков, превышающий областной.

В разрезе управленческих округов наиболее неблагоприятная ситуация — в Восточном управленческом округе Свердловской области за счет высокого показателя смертности от травм и отравлений. Структура причин смертности подростков выглядит следующим образом: травмы и отравления (70,7 процента), новообразования (6,0 процента), болезни системы кровообращения (4,2 процента). Динамика смертности подростков свидетельствует о неблагоприятных ее тенденциях от инфекционных болезней (рост на 250 процентов), болезней нервной системы (рост на 366,7 процента), болезней системы кровообращения (рост на 68 процентов), болезней органов дыхания (рост на 47,4 процента). Преобладание в структуре причин гибели подростков травм и отравлений свидетельствует о том, что смертность подростков, как и детская смертность в большей степени являются социальной проблемой. В структуре гибели подростков от травм и отравлений преобладают самоубийства (28 процентов), транспортная травма (20,7 процента), механическая асфиксия (14,6 процента), отравления и утопления (по 9,8 процента).

Уровень самоубийств среди подростков составил:

в 2008 году — 32 случая, или 19,9 случая на 100 тыс. населения этого возраста;

в 2009 году — 23 случая, или 16,0 случая на 100 тыс. населения этого возраста.

Частота самоубийств подростков составила:

в 2008 году — 32 случая, или 11,2 случая на 100 тыс. населения данного возраста;

в 2009 году — 3 случая, или 2,1 случая на 100 тыс. населения этого возраста.

Таким образом, частота самоубийств и убийств подростков в отчетном году снизилась. Кроме того, имеют место случаи гибели подростков в результате отравлений (8 случаев). В 2009 году только один подросток погиб от отравления наркотиками, случаев отравления алкоголем не было, частота этих отравлений составила 0,1 случая на 100 тыс. населения этого возраста, что существенно ниже уровня предыдущего года (2008 год — 4 случая, или 2,5 на 100 тыс. населения данного возраста).

Таким образом, уровень младенческой и детской смертности, являющийся чутким барометром социального, экономического и санитарного благополучия в Свердловской области, убедительно показывает необходимость использования всех резервов органов и учреждений здравоохранения в плане разработки профилактической концепции данных состояний.

Уровень заболеваемости новорожденных, родившихся с массой 1000 г и более, за последние 5 лет имеет в целом тенденцию к снижению.

Таблица 63

Заболеваемость новорожденных детей

(на 1000 родившихся живыми с массой 1000 г и более)

Наименование заболеваний	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Всего	713,3	715,2	678,6	655,8	656,8
Острые респираторные инфекции	0,3	0,3	0,1	0,3	0,02
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	2,1	1,8	1,6	1,3	1,6
Врожденные аномалии	15,5	16,7	17,4	17,3	23,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	669,9	668,0	645,6	614,6	617,9
в том числе: замедление роста и недостаточность питания	109,3	110,8	104,3	106,7	100,0
Внутричерепная родовая травма	3,7	0,6	0,7	0,4	0,3
Внутриматочная гипоксия и асфиксия при родах	212,3	210,0	207,2	175,7	166,2
Дыхательные расстройства (дистресс)	19,1	22,4	21,4	21,5	32,4
Врожденные пневмонии	1,1	1,4	0,9	1,0	0,9
Инфекции, специфичные для перинатального периода	28,9	26,5	15,1	13,2	10,2
в том числе: сепсис новорожденного	0,2	0,2	0,2	0,2	0,11
гемолитическая болезнь	5,3	5,1	5,1	5,7	7,5

В 2009 году нестабильны показатели заболеваемости по классу «Инфекции кожи и подкожной клетчатки», по врожденным аномалиям; в классе «Отдельные состояния перинатального периода» на 51 процент возросла частота дыхательных расстройств, превысив показатель по стране; частота гемолитической болезни выросла на 32 процента.

Все это требует первоочередного внедрения утвержденных приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации стандартов медицинской помощи новорожденным (с врожденной пневмонией; при расстройствах, связанных с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, замедленном росте и недостаточности питания плода; при бактериальном сепсисе новорожденного; при синдроме дыхательных расстройств у новорожденного; при разрыве внутричерепных тканей и кровоизлиянии вследствие родовой травмы, других родовых травмах центральной нервной системы, внутричерепных нетравматических), в том числе и стандартов медицинской помощи по хирургии новорожденных (больным болезнью Гиршпрунга; больным с врожденным отсутствием, атрезией и стенозом заднего прохода со свищом; больным экстрофией мочевого пузыря (дети); больным врожденными аномалиями (пороками развития) трахеи и бронхов и врожденными аномалиями (пороками развития) легкого; больным с врождённой аномалией почки неуточнённой; больным с гастрошизом, экзомфалозом; больным с врожденными отсутствием, атрезией и стенозом тонкого кишечника, с врожденными отсутствием, атрезией и стенозом толстого кишечника; больным с атрезией пищевода с трахео-пищеводным свищом; больным с другими пороками развития диафрагмы).

Заболеваемость детей первого года жизни в целом в течение ряда лет находится практически на одном уровне, составив в 2009 году 2 930,4 промилле. По-прежнему, на каждого ребенка первого года жизни приходится примерно три отклонения в состоянии здоровья или заболевания в год. Структура заболеваемости также существенно не меняется.

Таблица 64

Заболеваемость детей первого года жизни (на 1000 этого возраста)

Нозологические формы заболеваний	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Всего	2885,6	2974,0	3018,0	2 967,9	2 930,4
в том числе инфекционные и паразитарные болезни	103,7	108,4	117,3	112,0	105,5
болезни нервной системы	190,0	194,1	206,0	211,6	187,1
болезни глаза	83,7	93,7	95,3	116,6	108,8
болезни уха	57,5	61,3	54,8	52,2	57,2
в том числе потеря слуха	0,3	0,2	0,5	0,5	1,5
болезни органов дыхания	1084,3	1134,5	1135,9	1104,7	1164,2
в том числе острые инфекции верхних дыхательных путей, пневмония, грипп	980,5	1040,3	1040,6	1021,4	1070,5
болезни органов пищеварения	144,2	151,3	166,1	162,2	160,2
болезни мочеполовой системы	57,2	50,8	59,4	57,9	68,5
врожденные аномалии	33,9	35,3	40,4	40,0	44,9
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	729,7	728,6	712,9	683,9	631,6
Травмы и отравления	7,5	11,2	11,5	10,2	10,2

Ведущее место в структуре заболеваемости детей этой возрастной группы занимают болезни органов дыхания (39,7 процента), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (21,6 процента), болезни нервной системы (6,4 процента). Незначительная положительная динамика наблюдается по всем классам заболеваний, кроме болезней уха (рост на 10 процентов), болезней органов дыхания (рост на 5 процентов), болезней мочеполовой системы (рост на 18 процентов) и врожденных аномалий (рост на 12 процентов).

Заслуживает внимания рост частоты потери слуха среди детей первого года жизни (в 3 раза), что связано с существенным повышением выявляемости этой патологии за счет внедрения при проведении аудиологического скрининга метода отоакустической эмиссии. Если в предыдущие годы выявлялось до 25 случаев потери слуха у детей первого года жизни, то в 2009 году таких случаев было уже 76. В целом охват детей Свердловской области аудиологическим скринингом составил 99,8 процента. Охват новорожденных неонатальным скринингом на 5 наследственных заболеваний приближается к 100 процентам, что имеет немаловажное значение в профилактике детской инвалидности. В результате проведенных в течение 2009 года скринингов было выявлено 45 случаев наследственных заболеваний.

Особую заботу вызывает состояние здоровья детей до 14 лет и подростков. На 7 процентов возросла общая заболеваемость среди детей этой возрастных групп за последние 5 лет, на 8 процентов — первичная.

Таблица 65

Заболеваемость детей в возрасте до 14 лет

(на 1000 детей соответствующего возраста)

Классы болезней	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год		2009 год	
	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная
Всего, в том числе	2182,5	1748,4	2190,4	1759,1	2281,4	1826,9	2203,8	1754,5	2331,3	1894,3
Инфекционные болезни	105,9	98,7	106,9	98,2	125,3	113,9	113,4	101,9	103,9	95,6
Новообразования	6,0	3,3	6,2	3,5	6,2	3,4	6,9	3,7	7,5	4,3
Болезни эндокринной системы	30,5	14,3	38,3	17,6	33,7	15,2	36,6	15,6	33,5	16,4
Болезни крови и кроветворных органов	36,5	18,8	33,0	19,2	32,1	18,8	32,7	20,4	30,5	19,2
Психические расстройства	34,3	6,8	33,9	6,9	32,3	6,7	30,9	5,8	29,5	6,4
Болезни нервной системы	86,0	42,5	87,0	43,5	93,4	46,5	94,5	47,9	100,8	50,7
Болезни глаза	109,2	57,5	110,8	57,9	118,9	64,8	117,4	63,7	117,8	62,8
Болезни уха	61,6	53,2	64,2	57,6	70,8	62,4	68,6	58,9	69,6	61,1
Болезни системы кровообращения	11,3	5,8	11,4	5,6	12,3	5,6	12,5	5,5	11,3	4,5
Болезни органов дыхания	1129,0	1067,0	1143,5	1080,5	1172,6	1097,3	1119,9	1045,4	1276,3	1202,1
Болезни органов пищеварения	141,8	67,2	131,6	66,0	139,7	75,7	137,9	76,2	127,9	67,9
Болезни мочеполовой системы	66,9	27,8	69,1	28,4	66,7	27,6	64,6	26,4	65,9	27,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	107,5	88,7	108,2	85,3	111,1	87,3	107,2	84,5	99,4	75,8
Болезни костно-мышечной системы	52,1	26,5	54,0	28,4	59,5	30,5	55,7	28,9	56,8	31,7
Врожденные аномалии	18,6	5,3	18,7	5,0	19,0	5,5	18,9	4,9	20,2	5,9
Болезни перинатального периода	50,4	50,4	49,7	49,6	50,0	50,0	51,9	51,9	51,6	51,6
Травмы и отравления	95,8	94,8	86,4	85,4	93,0	92,2	90,1	89,3	91,5	90,7

При этом уровень общей заболеваемости в Свердловской области остается ниже соответствующего показателя по Российской Федерации. Еще более напряженная ситуация имеет место в отношении заболеваемости подростков. Общая (1607,2 промилле) и первичная заболеваемость (958,1 промилле) в этой возрастной группе значительно ниже, чем у детей до 14 лет. Это требует совершенствования системы как на уровне регистрации так и на уровне своевременной выявляемости заболеваний, как в условиях учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарной помощь по обращаемости, так и в образовательных учреждениях при проведении профилактических осмотров детей декретированных возрастов.

Таблица 66

Заболеваемость детей 15–17 лет (на 1000 этого возраста)

Классы болезней	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год		2009 год	
	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная	общая заболеваемость	первичная
Всего, в том числе:	1530,2	939,7	1557,9	960,4	1615,3	998,1	1607,2	958,1	1835,4	1155,2
Инфекционные болезни	48,7	39,3	47,3	34,6	47,9	36,0	50,1	38,2	45,4	34,8
Новообразования	5,7	3,3	5,0	2,7	4,6	2,4	4,5	2,2	5,4	2,5
Болезни эндокринной системы	43,6	11,8	48,5	12,9	48,6	13,2	55,6	14,6	61,2	17,0
Болезни крови и кроветворных органов	9,5	5,1	10,4	5,4	9,5	4,7	8,7	4,2	8,9	4,2
Психические расстройства	45,9	8,9	51,6	10,8	53,7	12,6	53,1	10,1	43,0	5,6
Болезни нервной системы	74,8	25,0	86,9	29,4	96,5	30,6	103,8	32,0	104,1	36,4
Болезни глаза	136,2	36,9	136,0	43,8	145,7	45,6	141,6	44,9	160,8	50,0
Болезни уха	30,8	20,8	30,3	21,3	29,1	21,1	24,6	17,7	31,0	23,3
Болезни системы кровообращения	20,0	8,1	21,0	8,9	23,2	9,2	22,4	8,0	22,1	8,6
Болезни органов дыхания	523,9	450,5	532,9	464,4	526,9	462,4	500,5	425,9	692,2	612,5
Болезни органов пищеварения	153,4	37,2	154,0	38,4	167,1	53,1	168,5	49,3	178,4	47,6
Болезни мочеполовой системы	112,9	56,7	116,3	57,7	112,1	55,4	120,3	58,1	125,1	56,8
Осложнения беременности и родов	14,6	12,9	15,1	13,3	14,4	12,9	15,5	13,9	15,1	13,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	80,7	62,1	82,5	62,6	84,4	64,1	88,4	63,3	87,2	64,1
Болезни костно-мышечной системы	79,9	35,0	75,8	33,0	86,1	38,8	80,3	33,7	90,4	38,3
Врожденные аномалии	9,6	1,1	10,0	1,1	11,0	1,3	10,7	1,0	11,6	1,0
Травмы и отравления	115,5	114,3	111,4	109,5	123,3	121,4	130,9	129,4	129,8	128,5

Для этого, с одной стороны, необходима оптимизация системы организации педиатрической помощи на уровне ЛПУ (подготовка кадров, оптимизация коечного фонда, развитие стационарзамещающих технологий).

С другой стороны, перед лечебно-профилактическими учреждениями Свердловской области, оказывающими помощь детям, поставлена четкая задача — улучшение качества профилактических осмотров детей декретированных возрастов, в том числе путем внедрения автоматизированных систем комплексных профилактических осмотров и развертывания в каждом округе Свердловской области центра здоровья для детей. Параллельно этой работе идет организация профилактических технологий в общеобразовательных учреждениях, также с участием врачей-специалистов первичного звена здравоохранения.

С 2009 году в Свердловской области проводится значительная работа по реализации Концепции «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на период до 2025 года», одобренной постановлением Правительства Свердловской области от 26.06.2009 г. № 737-ПП «О Концепции «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на период до 2025 года» (Собрание законодательства Свердловской области, 2009, № 6-2, ст. 820) (далее — Концепция).

В 2009 году в результате реализации первого этапа Концепции положено начало формированию комплексной системы организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на основании межведомственного взаимодействия в целях сохранения и укрепления здоровья детей и подростков.

В 2010 году приведены в соответствие Территориальному стандарту «Организация медицинского обеспечения обучающихся общеобразовательных учреждений в Свердловской области» медицинские кабинеты муниципальных образовательных учреждений.

Параллельно этой работе идет организация профилактических технологий в общеобразовательных учреждениях. Определено 12 таких пилотных площадок. Утвержден порядок работы по внедрению организационных, профилактических, образовательных технологий, направленных на формирование здорового образа жизни. За каждой площадкой закреплена детская поликлиника, специалисты которой принимают участие в реализации профилактических программ по профилактике заболеваний органов зрения, заболеваний опорно-двигательного аппарата и нарушения осанки, органов пищеварения, вегетативной нервной системы, репродуктивной сферы, заболеваний органов дыхания, а также развивается волонтерское движение «Равный обучает равного».

Результаты выполненной работы явились обоснованием для разработки направления «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений и детско-юношеских спортивных школ в Свердловской области» Программы «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской области» на 2011—2015 годы. При этом с целью совершенствования профилактических осмотров детей декретированных возрастов на 2011 год предусмотрено приобретение для амбулаторно-поликлинических служб (детских поликлиник) муниципальных учреждений здравоохранения Свердловской области за счет средств областного бюджета переносных автоматизированных комплексов диспансерного обследования (всего для 71 территории, в том числе в 20 из них автоматизированные комплексы уже работают). Известно, что при бригадном методе проведения профилактических осмотров возникают вопросы качества, стоимости, субъективности, загруженности специалистов «необоснованными» осмотрами. Внедрение автоматизированных комплексов диспансерного обследования позволит использовать хорошо формализованное и стандартизированное медицинское обеспечение. В течение 25—30 минут проводится достоверная комплексная оценка здоровья по 24—32 профилям патологии. Эффективность метода составляет 90 процентов. Прямой экономический эффект — окупаемость системы — в течение несколько месяцев. «Узкие» специалисты не отвлекаются от лечебной работы с плановыми больными. Это позволит своевременно выявить, уточнить и добросовестно зарегистрировать патологию. Далее дети с выявленными отклонениями будут оздоровлены, а, по необходимости, дообследованы и реабилитированы.

На сегодняшний день особое внимание уделяется диспансеризации детей 14 лет с акцентом на состояние репродуктивной сферы. В качестве пилотной площадки в 2009—2010 годах в Свердловской области проведена диспансеризация детей в городском округе Первоуральск, которая показала высокую выявляемость патологии со стороны репродуктивной сферы как у мальчиков, так и у девочек.

В Свердловской области с 1 декабря 2010 года начали работу 6 центров здоровья для детей в следующих городах: Екатеринбург, Ревда, Кушва, Камышлов, Асбест, Краснотурьинск. Каждый из них рассчитан на обслуживание 100000 детей своего округа (с прогнозным количеством более 7000 посещений в год). Задач, стоящих перед центрами здоровья, много, основными из них являются:

1) информирование о вредных и опасных для здоровья человека факторах;

2) оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья;

3) формирование ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;

4) обучение детей гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, а также обучение эффективным методам профилактики заболеваний;

5) консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физической культурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;

6) разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья;

7) организация в зоне своей ответственности, в том числе в сельской местности, мероприятий по формированию здорового образа жизни.

В составе центра здоровья развернуты кабинеты врачей, прошедших тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактике, кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе, кабинеты инструментального и лабораторного обследования, кабинет (зал) ЛФК, кабинет профилактической стоматологии. В каждом центре здоровья будут организованы школы здоровья.

В целях совершенствования оказания медицинской помощи, профессиональных и реабилитационных технологий подросткам на территории Свердловской области в рамках профилактических программ Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в соответствии с приказом министра здравоохранения Свердловской области от 31.08.2009 г. № 838-п «Об организации пилотных площадок «Клиника, дружественная к молодежи» в Свердловской области функционируют 4 таких клиники (город Ревда, город Первоуральск, город Ирбит, город Екатеринбург) и предполагается открыть еще 9 таких учреждений на территории Свердловской области.

В настоящее время проводится тестирование учащихся общеобразовательных учреждений Свердловской области и обучающихся в учреждениях начального и среднего профессионального образования на выявление фактов употребления психоактивных веществ.

Усиление профилакт