

(Продолжение. Начало на 5–13-й стр.)

К учреждениям третьей группы отнесены 2 (3,4 процента) учреждения здравоохранения (ФГБУ «УрНИИ ОММ», ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» Областной перинатальный центр), оказывающие высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период, имеющие в своем составе отделения реанимации для женщин и новорожденных, отделения патологии новорожденных, РКЦН, АРКЦ.

Формирование системы перинатальной помощи в Свердловской области началось с учреждения второй группы (межтерриториальные перинатальные центры) и завершилось с открытием Областного перинатального центра в декабре 2010 года. Введение в строй Областного перинатального центра позволило:

- 1) завершить формирование системы перинатальной помощи и осуществить модернизацию неонатальной помощи в Свердловской области (предполагаемое количество родов — 3000 в год);
2) оказывать современное, своевременное и качественное оказание помощи беременным на основе уровневой модели с соблюдением федерального порядка и принципов доказательной медицины;
3) оптимизировать общий ковенный фонд реанимации новорожденных для качественного этапного выхаживания детей с экстремальной низкой массой тела;
4) развивать высокотехнологичную помощь в части пренатальной и неонатальной хирургии новорожденных, включая кардиохирургию;
5) создать комфортные условия для пребывания всей семьи и внедрить современные семейно-ориентированные технологии.

Технико-экономические показатели Областного перинатального центра:

Table with 2 columns: Category (e.g., Этажность здания, Общая площадь) and Value (e.g., 9 этажей, 22 550 кв. м).

Предполагаемое количество родов — от 3 000 до 5 000 родов в год. В 2009 году функцию областного перинатального центра выполнял ФГБУ «УрНИИ ОММ», где проведено соответственно 2 500 родов, что составляет 10,2 процента всех родов в области (расчетное количество родов 3 000–3 500).

Роль ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» в модернизации системы здравоохранения Свердловской области

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» — крупное учреждение родоспомощия, оказывающее высокотехнологичную медицинскую помощь, выполняющее функции, связанные с разработкой и внедрением новых организационных форм оказания помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным детям. Выполняет функции областного перинатального центра, ФГБУ «УрНИИ ОММ» оказывает помощь наиболее сложным и тяжелым пациентам, координирует деятельность различных служб и лечебно-профилактических учреждений Уральского федерального округа.

В системе модернизации здравоохранения Свердловской области ФГБУ «УрНИИ ОММ» организует:

- 1) организационно-методическую работу и образовательную деятельность, связанную с обучением персонала службы родоспомощия в различных форматах, внедрением результатов научных исследований, анализом результатов работы службы родоспомощия и детства Свердловской области в целом и отдельных территориях, включая перинатальный аудит и оценку эффективности системы инфекционного контроля, ведение мониторинга беременных женщин на территории, участие в работе комиссий и служб, занимающихся оказанием помощи беременным женщинам, гинекологическим больным и детям, помощь в развитии новых перинатальных центров на территории Свердловской области, включая Областной перинатальный центр;
2) амбулаторно-консультативную и стационарную помощь, заключающуюся в консультативных приемах по акушерству, гинекологии, педиатрии и лечению, родоразрешению беременным групп высокого риска, выхаживанию недоношенных детей, в том числе с экстремально низкой массой тела;
3) проведение вспомогательных репродуктивных технологий.
При сохранении в третьей группе 2 учреждений (ГУЗ «ОДКБ № 1» Областной перинатальный центр, ФГБУ «УрНИИ ОММ»), рассчитанных на 10 000 родов, к 2012 году среднегодовая занятость акушерской койки составит 302 дня в году со средним койко-днем 6,0 (таблица 48).

Таблица 48

Работа учреждений родоспомощия третьей группы

Table with 6 columns: Name of institution, Bed capacity, etc.

В результате мероприятий, проведенных в рамках модернизации здравоохранения Свердловской области, и в соответствии с Порядком оказания акушерско-гинекологической помощи оптимизированы реанимационные и неонатологические койки в учреждениях родоспомощия и детства (таблицы 49, 50).

Таблица 49

Ключевой фонд учреждений родоспомощия 2009–2012 годы

Table with 5 columns: Indicator, 2009, 2010, 2011, 2012 values.

Таблица 50

Прогноз развития службы родоспомощия и детства по контрольным параметрам

Table with 5 columns: Indicator, 2009, 2010, 2011, 2012 values.

Пренатальная диагностика и неонатальный скрининг

Пренатальная диагностика и неонатальный скрининг в Свердловской области осуществляются на базе ГБУЗ СО «КДР «ОЗМР», относящегося к учреждениям третьей группы, результаты проводимой работы представлены в таблицах 51, 52.

Таблица 51

Table with 5 columns: Year, Number of pregnancies, etc.

Table with 5 columns: Year, Number of pregnancies, etc.

Таблица 52

Эффективность пренатальной диагностики по II триместре беременности

Table with 5 columns: Year, Number of pregnancies, etc.

Модернизация пренатального биохимического скрининга в 2011 году будет заключаться в переходе от селективного к сплошному скринингу методом определения биохимических маркеров в сукровице плода, что позволит каждой беременной женщине независимо от места проживания участвовать в программе скрининга.

Ежегодно в Свердловской области регистрируется до 80 случаев синдрома Дауна. Пренатально выявляется до 56 процентов от всех учтенных случаев, в том числе в сроке первого триместра — 70 процентов.

Внедрение сплошного пренатального биохимического скрининга позволяет за собой увеличение цитогенетических исследований. В сервизной модернизации нуждается цитогенетический блок пренатальной диагностики. В настоящий момент на территории Свердловской области пренатально диагностируется до 80 процентов врожденных пороков развития. В 2011 году планируется централизация ультразвукового скрининга в крупных женских консультациях и перинатальных центрах с проведением экспертного ультразвукового исследования в I триместре. Это позволит выявлять основное количество врожденных пороков развития в максимально ранние сроки (таблица 53).

Таблица 53

Количество не выявленных врожденных аномалий

Table with 5 columns: Indicator, 2009, 2010, 2011, 2012 values.

Охват новорожденных неонатальным скринингом на 5 наследственных заболеваний приближается к 100 процентам (таблица 54). По результатам неонатального скрининга ежегодно выявляется от 40 до 50 случаев наследственных заболеваний, что имеет немаловажное значение в профилактике детской инвалидности.

Таблица 54

Неонатальный скрининг

Table with 6 columns: Indicator, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 values.

Модернизация неонатального скрининга в 2011 году будет заключаться в расширении спектра скринируемых врожденных заболеваний до 23, в том числе аминокатаболических и других наследственных болезней обмена на тандемом масс-спектрометре. Планируется проведение данного скрининга для всех новорожденных Свердловской области с применением технологии тандемом масс-спектрометрии.

Модернизация технологии неонатального скрининга потребует изменения нормативно-правовой базы на территории Свердловской области и может являться пилотным исследованием для Российской Федерации.

Реанимационно-консультативные центры

В Свердловской области действуют два реанимационно-консультативных детских центра, в том числе для новорожденных, и акушерский реанимационно-консультативный центр в двух филиалах (в городах Ирбит и Нижний Тагил). Это позволяет в любое время и в любой территории своевременно оказывать специализированную помощь. Акушерский реанимационно-консультативный центр проводит плановый мониторинг, в который входят беременные группы высокого риска. При развитии угрожающих жизни состояний и после родоразрешения тяжелых осложненных беременности пациентка попадает в программу экстренного мониторинга. Работает круглосуточная специализированная бригада в составе акушер-гинеколога, анестезиолога и других смежных специалистов.

Проводится дистанционное консультирование по вопросам тактики ведения осложненной беременности вплоть до дистанционных телефонных и телемедицинских консилиумов с главными специалистами. Прогноз развития службы родоспомощия и детства по контрольным параметрам представлен в таблице 55.

Таблица 55

Прогноз развития службы родоспомощия и детства по контрольным параметрам

Table with 5 columns: Indicator, 2009, 2010, 2011, 2012 values.

Выполнение высокотехнологичной медицинской помощи в сфере родоспомощия на территории Свердловской области

Высокотехнологичная медицинская помощь в 2009–2010 годах предоставлялась в соответствии со стандартами высокотехнологичной медицинской помощи федеральными учреждениями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, которыми на территории Свердловской области являются ФГБУ «УрНИИ ОММ» и другие федеральные клиники Российской Федерации в соответствии с приказом.

Помощь оказывается беременным и женщинам с гинекологической патологией, включая бесплодные пары, за счет средств федерального и областного бюджета, а также за счет средств граждан.

Высокотехнологичная помощь за счет средств федерального бюджета оказывается на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.12.2009 г. № 1047-Н «О порядке формирования и утверждения государственного задания на оказание в 2010 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета» в соответствии с профилями и видами высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного задания.

С учетом значимости проблемы репродуктивного здоровья Правительством Свердловской области выделяются финансовые средства из областного бюджета (таблица 56).

Таблица 56

Государственное задание на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

Table with 4 columns: Indicator, 2009, 2010 values.

Дополнительно к этому около 200 процедур ЭКО + ЭКСИ проводится в коммерческих медицинских центрах за счет средств граждан. На территории Свердловской области высокотехнологичную медицинскую помощь женщинам по репродуктивным технологиям в рамках областного бюджета, в том числе и бесплодным парам, оказывают следующие учреждения: 1) ООО «Центр семейной медицины»; 2) ООО «Партус».

В 2011 году в Свердловской области планируется на базе областных учреждений внедрить репродуктивные технологии. В декабре 2010 года был сдан в эксплуатацию областной перинатальный центр, что позволило завершить формирование трехуровневой системы оказания перинатальной помощи, в том числе оказание помощи бесплодным парам.

Отбор пациентов на вспомогательные репродуктивные технологии после предварительной подготовки проводится комиссионно в Министерстве здравоохранения Свердловской области. После предоставления высокотехнологичной медицинской помощи пациентам проводятся реабилитационные мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях.

В межтерриториальных перинатальных центрах планируется создание 6 кризисных кабинетов (центров) медико-социальной помощи беременным женщинам в 2012 году: ГБУЗ СО «Городская больница № 7 город Каменск-Уральский (межтерриториальный перинатальный центр)», ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница им. Шестовских Л.Г.», ГБУЗ СО «Красноуральский родильный дом», ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Первоуральск», ГБУЗ СО «Екатеринбургская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1» (областной перинатальный центр) города Екатеринбург. Финансирование будет осуществляться за счет средств областного бюджета. Основной задачей является оказание психологической помощи женщинам, социальное сопровождение женщин, поисков в трудную жизненную ситуацию, связанную с неожиданной беременностью, формирование мотивации к репродуктивному здоровью, работа с окружением беременной женщины.

Направление 13. Совершенствование педиатрической помощи

Несмотря на снижение показателя практически во всех составляющих младенческой смертности групп, структура ее носит неблагоприятный характер: достаточно высоким остается удельный вес неонатальной смертности (43,8 процента), при этом 60,7 процента среди последней приходится на раннюю неонатальную смертность (таблица 57).

Таблица 57

Младенческая смертность и ее возрастная структура

Table with 9 columns: Indicator, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 values.

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 рождение 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 — центральная нервная система.

За последние 5 лет наметилась отчетливая тенденция роста числа больных с врожденными пороками развития, пролеченных в отделении хирургии новорожденных (таблица 58).

Таблица 58

Динамика количества пациентов, прошедших через отделение хирургии новорожденных ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1»

Table with 3 columns: Code, Name of pathology, 2005, 2009 values.

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 ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», оперативное вмешательство во «взрослом» ГБУЗ СО «СОКБ № 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 глубоководнооношенным новорожденным проводится в условиях ГБУЗ СО «ОДКБ № 1». Доля вмешательства 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 койочный фонд с 25 до 40 коек, провести ремонт и реструктуризацию отделений, дооснастить современным оборудованием. Также планируется перевод в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» после реструктуризации и кардиохирургии новорожденных. В рамках настоящей Программы на неонатальную хирургию запланировано для укомплектования оборудованием 63680,0 тыс. рублей, ремонтные отделений планируется провести за счет текущего финансирования. Все эти мероприятия позволят снизить показатели младенческой смертности: в 2011 году — до 5,5 промилле, в 2012 году — 6,3 промилле и показатель младенческой смертности от врожденных пороков развития с 1,2 промилле в 2012 году до 6,3 промилле с учетом выхаживания маловесных детей. 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 малой 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 может 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 перепослализацию детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в учреждения третьего уровня в условиях специализированного реанимобуса 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.

Подвальные большинство детей (53 процента) с очень и экстремально низкой массой тела выхаживаются в неонатальных отделениях ГБУЗ СО «ОДКБ № 1». Для оптимизации помощи таким пациентам внедрены методики пациент — триггерной искусственной вентиляции легких, технология неизвальной респираторной поддержки с применением генераторов переменного тока, 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-субгальгане и вентрикуло-перитонеальные шунтирования) вмешательства. Данной категории детей осуществляется неинвазивный ультразвуковой и эхокардиографический скрининг. Дети группы риска осматриваются окулистами. При необходимости проводятся обследования с помощью ретинопальной камеры и лазерная коагуляция на базе ГБУЗ СО детской больницы восстановительного лечения «Научно-практический реабилитационный центр «Бонум» (далее — ГБУЗ СО ДБВЛ «НПЦ «Бонум»).

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

Обеспечение раннего вмешательства при жизнеугрожающих состояниях у таких новорожденных обусловило необходимость включения этого направления в настоящую Программу. При этом можно прогнозировать, что если к концу 2011 года 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, составившему за счет его ранней и поздней неонатальной составляющей. Ожидается 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 59).

Таблица 59

Младенческая смертность по признаку доношенности при рождении

Table with 6 columns: Indicator, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 values.

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 еще 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 сигнального отклонения его от областного уровня, выглядит следующим образом: I группу (низкий уровень младенческой смертности) вошли 11 территорий, среди которых такие крупные муниципальные образования, как города Екатеринбург, Рева, Первоуральск.

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

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

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

В 2009 году во все территории III и IV группы были осуществлены выезды специалистов Министерства здравоохранения Свердловской области. 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 использования средств от родовых сертификатов, а именно, талонов № 3-1 и № 3-2 (в 2008 году процент охвата детей первого года жизни осмотрами специалистов и диагностическими исследованиями составлял 41,1 процента в 2009 году — 49,5 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 (планируется 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, прикреплённых к ЦРБ, ЦФБ.

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 процентах 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 и в городе 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 ГБУЗ СО «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 составили дети до 14 лет и 16,4 процента — дети 15–17 лет (таблица 60). Среди умерших детей до 14 лет 61,4 процента составляют дети первого года жизни.

Таблица 60

Возрастная структура смертности детей и подростков

Table with 6 columns: Age group, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 values.

Структура основных причин смерти детей различна в разных возрастных группах. В 2009 году в группе детей в возрасте 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 детей в возрасте 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 по сравнению с 2008 годом снизился на 13 процентов и составил 80,9 случая на 100 тысяч населения данного возраста (2008 год — 93,1). Смертность подростков в городской местности составила 2 раза ниже, чем в сельской местности (городская местность — 68,6; сельская местность — 134,4 случая на 100 тысяч человек). Наиболее высокие уровни смертности подростков в Артемовском городском округе (2001,1 случая на 100 тысяч населения данного возраста), Артиском 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 Свердловской области 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 же тенденциях от инфекционных болезней (рост на 250 процентов), болезней нервной системы (рост на 366,7 процента), болезней органов дыхания (рост на 68 процентов), болезней органов дыхания (рост на 47,4 процента). Преобладают 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).

(Продолжение на 15-й стр.)