

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РС(Я) В 2003 г.

РАЗДЕЛ 3. ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Здоровье матери и ребенка является одним из важнейших показателей, определяющих потенциал страны (экономический, интеллектуальный, культурный), а также одной из характеристик национальной безопасности.

Общая численность женского населения в Республике Саха (Якутия) на 01.01.2003 г. составляет 495630 чел., из них 279318 – женщины фертильного возраста, девушки - подростки (15-17 лет) – 29888.

Численность детского населения в возрасте до 17 лет на 01.01.2004 г. составляет 278699 чел., из них до 14 лет – 228017.

Одним из самых главных показателей, характеризующих качество медицинской помощи женщинам и их состояние здоровья, является материнская смертность, которая зависит не только от медицинских причин, но и от взаимодействия экологических, социальных, санитарно-гигиенических и культурных факторов. За 2003 г. по Республике Саха (Якутия) материнская смертность составила в абсолютных цифрах 8 – 56,3 (2002 г. – абс. 9 – 65,4; 2001 г. – абс. 4 – 30,1; РФ в 2001 г. – 36,5) на 100 000 живорожденных.

Случаи материнской смертности в 2003 г. были допущены в Нерюнгринском, Сунтарском, Намском, Анабарском, Алданском, Мегино-Кангаласском улусах – по 1 случаю и г. Якутске – 2 случая. Из числа умерших 6 чел. – жительницы сельской местности, 2 – городской; в возрасте 21-30 лет – 2 чел. и старше 30 – 6.

По структуре материнской смертности за 2003 г. на 1-м месте – другие осложнения беременности, родов и послеродового периода – 3 случая (г. Нерюнгри с п.н.п., Намский, Мегино-Кангаласский улусы), на 2-м – кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода – 2 случая (Алданский, Анабарский улусы), на 3-м месте – сепсис во время родов и послеродового периода – 1 случай (г. Якутск) и гестоз беременности – 1 случай (Сунтарский улус) (табл. 3.1).

Обращает на себя внимание особенность социальной характеристики

погибших женщин: по числу беременностей все – много рожавшие, относящиеся к категории домохозяек – 50,0%, одинокие – 62,5%. Не встали или поздно встали на учет по беременности 50%. В 3 случаях причиной материнской смертности явилось позднее обращение за медицинской помощью. По причине абортов и до 28 недель беременности случаев МС в 2003 г. – 3.

За 2003 г. по республике заболеваемость беременных женщин снизилась до 77,5% (2001 г. – 83,2%). Отмечается снижение показателя по анемии на 2,7% по сравнению с 2000 г. (50,9%), за счет проведения профилактических мероприятий в женских консультациях (бесплатная выдача антианемических препаратов беременным из малоимущих семей по целевым республиканским и улусным программам и т.д.). В целом по республике не везде функционируют целевые улусные программы по материнству и детству. Разработаны и финансируются программы только в Амгинском, Верхоянском, Вилюйском, Мирнинском и Нерюнгринском улусах.

По-прежнему, первое место среди экстрагенитальной патологии занимают анемии – 47,2% (табл. 3.2). Высокие показатели анемии наблюдались Намском – 80,8%, Эвено-Бытантайском – 72,7, Горном – 67,6, Аллайховском – 67,3% улусах.

Второе место по частоте занимают заболевания мочеполовой системы, они возросли за 3 года на 2,2% и составили 27,8%. Наиболее высокие показатели в улусах: Намском – 67,4%, Анабарском – 47,9, Таттинском – 46,5, Усть-Янском – 38,2, Амгинском – 37,9%.

За отчетный год повысились качественные показатели деятельности женских консультаций – ранний охват беременных составил 72,8% (в 2002 г. – 71,0, 2001 г. – 69,1) и осмотр беременных врачом терапевтом до 12 недель – 71,2% (в 2002 г. – 65,9; 2001 г. – 66,4).

Таблица 3.1

Причины материнской смертности на 100 000 родившихся живыми в 2001-2003 гг.

Причина смерти	2001 г.		2002 г.		2003 г.		РФ, 2001 г.
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	на 100 тыс.
Все причины	4	30,1	9	65,4	8	56,3	36,5
Внематочная беременность	-	-	-	-	-	-	1,8
Искусственный медицинский аборт	-	-	1	7,3	-	-	1,3
Аборты, начатые и начавшиеся вне лечебного учреждения и неуставленного характера	-	-	-	-	-	-	6,4
Кровотечение во время беременности, родов и послеродового периода	2	15,1	1	7,3	2	14,1	6,0
Токсикоз беременности	-	-	1	7,3	1	7,0	6,5
Сепсис во время родов и послеродового периода	-	-	1	7,3	2	14,1	1,4
Др.осложнения беременности, родов и послеродового периода	2	15,1	5	36,3	3	21,1	13,1

Таблица 3.2

Экстрагенитальная патология

	Анемия	Болезни мочеполовой системы	Болезни системы кровообращения	Болезни щитовидной железы	Поздний токсикоз
2001 г.	49,4	25,6	8,4	14,0	19,0
2002 г.	48,6	26,5	9,6	14,3	18,7
2003 г.	47,2	27,8	8,9	18,6	22,2
РФ, 2001 г.	42,7	18,6	9,8	x	21,9

Второе место по частоте занимают заболевания мочеполовой системы, они возросли за 3 года на 2,2% и составили 27,8%. Наиболее высокие показатели в улусах: Намском – 67,4%, Анабарском – 47,9, Таттинском – 46,5, Усть-Янском – 38,2, Амгинском – 37,9%.

За отчетный год повысились качественные показатели деятельности женских консультаций – ранний охват беременных составил 72,8% (в 2002 г. – 71,0, 2001 г. – 69,1) и осмотр беременных врачом терапевтом до 12 недель – 71,2% (в 2002 г. – 65,9, 2001 г. – 66,4).

Улусы с высокой ранней явкой беременных женщин: Верхоянский – 98,4%, Жиганский – 94,1, Оймяконский – 85,6, Вилюйский – 80,0%. Улусы с низкой ранней явкой: Олекминский – 52,9%, Нижнеколымский – 54,2, Аллайховский – 55,8, Момский – 60,8, Эвено-Бытантайский – 61,1%.

Были осмотрены терапевтом 97,4% беременных женщин (2002 г. – 93,9; 2001 г. – 95,9), в РФ в 2001 г. этот показатель был равен 98,0%. Улусы с высоким осмотром: Момский – 100%, Жиганский – 94,6, Верхнеколымский – 88,9, Среднеколымский – 83,9, Вилюйский – 83,1%. Особенно низкий охват осмотром терапевта беременных женщин до 12 недель наблюдается в следующих улусах: Нижнеколымский – 51,7%, Кобяйский – 54,4, Амгинский – 56,3, Томпонский – 58,0, Усть-Янский – 58,2%. Ухудшение состояния здоровья женщин приводит к росту патологии беременности и родов. Экстремальную патологию в 2003 г. имели 77,5% (2002 г. – 78,4; 2001 г. – 83,2) беременных.

Одними из часто встречающихся осложнений во время беременности, родов и послеродового периода являются гестозы второй половины беременности. За анализируемый период отмечается рост данного осложнения с 21,5% в 2001 г. до 23,6% в 2003 г., но показатель тяжелых форм гестозов снизился соответственно с 0,9 до 0,6%.

Осложнения, встречающиеся при родах в родовспомогательных учреждениях республики, показаны в табл.3.3.

Состояние здоровья детей во многом определяется состоянием здоровья их матерей. По РС (Я) показатель перинатальной смертности за 2003 г. снизился и составил 14,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, в абс. цифрах – 203 (2002 г. – 16,1‰, абс. – 222; 2001 г. – 16,2 и 217), по РФ – 12,9‰ за 2001 г. Из 203 умерших детей 76 – недоношенные дети (37,4%).

Основными причинами перинатальной смертности являются: внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах – 96 случаев (59,2%), синдром респираторного расстройства – 44 (27,2%) и врожденные аномалии – 31 (22,8%). Перинатальная смертность не была зарегистрирована в Аллайховском, Жиганском и Эвено-Бытантайском улусах. Ниже республиканского показателя перинатальной смертности в следующих улусах: Вилюйский – 4,8‰, Хангаласский – 6,3, Намский – 8,0, Мирнинский – 8,6, Алданский – 8,9, Ленский – 8,9‰. Выше республиканского показателя в улусах: Олекминский – 29,7‰, Сунтарский – 24,8, Усть-Алданский – 23,8, г.Якутск – 20,1‰.

Показатель мертворождаемости за 2003 г. составил 8,5 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, в абс. – 122 (2002 г. – 8,1‰, абс. – 112; 2001 г. – 8,6‰, абс. – 116), по РФ – 6,4‰ за 2002 г.

В структуре причин мертворождаемости преобладают внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах – 87 случаев (71,3%) и врожденные аномалии – 18 (14,7%).

Улусы с высокими показателями мертворождаемости: Булунский – 34,2‰, Усть-Янский – 31,3, Анабарский – 25,0, Среднеколымский – 22,5, Абыйский – 20,4‰. Ниже республиканских – в улусах: Хангаласском – 2,1‰, Алданском – 3,6, Таттинском – 4,6, Вилюйском – 4,8, Нерюнгринском 5,5‰.

Среди мертворожденных число недоношенных детей составило 35,2% (43 – абс. число) против 48,2% (50) за 2002 г.

Из числа мертворожденных антенатально погибло 75 детей, что составило 61,4% (в 2002 г. аналогичный показатель равен 63,3%, абс. – 71; 2001 г. – 65,5% и 76).

Показатель ранней неонатальной смертности за 2003 г. составил 5,7 на 1000 родившихся живыми, абс. – 81 (2002 г. – 8,0‰ и 110; 2001 г. – 7,6‰ и 101), по РФ – 5,7‰ за 2002 г. В структуре ранней неонатальной смертности преобладают синдром респираторных расстройств – 41 случай (50,5%) и врожденные аномалии – 19 (23,5%).

В раннем неонатальном периоде особенно высока смертность среди маловесных детей, и она составила 50,6%, абс. – 41 (2002 г. – 42,1% и 54; 2001 г. – 53,5% и 56).

Высокие показатели ранней неонатальной смертности отмечаются в следующих улусах: Усть-Алданском – 12,0‰, Томпонском – 10,7, Сунтарском – 10,0, Амгинском – 8,1 и в г. Якутске – 9,2‰. Ниже республиканских показатели ранней неонатальной смертности в улусах: Нюрбинском – 2,6‰, Мирнинском – 2,9, Верхневилюйском – 3,0, Ленском – 3,6, Хангаласском – 4,2‰.

В республике за последние 3 года отмечается снижение гинекологической заболеваемости на 1000 женского населения (с 873,5 в 2001 г. до 783,8 в 2003 г.), которое наблюдается на фоне продолжающегося снижения репродуктивного здоровья населения.

В структуре гинекологической заболеваемости преобладают аднекситы, сальпингоофориты (21,6%) и патология шейки матки (16,9%).

Улусы с высокой гинекологической заболеваемостью: Томпонский – 1268,5, Амгинский – 1753,0, Верхневилюйский – 1153,2, Мирнинский – 1128,2, Кобяйский – 1108,2. Улусы с низкой заболеваемостью: Хангаласский – 268,7, Усть-Алданский – 284,3, Алданский – 440,9, Нерюнгринский – 471,5 и г. Якутск – 704,7.

В течение года по республике проводилась большая работа по раннему выявлению патологии шейки матки и соответствующему лечению, в связи с чем отмечается снижение показателя этой заболеваемости с 2023,1 на 100000 женского населения в 2001 г. до 1313,7 в 2003 г. и раком шейки матки с 20,5 в 2002 г. до 13,5 в 2003 г.

Одним из значимых показателей, характеризующих репродуктивное здоровье населения, является гинекологическая заболеваемость девочек-

Таблица 3.3

Осложнения при родах в родовспомогательных учреждениях

Год	Число родов, осложненных (на 1000 родов)			
	Аномалии родовой деятельности	Кровотечения в последовом и п/родовом периоде	Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	Сепсис
2001	94,9	36,2	24,4	0,2
2002	90,9	36,2	23,2	0,3
2003	92,7	31,4	18,8	0,1
РФ, 2001	131,1	20,1	11,2	1,4

Динамика абортів по РС (Я) за 2001-2003 гг.

Таблица 3.4

Год	Общее кол-во абортов (включая мини-аборт)	Показатель абортов на 1000 женщин ферт. возраста (с мини-абортами)	Соотношение числа родов к абортам
2001	18313	65,5	1:1,3
2002	19046	68,2	1:1,4
2003	20046	71,8	1:1,4
РФ 2001	-	47,7	1:0,5

Таблица 3.5

Охват женщин фертильного возраста контрацепцией (2001-2003 гг.)

	2001 г.		2002 г.		2003 г.		РФ, 2001 г.
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Гормональная контрацепция	24826	8,9	31437	11,3	32328	11,6	7,8
Внутриматочные средства	56195	20,1	51365	18,4	50533	18,1	16,3

Таблица 3.6

Показатели младенческой смертности по РС (Я)

1999 г.		2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
247	18,9	228	17,6	232	17,5	210	15,2	188	13,2

Таблица 3.7

Структура младенческой смертности (в %)

	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	34,0	47,8	40,3	53,8	40,3
Врожденные пороки развития	26,7	25,4	26,1	18,3	26,4
Травмы и отравления	14,6	8,8	11,9	10,6	11,9
Болезни органов дыхания	12,2	11,4	8,8	8,7	9,5
Инфекционные заболевания	6,0	3,1	4,2	1,4	4,9
Прочее	6,5	3,5	8,7	7,2	7,0

подростков, которая возросла с 249,5 в 2001 г. до 302,3 в 2003 г. на 10000 девочек-подростков, подлежащих осмотру. В структуре гинекологической заболеваемости преобладают нарушения менструальной функции, воспалительные заболевания и нарушения полового развития.

Немаловажную роль в гинекологической заболеваемости имеют аборт, проблема которых остается одной из наиболее актуальной в республике (табл. 3.4).

Улусы с высокими показателями абортов: Нюрбинский – 85,7%, Алданский – 79,8% и г. Якутск – 106,1%. Улусы с низкой частотой абортов: Амгинский – 31,5%, Верхневилуйский – 36,8, Мегино-Кангаласский – 35,5, Кобяйский – 40,3, Усть-Майский – 48,9%.

Число женщин фертильного возраста, использующих учитываемые виды контрацептивных средств, в 2003 г. составили 29,7% (2002 г. - 29,6; 2001 г. - 29,0) (табл. 3.5).

Несмотря на достаточный охват

женщин внутриматочной и гормональной контрацепцией, тем не менее отмечается рост показателя частоты абортов по республике, который связан с рядом объективных причин:

- с 2003 г. количество медицинских абортов увеличилось за счет объединения по статистическому отчету с ведомственной больницей ГУ ДВОМЦ;
- по республике в городах и улусах отсутствуют программы с финансовой поддержкой по мероприятиям снижения частоты абортов.

В последние годы в республике наметилась некоторая стабилизация показателя младенческой смертности. Показатель младенческой смертности, по данным Госкомстата РС (Я) – 13,2 и имеет стабильную динамику к снижению (табл. 3.6).

По данным Госкомстата РС (Я), в 2003 г. наиболее высокие показатели младенческой смертности зарегистрированы в Амгинском – 18,0 (7 случаев), Верхоянском – 21,7 (5 случаев), Горном – 24,6 (5), Кобяйском – 19,2 (6),

Нерюнгринском – 18,3 (20), Олекминском – 18,8 (7), Оленекском – 40,5 (3), Нижнеколымском – 35,7 (3), Эвено-Бытантайском – 43,5 (2 случая) улусах. По сравнению с 2002 г. младенческая смертность снизилась в Верхневилуйском с 35,0 до 9,6%, Верхоянском с 23,1 до 17,3%, Ленском с 24,8 до 6,8 % и Усть-Янском улусах с 31,0 до 17,8%. Не допустили случаев младенческой смертности в Абыйском, Аллаиховском и Жиганском улусах.

Ведущими причинами смертности детей первого года жизни являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, врожденные пороки развития, несчастные случаи, травмы и отравления, болезни органов дыхания.

В 2003 г. удалось снизить смертность младенцев за счет отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, но по другим классам отмечается увеличение (табл. 3.7).

Состояния, возникающие в перинатальном периоде, занимают первое место в структуре смертности детей первого года жизни – 40,3% (2002 г. – 53,8%), снижение произошло за счет болезней гиалиновых мембран (с 43 до 23%) и внутриутробных пневмоний (с 26 до 14%).

Второе место занимают врожденные пороки развития, по сравнению с 2002 годом этот показатель увеличился на 8,1% в основном за счет ВПР сердца, желудочно-кишечного тракта и костно-мышечной системы.

Наиболее управляемые состояния, которые могут реально привести к снижению детской смертности, при условии оказания квалифицированной, адекватной неотложной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, – это травмы, отравления, несчастные случаи и инфекционные заболевания.

В 2003 г. смертность детей первого года жизни от несчастных случаев, травм и отравлений увеличилась на 1,3% и составила 11,9% (2002 г. – 10,6%).

Смертность от заболеваний органов дыхания составила 19 случаев или 9,5% (за счет пневмоний – в 18 случаях) и в течение трех последних лет занимает IV место в структуре смертности детей первого года жизни. Допущены летальные исходы от пневмоний в Кобяйском, Нерюнгринском, Ленском, Нюрбинском улусах и г. Якутске.

Отмечается увеличение показателя младенческой смертности от инфекционных заболеваний на 3,5%

Таблица 3.8

Младенческая смертность по периодам жизни (на 1000 родившихся живыми)

Период	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Ранняя неонатальная	7,7	9,5	7,9	8,3	5,8
Неонатальная	9,9	11,9	10,3	10,3	7,5
Постнеонатальная	9,0	5,7	7,6	5,0	5,7
Мертворождаемость	8,2	7,9	8,9	8,4	8,5
Перинатальная	16,0	17,3	16,8	16,7	14,3

(в 2003 г. – 4,9; в 2002 г. – 1,4), в основном за счёт острой кишечной инфекции и менингококковой инфекции.

В возрастной структуре за прошедший год снизилась перинатальная и ранняя неонатальная смертность, но возросла постнеонатальная младенческая смертность (табл. 3.8).

Удельный вес новорожденных среди умерших детей первого года жизни составляет в 2003 г. 57,2% (2002 г. – 67,8), в том числе дети первых шести суток жизни – 42,3% (2002 г. – 54,3).

В структуре ранней неонатальной смертности ведущими причинами по-прежнему остаются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 75,3% (болезнь гиалиновых мембран, внутриутробная пневмония, родовая травма) и врожденные пороки развития – 24,7% (врожденные пороки сердца, пороки развития желудочно-кишечного тракта, множественные пороки развития). В структуре неонатальной смертности первое место занимают также отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (67,8%), второе – врожденные пороки развития (24,3%), третье – болезни органов дыхания (4,4%), отмечается рост этого показателя по сравнению с 2002 г. (1,4%). Смертность в постнеонатальном периоде возросла относительно 2002 г. по следующим классам заболеваний: врожденные пороки развития – 29,1% (2002 г. – 22,4), инфекционные болезни – 10,5% (2002 г. – 4,5). Остаются на высоком уровне травмы и отравления – 26,7% (2002 г. – 28,3).

Общая летальность в детских стационарах остается стабильной и составляет у детей первого года жизни – 0,7% (2002 г. – 1,0).

Показатель младенческой смертности вне стационара составляет 19,4% (2002 г. – 14,4), в абсолютных цифрах умерло на дому за 2003 г. 39 детей. В структуре младенческой смертности на дому ведущими причинами являются несчастные случаи (46,2% – 18 случаев, из них механическая асфиксия – 12), во втором месте – врожденные пороки развития (20,5% – 8

случаев) и на третьем – синдром внезапной смерти (17,9% – 7).

На сегодняшний день резервом снижения младенческой смертности могут служить управляемые причины: заболевания органов дыхания, несчастные случаи, травмы и отравления, инфекционные болезни.

В связи с тем, что заболевания перинатального периода стабильно лидируют среди причин смертности детей первого года жизни, необходимо принять меры по расширению объема новейших лабораторных и функциональных методов исследования беременных женщин, дальнейшему совершенствованию медико-генетической службы, антенатальной диагностики врожденных пороков, профилактики внутриутробных инфекций, совершенствованию технологий первичной помощи новорожденным; увеличивать объем использования ИВЛ, внедрять новые технологии лечения синдрома дыхательных расстройств и болезни гиалиновых мембран.

С учётом роста регистраций случаев младенческой смертности от синдрома внезапной смерти вне стационара необходимо улучшить качество детской амбулаторно-поликлинической службы, профилактической работы, медико-социальных патронажей семей, особенно группы риска.

В 2003 г. по республике впервые заболело 348205 детей, показатель составляет 1518,7 (в 2002 г. заболело 368557 детей, показатель составил 1554,6) на 1000 детского населения (дети до 14 лет).

Наблюдается снижение заболеваемости среди новорожденных детей, как в сельской, так и в городской местностях. Заболеваемость новорожденных – 5380,7 на 10000 родившихся живыми (2002 г. – 5605,2).

Определяющим в состоянии здоровья детей является первый год жизни. Заболеваемость детей первого года жизни в 2003 г. составила 2653,3 на 1000 детского населения данного возраста (2002 г. – 2530,8). В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (1209,9), отдель-

ные состояния, возникающие в перинатальном периоде (524,2), болезни нервной системы (213,0).

В структуре распространенности заболеваний первое место занимают болезни органов дыхания – 1109,6% (2002 г. – 979,0), второе – болезни органов пищеварения – 187,2% (2002 г. – 180,8), третье – болезни глаз и их придаточного аппарата – 108,7% (2002 г. – 121,2). Рост болезненности отмечается по всем классам, кроме инфекционных и паразитарных болезней (табл. 3.9).

Наибольший процент выявленных отклонений в здоровье у детей в следующих улусах: Оленекский (95,4%), Аллайховский (88,4), Намский (80,3), Усть-Майский (81,6), Среднеколымский (81), Томпонский (74,5), Мегино-Кангаласский (71) и в г. Якутске (66,9%).

В течение последних лет отмечается тенденция роста хронических болезней. На диспансерном учете состоит 70569 детей до 14 лет (2002 г. – 71513), показатель диспансеризации составляет 307,8 (2002 г. – 300,8) на 1000 детского населения.

Ухудшение состояния здоровья детей обуславливает высокую детскую инвалидность. Всего зарегистрировано детей-инвалидов до 17 лет 7054 (2002 г. – 7069). Преобладает процент врожденной инвалидности над приобретенной. С возрастом идет рост врожденной инвалидности, достигая максимума в возрасте 7-10 лет, а приобретенной – в 10-17 лет.

В структуре причин хронических заболеваний повышается удельный вес болезней органов дыхания, нервной системы, болезней глаз, органов пищеварения, эндокринной системы.

Рост заболеваемости детей школьного возраста свидетельствует о том, что создание в школах здоровой и безопасной образовательной среды (микроклимат, мебель, компьютерная техника, освещение, организация горячего питания) остается актуальной проблемой. В структуре функциональных отклонений у школьников ведущими являются нарушение системы кровообращения, костно-мышечной системы, глаз, органов дыхания.

Одной из негативных тенденций является рост социально-обусловленных заболеваний. Остается нестабильной эпидемическая ситуация по туберкулезу, о чем свидетельствуют высокие показатели заболеваемости, распространенности и инфицированности туберкулезом детского и подросткового населения.

Таблица 3.9

Общая заболеваемость детского населения РС (Я) от 0 до 14 лет

Классы, группы болезней и отдельные заболевания	Зарегистрировано больных на 1000 детского населения					РФ, 2001
	1999 г	2000 г	2001 г	2002 г	2003*	
ВСЕГО	1524,5	1658,3	1727,1	1987,2	2089,6	1871,3
в том числе:						
Инфекц. и паразит-е болезни	99,4	93,8	108,2	107,8	88,7	113,1
Новообразования	4,1	5,5	6,0	7,8	8,5	4,5
Болезни крови и кр-х органов	18,2	20,7	24,1	31,1	30,6	23,2
из них: железодефицитные анемии	15,0	17,5	20,3	27,4	26,7	20,2
Болезни эндокринной системы из них: сахарный диабет	40,8	41,2	43,4	56,5	48,1	36,6
	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,6
Ожирение	4,3	3,9	4,5	6,3	6,5	5,1
Психические расстройства	17,5	18,7	16,4	19,9	18,3	34,5
Болезни нервной системы	83,4	71,4	67,6	97,0	101,3	65,2
в т.ч. ДЦП	2,8	3,1	3,3	4,3	3,3	3,8
Болезни глаза	74,7	90,6	85,8	121,2	108,7	101,1
Болезни уха	27,2	38,7	41,4	53,3	55,2	49,1
Болезни системы кровообращения	6,5	9,3	10,2	12,7	14,8	18,2
Болезни органов дыхания	842,9	900,0	943,4	979,0	1109,6	922,5
в т.ч. пневмония	7,5	9,4	11,6	9,0	8,4	8,3
бронхиальная астма	5,2	5,2	5,4	7,2	5,4	9,4
Болезни органов пищеварения	89,8	108,5	115,3	180,8	187,2	135,8
в т.ч. язва желудка и 12-п. кишки	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	0,7
б-ни желчного пузыря, желчевыводящих путей	13,4	21,1	22,3	25,0	24,6	20,0
Болезни кожи, подкожной клетчатки	75,8	85,3	90,1	102,2	106,5	89,6
в т.ч.: атопический дерматит	14,5	16,2	17,0	19,2	22,5	11,5
контактный дерматит	13,0	14,9	15,3	18,2	20,2,9	10,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	15,9	26,1	26,2	49,2	45,5	57,5
Болезни мочеполовой системы	27,3	32,4	35,1	42,8	43,7	45,4
в т.ч. болезни почек и мочеточников	12,5	13,3	12,7	18,3	18,0	19,3
мочекаменная болезнь	0,07	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Врожденные аномалии	13,2	14,9	15,8	18,6	22,2	20,9
Отд. сост. в перинатальном периоде	20,0	23,6	24,7	29,3	30,7	28,0
Травмы и отравления	55,7	66,4	68,4	71,2	63,8	92,5

* Данные по территории (включая ЛПУ Ленского бассейна).

Неадекватная социализация детей и подростков с явлениями патологических форм поведения (курение, алкоголизм, употребление наркотиков, токсикомания, раннее материнство, бродяжничество, рост подростковой преступности) в значительной мере влияют на состояние здоровья детей и подростков.

комания, раннее материнство, бродяжничество, рост подростковой преступности) в значительной мере влияют на состояние здоровья детей и подростков.

РАЗДЕЛ 4. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ И ИНВАЛИДИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ

По данным Министерства здравоохранения РС (Я) установлено, что за период с 1998 по 2003 г. наиболее высокий уровень временной нетрудоспособности всего по заболеваниям отмечен в 2001 г. - 71,5 случаев и 1079,2 дня, а минимальный в 1998 г. - 48,1 случаев и 803,4 дня.

Рассматривая число случаев временной нетрудоспособности в динамике с 1998 г., можно отметить наличие роста данного показателя (рис. 4.1).

В регистрации случаев временной

нетрудоспособности наблюдается заметный «провал» в 1998 г., связанный скорее всего с социально-экономическими факторами, уменьшением числа обращений в лечебные учреждения для оформления листа временной нетрудоспособности из-за боязни потери рабочего места и негативной реакции со стороны работодателей.

Для сохранения и укрепления здоровья детей в республике продолжается внедрение в практику перспективных форм и технологий, пересматривается нормативная база детских лечебно-профилактических учреждений с учетом смещения акцента на первичное звено. Получают развитие стационарозамещающие технологии, восстановительное лечение и реабилитация, в том числе оптимальные формы оздоровления детей и подростков на базах образовательных учреждений (школы – Центры здоровья, специализированные группы ДДУ).

Реализуются медико-генетические программы, развивается детская кардиохирургия, онкогематология, иммунопрофилактика с введением вакцин против гепатита В и А, краснухи, новых ассоциированных вакцин; компьютерный мониторинг здоровья детей, дистанционная консультативная помощь с использованием телемедицинских технологий. Разрабатываются протоколы (стандарты) оказания медицинской помощи детскому населению.

Охрана здоровья и обеспечение нормального развития детей невозможна без структурной перестройки детской амбулаторно-поликлинической службы: создание отделений для раннего детства и медико-социальных для подростков; введение должностей медицинских психологов, акушеров-гинекологов, социальных работников, подростковых врачей-терапевтов.

В этих условиях особая роль принадлежит интеграции усилий детской амбулаторно-поликлинической службы и Центра медицинской профилактики.

В связи с тем, что проблема охраны здоровья детей имеет стратегический характер, решать ее необходимо комплексно, во взаимодействии всех структур государственной власти и местного самоуправления, органов и учреждений здравоохранения.

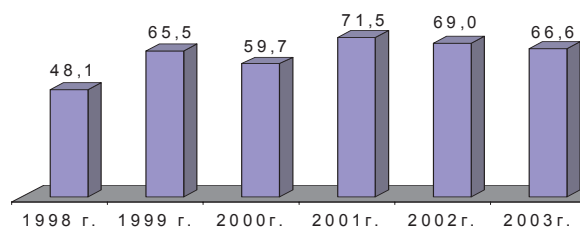


Рис. 4.1. Число случаев временной нетрудоспособности (всего по заболеваниям)

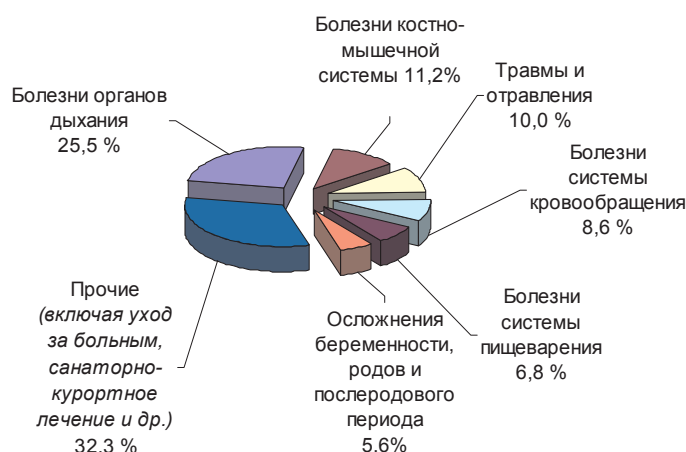


Рис. 4.2. Число случаев временной нетрудоспособности за 2003 г. (% соотношение к общему количеству случаев)

длительности одного случая нетрудоспособности, что косвенно свидетельствует о некотором увеличении заболеваний, требующих более продолжительного лечения, а также усилении контроля за качеством диагностики и лечения со стороны клинично-экспертных комиссий ЛПУ и страховых медицинских организаций.

Временная нетрудоспособность в 2003 г. всего по заболеваниям составила 66,6 случаев на 100 работающих (2002 г. – 69,0), по числу дней нетрудоспособности – 1007,3 (2002 г. – 1049,0), средняя продолжительность 1 случая – 15,1 (2002 г. – 15,2).

Особенно высока заболеваемость с временной утратой трудоспособности по некоторой длительно и часто протекающим заболеваниям, таким как болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, системы кровообращения, органов пищеварения. При этом более половины заболеваний органов дыхания составляют острые респираторные заболевания.

Остаются высокими показатели временной нетрудоспособности при травмах и отравлениях, болезнях нервной системы и органов чувств, осложнениях беременности, родов и послеродового периода, болезнях мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки.

Следует отметить, что в составе причин случаев временной нетрудоспособности в отчетном году 84,7% занимают случаи по заболеваниям.

За 2003 г. число случаев временной нетрудоспособности по всем причинам распределились следующим образом: болезни органов дыхания – 20,0 на 100 работающих (2002 г. – 20,9), бо-

соотношении отдельных классов заболеваний выстраивается следующая картина: почти третью часть среди всех причин занимают болезни органов дыхания, далее по убывающей – болезни костно-мышечной системы, травмы и отравления, болезни системы кровообращения, пищеварения, осложнения беременности, родов и послеродового периода.

По числу дней утраты трудоспособности в расчете на 100 работающих на первом месте заболевания органов дыхания – 222,8 (2002 г. – 232,6), затем травмы и отравления – 153,1 (2002 г. – 144,8), болезни костно-мышечной системы – 141,1 (2002 г. – 150,4), далее – болезни системы кровообращения – 114,3 (2002 г. – 119,0), осложнения беременности, родов и послеродового периода – 103,7 (2002 г. – 120,0).

При измерении уровня дней нетрудоспособности, как и при аналогичном анализе частоты случаев, можно отметить их некоторое увеличение в динамике практически по всем классам заболеваний, исключение составляет лишь класс – симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния, что можно объяснить улучшением диагностики заболеваний.

В 2003 г. в структуре временной нетрудоспособности по числу потерянных рабочих

дней на первом месте болезни органов дыхания (19,8% от всех календарных дней нетрудоспособности), на втором – травмы и отравления (13,6%), на третьем – болезни костно-мышечной системы (12,6%). Также большую продолжительность временной нетрудоспособности дают болезни системы кровообращения – 6,8 (2002 г. – 6,8), болезни органов пищеварения – 5,3 (2002 г. – 5,9) (рис.4.2).

При рассмотрении структуры временной нетрудоспособности в процентном

отношении отдельных классов заболеваний выстраивается следующая картина: почти третью часть среди всех причин занимают болезни органов дыхания, далее по убывающей – болезни костно-мышечной системы, травмы и отравления, болезни системы кровообращения, пищеварения, осложнения беременности, родов и послеродового периода (8,2%) (рис.4.3).

В 2003 г. в структуре временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями по числу потерянных рабочих дней у мужчин наибольший удельный вес занимают травмы и отравления – 21,5%, на втором месте – болезни органов дыхания – 19,7, на третьем – болезни костно-мышечной системы – 15,4, на четвертом – болезни системы кровообращения – 11,1, на пятом – болезни органов пищеварения – 7,6%.

У женщин структура несколько иная. Больше всего трудопотеря связано с заболеваниями органов дыхания – 19,9%, на втором месте болезни костно-мышечной системы – 10,5, далее болезни системы кровообращения – 9,5, затем идут осложнения беременности, родов и послеродового периода – 8,2, травмы и отравления – 8,0%.

Анализ экономических потерь рабочего времени по данным регионального отделения Фонда социального страхования РФ по РС (Я) за 2003 г. показал, что в целом по республике происходит снижение потерь рабочего времени на 100 работающих, что видно из приведенных показателей за предыдущие годы (табл. 4.1.).

За 2003 г. показатель уровня потерь рабочего времени, превышающий среднереспубликанский, отмечен в 14 улусах: Абыйский – 953,87, Аллаховс-

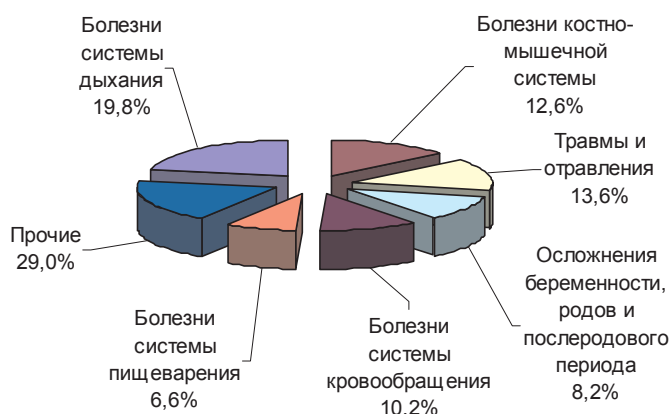


Рис. 4.3. Число дней временной нетрудоспособности за 2003 г. (% соотношение к общему количеству дней)

Экономические потери рабочего времени

Таблица 4.1

2000 г.				2001 г.			
Дни	% изм.	Уд. вес потерь раб. вр.	Разм. ср. дн. пособ.	Дни	% изм.	Уд. вес потерь раб. вр.	Разм. ср. дн. пособ.
886,4 6	4,75	3,27	126		1,25	3,31	208

2002 г.				2003 г.			
Дни	% изм.	Уд. вес потерь раб. вр.	Разм. ср. дн. пособ.	Дни	% изм.	Уд. вес потерь раб. вр.	Разм. ср. дн. пособ.
865,21	-5,32	3,19	303	771,84	-10,79	3,09	333

кий - 848,28, Амгинский - 894,48, Вилюйский - 1032,82, Кобяйский - 924,48, Мегино-Кангаласский - 956,61, Момский - 859,11, Намский - 998,43, Нижнеколымский - 901,90, Олекминский - 944,52, Таттинский - 890,52, Томпонский - 935,26, Усть-Алданский - 902,25, Мирнинский - 1046,93.

Тенденция к росту заболеваемости отмечается в 6 улусах: Алданский - 9,85, Кобяйский - 2,51, Нюрбинский - 9,75, Сунтарский - 2,82, Таттинский - 6,37, Чурапчинский - 16,39.

В среднем по республике удельный вес к начисленным страховым взносам составил 92,94, и этот показатель завышен в 12 улусах, т.е. идет перерас-

ход средств фонда выплат по болезни в Абыйском - 126,23, Верхоянском - 100,41, Вилюйском - 11023, Мегино-Кангаласском - 111,06, Момском - 96,85, Хангаласском - 95,85, Эвено-Бытантайском - 97,41, Мирнинском - 113,08 улусах.

Уровень среднедневного пособия по болезни по сравнению с республиканским (333 руб.) выше в 4 улусах: Анабарском - 550, Жиганском - 373, Усть-Янском - 344, Мирнинском - 566, Нерюнгринском - 359 рублей.

Анализ заболеваемости взрослого населения в улусах, имеющих высокий уровень потерь рабочего времени (Мирнинский, Мегино-Кангаласский,

Олекминский улусы), показывает, что первое место занимают болезни органов дыхания, на втором месте, особенно в Мирнинском улусе, травмы и отравления.

Таким образом, пути снижения потерь рабочего времени, как и в целом заболеваемости взрослого населения имеются и это, прежде всего, улучшение условий труда, внедрение профилактических методик и технологий, принципов здорового образа жизни, повышение требований к соблюдению техники безопасности на производстве.

Ежегодно в Республике Саха (Якутия) свыше 4 тыс. чел. впервые признаются инвалидами. Так, в 2003 г. впервые признаны инвалидами - 3501 чел. из числа взрослого населения и 956 - детей (2002 г. - 3474 взрослых и 995 детей) (табл.4.2).

Среди городских жителей высокий уровень инвалидности отмечается от болезней системы кровообращения, он составляет 34,2 % от числа впервые признанных инвалидами горожан в 2003 г. (среди класса болезней системы кровообращения цереброваскулярные болезни занимают 1-е место - 45,5 %, ишемическая болезнь сердца 2-е место - 31,5 %). Злокачественные новообразования занимают 2-е место и составляют 12,3 %, последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин - 3-е место - 11,6%.

Среди жителей сельской местности высокий уровень инвалидности отмечается от болезней системы кровообращения - 29,3 %, из них цереброваскулярные болезни составляют 52%, ишемическая болезнь сердца - 24%. Второе место занимают последствия травм, отравлений, других воздействий внешних причин и составляют - 13,5 %, на третьем месте злокачественные новообразования - 11 %.

Высокий уровень первичного выхода на инвалидность на 10 тыс. взрослого населения отмечается в Абыйском (85,8), Жиганском (79,2), Олекминском (79,9) Оленекском (65,8), Момском (63,8), Верхоянском (65,4), Усть-Алданском (62,2), Горном (64,4), Эвено-Бытантайском (66,8), Таттинском (59,3), Томпонском (58,7), Среднеколымском (58,3), Кобяйском (57,6), Нюрбинском (56,3) улусах, в г. Якутске (56,6) (табл.4.3.).

Переосвидетельствовано всего 10833 инвалида, признано инвалидами 10504 чел. (город - 6483, село - 4021), по группам (табл.4.4):

Впервые признанные инвалидами в Республике Саха (Якутия) в возрасте от 18 лет и старше за 2001-2003 гг. Распределение по полу и месту проживания

Таблица 4.2

годы	Всего признано инвалидами	В том числе							
		мужчин		женщин		городское население		сельское население	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2001	3479	2023	58,1	1456	41,9	2235	64,2	1244	35,7
2002	3474	2021	58,2	1453	41,8	2282	65,7	1192	34,3
2003	3501	2054	58,7	1147	41,3	2328	66,5	1173	33,5

Интенсивный показатель первичной инвалидности на 10000 взрослого населения за 2001-2003 гг.

Таблица 4.3

Год	Городское население	Сельское население
2001	48,2	56,5
2002	48,7	54,0
2003	49,4	52,9

Распределение инвалидов по группам за 2001-2003 гг.

Таблица 4.4

Год	Всего призна- но инвалидами	ИП	В том числе					
			I группа		II группа		III группа	
			абс. число	% от об- щего числа	абс. число	% от об- щего числа	абс. число	% от об- щего числа
2001	3479	50,8	655	18,8	1973	56,7	851	24,5
2002	3474	50,4	643	18,5	1901	54,7	930	26,8
2003	3501	50,6	659	18,8	1916	54,7	926	26,4

Таблица 4.5

Распределение детей впервые признанных инвалидами
по полу и возрасту за 2001 - 2003 гг.

Год			В том числе							
			0-3 года		4-7 лет		8-14 лет		15 лет и старше	
			м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2001	Всего	976	167	164	121	72	182	138	79	53
	Городская местность	532	104	80	67	34	98	84	41	24
	Сельская местность	444	63	84	54	38	84	54	38	29
2002	Всего	995	175	165	105	80	198	145	77	50
	Городская местность	522	97	84	50	50	100	83	37	21
	Сельская местность	473	78	81	55	30	98	62	40	29
2003	Всего	956	199	171	101	76	168	127	67	47
	Городская местность	488	104	87	58	41	84	67	28	19
	Сельская местность	468	95	84	43	35	84	60	39	28

I группа - 902 чел. (8,6 %) (гор. – 595, сел. – 307 чел.)

II группа - 5655 чел. (53,8 %) (гор. – 3475, сел. – 2180 чел.)

III группа - 3974 чел. (37,6 %) (гор. – 2413, сел. – 1534 чел.)

Среди всех причин инвалидности детей на первом месте врожденные аномалии - 9,9 на 10 тыс. детского населения, на втором болезни нервной системы - 6,8, на третьем травмы - 2,1.

Переосвидетельствовано детей в возрасте до 18 лет 4591 чел., из них признаны инвалидами 4262 чел. (в городских поселениях – 2385, в сельской местности – 1877) (табл.4.5).

Начиная с 2000 г. Государственная служба медико-социальной экспертизы разрабатывает индивидуальную программу реабилитации инвалидов (далее по тексту ИПР) по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. Инвалидам из числа взрослого населения было выдано в 2001 г. – 3906 ИПР, в 2002 г. – 5209 ИПР, в 2003 г. – 6193. Детям в 2001 г. выдано – 1425 ИПР, в 2002 г. – 2106 и в 2003 г. – 1885.

Таким образом, отмечается увеличение численности инвалидов, которым Государственной службой МСЭ рекомендуются различные виды реабилитации, тем не менее отмечается тенденция снижения количества случаев полной реабилитации инвалидов в Республике Саха (Якутия), которое составило среди взрослого населения в 2001 г. – 3,6 %, в 2002 г. – 3,0, в 2003 г. – 3,0%. Среди детского населения процент полной реабилитации составил в 2001 г. – 9,0, в 2002 г. – 8,4, в 2003 г. – 7,2%.

Санаторно-курортное лечение инвалидов проводилось, в основном, на базе республиканских и улусных санаториев. За 2003 г. обеспечено санаторно-курортным лечением всего 1847 инвалидов, из них 534 ребенка (2002 г. – 2362, из них 933 ребенка). В последние годы из-за уменьшения финансирования отмечается тенденция снижения числа инвалидов, охваченных санаторно-курортным лечением.

Компенсацию за санаторно-курортное лечение в 2001 г. получили 783 инвалида Великой Отечественной вой-

ны на сумму – 1422,0 тыс. руб., в 2003 г. – 777 инвалидов ВОВ на общую сумму 2333,0 тыс. руб. Ввиду преклонного возраста и по состоянию здоровья участники и инвалиды ВОВ в последние годы вынуждены находиться по месту проживания и не могут воспользоваться санаторными путевками, за счет этого возрастает потребность в компенсационных выплатах за санаторное лечение.

В Республиканском центре реабилитации слуха и речи г. Нерюнгри ежегодно проходят реабилитацию 87 детей-инвалидов в условиях стационара, амбулаторно предоставляется помощь еще 9376 детям-инвалидам. Благодаря внедрению уникальной вербальной методики по обучению абсолютно глухих детей, за последние годы 58 детей-инвалидов были интегрированы в массовые общеобразовательные школы и смогли продолжить обучение в вузах России.

В Республиканском реабилитационном центре для детей с ДЦП г. Нерюнгри ежегодно получают медико-социальную реабилитацию в стационарных условиях в среднем свыше 800 детей-инвалидов, кроме того, амбулаторно оказываются реабилитационные услуги и консультативная помощь 1447 детям-инвалидам.

В Республиканском реабилитационном центре для инвалидов и ветеранов Республики Саха (Якутия) г. Якутска ежегодно проходят реабилитацию в условиях стационара 844 чел., амбулаторно – свыше 7 тыс. чел., обратились за изготовлением протезно-ортопедических изделий в 2001 г. – 1235 чел., в 2002 г. – 744 и в 2003 г. – 310 чел. В декабре 2003 г. введен пристрой на 20 стационарных мест, предназначенных для санаторного восстановительного лечения.