

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**На правах рукописи**

**МАЙОРОВА**

**Евгения Константиновна**

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
ДЕТЕЙ МЕГАПОЛИСА И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ**

**14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение**

**Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:  
Заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор  
Орел Василий Иванович**

**Санкт-Петербург  
2014**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ (Обзор литературы).....	12
ГЛАВА 2. БАЗА, ПРОГРАММА И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	53
3.1 Анализ медико-демографической ситуации в Санкт-Петербурге.....	53
3.2 Основные медико-биологические параметры здоровья детского населения.....	64
ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ДЕТСКИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ .....	80
ГЛАВА 5. ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	99
5.1. Медицинская активность и образ жизни семей, воспитывающих детей.....	99
5.2. Основные направления по снижению заболеваемости детского населения в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений.....	112
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	123
ВЫВОДЫ.....	139
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	143
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	145
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	165

## Введение

**Актуальность проблемы.** Преодоление демографического кризиса - одно из первостепенных направлений государственной политики Российской Федерации. Успешное решение данной проблемы во многом будет зависеть от состояния здоровья детей. Выделение приоритетных направлений и их целевое финансирование стали эффективными методами решения самых острых социальных задач и проблем, в том числе и в охране здоровья детей, как, например, углубленная диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи детям (В.А. Медик, 2008; В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, 2010; В.И. Стародубов, 2010; Д.А. Медведев, 2010).

Вместе с тем, многие показатели остаются очень тревожными. За последние десять лет численность детского населения продолжает сокращаться, число детей в возрасте от рождения до 17 лет включительно снизилось на 19,7% с 31,6 млн. в 2002 г. до 25,4 млн. человек в 2010 г. Уменьшилось число детей в возрасте 5-9 лет на 28,8%, в возрасте 10-17 лет на 34,0%, почти на 30% сократилась численность детей в возрасте 15-17 лет (Росстат, 2010). В этой демографической ситуации крайне важно сохранить здоровье и жизнь каждого ребенка (С.Б. Чолоян, В.М. Боев, 2008, С.Р. Конова, А.Г. Ильин, 2011).

Особое беспокойство вызывает состояние здоровья детей и подростков, которые представляют собой ближайший репродуктивный, социальный, экономический, военный, интеллектуальный и культурный резерв общества. (Потапов А.И. и др., 2008; Баранов А.А., В.Р. Кучма, 2009).

Исследования, проведенные в последние годы в различных регионах России, свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья детского населения, что во многом связано с такими мощными факторами риска, как неблагоприятная экологическая обстановка и катастрофическое снижение социально-экономического благополучия населения России. Наблюдается значительное изменение картины заболеваемости в детском возрасте, выражающееся в увеличении числа хрониче-

ских и сочетанных форм заболеваний, возрастание частоты интранатальных повреждений и наследственной патологии, что, в свою очередь, приводит к повышению численности детей-инвалидов (В.М. Тришин, 2004; Т.В. Яковлева, 2008; Г.А. Сулова, 2008; Г.Л. Микиртичан, 2008; В.И. Орел, 2009; В.И. Медик, В.К. Юрьев, 2010, О.П. Романенко, 2014).

Основы здоровья взрослого населения формируются в детском возрасте. Поэтому в сложившейся ситуации охрана здоровья детей является приоритетной задачей государственной политики, поскольку подрастающее поколение является самым главным потенциалом страны, ее кадровым и демографическим ресурсом, без которого невозможен ни экономический, ни социальный рост государства. От уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация жизненных планов, в том числе профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, создание семьи и рождение детей, то есть именно те факторы, которые определяют развитие страны в целом (В.О. Щепин 2004; Л.М. Сухарева и др., 2009; В.С. Лучкевич, 2009; Л.П. Чичерин, 2010; А.С. Симаходский, 2011).

Официальные статистические данные за последние 5 лет свидетельствуют о том, что общая заболеваемость детей старшего подросткового возраста (15-17 лет) увеличилась на 25%, а первичная – на 24%, показатель общей заболеваемости по обращаемости детей от 0 до 14 лет за 10 лет вырос на 21%, первичной – на 22%. При этом заметный рост отмечен практически по всем классам болезней. Особенностью современной патологии детского возраста является учащение перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание первичной хронической патологии. После окончания школы только 15% детей являются абсолютно здоровыми, до 60% детей имеют хронические заболевания и 25% подростков – различные функциональные или пограничные расстройства (Модестов А.А. и др., 2008; Л.В. Эрман, 2009; И.Н. Денисов, 2009; Л.В. Кочорова, 2010; П.Н. Кротин, 2010).

В резолюции XIV Конгресса педиатров России (2010 г.) отмечено, что если заболеваемость детей в возрасте до 14 лет с 2000 г. увеличилась на 8,5%, то среди детей в возрасте 15-17 лет ее рост составил 69,5%. Среди детей всех возрастов

отмечается преимущественный рост хронической патологии, доля которой в структуре всех нарушений здоровья в настоящее время превышает 30%.

Данные о заболеваемости, наряду с показателями смертности, инвалидности и физического развития – основные в оценке состояния здоровья населения и мер по его сохранению и укреплению. От качества получаемых сведений, степени их приближения к реальным цифрам, так называемой истинной заболеваемости, зависит эффективность принимаемых управленческих решений в отношении кадров, распределения сил и средств в отрасли, направленность профилактических мероприятий. Ситуация с изучением заболеваемости изменилась. В условиях государственной системы здравоохранения СССР для этого было достаточно изучить заболеваемость по обращаемости, дополненную случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах и данных о причинах смерти, которые ранее не были зарегистрированы в учреждениях здравоохранения (Н.Г. Веселов, 1995; В.А. Медик, 2003; Н.И. Вишняков, 2008).

Однако, развитие сети частных медицинских учреждений, системы добровольного медицинского страхования, многоканального финансирования здравоохранения ставит перед исследователями новые задачи.

В условиях социальной напряженности и расслоения общества, резкого падения жизненного уровня населения и других последствий переживаемого кризисного периода в стране, именно дети и подростки становятся одной из наиболее социально уязвимых групп населения. Их здоровье является предметом специального рассмотрения и содержанием многих правовых документов (А.А. Бондарь, 2008; Е.В. Антонова, 2008; И.М. Волков, 2010).

Изучение заболеваемости и роли факторов, ее определяющих, в отдельных возрастных группах занимает особое место в оценке здоровья детей. Для получения объективной оценки заболеваемости детского населения необходимо анализировать во взаимосвязи статистические показатели по разным источникам: база данных фондов ОМС, медицинские осмотры детей, учетно-отчетная документация медицинских учреждений, компьютерные методы обследования детского населения. Социально-гигиенические исследования по этой проблеме имеют

большое значение для практического здравоохранения, заключающееся в разработке рекомендаций по снижению заболеваемости, предложений новых организационных форм работы лечебно-профилактических учреждений (Л.В. Александров, 2001; З.Н. Айвазова, 2007; И.В. Винярская, 2008; В.Ю. Альбицкий, Н.И. Макеев, Е.В. Антонова, 2010).

Амбулаторно-поликлинический этап является важнейшим звеном в системе здравоохранения, как наиболее массовая форма медицинского обеспечения населения. На этом этапе решаются проблемы общественного здоровья, профилактики, оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, реабилитации, реализуются стратегия, концепция и тактика развития здравоохранения, оценивается популяционное здоровье, осуществляется планирование медицинской помощи, оценка ее качества (Г.И. Куценко, Л.П. Чичерин, 2006; Д.И. Зелинская, 2008; А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, 2009).

Адекватно воздействуя на здоровье детей, общество тем самым закладывает основу для оптимального воспроизводства населения и состояния его здоровья в будущем (Баранов А.А., Ваганов Н.Н., 1999; Юрьев В.К., Куценко Г.И., 2000; Орел В.И., Стуколова Т.И., 2003; Медик В.А., 2003).

Таким образом, разработка и внедрение организационных технологий, направленных на своевременную диагностику и коррекцию патологических состояний в детском возрасте, а также выбор основных направлений и перспектив, направленных на улучшение здоровья детского населения посредством снижения показателя заболеваемости, являются актуальными задачами общественного здоровья и здравоохранения.

**Степень разработанности темы исследования.** В изученных научных публикациях отечественных и авторов представлена комплексная оценка состояния здоровья современного подрастающего поколения с учетом его физического развития, показателей первичной и общей заболеваемости, инвалидности, распространения хронической патологии среди детей (Орел В.И., Серeda В.М., Даниленко Л.А., 2005, Щепин О.В., Тишук Е.А., 2006, Шарапова В.В., 2006, Савина Л.Н., 2009, Медик В.А., Токмачев М.С., 2009). Все показатели, характеризующие состо-

яние здоровья детского населения, проанализированы в динамике за последние 10 лет с расчетом относительных величин, темпа прироста, коэффициент роста. Как в отечественных, так и в зарубежных публикациях отмечаются негативные тенденции в развитии патологии среди детского контингента, особенно ранний переход в хронические формы, рост заболеваемости происходит по всем классам болезней, особую тревогу вызывает снижение числа здоровых новорожденных (Обликова Н.А., 2005, Муспахова Э.М., 2006, Доскин В.А., 2006, Тырновска Т.Х., 2010, Uijen A.A., van de Lisdonk E.H., 2008, Blum R.W., 2009). Все это свидетельствует о тяжести эпидемиологической ситуации в стране и недостаточном объеме и эффективности проводимых профилактических мероприятий среди детского населения, что требует поиска мер по совершенствованию оказания медицинской помощи детям. Данная работа является комплексным медико-организационным исследованием по оценке резервов снижения заболеваемости детского населения с позиции ее предотвратимости.

**Цель исследования.** На основе комплексного подхода изучить особенности заболеваемости детского населения мегаполиса и разработать систему мероприятий по ее снижению.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать тенденции медико-демографической ситуации в Санкт-Петербурге.
2. Изучить современное состояние здоровья детей мегаполиса и выявить факторы, его определяющие.
3. Дать оценку особенностей заболеваемости детского контингента на современном этапе по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения в соответствии с программным обеспечением «АССОМ» и «SOC\_PEDIATRIA».
4. Провести анализ профилактических осмотров с применением Автоматизированного комплекса диспансерных наблюдений (АКДО).
5. Предложить комплекс мер, направленных на улучшение здоровья детского населения посредством снижения показателя заболеваемости.

**Научная новизна** заключается в том, что в результате проведенного комплексного социально-гигиенического и медико-организационного исследования впервые оценены резервы снижения заболеваемости детей с позиции ее предотвратимости и разработан комплекс мер, направленный на улучшение здоровья детского населения, на основании:

- современной медико-демографической характеристики населения мегаполиса, характеризующейся снижением численности детей на 39,1%;
- впервые проанализированных всех показателей здоровья детского контингента крупного промышленного центра;
- впервые выявленных основных медико-статистические закономерностей первичной и общей заболеваемости среди детского населения: темп прироста общей заболеваемости детей составил 30,0%, первичной – 47,0%, подростков соответственно 33,0% и 69,0%;
- впервые рассчитанной общей накопленной заболеваемости детского населения по данным обращаемости в детские амбулаторно-поликлинические учреждения с применением программного обеспечения «АССОМ», показатель которой выше официального показателя в среднем на 16,5%;
- впервые проанализированных данных медицинских осмотров детей в соответствии с программой «SOC\_PEDIATRIA»;
- впервые изученной медицинской активности семей, воспитывающих ребенка.

**Теоретическая и практическая значимость исследования** заключается в том, что полученные в ходе исследования результаты, позволили определить ведущие направления сохранения и укрепления здоровья детского населения. Проведенная интегральная оценка и анализ медико-статистических закономерностей в изменении состояния здоровья детей и подростков, проживающих в мегаполисе, позволяют планировать и реализовывать комплекс мероприятий и приоритетных направлений по оздоровлению и воспитанию детского населения, рациональному и эффективному использованию медико-социальных ресурсов.

Выводы и практические предложения диссертационного исследования могут быть использованы для совершенствования организации медицинской помощи детскому населению в различных регионах Российской Федерации.

**Методология и методы исследования.** Настоящая диссертационная работа является комплексным медико-социальным, клинико-статистическим и медико-организационным исследованием по изучению медико-биологических параметров здоровья детского населения, факторов риска развития патологии среди детей в условиях мегаполиса. Исследование проводилось в Санкт-Петербурге, втором по численности населения городе России. Базой изучения заболеваемости детского населения послужили государственные детские амбулаторно-поликлинические учреждения трех районов города: Выборгский, Невский и Фрунзенский районы. Основным объектом исследования явились дети 0-17 лет включительно, наблюдаемые районными амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а также учащиеся учреждений начального и среднего профессионального образования и общеобразовательных школ, находящихся на территории обслуживания поликлиник.

Для разработки комплекса мер, направленных на улучшение здоровья детского населения, проведен клинико-статистический анализ обращаемости детского населения в детские амбулаторно-поликлинические учреждения и выявлены особенности заболеваемости детского контингента на современном этапе по данным обращаемости в соответствии с программным обеспечением «АССОМ» и «SOC\_PEDIATRIA».

Комплексное социально-гигиеническое исследование выполнялось поэтапно и носило многоступенчатый характер с применением сплошного и выборочного методов исследования. В ходе решения основных задач использовались различные адекватные методические приемы, о которых подробно изложено во второй главе данной работы.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Современные особенности заболеваемости детей необходимо учитывать при планировании и реализации комплекса медико-организационных мероприя-

тий по улучшению здоровья данного контингента, а также разработке дифференцированных профилактических программ с учетом региональных особенностей.

2. Комплексное изучение заболеваемости, распространенности и структуры заболеваний среди детского контингента должно осуществляться в конкретном амбулаторно-поликлиническом учреждении с применением современных информационных технологий.

3. Предложенный комплекс мероприятий по снижению показателя заболеваемости детского населения направлен на повышение качества и эффективности медицинской помощи детскому контингенту с целью сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения.

**Степень достоверности и апробация работы.** Степень достоверности результатов исследования подтверждается достаточным объемом и репрезентативностью данных, использованных при статистическом анализе показателей. В оценке результатов исследования применялись следующие статистические методы: параметрической и непараметрической статистики, оценка статистической достоверности полученных данных с помощью доверительного коэффициента ( $t$ ), расчета коэффициента корреляции рангов Спирмана, коэффициентов ассоциации... В исследовании использованы статистические, математические, социологические методы.

Основные положения и результаты работы докладывались и обсуждались на научно-практических конференциях, конгрессах, симпозиумах различного уровня, в том числе: Межрегиональная научно-практическая конференция «Репродуктивное здоровье нового поколения» (Иваново, 2010); Научно-практическая конференция «Проблема человека: философские, исторические, медицинские, правовые, социологические, этические и культурологические аспекты» (Санкт-Петербург, 2010); Региональная научно-практическая конференция «Воронцовские чтения» (Санкт-Петербург, 2012, 2014).

**Внедрение результатов исследования в практику.** Полученные в ходе исследования результаты внедрены в практическую деятельность: Министерства здравоохранения Мурманской области (№ 10-1025 от 17.02.2012г.); Департамента

здравоохранения Вологодской области (№ 3/3134 от 01.10.2012.г.); Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения городская поликлиника № 37 (№7/145 от 03.09.2012г.), Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения детская городская поликлиника № 68 (от 02.11.2012 г.) муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная больница Ломоносовского района имени Заслуженного врача Российской Федерации Юдченко Игоря Николаевича» (№ 37/12 от 07.10.2012г.).

Материалы исследования используются в процессе преподавания для студентов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов и слушателей на кафедре социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (от 25.01.2014 г.).

**Личный вклад автора.** Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа исследования, разработаны статистические учетные формы. Программа математико-статистической обработки материала и сама обработка проводилась с участием автора (доля личного участия-90%). Промежуточные результаты исследования систематически проверялись научным руководителем. Анализ, интерпретация, изложение полученных данных, формулирование выводов и практических рекомендаций в основном выполнены автором лично (доля личного участия – 95%).

**Публикации.** По теме диссертационного исследования опубликовано 14 печатных работ, из них 3 в ведущих рецензируемых научных журналах.

#### **Структура и объем диссертации.**

Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, 4 глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, предложений, списка использованной литературы, приложений.

Библиографический указатель содержит 182 источника, в том числе отечественных 151 и зарубежных 31. Текст диссертации изложен на 170 страницах машинописного текста, иллюстрирован 30 таблицами, 19 рисунками.

**ГЛАВА 1**  
**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**  
**ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**  
**(Обзор литературы)**

Проблемы сохранения и укрепления здоровья детей являются особенно актуальными для отечественного здравоохранения. Состояние здоровья детей – важнейший критерий оценки благополучия общества, один из факторов национальной безопасности страны. Низкие показатели рождаемости, относительно высокая детская смертность, рост распространенности хронических болезней и инвалидности у детей негативно влияют на развитие общества и при затянувшихся социально-экономических преобразованиях в стране могут привести к резкому уменьшению количества здоровых детей в последующих поколениях. В связи с этим ставится вопрос о том, что здоровье детей в современных условиях необходимо рассматривать как политическую категорию и фактор национальной безопасности [136].

**1.1 Состояние здоровья и заболеваемость детей в Российской Федерации: основные тенденции, их причины и оценка**

**1.1.1 Показатели заболеваемости детского населения**

Уровень детской заболеваемости отражает итог взаимодействия экономических, экологических, социально-гигиенических и медико-организационных факторов в обществе. Рост показателей заболеваемости в современных экологических, социально-экономических условиях, низкий уровень рождаемости обуславливают необходимость изыскания эффективных диагностических и защитных мероприятий. Все это создает необходимость изучения показателей, характеризующих состояние здоровья детей. Зная эпидемиологию детской заболеваемости, ведущие ее причины, возрастные особенности, организаторы здравоохранения по-

лучат возможность более рационально использовать имеющиеся резервы, что, несомненно, позволит снизить заболеваемость детей.

Контроль за заболеваемостью детей, их ростом и развитием – один из основных разделов профилактической работы. Он предусматривает оценку происходящих в организме ребенка изменений по нескольким наиболее важным направлениям – физическое, психическое, биологическое развитие [31].

Рост показателей заболеваемости детей в Российской Федерации отмечается с 90-х годов XX века. Так, в Московской области, в 1999 г. уровень общей заболеваемости детского населения достиг 1999,3 на 1000 детей 0–14 лет (в 1995 г. – 1552,0‰) [54].

На основании данных о здоровье 30 млн. российских детей и подростков по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г., как отмечается в Докладе о состоянии здоровья детей Российской Федерации [39], было получено следующее распределение по группам здоровья: I (практически здоровые дети) – 33,9% (в городах – 36,9%, в сельской местности – 29%), II (дети групп риска и с функциональными отклонениями) – 52% (в городах – 48,7%, в сельской местности – 53,9%), III (дети с хроническими заболеваниями) – 16,1% (в городах – 14,3%, в сельской местности – 17%). Уровень патологии у детей всех возрастных групп составил в 2002 году 45005,7 на 100 тыс. детского населения. При этом подчеркивается, что у части детей диагностировано одновременно несколько различных заболеваний (функциональных и хронических).

Анализ структуры заболеваемости детей различного возраста в Российской Федерации по данным диспансеризации показал, что уровень распространенности и первичной заболеваемости у подростков с 15 до 18 лет несколько выше, чем у детей 0–14 лет. Показатель заболеваемости детей в возрасте 0–17 лет, состоящих на диспансерном учете, составил 68367,9 (у детей в возрасте 0–14 лет – 65817,7, у подростков с 15 до 18 лет – 76906,8) на 100 тыс. детей соответствующего возраста. Распространенность и заболеваемость детей в возрасте от 0 до 18 лет, проживающих в городах, несколько выше, чем у детей сельской местности. здоровые дети, проживающие в городе, составляют 36,9%, тогда как в сельской местности-

29,02%. У детей, проживающих в сельской местности показатель заболеваемости впервые в жизни выявленной патологией выше, чем в городах. Вместе с тем, число детей и подростков, состоящих на диспансерном учете, в городах в 1,5 раза выше, чем в селе.

Наиболее высокий уровень впервые выявленной патологии у детей и подростков отмечен по следующим классам болезней:

- болезни крови и кроветворных органов – 32 %, прежде всего, за счет анемий (33 %);
- болезни эндокринной системы – 31 %, в основном за счет болезней щитовидной железы (34 %) и ожирения (25 %);
- болезни костно-мышечной системы – 26,5 %;
- болезни органов пищеварения – 24,7 %;
- болезни системы кровообращения – 24 %.

Результаты Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. подтвердили тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся за прошедший десятилетний период: снижение доли здоровых детей (с 45,5 до 33,89%) с одновременным увеличением вдвое удельного веса детей, имеющих хроническую патологию. Ежегодный прирост общей заболеваемости у подростков составляет 5–7 % [54].

С начала 1990-х гг. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными, и эта отрицательная динамика сохраняется. В 2004 г. больными оказались 40% родившихся детей [43].

В Государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году отмечен ряд негативных тенденций в состоянии здоровья детей и подростков [35]. Общая заболеваемость детей в возрасте до 15 лет в 2005 г. в сравнении с 2004 г. на 2,2%. В 2005 г. у детей в возрасте до 15 лет было зарегистрировано на 234 тыс. заболеваний больше, чем в 2004 г. Отмечен рост распространенности врожденных аномалий на 4,9%, болезней органов дыхания на 3,7%, болезней нервной системы на 3,2%, травм и отравлений на 2,9%, болезней кожи и подкожной клетчатки на 2,1%, при снижении частоты инфекционных и паразитарных болезней на 3,7%, болезней эндокринной системы и расстройств питания

на 2%. Общая заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет в 2005 г., согласно данным Государственного доклада, в сравнении с 2004 г. увеличилась на 2,9%. Заболеваемость возросла по всем классам болезней, прежде всего по инфекционным и паразитарным болезням – на 24,8%, новообразованиям – на 6,5%, болезням нервной системы – на 6,0%, болезням костно-мышечной системы – на 5,3%, болезням мочеполовой системы – на 4,5%, травмам и отравлениям – на 4,4%, болезням кожи и подкожной клетчатки – на 2,6% [35].

По данным официальной статистической отчетности представленной участникам XII конгресса педиатров России в 2008 г. за 5-летний период заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 13,1%, в возрасте 15-17 лет – на 15% [43]. Рост заболеваемости отмечается по всем классам болезней, но самые высокие темпы прироста отмечаются при болезнях крови и кроветворных органов, новообразованиях (в 1,6 раза), мочеполовой системы и врожденных аномалий (в 1,5 раза). В структуре хронических болезней ведущее место занимают болезни костно-мышечной системы (24%), органов пищеварения (23%), нервной системы и психической сферы (20%). Численность абсолютно здоровых детей в настоящее время не превышает 2–4% [50].

Согласно Российскому статистическому ежегоднику, в 2009 г. заболеваемость детей 0–14 лет по всем классам болезней составила 41302,0 тыс. Человек [110].

Негативная динамика темпов роста общей заболеваемости детей в последние годы обусловлена рядом причин, основными из которых являются:

- повышение выявляемости отклонений в состоянии здоровья детей в связи с улучшением оснащения диагностическим оборудованием детских ЛПУ в ходе реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье»;
- увеличение числа возрастных групп детей, подлежащих углубленной диспансеризации с включением узких специалистов и проведением лабораторных исследований в соответствии с приказом от № 621 МЗ РФ от 30.12.03 г. [103];
- снижение уровня здоровья женщин репродуктивного возраста, высокий удельный вес перинатальных факторов риска;

- недостаточный объем и эффективность проводимых профилактических мероприятий;
- высокие учебные нагрузки и не соответствующие физиологическим потребностям растущего организма низкие физические нагрузки;
- повышение заболеваемости по отдельным нозологическим формам;
- улучшение диагностики врожденных аномалий у детей первого года жизни в результате проведения скрининг-обследования, что также вносит свой вклад в повышение общей заболеваемости детей;
- девиантное поведение подростков, в частности курение, употребление алкоголя, токсикомания, что создает неблагоприятный преморбидный фон для формирования соматической патологии.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводится в соответствии с приказом Минздрава России № 621 от 30.12.2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»[103].

Анализ результатов диспансеризации детей дошкольного возраста в Новгородской области показал, что патологическая пораженность составляет 472,5 на 1000 осмотренных, причем патологическая пораженность мальчиков несколько выше, чем девочек (501,2 против 439,9) [116]. По результатам диспансеризации выявлен прирост хронических заболеваний на 6,3% в целом по всем классам заболеваний (в сравнении с исходным уровнем), но у мальчиков этот прирост несколько выше, чем у девочек (6,5% против 6,2%). Среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения, преобладают здоровые (64,4%), а более трети (35,6%) воспитанников имеют хроническую патологию.

Комплексная оценка состояния здоровья детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения г. Владивостока, показала некоторые особенности его структуры [80]. Так, 9/10 (92,9%) детей имели II или III группу здоровья. Физическое развитие имело те или иные изменения почти у 1/2 (46,9%) детей. Значительными оказались отклонения в нервно-психическом развитии (более 2/3 или 68,4% детей), нарушения резистентности организма (почти у 1/2 или у 42,9% детей), высокий уровень острой заболеваемости органов дыхания

(3112,2±183,1‰ на 1000 детей) с преобладанием острой заболеваемости верхних дыхательных путей (84,7%), показатель хронической и врожденной патологии (1,9 случая на 1 ребенка).

Исследователи подчеркивают, что полученная объективная информация о заболеваемости детского населения является основой для разработки региональных целевых программ, базирующихся на принципах приоритета профилактической и медико-социальной направленности, что позволит обеспечить адресность оказываемой помощи, тесное взаимодействие и активное участие различных служб и ведомств в ее реализации. Поставлен вопрос о создании федерального атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации» [119].

## 1.2. Структура заболеваемости детского населения

Наряду с показателями общей заболеваемости, важное значение для планирования медицинской помощи детскому населению имеют показатели заболеваемости отдельными болезнями

В работе Н.И. Урсовой (2001), кроме общей заболеваемости детей 0–14 лет в Московской области, детально проанализированы уровень, ранговое место и темпы роста хронической патологии по пяти классам болезней, которые отличаются высокой распространенностью и частым исходом в инвалидность [127]. По частоте встречаемости среди этой патологии доминировали болезни органов дыхания (987,8‰) и пищеварения (123,1‰).

По итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г., в структуре заболеваемости детей и подростков первые два места занимают болезни костно-мышечной системы (чаще у подростков) и болезни органов пищеварения (чаще у детей в возрасте 0–14 лет) [39]. Имеют место существенные различия в показателях первичной заболеваемости у детей в возрасте 0–14 лет и у подростков. В возрастном периоде 0–14 лет чаще встречаются новообразования, болезни крови и кроветворной системы, болезни кожи, болезни органов дыхания, врожденные аномалии.

Такие нозологические формы заболеваний, как болезни эндокринной системы, нервной системы, болезни глаза, болезни мочеполовой системы в 1,5 раза встречаются чаще у подростков 15–17 лет, чем у детей 0–14 лет. Заболеваемость подростков 15–17 лет болезнями костно-мышечной системы, болезнями уха в 1,3 раза выше, чем у детей 0–14 лет.

Анализ распространенности болезней органов дыхания, инвалидности и смертности от этой причины у детей и подростков в Российской Федерации показал, что заболеваемость болезнями органов дыхания неуклонно повышается как у детей, так и у подростков [92]. Проанализирована возрастная структура инвалидности и смертности при данной патологии. Установлено что по мере взросления распространенность инвалидности в РФ вследствие болезней органов дыхания увеличивается и достигает максимального уровня у детей в возрасте 15-17 лет. Отмечается рост смертности у детей при бронхиальной астме. Несмотря на это, болезни органов дыхания считаются наиболее предотвратимой причиной потерь здоровья детского населения.

Аналогичные тенденции отмечены и в странах ближнего зарубежья. Комплексный анализ показателей заболеваемости детей в возрасте до 1 года в Витебской области Республики Беларусь за период 2000-2006 гг. показал, что самый высокий удельный вес в структуре заболеваемости детей первого года жизни на протяжении всего анализируемого периода имел класс болезней органов дыхания. Выявлено снижение интенсивных показателей заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, гриппом и удельного веса этих нозологических форм в общей структуре детской патологии. В то же время отмечен рост заболеваемости пневмониями за семилетний период наблюдения на 17% [113]. Повышение частоты болезней органов дыхания отмечается и у детей г. Киева [90].

Исследователи из Нидерландов сравнивали структуру заболеваемости детского населения в 1987 и 2001 гг [163]. Анализировалась посещаемость врачей общей практики. Наиболее частой проблемой со здоровьем у детей и подростков 0–17 лет по-прежнему остаются болезни органов дыхания, но их доля в структуре

заболеваемости снизилась с 25,5% в 1987 г. до 23,3% в 2001 г. Возросла частота кожных заболеваний (23,0% в 2001 г. против 17,8 в 1987 г.), чаще диагностировались такие болезни кожи, как дерматомикозы, импетиго и экзема.

Важной проблемой здравоохранения является состояние психического здоровья детей и подростков.

Зарубежными исследованиями показана взаимосвязь между наличием психической патологии у родителей и тяжестью течения бронхиальной астмы у детей: дети, чьи родители или опекуны страдали психическими заболеваниями, вдвое чаще госпитализировались по поводу астмы по сравнению с детьми психически здоровых родителей [175]. С другой стороны, родители детей, больных бронхиальной астмой, отличаются повышенной тревожностью и тревога у родителей выражена тем сильнее, чем тяжелее протекает болезнь у ребенка [170].

По мнению Л.В. Сеченовой (2009), тревожность родителей по поводу состояния здоровья детей во многом связана с условиями и образом жизни семьи, часто бывает неадекватной и существенно заниженной, что может служить психологическим основанием пренебрежительного отношения к здоровьесберегающей деятельности и низкой медицинской активности. По данным автора, 13,6% родителей постоянно испытывают беспокойство по поводу состояния здоровья ребенка, у 18,1% такое беспокойство бывает часто, однако у 50,6% беспокойство бывает изредка, а 14,4% вообще не испытывают беспокойства по этому поводу [117].

Показано также, что в семьях, где повышенная тревожность родителей сочетается с жесткой дисциплиной и повышенной требовательностью, у детей чаще наблюдаются симптомы соматизации, что ведет к развитию хронических заболеваний [158]. Исследование, проведенное в Нидерландах, показало, что 2/3 всех выявленных психологических (поведенческих и эмоциональных) проблем у детей и подростков зафиксировано в неблагополучных районах [166].

Среди факторов, обуславливающих ухудшение психического здоровья детей и подростков, на одном из первых мест находится потребление психоактивных веществ [47, 71]. Данные исследований иллюстрируют напряженность наркологической ситуации среди подростков в различных регионах России. Уровень пер-

вичной заболеваемости подростков наркоманией за период 2000–2007 гг. снизилась. В то же время, согласно данным Б.Д. Менделевича (2007), полученным в Татарстане, только в течение 2007 г. количество подростков, впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу наркомании, возросло в 2 раза. За 2000–2007 гг. возросла заболеваемость подростков токсикоманией. Минздравсоцразвития РФ выражает тревогу в связи с ростом детского и подросткового употребления алкоголя и табака [34].

### 1.3. Часто и длительно болеющие дети

В статье А.Л. Заплатникова и Н.А. Коровиной (2008) проанализированы причины высокой заболеваемости острыми респираторными инфекциями в педиатрической популяции [49]. Авторы обосновывают необходимость клинической характеристики и нозологической рубрикации всех эпизодов острых респираторных инфекций, а также важность анализа эпидемиологических, социально-бытовых и других провоцирующих факторов у детей с рекуррентными респираторными заболеваниями. Комплексное изучение состояния здоровья 2436 дошкольников, наблюдавшихся до включения в исследование в группе часто болеющих детей (ЧБД) в течение 1–3 лет, показало, что под маской ЧБД скрывались и не были своевременно диагностированы такие заболевания, как хронический тонзиллит (38,1%), рецидивирующий аденоидит (31,8%), рецидивирующий бронхит (14,2%), а у 8,1% детей впервые были выявлены аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма). Установлено, что своевременное уточнение диагноза значительно повышает эффективность реабилитационных мероприятий. Отмечена необходимость проведения превентивных мероприятий, направленных на снижение риска формирования группы ЧБД.

Одной из причин высокой частоты заболеваемости у детей первых лет жизни является низкая стрессоустойчивость, обусловленная нарушением формирования функциональных взаимоотношений между норадренергическим и дофаминергическим звеньями вегетативной регуляции. Обследование 360 детей в возрасте до

трех лет, госпитализированных с диагнозом острое респираторное заболевание, показало, что у спорадически болеющих детей в первые месяцы жизни преобладает адренергическая регуляция висцеральных функций, которая постепенно ослабевает, уступая норадренергической системе; этот факт отражает гетерохронию созревания нервных регуляторных систем жизнеобеспечения в первые годы жизни. У Часто болеющих детей отсутствовала соответствующая динамика показателей содержания адреналина и норадреналина в крови [128]. Установлено также, что у 76,7–90% часто болеющих детей имеют место нарушения в системе интерферона [63].

Частые острые заболевания, так же как и наличие хронических заболеваний, негативно отражаются на качестве жизни детей, причем у мальчиков больше страдает физическое функционирование, а у девочек – эмоциональное [26].

Дети из бедных семей чаще болеют, и их болезни наиболее негативно отражаются на благосостоянии семьи, т.к. родители, вынужденные ухаживать за больным ребенком, пропускают работу. В пяти городских детских медицинских учреждениях г. Рочестер (штат Нью-Йорк, США) исследовали влияние телемедицины на продолжительность отсутствия в связи с болезнью ребенка [160]. Исследование проводилось в течение 2,5 лет: с 1 января 2001 г. по 30 июня 2003 г. В течение 200 недель состоялось 940 телемедицинских контактов. Установлено, что благодаря применению телемедицинских технологий продолжительность отсутствия сократилась на 63% (с 8,78 до 4,07 дня на 100 детей в неделю). Родители отметили, что при помощи телемедицины им удалось решить 93,8% проблем со здоровьем детей, и лишь в остальных 6,2% был необходим визит к врачу. Исследование показало, что телемедицина обладает значительным потенциалом, позволяющим уменьшить воздействие болезни на здоровье детей, их образование, а также минимизировать экономические потери, связанные с детскими болезнями.

## **2. Факторы, влияющие на заболеваемость детей в современных условиях**

В современных условиях многие медико-санитарные, экологические и социально-экономические факторы оказывают значительное влияние на уровень

здоровья населения, в том числе детей. Исследователи обращают внимание на невозможность возникновения и распространения болезней под влиянием какого-либо одного фактора, на обоснованность многофакторной этиологии в развитии патологии человека [41].

## 2.1. Экологические и климатические факторы

Одной из актуальных проблем здравоохранения является исследование воздействия неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье человека. Особую группу риска в этом отношении составляют дети, т.к. реакции детского организма на действие агрессивных факторов внешней среды отличаются от реакций взрослых не только в диапазоне повышенных, но и допороговых концентраций вредных веществ [32, 90, 135, 136].

Как известно, формирование здоровья ребенка происходит при взаимодействии наследственных и средовых факторов. Организм ребенка в силу особенностей обмена, наличия критических периодов роста и развития наиболее чувствителен к повреждающему действию различных факторов окружающей среды и дефициту жизненно важных элементов [135]. Свыше 80% индустриальных городов России имеют недопустимо высокий уровень загрязнения атмосферы, воды, почвы. Антропогенное влияние ксенобиотиков усугубляется наличием биогеохимических особенностей определенных территорий. Экологически зависимая патология отличается как высокой распространенностью болезней, так и тяжестью их течения, склонностью к хронизации процесса, а также «омоложению» ряда заболеваний.

Крайне актуальной проблемой педиатрического здравоохранения остается йодный дефицит. К расстройствам здоровья, обусловленным дефицитом йода, относят целый спектр заболеваний. В районах йодного дефицита соматические и нейроэндокринные заболевания встречаются в 2 – 2,5 раза чаще, чем в областях с достаточным уровнем йода [12, 66, 115, 120].

Клинико-эпидемиологическое исследование, проводимое медиками г. Читы, показало, что с 1985 г. ежегодно растет комплексный показатель заболеваемости детей, обусловленной экологическим неблагополучием места проживания. Накопление патологических стигм в детской среде не имеет тенденции к сокращению. Более того, растет часть детской популяции, которую можно охарактеризовать как пограничную между нормой и патологией. В связи с этим автор заостряет внимание на том факте, что Чита входит в список 130 городов с наибольшим загрязнением воздуха и повышенной в связи с этим заболеваемостью населения [45].

Результаты изучения здоровья детей, проживающих на территории двух неблагоприятных в экологическом отношении районов Иркутской области, свидетельствуют о достоверном ухудшении здоровья в сравнении с показателями детей в контрольных районах. Основной вклад в заболеваемость детей, проживающих в обследованных районах, составили болезни эндокринной, костно-мышечной систем, крови и кроветворных органов, новообразования и врожденные аномалии.

У детей Оренбургской области выявлены более высокие показатели заболеваемости и инвалидности по причине болезней сердечно-сосудистой системы, чем в среднем по России, что авторы связывают в первую очередь с экологическими факторами [121].

На основании изучения особенностей состояния здоровья детского населения РФ во взаимосвязи с факторами окружающей среды подчеркивается, что профилактическое направление и укрепление здоровья детей и подростков является приоритетным процессом в развитии национального проекта в сфере здравоохранения. Данный процесс состоит из действий, направленных как на благоприятные социально-экономические изменения в стране, так и на охрану окружающей среды и модернизацию системы здравоохранения и образования с целью улучшения их влияния на здоровье подрастающего поколения [16, 122].

На заболеваемость детей Крайнего Севера оказывают негативное влияние такие факторы, как изменение биологических ритмов организма вследствие аномальной фотопериодичности, несбалансированное питание и сопутствующие ему

гиповитаминозы, а также длительное пребывание в закрытых помещениях в период полярной зимы, что создает предпосылки к гипоксии и гиподинамии, способствует нарушениям метаболизма, в том числе липидного обмена [22, 44].

Важную роль экологических факторов в заболеваемости детского населения подтверждает исследование, проведенное в Болгарии [125]. В статье показано, что сниженный уровень атмосферного загрязнения, сопровождающий начальный этап перехода Болгарии к рыночной экономике, привел к значительному и достоверному понижению уровня общей заболеваемости населения, в том числе детского. Были проведены проспективные эпидемиологические исследования динамических изменений физического развития и дыхательных функций у двух групп детей. Первую группу составили 107 детей, рожденных в 1984–1985 гг., первые годы жизни которых прошли в условиях интенсивного атмосферного загрязнения; дети данной группы проходили ежегодные обследования с 1996 по 1999 гг. Вторую группу составили 120 детей, рожденных в 1991 г. после резкого спада промышленного производства и живущих при значительно более низком уровне загрязнения по сравнению с первой группой; обследования проводились ежегодно с 2001 по 2004 гг. Анализ антропометрических данных не выявил статистически значимых различий в физическом развитии двух групп детей за весь период исследования. Средний уровень всех показателей, характеризующих функцию дыхания, соответствует референтным уровням, но они сравнительно выше у детей 2-й группы, живущих при более низком уровне загрязнения. Полученные данные показывают, что даже низкие концентрации загрязнения атмосферного воздуха неблагоприятно влияют на показатели дыхательной функции подростков, в связи с чем, по мнению автора, необходим пересмотр некоторых действующих нормативов атмосферного загрязнения.

Результатом комбинированного воздействия неблагоприятных экологических факторов является прежде всего дисбаланс основных регуляторных систем: нервной, эндокринной, иммунной и репродуктивной. В связи с этим именно с детского возраста должна начинаться работа по совершенствованию диагностики и лечения экологически зависимых болезней [107].

## 2.2. Социальные факторы. Заболеваемость детей отдельных медико-социальных групп

На заболеваемость детей серьезное влияние оказывают и социальные факторы.

Неблагополучие здоровья школьников России детерминировано множеством факторов, в том числе влиянием процесса обучения и его интенсификацией, а также общей стрессогенностью современного образовательного процесса [34, 96]. В связи с этим прогнозируется ухудшение нервно-психического здоровья детей, ослабление иммунитета, рост гастроэнтерологических заболеваний, вегетососудистой дистонии и дефицита массы тела [102].

Состоянию здоровья школьников уделила особое внимание министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голикова в своем выступлении на заседании Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных нацпроектов и демографической политике. По словам министра, из 16,3 млн. детей школьного возраста 2/3 детей имеют отклонения в состоянии здоровья. Среди 13,62 млн. детей, обучающихся в школах, только 21,4 % имеют первую группу здоровья, а каждый пятый (21%) страдает хроническими, в том числе инвалидизирующими заболеваниями. Среди современных первоклассников вдвое меньше абсолютно здоровых детей, чем среди их сверстников конца прошлого века (4,3 против 8,7%), что связано с интенсификацией учебного процесса. Среди подростков более 50% имеют заболевания, которые в дальнейшем могут повлиять на снижение репродуктивной функции [34].

Специалистами НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН проводились лонгитудинальные обследования учащихся московских школ, наблюдавшихся с 1 по 5 классы включительно. Полученные данные о динамике показателей заболеваемости и физического развития свидетельствуют о неблагоприятно протекающих процессах адаптации детей к увеличивающимся учебным нагрузкам. Выявлены длительно сохраняющиеся неблагоприятные тенденции в

состоянии здоровья учащихся. Установлено значительное увеличение распространенности функциональных отклонений и хронических болезней, изменение структуры заболеваемости, ухудшение физического развития подростков. Изучены основные школьно-обусловленные факторы риска формирования здоровья учащихся: высокий объем учебных нагрузок и авторитарный стиль преподавания, приводящие к развитию психоэмоционального напряжения; снижение двигательной активности; ухудшение питания в школах [72].

На фоне социально-экономических реформ значительно возросло число детей групп высокого медико-социального риска. По данным В.Г. Дьяченко и др. (2010), к контингенту высокого социального риска в нашей стране относится каждый четвертый ребенок [43].

В обзорной статье В.Ю. Альбицкого и др. (2007) проанализированы документы международных организаций, данные отечественных и зарубежных авторов, посвященные проблеме бедности и здоровья детей из бедных семей [3]. Показано, что бедность является основополагающим фактором риска расстройств соматического и психического здоровья детей. Авторы заключают, что только при мультидисциплинарном подходе можно добиться уменьшения влияния указанного фактора на состояние здоровья детей.

В.И. Орел и В.М. Серeda (2006) на основании анализа отчетной документации учреждений сопровождения дезадаптированных детей и с учетом результатов интервью 2570 уличных детей, а также стационарного обследования части из них, приводят медико-социальную характеристику состояния здоровья дезадаптированных детей. В статье оценивается прогностическая ценность факторов риска дезадаптации и предложена модель многоуровневой системы реабилитации дезадаптированных детей [98].

В последние годы в России и в большинстве экономически развитых стран отмечается рост внебрачной рождаемости. Рождение ребенка вне брака обычно рассматривается как фактор риска для его здоровья. В родильных домах Мурманска проведена оценка основных показателей здоровья трех групп новорожденных: рожденных в зарегистрированном браке (114 детей), в «гражданском браке» (106

человек) и рожденных одинокими матерями (103 человека) [139]. Путем анкетирования матерей выявлено наличие медико-социальных факторов риска для их здоровья. Установлено, что здоровье детей, родившихся в «гражданском браке», не хуже, а по отдельным показателям даже лучше здоровья детей, рожденных в зарегистрированном браке. Здоровье детей матерей-одиночек по большинству параметров достоверно хуже состояния здоровья новорожденных, родившихся у матерей, состоящих в зарегистрированном браке. Различия в показателях обусловлены значительно большим числом медико-социальных факторов риска, отрицательно влияющих на здоровье детей одиноких матерей. Авторы пришли к выводу, что детей, рожденных вне брака, нельзя рассматривать как единую группу социального риска. К группе риска следует относить лишь детей, рожденных одинокими матерями, в то время как дети, рожденные в «гражданском браке», по уровню риска для здоровья сопоставимы с детьми, рожденными в зарегистрированном браке.

На заболеваемость детей влияют события в жизни семьи. Дети из семей, испытавших большое количество жизненных событий, имеют повышенный риск госпитализации [147]. Повышению заболеваемости, безусловно, способствует жестокое обращение с детьми [165].

Проведено комплексное клинико-социальное исследование состояния здоровья, условий и образа жизни детей в возрасте от 3 мес. до 1 года из семей мигрантов, проживающих в одном из районов Московской области более 2 лет [3]. Исследование показало, что дети из семей мигрантов отстают в физическом развитии, у большинства выражена задержка психомоторного развития, значимо выше частота выявляемой патологии, чем у детей из семей, постоянно проживающих в данном регионе. Полученные данные свидетельствуют о необходимости пристального внимания к детям из семей мигрантов со стороны медицинских и социальных работников.

Проблема заболеваемости детей из семей мигрантов является актуальной как в России, так и в зарубежных странах; в связи с этим ставятся вопросы о преодолении языкового барьера в общении пациентов с врачами первичного звена и о

том, что необходимо обеспечить более высокое процентное участие мигрантов в эпидемиологических исследованиях [124, 153, 167].

Следует отметить, что в экономически развитых зарубежных странах вопросам влияния социально-экономических факторов на заболеваемость населения, в том числе детского, уделяется самое серьезное влияние [149, 168, 172, 173]. Так, в США, несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности детского населения в течение XX века, влияние расового и экономического неравенства на состояние здоровья детей остается высоким; результаты исследований говорят о росте этого влияния или, в лучшем случае, о его незначительном снижении [169, 174]. Те же тенденции отмечены ВОЗ в странах Европы [176].

В развивающихся странах основной причиной отставания детей в росте и развитии, заболеваемости и преждевременной смертности является недостаток питания. Установлено, что отставание детей в росте и развитии связано с кишечными и респираторными инфекциями: у детей с диареей рост в среднем на 17 мм ниже, а у детей с осложненным кашлем – на 11 мм ниже по сравнению с детьми, не имеющими указанных симптомов [156]. Индийскими авторами разработан индекс CIAF (Composite Index of Anthropometric Failure). Исследование показало, что дети, у которых целый ряд антропометрических показателей ниже нормы (в основном, это дети из бедных семей), относятся к группе повышенного риска заболеваемости. Индекс CIAF может использоваться как комплексный показатель для определения числа недоедающих детей в популяции [161].

### **3. Методы изучения заболеваемости детей**

#### **3.1. Традиционные методы изучения заболеваемости**

Показатели заболеваемости отражают реальную картину жизни населения и позволяют разрабатывать меры по охране и улучшению здоровья детей и подростков в масштабах государства. Существуют два метода изучения общей заболеваемости: сплошной и выборочный (более экономичный). Сплошной метод ос-

нован на сводке отчетных данных текущего учета по всем лечебным учреждениям. Выборочный метод позволяет получить важнейшие социально-гигиенические характеристики: изучается заболеваемость различных социальных групп населения по полу, возрасту, в зависимости от различных факторов, условий и образа жизни [81].

Одним из методов изучения общей заболеваемости населения, в том числе детского, является изучение общей заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ), в порядке текущей регистрации, на основе сплошного учета всех больных. На протяжении последних 20 лет сохраняется тенденция к росту заболеваемости детей по обращаемости на 2-4% в год [43].

Важное значение в исследовании заболеваемости детей имеют профилактические осмотры – система мер, направленных на выявление ранних стадий заболеваний и функциональных отклонений в развитии детей и подростков. Результаты профилактических осмотров являются основой последующей лечебно-диагностической и коррекционной работы, проводимой поликлиниками, а также профилактической и оздоровительной деятельности, реализуемой в образовательных учреждениях. Проведение профилактических медицинских осмотров детей в дошкольных учреждениях и учащихся школ и профессиональных училищ в возрасте до 18 лет предусмотрено Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. Совершенствование действующей организационной модели профилактических осмотров предполагает ориентацию на доступные, но более информативные методы диагностики [105].

Вместе с тем, профилактические осмотры, проводимые в образовательных учреждениях, не дают всей полноты информации о распространенности тех или иных функциональных отклонений и хронических заболеваний у детей и подростков и о тенденциях в состоянии их здоровья, так как даже при одних и тех же статистических показателях может отмечаться как благоприятное течение патологических процессов, так и неблагоприятные явления – утяжеление клинической симптоматики [145]. В НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков в 2006 г. были разработаны алгоритм и критерии заключения об улучшении, ухуд-

шении и отсутствии динамики в целом, а также по отдельным классам заболеваний и нозологическим формам. В статье показано, что поэтапная дифференцированная оценка динамики патологических процессов и функциональных расстройств у учащихся в разные периоды школьного онтогенеза позволяет получить новые научные данные о фазах адаптационного процесса, частоте встречаемости случаев благоприятно и неблагоприятно протекающей адаптации, а также дает возможность выявить лиц, нуждающихся в первую очередь в проведении лечебных и коррекционных мероприятий. Статистическая обработка результатов осмотров позволяет определить распространенность хронических болезней и функциональных отклонений в отдельных учебных коллективах, муниципальных образованиях, регионах и в России в целом.

В Научном центре здоровья детей РАМН ведется научно-исследовательская работа по теме «Комплексное медико-социальное исследование заболеваемости детского населения РФ». На первом этапе для подбора типичных регионов и территорий планируется провести анализ показателей здоровья детского населения на основании данных официальной статистики, а также сведений, характеризующих состояние педиатрической службы и социально-экономических параметров как потенциальных здоровьесформирующих факторов. На следующем этапе осуществляется экспертный анализ первичной медицинской документации на предмет оценки качества выявления заболеваний, а также инвалидности и смертности как исходов качества выявления заболеваний. Далее определяется репрезентативная выборка детского населения, исходя из демографической ситуации в регионе. Важнейшим этапом исследования должен стать осмотр контингентов детей по единой методике с последующим углубленным обследованием отобранных контингентов с целью определения значений истинной заболеваемости [16].

Учеными Новгородского научного центра РАМН совместно со специалистами Национального НИИ общественного здоровья РАМН разработана оригинальная методология изучения здоровья населения [81]. Примером практического использования данной методологии в детском здравоохранении может служить работа Л.В. Сеченовой [117]. Автором проведена комплексная оценка здоровья детей

Новгородской области. При формировании выборки была использована база данных детского населения, застрахованного в страховых медицинских организациях (СМО). Проведенные расчеты показали, что при максимальной величине дисперсии, равной 0,25, при заданной величине предельной ошибки 1% и при генеральной совокупности 127326 детей минимально необходимый объем репрезентативной выборки должен составить 1580 детей. В соответствии с рассчитанным объемом, случайным механическим способом отбирались дети, в совокупности пропорционально представляющие все группы возрастно-половой структуры детского населения области, после чего был составлен список лиц, подлежащих обследованию. Главным инструментом в сборе данных для выполнения первого раздела исследования явилась специально разработанная «Карта изучения заболеваемости» (КИЗ). Технология проведения комплексного медицинского осмотра включала четыре этапа. На 1-м этапе в КИЗ были внесены сведения из базы данных СМО об обращаемости ребенка за медицинской помощью в предыдущем году, проведены лабораторные и инструментальные исследования. На 2-м этапе участковыми врачами-педиатрами реализовывалась базовая скрининговая программа с использованием автоматизированных комплексов «АКДО», выдавалось заключение о степени риска развития у пациента той или иной патологии, принималось решение о необходимости его дообследования у специалистов. На 3-м этапе (амбулаторного дообследования) на осмотр к профильным специалистам направлялось в среднем 15–20% детей, прошедших первые два этапа. В осмотре участвовали специалисты различных профилей: отоларинголог, офтальмолог, невропатолог, хирург, онколог, гинеколог, стоматолог, психиатр. Использовалась вся имеющаяся на местах диагностическая аппаратура и лабораторные методики. В случае необходимости пациенты направлялись в областные и городские АПУ. При необходимости углубленного стационарного обследования и лечения ребенок мог быть госпитализирован (4-й этап) на профильную койку в областную детскую клиническую больницу. В направлении на 4-й этап нуждались в среднем не более 5% обследованных детей. После завершения осмотра каждому ребенку устанавливалась группа здоровья и отмечалась потребность в дальнейшем лече-

нии. Вся полученная в результате осмотра информация передавалась в информационно-аналитический центр для обобщения и компьютерной обработки.

Медицинские осмотры позволили дополнительно впервые выявить в среднем 526,85 заболеваний на 1000 осмотренных. Сделан вывод о целесообразности проведения таких осмотров.

С введением всеобщей диспансеризации населения, в том числе детского, открывается реальная возможность получать близкие к исчерпывающим данные о заболеваемости детей и подростков, проживающих на определенной территории. Объединение всей информации на каждого ребенка в одном документе или в банке данных информационно-вычислительного центра позволит решать задачи улучшения медицинской помощи детскому населению и планирования ее развития на перспективу.

Одним из методов оценки заболеваемости детей являются социологические опросы родителей. Установлено, что оценку здоровья ребенка, которую дают родители, нельзя считать объективной [117]. Оценивая состояние здоровья своих детей, взрослые чаще склонны к завышенным оценкам: 36,1% считают его хорошим и очень хорошим, 54,4% – удовлетворительным и лишь 3,9% – плохим и очень плохим, тогда как по результатам медицинских обследований 1-ю группу здоровья имеют лишь 14,1% детей, 2-ю – 40,7%, и 45,2% детей имеют 3-ю и более группы здоровья. Большинство взрослых недостаточно информировано о состоянии здоровья детей, в частности, об имеющихся у них хронических заболеваниях. Вариации родительских оценок здоровья и его объективного состояния связаны с действием комплекса социальных факторов и субъективных обстоятельств – ценностным отношением взрослого к здоровью своего ребенка.

На субъективизм родителей при оценке психического здоровья детей указывают нидерландские исследователи [166]. Ими обследовано 4480 детей с целью выявления поведенческих и эмоциональных проблем. Как показало сопоставление оценок, данных родителями и медицинскими работниками, родители уделяют большее внимание трудностям в поведении детей и недооценивают эмоциональные проблемы.

Представляется перспективным использование стандартизованных опросников для родителей. Исследование, проведенное в г. Ковентри (Великобритания) с использованием опросника Warwick Child Health and Morbidity profile (WCHMP), выявило, что оценки родителями состояния здоровья детей раннего возраста совпали с медицинскими данными в 95% случаев.

### 3.2. Современные информационные технологии в оценке заболеваемости детей

Все более широкое применение в системе охраны здоровья населения, в частности детского, находят информационно-компьютерные технологии.

В настоящее время существуют следующие федеральные и региональные медицинские информационные системы в области охраны здоровья детского населения [55, 56, 57, 58, 130, 132]:

- всероссийская диспансеризация детей;
- специализированные регистры/информационные системы по разделам педиатрии (врожденные пороки развития, сахарный диабет, онкология, туберкулез и др.);
- медико-экологический мониторинг (информационно-аналитические медико-экологические системы);
- регистры по направлениям;
- информационно-аналитическая система (ИАС) по рождаемости, перинатальной и младенческой смертности (обеспечивающая расчет стандартизованных показателей и многофакторный анализ совокупности данных, включая оценку эпидемиологических факторов критического риска);
- ИАС для профилактических осмотров (с формированием групп или шкал риска возникновения/хронизации заболеваний);
- ИАС «Дети-инвалиды».

Формирование территориальных и федеральной баз данных детской популяции Российской Федерации в процессе проведения Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г. с последующим многофакторным анализом полученной информации не имело аналогов в мировой практике. В целях интеграции и последующего анализа данных была разработана автоматизированная система. Анализ данных Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. позволил получить полноценное представление о состоянии здоровья детей и подростков всех регионов РФ. Основой для этого послужили сведения, поступившие в единую федеральную базу данных, поддержка которой обеспечивается Медицинским центром новых информационных технологий Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава.

В настоящее время отдельные автоматизированные системы функционируют, как правило, автономно. Последующий переход к их интеграции позволит отказаться от дублирования информации и откроет возможности для полномасштабного комплексного анализа медицинских данных не зависимо от места наблюдения за пациентом, что является необходимым условием для своевременного выявления отклонений в состоянии здоровья и ранних форм заболеваний, когда наиболее эффективно применение лечебно-профилактических мероприятий. Одновременно создание федеральных хранилищ медицинской информации предоставит новые возможности для прогнозирования здоровья населения Российской Федерации, планирования профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, развития системы медико-социальной помощи с учетом региональных особенностей патологии [57, 58].

Одним из приоритетных направлений национального проекта «Здоровье» является развитие профилактической педиатрии. С помощью разработанной в настоящее время методологии многопрофильной оценки здоровья населения созданы биотехнические системы – автоматизированные комплексы для скринирующей диагностики и мониторинга состояния здоровья детей и подростков, в том числе система АКДО (автоматизированный комплекс диспансерного обследования) [28, 139]. Аппаратно-программный комплекс АКДО предназначен для

автоматизации медико-технологического процесса при массовом комплексном многопрофильном диспансерном обследовании детей и подростков. Важнейшей особенностью системы является оперирование фактами анамнеза, имеющимися симптомами и признаками, функциональными и лабораторными данными в рамках вероятности наличия со стояния риска или патологии в рамках тех или иных профилей. Второе назначение комплекса – «просеивание» большого потока обследуемых детей, формирование для каждого ребенка индивидуального «портрета» характеристик развития, состояний риска или патологических отклонений и их возможного прогноза в рамках разных профилей патологии. Для каждого из таких узких профилей даются назначения на прохождение тех или иных дополнительных обследований, необходимых для консультирования у специалиста. Комплекс может быть применен как для индивидуальной, так и для групповой оценки состояния здоровья детей в любом масштабе (например, сравнение двух классов, двух школ, двух районов и т.д.). Главным свойством комплекса АКДО является стандартизация всех приемов обследования. Повторные проведения таких обследований отражают объективные динамические тенденции здоровья и ориентируют на поиск факторов, формирующих причинные механизмы этих сдвигов.

Сведения, полученные при анкетировании, результаты врачебного осмотра, лабораторных и инструментальных исследований заносятся в базу данных системы. Результаты обследования ребенка формулируются в виде заключения, содержащего сведения о наличии значимых хронических отклонений в состоянии здоровья, а также отклонений, лежащих в «зоне риска» Заключение формируется не по нозологическим формам, а по патологическим профилям. Таким образом, обследование с применением комплекса АКДО позволяет выявить не только имеющиеся заболевания, но и разнонаправленные особенности состояния здоровья детей по возникновению риска патологических состояний, что дает возможность акцентировать внимание врачей на детях, находящихся в группе риска по развитию заболеваний, то есть имеющих функциональные нарушения [28].

В Санкт-Петербурге во время профилактических осмотров в 2003–2007 гг. с применением системы АКДО было обследовано 15230 школьников в возрасте от 6 до 18 лет, из них девочек – 7508 (49,3%), мальчиков – 7722 (50,7%); первоочередное внимание было уделено детям, имеющим донозологические состояния (группа риска) [111]. В младшей возрастной группе (дети 6–9 лет, n= 2611) у мальчиков достоверно преобладал риск развития трофологических нарушений, заболеваний ЛОР-органов, а также кардиологической, вазокардиальной и эндокринной патологии; девочки этого возраста оказались более уязвимыми к развитию неврологических, психоневрологических, аллергологических, гастроэнтерологических заболеваний, а также к нарушениям иммунологической реактивности. В средней возрастной группе (10–14 лет, n=4406) мальчики были наиболее подвержены риску развития кардиологических, неврологических, вазокардиологических заболеваний, тогда как у девочек преобладал риск развития болезней ЛОР-органов, а также ревматологических, гастроэнтерологических, психоневрологических, иммунологических и эндокринологических заболеваний. В старшей возрастной группе (подростки 15–18 лет) юноши были более подвержены риску развития неврологических и кардиологических заболеваний, у девушек преобладали выявлены функциональные отклонения в следующих профилях: «вазокардиология», «ревматология», «психоневрология» и «иммунология». Полученные авторами результаты коррелируют с данными Всероссийской диспансеризации 2002 г. [39]. Отмечается, что в результате целенаправленных лечебно-оздоровительных мероприятий и учета анатомо-физиологических особенностей с возрастом уменьшается число детей с болезнями ЛОР-органов, неврологическими, ортопедическими, пульмонологическими заболеваниями. Не имеют возрастной динамики группы риска по развитию логопедических, кардиологических, стоматологических, аллергологических и онкологических заболеваний. Обращает на себя внимание, что у мальчиков риск развития кардиологических заболеваний прослеживается во все возрастные периоды. У всех девочек наблюдается преобладание доли психоневрологических состояний и предрасположенность к иммунным нарушениям.

В Новгородской области на базе компьютерного центра диспансеризации областной детской клинической больницы сформирован банк данных на 135171 ребенка, из них 39318 (29,1%) детей дошкольного и 95853 (70,9%) школьного возраста [116].

Анализ литературы показывает, что состояние здоровья детского населения России ухудшается, в связи с чем не вызывает сомнений необходимость внедрения здоровьесберегающих технологий. Исследователи подчеркивают, что организационная и практическая работа органов управления здравоохранением в области охраны материнства и детства должна быть направлена на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи женщинам и детям, снижение материнской, детской и младенческой заболеваемости и смертности, уменьшение детской инвалидности.

Вместе с тем, подчеркивается важность комплексного медико-социального исследования заболеваемости детского населения РФ в целом и отдельных регионов с учетом экологических и социальных здоровьесформирующих факторов, ведутся исследования в этом направлении, что нашло отражение в литературе. Серьезное внимание уделяется использованию современных информационных технологий в оценке заболеваемости детского населения с целью сохранения и укрепления здоровья детей.

## ГЛАВА 2

### БАЗА, ПРОГРАММА И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в Санкт-Петербурге, одном из мегаполисов Российской Федерации.

Базой изучения заболеваемости детского населения послужили государственные детские амбулаторно-поликлинические учреждения трех районов города: Выборгский, Невский и Фрунзенский районы.

Санкт-Петербург расположен на восточном побережье Финского залива на 42 островах дельты реки Невы, что определяет его климатические особенности. Положение Санкт-Петербурга на побережье Финского залива, а также близость Балтийского моря придают климату черты морского с умеренно-теплым влажным летом и довольно продолжительной умеренно-холодной зимой. Среднегодовая температура + 4,4°C, в июле + 17,8°C, в январе – 7,8°C. В городе преобладают ветра западного, юго-западного и южного направлений. Действия ряда антропогенных факторов создает в Санкт-Петербурге особый метеорологический режим, отличающийся от окрестностей города. В пределах города метеорологические условия также неоднородны. Температура понижается от центра к окраинам, причем разница температур составляет 1,5 – 2,0°C, а зимой может достигать 5 - 6°C. В настоящее время город разделен на 18 административных районов. Зеленые насаждения Санкт-Петербурга и пригородов занимают площадь около 38 тыс. га, из них 13 тыс. га – насаждения общего пользования – это 73 парка, около тысячи садов и скверов, около 900 озелененных улиц. На одного жителя города (с пригородами) в среднем приходится 56 кв. м. зеленых насаждений всех категорий, однако в центральной части города обеспеченность жителей зелеными насаждениями снижается до 8 кв. м.

Качество окружающей среды в регионе определяется загрязнением воздушно-го и водного бассейнов, земель, накоплением отходов, состоянием зеленых насаждений и многими другими факторами. Загрязнение воздушного бассейна определяется массой выбросов загрязняющих веществ от стационарных и пере-

движных источников загрязнения. Основными загрязнителями атмосферы города являются предприятия топливно-энергетического комплекса, металлургии, металлообработки и автотранспорта. Существенную долю в загрязнение атмосферного воздуха города вносит транзитный транспорт, который не подлежит учету, однако увеличение его количества очевидно. Реальный вклад выбросов загрязняющих веществ от автотранспорта (муниципального, личного, транзитного) в общий валовый выброс вредных веществ в атмосферный воздух города составляет более 75 %. С учетом этого можно сделать вывод, что автотранспорт продолжает вносить основной вклад в загрязнение атмосферы. Приоритетными загрязнителями атмосферного воздуха в городе являются: бенз(а)пирен, взвешенные вещества, оксид углерода, окислы азота, формальдегид. В целом, уровень загрязненности воздуха в городе ниже среднего по России и один из самых низких среди городов с населением более 1 млн. жителей.

Основным источником водоснабжения Санкт-Петербурга и его ближайших пригородов является река Нева. Состояние водотоков характеризуется в основном 4-м классом качества (загрязненные). Качество вод водостоков 6 класса улучшилось. В водах всех рек региона отмечается повышенное содержание легко окисляемых органических соединений и дефицит кислорода, как обычно медь и марганец содержатся в количествах, превышающих ПДК. Практически в водах всех рек зафиксировано повышенное содержание нитритов, нефтепродуктов, летучих фенолов. Результаты лабораторных исследований свидетельствуют об ухудшении качества воды Финского залива по бактериологическим показателям (93,7% проб морской воды Санкт-Петербурга, не отвечающих гигиеническим нормативам по бактериологическим показателям).

Важнейшей проблемой для Санкт-Петербурга является проблема образования отходов. Из трех полигонов города два располагаются в области, на которых захоранивается 35% отходов, однако их ресурсы подходят к концу. Около 25% бытовых отходов города перерабатывается на мусороперерабатывающем заводе МПБО-1. В пос. Янино завершено строительство аналогичного завода. Наиболее опасные токсические отходы захораниваются на полигоне Красный Бор, который

практически исчерпал свои ресурсы. Кроме этого существуют четыре закрытые рекультивированные городские свалки общей площадью 200 га с объемом свалочных масс 16 млн. кв. м. Большой проблемой для города являются несанкционированные свалки, которых насчитывается более 200 с объемом свалочных масс более 4 млн. куб. м. Все это является значительным источником загрязнения городских земель. В почвах города в целом повышено содержание металлов, а рядом с автозаправочными станциями и содержание нефтепродуктов.

Демографическая ситуация в Санкт-Петербурге развивается в русле общих изменений российского населения. Исторически сложилось так, что основным компонентом роста численности населения города всегда была миграция. За последние 20 лет миграционный прирост составил 116 тыс. человек, возместив лишь 18% естественной убыли населения города.

Естественный прирост населения традиционно низок. Рождаемость на протяжении всей истории была всегда ниже, чем в стране в целом. В течение многих десятилетий уровень рождаемости остается ниже уровня, обеспечивающего простое замещение родительского поколения поколением детей. Минимальные уровни рождаемости наблюдались в 1990-е годы, когда суммарный коэффициент рождаемости снижался до 0,9. Общий коэффициент рождаемости достиг своего наименьшего значения – 6,2‰ - в 1997 г., а затем, постепенно возрастая, поднялся до 8,9‰ в 2004 г. После незначительного снижения в 2005 г. он вновь начал увеличиваться, составив в 2009 г. 11,3‰, что в абсолютных числах составляет 51993 родившихся. В целом по стране рождаемость в 2009 г. составила 12,4 ‰.

Существенной особенностью формирования населения Петербурга является воздействия исторических потрясений. Их характерная черта – огромные перепады в численности населения города за короткие промежутки времени. К ним относятся массовые выезды из города в начале двух мировых войн, с последующим возвращением части граждан и прибытием новых жителей: массовый приезд крестьян, бежавших от коллективизации из деревни. Их отдаленные последствия сказываются не только в перепаде численности поколений, но и в конечном итоге на качестве населения и его отдельных групп.

Своеобразие современной ситуации заключается в том, что впервые за послевоенный период отмечалось уменьшение численности населения Санкт-Петербурга. Численность постоянного населения в 1979 г. составила 5268,5 тыс. человек, в 1991 г. 5008 тыс., в 1999 г. – 4695,4 тыс. человек, в 2000 г. – 4660,8 тыс. человек, в 2008 г. – 4568,0 тыс. человек, в 2009 г. население увеличилось до 4582,0 тыс. человек. Число детей и подростков также уменьшается: в 1999 году число детей от 0 до 14 лет составило 716,0 тыс., в 2000 г. – 679,9 тыс., в 2001 году – 694,8 тыс., а подростков 15 - 17 лет – соответственно 193,4, 198,8, 183,3 тыс. человек. В 2002 г численность детей и подростков (от 0 до 17 лет) составила 878,1 тыс. человек, в 2006 г. – 729,2 тыс. чел. В 2009 г. численность детей и подростков (0 - 17 лет) составила 662,0 тыс. человек, их доля сохраняется в пределах 14,5%. Продолжается стремительное старение населения города. Средний возраст населения за период с 1996 по 2009 гг. вырос с 38,3 до 41,1 лет.

Сокращение численности населения происходит из-за его естественной убыли, т.е. превышения числа смертей над числом рождений. Суммарная естественная убыль, впервые зарегистрированная в 1990 г., к концу 2009 г. достигла 629 тысяч человек, или 12,5 % от численности населения на начало 1990 г. В 2009 г. естественная убыль населения составила 24 192 человека. Коэффициент смертности с 2003 года (16,7‰) имеет тенденцию к снижению, но его уровень сохраняется достаточно высоким. По данным Петростата, в 2009 г. число умерших в городе составило 64 896 человек, показатель смертности составил 14,1 ‰, что равно среднему показателю смертности в 2009 г. в целом по России. На общем фоне роста смертности в последние годы в Санкт-Петербурге сложилась устойчивая тенденция снижения младенческой смертности. Показатель младенческой смертности продолжал снижаться до 2007 г. (4,2 на 1000 родившихся живыми), к 2009 г. отмечен рост на 21,0% до 4,7‰.

Первичная медико-санитарная помощь детскому населению оказывается в 72-х амбулаторно-поликлинических учреждениях города. Консультативно-диагностическая помощь оказывается в городских центрах: городском детском диагностическом центре, диагностическом центре (медико-генетическом), амбу-

латорно-консультативных отделениях пяти детских городских больниц (№№ 1, 2, 5, 22, 4) и центрах районного подчинения.

В некоторых районах расширились возможности специализированной помощи детям. В связи с утверждением стандарта диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни на основании Приказа Минздравсоцразвития РФ № 307 от 28 апреля 2007 г., с внедрением инструментальных методов (УЗИ тазобедренных суставов, ЭКГ на первом месяце жизни) расширились возможности ранней диагностики и лечения патологических состояний у детей первого года жизни.

Укомплектованность детских поликлиник врачами педиатрами в целом по городу составляет 79,5%, участковыми педиатрами - 93,5%; врачами-специалистами – 71,2%. Самые низкие показатели укомплектованности врачами отмечаются в Красногвардейском, Петроградском, Колпинском, районах, участковыми педиатрами – в Пушкинском, Петродворцовом, Кировском, Московском, Центральном районах. Низкая укомплектованность врачами-специалистами отмечается в отдаленных районах города – Курортном, Колпинском, Петродворцовом и Красносельском, что затрудняет оказание специализированной медицинской помощи детям, особенно детям раннего возраста и декретированных возрастов (таблица 1).

Разработана система мероприятий, направленных на укрепление здоровья детей, охрану здоровья беременных женщин. Для этой цели открыто 18 молодежных консультаций, задачей которых является выявление патологических состояний репродуктивных органов, профилактика ИППП, ВИЧ-инфекции и нежелательной беременности.

В каждом детском поликлиническом отделении введены штаты подростковых врачей, в некоторых созданы подростковые отделения. Для совершенствования профилактических осмотров во всех поликлиниках города внедрены системы «автоматизированных комплексов диспансерных осмотров» (АКДО).

Таблица 1 - Кадровая структура детских амбулаторно-поликлинических учреждений по районам Санкт-Петербурга в 2010 г.

Районы	Всего педиатров			Участковых педиатров			Врачей – специалистов		
	штат	физ. лица	% к штату	штат	Физ. Лица	% к штату	штат	физ. лица	% к штату
Адмиралтейский	85,00	69	81,2	32,00	32	100,0	62,00	40	64,5
Василеостровский	85,00	65	76,5	38,00	36	94,7	75,25	50	66,4
Выборгский	176,50	141	79,9	78,00	74	94,9	158,50	140	88,3
Калининский	174,75	149	85,3	78,25	74	94,6	105,00	82	78,1
Кировский	109,75	89	81,1	57,75	52	90,0	77,75	59	75,9
Красногвардейский	188,00	133	70,7	59,00	59	100,0	159,75	102	63,8
Красносельский	155,25	123	79,2	61,25	57	93,1	121,25	68	56,1
Московский	109,00	97	89,0	49,75	45	90,5	65,00	42	64,6
Невский	204,50	153	74,8	88,75	77	86,8	126,25	89	70,5
Петроградский	65,75	47	71,5	21,50	20	93,0	43,75	41	93,7
Приморский	187,50	158	84,3	83,75	81	96,7	117,50	100	85,1
Фрунзенский	168,25	134	79,6	76,75	76	99,0	131,25	95	72,4
Центральный	111,75	93	83,2	40,75	37	90,8	123,75	91	73,5
Колпинский	94,00	68	72,3	37,00	35	94,6	56,25	26	46,2
Кронштадтский	23,00	20	87,0	10,50	11	104,8	22,25	17	76,4
Курортный	26,00	23	88,5	14,00	13	92,9	12,75	3	23,5
Петродворцовый	47,00	39	83,0	23,50	20	85,1	39,50	21	53,2
Пушкинский	54,00	41	75,9	27,00	22	81,5	26,75	20	74,8
ИТОГО	2065,0	1642	79,5	877,50	821	93,5	1524,50	1086	71,2

В городе функционирует 13 отделений абилитации, основной задачей которых является раннее вмешательство с целью выявления и своевременного оказания медицинской помощи детям, подверженным риску задержки двигательного, речевого и когнитивного развития.

Основное исследование проводилось на базах детских амбулаторно-поликлинических учреждений Выборгского, Невского и Фрунзенского районов: ДГП № 7, ДГП № 73 и ДПО № 43.

На базах детских городских поликлиник развернуты:

- лечебно-профилактические отделения,
- клиничко-диагностические отделения,
- отделение медико-социальной помощи,
- отделения лучевой диагностики,

- отделение профилактики для детей раннего возраста,
- дошкольно-школьные отделения,
- отделения профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний,
- подростковый кабинет,
- отделение восстановительного лечения,
- клинико-диагностическая лаборатория,
- информационно-аналитические отделения (таблица 2).

Формирование специализированных отделений, состоящих из врачей традиционных специальностей, продиктовано необходимостью проведения профилактических мероприятий среди детских контингентов (профилактические осмотры, противоэпидемические мероприятия), а также осуществления оздоровительных и диспансерных мероприятий преимущественно среди детей, относящихся ко второй группе здоровья, амбулаторного приема.

Дошкольно-школьные отделения имеют стандартную направленность и обслуживают в ДГП № 7 и ДПО № 43 в среднем по 9-10 тыс. человек, в ДГП № 73 - 15-16 тыс. человек в ДДУ и общеобразовательных школах. Подростковые отделения обслуживают более подростков, обучающихся на территориях районов в образовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования. Основу данных отделений составляют медицинские кабинеты и здравпункты.

Реабилитационные отделения включает физиотерапевтическую службу, службу ЛФК, и является одними из основных в деятельности детских поликлиник.

Медико-социальные отделения выявляют факторы индивидуального и семейного медико-социального риска, осуществляют медико-психологическую помощь, гигиеническое воспитание, правовую помощь. Основной задачей данных отделений является сохранение и повышение уровня физического, психического и социального здоровья детей и подростков, обеспечение их гармоничного развития, предупреждение социальной дезадаптации, формирование потребности в здоровом образе жизни, обеспечение социальной и правовой поддержки несовершеннолетних.

шеннолетних.

Таблица 2 - Структура детских амбулаторно-поликлинических учреждений

Структура	ДГП 73	ДПО 43	ДГП 7
Информационно-аналитическое отделение	Медицинский регистратор, медицинский статистик, оператор ЭВМ	Медицинский регистратор, медицинский статистик, оператор ЭВМ	Медицинский регистратор, медицинский статистик, оператор ЭВМ
Отделение лечебно-профилактическое	Врач педиатр, врач педиатр участковый	Врач педиатр, врач педиатр участковый	Первое и второе педиатрическое отделения: врач педиатр, врач педиатр участковый, врач педиатр кабинета по воспитательной работе, врач пульмонолог.
Отделение профилактики инфекционных заболеваний	Врач инфекционист	Врач инфекционист	Врач инфекционист, врач эпидемиолог
Консультативно-диагностическое отделение	Кардиолог, Гастроэнтеролог, Нефролог, Аллерголог, Травматолог-ортопед, Уролог, Акушер-гинеколог, Хирург, Эндокринолог, Офтальмолог, Отоларинголог, Невролог	Хирург, Травматолог-ортопед, Кардиолог, Офтальмолог, Отоларинголог, Невролог, Гастроэнтеролог	Невролог, Отоларинголог, Нефролог, Кардиолог, Травматолог-ортопед, Хирург, Врач функциональной диагностики
Отделение лучевой диагностики	Врач-рентгенолог, врач УЗ-диагностики, врач педиатр АКДО	Врач-рентгенолог, врач УЗ-диагностики, врач-педиатр АКДО	Врач-рентгенолог, врач УЗ-диагностики, врач-педиатр АКДО
Отделение восстановительной медицины	Врач физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, врач по спортивной медицине	Врач физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, врач по спортивной медицине	Врач по лечебной физкультуре, инструктор методист ЛФК, врач физиотерапевт
Отделение медико-социальной помощи	Психолог	Психолог, логопед	Психолог, логопед
Клинико-диагностическая лаборатория	Врач клинической лабораторной диагностики	Врач клинической лабораторной диагностики	Врач клинической лабораторной диагностики

Существующие в поликлиниках врачебные комиссии построены по норма-

тивному варианту и решают вопросы, связанные с освобождением выпускников от итоговой аттестации, переводом на домашнее и индивидуальное обучение, профессиональной пригодности подростков и т.д.

В 2010 г. среди исследуемых поликлиник в ДГП № 73 численность прикрепленного детского населения составляла 11 504 чел., из них детей до 1 года 836 чел., число педиатрических участков – 13. В ДГП № 7 – соответственно 12 542 чел., детей до 1 года – 854 чел., педиатрических участков – 15; в ДПО № 43 – соответственно 10 512 чел., детей до 1 года – 647 чел., 12 участков.

Как видно из данных таблицы 3 во всех медицинских учреждениях отмечается 100,0% укомплектованность участковыми врачами педиатрами, в ДГП № 7 и ДПО № 43 высшую категорию имеет 50,0% врачей, наибольшее число врачей без категории в ДГП № 73 – 35,4%. Среди среднего медицинского персонала: в ДГП № 73 высшая категория у 50,0%, без категории 44,2%; в ДГП № 7 соответственно 43,3% и 30,0%; в ДПО № 43 соответственно 47,0% и 41,2%.

Средний возраст врачей и среднего медицинского персонала во всех исследуемых поликлиниках составил 40-45 лет, число лиц пенсионного возраста среди врачей составляет – 18,0%, среди средних медицинских работников – 24%.

Основным объектом исследования явились дети 0-17 лет включительно, наблюдаемые данными районными амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а также учащиеся учреждений начального и среднего профессионального образования и общеобразовательных школ, находящихся на территории обслуживания поликлиник.

Общий период обобщения, информационно-аналитической проработки материалов по распространенности и заболеваемости, а также данных профилактических осмотров при помощи АКДО составил 3 года (2008 – 2010 гг.).

Научно обоснованное планирование оздоровительных мероприятий у детей с выявленными формами патологии зависит от достоверных сведений о заболеваемости. На основании этих сведений определяется объем и характер оказываемой медицинской помощи. Активное медицинское вмешательство должно привести к улучшению показателей здоровья детей. Установить распространенность той или

иной патологии среди детского контингента, выявить факторы, негативно влияющие на распространение заболеваемости, оценить систему профилактических медицинского осмотров при помощи АКДО, разработать комплекс мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей в поликлиниках посредством снижения заболеваемости явилось задачей нашего исследования.

Таблица 3 - Характеристика медицинского персонала изучаемых детских поликлиник, 2010 г.

Врачи	ДГП 73	ДГП 7	ДПО 43
Участковые педиатры:	27	15	12
- по штатному расписанию	27	15	12
- физических лиц	27	15	12
Коэффициент совместительства	0	0	0
Врачи специалисты	19	14	15
Высшая категория	15	15	14
I категория	8	6	3
II категория	6	7	8
б/категории	17	1	2
ученная степень	1	1	0
Средний медицинский персонал			
высшая категория	26	26	24
I категория	3	11	6
II категория	0	5	0
б/категории	23	18	21

Комплексное социально-гигиеническое исследование выполнялось поэтапно и носило многоступенчатый характер с применением сплошного и выборочного методов исследования. В ходе решения основных задач использовались различные методические приемы (таблица 4).

Программа исследования включала разделы:

1. Анализ научной литературы по проблемам заболеваемости детского населения с учетом региональных особенностей.

2. Анализ медико-демографических показателей в Санкт-Петербурге в динамике за 15 лет по материалам статистических сборников города.
3. Оценка основных медико-биологических параметров здоровья детского населения. Проведен анализ заболеваемости, распространенности болезней, смертности, инвалидности. Основными источниками информации явились отчетные документы, составленные на основании официальных статистических материалов, представленных детскими ЛПУ.
4. Оценка профилактических осмотров при помощи АКДО в соответствии с программным обеспечением «SOC/PEDIATRIA». Изучена медицинская активность семей. Была сформирована выборочная совокупность с допустимой величиной ошибки не более 5%. Проанализировано 395 вопросников, заполненных респондентами в 2010 г.
5. Разработка и внедрение комплекса мер, направленных на улучшение здоровья детского населения посредством снижения показателя заболеваемости.

На первом этапе исследования был проведен анализ литературных источников, посвященных изучению проблем, касающихся состояния здоровья и заболеваемости детей в современных условиях с учетом социально-экономических, экологических, медико-биологических и других особенностей региона, а также существующих методов изучения заболеваемости.

Одной из важнейших характеристик населения является состояние его здоровья, изучение которого выполнялось в рамках второго этапа исследования. Традиционно общественное здоровье описывается рядом медико-статистических и демографических показателей: естественное движение, заболеваемость и распространенность болезней, инвалидность и инвалидизация, физическое развитие.

Численность, состав и движение населения Санкт-Петербурга изучены по материалам статистических сборников за 1995-2010 гг.

Изучено численность населения, распределение населения по возрасту, полу, доля трудоспособного населения, изучены основные медико-демографические процессы в мегаполисе.

Таблица 4 - Основные этапы, методы и объемы исследования

Методы	Материалы и объемы
1 этап. Изучение отечественной и зарубежной литературы, а также материалов официальных источников, отражающих современные проблемы заболеваемости детей.	
Библиометрический, лексический, аналитический	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Массив публикаций за 1999-2010 гг. Выборочное: 146 отечественных и 31 иностранных публикации.</li> <li>• Основные нормативные документы по медицинскому обеспечению детей в условиях АПУ.</li> </ul>
2 этап. Оценка медико-демографических и медико-биологических параметров здоровья детей в Санкт-Петербурге.	
Медико-статистический	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Массив государственной медицинской статистики в разрезе Санкт-Петербурга в целом (2000 – 2010 гг.), отдельные показатели с 1990 г.</li> </ul>
3 этап. Изучение и анализ заболеваемости детского населения по данным обращаемости в детские амбулаторно-поликлинические учреждения.	
Медико-статистический	<ul style="list-style-type: none"> <li>• База данных и отчетные документы ЛПУ, составленные на основании официальных статистических материалов в динамике за 2008-2010 гг.</li> </ul>
4 этап. Оценка профилактических медицинских осмотров при помощи АКДО.	
Медико-статистический Социологический	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отчетные документы ДГП № 7, ДПО № 43 и ДГП № 73 по АКДО за 2008-2010 гг. (8550 единиц наблюдения).</li> <li>• Изучение медицинской активности семьи ребенка, прошедшего АКДО (395 респондентов).</li> </ul>
5 этап. Разработка комплекса мероприятий по снижению заболеваемости детского населения, направленного на улучшение здоровья детей.	

Третий этап нашего исследования включал в себя изучение основных медико-биологических параметров здоровья детского населения Санкт-Петербурга. Проведен анализ заболеваемости, распространенности болезней, смертности, инвалидности за 2000-2010 гг. Основными источниками информации на данном этапе исследования явились отчетные документы, составленные на основании официальных статистических материалов, представленных ЛПУ. Анализ заболеваемости проводился с использованием отчетной формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (утверждена Постановлением Госкомстата России № 49 от 29.06.99). Анализ причин инвалидности и смертности детей проводился в соот-

ветствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (1995) (МКБ-10).

Четвертый раздел программы посвящен изучению анализу качества и доступности профилактической работы с детьми в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений с применением АКДО. Одним из таких показателей является характеристика профилактических медицинских осмотров и эффективности их проведения. Эти данные, в частности, об охвате детей профилактическими осмотрами, были взяты из формы Государственной статистической отчетности № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» (раздел «Профилактические осмотры, проведённые данным учреждением»).

В рамках четвертого раздела программы нами изучены образ жизни и медицинская активность семей детей, прошедших АКДО. Анкета состояла из 14 вопросов. В результате обработки данных были выявлены особенности проживания, питания, организации досуга детей, наличие вредных привычек у родителей, отношение к медицинским работникам, доступности различных видов лечебно-профилактической помощи и т.д. (приложение 1). Всего опрошено 395 родителя. Такую выборку можно считать вполне репрезентативной. Репрезентативность выборки определяется по формуле А.М. Меркова:

$$\Delta = t \sqrt{\frac{\sigma^2}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)}, \text{ где}$$

$N$  - генеральная совокупность;

$n$  - выборка;

$t$  - доверительный коэффициент (в нашем исследовании равно 2, что соответствует вероятности 0,954);

$\sigma^2$  - дисперсия выборочной совокупности, принятая в наших районах за 0,25, т.е. мы допускаем, что вычисленная величина средней ошибки будет максимальной и гарантирует, что ее подлинные размеры не превысят вычисленные нами.

$\Delta$  - мера точности.

В нашем случае репрезентативность составила 0,048.

Таким образом, достоверность выборки доказана, ошибка в исследовании не будет превышать 4,8%.

Пятый раздел программы посвящен разработке и внедрению новых организационных форм, направленных на улучшение здоровья детского населения посредством снижения показателя заболеваемости.

Обработка полученных результатов проводилась традиционными статистическими методами: расчет относительных величин, составление вариационных рядов, определение средних, их ошибок и отклонений значимости различий и корреляционного анализа. Для изучения изменения явления во времени использовались ряды динамики (временные ряды). Определялись следующие характеристики рядов динамики: абсолютный прирост, коэффициент роста, темп роста, темп прироста. Измерение зависимости между различными рядами динамики осуществлялось путем исчисления коэффициента корреляции между уровнями рядов.

На основе данной информации заполнялись таблицы расчета показателей фактического потребления медицинской помощи в различных возрастных группах.

При использовании оценки влияния некоторых социально-гигиенических факторов на формирование той или иной патологии у детей был использован коэффициент ассоциации (Поляков Л.Е., 1980г.). Вычисление этого коэффициента соответствует знаку числителя и характеризует направление связи. Ошибка коэффициента ассоциации определялась по формуле:

$$m_a = \frac{1-Q^2}{2} \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}$$

Если  $t = \frac{Q}{m_a} > 3$ , то полученный коэффициент считался статистически достоверным.

Сила связи определялась по величине коэффициента ассоциации, величина которого колеблется в пределах от 0 до  $\pm 1$ . Равенство этого коэффициента нулю указывает на полную статистическую независимость признаков; чем больше значение коэффициента приближается к  $\pm 1$ , тем сильнее связи признаков (соответ-

ственно прямая и обратная связь).

Расчет интенсивных и экстенсивных показателей производился с помощью общепринятых статистических методов. В оценке результатов исследования применялись следующие статистические методы: параметрической и непараметрической статистики, Оценка статистической достоверности полученных данных с помощью доверительного коэффициента (t), расчета коэффициента корреляции рангов Спирмана, коэффициентов ассоциации...

В исследовании использованы статистические, математические, социологические методы. Для математико-статистического анализа использованы программы BMDP2D, BMDP4F, BMDP7M – статистического описания данных, анализа многомерных частотных таблиц, мер связи и дискриминантного анализа.

Таким образом, проведенное исследование в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга, использование различных методов комплексного социально-гигиенического изучения состояния здоровья детей и существующей системы медицинских профилактических осмотров при помощи АКДО позволило решить поставленные задачи: изучить заболеваемость и уровень распространенности патологии среди детей; проанализировать заболеваемости и уровень распространенности отдельных видов хронической патологии, снижающих уровень здоровья; дать медико-социальную оценку семьи ребенка; определить основные направления по снижению заболеваемости детского населения.

## ГЛАВА 3

### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

#### 3.1. Анализ медико-демографической ситуации в Санкт-Петербурге

Современное демографическое развитие Санкт-Петербурга характеризуется неблагоприятными процессами воспроизводства населения, преобладанием смертности над рождаемостью, отрицательным приростом населения и происходит в русле общероссийских изменений населения.

Численность населения в Санкт-Петербурге в 2010 г. составила 4600,0 тыс. человек, в том числе детей (0-14 лет) – 552,0, тыс. чел., что составило 12,0% к общему числу жителей, подростков (15-17 лет) – 92,0 тыс. (2,0%), взрослое население – 3956,0 тыс. (86,0%). Доля женщин в структуре постоянного населения города составила 55,3%, мужчин – 44,7%.

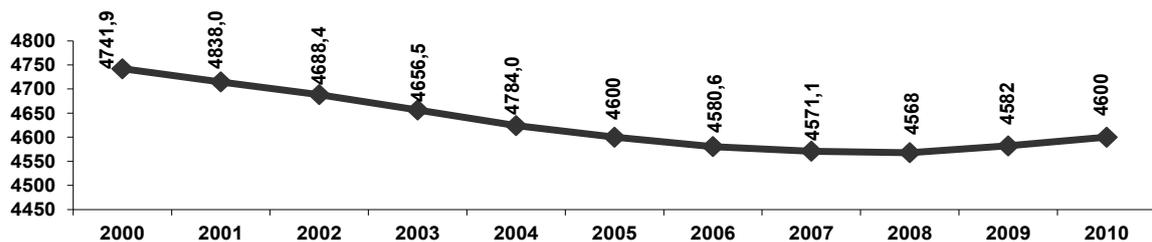


Рисунок 1 - Динамика численности населения в Санкт-Петербурге за период 2000-2010 гг. (тыс. чел.)

С 2000 г. наблюдаются серьезные количественные изменения населения Санкт-Петербурга. По сравнению с 2000 г. к 2010 г. численность проживающих в городе сократилась почти на 142 тыс. человек (на 3,0%), при снижении численности в целом по Российской Федерации за этот период на 2,2%. До 2008 г. численность населения города снижалась в среднем на 21,2 тыс. человек ежегодно (0,4 % в год), с 2009 г. зафиксирован рост численности населения и в 2010 г. число проживающих в Санкт-Петербурге составило 4899,3 тыс. чел. (рис. 1).

Особую тревогу вызывает сокращение численности детского населения Санкт-Петербурга. Темпы снижения численности детского населения выше, чем темпы сокращения численности населения в целом. С 2000г. по 2010г. численность детей в Санкт-Петербурге сократилась на 164 тыс. человек (на 39,1%). При этом среднее ежегодное снижение численности детского населения за период 2000-2008 гг. составило 2,2% или 19,1 тыс. человек в год. За последние два года отмечается рост числа детей 0-14 лет на 6,0%, и в 2010 г. они составили 552,0 тыс. человек (рис. 2).

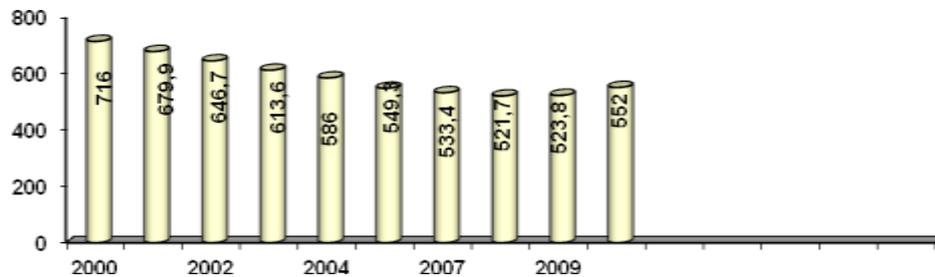


Рисунок 2 - Динамика численности детей (0-14 лет) в 2000-2010 гг. (тыс. чел.)

В 2003-2005 гг. в Санкт-Петербурге зарегистрирован самый низкий удельный вес детей в общей структуре населения среди всех субъектов Российской Федерации.

За исследуемый период численности подросткового населения (15-17 лет) города увеличивалась до 2002 г. и составила 203,2 тыс. против 183,0 тыс. в 1995 г., темп прироста - 11,0%, затем началось снижение численности подростков и к 2010 г. подростковое население сократилось на 91 тыс. чел., составив 92,0 тыс., темп убыли – 50,3%.

Численность детей в Санкт-Петербурге (в возрасте 0–17 лет), на 2010 г, составляла 644,0 тыс. человек (на 2009 – 662,0, на 2008 г. – 675,1, на 2007 г. – 696,8). По предварительным данным, несмотря на увеличение родившихся в минувшем году и положительный миграционный прирост детского населения, общая чис-

ленность детей, по состоянию на 1 января 2010 г., уменьшилась. Это связано с переходом относительно большой группы лиц (около 55 тыс. чел.), которым в 2009 г. было 17 лет, в возрастную группу достигших совершеннолетия.

Таблица 5 - Динамика процессов движения населения в Санкт–Петербурге  
на 1000 человек населения

Год	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост (убыль)	Миграционный прирост
1990	10,8	12,2	-1,4	1,6
1999	6,2	15,4	-9,2	-
2000	6,8	16,2	-9,4	-
2001	7,1	16,1	-9,0	2,3
2002	7,9	16,3	-8,4	1,7
2003	8,7	16,7	-8,0	1,1
2004	8,9	16,2	-7,3	2,1
2005	8,6	16,0	-7,4	3,2
2006	8,8	15,3	-6,5	4,5
2007	9,5	14,8	-5,3	4,6
2008	10,4	14,7	-4,3	7,2
2009	11,3	14,1	-2,8	6,8
2010	12,2	14,2	-2,0	6,4

Сокращение численности населения происходит из-за его естественной убыли, т.е. превышения числа смертей над числом рождений. Начиная с 1990 г., число смертей устойчиво превышает число рождений, несмотря на колебания уровней рождаемости и смертности. Так в 90-е годы прошлого столетия, когда сложилась сложная социально-экономическая ситуация, показатель рождаемости снизился в 1,7 раза с 10,8‰ до 6,2‰, затем с 2000 г. (6,8‰) показатель увеличился до 8,9‰ в 2004 г., после незначительного снижения в 2005 г. он вновь начал увеличиваться и в 2010 г. составил 12,2‰, что соответствует низкому уровню рождаемости, так как лежит в пределах 10,0‰-14,9‰ (оценка уровня рождаемости согласно Инструктивному письму зам. министра здравоохранения РФ № 1-2003 от 19.06.86 г. «Перечень основных медико-демографических показателей состояния здоровья населения»), в России в 2010 г. данный показатель был равен 12,5‰. Рост показателя смертности населения наблюдался с 1990 г. (12,2‰) по 2003 г. (16,7‰), темп прироста составил 36,9%, в последующие годы отмечалось постепенное снижение данного показателя до 14,2‰ в 2010 г., темп убыли составил

15,6%. Максимальная естественная убыль населения зарегистрирована в 2000 г. (-9,4). В 2010 г. в Санкт-Петербурге число умерших превысило число родившихся в 1,2 раза. Аналогичный показатель составлял в 2009 г. – 1,2, в 2008 г. – 1,4, в 2007 г. – 1,6, в 2006 г. – 1,7, в целом, по стране превышение числа умерших над числом родившихся составило 1,1 раза (в 2008 г. – 1,3 раза, в 2007 г. – 1,5 раза). В среднем ежедневно в 2010 г. в городе регистрировалось 142 рождений и 177 смертей, естественная убыль населения составила 12775 человек, что на 34,0 % меньше, чем в 2009 г. Суммарная естественная убыль, впервые зарегистрированная в 1990 г., к концу 2009 г. достигла 629 тысяч человек, или 12,5 % от численности населения Санкт-Петербурга на начало 1990 г. За 1990-2010 гг. миграционный прирост возместил чуть более 18% естественной убыли населения Санкт-Петербурга, составив 116 тыс. человек. Начиная с 2004 г., вклад миграционного компонента в рост населения постепенно увеличивается. В 2010 году миграционный прирост составил 87 % от величины численных потерь в результате естественной убыли (таблица 5).

В 2010 г. родилось 55914 детей (на 1700 больше, чем в 2009 г., или на 4,7%), умерло 66851 человек (на 616 меньше, или на 0,9%).

Узловой демографической проблемой России является низкая рождаемость. Репродуктивные планы большинства семей ориентированы на рождение одного, реже двух детей. В результате этого суммарный показатель рождаемости (число родившихся детей на 1 женщину в течение жизни) в Санкт-Петербурге на всем протяжении исследования был ниже на 32,3 – 14,2%, чем в целом по России. Наименьший показатель был зафиксирован в 1999 г. 0,9, что на 42,0% меньше уровня, необходимого для простого воспроизводства населения (для простого воспроизводства необходим показатель – 2,14 – 2,15) и на 22,5% меньше общероссийского. В целом по городу к 2010 г. показатель вырос до 1,39, но оставался ниже российского (1,51) (рис. 3).

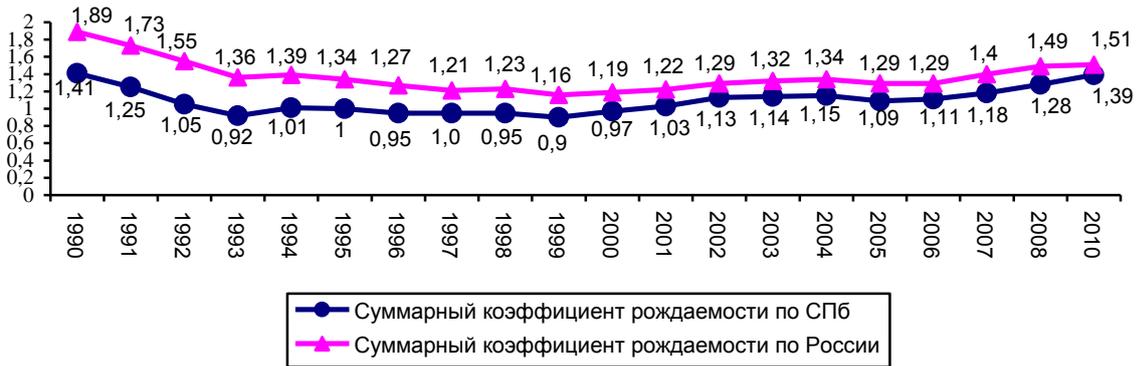


Рисунок 3- Динамика суммарного коэффициента рождаемости в СПб и в России

Без снижения уровня смертности добиться демографического роста не представляется возможным. В 2010 г., по сравнению с 1990 годом, число родившихся в городе сократилось на 26%, число умерших возросло на 14%. В динамике за 1990-2001 гг. показатель смертности населения в городе был выше общероссийских показателей в среднем на 7,0%, в 2002 г. показатель в городе был на уровне общероссийского показателя (16,3 на 1000 населения), в последующие годы смертность в СПб практически не отличалась от показателей по России (рис. 4). В структуре смертности населения Санкт-Петербурга в 2010 г. ранговое распределение основных причин смерти, по сравнению с предыдущими годами, не изменилось. Подавляющее большинство смертей (60,6%) было обусловлено болезнями системы кровообращения, второе место по частоте занимали новообразования (19,7%), третье - травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (7,2%).

Интенсивность таких важных медико-демографических показателей, как младенческая, и материнская смертность, является индикатором неблагоприятных социально-экономических условий жизни населения, своеобразным измерителем доступности, качества медицинской помощи женщинам и детям.

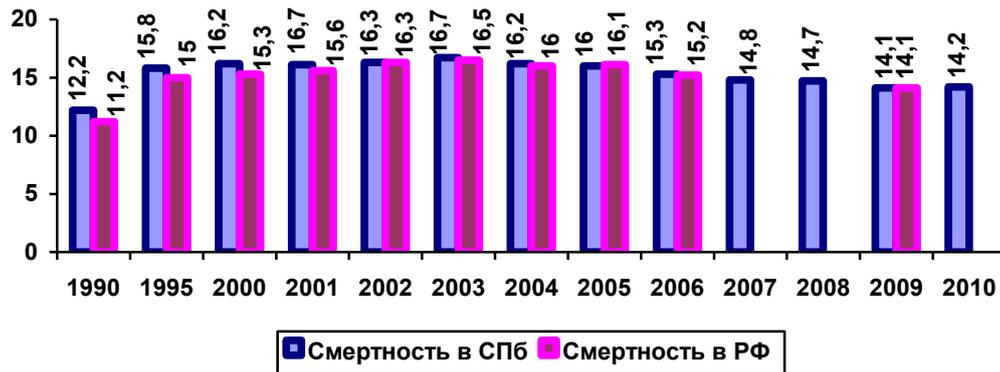


Рисунок 4 - Показатели смертности в СПб в сравнении с РФ за период 1990-2010 гг.

Показатель младенческой смертности (МС) в Санкт-Петербурге имеет выраженную тенденцию к снижению. В 1997 г. в Санкт-Петербурге зарегистрирован самый низкий уровень младенческой смертности среди всех субъектов Российской Федерации. С 2003 г., по предварительным данным, показатель младенческой смертности в Санкт-Петербурге продолжает оставаться одним из низких среди всех субъектов Российской Федерации.

За исследуемый период уровень младенческой смертности в Санкт-Петербурге был ниже, чем в целом по России в среднем на 42,0%. С 2000 г. по 2007 г. показатель снизился на 44,0% с 9,5 до 4,2 на 1000 живорожденных. В 2008-2010 гг. отмечен небольшой рост показателя по отношению к минимальному, достигнутому в 2007 г. – 4,2 на 1000 живорожденных, в 2008 – 4,5, в 2009 г. – 4,7, в 2010 г. – 4,6 (в РФ – 8,5, 8,2 и 7,5 соответственно) (рис. 5).

В 2010 г. количество детей, умерших в возрасте до 1 года, увеличилось на 36 человек по сравнению с 2009 г.

Показатель младенческой смертности в Санкт-Петербурге по данным 2010 года в 1,6 раза ниже, чем в РФ и в Северо-Западном ФО.

В структуре младенческой смертности ведущими причинами являются заболевания перинатального периода и врожденные пороки развития, на их долю приходится 70,3% всех случаев смерти детей первого года жизни. Среди заболеваний перинатального периода остаются высокими показатели внутриматочной гипоп-

ксии (13,6%) и внутриутробной инфекции (12,9%), замедление роста и недостаток питания, что непосредственно является следствием состояния здоровья беременных. На болезни органов дыхания приходится 10,9% всех случаев МС. Синдром внезапной смерти и инфекционные заболевания составляют не более 2% (рис. 6).

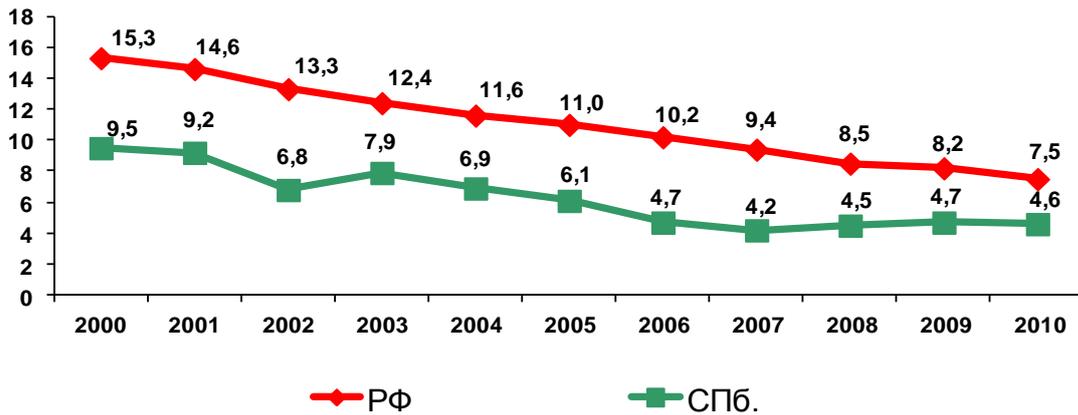


Рисунок 5 - Динамика младенческой смертности по России и в Санкт-Петербурге, 2000-2010 гг. (на 1000 родившихся живыми).

Врожденная патология остается одной из ведущих причин смертности детей первого года жизни. В 2010 г. на долю врожденных пороков развития (ВПР) приходилось 21,3% всех случаев смерти. По данным мониторинга врожденных пороков развития за 2003-2010 гг. в Санкт-Петербурге зарегистрировано 5853 ребенка с ВПР (новорожденные и дети до трех лет). По данным родильных домов частота ВПР среди новорожденных составляет 13,2‰, частота врожденных пороков сердца – 3,54‰, костно-мышечной системы – 2,67‰.

Среди показателей, характеризующих здоровье детского населения, показатель младенческой смертности является чутким барометром социально-экономического развития как страны в целом, так и региона и эффективности деятельности службы охраны материнства и детства. Показатель младенческой смертности нельзя рассматривать в отрыве от состояния здоровья беременных женщин, соматического и репродуктивного здоровья подростков.

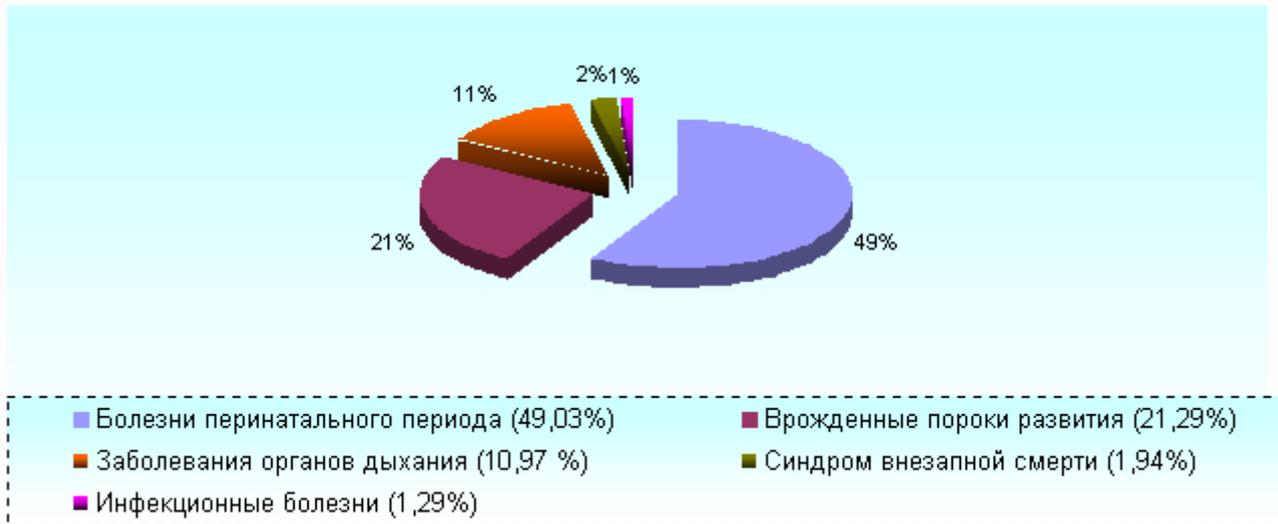


Рисунок 6 - Структура младенческой смертности в 2010 г.

Показатель материнской смертности наравне с младенческой смертностью является одним из важнейших медико-демографических показателей.

На рисунке 7 представлена динамика материнской смертности в Санкт-Петербурге за период 2000-2010 гг. Диаграмма, характеризующая динамику данного показателя, имеет волнообразный характер. За исследуемый период максимальное значение показателя было зафиксировано в 2001 г. – 32,9 на 100 000 родившихся живыми, к 2004 г. произошло снижение показателя на 76,5%, составив 12,0, затем в 2005 г. показатель вырос в 2,5 раза и составил 30,2, к 2008 г. показатель снизился почти в 2 раза до 15,9, в 2009 г. материнская смертность выросла на 22,0% до 19,4 на 100 000 родившихся живыми, в 2010 г. показатель вновь снизился и составил 16,9 на 100 000 живорожденных.

За период с 2000 по 2010 гг. имеется благополучная динамика снижения детской смертности в различных возрастных группах. Так данный показатель среди детей 1-4 лет снизился более чем в 2 раза с 76,8 на 100 000 детей соответствующего возраста в 2000 г. до 35,3 в 2010 г., среди 5-9-летних – на 36,6% с 37,1 до 23,5 соответственно, среди детей 10-14 лет – на 26,1% с 28,8 до 21,3 соответственно. В 2010 г. показатель детской смертности от 1 года до 17 лет сохранился на уровне 2009 г. и составил 0,27‰ (в 2008 г. – 0,23‰, в 2007 г. – 0,27‰). Ведущие причины

смерти: травмы и несчастные случаи (36,0%), онкологические заболевания (20,0%), заболевания центральной нервной системы (13,0%).

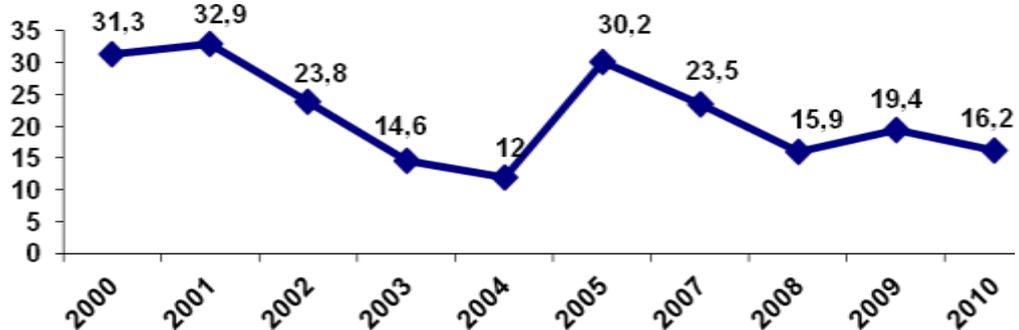


Рисунок 7 - Показатель материнской смертности в СПб (на 100 тыс. детей родившихся живыми).

Наряду с количественными наблюдаются серьезные структурные изменения населения города. Обращает на себя внимание достаточно быстрый рост числа лиц пожилого возраста на фоне снижения общей численности населения города. В 2010 г. доля лиц 60 лет и старше составила 25,5%, а детей 0-14 лет в 2,1 раза меньше – 12,0%. Сокращение численности детского населения и рост доли лиц старших возрастных групп в Санкт-Петербурге серьезно повлияли на изменение половозрастной пирамиды, которая в настоящее время является типично регрессивной и характеризует суженное воспроизводство населения (рис. 8).

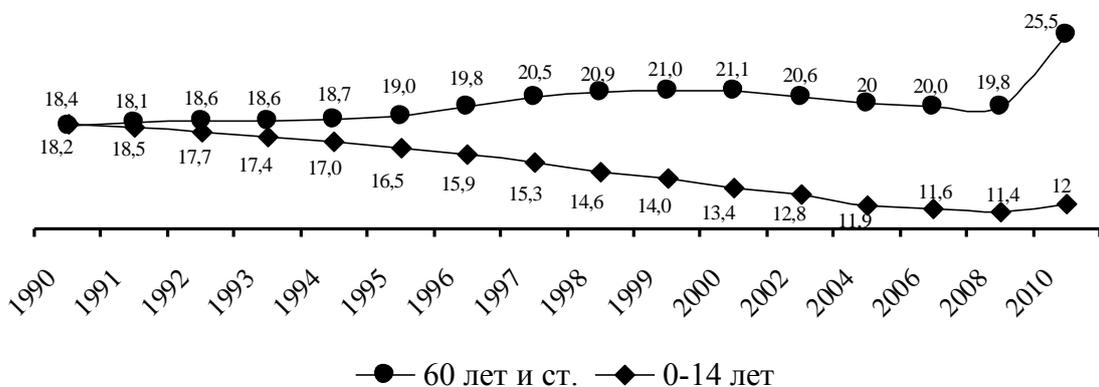


Рисунок 8 - Динамика удельного веса детей (0-14 лет) и пожилых людей (60 лет и старше) в общей структуре населения СПб в 1991-2006 гг. (%)

Согласно классификации обществ в зависимости от степени процесса старения населения, предложенной ООН, общество в Санкт-Петербурге считается демографически старым, так как доля лиц 65 лет и старше составила 14,1% (более 7,0%).

Старение населения города также отражается в показателе среднего возраста населения города, который увеличился с 1990 г. по 2010 г. на 12,2% или на 4,6 года (на 4,8 года среди мужчин и 4,5 – среди женщин), и в 2010 г. был на 2,5 года выше среднего по РФ (38,8). В 2010 г. средний возраст населения Санкт-Петербурга составил 41,3 года, между мужчинами и женщинами разница достигает 5,8 лет (38,1 и 43,9 соответственно) (рис. 9). Индекс старения, показывающий, насколько быстрее происходит увеличение численности пожилых людей, по сравнению с изменением численности остального населения, за период 1990 - 2010 гг. составил 1,31, т.е. в эти годы численность лиц 60 лет и старше увеличивалась на 31% быстрее, чем численность остального населения города.

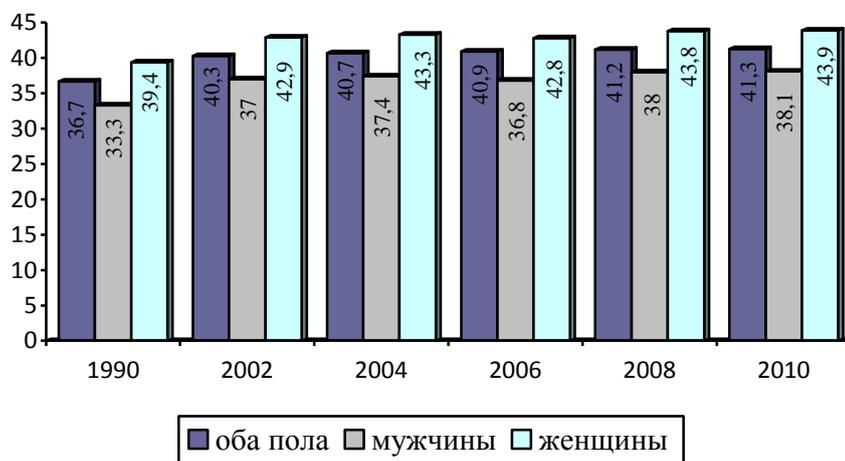


Рисунок 9 - Средний возраст населения СПб (на начало соответствующего года).

Одним из показателей, используемых для комплексной оценки общественного здоровья, является ожидаемая продолжительность жизни. На диаграмме (рис. 10) представлена динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни в Санкт-Петербурге за период 1990-2009 гг. За исследуемый период показатель

имел волнообразное течение. Минимальные значения средней продолжительности предстоящей жизни были зарегистрированы в 1993 и 1994 гг. – 64,0 и 64,2 года соответственно, к 1997 г. показатель вырос на 5,8 лет и составил 69,8 лет, с 1999 г. по 2001 гг. показатель снизился до 66,9 лет, а с 2002 г. отмечался рост средней продолжительности предстоящей жизни и к 2009 г. достиг 71,2 лет, при этом разница между мужчинами и женщинами составила 11,9 года (74,7 и 62,8 соответственно).

Для характеристики медико-демографических процессов в Санкт-Петербурге нами изучены коэффициенты брачности и разводимости, являющиеся важными показателями естественного движения населения. Общие коэффициенты брачности и разводимости рассчитаны как отношение числа зарегистрированных браков на 1000 человек наличного населения города.

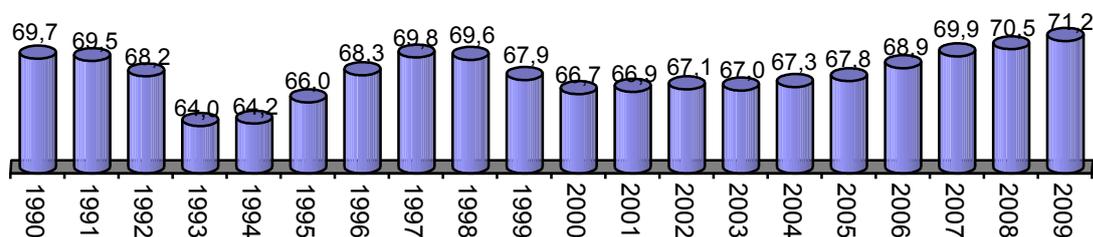


Рисунок 10 - Динамика показателя средней продолжительности предстоящей жизни в СПб (число лет)

Следует отметить, что общий коэффициент брачности с 2000 г. имеет тенденцию к росту с 7,4 на 1000 населения до 10,7 в 2009 г. Общий коэффициент разводимости имеет волнообразное течение и к 2010 г. составляет 5,7 на 1000. Сопоставление двух показателей – частоты браков и разводов – показывает на превышение первого в среднем в 1,6 раза. В 2010 г. было зарегистрировано 49,1 тыс. браков и 26,3 тыс. разводов, что также свидетельствует о благоприятных тенденциях воспроизводства населения (рис. 11).

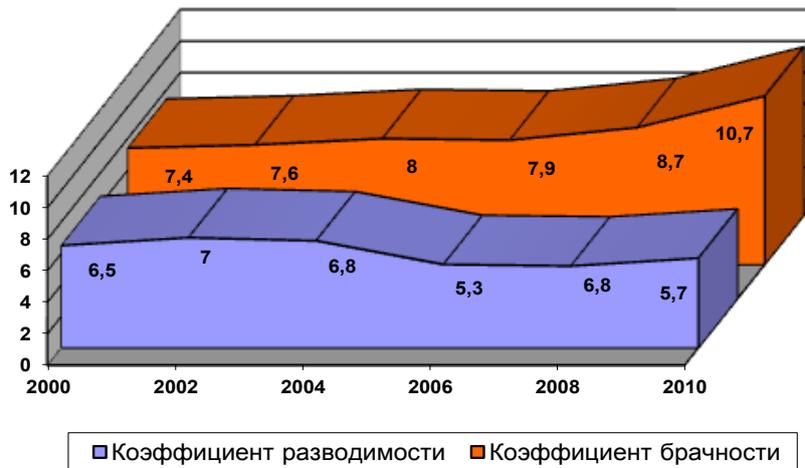


Рисунок 11 - Динамика общих коэффициентов брачности и разводимости.

Таким образом, современная демографическая ситуация в Санкт-Петербурге характеризуется сокращением численности населения. Темпы снижения численности детского населения намного выше, чем темпы сокращения численности населения в целом.

### 3.2. Основные медико-биологические параметры здоровья детского населения

Сохранение здоровья относится к одной из насущных потребностей человека, необходимым условием его жизнедеятельности, а укрепление здоровья – важнейшей целью нашего общества и всей системы российского здравоохранения. Задача сохранения здоровья детского населения в современных условиях требует разносторонней информации о заболеваемости детей в разных ее аспектах. Большое значение имеет изучение региональных особенностей заболеваемости, что в дальнейшем может быть использовано для обоснования программ по охране здоровья населения в конкретных территориях.

Подход к оценке здоровья детей, основанный на применении данных государственной статистики, является наиболее распространенным.

Нами изучена динамика общей и первичной заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет Санкт-Петербурга за период 2000-2010 гг.

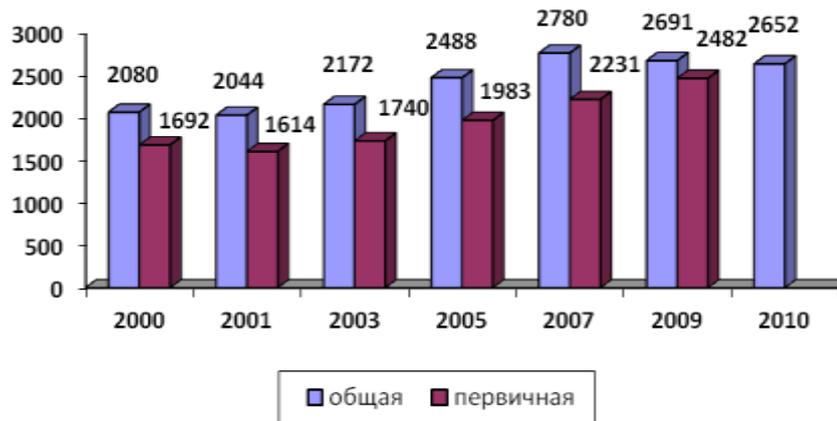


Рисунок 12 - Заболеваемость детского населения 0-14 лет, (‰).

Как видно из представленных данных на рисунке 12 заболеваемость детей 0-14 лет в Санкт-Петербурге имеет отчетливую тенденцию к росту. Если в 2000 г. показатель общей заболеваемости составлял 2080‰, а первичной заболеваемости 1692‰, то к 2009 г. оба показателя выросли и составили 2691‰ и 2482‰ соответственно. Темп прироста общей заболеваемости среди детского населения составил 30,0%, первичной – 47,0%. К 2010 г. общая заболеваемость детского населения 0-14 лет несколько снизилась до 2652‰.

Показатели как общей, так и первичной заболеваемости, по данным обращаемости подросткового населения в ЛПУ, также имеют тенденцию к росту. При этом следует отметить, что показатель общей заболеваемости выше у подростков, а первичной заболеваемости среди детского населения. Темп прироста общей заболеваемости среди подростков составил 33,0%, первичной заболеваемости – 69,0% (на 32,0% выше, чем среди детского населения). К 2010 г. общая заболеваемость подростков была 3352‰, первичная заболеваемость - 1842‰ (рис. 13).

В сравнении с данными по Российской Федерации показатели заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет в Санкт-Петербурге стабильно выше, так общей заболеваемости детей на 8,0% (РФ - 2454‰), первичной – на 26,8% (РФ - 1958‰), среди подросткового населения соответственно на 52,1% (РФ - 2203‰) и 35,4% (РФ - 1360‰).



Рисунок 13 - Заболеваемость подростков 15-17 лет, (%).

Изучена заболеваемость детского и подросткового населения по ведущим классам болезней в динамике за 2006-2010 гг., также представлен анализ заболеваемости по отдельным профилям болезней: некоторым инфекционным болезням, венерическим и наркологическим болезням, психическим расстройствам.

Таблица 6 - Общая заболеваемость подростков за 2006 – 2010 гг. по классам болезней

на 1000 подростков 15-17 лет

	2006 г.	2008 г.	2010 г.	Прирост 2010 к 2008 (%)
Инфекцион. и паразитар. б-и	76,2	69,0	71,8	4,1
Новообразования	11,3	9,5	14,4	51,6
Б-и эндокринной системы и нарушение обмена в-в	97,5	107,8	117,5	9,0
Б-и крови и кроветворных органов	7,2	6,7	9,5	41,8
Б-и нервной системы	147,3	162,3	179,1	10,4
Б-и глаза и его придат. аппарата	264,2	270,5	288,8	6,8
Б-и уха и сосц.отростк	47,1	41,1	42,6	3,6
Б-и органов дыхания	859,8	879,9	1112,5	26,4
Б-и органов пищеварения	199,0	218,7	228,0	4,3
Б-и мочеполовой системы	145,5	165,3	184,4	11,6
Б-и кожи и подкожной клетчатки	164,8	173,5	193,7	11,6
Б-и костно-мыш. системы и соед. ткани	304,0	338,2	362,0	7,0
Травмы и отравления	224,2	227,6	242,1	6,4
Б-ни системы кровообращения	66,2	69,7	76,5	9,8
ВПП	38,6	43,3	46,9	8,3

В таблице 6 представлена динамика общей и первичной заболеваемости под-

ростков по основным классам болезней за 2006-2010 гг.

Ведущее значение в заболеваемости подросткового населения имеют болезни органов дыхания, в 2010 г. показатель общей заболеваемости составил 1112,5 на 1000 подростков 15-17 лет. За три года распространенность данного вида патологии выросла на 26,4%.

Второе место по распространенности занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с показателем 304,0‰-362,0‰, темп роста составил 7,0%. Третье место принадлежало болезням глаза и его придаточного аппарата 264,2-288,8‰. На четвертом месте стоят травмы и отравления 224,2-242,1‰. Пятое место в структуре общей заболеваемости подростков занимали болезни системы пищеварения 199,0-228,0‰. Структура общей заболеваемости подросткового населения остается стабильно устойчивой в 2006-2010 гг.

Рост общей заболеваемости подросткового населения наблюдается по всем классам болезней, наибольший прирост среди новообразований (51,6%), болезней крови и кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (41,8%), болезней органов дыхания (26,4%).

В ранговой структуре общей заболеваемости детского населения более половины занимают болезни органов дыхания (54,2%), подобная тенденция наблюдается на протяжении последних 15 лет. Остальные классы болезней имеют малые доли до 5,5%. Так болезни глаза и его придаточного аппарата, занимающие второе место – 5,3%, болезни органов пищеварения, стоящие на третьем месте – 4,9%, болезни нервной системы и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани по 4,8%, некоторые инфекционные и паразитарные болезни 4,2%, болезни кожи и подкожной клетчатки и травмы и отравления по 3,3%, на долю прочих приходится 15,2% (рис. 14).

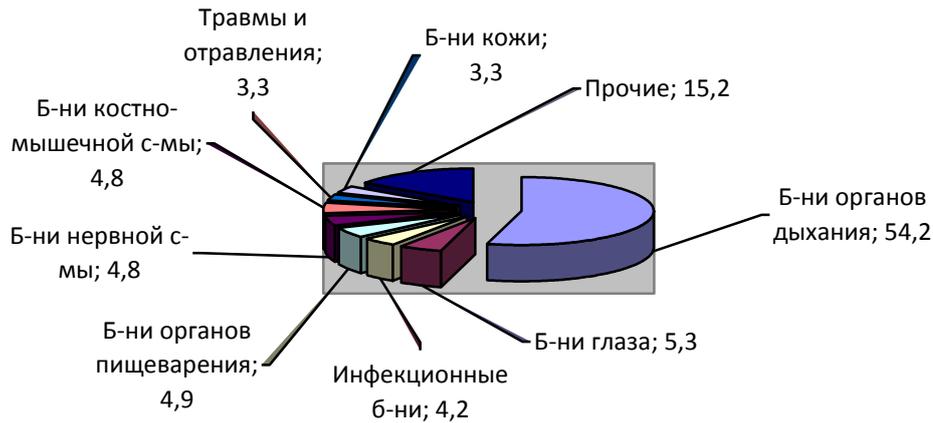


Рисунок 14 - Структура общей заболеваемости детей 0-14 лет в 2010 г. (%).

Структура общей заболеваемости детей 0-14 лет в Санкт-Петербурге несколько отличается от общероссийской картины, так в России ведущее место также принадлежит болезням органов дыхания (53,3%), на втором месте находятся болезни органов пищеварения (6,1%), занимающие третье место в СПб, на третьем месте – болезни глаза и его придаточного аппарата 4,7% (в СПб им принадлежит второе место), на четвертом месте – болезни кожи и подкожной клетчатки (4,6%), замыкают пятерку лидеров травмы и отравления (4,4%). Классы болезней, стоящие на четвертом и пятом местах в России, в СПб занимают шестое и седьмое место. В ведущую пятерку в России не вошли болезни нервной системы и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (соответственно 4 и 5 место в СПб).

Среди подросткового населения в России на первом месте также болезни органов дыхания, на втором месте – болезни органов пищеварения (в СПб 5 место), на третьем месте, как и в СПб, болезни глаза и его придаточного аппарата, на четвертом месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (в СПб 2 место), на пятом месте – травмы и отравления (в СПб 4 место).

Таблица 7 - Показатели диспансеризации детей 0-17 лет

на 1000 соответствующего возраста

	2006	2008	2010
Всего	342,7	352,6	338,2
Инфекционные и паразитарные болезни	9,9	7,3	5,8
Новообразования	2,3	3,0	2,5
Болезни эндокринной системы, из них:	23,4	24,9	22,7
Болезни крови и кроветворных органов	27,2	26,7	26,5
Психические расстройства	18,6	23,7	17,9
Болезни нервной системы	24,5	32,6	34,2
Болезни глаза	18,6	19,2	16,5
Болезни уха сосцевидного отростка	4,2	3,7	3,8
Болезни системы кровообращения	7,2	6,0	5,9
Болезни органов дыхания	40,8	40,2	41,7
Болезни органов пищеварения	75,7	73,5	72,6
Болезни мочеполовой системы	28,8	27,3	28,3
Беременность, роды и послеродовый период	0,1	0,3	0,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	10,2	12,1	11,5
Болезни костно-мышечной системы	19,9	18,9	17,2
Врожденные аномалии	14,8	15,3	15,4
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	9,9	11,8	10,5
Травмы отравления	1,3	1,2	1,5

Увеличение количества детей и подростков с различными заболеваниями может быть результатом, как ухудшения здоровья, так и за счет улучшения выявления болезней на более ранних стадиях.

Нами проанализированы показатели диспансеризации детей 0-17 лет, за 2006-2010 гг.

Следует отметить, что в структуре диспансерной группы детского населения (табл. 7) ведущая роль на протяжении всего периода исследования принадлежит болезням органов пищеварения (75,7-72,6 на 1000 детей соответствующего возраста), с 2006 г. по 2010 г. достоверного снижения не отмечено ( $p > 0,05$ ), 36,3% в данной группе заболеваний принадлежит гастритам и дуоденитам. На втором месте находятся болезни органов дыхания (40,8-41,7 на 1000), основной патологией выступает бронхиальная астма, на долю которой приходится 16,0%. Болезни нервной системы и органов чувств занимают третье место, при этом с 2006 г. по 2010 г. рост показателя составил 36,9% с 24,5

до 34,2 на 1000. Четвертое место принадлежит болезням мочеполовой системы (28,3 на 1000), пятое место – болезням крови и кроветворных органов (26,5 на 1000), более 20,0% занимают анемии. С 2006 г. по 2010 г. отмечено снижение состоящих на диспансерном учете по следующим классам заболеваний: инфекционные и паразитарные болезни на 42,0% с 9,9 до 5,8 на 1000; болезни глаза и его придаточного аппарата на 12,3% с 18,0 до 16,5 на 1000; болезни системы кровообращения на 18,1% с 7,2 до 5,9 на 1000; болезни костно-мышечной системы на 13,6% с 19,9 до 17,2 на 1000, по остальным классам болезней существенных изменений не произошло.

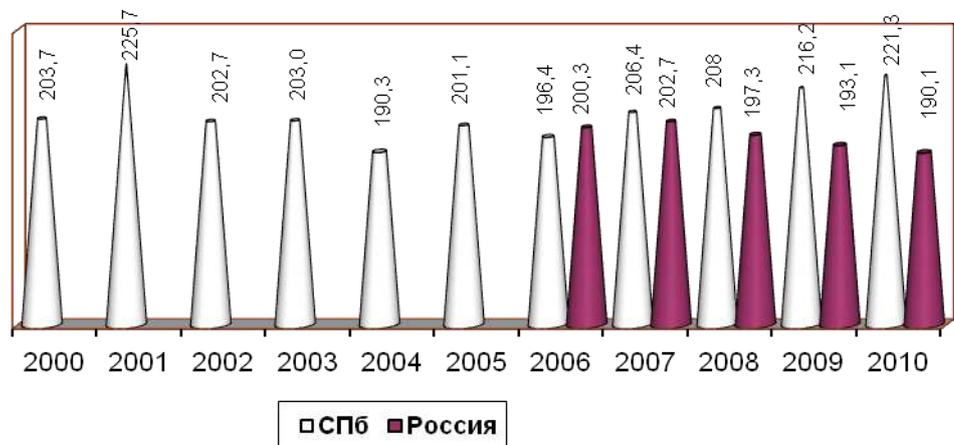


Рисунок 15 - Динамика показателя детской инвалидности на 10 тыс. детей 0-17 лет.

Нами изучена динамика показателя детской инвалидности на 10 тыс. детей 0-17 лет, с 2006 г. в сравнении с Российской Федерацией.

Показатель общей инвалидности у детей 0 – 17 лет с 2000 г. по 2010 г. имеет волнообразное течение с наивысшим показателем в 2001 г. 225,7 на 10 тыс. детей 0-17 лет, наименьший показатель отмечен в 2004 г. – 190,3. В 2010 г. показатель общей инвалидности детей составил 221,3 на 10 тыс. детей соответствующего возраста. По сравнению с 2000 г. зафиксирован рост общей инвалидности на 9,0%. Лишь в 2006 г. показатель детской инвалидности в СПб был ниже, чем в РФ, начиная с 2007 г. уровень общей инвалидности детского населения в городе

был выше, чем в среднем по России. При этом общероссийский показатель снижался, а городской имел тенденцию к росту, разрыв увеличивался с 2,0% в 2007 г. до 14,1% в 2010 (рис. 15).

Численность детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет за 2010 г. составила 14731 человек, в том числе 1833 ребенка с впервые установленной инвалидностью. Из общего числа детей-инвалидов 1455 человек проживали в интернатных учреждениях разных ведомств (из них 127 детей с впервые установленной инвалидностью).

В ранговой структуре заболеваний, обусловивших формирование детской инвалидности в Санкт-Петербурге на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения – 23,4% (РФ – 19,8%); на втором месте – болезни нервной системы – 20,2% (РФ – 16,2%); на третьем месте – врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения – 16,7% (РФ – 22,6%); на четвертом месте – болезни костно-мышечной системы – 7,1% (РФ – 5,2%); на пятом месте – болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ – 7,0% (РФ – 6,0%).

В 2010 году впервые признаны инвалидами 1892 ребенка, что составило 2,6% среди всех впервые выявленных инвалидов в Санкт-Петербурге.

В последние годы уровень первичной детской инвалидности стабилизировался (19,0-21,5 случаев на 10 тыс. детей). Контингент детей-инвалидов достиг максимума в 2000 г., после чего стал постоянно уменьшаться в среднем на 5% ежегодно. Число детей-инвалидов, проживающих в интернатах, составляет всего 7,6%. В структуре детской инвалидности ведущими являются висцеральные и метаболические нарушения, двигательные и умственные расстройства, составляющие около 2/3 всех изменений. Более чем у половины детей-инвалидов отмечены затруднения в адекватном поведении, особенно снижение способности к приобретению знаний. Наиболее частой причиной инвалидизации детей являются болезни нервной системы и психические расстройства.

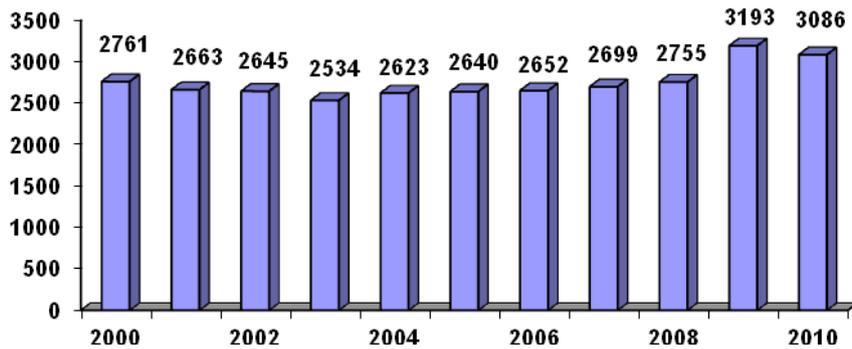


Рисунок 16 - Динамика заболеваемости в возрасте до 1 года (‰).

На рисунке 16 отражена динамика показателя заболеваемость детей до 1 года в Санкт-Петербурге за 2000-2010 гг. С 2000 г. по 2003 г. показатель снижался и к 2003 г. составил 2534,0‰ (-10,0%), затем до 2009 г. наблюдался неуклонный рост данного показателя и к 2009 г. он достиг значения 3193,0‰, рост составил 26,0%. В 2010 г. заболеваемость детей до 1 года снизилась до 3086,0‰, темп убыли по сравнению с 2009 г. составил 3,5%. В целом за период наблюдения темп прироста составил 12,0%. Рост заболеваемости детей до 1 года жизни происходит в основном за счет болезней органов пищеварения и мочеполовой системы.

Доля заболевших новорожденных составила 19,2%. Показатель заболеваемости 277,7 на 1000 новорожденных, что на 5,0% ниже, чем в 2009 г. (291,7‰). Отмечается незначительное увеличение показателя перинатальной энцефалопатии и рост на 23% показателя врожденных пороков развития. Тенденция увеличения числа заболеваний у новорожденных сохраняется, за 8 лет показатель вырос на 25%. Всего под наблюдение детских поликлиник поступило 43924 новорожденных, что на 5% больше прошлого года (41696 детей), удельный вес недоношенных детей составил 5,5%.

В ранговой структуре заболеваний новорожденных лидируют заболевания перинатального периода (79%); на втором месте - врожденные пороки развития (7%).

В структуре заболеваний перинатального периода ведущими являются недостаток питания и замедление роста; перинатальные поражения центральной нервной системы (перинатальная энцефалопатия); внутриматочная гипоксия.

Нами изучены результаты медицинских осмотров детей. Показатель охвата медосмотрами детей до 14 лет остается стабильно высоким (93,7% в 2010 г.). Процент охвата медосмотрами подростков-школьников 15-17 лет снизился, по сравнению с 2000 г., на 35,3% (рис. 17).

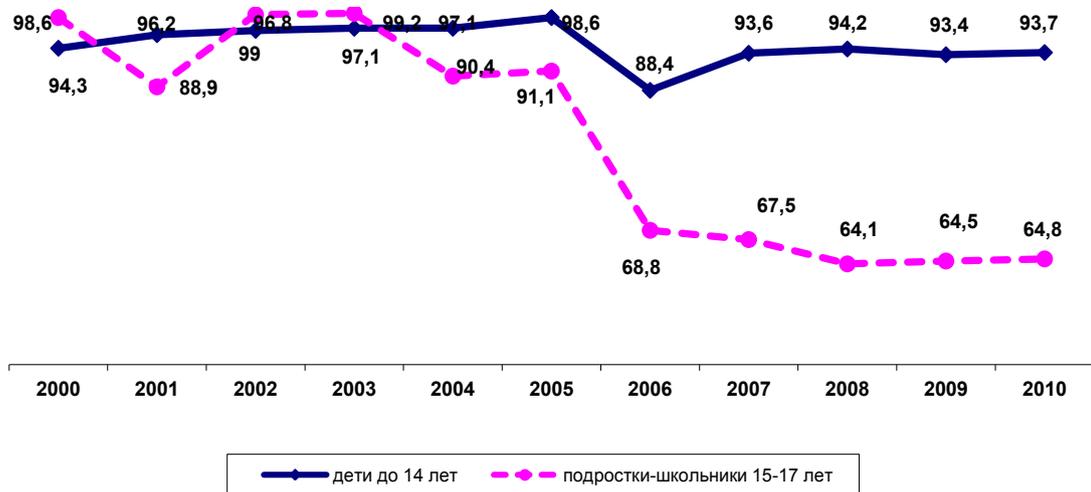


Рисунок 17 - Динамика показателя охвата медосмотрами детей и подростков в Санкт-Петербурге, в 2000-2010 гг. (%).

По результатам профилактических медицинских осмотров среди школьников к окончанию школы отмечается увеличение числа детей со сколиозом в 18 раз, с 0,5% за год до поступления в школу до 9,2% в 11 классе; со снижением остроты зрения в 3,5 раза (с 7,2% до 25,6% соответственно); с нарушением осанки в 1,7 раза (с 14,5% до 24,7% соответственно).

Таблица 8 - Профилактические осмотры детей в возрасте до 14 лет включительно

	Российская Федерация		Санкт-Петербург	
	2009 г.	2010 г.	2009 г.	2010 г.
Осмотрено детей до 14 лет включительно, тыс. чел., из них при осмотрах выявлено в % от числа осмотренных:	18295,0	18375,9	502,9	482,9
с понижением остроты слуха	0,2	0,2	0,2	0,2
с понижением остроты зрения	6,0	6,1	8,3	8,8
с дефектами речи	3,9	4,0	7,7	8,1
со сколиозом	1,5	1,4	1,5	1,5
с нарушением осанки	7,2	7,0	12,2	12,9

Согласно данным таблицы 8, в Санкт-Петербурге достоверно выше, чем в России, выявлено детей с понижением остроты зрения, соответственно 8,8% и 6,1% ( $p < 0,5$ ); с дефектами речи, 8,1% и 4,0% соответственно ( $p < 0,1$ ); с нарушением осанки, соответственно 12,9% и 7,0% ( $p < 0,05$ ).

Отмечается тенденция к ухудшению показателей состояния здоровья детей при переходе от дошкольного к школьному возрасту, что подтверждается распределением детей по группам здоровья.

В таблице 9 представлено распределение по группам здоровья в зависимости от типа детского учреждения: детские дошкольные учреждения (ДДУ), общеобразовательные школы, средние специальные учебные заведения.

Как видно из представленных данных, самая многочисленная 2 группа здоровья, особенно среди детей дошкольных учреждений, в среднем 72,9%, среди школьников – 63,3%, среди учащихся средних специальных учебных заведений – 56,2%. Однако, следует отметить, что с возрастом происходит увеличение 3 группы здоровья, что свидетельствует о росте хронической патологии среди школьников и учащихся средних специальных учебных заведений. Так, если у дошкольников 3 группа здоровья составляет в среднем 14,1%, то среди учащихся средних специальных учебных заведений ее доля в 2 раза выше – 30,6%. Первая группа

здоровья значительных отличий не имеет в различных возрастных группах и составляет в среднем 12,3%.

Таблица 9 - Распределение детей по группам здоровья

(%)

Группы здоровья	ДДУ			Школы			Сред. спец. уч. заведения		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010	2006	2008	2010
1 группа	12,4	11,3	11,2	13,8	12,4	12,2	12,5	13,3	11,7
2 группа	72,2	73,5	73,6	62,1	63,7	64,2	56,8	55,2	56,5
3 группа	14,4	14,3	14	22,7	22,4	22,6	30,2	31,1	31,1
4 группа	1,0	0,7	0,9	1,3	1,3	1,3	0,5	0,4	0,4
5 группа	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0	0,02	0,02

По данным медицинских осмотров число выявленных детей с понижением остроты слуха в последние годы выше в начале школьного обучения, а к подростковому возрасту уменьшается. В 2010 г. разница между результатами осмотров детей перед поступлением в школу и подростков-школьников составила 34%.

В противоположность остроте слуха, острота зрения к окончанию обучения в школе снижается у каждого 5-6-го выпускника. Уже после первого года обучения в школе процент патологии, выявленной окулистом, возрастает с 15,3% до 19,3% – 23% – 34,5% – 38,5% у школьников 5-7-9-11 классов. Хотя в 1996-1998 г. острота зрения в процессе обучения в школе снижалась у каждого 4-го ученика.

Количество детей с дефектами речи к окончанию периода обучения в школе закономерно снижается в 30-50 раз.

Выявляемость детей со сколиозом к окончанию школы значительно выше, чем в начальных классах (в 2010 г. – в 3 раза). Самый высокий показатель наблюдался в 1998 г. – 159,2 на 1000 осмотренных, в 2010 г. – 71,4 на 1000 осмотренных. Если при поступлении в школу ортопедическая патология выявлялась в 36,2% , то к 9 классу в 58,1%. Число детей с нарушениями осанки в начале пери-

ода обучения в школе и по его окончанию до 1998 г. практически совпадало. С 1999 г. к концу школьного обучения число детей с нарушениями осанки стало увеличиваться.

Патология, выявленная андрологом, наибольших значений достигает у учащихся 11-х классов – 9,3%.

Процент патологии, выявленной в 2010 г. эндокринологом, у школьников после первого года обучения, составил 16,3%, что в 5,8 раз больше, чем в 2009 г., у школьников 7 классов вырос в 3,1 раза и составил 13,5%, у школьников 9 классов – в 2,2 раза и составил 9,4%, у учащихся 11 классов – в 1,8 раза и составил 6,3%.

Таким образом, результаты медицинских осмотров выявляют отчетливое нарастание с возрастом нарушений остроты зрения и осанки, сколиозов, стабильно высокие показания нарушения остроты зрения и нарушений осанки у детей.

В 2010 г хроническая заболеваемость школьников Санкт-Петербурга осталась на уровне 2009 г. По-прежнему лидируют болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни глаза и его придаточного аппарата. На долю ведущей патологии среди учащихся школ приходится 58,6% всех хронических заболеваний. Доля детей, состоящих на диспансерном учете, по сравнению с 2009 г. не изменилась и составила 24%. У школьников с 2006 г. продолжается умеренное снижение заболеваемости органов пищеварения.

Основными факторами, негативно влияющими на состояние здоровья школьников являются: загруженность детей в школе, чрезмерное использованием компьютера, нарушение режима и качества питания гиподинамия, неудобные школьные столы и стулья, дополнительная занятость подростков, в анамнезе у которых есть заболевания, после учебного дня отрицательно сказывается на их здоровье.

Грипп и другие ОРВИ остаются самыми распространенными заболеваниями среди населения, особенно детского. Доля гриппа и других ОРВИ в 2010 г. составила 89,6% от всех инфекционных болезней (в 2009 г. – 88,2%). Ежегодно в Санкт-Петербурге гриппом и ОРВИ болеют около миллиона человек, более половины заболевших составляют дети. За 2010 г. переболели 1113 тыс. человек, в том

числе 621 тыс. детей. Заболеваемость детей составила более 52% от всех заболевших. В 2010 г. показатель заболеваемости детей гриппом увеличился на 43%, а ОРВИ на 6%, по сравнению с 2009 г., и оказался выше, чем в среднем по России. В 2009 г. заболеваемость детей гриппом была в 3,2 раза, а ОРВИ – в 4,4 раза выше, чем у взрослых.

В 2010 г. показатели заболеваемости среди детей практически по всем нозологическим формам острых кишечных инфекций находились на стабильно высоком уровне (кроме дизентерии – снижение на 50%).

Показатель заболеваемости сальмонеллезами в 2010 г. сохранился на уровне прошлого года и составил 161,7 на 100 тыс. населения, что на 70,0% выше, чем по Российской Федерации (94,9 на 100 тыс. населения). Среди детского населения наиболее высокие показатели в возрастной группе 3-6 лет – 287,3 на 100 тыс. соответствующего возраста, что составило 40% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний среди детей до 14 лет. В 2009 г. зарегистрировано 4 групповых очага, в которых пострадало 54 человека, в т.ч. 22 ребенка. Основная причина заболеваемости – нарушение технологии приготовления, сроков реализации готовой продукции, несоблюдение санитарно-противоэпидемического режима.

Показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии, хотя и уменьшились на 6%, по сравнению с 2009 г., находятся на стабильно высоком уровне и составляют 2113,8 на 100 тыс. населения, что на 64% выше, чем по РФ. В возрастной структуре острых кишечных инфекций неустановленной этиологии доля заболевших детей до 14 лет составила 49,5%. Наиболее высокие показатели заболеваемости у детей до 1 года (5423,3 на 100 тыс.) и в возрасте 1 - 2 лет (4580,9 на 100 тыс.).

В 2009 г. отмечено снижение на 20,9% заболеваемости детей до 14 лет вирусным гепатитом А (ВГА). Показатель заболеваемости составил 16,9 на 100 тыс. детского населения, что ниже среднероссийского показателя на 30,4%. В детских образовательных учреждениях ВГА регистрировался в виде единичных заносов. Показатель заболеваемости в 2009 г. детей до 14 лет вирусными гепатитами В

(ВГВ) и С (ВГС) сохранился на уровне прошлого года и составил 0,37 и 1,3 на 100 тыс. детей 0-14 лет соответственно.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией детей до 14 лет в 2009 г. составил 5,8 на 100 тыс. детей 0-14 лет, что на 17% ниже показателя 2008 г. (6,9 на 100 тыс.). Показатель заболеваемости детей 15-17 лет сохранился на уровне прошлого года и составил 24,3 на 100 тыс. подростков. Среди безнадзорных и беспризорных детей и подростков ВИЧ-инфицирование достигает 37%. За все годы наблюдения от разных причин умерли 63 ВИЧ-инфицированных ребенка, в том числе от СПИДа – 8 детей. В 2009 г. летальных исходов у детей не было.

В 2010 г. в Санкт-Петербурге показатели заболеваемости сифилисом и гонореей среди детей до 14 лет не превышают данные по РФ.

Основные эпидемиологические показатели свидетельствуют о нестабильности ситуации по туберкулёзу. Отсутствует тенденция к снижению заболеваемости и смертности, остаются высокими показатели инфицированности детей и подростков (25% и 50% соответственно).

Заболеваемость туберкулёзом детей до 14 лет и подростков 15-17 лет сохраняется на уровне средних показателей по РФ. В 2009 г. показатель заболеваемости детей составил 17,5 на 100 тыс. Заболели 94 ребёнка, в т.ч. 12 детей без определённого места жительства. Показатель у подростков составил 17,8 на 100 тыс., заболели 27 подростков, из них 1 – приезжий.

Таким образом, состояние здоровья подрастающего поколения всегда должно находиться под пристальным вниманием государства, семьи, общества, так как в детском возрасте еще реально разрешить уже возникшие проблемы со здоровьем и создать условия для избегания их в будущем. На сегодняшний день состояние здоровья детей крайне неблагоприятно, о чем свидетельствуют статистические данные. При отсутствии должного внимания к здоровью уже родившихся детей, регистрируется рост заболеваемости этих детских контингентов, увеличение числа инвалидов, что в свою очередь может повысить социальные расходы государства и не даст ожидаемого роста трудового, оборонного, репродуктивного потенциала регионов. Все это диктует необходимость самого серьезного отношения к

проблеме сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, которая является основой формирования трудового, интеллектуального, оборонного, репродуктивного потенциала государства.

## **ГЛАВА 4**

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ДЕТСКИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

Одним из важных показателей здоровья является заболеваемость, которая определяется, как объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения. Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастно-половых, территориальных и др.). Отражением интенсивности и динамики заболеваемости являются статистические показатели, характеризующие частоту возникновения и распространения болезней среди населения.

В настоящее время в России действует обязательная система регистрации и учета всех установленных диагнозов обратившихся в ЛПУ. При этом на каждый законченный случай заболевания (состояния) заполняется талон амбулаторного пациента 025-12/у, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255. Одним из основных источников изучения заболеваемости детского населения по обращаемости является статистическая Форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (Утв. Пост. Госкомстата России от 29.06.1999 г. № 49).

В исследовании проанализирована заболеваемость по данным обращаемости детского населения в трех детских амбулаторно-поликлинических учреждениях города: ДГП № 7, ГП № 19 ДПО № 43 и ДГП № 73.

В таблице 10 представлена динамика показателей первичной и общей заболеваемости детского населения 0-14 лет в исследуемых детских поликлиниках.

Таблица 10 - Уровень первичной и общей заболеваемости детей 0-14 лет по данным детских АПУ

на 1000 детей 0-14 лет

Год	ДГП № 7		ДПО № 43		ДГП № 73	
	Общая	Первичная	Общая	Первичная	Общая	Первичная
2008	2119,1	1767,5	2086,0	1630,7	2391,5	2034,9
2009	2566,3	2178,3	2090,2	1591,0	2182,4	1858,2
2010	2558,0	2166,2	2164,8	1842,7	2654,1	2270,4

Согласно приведенным данным, показатели первичной и общей заболеваемости увеличиваются во всех исследуемых амбулаторно-поликлинических учреждениях, при этом темпы роста первичной заболеваемости выше, чем общей заболеваемости. Самые низкие показатели распространенности и заболеваемости зафиксированы в ДПО № 43, которые соответственно в 1,2 и 1,5 раза ниже, чем в целом по городу. Наибольшие темпы роста отмечаются в ДГП № 7, первичной заболеваемости на 22,6%, общей – на 20,7%. В ДПО № 43 показатель первичной заболеваемости вырос на 13,0%, что в 3,5 раза больше по сравнению с ростом общей заболеваемостью (3,7%). В ДГП № 73 уровни общей и первичной заболеваемости увеличивались практически равномерно на 11,0% и 11,6% соответственно.

В целом по городу общая заболеваемость подростков 15-17 лет по данным городского организационно-методического центра в 2010 г. составляла 2032,4 на 1000 подросткового населения, в 2009 г. – 2001,3, в 2008 г. – 1810,2. За три года показатель увеличился на 12,3%.

Динамика показателей общей и первичной заболеваемости подросткового населения, прикрепленного к исследуемым детским поликлиникам, представлена в таблице 11. Среди подростков 15-17 лет также, как и среди детского населения 0-14 лет, отмечается увеличение данных показателей. В ДГП № 7 зафиксированы наибольшие темпы роста показателей среди всех поликлиник, так общая заболеваемость за исследуемый период выросла на 15,1%, первичная – на 20,7%. В ДПО № 43 на всем протяжении исследования показатели распространенности были

ниже общегородских показателей в среднем на 3,6%, рост общей заболеваемости составил 12,6%, первичной – 10,3%. В ДГП № 73 темпы роста первичной заболеваемости в 2 раза выше, чем общей заболеваемости, так уровень распространенности вырос на 9,0%, а первичной заболеваемости на 18,0%.

Таблица 11- Уровень первичной и общей заболеваемости подростков 15-17 лет по данным детских АПУ

на 1000 подростков 15-17 лет

Год	ДГП № 7		ДПО № 43		ДГП № 73	
	Общая	Первичная	Общая	Первичная	Общая	Первичная
2008	1778,0	1462,1	1747,4	1526,2	1844,1	1510,2
2009	1982,3	1601,5	1918,5	1592,5	1994,4	1660,6
2010	2047,3	1765,9	1967,2	1684,4	2010,0	1782,2

Анализ показателей заболеваемости в выбранных учреждениях не выявил достоверного статистического отличия от показателей, зарегистрированных в целом по городу.

Для полноценного анализа общей накопленной заболеваемости был взят трехлетний отчетный период – 2008, 2009, 2010 года, что позволило избежать недоучета редко встречающихся нозологий и состояний, когда заболевание пациента не требует частых обращений в поликлинику. Каждый год был представлен данными с 1 января по 31 декабря отчетного года.

Общая накопленная заболеваемость рассчитывалась по обращаемости за 3 года и включала все заболевания, зарегистрированные в течение последнего года наблюдения и случаи хронических заболеваний, зарегистрированных за два предшествующих года, по поводу которых не было обращений в данном году.

Расчет общей накопленной заболеваемости производился с применением программного обеспечения «АССОМ», для регистрации и анализа осмотров детей врачами-специалистами использовалась программа «SOC\_PEDIATRIA», что поз-

волило рассчитать в каждой поликлинике репрезентативную выборку среди прикрепленного контингента.

С помощью программного обеспечения «АССКОМ» данные о первичной и общей заболеваемости экспортируются из статистической «Отчетной Формы № 12». Принципами работы с программой расчета общей накопленной заболеваемости по обращаемости детей и подростков являются:

- сформировать из электронной базы регистрации пациентов и экспортировать следующие dbf –файлы (по два на каждый год): \_paspor - паспортные данные и \_diagn – данные по заболеваемости (приложение 3);

- шесть полученных файлов (по два на каждый год) должны находиться в одной папке. Например, в папке «Расчет»;

- в графы программы ввести: наименование населенного пункта, название амбулаторно-поликлинического учреждения, полный почтовый адрес, численность детей и подростков, количество участков, обеспеченность врачами-педиатрами в каждом отчетном году. В нашем исследовании 2008 г. – первый, 2009 г. – второй, 2010 г. – третий отчетный.

- в графы «файл паспортов» прикрепить файлы «\_paspor1. dbf» за первый отчетный год, «\_paspor2. dbf» за второй отчетный год, «\_paspor3. dbf» за третий отчетный год;

- нажать кнопку «Расчет»;

- итогом программы станут показатели уровня первичной заболеваемости, общей заболеваемости и общей накопленной заболеваемости по обращаемости детей и подростков.

По результатам обработки данных с применением программного обеспечения «АССКОМ», в каждой детской поликлинике, участвующей в исследовании, были сформированы выборки детей и подростков, обращавшихся в АПУ в течение 2008-2010 гг.

Для выявления частоты обращений детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет в поликлинику, в течение трех отчетных лет, каждая возрастная группа была разделена на 3 группы:

- группа А – дети и подростки, обращавшиеся в поликлинику ежегодно (2008, 2009, 2010 гг.);
- группа В – дети и подростки, обращавшиеся в поликлинику два года из трех (например, только в 2009 и 2010 гг.);
- группа С – дети и подростки, обращавшиеся в поликлинику только в один из трех отчетных годов (табл. 12).

Таблица 12 - Процент детей 0-17 лет, обратившихся в детские АПУ за 2008-2010 гг.

Группы детей	Дети 0-14 лет (% от общего числа)			Подростки 15-17 лет (% от общего числа)		
	№ 7	№ 43	№ 73	№ 7	№ 43	№ 73
	Группа А	95,7	94,8	92,1	89,4	90,1
Группа В	2,9	3,7	5,6	6,5	6,3	9,1
Группа С	1,4	1,5	2,3	4,1	3,6	5,6

Согласно представленному распределению в среднем 94,2% детей 0-14 лет и 88,3% подростков обращались в поликлинику ежегодно. Таким образом, охват детского и подросткового населения амбулаторно-поликлиническими услугами высок, что указывает на возможность проведения углубленного анализа заболеваемости по данным обращаемости.

У подростков 15-17 лет официальные показатели первичной заболеваемости в 2008-2010 гг. ниже по сравнению с детьми 0-14 лет ( $p < 0,001$ ). Так в ДГП № 7 уровень первичной заболеваемости детей на 18,5% выше, чем у подростков, в ДПО № 43 – на 8,5%, в ДГП № 73 – на 21,5% (рис. 18).

Показатель первичной заболеваемости свидетельствует о доступности амбулаторно-поликлинической помощи и ранней диагностике.

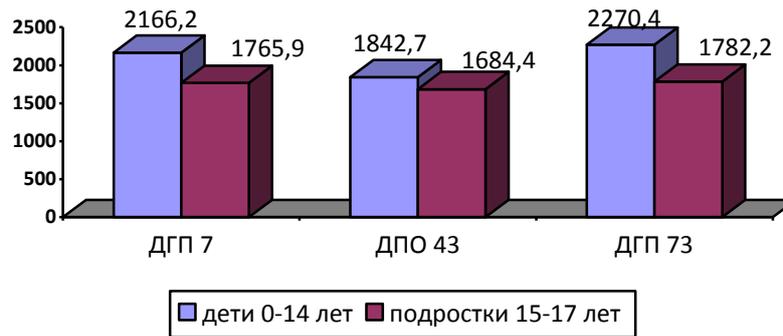


Рисунок 18 - Уровень первичной заболеваемости детей и подростков в 2010 г.

Подростки в своем большинстве являются самодостаточными индивидуумами и не всегда считают нужным при проявлении симптомов болезни обращаться в лечебно-профилактические учреждения.

В структуре первичной заболеваемости, как среди детей, так и среди подростков, первое место принадлежит болезням органов дыхания: в ДГП № 7 1502,9‰ и 507,1‰ соответственно, в ДПО № 43 – соответственно 1287,2‰ и 872,3‰, в ДГП № 73 – соответственно 1310,5‰ и 532,3‰. Болезни органов дыхания у детей 0-14 лет занимают в среднем 65,5%, у подростков – 40,0%.

Среди детей 0-14 лет во всех исследуемых поликлиниках на втором месте находятся болезни органов пищеварения – 7,8% (ДГП № 7), 8,2% (ДПО № 43), 7,7% (ДГП № 73). На третьем месте следуют болезни глаза и его придаточного аппарата – 7,6% (ДГП № 7), 7,8% (ДПО № 43), 7,3% (ДГП № 73).

Среди ведущих классов заболеваний присутствовали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,0% (ДГП № 7), 4,7% (ДПО № 43), 4,8% (ДГП № 73), болезни нервной системы – соответственно 4,1%, 4,3% и 3,9%, некоторые инфекционные и паразитарные болезни – соответственно 3,3%, 3,5% и 3,2%.

Структура первичной заболеваемости подросткового населения несколько отличается от структуры у детей 0-14 лет. На втором месте у подростков стоят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 10,0% (ДГП № 7),

9,7% (ДПО № 43), 10,8% (ДГП № 73), на третьем месте - болезни глаза и его придаточного аппарата – соответственно 9,5%, 9,1%, 8,9%, далее следуют болезни органов пищеварения (в ДПО № 43 данный класс занимает пятое место) и болезни нервной системы (в ДПО № 43 - четвертое место). Сложившийся уровень и структура заболеваемости у подростков 15-17 лет связан с низким уровнем обращаемости в ЛПУ первичного звена.

В структуре общей заболеваемости также выявлены различия среди детского 0-14 лет и подросткового 15-17 лет населения. Лидирующее положение в структуре общей заболеваемости этих возрастных групп занимают болезни органов дыхания, при этом показатель у детей 0-14 лет в 1,5 – 3 раза выше, чем у подростков 15-17 лет. Среди заболеваний органов дыхания не зависимо от возраста преобладают хронические болезни миндалин, аденоидов и бронхиальная астма. Значительный вклад в общую заболеваемость детского населения привнесли болезни органов пищеварения (151,9 – 179,7‰), травмы и отравления (134,3 – 209,6‰), болезни глаза и его придаточного аппарата (120,9-159,5‰), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (107,8 -115,0‰). Остальные классы болезней занимали не более 25,0‰ от общего числа заболеваний. Среди подросткового населения второе ведущее место принадлежит болезням глаза и его придаточного аппарата (133,8-240‰), третье место – болезням органов пищеварения (118-184‰), четвертое место – травмам и отравлениям (122,1-127,0‰), пятое место – болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (82,0-94,0‰). Вклад остальных классов болезней в структуру подросткового населения составляет не более 23,0‰ (табл. 13).

Выявление особенностей структуры заболеваемости детей и подростков необходимо для направления усилий по профилактике, лечению и предупреждению хронизации процесса, прежде всего на муниципальном уровне, а впоследствии и в регионе в целом.

В соответствии с задачами исследования нами была изучена заболеваемость детей и подростков за трехлетний период (общая накопленная заболеваемость).

Таблица 13 - Общая заболеваемость в 2010 г. по классам болезней

‰

Классы болезней	ДГП № 7		ДПО № 43		ДГП № 73	
	15-17 лет	0-14 лет	15-17 лет	0-14 лет	15-17 лет	0-14 лет
Инфекцион. и паразитар. б-и	17,6	109,9	29,9	115,0	21,9	107,8
Новообразования	4,2	9,9	9,5	7,8	4,0	6,9
Б-и крови и кроветворных органов	2,2	10,3	7,8	8,9	2,5	7,1
Б-и эндокринной системы и нарушение обмена в-в	22,2	39,1	56,7	38,2	29,5	27,8
Б-и нервной системы	77,3	112,7	95,3	89,6	39,1	69,9
Б-и глаза и его придат. аппарата	94,2	159,5	240,5	127,5	133,8	120,9
Б-и уха и сосц.отростк	25,3	106,4	35,1	70,0	28,6	68,7
Б-и органов дыхания	509,8	1510,7	916,9	1398,1	534,5	1608,6
Б-и органов пищеварения	79,0	167,7	184,7	179,7	118,0	151,9
Б-и мочеполовой системы	25,5	55,9	75,3	83,3	84,4	43,1
Б-и кожи и подкожной клетчатки	22,8	77,4	53,5	97,4	23,7	48,9
Б-и костно-мыш. системы и соед. ткани	94,0	101,7	278,2	201,2	82,0	65,3
Травмы и отравления	124,0	184,4	127,6	209,6	122,1	134,3
Б-ни системы кровообращения	26,2	19,3	43,7	28,6	66,5	41,7
ВПП	13,6	52,1	29,3	45,9	56,9	50,6

Согласно определению А.А. Роменского, общая накопленная заболеваемость (рассчитывается по материалам обращений за 3 года) – это все заболевания, зарегистрированные в течение последнего года наблюдения, дополненные случаями хронических заболеваний, зарегистрированных за период, предшествующий этому году, у данного контингента, по поводу которых не было обращений в данном году.

В нашем исследовании общая накопленная заболеваемость была изучена за 3 года с применением программного обеспечения.

По мнению ряда специалистов, накопленная заболеваемость за три года может быть выше общей заболеваемости на 10-20% [9, 113]. В исследуемых поликлиниках общая накопленная заболеваемость выше официального показателя в среднем на 16,5%, что согласуется с этим мнением. Показатели общей накопленной заболеваемости по отдельным классам заболеваний также увеличились.

Из представленных данных в таблице 14 видно, что рост общей накопленной заболеваемости произошел за счет класса болезни органов дыхания, который занимает первое место во всех исследуемых поликлиниках и во всех возрастных группах. Внутри класса доминируют хронические болезни миндалин и аденоидов, бронхиальная астма и острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей. Вторую ранговую позицию у детей 0-14 лет занимают болезни костно-мышечной и соединительной ткани – 125,2-286,7‰, у подростков 15-17 лет – соответственно болезни глаза и его придаточного аппарата 122,8-252,5‰.

Таблица 14 - Общая накопленная заболеваемость в 2010 г. по классам болезней

Классы болезней	ДГП № 7		ДПО № 43		ДГП № 73	
	15-17 лет	0-14 лет	15-17 лет	0-14 лет	15-17 лет	0-14 лет
Всего	2456,7	2941,7	2301,6	2489,4	2371,8	2972,6
Инфекцион. и паразитар. б-и	37,4	124,3	41,5	126,3	36,7	116,9
Новообразования	8,1	15,7	11,4	9,7	7,2	9,4
Б-и крови и кроветворных органов	9,2	21,5	10,6	14,5	8,3	15,8
Б-и эндокринной системы и нарушение обмена в-в	43,6	61,7	68,4	52,9	47,4	50,5
Б-и нервной системы	95,7	131,6	114,9	106,4	67,1	83,8
Б-и глаза и его придат. аппарата	122,8	183,5	252,5	147,3	147,7	143,3
Б-и уха и сосц.отростк	47,3	127,6	48,6	95,5	48,4	84,7
Б-и органов дыхания	541,9	1580,3	1021,7	1365,1	567,3	1647,8
Б-и органов пищеварения	92,4	182,7	195,8	188,6	137,9	179,2
Б-и мочеполовой системы	46,3	73,6	88,2	99,1	90,5	68,9
Б-и кожи и подкожной клетчатки	40,8	89,3	59,3	106,3	47,6	64,5
Б-и костно-мыш. системы и соед. ткани	125,2	134,2	286,7	219,4	154,8	92,3
Б-ни системы кровообращения	48,1	34,9	49,9	37,6	74,8	48,6

Накопление заболеваний наблюдалось по классам болезни органов пищеварения, болезней нервной системы, некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, особенно среди детского населения 0-14 лет. По накоплению хронической патологии, с разницей между общей и накопленной заболеваемостью в 1,4 раза, выделились 3 класса – болезни костно-мышечной системы, болезни глаза и придаточного аппарата и болезни органов пищеварения, что указывает на недо-

статочное диспансерное наблюдение детей и подростков, страдающих хронической патологией представленных классов.

Далее был проведен анализ общей накопленной заболеваемости, в зависимости от возраста и пола. Применение программ «ACCOM» и «SOC\_PEDIATRIA» позволили проанализировать заболеваемость детей 0-14 лет в различных возрастных группах. Были выделены две группы: дети в возрасте 1-6 лет и 7-14 лет. Также были проанализированы и выявлены различия в уровнях и структуре общей накопленной заболеваемости среди мальчиков и девочек и среди юношей и девушек.

У детей первого года была проанализирована общая заболеваемость.

Таблица 15 - Общая заболеваемость детей первого года жизни

‰

	ДГП № 7	ДПО № 43	ДГП № 73
2008	3118,8	3342,4	2635,8
2009	3141,5	3453,4	2748,2
2010	3168,5	3762,3	2863,2

В таблице 15 представлены данные динамики общей заболеваемости у детей первого года жизни в исследуемых амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Как видно из представленных данных, показатель общей заболеваемости у детей первого года жизни имеет тенденцию к росту, в ДГП № 7 рост составил 1,6% (наименьший рост среди трех поликлиник), в ДПО № 43 – 12,6%, в ДГП № 73 – 8,6%. Структура данного показателя схожа во всех исследуемых детских поликлиниках. Ведущее значение принадлежит болезням органов дыхания - в среднем 42,5%, из них 92,0% приходится на острые респираторные вирусные инфекции. На втором месте находятся болезни нервной системы – в среднем 12,0%, на третьем месте – болезни органов пищеварения – в среднем 6,5%, на четвертом месте – отдельные состояния перинатального периода – 5,6%, на пятом месте – врожденные пороки развития – 5,3%, далее следуют болезни глаза и его прида-

точного аппарата (5,1%), болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (4,6%). Доля остальных классов заболеваний в структуре общей заболеваемости детей первого года жизни составляет не более 4,5%.

При изучении динамики накопленной заболеваемости среди детей дошкольного возраста 1-6 лет были выявлены следующие особенности.

Таблица 16 - Общая накопленная заболеваемость детей 1-6 лет

	ДГП № 7	ДПО № 43	ДГП № 73
2008	2342,0	2303,2	2569,2
2009	2779,2	2365,0	2618,4
2010	2869,6	2596,8	2984,8

За период 2008-2010 гг. показатель вырос во всех детских амбулаторно-поликлинических учреждениях: в ДГП № 7 на – 22,4%, в ДПО № 43 – на 11,5%, в ДГП № 73 – на 16,1%. При этом отмечается неуклонный рост показателя за весь период исследования (табл. 16).

При изучении структуры общей накопленной заболеваемости среди детей 1-6 лет были рассчитаны усредненные показатели среди трех детских поликлиник.

Среди детей дошкольного возраста преобладают болезни органов дыхания, второе ведущее место принадлежит некоторым инфекционным и паразитарным болезням, третье место занимают болезни органов пищеварения, четвертое место – болезни нервной системы, пятое место – болезни глаза и его придаточного аппарата. Рост общей накопленной заболеваемости среди данного контингента идет за счет болезней органов дыхания (+7,7%), болезней органов пищеварения (+15,2%), болезней мочеполовой системы (+9,3%), болезней кожи и подкожной клетчатки (+14,2%), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (+17,1%) (табл. 17).

Таблица 17 - Общая накопленная заболеваемость по классам болезней

‰

Классы болезней	2008	2009	2010
Инфекционные и паразитарные болезни	179,0	164,8	158,5
Новообразования	10,1	8,3	7,8
Болезни крови и кроветворных органов	20,5	18,9	18,4
Б-и эндокринной системы и нарушение обмена в-в	42,8	38,9	35,4
Болезни нервной системы	142,5	137,4	135,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	124,3	124,8	123,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	119,6	115,1	112,7
Болезни органов дыхания	1530,6	1612,6	1646,9
Болезни органов пищеварения	164,9	173,9	189,5
Болезни мочеполовой системы	75,8	81,4	82,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	84,8	89,2	96,3
Болезни костно-мыш. системы и соед. ткани	105,8	111,9	123,5
Болезни системы кровообращения	28,6	30,5	29,0

Показатели накопленной заболеваемости среди детей возрастной группы 7-14 лет несколько ниже, чем в предыдущей группе, но также неуклонно растут, в среднем на 15% (табл. 18).

В структуре данной возрастной группы лидирующее значение также принадлежит болезням органов дыхания (48,5%), далее следуют болезни органов пищеварения (9,2%), болезни глаза и его придаточного аппарата (7,4%), болезни нервной системы (5,7%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,2%), доля остальных классов болезней в общей структуре накопленной заболеваемости занимает не более 5,0%.

Таблица 18 - Общая накопленная заболеваемость детей 7-14 лет

‰

	ДГП № 7	ДПО № 43	ДГП № 73
2008	2286,0	2201,6	2346,7
2009	2539,4	2478,8	2502,4
2010	2697,8	2598,2	2643,2

При переходе ребенка из начальной школы в среднюю (5 класс) значительно увеличивается группа детей, имеющих хронические заболевания. Очевидно, что связи с возросшей в этот период обучения нагрузкой и адаптацией к изменившимся условиям у школьников обостряются «забытые» ранее болезни и появляются новые.

Выявлены гендерные различия в уровне и структуре общей накопленной заболеваемости. Так на первом году жизни показатель среди девочек достоверно выше, чем среди мальчиков: ДГП № 7 - 3289,6‰ и 3046,2‰ соответственно; ДПО № 43 – 3886,4‰ и 3638,9‰, ДГП № 73 – 2935,7‰ и 2799,5‰ соответственно ( $p < 0,001$ ). Такая же картина наблюдается и среди подросткового населения, общая накопленная заболеваемость среди девушек на 9,4% выше, чем среди юношей. В возрастных группах 1-6 и 7-14 лет наоборот показатель больше среди мальчиков на 7,5% и 10,7% соответственно.

Среди детей 0-14 лет показатель накопленной заболеваемости у девочек выше в классах болезней мочеполовой системы в 3 раза, болезней кожи и подкожной клетчатки в 2,7 раза, болезней нервной системы в 1,5 раза. Среди мальчиков преобладают болезни органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения.

В подростковой популяции общая накопленная заболеваемость выше у девушек по таким классам как болезни мочеполовой системы (в 8,2 раза), новообразования (в 4,7 раз), болезни крови и кроветворных органов (в 4,1 раза), болезни глаз и придаточного аппарата (в 1,5 раза), болезни костно-мышечной системы (в 1,5 раза). У мальчиков обращает внимание класс заболеваний системы кровообращения: показатель выше, чем у девочек в 2,7 раз, при этом преобладают предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка (Гисса) и другие нарушения проводимости.

Углубленный анализ структуры болезней органов пищеварения среди подростков выявил высокий уровень хронизации среди гастритов и дуоденитов (25,0%) и болезней желчного пузыря и желчевыводящих путей (15,0%). Это позволяет предположить наличие дефектов в организации и проведении диспансери-

зации данного контингента. В то же время, ситуация может быть связана как с особенностями самосохранительного поведения подростков, так и отсутствием должного контроля за организацией питания со стороны семьи. Существенный рост отмечен среди артропатий (33,7%), деформирующих дорсопатий (15,6%), остеопатий и хондропатий (5,3%), болезни системы кровообращения (за счет нарушения сердечного ритма (34,0‰) и эссенциальная гипертензия - показатель 9,98‰ против 8,9‰.

Таким образом, отмечается рост общей заболеваемости, свидетельствующий о накоплении хронической патологии в детской и подростковой популяции.

Следует отметить, что в структуре диспансерной группы детского населения ведущая роль на протяжении всего периода исследования принадлежит болезням органов пищеварения (75,7-72,6 на 1000 детей соответствующего возраста), с 2008 г. по 2010 г. достоверного снижения не отмечено ( $p > 0,05$ ), 36,3% в данной группе заболеваний принадлежит гастритам и дуоденитам.

На втором месте находятся болезни органов дыхания (40,8-41,7 на 1000), основной патологией выступает бронхиальная астма, на долю которой приходится 16,0%.

Болезни нервной системы и органов чувств занимают третье место, при этом с 2008 г. по 2010 г. рост показателя составил 36,9% с 24,5 до 34,2 на 1000. Четвертое место принадлежит болезням мочеполовой системы (28,3 на 1000), пятое место – болезням крови и кроветворных органов (26,5 на 1000), более 20,0% занимают анемии. С 2008 г. по 2010 г. отмечено снижение состоящих на диспансерном учете по следующим классам заболеваний: инфекционные и паразитарные болезни на 42,0% с 9,9 до 5,8 на 1000; болезни глаза и его придаточного аппарата на 12,3% с 18, до 16,5 на 1000; болезни системы кровообращения на 18,1% с 7,2 до 5,9 на 1000; болезни костно-мышечной системы на 13,6% с 19,9 до 17,2 на 1000, по остальным классам болезней существенных изменений не произошло (табл. 19).

Таблица 19 - Показатели диспансеризации детей 0-17 лет

на 1000 соответствующего возраста

	2008	2009	2010
Всего	342,7	352,6	338,2
Инфекционные и паразитарные болезни	9,9	7,3	5,8
Новообразования	2,3	3,0	2,5
Болезни эндокринной системы, из них:	23,4	24,9	22,7
Болезни крови и кроветворных органов	27,2	26,7	26,5
Психические расстройства	18,6	23,7	17,9
Болезни нервной системы	24,5	32,6	34,2
Болезни глаза	18,6	19,2	16,5
Болезни уха сосцевидного отростка	4,2	3,7	3,8
Болезни системы кровообращения	7,2	6,0	5,9
Болезни органов дыхания	40,8	40,2	41,7
Болезни органов пищеварения	75,7	73,5	72,6
Болезни мочеполовой системы	28,8	27,3	28,3
Беременность, роды и послеродовый период	0,1	0,3	0,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	10,2	12,1	11,5
Болезни костно-мышечной системы	19,9	18,9	17,2
Врожденные аномалии	14,8	15,3	15,4
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	9,9	11,8	10,5
Травмы отравления	1,3	1,2	1,5

С целью раннего выявления заболеваний среди различных групп организованного и неорганизованного детского населения проводятся медицинские или профилактические осмотры, которые являются одной из форм лечебно-профилактической помощи.

Вот уже несколько лет поликлиники Санкт-Петербурга используют в работе по проведению медицинских осмотров детей технологию АКДО. Результаты их работы свидетельствуют, что методика обеспечивает снижение плановой госпитализации в стационары на 18-20%, инвалидизации - на 15-20%.

В нашем исследовании проанализированы результаты профилактических осмотров, проведенных с помощью АКДО (Автоматизированный комплекс диспансерных обследований).

Важной особенностью данного автоматизированного комплекса является то, что он составлен с учетом действующей системы диспансеризации и позволяет

продолжить регистрацию всех имеющихся динамических показателей здоровья детского населения.

Строго стандартизированный осмотр обеспечивает автоматизированный комплекс диспансерного обследования, оценочный алгоритм которого составлен одним из ведущих педиатров России, доктором медицинских наук, профессором, главным педиатром Северо-Западного федерального округа Игорем Воронцовым.

Программа предназначена для стандартизации и автоматизации медицинского обследования детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет. На конечном этапе формируется заключение о состоянии здоровья ребенка и, по показаниям, он направляется на профильное обследование к специалистам.

Аппаратно-программный комплекс, управляемый одним специалистом-медиком, способен всего за 20-25 минут собрать более 400 данных о ребенке, систематизировать информацию, которая в формализованном виде отправляется в вышестоящие организации и при необходимости - в Федеральный регистр. Технология позволяет определить с высокой точностью - до 95% - отклонения в состоянии здоровья по различным патологиям на ранних стадиях развития болезни, не допуская ее прогрессирования.

В комплекс входят компьютер, 9 программ, интеллектуальный кардиоанализатор, приборы для проведения лабораторных исследований параметров здоровья ребенка. Управляет техникой один специалист - доктор АКДО.

Медицинское обследование с помощью АКДО подразумевает привлечение к осмотрам родителей. Загодя заполняя подробную анкету о своем ребенке (когда и чем болел), взрослые экзаменуют сами себя по теме: «Что я знаю о своем ребенке». Когда родители выполняют такой отчет в течение ряда лет (медосмотры - процедура ежегодная), то получают возможность не только накапливать нужную информацию, но и опыт грамотного пользования ею.

Наиболее важной частью системы стали оценки развития и питания ребенка, основанные на комплексе данных антропометрии и клинических симптомов. Важно, что АКДО позволяет проводить оценку состояния здоровья детей в любом масштабе - от индивидуальной до групповой, - проводя сравнения по шкале здо-

ровья между несколькими классами, школами и даже регионами. Такой объем функций вполне «вписывается» в программу мониторинга режима питания школьников, двигательной активности.

Таблица 20 - Результаты профилактических медицинских осмотров при помощи АКДО

на 100 осмотренных

Наименование	Все дети	3-4 года	5-8 лет	9-12 лет	13-15 лет	16 лет и старше
Всего здоровых детей	9,7	-	8,7	10,3	11,2	7,7
Всего детей с патологией	90,3	100,0	91,3	89,7	88,8	92,3
Логопедия	5,4	66,7	10,0	1,5	0,6	-
Питание	0,1	3,2	0,2	0,4	-	0,1
Ортопедия	43,1	66,7	45,8	35,0	47,9	38,9
Хирургия	21,8	34,5	30,3	15,9	12,1	24,5
Офтальмология	38,3	2,9	28,2	46,7	48,5	31,3
Лор	5,2	2,1	6,2	5,1	3,3	2,8
Невропатология	3,8	9,7	5,9	1,2	2,7	1,8
Кардиология	31,4	65,3	35,8	32,3	21,6	20,4
Ревматология	0,1	-	0,3	-	-	-
Вазокардиология	0,5	-	0,3	0,2	1,2	0,6
Дерматология	1,3	3,4	0,8	1,5	2,4	1,5
Пульмонология	0,2	-	0,2	0,2	0,3	0,2
Хр. инфекции и туберкулез	0,8	-	0,5	1,5	0,6	1,3
Иммунология	0,1	-	0,2	-	-	-
Стоматология	33,6	66,7	42,3	30,6	20,1	16,4
Эндокринология	5,5	-	2,4	8,3	7,4	4,7
Аллергология	2,8	3,4	2,0	3,4	3,8	1,9
Нефрология	3,9	-	4,3	3,2	4,1	2,7
Гематология	0,2	-	0,5	-	-	-
Гастроэнтерология	0,8	0,4	0,9	0,2	3,0	1,5
Онкология	0,6	-	-	0,7	-	-
Физическое развитие	22,6	4,2	3,6	23,7	21,9	17,4
Генетика	1,6	-	-	0,2	1,2	-
Активность процесса	0,1	0,1	-	-	-	0,1

Результаты обследования АКДО заносятся в карту развития ребенка и содержат: заключение, результаты обследования, диаграмму «Спектр здоровья, на ос-

новании которой состояние ребенка расценивается как «норма», «зона риска», «патология», а также рекомендации родителям, в случае необходимости им выдается талон со списком необходимых специалистов-консультантов.

Для изучения данных профосмотров при помощи АКДО была сформирована выборка среди детей 3-17 лет, которая составила 1411 чел, из них детей 3-4 лет – 201 чел. (14,3%), 5-8 лет – 457 чел. (32,4%), 9-12 лет – 364 чел. (25,8%), 13-15 лет – 225 чел. (15,9%), 16 лет и старше – 164 чел. (11,6%).

В таблице 20 представлены показатели, полученные при медицинском осмотре с применением Автоматизированного комплекса диспансерного обследования детей и подростков в 2010 году. Программа охватывает 24 профиля патологии.

Как видно из приведенных данных, число детей с патологией в различных возрастных группах достигает от 88,8% (13-15 лет) до 100% (3-4 года). Среди всех обследованных детей наибольший процент выявленных заболеваний или риска развития патологии отмечается по профилю «ортопедия» (43,1%), на втором месте находится «офтальмология» (38,3%), на третьем месте – «стоматология» 33,6%, на четвертом месте – «кардиология» (31,4%), на пятом месте – нарушения «физического развития» 22,6%, далее следуют «эндокринология» (5,5%), «логопедия» (5,4%), «лор» (5,2%), «нефрология» (3,9%), прочие профили патологии имеют значения менее 3,0%.

При анализе результатов автоматизированного диспансерного обследования в зависимости от возрастов выявлены различия в разных возрастных группах. Так в группе детей 3-4 лет наибольшие проценты выявленных нарушений получены в «логопедии», «ортопедии» и «стоматологии» (по 66,7%), второе ведущее место принадлежит профилю «кардиология» (65,3%), третье – профилю «хирургия» (34,5%).

В группе детей 5-8 лет наибольшее значение принадлежит «ортопедии», но показатель в 1,5 раза ниже, чем в предыдущей группе (45,8%), второе место занимает «стоматология» (42,3%), третье место – «кардиология» (35,8%), далее следуют «хирургия» (30,3%), «офтальмология» (28,2%), «логопедии» в данной группе принадлежит всего 10,0%.

Среди детей 9-12 лет на первое место вышел профиль «офтальмология» (46,7%), «ортопедия» сместилась на второе место (35,0%), на третьем месте – «кардиология» 32,3%, «стоматология» опустилась на четвертое место (30,6%), «хирургия» на шестое место (15,9%), что в 2 раза меньше, чем у детей 5-8 лет, на пятом месте находятся нарушения физического развития (23,7%).

Лидирующие места у детей в возрасте 13-15 лет занимают «офтальмология» (48,5%) и «ортопедия» (47,9%), затем с показателем в 2 раза ниже, чем у лидеров, идут нарушения физического развития (21,9%), «кардиология» (21,6%), «стоматология» (20,1%).

У подростков 16 лет и старше «ортопедия» занимает первое место (38,9%), второе место – «офтальмология» (31,3%), третье место – «хирургия» (24,5%), четвертое место – «кардиология» (20,4%), пятое место – «нарушения физического развития» (17,4%).

С возрастом отмечается рост выявленных нарушений по профилю «офтальмология», если у детей 3-4 лет показатель 2,9%, то к 13-15 годам он возрастает в 16,5 раз и достигает 48,5%; наибольший показатель нарушения физического развития зафиксирован в возрастной группе 9-12 лет (23,7%), что почти в 6 раз больше, чем у детей 3-4 лет и 5-8 лет, далее отмечается незначительное снижение и в возрасте 16 лет и старше он достигает 17,4%, но при этом остается в 4 выше, чем в первых двух возрастных группах.

После проведенного автоматизированного комплекса диспансерного наблюдения при наличии показаний, которые оцениваются автоматической программой на основании введенных данных, ребенок направляется на консультацию специалистов.

Таким образом, Автоматизированный комплекс диспансерных обследований позволяет осмотреть основную массу детского населения (от 3 до 17 лет включительно) по единому алгоритму, что способствует ранней диагностики заболеваний, и тем самым снижению количества тяжелой патологии.

## ГЛАВА 5

### ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

#### 5.1. Медицинская активность и образ жизни семей, воспитывающих детей

Семья - это микросоциальная среда, где наследуются и формируются здоровье и образ жизни новых поколений.

Чаще всего с медицинской активностью семьи, ее гигиенической культурой связывают поведение, мероприятия, направленные на укрепление и сохранение здоровья.

К основным компонентам образа жизни относятся: питание, быт, организация учебного труда и отдыха, отношение к вредным привычкам. Одним из важнейших составляющих здорового образа жизни особенно в школьный период являются систематические занятия физической культурой и спортом.

В обеспечении нормального развития и полноценного здоровья детей огромна роль взрослых. Так как формирование здорового образа жизни начинается уже в раннем детстве. Своим поведением, привычками, образом жизни родители являются примером для своих детей. Здоровье новорожденных детей так же зависит от медицинской активности женщин.

В нашем исследовании мы оценили здоровьесберегающее поведение беременной женщины и ее ответственность по отношению к здоровью будущего ребенка. Общеизвестно, что для будущих мам очень важно принимать здоровую и полезную пищу, так как это необходимо для нормального роста и развития их детей. По результатам опроса больше половины женщин, узнав, о наступившей беременности, изменили характер питания. Пища стала более разнообразной у 64,5% беременных, улучшилось качество потребляемых продуктов в среднем у 11,5% опрошенных. Но четверть беременных женщин (24,0%) ответили, что их питание не изменилось, основной причиной этого явилось отсутствие денег на ка-

чественную и полезную пищу. Это еще раз подтверждает, что материальное состояние семьи играет немаловажную роль для сохранения и укрепления здоровья.

Немаловажное значение для нормального физического и нервно-психического развития играет грудное вскармливание на 1-м году жизни. В России, как и во многих других странах, на протяжении последних десятилетий отмечаются стабильно низкая распространенность грудного вскармливания. По данным официальной статистики Минздравсоцразвития РФ за 2006 г., лишь 41% женщин кормят младенцев до 3 месяцев и 35% - до 6 месяцев. Следует отметить, что наметился рост доли 6-ти месячных детей, находящихся в первый год жизни на грудном вскармливании. Это является результатом положительной работы Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», организованной с целью поддержки грудного вскармливания в России.

По мнению врачей, практически все женщины способны к лактации (выработке молока), истинно патофизиологические причины неспособности к грудному вскармливанию встречаются крайне редко. Педиатры отмечают, что при хорошей психологической поддержке врача, членов семьи, соблюдении простых правил по защите лактации, рациональном питании кормящей женщины успех грудного вскармливания может быть достигнут в 70-90% случаев.

Данные социологического опроса подтверждают низкую распространенность естественного вскармливания. Лишь 15,8% детей до 1 года находились на грудном вскармливании, каждый второй младенец – на искусственном вскармливании, каждый третий – на смешанном. На вопрос об основных причинах, по которым матери не начинали или прекращали грудное вскармливание, указывались две: отсутствие или недостаток молока (табл.21).

Причинами низкого показателя естественного вскармливания грудных детей можно считать сложную социально-экономическую ситуацию и нарушения питания беременных и кормящих женщин, сопряженные как с ухудшением их нервно-психического и соматического состояния, так и с неудовлетворительным уровнем знаний врачей и родителей принципов рационального вскармливания детей.

Таблица 21 - Характер питания ребенка первого года жизни

%

Характер питания ребенка первого года жизни	% от числа опрошенных
Грудное	15,8
Искусственное	49,6
Смешанное	34,6
Причины прекращения кормления грудью	
Не было молока	28,6
Мало молока	49,0
Имеется заболевание грудных желез	3,3
Медицинские противопоказания, не позволяющие кормить ребёнка	2,4
Другое	16,7

Еще одной причиной увеличения числа младенцев, находящихся на искусственном вскармливании можно считать и то, что все большее число матерей стараются выйти из декретного отпуска как можно раньше. К этому прибавляется то, что нынешнее поколение в значительной степени само выросло на искусственном вскармливании. В семьях нет традиции кормления грудью, отсутствует мотивационная установка на грудное вскармливание детей.

Следует отметить, что психологический климат в семье, степень согласия между родителями и членами семьи наряду с другими факторами определяют информированность родителей по вопросам рождения и воспитания здорового ребенка, а также состояние его здоровья.

В результате опроса установлено, что в неполных семьях больше процент детей, находящихся на искусственном вскармливании, ниже средняя длительность грудного вскармливания, и хуже показатели здоровья детей (рис.19).

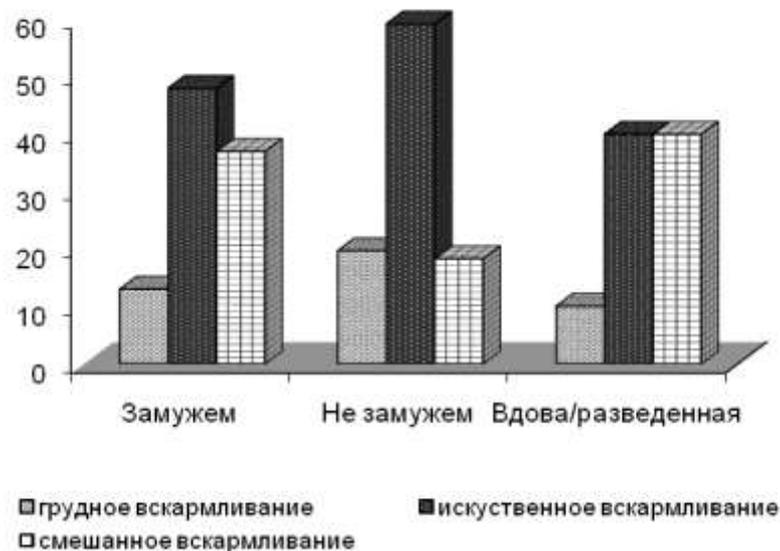


Рисунок 19 - Характер питания ребенка в конце первого года жизни в зависимости от семейного положения матери.

Важным показателем заботы о своем здоровье и будущего поколения является отсутствие вредных привычек у родителей.

Курение родителей самым негативным образом отражается на здоровье детей, особенно женщины до и во время беременности. При ответе на вопрос о курении до и во время беременности выяснилось, что почти каждая третья женщина курила до беременности (28,5%), число курящих во время беременности снизилось до 13,1%.

Нами проанализирована взаимосвязь между детьми, пробовавшими курить и курением их родителей и других членов семьи. Наличие вредных привычек среди ближайшего окружения детей в семье является препятствием для формирования у детей позитивных ориентаций на здоровый образ жизни. Для детей выше всего пример не просто взрослых людей, а близких и уважаемых ими лиц. Поэтому для них очень важно, курят родители или нет. Как показывают данные нашего исследования в семьях, где курит хотя бы один из родителей, в 2 раза чаще встречаются курящие дети. 25,0% детей из семей, где курит хотя бы один из членов семьи, пробовали курить, в некурящих семьях – лишь 12,5% (табл. 22).

Таблица 22 - Взаимосвязь между детьми, пробовавшими курить и курением их родителей и других членов семьи

% от числа опрошенных

Курит ли кто-либо из семьи	Пробовал(а) курить	
	Да	Нет
Да	25,0	75,0
Нет	12,5	87,5

По результатам исследования можно сделать вывод, что наибольшее влияние на вероятность курения детей оказывают такие члены семьи как отец и мать. В семьях, где курил отец, больше половины детей (59,1%) пробовали курить, при курящей матери – каждый третий ребенок пробовал курить. Если курят бабушка или дедушка, пробовали курить 18 % детей. (табл. 23).

Таблица 23 - Влияние курящих членов семьи на вероятность пробы курения детей

% от числа опрошенных

Курит в семье	Пробовал(а) курить (%)
мать	31,8
отец	59,1
дедушка	18,2
бабушка	18,2
Сестра, брат	4,5

Еще одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье людей и их детей, является чрезмерное потребление алкогольных напитков. Алкоголизм в настоящее время приобрел характер “семейной болезни”,

что создает необходимость вовлечения всей семьи в лечебный процесс на основе объединения опыта и усилий самых различных служб, имеющих отношение к социальной и медицинской помощи.

Среди родителей, участвовавших в опросе, употребляют спиртные напитки 68,0% мужчин и 46,0% женщин. Исследование показало, что если в семье есть практика употребления алкоголя, то четверть детей тоже его пробовали (табл. 24).

Таблица 24 - Взаимосвязь между детьми, пробовавшими алкоголь и употреблением алкогольных напитков их родителями

% от числа опрошенных

Выпивает ли кто-либо из семьи	Пробовал(а) спиртные напитки	
	Да	Нет
Да	24,1	75,9
Нет	15,5	84,5

Таким образом, работу по предупреждению распространения и укоренения вредных привычек необходимо начинать в семье, с родителей и ближайших родственников, формируя ответственное отношение к здоровью детей.

Здоровье и правильное развитие детей напрямую связано с характером питания. От того, насколько оно сбалансировано по белковому, углеводному, жировому, витаминному и минеральному составу, зависит качество жизни, восприимчивость к заболеваниям, нормальное психологическое становление и т.д. Для обеспечения нормального развития ребенка необходимо дополнительно вводить в рацион витамины.

Сбалансированность и рациональность питания во многом зависит от привычек, культуры родителей. По результатам опроса, ежедневно получают мясные продукты 51,5% детей, молочные – 66,9%, овощи – 53,8%, фрукты – 59,2%, сладости – 56,2%, рыбные продукты 1-2 раза в неделю получает каждый второй ребенок, 1-2 раза в месяц – каждый третий. 28,5 % детей получают овощи и фрукты

всего 3-4 раза в неделю, 9,2% - 1-2 раза в неделю, а 6,1% - 1-2 раза в месяц (табл.25).

Таблица 25 - Распределение ответов на вопрос: «Как часто ребенок получает следующие продукты питания?»

% от числа опрошенных

Продукты питания	Частота потребления			
	Ежедневно	3-4 раза в неделю	1-2 раза в неделю	1-2 раза в месяц
Мясные	51,5	34,6	11,5	2,4
Рыбные	2,3	14,6	53,8	29,3
Молочные	66,9	16,9	10,8	5,4
Овощи	53,8	28,5	11,5	6,2
Фрукты	59,2	28,5	10,8	1,5
Сладости	56,2	28,5	9,2	6,1

Правильное питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний. Недостаточная обеспеченность детей продуктами питания ослабляет их иммунную систему, что приводит к болезненности и способствует развитию хронических заболеваний. Поэтому необходимо проведение разъяснительной работы с родителями о рациональном питании.

Другим важным фактором, влияющим на здоровье, являются жилищные условия, в которых проживают дети. Зачастую слишком влажное, либо холодное жилье могут свести на нет все попытки родителей сохранить или улучшить здоровье ребенка.

Дискомфорт микроклимата жилища (температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению возможностей общего сопротивления организма, сниже-

нию иммунитета, что в свою очередь является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний.

Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Состояние здоровья детей, длительно проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, с возрастом ухудшается.

Более половины семей (54,6%) в исследовании оценивают свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 24,0% респондентов проживают в плохих, либо требующих капитального ремонта домах и квартирах, лишь каждая пятая семья проживает в хороших жилищных условиях. В группе детей, проживающих в неудовлетворительных жилищных условиях, почти в 2 раза чаще встречаются отклонения в состоянии здоровья.

Таким образом, уровень материального благополучия, несомненно, оказывает опосредованное влияние на здоровье.

Опрос позволяет выявить только оценочные характеристики экологических условий по месту жительства наблюдаемых семей, но и эти сведения дают возможность определить существующие тенденции.

В исследовании мы просили родителей уточнить, в чем выражается неудовлетворенность экологическими условиями. Большинство респондентов отметили загрязненность воздуха (74,5%), повышенный уровень шума (64,5%). Родителей также беспокоят проблемы мест для детских площадок (60,0%), загрязненная почва (46,0%). Наибольший удельный вес детей, имеющих функциональные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания, проживает в плохих и очень плохих экологических условиях. Дети, постоянно живущие в загрязненных микрорайонах, чаще болеют.

Таким образом, ослабленное в раннем детстве здоровье, некачественное и неправильное питание, проживание в неблагоприятных жилищных и экологических условиях, являются важными факторами, оказывающими неблагоприятное воздействие на здоровье детей.

Для выполнения семьей адекватных оздоровительных функций важно, чтобы родители имели правильное представление о здоровье ребенка. Родители в основ-

ном получают информацию о состоянии здоровья их детей от врача 70,1%, от медицинской сестры 7,5%, из медицинской карты ребенка 20,6%, также получают информацию из специальной литературы и из таких источников, как телевидение, радио, газеты, знакомые (табл. 26).

Таблица 26 - Источники, из которых родители получают информацию о состоянии здоровья детей

Источник	%
Врач	70,1
Медсестра	7,5
Специальная литература	17,8
Медицинская карта ребенка	20,6
Другие источники (знакомые, ТВ, радио, газеты)	8,4

Следовательно, значительную помощь в распространении культуры здоровья могут оказать средства массовой информации, система просвещения и пропаганды здорового образа жизни и правильного питания, профилактики заболеваний. А в более широком смысле речь должна идти о воспитании у населения сознательного отношения не только к своему здоровью, но и к здоровью своих будущих детей.

Знания и представления родителей о состоянии здоровья ребенка не всегда соответствуют действительности, поэтому мы посчитали интересным сравнить родительское мнение с мнением врачей. Результат сопоставления оценок здоровья детей родителями и педиатрами показал: родители в 2 и более раза чаще, чем педиатры, оценивают здоровье детей как «хорошее». В то же время «плохим» здоровье ребенка родители называют в 7 раз реже, чем педиатры (табл. 27).

Таблица 27 - Сопоставление оценки здоровья детей родителями и педиатрами  
в % от числа опрошенных

Оценка здоровья ребенка родителями		Оценка здоровья ребенка педиатрами	
Хорошее	35,1	17,5	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	60,5	54,4	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	4,4	28,1	Плохое (3 группа здоровья)

Необоснованное спокойствие родителей, вследствие этого слабая мотивация на проведение закаливающих, укрепляющих семейных мероприятий становится, порой, причиной ухудшения здоровья детей.

Таблица 28 - Распределение ответов на вопрос: « Всегда ли при острых заболеваниях ребенка или обострениях хронического заболевания Вы обращаетесь к медикам?»

в % от числа опрошенных

	Среднее по опросу	Группа здоровья		
		1	2	3
Всегда	77,6	87,5	68,3	76,9
Не всегда, сначала пытаетесь лечить ребенка сами	14,5	12,5	15,5	15,4
Только при тяжелых состояниях ребенка	7,9	0,0	9,9	7,7

Ранняя выявляемость заболеваний у ребенка во многом зависит от своевременного обращения к врачам-специалистам. Характеристика медицинской активности родителей показала, что почти 77,6% родителей всегда обращаются к вра-

чам в случае острых, либо обострения хронических заболеваний у ребенка. Эти семьи также своевременно и полностью выполняют рекомендации врача. 14,5% родителей пытаются лечить ребенка самостоятельно, почти 8,0% обращаются к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка (табл. 28).

Особенно такая тенденция прослеживается в неполных семьях. Это, на наш взгляд, скорее связано с проблемами финансовыми (потери заработка при выходе на больничный, боязнь потери рабочего места в связи с частыми болезнями ребенка) и неудовлетворительным медицинским обслуживанием (так 6,0% респондентов не доверяет врачу).

Интересна зависимость частоты обращаемости за медицинской помощью от группы здоровья детей. Большинство родителей здоровых детей (87,5%) всегда обращаются к врачу в случае болезни, и выполняет его рекомендации, среди родителей детей, имеющих вторую и третью группы здоровья таковых соответственно 68,3% и 76,9%. Наибольшая доля детей, родители которых сначала пытаются лечить детей сами, имеют заболевания. Это еще раз свидетельствует, что высокая медицинская активность семьи – залог здоровья ребенка.

В нашем опросе мы просили респондентов ответить на вопрос о том, что они делают для сохранения и укрепления здоровья ребенка.

Больше половины родителей семилетних детей (55%) ответили, что они обращаются к врачу при первых признаках болезни. С возрастом, медицинская активность ослабевает, так как всего 42% родителей десяти и тринадцатилетних детей так ответили на данный вопрос. Далее располагаются 49% семей с детьми, старающиеся придерживаться здорового образа жизни и приучать к нему своих детей. 47% соблюдают правильное питание, принимают витамины (48%), делают зарядку и совершают прогулки. По мере взросления ребенка, родители продолжают уделять внимание его питанию, витаминизации, но закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки отходят на второй план (делают зарядку, совершают прогулки родители 7-летних детей - 42%, 10-летних-15%, 13-летних-8%). В среднем по опросу 7,0% респондентов не прилагают никаких усилий для поддер-

жания здоровья детей, считая, что хорошее здоровье передалось им по наследству. 22,5% проходят регулярные профилактические осмотры.

Одним из важнейших слагаемых здорового образа жизни, особенно в школьный период, являются систематические занятия физической культурой и спортом. Кроме прямого положительного влияния физических нагрузок на организм и здоровье детей, совместные с родителями занятия спортом и в целом проведение досуга всей семьей положительно влияет на климат в семье, а, следовательно, и психическое здоровье подрастающего поколения.

При анкетировании выяснилось, что спортом занимаются лишь 45,0% детей. Утреннюю гимнастику, причем не ежедневно, а время от времени, делают всего 4,0% детей школьного возраста. То, что этот показатель выше среди младших детей (31,5%), говорит лишь об обязательности данной физической процедуры в детских дошкольных учреждениях. Физическая же активность родителей оставляет желать лучшего.

Причинами низкой физической активности современных детей-школьников являются: перегруженность учебных программ, негативное отношение детей к физической культуре и уменьшение времени занятий физическими упражнениями, ограничение времени игр и физических упражнений на свежем воздухе, чрезмерное увеличение телевизионными передачами, компьютерными играми и интернетом. В большинстве школ проводятся два урока физкультуры в неделю с небольшой интенсивностью занятий, что явно недостаточно для профилактики отклонений в состоянии здоровья. Вместе с тем, несоблюдение режима дня, отсутствие закаливающих процедур как одну из возможных причин возникновения и длительности заболеваний у детей назвали 32% родителей.

Нами было предложено оценить родителям доступность медицинских услуг по 10-балльной шкале. В результате выяснилось, что респонденты дали невысокие оценки доступности различных видов медицинской помощи.

Таблица 29 - Оценка доступности медицинских услуг

по 10-балльной шкале средний балл

Вид медицинской помощи	ДГП 73	ДГП 43	ДГП 7
Возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования	7,3	6,5	7,5
Доступность своевременной квалифицированной помощи врача-педиатра	6,7	7,4	6,9
Доступность своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов	5,7	6,3	6,0
Доступность консультативной помощи врачей-специалистов	5,5	5,4	6,3
Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости	7,7	6,1	7,8
Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в т.ч. витаминами и медицинскими средствами)	4,3	6,2	4,7
Информация по вопросам ухода за ребенком в случаях заболевания	7,2	6,9	7,1

Самые низкие оценки родители дали обеспечению необходимыми лекарственными препаратами, средний балл по трем поликлиникам составил 5,0. Респонденты отметили недостаточную доступность своевременной квалифицированной и консультативной помощи врачей-специалистов в районах обслуживания поликлиник, так баллы распределились от 5,4 до 6,3. Наивысшие оценки родители поставили в разделе «Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости» - 7,7 в ДГП № 73 и 7,8 в ДГП № 7. (табл. 29).

Следовательно, органам управления здравоохранением необходимо обратить пристальное внимание на организацию медицинской помощи детям в условиях АПУ.

Таким образом, характеризуя медицинскую активность семей, необходимо отметить следующие моменты:

- 1) медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает;

2) значительная часть родителей недостаточно информирована о здоровье ребенка, а при лечении чаще склонна использовать советы родственников, знакомых, информацию из рекламных роликов;

3) родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний;

4) многие семьи при различных недомоганиях ребенка не обращаются к врачу, предпочитая самолечение. Среди основных причин не обращаемости в медицинские учреждения следует отметить нехватку времени, потеря заработка при выходе на «больничный», неудовлетворенность медицинским обслуживанием, предпочтение «народных средств».

5) в семьях высока распространенность вредных привычек. Поэтому необходима профилактика рискованного поведения: курения, алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Таким образом, изменить сложившуюся ситуацию возможно только при проведении широкой пропаганды охраны и укрепления здоровья. Очевидно, что решить эту задачу усилиями одного здравоохранения не представляется возможным. Необходимо развивать межсекторальное сотрудничество, которое предполагает взаимодействие здравоохранения с образованием, культурой, финансовыми и правовыми органами и т.д.

## **5.2. Основные направления по снижению заболеваемости детского населения в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений**

Основные характеристики состояния здоровья и особенности заболеваемости детей Санкт-Петербурга позволили предложить ряд медико-организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений с целью укрепления и сохранения здоровья данного контингента.

Изучив состояние здоровья детей и медико-социальные характеристики их семей, был определен ряд проблем, основными из которых являются: 1) низкий уровень здоровья детей; 2) продолжающийся рост такого показателя, характеризующего состояние здоровья, как заболеваемость, ухудшение таких интегральных показателей и характеристик, как физическое развитие, репродуктивное и психическое здоровье; 3) наличие многообразия факторов, влияющих на состояние здоровья детского населения; 4) низкая медицинская активность семьи, воспитывающей ребенка.

Установлено, что среди групп факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья детей, наиболее значимыми являются:

- стрессовые ситуации в повседневной жизни детей, в том числе, в семье и связанных с процессом обучения;
- условия обучения и воспитания в образовательных учреждениях, не отвечающие требованиям СанПиНа;
- нездоровое питание в семье и, питание в образовательных учреждениях, не отвечающее требованиям СанПиНа;
- неблагоприятное воздействие на растущий организм экологических факторов;
- значительное распространение факторов социального риска (воспитание в неполных и неблагополучных семьях, вынужденное переселение, низкий уровень жизни, беспризорность, безнадзорность и др.);
- увеличение частоты асоциальных форм поведения и тех его стереотипов, которые сопряжены с риском для здоровья: низкой физической активности, курения, употребления алкоголя, наркотиков, токсических веществ и т.д.;
- недостатки в системе медицинского обеспечения (на уровне первичной медико-санитарной и специализированной помощи), медико-социальной и психолого-педагогической помощи и поддержки.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительном ухудшении показателей, характеризующих заболеваемость детей. Основой систе-

мы мер по снижению заболеваемости детей и сохранению их здоровья должны являться:

- контроль за состоянием здоровья детей (соматического, репродуктивного, психического) и факторами, определяющими его формирование;
- раннее выявление (посредством профилактических медицинских осмотров при помощи АКДО) и коррекция нарушений здоровья и развития;
- снижение влияния управляемых неблагоприятных факторов;
- наличие эффективной системы комплексной реабилитации и восстановительной медицины.

Основой медицинского обеспечения детей являются амбулаторно-поликлинические формы обслуживания. Они являются наиболее доступными, а обеспечение их достаточной эффективности и качества позволяет достичь стойкого положительного эффекта после коррекции нарушений здоровья на специализированном этапе, а также при лечении заболеваний на амбулаторном этапе. Необходимо постоянное совершенствование технологий диспансерного наблюдения и лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне детей с заболеваниями.

Основным направлением по снижению заболеваемости детей должно стать усиление профилактической и медико-социальной работы в детских АПУ по медицинскому обеспечению данного контингента.

Основными принципами организации профилактической помощи являются: непрерывность наблюдения за детьми в возрасте от 0 до 18 лет; координация всех разделов профилактической работы поликлиник, направленной на повышение гигиенической культуры населения, пропаганду медицинских аспектов планирования семьи, формирование и укрепление здоровья детского населения, повышение работоспособности и достижение активного долголетия; профессиональная ориентация подростков с учетом состояния здоровья; широкое внедрение скрининговых программ для раннего выявления заболеваний; приближенность и доступность специализированной помощи, соблюдение стандартизированных алгоритмов диагностики и лечения различных заболеваний; осуществление мониторинга

заболеваемости и инвалидности; внедрение новых технологий в реабилитацию детей.

Профилактические мероприятия, направленные на охрану здоровья ребенка, начинаются задолго до его рождения, это антенатальная охрана плода и новорожденного. Проведение дородовых патронажей специалистами женских консультаций совместно с детскими поликлиниками, организация в отделениях профилактики "школ" материнства и отцовства ориентировано на подготовку семьи к приему новорожденного.

На базе детских АПУ созданы кабинеты здорового ребенка, которые обеспечивают консультативно-методическую помощь медицинским работникам, родителям и детям. Основными задачами кабинетов здорового ребенка являются: пропаганда здорового образа жизни; обучение родителей основным правилам воспитания детей раннего возраста (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, массаж, гимнастика, гигиенический уход); санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний и отклонения в развитии ребенка, а так же подготовки к поступлению в детские образовательные учреждения; контроль за физическим и нервно-психическим развитием детей.

С целью оптимизации выявления ранних форм нарушения здоровья и развития необходимо расширение программы профилактических медицинских осмотров детей и подростков за счёт введения дополнительных осмотров врачами-специалистами, проведения лабораторного и инструментального обследования.

Осмотры детского населения проводятся исходя из алгоритмов, изложенных в Приказе МЗ РФ № 60 от 14.03.1995 г. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и № 151 от 07.05.1998 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» (с изменениями от 28.04.2007 г.), Приложение 23 «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте до 3-х лет» и Приложение 24 «Временные

отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4 до 18 лет». Карта осмотра ребенка специалистами представлена в приложении 2.

Таблица 30 - Проведение профилактических осмотров юношей 15-17 лет

Возраст	Специализированный этап	Врачебно-педагогический этап		Критерий эффективности
		Педиатр	Педагог	
15-16 лет	Педиатр, эндокринолог, хирург, ортопед, офтальмолог, отоларинголог, невролог, уролог, гинеколог, стоматолог, психолог	Осмотр с анализом данных результатов доврачебного и лабораторного обследования. Оценка нервно-психического и физического развития, группы здоровья. Распределение по медицинским группам для занятий физкультурой. Рекомендации по возможной коррекции и лечению нарушений здоровья и развития, наличие которых у юношей может стать причиной негодности или ограниченной годности к военной службе.	Оценка усвоения школьной программы. Оценка междисциплинарная педагогом и психологом. Оценка социализации личности.	Нормальное физическое и нервно-психическое развитие юноши, сохранение первой группы здоровья или перевод из 2 в 1, из 3 во 2 группу здоровья, снятие с диспансерного учета. Учет табакокурения, алкоголизации, наркоманий.
17 лет	То же	Осмотр с анализом данных диспансеризации. Оценка эффективности восстановительного лечения в условиях детской поликлиники. Врачебно-профессиональная консультация. Передача юноши во взрослую поликлинику.	То же Социальная адаптация	То же Анкетирование по социальной адаптации

Порядок проведения профилактических осмотров подростков 15-17 лет и критерии эффективности диспансеризации представлены в таблице 30.

Программу профилактических медицинских осмотров необходимо дополнить осмотрами кардиолога, аллерголога-иммунолога, гастроэнтеролога, дерматолога. В рамках инструментального и лабораторного обследования целесообразно ввести ультразвуковое исследование (щитовидной железы; сердца; органов брюшной полости; органов репродуктивной системы), исследование функции внешнего дыхания, биохимический анализ крови. Расширение диагностического алгоритма за

счёт представленных специалистов и методов обследования обусловлено ростом частоты болезней костно-мышечной, эндокринной, нервной, мочеполовой систем, органов пищеварения, кровообращения, дыхания, а также болезней кожи и подкожной клетчатки. Кроме того, данные классы и группы болезней являются наиболее частыми причинами нарушений социальной адаптации и интеграции ребёнка, репродуктивного здоровья, ограничений в выборе профессии, а также к военной службе.

В значительной модернизации нуждается и программа комплексного скрининг-обследования, реализуемая между периодическими осмотрами и перед их проведением. Необходимо внедрение современных скрининг-методов выявления нарушений здоровья, в том числе соматического, репродуктивного, алгоритмов формирования групп риска детей по употреблению психоактивных веществ, особенно для детей старшего подросткового возраста. Использование современных скрининг-методов позволит повысить эффективность динамического наблюдения за состоянием здоровья, ростом и развитием детей.

Состояние здоровья организованного детского населения, обучающегося в образовательных учреждениях города, является одним из разделов работы отделения профилактики, проводимой совместно с отделением организации медицинского обслуживания детей и подростков в образовательных учреждениях (ДШО). Оказание профилактической помощи организованным детям, включающая в себя этап первичного скрининга, осуществляемый бригадой профилактического осмотра (педиатр, невролог, окулист, отоларинголог, детский хирург, медицинская сестра кабинета функциональной диагностики, лаборант) с предварительным проведением социологического опроса, антропометрии, проведением параклинических исследований в объеме – ЭКГ, определением 3-х показателей клинического анализа крови, общий анализ мочи). Второй этап – амбулаторно-поликлинический проводится непосредственно в поликлинических подразделениях по нескольким уровням: 1 уровень – селективный скрининг - участковый педиатр совместно с педиатром отделения профилактики, на основании полученных данных определяет дальнейший план лечебно-диагностических мероприятий, не-

обходимых конкретно для каждого пациента, 2 уровень – углубленное обследование – включает в себя консультирование врачами специалистами в территориальных поликлиниках с применением лечебно-диагностических возможностей данной поликлиники. Участковый педиатр анализирует результаты второго уровня и определяет дальнейший план медицинского сопровождения ребенка. 3 уровень – оказание лечебно-диагностических мероприятий для детей, нуждающихся в углубленном медицинском обследовании и лечении в специализированных стационарах. Третий этап – оказание лечебно-диагностических мероприятий детям, нуждающимся в круглосуточной медицинской помощи в условиях детского стационара и реабилитационных мероприятий в условиях отделения восстановительного лечения санаторного типа.

Помимо организации лечебно-диагностических мероприятий с детьми и подростками организованных коллективов, отделение профилактики должно осуществлять социально направленную деятельность на выявление лиц, имеющих факторы социального риска; проводить гигиеническое (включая половое) воспитание; формировать потребность в здоровом образе жизни; ориентировать молодых людей и их родителей на осознание вреда "саморазрушающих" форм поведения (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество); оказывать индивидуальную или опосредованную социально-правовую помощь детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов.

Необходимо проведение систематической работы медицинских учреждений с социально неблагополучными семьями по профилактике заболеваний, зависящих от образа жизни, а также по предупреждению негативных медицинских и социальных последствий имеющихся расстройств здоровья и развития (профилактика беспризорности, безнадзорности, социального сиротства, социально значимых болезней, инвалидности, смертности и др.).

Мероприятия, особенно профилактические, носят комплексный характер и должны реализовываться с самым широким привлечением образовательных учреждений.

Существующая практика и опыт работы детских поликлиник в образовательных учреждениях, налаженная система взаимодействия с учреждениями системы образования позволяют достаточно успешно реализовать мероприятия Программы, предусмотренные для уровня первичной медико-санитарной помощи, как по месту жительства, так и по месту учёбы. Это даёт возможность обеспечить реализацию единых подходов к сохранению, укреплению и восстановлению здоровья детей старшего подросткового возраста. Соблюдение данного принципа возможно благодаря территориально-производственной модели оказания медицинской помощи учащимся образовательных учреждений, в том числе подросткового возраста.

По оценке экспертов, внедрение и эффективная реализация современных профилактических технологий по предупреждению формирования нарушений соматического, репродуктивного и психического здоровья, их исхода в инвалидность позволят через 5-10 лет добиться значительного улучшения основных показателей, характеризующих состояние здоровья детей – снижения заболеваемости, инвалидности, уменьшения частоты основных факторов риска. Внедрение комплексных медико-социальных технологий и медицинских методов раннего выявления, коррекции нарушений здоровья, эффективных методов амбулаторного лечения даст возможность добиться улучшения показателей инвалидности и смертности детей в старшем подростковом возрасте. Комплексный подход к внедрению профилактических и коррекционных программ в систему медицинского обеспечения детей, в том числе подросткового возраста, может обеспечить снижение заболеваемости, инвалидности и смертности.

Наиболее доступной организационной формой позитивного воздействия на состояние здоровья и снижение заболеваемости детей является реализация коррекционно-оздоровительных технологий в условиях образовательных учреждений. Посредством улучшения оснащения отделений организации медицинской помощи в образовательных учреждениях поликлиник, медицинских кабинетов и физкультурно-оздоровительных комплексов школ станет возможным внедрение доступных оздоровительных технологий: фитотерапии, методик психологической

разгрузки, коррекционно-оздоровительных физкультурных комплексов, дифференцированных подходов к занятиям физкультурой и др.

Лечебно-оздоровительная работа должна планироваться и строиться, исходя из уровня и структуры нарушений здоровья и развития, а также причин, негативно влияющих на данные показатели. В качестве комплексов профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий для детей с выявленной патологией могут быть предложены следующие:

- санаторно-курортное лечение и пребывание в оздоровительных учреждениях (для детей с расстройствами питания, нервно-психическими расстройствами, болезнями системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы, мочеполовой системы);

- прием витаминно-минеральных комплексов (для детей с болезнями эндокринной системы, органов дыхания, пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы);

- проведение фитотерапии и коррекции нарушений фитотерапевтическими препаратами (для детей с нервно-психическими расстройствами, болезнями системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, кожи, мочеполовой системы);

- прием минеральных вод (для детей с болезнями органов пищеварения, мочеполовой системы);

- проведение ЛФК, массажа, лечение в реабилитационных учреждениях (для детей с расстройствами питания, болезнями системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы);

- коррекция зрительных нарушений аппаратными методами.

В настоящее время доказано, что здоровый образ жизни, эффективная медико-психологическая поддержка детей, особенно подросткового возраста, в трудных жизненных ситуациях, в том числе несовершеннолетних в период беременности, родов и в послеродовом периоде, являются важнейшими средствами первичной профилактики формирования нарушений здоровья, инструментами снижения заболеваемости, детской инвалидности и смертности. Необходимо внедрение со-

временных медико-психологических и медико-педагогических технологий с детьми, педагогами, медицинскими работниками, родителями по формированию устойчивых стереотипов здорового образа жизни и медико-психологической поддержке детей. Организация данной работы должна базироваться на основе отделений медико-социальной помощи детских поликлиник (приказ Минздравсоцразвития России от 23.01.2007 г. № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники»). Целью деятельности данных отделений является разработка и проведение комплексных мероприятий по медико-социальной, психологической и правовой поддержке детей; участие в разработке и реализации эффективных технологий формирования у детей устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

В связи с этим, в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений должен быть предусмотрен значительный блок мероприятий (на уровне семьи и школы) по формированию у детей устойчивых стереотипов здорового образа жизни, а также по разработке новых форм и методов работы по первичной профилактике.

В целях сохранения и укрепления здоровья детей должны решаться следующие задачи:

- разработка и внедрение современных организационных и медицинских технологий, обеспечивающих раннее выявление нарушений соматического, репродуктивного и психического здоровья, факторов риска их формирования (дифференцированные, в зависимости от возраста, программы скрининг-обследования, программы профилактических медицинских осмотров);
- внедрение в деятельность отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях современных эффективных технологий коррекции нарушений здоровья и развития, в том числе психического, оздоровления детей подросткового возраста в условиях образовательных учреждений;
- кадровое и организационно-методическое обеспечение развития отделений медико-социальной помощи в детских поликлиниках и отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях;

- совершенствование организационной системы и программ медицинского наблюдения за детьми групп высокого медико-социального риска и программ диспансерного наблюдения за детьми с нарушениями здоровья и развития;
- создание системы мониторинга состояния здоровья детей и факторов риска для повышения эффективности работы по первичной профилактике;
- разработка и внедрение новых технологий сохранения здоровья детей средствами формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни, в том числе при реализации непрерывной системы многоуровневого образования детей по данным вопросам;
- совершенствование системы профессиональной подготовки и переподготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам профилактики и диагностики болезней, лечения, в том числе восстановительного, сохранения и укрепления физического и психического здоровья детей;

Все выше изложенное позволит оптимизировать работу педиатрической службы, особенно по профилактике заболеваемости, инвалидности и смертности среди детей, что благотворно повлияет на состояние их здоровья.

Весь комплекс представленных задач может быть решён наиболее полно при совместной работе органов здравоохранения, социального развития, образования, обеспечивая тем самым комплексный межведомственный подход в решении поставленных задач и реализации мероприятий.

Таким образом, учёт современных особенностей уровня и структуры заболеваемости, тенденций физического развития, а также региональных особенностей здоровья детей должны стать основой при разработке организационных форм работы по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья детей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемы сохранения и укрепления здоровья детей являются особенно актуальными для отечественного здравоохранения. Уровень детской заболеваемости отражает итог взаимодействия экономических, экологических, социально-гигиенических и медико-организационных факторов в обществе. Рост показателей заболеваемости в современных условиях обуславливает необходимость изыскания эффективных диагностических и защитных мероприятий.

В ходе исследования были проанализированы медико-демографические показатели и основные медико-биологических параметры здоровья детского населения Санкт-Петербурга.

Численность населения в Санкт-Петербурге в 2010 г. составила 4600,0 тыс. человек, в том числе детей (0 -14 лет) – 552,0, тыс. чел., что составило 12,0% к общему числу жителей, подростков (15-17 лет) – 92,0 тыс. (2,0%), взрослое население – 3956,0 тыс. (86,0%). В течение последних 15-ти лет наблюдаются серьезные количественные изменения населения Санкт-Петербурга. Особую тревогу вызывает сокращение численности детского населения Санкт-Петербурга, темпы снижения которого выше, чем темпы сокращения численности населения в целом. С 2000г. по 2010г. численность детей в Санкт-Петербурге сократилась на 164 тыс. человек (на 39,1%). За последние два года отмечается рост числа детей 0-14 лет на 6,0%, и в 2010 г. они составили 552,0 тыс. человек. С 2002 г. началось снижение числа подростков (15-17 лет) (203,2 тыс. чел.) и к 2010 г. их стало 92,0 тыс. чел., темп убыли – 50,3%.

Сокращение численности населения происходит из-за его естественной убыли. В 2010 г. число умерших превысило число родившихся в 1,2 раза. По сравнению с 1990 г. число родившихся в городе сократилось на 26%, число умерших возросло на 14%.

Узловой демографической проблемой как России, так и Санкт-Петербурга является низкая рождаемость. Несмотря на рост показателя с 2000 г. (6,8‰), в 2010 г. он составил 12,2‰ (РФ – 12,5‰), что соответствует низкому уровню рождаемости.

Репродуктивные планы большинства семей ориентированы на рождение одного, реже двух детей. В результате этого суммарный показатель рождаемости на всем протяжении исследования был ниже в среднем на 23,3%, чем в целом по России. Наименьший показатель был зафиксирован в 1999 г. 0,9, что на 42,0% меньше уровня, необходимого для простого воспроизводства населения и на 22,5% меньше общероссийского. К 2010 г. показатель вырос до 1,39, но оставался ниже российского (1,51).

Рост показателя смертности населения наблюдался с 1990 г. (12,2‰) по 2003 г. (16,7‰), темп прироста составил 36,9%, в последующие годы отмечалось постепенное снижение данного показателя до 14,2‰ в 2010 г., темп убыли составил 15,6%. В структуре смертности населения в 2010 г. ранговое распределение основных причин смерти, по сравнению с предыдущими годами, не изменилось. Подавляющее большинство смертей (60,6%) было обусловлено болезнями системы кровообращения, второе место по частоте занимали новообразования (19,7%), третьи - травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (7,2%).

Показатель младенческой смертности в Санкт-Петербурге имеет выраженную тенденцию к снижению. За исследуемый период уровень младенческой смертности был ниже, чем в целом по России в среднем на 42,0%. С 2000 г. по 2007 г. показатель снизился на 44,0% с 9,5 до 4,2 на 1000 живорожденных. В 2008-2010 гг. отмечен небольшой рост показателя по отношению к минимальному, достигнутому в 2007 г., в 2008 – 4,5, в 2009 г. – 4,7, в 2010 г. – 4,6 (в РФ – 8,5, 8,2 и 7,5 соответственно). В структуре младенческой смертности ведущими причинами являются заболевания перинатального периода и врожденные пороки развития, на их долю приходится 70,3% всех случаев смерти детей первого года жизни, на болезни органов дыхания – 10,9%, синдром внезапной смерти и инфекционные заболевания составляют не более 2%.

За период с 2000 по 2010 гг. имеется благополучная динамика снижения детской смертности в различных возрастных группах. Так данный показатель среди детей 1-4 лет снизился более чем в 2 раза с 76,8 на 100 000 детей соответствующе-

го возраста в 2000 г. до 35,3 в 2010 г., среди 5-9-летних – на 36,6% с 37,1 до 23,5 соответственно, среди детей 10-14 лет – на 26,1% с 28,8 до 21,3 соответственно. В 2010 г. показатель детской смертности от 1 года до 17 лет сохранился на уровне 2009 г. и составил 0,27‰ (в 2008 г. – 0,23‰, в 2007 г. – 0,27‰). Ведущие причины смерти: травмы и несчастные случаи (36,0%), онкологические заболевания (20,0%), заболевания центральной нервной системы (13,0%).

Наряду с количественными наблюдаются серьезные структурные изменения населения города. В 2010 г. доля лиц 60 лет и старше составила 25,5%, а детей 0-14 лет в 2,1 раза меньше – 12,0%. Сокращение численности детей и рост доли лиц старших возрастных групп серьезно повлияли на изменение половозрастной пирамиды, которая в настоящее время является типично регрессивной и характеризует суженное воспроизводство населения.

Таким образом, современная демографическая ситуация в Санкт-Петербурге характеризуется сокращением численности населения, при этом темпы снижения численности детского населения намного выше, чем темпы сокращения численности населения в целом.

Нами изучена динамика общей и первичной заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет Санкт-Петербурга за период 2000-2010 гг.

Заболеваемость детей 0-14 лет в Санкт-Петербурге имеет отчетливую тенденцию к росту. Если в 2000 г. показатель общей заболеваемости составлял 2080‰, а первичной заболеваемости 1692‰, то к 2009 г. оба показателя выросли и составили 2691‰ и 2482‰ соответственно. Темп прироста общей заболеваемости среди детского населения составил 63,0%, первичной – 60,0%. К 2010 г. общая заболеваемость детского населения 0-14 лет несколько снизилась до 2652‰. В ранговой структуре общей заболеваемости детского населения более половины занимают болезни органов дыхания (54,2%), подобная тенденция наблюдается на протяжении последних 15 лет. Остальные классы болезней имеют малые доли до 5,5%. Так болезни глаза и его придаточного аппарата, занимающие второе место – 5,3%, болезни органов пищеварения, стоящие на третьем месте – 4,9%, болезни нервной системы и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани по 4,8%,

некоторые инфекционные и паразитарные болезни 4,2%, болезни кожи и подкожной клетчатки и травмы и отравления по 3,3%, на долю прочих приходится 15,2%.

Показатели как общей, так и первичной заболеваемости подростков 15-17 лет также имеют тенденцию к росту. Темп прироста общей заболеваемости среди подростков составил 33,0%, первичной заболеваемости – 69,0% (на 32,0% выше, чем среди детского населения). К 2010 г. общая заболеваемость подростков была 3352‰, первичная заболеваемость - 1842‰.

В сравнении с данными по Российской Федерации показатели заболеваемости детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет в Санкт-Петербурге стабильно выше, так общей заболеваемости детей на 8,0% (РФ - 2454‰), первичной – на 26,8% (РФ - 1958‰), среди подросткового населения соответственно на 52,1% (РФ - 2203‰) и 35,4% (РФ - 1360‰).

Ведущее значение в общей заболеваемости подросткового населения имеют болезни органов дыхания, в 2010 г. 1112,5 на 1000 подростков 15-17 лет. За три года распространенность данного вида патологии выросла на 26,4%. Второе место занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с показателем 304,0‰-362,0‰, темп роста составил 7,0%. Третье место принадлежало болезням глаза и его придаточного аппарата 264,2-288,8‰, четвертое месте - травмам и отравлениям 224,2-242,1‰, пятое место - болезням системы пищеварения 199,0-228,0‰. Структура общей заболеваемости подросткового населения остается стабильно устойчивой в 2006-2010 гг.

Рост общей заболеваемости подросткового населения наблюдается по всем классам болезней, наибольший прирост среди новообразований (51,6%), болезней крови и кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (41,8%), болезней органов дыханий (26,4%).

Структура общей заболеваемости детей 0-14 лет в Санкт-Петербурге несколько отличается от общероссийской картины, так в России на втором месте находятся болезни органов пищеварения (6,1%), занимающие третье место в СПб, на третьем месте – болезни глаза и его придаточного аппарата 4,7% (в СПб им принадлежит второе место), на четвертом месте – болезни кожи и подкожной клет-

чатки (4,6%), замыкают пятерку лидеров травмы и отравления (4,4%). Классы болезней, стоящие на четвертом и пятом местах в России, в СПб занимают шестое и седьмое место. В ведущую пятерку в России не вошли болезни нервной системы и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (соответственно 4 и 5 место в СПб).

Среди подросткового населения в России на втором месте находятся болезни органов пищеварения (в СПб 5 место), на третьем месте, как и в СПб, болезни глаза и его придаточного аппарата, на четвертом месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (в СПб 2 место), на пятом месте – травмы и отравления (в СПб 4 место).

Показатель заболеваемости детей до 1 года с 2000 г. по 2003 г. снижался и к 2003 г. составил 2534,0‰ (-10,0%), затем до 2009 г. наблюдался неуклонный рост показателя до 3193,0‰, (+26,0%). В 2010 г. заболеваемость детей до 1 года снизилась до 3086,0‰, (-3,5%). В целом за период наблюдения темп прироста составил 10,4%. Рост происходит, в основном, за счет болезней органов пищеварения и мочеполовой системы.

Доля заболевших новорожденных в 2010 г. составила 19,2%, показатель заболеваемости 277,7 на 1000 новорожденных, что на 5,0% ниже, чем в 2009 г. (291,7‰). Отмечается незначительное увеличение показателя перинатальной энцефалопатии и рост на 23% ВПР. Тенденция увеличения числа заболеваний у новорожденных сохраняется, за 8 лет показатель вырос на 25%. В ранговой структуре лидируют заболевания перинатального периода (79%); на втором месте - ВПР (7%). В структуре заболеваний перинатального периода ведущими являются недостаток питания и замедление роста; перинатальные поражения центральной нервной системы (перинатальная энцефалопатия); внутриматочная гипоксия.

В структуре диспансерной группы детского населения ведущая роль на протяжении всего периода исследования принадлежит болезням органов пищеварения (75,7-72,6 на 1000 детей соответствующего возраста), с 2006 г. по 2010 г. достоверного снижения не отмечено ( $p > 0,05$ ), 36,3% в данной группе заболеваний принадлежит гастритам и дуоденитам. На втором месте находятся болезни орга-

нов дыхания (40,8-41,7 на 1000), основной патологией выступает бронхиальная астма, на долю которой приходится 16,0%. Болезни нервной системы и органов чувств занимают третье место, при этом с 2006 г. по 2010 г. рост показателя составил 36,9% с 24,5 до 34,2 на 1000. Четвертое место принадлежит болезням мочеполовой системы (28,3 на 1000), пятое место – болезням крови и кроветворных органов (26,5 на 1000), более 20,0% занимают анемии. С 2006 г. по 2010 г. отмечено снижение состоящих на диспансерном учете по следующим классам заболеваний: инфекционные и паразитарные болезни на 42,0% с 9,9 до 5,8 на 1000; болезни глаза и его придаточного аппарата на 12,3% с 18,0 до 16,5 на 1000; болезни системы кровообращения на 18,1% с 7,2 до 5,9 на 1000; болезни костно-мышечной системы на 13,6% с 19,9 до 17,2 на 1000, по остальным классам болезней существенных изменений не произошло.

Показатель общей инвалидности у детей 0 – 17 лет с 2000 г. по 2010 г. имеет волнообразное течение с наивысшим показателем в 2001 г. 225,7 на 10 тыс. детей 0-17 лет, наименьший показатель отмечен в 2004 г. – 190,3. В 2010 г. показатель общей инвалидности детей составил 221,3 на 10 тыс. детей соответствующего возраста. По сравнению с 2000 г. зафиксирован рост общей инвалидности на 9,0%. Лишь в 2006 г. показатель детской инвалидности в СПб был ниже, чем в РФ, начиная с 2007 г. уровень общей инвалидности детского населения в городе был выше, чем в среднем по России. При этом общероссийский показатель снижался, а городской имел тенденцию к росту, разрыв увеличивался с 2,0% в 2007 г. до 14,1% в 2010.

В ранговой структуре заболеваний, обусловивших формирование детской инвалидности в Санкт-Петербурге на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения – 23,4% (РФ – 19,8%); на втором месте – болезни нервной системы – 20,2% (РФ – 16,2%); на третьем месте – врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения – 16,7% (РФ – 22,6%); на четвертом месте – болезни костно-мышечной системы – 7,1% (РФ – 5,2%); на пятом месте – болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ – 7,0% (РФ – 6,0%).

Показатель охвата медосмотрами детей до 14 лет остается стабильно высоким (93,7% в 2010 г.). Процент охвата медосмотрами подростков-школьников 15-17 лет снизился, по сравнению с 2000 г., на 35,3%. По результатам профилактических медицинских осмотров среди школьников к окончанию школы отмечается увеличение числа детей со сколиозом в 18 раз, с 0,5% за год до поступления в школу до 9,2% в 11 классе; со снижением остроты зрения в 3,5 раза (с 7,2% до 25,6% соответственно); с нарушением осанки в 1,7 раза (с 14,5% до 24,7% соответственно). в Санкт-Петербурге достоверно выше, чем в России, выявлено детей с понижением остроты зрения, соответственно 8,8% и 6,1% ( $p < 0,5$ ); с дефектами речи, 8,1% и 4,0% соответственно ( $p < 0,1$ ); с нарушением осанки, соответственно 12,9% и 7,0% ( $p < 0,05$ ).

Анализ выявленной патологии по профилю показывает, что уже после первого года обучения в школе процент патологии, выявленной офтальмологом, возрастает с 15,3% до 19,3%; ортопедом – с 36,2% до 55,1%.

Процент патологии, выявленной в 2010 г. эндокринологом, у школьников после первого года обучения, составил 16,3%, что в 5,8 раз больше, чем в 1999 г., у школьников 7 классов – вырос в 3,1 раза и составил 13,5%, у школьников 9 классов – вырос в 2,2 раза и составил 9,4%, у учащихся 11 классов – вырос в 1,8 раза и составил 6,3%.

Отмечается тенденция к ухудшению показателей состояния здоровья детей при переходе от дошкольного к школьному возрасту, что подтверждается распределением детей по группам здоровья. В течение последних 3 лет идет снижение удельного веса детей первой группы здоровья во всех возрастах. Наиболее высокий удельный вес детей третьей группы здоровья среди детей составляют учащиеся учебных учреждений систем начального и среднего профессионального образования. При этом отмечено, что в каждой возрастной группе – мальчиков и юношей с 3 и 4 группами здоровья больше, чем девочек и девушек (исключение составляют дети 4-7 лет жизни).

Таким образом, установлено, что дети являются наиболее уязвимой частью населения. На сегодняшний день состояние здоровья детей крайне неблагоприятно, о чем свидетельствуют статистические данные.

В исследовании проанализирована заболеваемость по данным обращаемости детского и подросткового населения в трех детских амбулаторно-поликлинических учреждениях города: ДГП № 7, ДПО № 43 и ДГП № 73. Показатели первичной и общей заболеваемости у детей 0-14 лет увеличиваются во всех исследуемых АПУ, при этом темпы роста первичной заболеваемости выше, чем общей заболеваемости. Наибольшие темпы роста отмечаются в ДГП № 7, первичной заболеваемости на 22,6%, общей – на 20,7%. В ДПО № 43 показатель первичной заболеваемости вырос на 13,0%, что в 3,5 раза больше по сравнению с ростом общей заболеваемостью (3,7%). В ДГП № 73 уровни общей и первичной заболеваемости увеличивались практически равномерно на 11,0% и 11,6% соответственно.

Среди подростков 15-17 лет также, как и среди детского населения 0-14 лет, отмечается увеличение данных показателей. В ДГП № 7 зафиксированы наибольшие темпы роста среди всех поликлиник, так общая заболеваемость за исследуемый период выросла на 15,1%, первичная – на 20,7%. В ДПО № 43 рост общей заболеваемости составил 12,6%, первичной – 10,3%. В ДГП № 73 темпы роста первичной заболеваемости в 2 раза выше, чем общей заболеваемости, так уровень распространенности вырос на 9,0%, а первичной заболеваемости на 18,0%.

У подростков 15-17 лет официальные показатели первичной заболеваемости в 2008-2010 гг. ниже по сравнению с детьми 0-14 лет ( $p < 0,001$ ). Так в ДГП № 7 уровень первичной заболеваемости детей на 18,5% выше, чем у подростков, в ДПО № 43 – на 8,5%, в ДГП № 73 – на 21,5%.

Для полноценного анализа заболеваемости была изучена общая накопленная заболеваемость за трехлетний период – 2008, 2009, 2010 года, что позволило избежать недоучета редко встречающихся нозологий и состояний, когда заболева-

ние пациента не требует частых обращений в поликлинику. Каждый год был представлен данными с 1 января по 31 декабря отчетного года.

Расчет общей накопленной заболеваемости производился с применением программного обеспечения «АССОМ», для регистрации и анализа осмотров детей врачами-специалистами использовалась программа «SOC\_PEDIATRIA», что позволило рассчитать в каждой поликлинике репрезентативную выборку среди прикрепленного контингента.

Для выявления частоты обращений детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет в поликлинику, в течение трех отчетных лет, каждая возрастная группа была разделена на 3 группы:

- группа А – дети и подростки, обращавшиеся в поликлинику ежегодно (2008, 2009, 2010 гг.);
- группа В – дети и подростки, обращавшиеся в поликлинику два года из трех (например, только в 2009 и 2010 гг.);
- группа С – дети и подростки, обращавшиеся в поликлинику только в один из трех отчетных годов.

В среднем 94,2% детей 0-14 лет и 88,3% подростков 15-17 лет обращались в поликлинику ежегодно. Таким образом, охват детского и подросткового населения амбулаторно-поликлиническими услугами высок, что указывает на возможность проведения углубленного анализа заболеваемости по данным обращаемости.

В исследуемых поликлиниках общая накопленная заболеваемость выше официального показателя в среднем на 16,5%. Показатели по отдельным классам заболеваний также увеличились. Рост общей накопленной заболеваемости произошел за счет класса болезни органов дыхания, который занимает первое место во всех исследуемых поликлиниках и во всех возрастных группах. Внутри класса доминируют хронические болезни миндалин и аденоидов, бронхиальная астма и острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей. Вторую ранговую позицию у детей 0-14 лет занимают болезни костно-мышечной и соединительной ткани – 125,2-286,7%, у подростков 15-17 лет – соответственно болезни глаза и

его придаточного аппарата 122,8-252,5‰. Накопление заболеваний наблюдалось по классам болезни органов пищеварения, болезней нервной системы, некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, особенно среди детского населения 0-14 лет. По накоплению хронической патологии, с разницей между общей и накопленной заболеваемостью в 1,4 раза, выделились 3 класса – болезни костно-мышечной системы, болезни глаза и придаточного аппарата и болезни органов пищеварения, что указывает на недостаточное диспансерное наблюдение детей и подростков, страдающих хронической патологией представленных классов.

Был проведен анализ общей накопленной заболеваемости, в зависимости от возраста и пола. Показатель общей накопленной заболеваемости у детей не зависимо от возраста имеет тенденцию к росту.

Среди детей дошкольного возраста 1-6 лет преобладают болезни органов дыхания, второе место принадлежит некоторым инфекционным и паразитарным болезням, третье место занимают болезни органов пищеварения, четвертое место – болезни нервной системы, пятое место – болезни глаза и его придаточного аппарата. Рост общей накопленной заболеваемости среди данного контингента идет за счет болезней органов дыхания (+7,7%), болезней органов пищеварения (+15,2%), болезней мочеполовой системы (+9,3%), болезней кожи и подкожной клетчатки (+14,2%), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (+17,1%).

В структуре возрастной группы 7-14 лет лидирующее значение также принадлежит болезням органов дыхания (48,5%), далее следуют болезни органов пищеварения (9,2%), болезни глаза и его придаточного аппарата (7,4%), болезни нервной системы (5,7%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,2%), доля остальных классов болезней в общей структуре накопленной заболеваемости занимает не более 5,0%.

При переходе ребенка из начальной школы в среднюю (5 класс) значительно увеличивается группа детей, имеющих хронические заболевания. Очевидно, что связи с возросшей в этот период обучения нагрузкой и адаптацией к изменившимся условиям у школьников обостряются «забытые» ранее болезни и появляются новые.

Выявлены гендерные различия в уровне и структуре общей накопленной заболеваемости. Так на первом году жизни показатель среди девочек достоверно выше, чем среди мальчиков: ДГП № 7 - 3289,6‰ и 3046,2‰ соответственно; ДПО № 43 – 3886,4‰ и 3638,9‰, ДГП № 73 – 2935,7‰ и 2799,5‰ соответственно ( $p < 0,001$ ). Такая же картина наблюдается и среди подросткового населения, общая накопленная заболеваемость среди девушек на 9,4% выше, чем среди юношей. В возрастных группах 1-6 и 7-14 лет наоборот показатель больше среди мальчиков на 7,5% и 10,7% соответственно.

Среди детей 0-14 лет показатель накопленной заболеваемости у девочек выше в классах болезней мочеполовой системы в 3 раза, болезней кожи и подкожной клетчатки в 2,7 раза, болезней нервной системы в 1,5 раза. Среди мальчиков преобладают болезни органов дыхания, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения.

В подростковой популяции общая накопленная заболеваемость выше у девушек по таким классам как болезни мочеполовой системы (в 8,2 раза), новообразования (в 4,7 раз), болезни крови и кроветворных органов (в 4,1 раза), болезни глаз и придаточного аппарата (в 1,5 раза), болезни костно-мышечной системы (в 1,5 раза). У мальчиков в классе заболеваний системы кровообращения показатель выше, чем у девочек в 2,7 раз, при это преобладают предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка (Гиса) и другие нарушения проводимости.

Таким образом, отмечается рост общей заболеваемости, свидетельствующий о накоплении хронической патологии в детской и подростковой популяции.

С целью раннего выявления заболеваний среди различных групп организованного и неорганизованного детского населения проводятся медицинские осмотры, которые являются одной из форм лечебно-профилактической помощи. В нашем исследовании проанализированы результаты профилактических осмотров, проведенных с помощью АКДО.

По данным профосмотров число детей с патологией в различных возрастных группах достигает от 88,8% (13-15 лет) до 100% (3-4 года). Наибольший процент

выявленных заболеваний или риска развития патологии отмечается по профилю «ортопедия» (43,1%), на втором месте – «офтальмология» (38,3%), на третьем – «стоматология» 33,6%, на четвертом – «кардиология» (31,4%), на пятом – нарушения «физического развития» 22,6%, прочие профили патологии имеют значения менее 5,5%.

При анализе результатов автоматизированного диспансерного обследования в зависимости от возрастов выявлены различия в разных возрастных группах. Так в группе детей 3-4 лет наибольшие проценты выявленных нарушений получены в «логопедии», «ортопедии» и «стоматологии» (по 66,7%), второе ведущее место принадлежит профилю «кардиология» (65,3%), третье – профилю «хирургия» (34,5%).

В группе детей 5-8 лет наибольшее значение принадлежит «ортопедии», но показатель в 1,5 раза ниже, чем в предыдущей группе (45,8%), второе место занимает «стоматология» (42,3%), третье место – «кардиология» (35,8%), далее следуют «хирургия» (30,3%), «офтальмология» (28,2%), «логопедии» в данной группе принадлежит всего 10,0%.

Среди детей 9-12 лет на первое место вышел профиль «офтальмология» (46,7%), «ортопедия» сместилась на второе место (35,0%), на третьем – «кардиология» 32,3%, «стоматология» опустилась на четвертое место (30,6%), «хирургия» на шестое место (15,9%), что в 2 раза меньше, чем у детей 5-8 лет, на пятом месте – нарушения физического развития (23,7%).

Лидирующие места у детей в возрасте 13-15 лет занимают «офтальмология» (48,5%) и «ортопедия» (47,9%), затем с показателем в 2 раза ниже, чем у лидеров, идут нарушения физического развития (21,9%), «кардиология» (21,6%), «стоматология» (20,1%).

У подростков 16 лет и старше «ортопедия» занимает первое место (38,9%), второе место – «офтальмология» (31,3%), третье место – «хирургия» (24,5%), четвертое место – «кардиология» (20,4%), пятое место – «нарушения физического развития» (17,4%).

С возрастом отмечается рост выявленных нарушений по профилю «офтальмология», где показатель к 13-15 годам возрастает в 16,5 раз; наибольший показатель нарушения физического развития зафиксирован в возрастной группе 9-12 лет (23,7%), что почти в 6 раз больше, чем у детей 3-4 лет и 5-8 лет.

Таким образом, Автоматизированный комплекс диспансерных обследований позволяет осмотреть основную массу детского населения (от 3 до 17 лет включительно) по единому алгоритму, что способствует ранней диагностики заболеваний, и тем самым снижению количества тяжелой патологии.

Одним из направлений работы службы охраны здоровья детей является повышение медицинской активности семей, воспитывающих ребенка.

Важным показателем заботы о своем здоровье и будущего поколения является отсутствие вредных привычек у родителей. В ходе исследования выявлено, что курили 59,1% отцов, 31,8% матерей, 18,2% бабушек и дедушек, проживающих с ребенком, и 4,5% старших братьев и сестер; употребляли алкоголь в разной степени 25,4% родителей.

Для выполнения семьей адекватных оздоровительных функций важно, чтобы родители имели правильное представление о здоровье ребенка. Родители в основном получают информацию о состоянии здоровья их детей от врача (70,1%); от медсестер – 7,5%; из специальной литературы – 17,8%; из медицинской карты ребенка – 20,6%.

Результат сопоставления оценок здоровья детей родителями и педиатрами показал: родители в 2 и более раза чаще, чем педиатры, оценивают здоровье детей как «хорошее». В то же время «плохим» здоровье ребенка родители называют в 7 раз реже, чем педиатры. Необоснованное спокойствие родителей, вследствие этого слабая мотивация на проведение закаливающих, укрепляющих мероприятий становится, порой, причиной ухудшения здоровья детей.

Более 60% родителей всегда обращаются к врачам в случае заболевания у ребенка. Эти семьи так же своевременно и полностью выполняют рекомендации врача. Остальная часть семей пытаются лечить ребенка сами или же обращаются

к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка. Особенно такая тенденция прослеживается в неполных семьях.

Интересна зависимость частоты обращаемости за медицинской помощью от группы здоровья детей. Большинство родителей здоровых детей (85%) всегда обращаются к врачу в случае болезни, и выполняет его рекомендации. Наибольшая доля детей, родители которых сначала пытаются лечить детей сами, имеют заболевания.

Для сохранения и укрепления здоровья своего ребенка 55% родителей семилетних детей ответили, что они обращаются к врачу при первых признаках болезни. С возрастом, медицинская активность ослабевает, так как всего 42% родителей десяти- и тринадцатилетних детей положительно ответили на данный вопрос. Всего 49% стараются придерживаться здорового образа жизни и приучать к нему своих детей. По мере взросления ребенка закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки отходят на второй план, так делают зарядку, совершают прогулки родители 7-летних детей в 42% случаев, 10-летних в 15%, 13-летних в 8%. Спортом занимаются лишь 48,0% десятилетних и 42,7% семилетних детей. Физическая же активность родителей оставляет желать лучшего.

Таким образом, отмечена низкая медицинская активность семьи по таким параметрам как: обращаемость за медицинской помощью к врачу в случаи заболевания ребенка; проведение закаливающих, укрепляющих мероприятий, недооценка состояния здоровья ребенка.

Основные характеристики состояния здоровья и особенности заболеваемости детей Санкт-Петербурга позволили предложить ряд медико-организационных мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений с целью укрепления и сохранения здоровья данного контингента.

Основой медицинского обеспечения детей являются амбулаторно-поликлинические формы обслуживания. Они являются наиболее доступными, а обеспечение их достаточной эффективности и качества позволяет достичь стойко-

го положительного эффекта после коррекции нарушений здоровья на специализированном этапе, а также при лечении заболеваний на амбулаторном этапе. Необходимо постоянное совершенствование технологий диспансерного наблюдения и лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне детей с заболеваниями.

Основным направлением по снижению заболеваемости детей должно стать усиление профилактической и медико-социальной работы в детских АПУ по медицинскому обеспечению данного контингента.

Основными принципами организации профилактической помощи являются: непрерывность наблюдения за детьми в возрасте от 0 до 18 лет; координация всех разделов профилактической работы поликлиник, направленной на повышение гигиенической культуры населения, пропаганду медицинских аспектов планирования семьи, формирование и укрепление здоровья детского населения, повышение работоспособности и достижение активного долголетия; профессиональная ориентация подростков с учетом состояния здоровья; широкое внедрение скрининговых программ для раннего выявления заболеваний; приближенность и доступность специализированной помощи, соблюдение стандартизированных алгоритмов диагностики и лечения различных заболеваний; осуществление мониторинга заболеваемости и инвалидности; внедрение новых технологий в реабилитацию детей.

На базе детских АПУ созданы кабинеты здорового ребенка, которые обеспечивают консультативно-методическую помощь медицинским работникам, родителям и детям. Основными задачами кабинетов здорового ребенка являются: пропаганда здорового образа жизни; обучение родителей основным правилам воспитания детей раннего возраста (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, массаж, гимнастика, гигиенический уход); санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний и отклонения в развитии ребенка, а так же подготовки к поступлению в детские образовательные учреждения; контроль за физическим и нервно-психическим развитием детей.

С целью оптимизации выявления ранних форм нарушения здоровья и развития необходимо расширение программы профилактических медицинских осмотров детей и подростков за счёт введения дополнительных осмотров врачами-специалистами, проведения лабораторного и инструментального обследования.

Мероприятия, особенно профилактические, носят комплексный характер и должны реализовываться с самым широким привлечением образовательных учреждений, органов социальной, правовой защиты и др.

Комплексный подход к внедрению профилактических и коррекционных программ в систему медицинского обеспечения детей, в том числе, подросткового возраста, может обеспечить снижение заболеваемости, инвалидности и смертности.

## ВЫВОДЫ

1. Демографическая ситуация в Санкт-Петербурге развивается в русле демографических тенденций Российской Федерации: уменьшение разрыва между показателями рождаемости и смертности, однако, возрастная пирамида остается типично регрессивной и демонстрирует суженное воспроизводство населения. Темпы снижения численности детского населения намного выше, чем темпы сокращения численности населения в целом. Одной из причин снижения численности населения города является низкая рождаемость. В 2010 г. коэффициент рождаемости составил 12,2‰, что соответствует низкому уровню рождаемости. Суммарный показатель рождаемости в Санкт-Петербурге на всем протяжении исследования был ниже в среднем на 23,0%, чем в целом по России. В 2010 г. показатель составил 1,39 (РФ – 1,51). Показатель младенческой смертности в Санкт-Петербурге в 2010 г. в 1,6 раза ниже, чем в РФ и в Северо-Западном ФО. К 2010 г. показатель детской смертности от 1 года до 17 лет снизился до 0,23‰, ведущими причинами смерти явились: травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин, заболевания нервной системы, новообразования.

2. В России состояние здоровья детского населения за последнее десятилетие характеризуется ростом общей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет на 13,1%, подростков 15-17 лет – на 15,0%; снижением доли здоровых детей (с 45,5 до 33,9%) с одновременным увеличением удельного веса детей, имеющих хроническую патологию; высокой распространенностью морфофункциональных расстройств (38-45%), хронических заболеваний (45-61%), отклонений физического и психического развития (45-61%). Ежегодный прирост общей заболеваемости составляет 5–7%. Рост заболеваемости отмечается по всем классам болезней. В структуре хронических болезней ведущее место занимают болезни костно-мышечной системы (24%), органов пищеварения (23%), нервной системы и психической сферы (20%). У подавляющего большинства детей и подростков регистрируются функциональные и хронические нарушения, которые затрагивают от

двух и более систем организма.

3. Выявлено ухудшение медико-биологических параметров здоровья детско-подростковой популяции. Заболеваемость детского и подросткового населения имеет отчетливую тенденцию к росту. Рост общей заболеваемости детского населения за период исследования составил 40,0%, подросткового населения - 67,0%. Рост показателя произошел практически во всех классах заболеваний, но наиболее значимый – среди болезней органов дыхания, болезней крови и кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, болезней органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Показатель инвалидности у детей 0 – 17 лет вырос в 2009 г. по сравнению с предыдущим годом на 5,6% и составил 20,6 на 1000 чел. детского населения. В 2009 г. впервые признаны инвалидами 1892 ребенка, что составило 2,6% среди всех впервые выявленных инвалидов в Санкт-Петербурге. В течение последних 3 лет отмечается снижение удельного веса детей первой группы здоровья во всех возрастных группах.

4. Анализ первичной и общей заболеваемости по обращаемости в детские амбулаторно-поликлинические учреждения за период 2008-2010 гг. выявил рост данных показателей во всех исследуемых поликлиниках. Так первичная заболеваемость у детей 0-14 лет выросла в среднем на 16,5%, у подростков – на 15,0%, общая заболеваемость соответственно на 15,8% и 12,4%. Наивысший рост показателей отмечен по классам болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения, болезней глаза и его придаточного аппарата. Первое ранговое место в структуре общей заболеваемости детского и подросткового населения занимают болезни органов дыхания, при этом показатель у детей 0-14 лет в 1,5 – 3 раза выше, чем у подростков 15-17 лет. Значительный вклад в общую заболеваемость детского населения привнесли болезни органов пищеварения (151,9 – 179,7‰), травмы и отравления (134,3 – 209,6‰), болезни глаза и его придаточного аппарата (120,9-159,5‰). Среди подросткового населения второе ведущее место принадлежит болезням глаза и его придаточного аппарата (133,8-240‰), третье место – болезням органов пищеварения (118-184‰), четвертое место – травмам и отравлениям (122,1-127,0‰), пятое место – болезням костно-мышечной системы и соеди-

нительной ткани (82,0-94,0‰). Сложившаяся ситуация дает возможность выявить основные детерминанты и предикторы наиболее распространенной патологии и обозначить приоритеты профилактического и клинико-организационного характера.

5. При изучении общей накопленной заболеваемости было выявлено, что данный показатель в исследуемых поликлиниках выше официального показателя в среднем на 16,5% и также имеет тенденцию к росту. Наибольший показатель накопленной заболеваемости отмечался у детей в возрасте до 1 года жизни, который на 25% был выше, чем общий показатель детей 0-14 лет, на втором месте по уровню показателя находилась возрастная группа 1-6 лет, на третьем – дети 7-14 лет. По накоплению хронической патологии, с разницей между общей и накопленной заболеваемостью в 1,4 раза, выделились 3 класса – болезни костно-мышечной системы, болезни глаза и придаточного аппарата и болезни органов пищеварения, что указывает на недостаточное диспансерное наблюдение детей и подростков, страдающих хронической патологией представленных классов. Выявлены гендерные различия в уровне и структуре общей накопленной заболеваемости. Так на первом году жизни показатель среди девочек выше на 7,0%, чем среди мальчиков, общая накопленная заболеваемость среди девушек на 9,4% выше, чем среди юношей. В возрастных группах 1-6 и 7-14 лет наоборот показатель больше среди мальчиков на 7,5% и 10,7% соответственно.

6. По данным профосмотров с применением Автоматизированного комплекса диспансерных обследований (АКДО) число детей с патологией в различных возрастных группах достигает от 88,8% (13-15 лет) до 100% (3-4 года). Среди всех обследованных детей наибольший процент выявленных заболеваний или риска развития патологии отмечается по профилю «ортопедия» (43,1%), на втором месте находится «офтальмология» (38,3%), на третьем месте – «стоматология» 33,6%, на четвертом месте – «кардиология» (31,4%), на пятом месте – нарушения «физического развития» 22,6%, далее следуют «эндокринология» (5,5%), «логопедия» (5,4%), «лор» (5,2%), «нефрология» (3,9%), прочие профили патологии имеют значения менее 3,0%.

7. Образ жизни семьи, воспитывающей ребенка, и ее медицинская активность являются важными составляющими в обеспечении нормального развития и полноценного здоровья детей. По данным анкетирования семей отмечены следующие негативные моменты: 59,1% отцов и 31,8% матерей курят; 25,4% родителей употребляют алкоголь; недооценка родителями состояния здоровья детей; 40,% родителей в случае заболевания ребенка не обращаются к врачу или обращаются уже при тяжелом состоянии ребенка; с увеличением возраста ребенка медицинская активность семьи ослабевает.

8. Основным направлением по снижению заболеваемости детей должно стать усиление профилактической и медико-социальной работы в детских АПУ по медицинскому обеспечению данного контингента. Основными принципами организации профилактической помощи являются: непрерывность наблюдения за детьми в возрасте от 0 до 18 лет; координация всех разделов профилактической работы детских амбулаторно-поликлинических учреждений, направленных на формирование и укрепление здоровья детского населения; широкое внедрение скрининговых программ для раннего выявления заболеваний; приближенность и доступность специализированной помощи, соблюдение стандартизированных алгоритмов диагностики и лечения различных заболеваний; осуществление мониторинга заболеваемости и инвалидности; внедрение новых технологий в реабилитацию детей.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях улучшения здоровья детского населения посредством снижения заболеваемости на федеральном и региональном уровнях целесообразно:

а) совершенствование нормативно-правовой базы по разработке законодательства в области здравоохранения, образования, спорта, социального обеспечения

б) обеспечить повышение эффективности деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения путем повышения оптимизации использования ресурсов, внедрения новых технологий и повышения контроля.

На уровне амбулаторно-поликлинических учреждений при решении вопросов проведения лечебно-оздоровительных мероприятий детям и подросткам с выявленной патологией, определения потребности, объема и характера оказываемой медицинской помощи необходимо комплексное изучение заболеваемости, распространенности и структуры заболеваний в конкретном амбулаторно-поликлиническом учреждении с применением современных информационных технологий; анализ неблагоприятных медико-социальных факторов формирования патологии, социально-гигиенической характеристики семьи.

Для усиления профилактической работы в условиях детских АПУ наряду с проведением профилактических осмотров и диспансеризации детей в декретированные сроки, необходимо:

а) внедрение новых средств и методов профилактики и диагностики, а также внедрение новых организационных форм оказания медицинской помощи детям;

б) детское амбулаторно-поликлиническое учреждение должно обеспечить проведение лекций, бесед, конференций для родителей и подростков;

в) врачами образовательного учреждения должен проводиться анализ социальной, психологической, педагогической и другой информации для формирования групп риска для медицинского наблюдения за детьми, а также формирование групп учащихся высокого медицинского, медико-социального, медико-

психологического и профессионального риска по возникновению расстройств здоровья и развития для определения приоритетов при реализации профилактических, коррекционных и реабилитационных программ в образовательном учреждении;

г) разработка медико-психолого-педагогических и социальных технологий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья детей на основании анализа состояния здоровья данного контингента;

д) разработка и реализация программ гигиенического или валеологического образования;

е) оценка эффективности профилактических и оздоровительных мероприятий среди детского населения.

На базах детских амбулаторно-поликлинических учреждений совершенствовать медико-социальную службу для оказания индивидуальной медико-психологической помощи, особенно подростковому контингенту; для профилактики, выявления и социально-психологической коррекции отклоняющихся и «рисковых» форм поведения (злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, табакокурение и др.); гигиенического воспитания детей и их родителей, пропаганды культуры здоровья, формирования потребности в здоровом образе жизни; обеспечения социально-правовой поддержки несовершеннолетних.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Албегонова, Ф.Д. Здоровьесберегающие технологии воспроизводства населения – важнейший фактор улучшения демографической ситуации / Ф.Д.Албегонова, А.Б. Батырова, А. Т. Макиев. - Успехи современного естествознания, 2009. - № 7. – 125-127 с.
2. Алискандиев, А.М. Состояние здоровья детей и подростков Республики Дагестан на современном этапе / А.М. Алискандиев, Т.Е. Ковтюх, В.П. Кастрова, Б.М. Махачев. - Вопросы современной педиатрии, 2006. - № 5. – 20 с.
3. Альбицкий, В.Ю. Возможности использования критериев качества жизни для оценки состояния здоровья детей / В.Ю Альбицкий, И.В Винярская. - Российский педиатрический журнал., 2007. - № 5. – 54-56 с.
4. Альбицкий, В.Ю. Заболеваемость детей и инвалидность / В.Ю. Альбицкий, Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая. - Российский педиатрический журнал., 2008. - № 1. – 32-35 с.
5. Альбицкий, В.Ю. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007. - № 5. – 16-17 с.
6. Альбицкий, В.Ю. Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения /В.Ю. Альбицкий, Е.В. Антонова, А.А. Модестов.- Российский педиатрический журнал., 2009. - № 4. – 4-7 с.
7. Альбицкий, В.Ю. Состояние здоровья и образ жизни детей из бедных семей / В.Ю Альбицкий, С.Я. Волгина, Е.А.Курмаева. - Вопросы современной педиатрии, 2007. – 6 т.- № 6. – 25-27с.
8. Альбицкий В.Ю. Состояние здоровья детей первого года жизни из семей мигрантов / Н.Д. Одинаева, Н.В. Нечаева. - Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 4. – С. 5-7.

9. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, И.А. Камаев. – Н. Новгород : НГМА, 2003. – 174 с.
10. Антонова, Е.В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления : дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03/ Антонова Елена Вадимовна. - М., 2011. -323 с.
11. Баранов, А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты // Вестник РАМН. – 1999. - № 9. - С. 40-42.
12. Баранов, А.А. Здоровье детей России (состояние и проблемы)/ А.А. Баранов, И.С. Цыбульская, В.Ю.Альбицкий и др. – Москва: ЗАО «Информатик», 1999. – 273 с.
13. Баранов, А.А. Медико-социальные последствия йоддефицитных состояний. Профилактика и лечение. / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, Г.В. Римарчук и др. – Пермь: ИПК «Звезда», 1999. – 31 с.
14. Баранов, А.А. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности : Руководство для врачей. / А.А. Баранов, В.Р.Кучма, Л.М. Сухарева. – Москва: Гэотар-Медиа, 2007 – 352 с.
15. Баранов, А.А. Научные и практические проблемы неотложной помощи детям / Ваганов Н.Н. - Российский педиатрический журнал. – 2000. - № 5. – С. 42-46.
16. Баранов, А.А. Национальный проект – правильный шаг на пути оздоровления здравоохранения // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. - № 5. – С. 4-7.
17. Баранов, А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М.Сухарева. – Москва: Гэотар-Медиа, 2008.– 432 с.
18. Баранов, А.А. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей / В.Р. Кучма. - Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - № 1. – С. 10-11.

19. Баранов, А.А. Современные подходы в изучении заболеваемости детского населения России / В.Ю. Альбицкий, Е.В. Антонова и др. - Российский педиатрический журнал. – 2008. - № 5. – С. 4-7.
20. Баранов, А.А. и др. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии / Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий.- Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7, № 4. – С. 6-8.
21. Баранов, А.А. Теоретические и практические проблемы профилактической педиатрии / В.Ю. Альбицкий.- Социальные и организационные проблемы педиатрии : Избранные очерки. – М., 2003. – С. 7-23.
22. Баранов, А.А. Формирование государственной политики в области здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и решения / Ю.Е.Лапин.- Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 6. – С. 5-7.
23. Беляков, Н.Г. Социально-медицинские аспекты здоровья детей и подростков на Крайнем Севере России (по материалам Ненецкого автономного округа) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Беляков Николай Григорьевич. – Архангельск, 2005. – 22 с.
24. Боев, В.М. Руководство по обеспечению решения медико-биологических задач с применением программы Statistica 10.0. / Е.Л. Борщук, А.К. Екимов, Д.Н. Бегун. - Оренбург, ОАО «ИПК «Южный Урал» - 2014. – 208 с.
25. Боев, В.М. Оценка демографических и социально-экономических показателей в системе социально-гигиенического мониторинга / Б. Л. Колесников, А.К. Екимов Гигиена и санитария. 2008. - № 3. - С. 92-94.
26. Богданова, Л.В. Оценка факторов риска формирования хронической патологии у детей дошкольного возраста // Уральский медицинский журнал - № 2. - 2009. – С.103-109.
27. Борисова, М.А. Опыт организации диспансерной работы среди детей младшего возраста / Е.Г. Белова. - Здоровье семьи – 21 век. – 2010. - № 2. – С. 2.

28. Ваганов, Н.Н Педиатрическая служба в условиях реформирования здравоохранения / Н.Н. Ваганов, В.М. Шипова, С.М. Степанова и др. – М. : Грантъ, 1999. – 232 с.
29. Винярская, И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Винярская Ирина Валерьевна. – М., 2008. – 44 с.
30. Воронцов, И.М. Здоровье и нездоровье ребенка как основа профессионального мировоззрения и повседневной практики детского врача / Российский медицинский журнал. – № 2. – 1999. - С. 6-13.
31. Воронцов, И.М. Здоровье. Создание и применение автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья / И.М. Воронцов, В.В. Шаповалов, Ю.М. Шерстюк. – СПб: ИПК «Коста», 2006. – 432 с.
32. Гавриленко, О.Л. Состояние здоровья детского населения области и комплекс мероприятий, направленных на его улучшение /А.Ю.Попова, Е.В.Черныш.- Здравоохранение Российской Федерации -№1. - 2008. - С. 34-35.
33. Гайдаров, Г.М. Медико-социальные и организационные аспекты охраны здоровья подростков в современных условиях /В.В. Долгих, Д.В.Кулеш, и др.- Сибирский медицинский журнал –№3. - 2007.– С. 5-9.
34. Гафаров, В.В. Психология здоровья населения в России / В.В. Гафаров, В.А. Пак, И.В. Гагулин, О.В. Гафарова. – Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 2002. – 360 с.
35. Гичев, Ю.П. Загрязнение окружающей среды и экологическая обусловленность патологии человека : Аналитический обзор // Экология. – 2003. – Вып. 68. – С. 1-138.
36. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. - № 5. – С. 8-18; № 6. – С. 3-33.

37. Голикова, Т.А. О выполнении в 2007–2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков. – 2010. – <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52>.
38. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 году // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. - № 5. – С. 8-18; № 6. – С. 3-33.
39. Грачева, А.Г. Врач-педиатр и проблемы первичной медико-санитарной помощи детям // Российский педиатрический журнал. – 2005. - № 3. – С. 54-58.
40. Губин, В.Г. Здоровье населения и здравоохранение крупного города в период коренных социально-экономических реформ : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Губин Виталий Геннадьевич. – СПб., 2005. – 40 с.
41. Гуров, А.Н. Актуальные вопросы информатизации и медицинской статистики в процессе управления здравоохранением Московской области / З.Б. Рахманова. - Альманах клинической медицины. – 2003. - № 6. – С. 11-24.
42. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). – М., 2003. – 27 с.
43. Долгих, В.В. Состояние здоровья подростков и современные тенденции их медицинского и медико-социального обеспечения / Д.В. Кулеш, Т.П. Шкандыло. - Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. - 2005. - № 5. – С. 155-159.
44. Доскин, В.А. Многофакторная оценка состояния здоровья детей раннего возраста / З.С. Макарова. - Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 6. – С. 30-37.
45. Дьяченко, В.Г. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ / Н.Г. Дьяченко, В.О. Щепин, Н.А. Капитоненко. – Владивосток: ДВГМУ, 2000. – 310 с.

46. Дьяченко, В.Г. Руководство по социальной педиатрии /В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рзынкина, Л.А.Солохина. – Хабаровск: ДВГМУ, 2010. – 320 с.
47. Дьячкова, М.Г., Беляков Н.Г. Основные тенденции формирования здоровья детей и подростков, проживающих в условиях Крайнего Севера Российской Федерации // Экология человека. – 2005. - № 4. – С. 19-23.
48. Дьячкова, Н.М. Нейропсихологическое исследование детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях // Успехи современного естествознания. – 2006. - № 4. – С. 37.
49. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» – Копенгаген: ВОЗ, 2005. – 23 с.
50. Екимов, А.К. Экономический анализ прямых затрат ЛПУ и косвенных потерь общества, связанных с болезнями мочевой системы у детей / Н.Ю. Перепелкина. - Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН. Вып. 5, М., 2003. – С.120-122.
51. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ./ И. В. Журавлева. – Москва: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2002. – 240 с.
52. Заварзина, О.В. Автоматизированная система мониторинга диспансеризации / В.П. Колосов, Н.В. Ульянычев, В.Ф. Ульянычева . -Информатика и системы управления. – 2007. - № 1. – С. 46-49.
53. Заплатников, А.В., Коровина Н.А. Часто болеющие дети: современное состояние проблемы // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3, № 5. – С. 103-109.
54. Звездина, И.В. Особенности заболеваемости московских школьников за последние 50 лет / И.К. Рапопорт, Ю.А. Ямпольская и др. - Гигиена и санитария. – 2009. - № 2. – С. 21-26.
55. Зотов, В.Г. Анализ здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне / Н.М. Цунина, А.М. Спиридонов, В.Г. Кондурцев. - Гигиена и санитария. – 2005. - № 5. – С. 68-70.

56. Иванов, А.В. Результаты социально-гигиенического мониторинга в Казани / А.А. Иمامов, А.А. Титова и др. - Гигиена и санитария. – 2005. - № 5. – С. 70-72.
57. Иванова, И.Е. Заболеваемость детей и подростков Чувашской Республики в начале XXI века // Российский педиатрический журнал – 2010. - № 4. – С. 37-42.
58. Ким, А.В. Научное обоснование современных подходов по формированию системы медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Ким Андрей Вячеславович. – Санкт-Петербург, 2011. – 269 с.
59. Клиники, дружественные молодежи: Руководство для врачей и организаторов здравоохранения. – М.: ЮНИСЕФ, 2006. – 60 с.
60. Кобринский, Б.А. Компьютерный мониторинг состояния здоровья детей и дистанционное консультирование в Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. - № 6. – С. 58-62.
61. Кобринский, Б.А. Конвергенция федеральных и территориальных информационных систем в едином информационном пространстве мониторинга состояния здоровья населения // Врач и информационные технологии. – 2008. - № 3. – С. 46-49.
62. Кобринский, Б.А. Мониторинг состояния здоровья детей с использованием современных компьютерных технологий: состояние и перспективы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2009. – Т. 54, № 1. – С. 6-11.
63. Кобринский, Б.А. Современные информационные технологии в системе охраны здоровья детей // Вестник Национального комитета «Интеллектуальные ресурсы России». – 2006. - № 4. – С. 91-93.
64. Козлов, В.К. Медицинские аспекты сохранения и укрепления здоровья детей Дальнего Востока // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. - № 3. – С. 6-9.

65. Конова, С.Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09; 14.00.33 / Конова Светлана Романовна. – М., 2007. – 55 с.
66. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка / Под ред. В.Н.Шестаковой. – Смоленск, 2003. – 592 с.
67. Коровина, Н.А. Чебуркин А.В, Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Иммунокорректирующая терапия часто и длительно болеющих детей.: Руководство для врачей. – М., 1998. – 45 с.
68. Коровина, Н.А. Эффективность топической иммунотерапии бактериальными лизатами у часто болеющих детей / И.В. Леписева, Л.В. Заплатникова и др. - Педиатрия. – 2009. – Т. 88, № 5. – С. 104-109.
69. Котова, Т.Е., Никулина Е.П., Уваров Ю.М. и др. Методические подходы к изучению репродуктивного здоровья у детей и подростков // Актуальные вопросы охраны здоровья детей и подростков на современном этапе. – В. Новгород, 2003. – С. 25-46.
70. Котова, Т.Е. Пороки развития у детей как следствие экологического неблагополучия территории / Н.Б. Тимофеева, Ю.М. Уваров и др. Медицина труда и промышленная экология. – 2003. - № 7. – С. 20-23.
71. Краснов, В.М. Современное состояние проблемы йоддефицитных заболеваний // Педиатрическая фармакология. – 2010. – Т. 7, № 1. – С. 108-112.
72. Кривова, В.Н. Некоторые показатели здоровья детей раннего возраста в крупном муниципальном образовании г. Иркутска / В.Г. Савватеева, Т.С. Омлоева и др. - Сибирский медицинский журнал. – 2006. – Т. 60, № 2. – С. 70-72.
73. Кузнецов, П.П. Электронный паспорт здоровья ребенка как инструмент медицинского мониторинга // Врач и информационные технологии. – 2009. - № 5. – С. 11-21.
74. Кузнецова, Т.В. Особенности состояния здоровья детей в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Российской Федера-

ции / Р.Г. Захарченко. - Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 5. – С. 300а.

75. Кузьмин, С.А. Характеристика состояния здоровья детей и подростков в Оренбургской области в связи с их подготовкой к военной службе / А.Ф. Карпов, Т.С. Кузьмина. - Военный медицинский журнал. – 2008. – Т. 329. № 7. – С. 49.

76. Куликов, А.М. Подростки в современной России: здоровье и медико-социальные особенности // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. - № 1. – С. 36-39.

77. Кучма, В.Р. Изменение показателей заболеваемости школьников в процессе завершения общего образования / Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт. - Материалы I конгр. Рос. о-ва школьной и университетской медицины и здоровья. – М., 2008. – С. 94-95.

78. Кучма, В.Р. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / А.А. Баранов, В.А. Тутельян, Б.Т. Величковский. - Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья и подростков России. – М., 2006. – С. 7–26.

79. Кучма, В.Р. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / Л.М. Сухарева, А.А. Баранов. - Вестник Российской АМН. – 2009. - № 5. – С. 6-11.

80. Лапин, Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2010. - № 1. – С. 14-18.

81. Лапин, Ю.Е. Исследование правовых основ государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 5. – С. 7-10.

82. Лапин, Ю.Е. Методологические подходы к разработке государственной политики в области охраны здоровья детей // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. - № 4. – С. 12-17.

83. Лапин, Ю.Е. О государственной политике в области охраны здоровья детей в нормативных правовых актах Российской Федерации // Медицинское право. – 2008. № 1. – С. 48-53.
84. Макаренко, Т.А. Влияние уровня заболеваемости органов дыхания на показатели здоровья детей дошкольных образовательных учреждений / А.Я. Осин. - Фундаментальные исследования. – 2010. – № 3. – [http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show\\_article&article\\_id=7782055](http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7782055).
85. Макаренко, Т.А. Комплексный подход к оценке состояния здоровья детей дошкольных образовательных учреждений на современном этапе / А.Я. Осин. - В мире научных открытий. – 2010. - № 4-6. – С. 78-80.
86. Медик, В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. – М. : Медицина, 2003. – 508 с.
87. Медик, В.А. Методологические проблемы социальной статистики общественного здоровья / А.М. Осипов, И.Ю. Орехова. -Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. - № 5. – С. 44-46; 2008. - № 1. – С. 27-29.
88. Медик, В.А. Общественное здоровье как объект исследования в системе социальных наук / А.М. Осипов. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. - № 5. – С. 3-4.
89. Медик, В.А. Особенности состояния здоровья детей (по результатам Всероссийской диспансеризации) / Т.Е. Котова, Л.В. Сеченева. - Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. - № 2. – С. 46-49.
90. Медик, В.А. Оценка состояния здоровья детей и подростков и пути его улучшения / О.Н. Стуколкин, Т.Е. Котова, Л.В. Сеченева - Актуальные вопросы охраны здоровья детей и подростков на современном этапе. – В. Новгород, 2003. – С. 12-24.
91. Медик, В.А. Подходы к прогнозированию показателей здоровья населения / Б.Ф. Кирьянов. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - № 6. – С. 3-5.

92. Медик, В.А. Современные подходы к прогнозированию показателей здоровья населения на региональном уровне / М.С. Токмачев, А.А. Бачманов, Ю.А. Красовский. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. - № 2. – С. 24-27.
93. Медик, В.А. Специальные вопросы методологии статистического анализа в биомедицинских исследованиях / Б.Б. Фишман. - Проблемы управления здравоохранением. – 2004. - № 1. – С. 78-82.
94. Медик, В.А. Статистика здоровья населения и здравоохранения / М.С. Токмачев. - Медицинский академический журнал. – 2009. – Т. 9, № 1. – С. 121-122.
95. Мельниченко, М.Г. Характер и динамика заболеваемости населения центральной части Киева в связи с постоянным увеличением антропогенного химического загрязнения // Врачебное дело. – 2004. - № 5-6. – С. 19-25.
96. Менделевич, Б.Д. Заболеваемость наркологическими расстройствами подростков в республике Татарстан // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. - № 1. – С. 65-68.
97. Модестов, А.А. Современные тенденции заболеваемости болезнями органов дыхания детского населения Российской Федерации / О.Г. Сокович, Р.Н. Терлецкая. - Сибирское медицинское обозрение. – 2008. - № 6. – С. 3-8.
98. Моисеева, О.В. Состояние здоровья детского населения и перспективы развития педиатрической службы Удмуртской Республики / М.К. Ермакова, Л.В. Русских и др. - Уральский медицинский журнал. – 2010. - № 6. – С. 17-20.
99. Муспахова, Э.М. Анализ заболеваемости детского населения по данным городских поликлиник // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2006. - № 4. – С. 12-14.
100. Обликова, Н.А. Особенности состояния здоровья детей в возрасте от 0 – 14 лет // Сб. статей по результатам Всероссийской 64-й итоговой студенческой конференции им. Н.И. Пирогова (27–29 апреля 2005 г.). – Томск, 2005. – С. 133-134.

101. Онищенко, Г.Г. О санитарно-эпидемиологическом благополучии общеобразовательных учреждений Российской Федерации // Гигиена и санитария. – 2004. - № 4. – С. 3-5.
102. Онищенко, Г.Г. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Российской Федерации. Основные проблемы и приоритетные направления профилактической деятельности в настоящее время // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2008. - № 3. – С. 1-16.
103. Орел, В.И. Здоровье дезадаптированных детей и пути совершенствования медико-социальной помощи в современных условиях/ В.М. Серeda. - Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 74-77.
104. Орел, В.И. Медико-социальные проблемы здоровья уличных детей / В.М. Серeda, Л.А Даниленко. - Российский педиатрический журнал – 2005. - № 3. – С. 60-62.
105. Орел, В.И. Об образе жизни современной семьи /В.Г. Маймулов, Л.Н. Степанова. - Социальная педиатрия – проблемы, поиски, решения : Материалы научно-практической конференции. – СПб., 2000. – С. 35-36.
106. Орел, В.И., Стуколова Т.И. Частные проблемы социальной педиатрии. – СПб. : СПбГМА, 2003. – 216 с.
107. Петрова, Н.Ф. Современная школа и проблема здоровья учащихся / В.И. Гороя. - Успехи современного естествознания. – 2005. - № 11. – С. 73-75.
108. Приказ Минздрава России № 621 от 30.12.2003 О комплексной оценке состояния здоровья детей. – <http://rudocor.net/medicine2009/bz-mw/med-jmiuk.htm>.
109. Прошляков, В.Д. О направленности усилий по оздоровлению детей и молодежи в ходе реализации национальных проектов «Здоровье» и «Образование» // Успехи современного естествознания. - 2008. - № 5. – С. 114-116.
110. Рапопорт, И.К. К вопросу о совершенствовании профилактических осмотров детей // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – 3 5. – С. 490.

111. Рейхарт, Д.В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития // Экономика здравоохранения. – 2008. - № 10. – С. 21-29.
112. Римарчук, Г.В. Современные аспекты здоровья детей Московской области / Н.И. Урсова, Л.И. Васечкина, Т.К. Тюрина. - Альманах клинической медицины. – 2003. - № 6. – С. 443-450.
113. Романова, Т. Акиншин В., Подсвинова Е. Основные медико-социальные аспекты инвалидности в подростковом возрасте // Врач. – 2008. - № 11. – С. 79-80.
114. Романцев, М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия : Руководство для врачей. – М.: Гэотар-Медиа, 2006. – 191 с.
115. Российский статистический ежегодник / Федеральная служба государственной статистики. – М. : Статистика России, 2010. – 813 с.
116. Руденко, Н.Н. Особенности состояния здоровья школьников Санкт-Петербурга / И.Ю. Мельникова. - Вопросы практической педиатрии. – 2010. – Т. 5, № 2. – С. 121-123.
117. Рыбакова, М.В. Формирование здоровья детей первого года жизни в московской семье / И.Ю. Тюрина. - Социологические исследования. – 2008. - № 10. – С. 127-132.
118. Рябова, Т.М. Заболеваемость детей грудного возраста Витебской области за период 2000–2006 гг. // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2007. – Т. 6, № 4. – С. 97-103.
119. Савина, Л.Н. К вопросу о состоянии здоровья современных российских школьников // Известие Пензенского государственного педиатрического университета им. В.Г. Белинского. – 2009. - № 18. – С. 88-91.
120. Самсонова, Л.Н. Йодная профилактика и состояние здоровья детей первого года жизни, проживающих в промышленном мегаполисе с легким дефицитом йода / В.Н. Ивахненко, М.И. Пыков и др. - Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 52, № 6. – С. 36-38.

121. Сеченева, Л.В. Региональные проблемы состояния здоровья детей дошкольного возраста (по результатам Всероссийской диспансеризации 2002 г.) // Вестник Новгородского государственного университета. – 2005. - № 32. – С. 23-25.
122. Сеченева, Л.В. Современные тенденции состояния здоровья детей и пути его улучшения на региональном уровне (на примере Новгородской области) : Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Новгородский научный центр Северо-Западного отделения РАМН. – СПб., 2007. – 20 с.
123. Соколова, Н.В. Анализ состояния здоровья и уровня физической подготовленности подростков допризывного возраста // Военный медицинский журнал. – 2005. – Т. 326. № 1. – С. 54.
124. Стародубов, В.И. Концепция федерального атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации» / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. - Педиатрия. – 2005. - № 1. – С. 10-13.
125. Стенникова, О.В. Роль йодного обеспечения в формировании интеллектуального и соматического здоровья детского населения / А.Е. Боборыкина, Л.В. Левчук. - Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8, № 3. – С. 48-53.
126. Судоргина, Е.Ф. Динамика показателей заболеваемости и инвалидности по причине болезней сердечно-сосудистой системы у детей / Н.Ю. Перепелкина, С.Б. Чолоян, О.Г. Павловская. - Экология человека. – 2004. - № 4. – С. 27-30.
127. Сухарев, А.Г.. Профилактические основы развития национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей / А.А. Баранов, В.Г. Маймулов. - Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии. – 2008. - № 4. – С. 40-47.
128. Тишук, Е.А. Миграция и формирование медико-демографических процессов // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2002. - № 4. – С. 6-11.

129. Тишук, Е.А. Современное состояние и особенности заболеваемости населения Российской Федерации // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2009. - № 1. – С. 3-13.
130. Тырновска, Т.Х. Изменения некоторых показателей здоровья у населения в экологически неблагоприятном районе Болгарии в годы перехода к рыночной экономике // Уральский медицинский журнал. – 2010. - № 2. – С. 46-49.
131. Узунова, А.Н. Лопатина О.В., Зайцева М.Л. Основные закономерности развития здорового ребенка : Учебное пособие. – Челябинск : Пирс, 2008 . – 168 с.
132. Урсова, Н.И. Особенности формирования хронической патологии у детей в экологически неблагоприятных условиях (факторы риска, лечение и реабилитация) : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09 / Московский областной НИИ клинический институт им. М.Ф. Владимирского. –М., 2001. – 36 с.
133. Усейнова, Н.Н. Особенности формирования нейровегетативных реакций в онтогенезе у часто болеющих детей / Т.С. Колмакова, В.А. Шовкун, Ю.Л. Мизерницки. - Вестник Российского университета дружбы народов. Сер. Медицина. – 2009. - № 3. – С. 87-92.
134. Хуратова, Б.Г. Роль профилактики в охране и укреплении здоровья населения / Я.Д. Погорелов, Н.З Зубкова . – Бюллетень Национального НИИ общества здоровья РАМН. – 2005. - № 5. – С. 139-145.
135. Шаповалов, В.В. Информационные технологии как основа современной системы диспансеризации населения России // Биотехносфера. – 2009. - № 1. – С. 36-41.
136. Шарапова, О.В. Охрана здоровья школьников в Российской Федерации // Педиатрия. – 2006. – Т. 85, № 3. – С. 4-6.
137. Широкова, В.И. Мониторинг диспансеризации детского населения: состояние и задачи по повышению его эффективности / А.Д. Царегородцев, Б.А. Кобринский, Я.В. Воропаева. - Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – Т. 54, № 4. С. 4-10.

138. Щепин, В.О. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России / Е.А. Тишук. - Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2006. - № 1. – С. 3-8; № 2. – С. 3-11
139. Щепин, О.П. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / В.А. Медик, В.И. Стародубов. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - № 5. – С. 3-6.
140. Щеплягина, Л.А. Лебедькова С.Е., Евстифеева Г.Ю. Динамика и факторы риска неинфекционных заболеваний у детей. – Оренбург: Агентство «Пресса», 2007. – 79 с.
141. Щеплягина, Л.А. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / В.Р. Кучма, А.А. Баранов, А.Г. Ильин. - Российский педиатрический журнал. – 2005. - № 2. – С. 4-8.
142. Эрман, Л.В. Здоровье детей Санкт-Петербурга глазами педиатра / А.С. Симаходский, С.Л. Акимова. - Здоровье для всех необходимо и возможно. – СПб., 2003. – С. 101-110.
143. Юрьев, В.В., Юрьев В.К., Симаходский А.С. Автоматизированная система профессиональных осмотров детского населения (система оценки здоровья детского населения) : Метод. рекомендации. Л., 1991. – 30 с.
144. Юрьев, В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2007. – 260 с.
145. Юрьев, В.К. Анкетирование как метод оценки состояния здоровья детей / М.Р. Ахмедов, Е.В. Зеленова и др. - Российский педиатрический журнал. – 2008. - № 1. – С. 57-60.
146. Юрьев, В.К. Здоровье новорожденных, родившихся у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке / Н.Е. Арефьева, А.Д. Рубин, Г.Р. Сагитова. - Вопросы временной педиатрии. – 2007. – Т. 6, № 2. – С. 13-16.

147. Юрьев, В.К. Методология изучения общественного здоровья // Юрьев В.К., Куценко Г.И. - Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб., 2000. – Ч. 1, гл. 9. – С. 164-185.
148. Юрьев, В.К. Понятие здоровья, его оценка, социальная обусловленность / Г.И. Куценко, В.К. Юрьев, Г.И. Куценко. - Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб., 2000. – Ч. 1, гл. 1. – С. 12-16.
149. Яковлева, Т.В. Состояние здоровья детей дошкольного возраста из бедных семей / Е.А. Курмаева, С.Я. Волгина. - Вопросы современной педиатрии. - 2008. – Т. 7, № 4. – С. 14-18.
150. Ямпольская, Ю.А. Дифференцированный подход к оценке динамики показателей состояния здоровья подростков по результатам профилактических медицинских осмотров / И.К. Рапопорт, Н.О. Березина и др. Российский педиатрический журнал. – 2009. - № 2. – С. 60-64.
151. Ямпольская, Ю.А. Методические подходы к оценке динамики патологических процессов у школьников по данным профилактических осмотров / И.К. Рапопорт, Н.О. Березина и др. Вестник Российской АМН. – 2009. - № 5. – С. 47-51.
152. Beautrais, A.L., Fergusson D.M., Shannon F.T. Life events and childhood morbidity : A prospect. study // Pediatrics. – 1982. – Vol. 70, № 6. – P. 935-940.
153. Blum, R.W. Young people: not as healthy as they seem // Lancet. – 2009. – Vol. 374, № 9693. – P. 853-854.
154. Dong, M., Anda R.F., Felitti V.J. et al. Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experiences // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2005. – Vol. 159, № 12. – P. 1104-1110.
155. Faber, A., Kalverdijk L.J., de Jong-van den Berg L.T. et al. Co-morbidity and patterns of care in stimulant-treated children with ADHD in the Netherlands // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. – 2010. – Vol. 19, № 2. – P. 159-166.
156. Gorin, S.H., Lewis B. The compression of morbidity: implications for social work // Health Soc. Work. – 2004. – Vol. 29, № 3. – P. 249-254.

157. Healthy environments for children. Initiating and alliance for action. – Geneva : WHO, 2002.
158. Heim, T. Probleme bei der hausarztlichen Versorgung von Migranten. Missverständnisse – nicht nur durch die Sprache // MMW Fortschr. Med. – 2004. – Bd. 146, № 22. – P. 4-6.
159. Kasturiratne, A., Wickremasinghe A.R., de Silva A. Morbidity pattern and household cost of hospitalisation for non-communicable diseases (NCDs): a cross-sectional study at tertiary care level // Ceylon Med. J. – 2005. – Vol. 50, № 3. – P. 109-113.
160. Klassen, A.F., Lee S.K., Raina P. et al. Health status and health-related quality of life in a population-based sample of neonatal intensive care unit graduates // Pediatrics. – 2004. – Vol. 113, № 3, pt. 1. – P. 594-600.
161. Kossmann, J., Nestel P., Herrera M.G. et al. Undernutrition and childhood infections: a prospective study of childhood infections in relation to growth in the Sudan // Acta Paediatr. – 2000. – Vol. 89, № 9. – P. 1122-1128.
162. Kupka, R., Msamanga G.I., Spiegelman D. et al. Selenium levels in relation to morbidity and mortality among children born to HIV-infected mothers // Eur. J. Clin. Nutr. – 2005. – Vol. 59, № 11. – P. 1250-1258.
163. Laskey, B.J., Cartwright-Hatton S. Parental discipline behaviours and beliefs about their child: associations with child internalizing and mediation relationships // Child Care Health Dev. – 2009. – Vol. 35, № 5. – P. 717-727.
164. Manesh, A.O., Sheldon T.A., Pickett K.E., Carr-Hill R. Accuracy of child morbidity data in demographic and health surveys // Int. J. Epidemiol. – 2008. – Vol. 37, № 1. – P. 194-200.
165. McConnochie, K.M., Wood N.E., Kitzman H.J. et al. Telemedicine reduces absence resulting from illness in urban child care: evaluation of an innovation // Pediatrics. – 2005. – Vol. 115, № 5. – P. 1273-1282.

166. Nandy, S., Irving M., Gordon D. et al. Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India // *Bull. WHO.* – 2005. – Vol. 83, № 3. – P. 210-216.
167. O'Reilly, G., O'Reilly D., Rosato M., Connolly S. Urban and rural variations in morbidity and mortality in Northern Ireland // *BMC Public Health.* – 2007. – Vol. 26, № 7. – P. 123.
168. Otters, H.B., van der Wouden J.C., Schellevis F.G. et al. Changing morbidity patterns in children in Dutch general practice: 1987–2001 // *Eur. J. Gen. Pract.* – 2005. – Vol. 11, № 1. – P. 17-22.
169. Palfrey, J.S., Tonniges T.F., Green M., Richmond J. Addressing the millennial morbidity: the context of community pediatrics // *Pediatrics.* – 2005. – Vol. 115, № 4, Suppl. – P. 1121-1123.
170. Prosser, L.A., Corso P.S. Measuring health-related quality of life for child maltreatment : A syst. lit. rev. // *Health Qual. Life Outcomes.* – 2007. – Vol. 5. – P. 42.
171. Reijneveld, S.A., Brugman E., Verhulst F.C., Verloove-Vanhorick S.P. Area deprivation and child psychosocial problems--a national cross-sectional study among school-aged children // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 40, № 1. – P. 18-23.
172. Schenk, L., Neuhauser H. Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* – 2005. – Bd. 48, № 3. – S. 279-286.
173. Siegrist, J. Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen // *Kinderkrankenschwester.* – 2006. – Bd. 25, № 3. – S. 94-97.
174. Silva, A., Whitman S., Margellos H., Ansell D. Evaluating Chicago's success in reaching the Healthy People 2000 goal of reducing health disparities // *Public Health Rep.* – 2001. – Vol. 116, № 5. – P. 484-494.
175. Silver, E.J., Warman K.L., Stein R.E. The relationship of caretaker anxiety to children's asthma morbidity and acute care utilization // *J. Asthma.* – 2005. – Vol. 42, № 5 – P. 379-383.

176. Spencer, N.J., Coe C. Validation of the Warwick Child Health and Morbidity profile in routine child health surveillance // *Child Care Health Dev.* – 2000. – Vol. 26, № 4. – P. 323-336.
177. Todd, J., Armon C., Griggs A. et al. Increased rates of morbidity, mortality, and charges for hospitalized children with public or no health insurance as compared with children with private insurance in Colorado and the United States // *Pediatrics.* – 2006. – Vol. 118, № 2. – P. 577-585.
178. Uijen, A.A., van de Lisdonk E.H. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years // *Eur. J. Gen. Pract.* – 2008. – Vol. 14, Suppl. 1. – P. 28-32.
179. Warren, J.R., Hernandez E.M. Did socioeconomic inequalities in morbidity and mortality change in the United States over the course of the twentieth century? // *J. Health Soc. Behav.* – 2007 – Vol. 48, № 4. – P. 335-351.
180. Weil, C.M., Wade S.L., Bauman L.J. et al. The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma // *Pediatrics.* – 1999. – Vol. 104, № 6. – P. 1274-1280.
181. The WHO European report confirms links between socioeconomic development and health // *Euro Surveill.* – 2002. – Vol. 7, № 10. – P. 143-144.
182. Wood, P.R., Hidalgo H.A., Prihoda T.J., Kromer M.E. Hispanic children with asthma: morbidity // *Pediatrics.* – 1993. – Vol. 91, № 1. – P. 62-69.

Приложение 1

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский  
университет

Кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО

Анкета

«Изучение медицинской активности и образа жизни семей,  
воспитывающих детей»

1. Возраст ребенка \_\_\_\_\_

2. Где проживаете:

- а) отдельная квартира
- б) коммунальная квартира
- в) общежитие

3. Семейное положение \_\_\_\_\_

4. Изменили ли Вы характер питания во время беременности

- а) если да, то как: разнообразили рацион продуктов, улучшилось качество потребляемых продуктов, другое \_\_\_\_\_
- б) если нет, почему \_\_\_\_\_

5. На грудном вскармливании ребенок находился до:

- а) 3 месяцев
- б) 6 месяцев
- в) 9 месяцев
- г) 1 года

3. Причины перевода на искусственное вскармливание:

- а) не было молока
- б) мало молока
- в) имеется заболевание грудных желез
- г) медицинские противопоказания, не позволяющие кормить ребёнка
- д) другое

6. Наличие вредных привычек:

- а) курение (у кого) \_\_\_\_\_
- б) алкоголь (у кого) \_\_\_\_\_
- в) нет

7. Пробовали ли Ваши дети курить \_\_\_\_\_  
употреблять алкоголь \_\_\_\_\_

8. «Как часто ребенок получает следующие продукты питания?»,  
(поставьте галочку в выбранной графе)

Продукты питания	Частота потребления			
	Ежедневно	3-4 раза в неделю	1-2 раза в неделю	1-2 раза в месяц
Мясные				
Рыбные				
Молочные				
Овощи				
Фрукты				
Сладости				

9. Ваши жилищные условия:

- а) хорошие
- б) удовлетворительные, почему \_\_\_\_\_
- в) плохие, почему \_\_\_\_\_

10. Как Вы выделяете проблемы экологического характера в месте проживания:
- а) загрязненный воздух
  - б) неудовлетворительное качество воды
  - в) высокий уровень шума
  - г) загрязненность почв
  - д) другое \_\_\_\_\_
11. Источники, из которых Вы получаете информацию о состоянии здоровья детей:
- а) от врача
  - б) от медсестры
  - в) из специальной литературы
  - г) из медицинской карты ребенка
  - д) из других источников (знакомые, ТВ, радио, газеты)
12. Всегда ли при острых заболеваниях ребенка или обострениях хронического заболевания Вы обращаетесь к медикам:
- а) да
  - б) нет, почему \_\_\_\_\_
13. Что Вы делаете для сохранения и укрепления здоровья ребенка:
- а) всегда в случаи заболевания обращаюсь к врачу
  - б) закаливание
  - в) ежедневная зарядка
  - г) занятия спортом
  - д) полноценное питание
  - е) прием витаминов
  - ж) беседую о здоровом образе жизни

з) другое \_\_\_\_\_

14. Оцените насколько доступны для Вас следующие медицинские услуги (наивысшая оценка 10 баллов):

а) возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования \_\_\_\_\_

б) доступность своевременной квалифицированной помощи врача-педиатра \_\_\_\_\_

в) доступность своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов \_\_\_\_\_

г) доступность консультативной помощи врачей-специалистов \_\_\_\_\_

д) возможность своевременной госпитализации в случае необходимости \_\_\_\_\_

е) обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в т.ч. витаминами и медицинскими средствами) \_\_\_\_\_

ж) информация по вопросам ухода за ребенком в случаях заболевания \_\_\_\_\_

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ  
ДОБРОГО ВАМ ЗДОРОВЬЯ

Приложение 2

Карта осмотра ребенка специалистами

Параметры, спе-	РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА
-----------------	--------------------

специалисты				
Дата обследования	Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра		Посещает дошкольное учреждение (подчеркнуть)  Учится в _____ классе (указать)	
	Длина тела		Масса тела	
Половая формула (с 10 лет)	Мальчики	P Aх Fa	Девочки	P Ma Aх Me
X-ка менстр. функции	Menarhe (с лет, м-цев)		Menses (х-ка)	
СПЕЦИАЛИСТЫ: дата осмотра	ДИАГНОЗ, если необходимо, после углубленного обследования (впервые установленный отметить знаком «+»)			
ОСМОТРЫ:				
Педиатр				
Эндокринолог (с 10 лет)				
Хирург				
Ортопед				
Офтальмолог				
Отоларинголог				
Дерматолог (до 10 лет)				
Невролог				
Гинеколог (с 10 лет)				
Андролог (с 12 лет)				
Логопед (до 10 лет)				
Стоматолог				
Педагог, психолог				
Другие (по показаниям или по желанию специалистов на местах)				
ЭКГ (с 10 лет)				
Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующие заболевания)			Оценка уровня полового развития (с 10 лет)	
Оценка физического развития	Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультурой	
Оценка физической подготовленности	АНАЛИЗЫ		РЕЗУЛЬТАТЫ	
	Крови			
	Кала			
	Мочи			
	Флюорографии (с 14			

	лет)			
Оценка нервно-психического здоровья				
Медико-педагогическое заключение			Ограничение деторождения (с 14 лет)	
Репродуктивное поведение (с 14 лет)				
Рекомендации по дополнительному углубленному обследованию ребенка с указанием учреждения, специалистов и показаний к этому исследованию				