

Таким образом, модульные программы, разработанные на факультете повышения квалификации врачей УГМА отвечают запросам практического здравоохранения Свердловской области, позволяют оперативно обновлять или заменять конкретные модули при изменении требований к специалисту. Дистанционное обучение в виде модуля дает возможность индивидуально обучать каждого слушателя, исходя из его уровня знаний и умений, квалификационных требований.

С.В. Татарева

СЛУЖБА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

Министерство здравоохранения Свердловской области, отдел лечебно-профилактической помощи матерям и детям

Структура службы родовспоможения включает учреждения трех уровней:

- фельдшерско-акушерские пункты, общие врачебные практики, муниципальные женские консультации и родильные отделения;
- межрайонные перинатальные центры в городах Первоуральске и Каменск-Уральском;
- функции различных подразделений областного перинатального центра выполняет федеральное учреждение – институт охраны материнства и младенчества (ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий») и областные учреждения: «Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции», профильные отделения «Свердловской областной клинической больницы №1».

Одной из основных задач службы родовспоможения и детства является снижение смертности детей. В 2009 г. уровень перинатальной смертности в Свердловской области был на 20% ниже российского. На рис.1 представлена динамика перинатальной смертности в Свердловской области

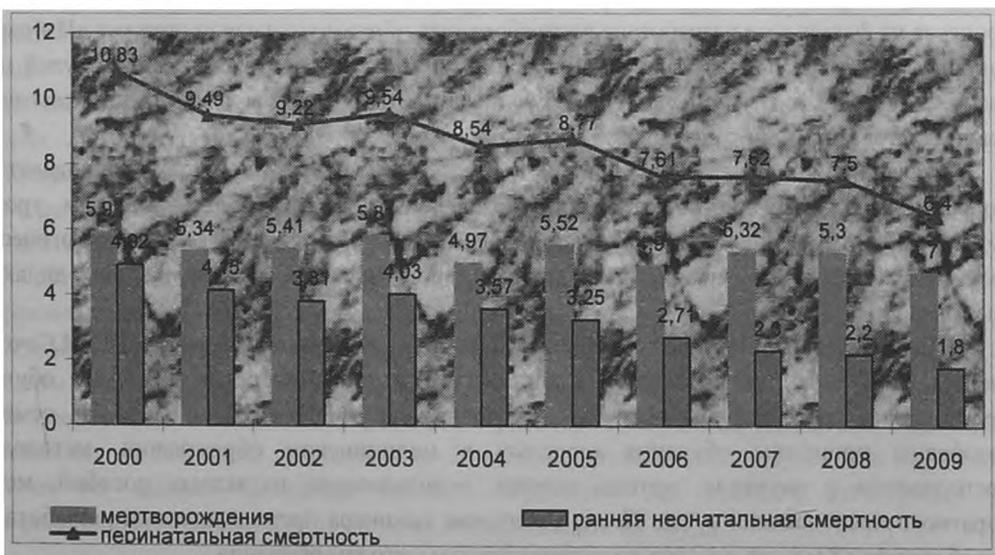


Рис. 1. Динамика перинатальной смертности в Свердловской области

В течение последних трех лет положительная динамика определяется снижением только ранней неонатальной смертности. Частота мертворождения составляет до 70% в структуре перинатальной смертности, особенно антенатальные потери (89% в структуре всех мертворождений), а это уровень женской консультации. Дефектура ведения беременных женщин. нарушение контроля над состоянием плода отмечено в большинстве случаев.

Наш резерв в снижении перинатальной смертности – это приоритетность амбулаторно-поликлинической службы родовспоможения. Динамика младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми) представлена на рис. 2.



Рис. 2. Динамика младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми).

Видно, что снижение этого показателя происходит преимущественно за счет ранней и поздней неонатальной смертности. За 9 мес. 2009 г показатель младенческой смертности оставляет 6,7 (за 2008 г – 7,5). Это несомненная заслуга неонатальной и детской службы, а также работы педиатрических кафедр Уральской государственной медицинской академии по воспитанию врачебных кадров.

Достигнутые результаты стали итогом последовательной и планомерной работы Министерства здравоохранения и Уральской государственной медицинской академии по нескольким направлениям, а именно по развитию реанимационной службы, в том числе в северных регионах области, организации мониторинга младенческой смертности, обеспечении доступности системы подготовки и повышения квалификации врачей.

В структуре младенческой смертности на первом месте стоят состояния перинатального периода, на втором – врожденные пороки развития, на третьем – травмы и отравления, болезни органов дыхания. Не меньшую озабоченность службы родовспоможения и детства вызывает смертность детей и подростков от 0 до 17 лет (рис. 3).

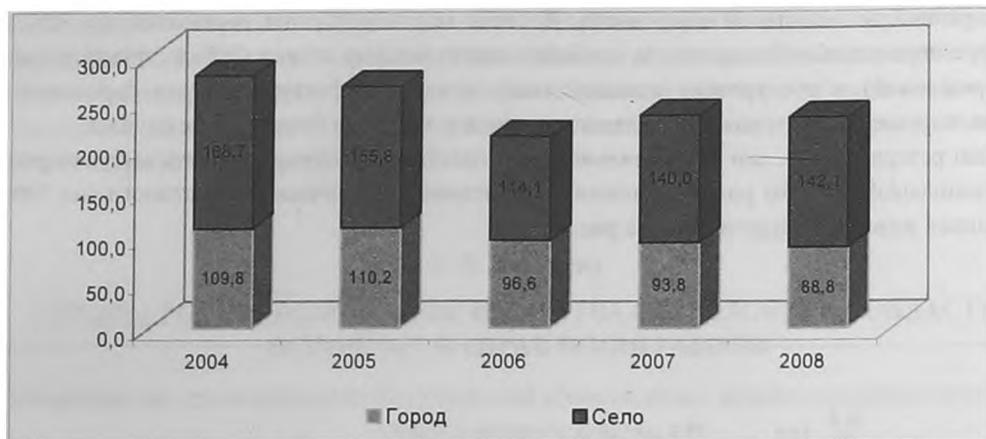


Рис. 3. Динамика смертности детей и подростков 0-17 лет (на 100 тыс. населения)

На рисунке видно, что динамика смертности детей и подростков за последние 5 лет характеризуется стабильно высокими показателями в сельской местности.

В структуре смертности у детей до 14 лет преобладают травмы и состояния перинатального периода – 28% и 24% соответственно (рис. 4).



Рис. 4. Структура причин детской (0-14 лет) смертности в %.

На рис. 5 приведена структура смертности подростков 15-17 лет.

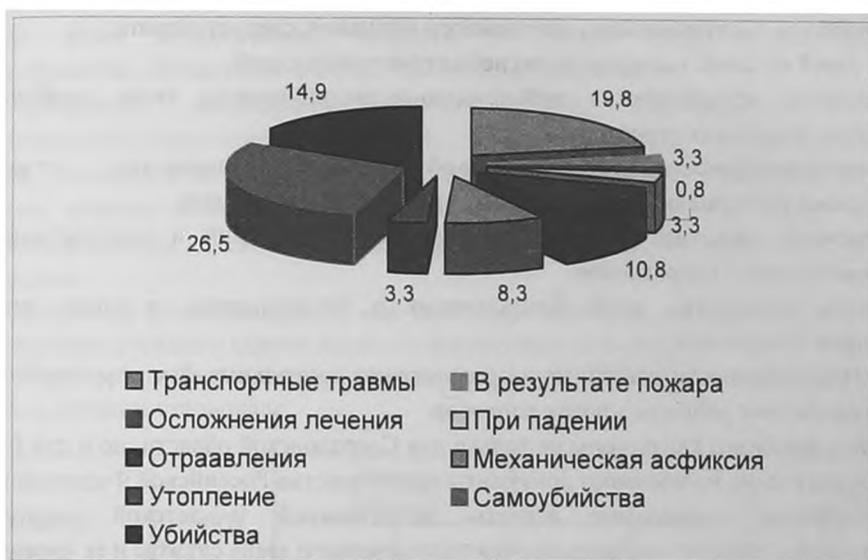


Рис. 5. Структура смертности подростков 15-17 лет (%).

У подростков в структуре смертности на первом месте стоят самоубийства, на втором – транспортные травмы, на третьем – убийства, что характеризует подростковый возраст, как социально опасный и требует особого внимания и заботы.

Министерство здравоохранения Свердловской области постоянно держит под контролем службу родовспоможения и детства, о чем свидетельствует перечень проведенных мероприятий за последние 2-3 года:

1. Развитие сети реанимационно-консультативных центров для детей и реанимационных отделений: Горнозаводской и Северный округа.
2. Постоянный мониторинг детской смертности.
3. Постоянно действующие семинары для врачей педиатров, неонатологов, среднего медицинского персонала: «Инфузионная терапия», «Основы респираторной поддержки», «Основы ухода за новорожденными, находящимися в критических состояниях», «Предтранспортировка», в том числе выездные.
4. Проведение международных конференций для врачей-неонатологов в ежегодном режиме.
5. Активное участие Министерства здравоохранения Свердловской области в постоянно действующей комиссии по делам несовершеннолетних по работе с муниципальными образованиями при Правительстве Свердловской области.
6. Издан межведомственный приказ по мониторингу социально неблагополучных женщин и семей.
7. Проведена оценка качества работы детских поликлиник (анализ 7000 анкет).
8. Проведено две коллегии Министерства здравоохранения Свердловской области по оказанию помощи детям, постоянно действующие рабочие совещания по актуальным вопросам службы.

Среди проблем, заслуживающих неотложного внимания, следует назвать:

1. Смерть детей на дому, как правило, из неблагополучных семей.
2. Недостаточная эффективность амбулаторно-поликлинического звена, особенно, в отдаленных и сельских территориях.
3. Недоукомплектованность детских амбулаторно-поликлинических отделений социальными работниками и психологами, другими специалистами.
4. Недостаточное развитие системы профилактики заболеваний и реабилитационно-восстановительного направления.
5. Увеличение количества детей безнадзорных и беспризорных, а также детей с девиантным поведением.
6. В структуре смертности все большую роль играют социальные факторы, необходимо межведомственное решение многих вопросов.

Указанные проблемы характерны не только для Свердловской области, но и для России в целом, о чем неустанно напоминают документы правительства Российской Федерации.

Таким образом, социальные аспекты младенческой и детской смертности, недостаточная эффективность амбулаторно-поликлинического звена службы и ее укрепление социальными работниками, психологами, повышение эффективности взаимодействия социальных служб и детских учреждений, развитие реабилитационного направления, вот далеко неполный перечень тех мероприятий, которые следует провести и внедрить в службу родовспоможения и детства. Следует учитывать, что медицинские аспекты смертности с возрастом снижаются, а социальные, напротив, превалируют. В этих случаях медицинские работники должны тесно взаимодействовать с различными министерствами и ведомствами.

В центре нашего внимания находится реформирование школьного здравоохранения. Подготовлена и внедрена нормативно-плановая база, сформулирована и утверждена правительством Концепция развития службы до 2025 г. Начата реализация проекта ЮНИСЕФ «Клиника дружественная к подростку» в 8 учреждениях Свердловской области. В рамках Концепции предусмотрено 17 пилотных площадок до конца 2010 г, а затем внедрение этого опыта по всей Свердловской области.

Это позволит ускорить процесс оздоровления детей и нивелирования асоциальных факторов.

Обмен опытом

О.Ю. Аверьянов, М.Н. Куткова

ДНЕВНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР, ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Детская городская больница №11

В условиях реформирования здравоохранения остро стоит вопрос об организации детских дневных стационаров, альтернативных круглосуточным.

Потребность в этих видах медицинской помощи детям чрезвычайно велика. Многие дети плохо переносят разлуку с родителями, и госпитализация является для них дополнительным стрессовым фактором. Следует учитывать также необходимость контроля над проведением реабилитационной терапии и осуществления лечебно-диагностической