

© А.З. Фаррахов, С.А. Осипов, Е.Г. Игнашина, 2013
УДК 616-053.2(470.41):314.14

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: ГЛАВНЫЕ ВЫЗОВЫ НА БЛИЖАЙШИЕ ГОДЫ

АЙРАТ ЗАКИЕВИЧ ФАРРАХОВ, канд. мед. наук, министр здравоохранения Республики Татарстан, Казань, тел. (843) 231-79-88, e-mail: Ayrat.Farrahov@tatar.ru

СЕРГЕЙ АЛЬБЕРТОВИЧ ОСИПОВ, канд. мед. наук, зам. министра здравоохранения Республики Татарстан, Казань, тел. (843) 231-79-38, e-mail: Sergey.Osipov@tatar.ru

ЕЛЕНА ГЕРМАНОВНА ИГНАШИНА, канд. мед. наук, начальник отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РТ, ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ГОУ ДПО КГМА Минздрава России, Казань, тел. (843) 233-79-82, e-mail: Elena.Ignashina@tatar.ru

Реферат. Представлены результаты состояния здоровья детского населения в Республике Татарстан за период с 2001 г. Установлен рост заболеваемости, снижение детской смертности и инвалидности. Показатели здоровья детей и подростков определяются уровнем развития педиатрического здравоохранения, социально значимыми причинами, поведенческими факторами риска и неблагоприятием внешней среды.

Ключевые слова: заболеваемость, детская смертность, состояние здоровья, дети и подростки.

CHILD HEALTH IN TATARSTAN: MAJOR CHALLENGES IN COMING YEARS

A.Z. FARRAKHOV, S.A. OSIPOV, E.G. IGNASHINA

Abstract. The results of the health of the child population in the Republic of Tatarstan for the period since 2001. Set to increase in the incidence, reducing child mortality and disability. Indicators of the health of children and adolescents determined by the level of development of pediatric health care, socially significant causes, behavioral risk factors and disadvantage of the environment.

Key words: morbidity, infant mortality, health, children, and adolescents.

Дети — это наши инвестиции в общество будущего. От их здоровья и развития зависит уровень благосостояния нашей страны в последующие десятилетия. В Республике Татарстан, как и в России, в последние годы складывается, на первый взгляд, обнадеживающая демографическая ситуация — растет рождаемость, отмечается снижение смертности и уменьшение естественной убыли населения. В 2012 г. уровень рождаемости приблизился к уровню 1990 г. и составил 14,5 на 1 000 населения.

С 2005 г. отмечается тенденция к снижению смертности населения, в 2012 г. показатель составил 12,2 на 1 000 населения и по сравнению с 2011 г. уменьшился на 1,6%. Это самый низкий показатель смертности за последние 16 лет. Результатом позитивных демографических тенденций стал в течение двух лет естественный прирост населения республики (+2,3 на 1 000 населения).

Переход от депопуляции к естественному приросту происходит на фоне ежегодного уменьшения числа детей — за последнее десятилетие на 22% и имеет корреляцию с социальными реформами (рис. 1). Дальнейший прогноз также не оптимистичен, так как в ближайшие пять лет ожидается снижение доли женщин активного репродуктивного возраста на 24%.

В целом в Российской Федерации суммарный коэффициент рождаемости, характеризующий средний уровень рождаемости одной женщины репродуктивного возраста, в 2011 г. составил 1,582 детей (в 2010 г. —

1,567). Однако его уровень не обеспечивает необходимого воспроизводства населения (2,10—2,15) [5].

Важнейшим показателем, характеризующим состояние здоровья детского населения, является **детская смертность**. В Татарстане за последние 10 лет детская смертность снизилась на 42,5% по всем классам заболеваний и во всех возрастных группах (рис. 2).

В 2012 г. умерло 566 детей, на 325 меньше, чем в 2002 г. Это большой и значимый результат. Основную долю детской смертности, до 70—80%, формирует смертность детей до 5 лет. В данной возрастной категории преимущественно это заболевания перинатального периода (заболевания новорожденных, обусловленные состоянием здоровья матери во время беременности и родов). С 5 лет, когда увеличивается активность ребенка, и далее до 17 лет лидирующее место обусловлено внешними причинами: травмы, отравления и другие внешние воздействия. Одним из серьезных достижений мы считаем снижение детской смертности от новообразований на 38%, от болезней органов дыхания — на 28%, от врожденных аномалий развития и инфекционных заболеваний — на 24%.

Общемировым индикатором, характеризующим не только систему здравоохранения, но и уровень социально-экономического развития общества, является **младенческая смертность**. Показатель младенческой смертности в Республике Татарстан за десятилетний период снизился в 2,4 раза и по итогам 2011 г.

Родилось 35 433 ребенка.
Численность населения — 3 776 817

Родилось 50 824 ребенка.
Численность населения — 3 787 485



Рис. 1. Динамика численности детского населения в Республике Татарстан

составил 5 промилле (РФ — 7,3 на 1000 родившихся живыми). Это самый низкий показатель за всю историю здравоохранения республики. С 2012 г. Россия перешла на новые критерии регистрации живорожденности с массой при рождении 500,0 г. Как и прогнозировалось, по итогам прошлого года в республике, как и в целом в России, произошло увеличение показателя младенческой смертности до 6,5 промилле (РФ — 8,7 на 1 000 новорожденных). Только в 2012 г. мы выходили 2 700 недоношенных, из них 70 новорожденных с массой тела от 500 до 1 000 г, и снизили смертность младенцев от врожденных пороков на 40%, от болезней органов дыхания — на 50%.

Снижению показателя детской смертности способствовала целенаправленная работа. Стратегией развития здравоохранения в республике является формирование этапности оказания медицинской помощи, развитие высокотехнологичных центров и их зональная ответственность. Это позволяет максимально сконцентрировать и использовать кадровый

потенциал и современное оборудование, обеспечить доступность современных технологий для населения республики вне зависимости от места проживания. Ежегодно в республике более 150 тыс. детей получают стационарную помощь, проводится более 10 тыс. операций, осуществляется более 3 тыс. дистанционных консультаций, более 1,5 тыс. выездов в районы. Только за последние 2 года проведен капитальный ремонт 80 644 м² в детских учреждениях. Оснащены современным оборудованием Центры региональной ответственности по оказанию квалифицированной медицинской помощи детскому населению — Детская республиканская клиническая больница, Закамская детская больница с перинатальным центром, детские больницы с перинатальными центрами городов Нижнекамска и Альметьевска. В долгосрочную концепцию развития общественной инфраструктуры республики вошли ряд детских поликлиник в г. Казани, Агрызе, Лениногорске, Елабуге в Алькеевском районе. Ежегодно наращиваются объемы оказания высокотехно-



Рис. 2. Детская смертность в Республике Татарстан за 2001—2011 гг.

логичной помощи как в наших ведущих медицинских учреждениях, так и в федеральных центрах. В 2012 г. высокотехнологичную медицинскую помощь получили около 25 тыс. человек, из них 2 300 детей.

Мы сочли целесообразным сокращение родильных коек, в том числе удаленных от специализированной помощи. За последние 5 лет на 61 увеличено число коек реанимации для новорожденных и практически в 2 раза повышен их тариф.

На сегодняшний день решен вопрос обеспечения новорожденных дорогостоящими жизненно важными препаратами, в том числе курсурфом, который необходим в лечении всех недоношенных детей. Внедрены современные технологии лечения у детей 1-го года жизни. Примером может служить детская кардиохирургия и нейрохирургия — развитие высокотехнологичных методов диагностики и лечения коррелирует с показателем детской смертности. Так, за десятилетний период увеличение количества кардиохирургических операций в 10 раз, обеспечило снижение смертности детей первого года жизни от врожденных аномалий сердца более чем в 6 раз (рис. 3).

Интенсифицирована работа реанимационно-консультативного центра Детской республиканской клинической больницы с использованием технологий телемедицины, мониторингом реанимационной помощи в режиме онлайн и маршрутизацией каждого тяжелого ребенка. Функционирует санитарная авиация и для транспортировки тяжелых детей имеются 5 специальных реанимобилей.

Анализируя показатели здоровья детского населения, обращает внимание низкий уровень числа практически здоровых детей. Динамику показателей, характеризующих состояние здоровья детей, нельзя однозначно определить как негативную. И в Российской Федерации, и в Татарстане ряд показателей продолжает ухудшаться, некоторые стабилизировались, по некоторым позициям наметилась положительная динамика [5].

По данным официальной статистики, у детей отмечается неуклонный рост впервые установленных заболеваний, практически в 1,5 раза за десятилетний

период (рис. 4). Эта тенденция характерна как в целом для Российской Федерации, так и для Республики Татарстан (2012 г. РФ — 1925,9 на 1 000 населения соответствующего возраста, 2010 г. РФ — 1 925,1). Ведущее место в структуре заболеваемости в различных регионах России и в целом по стране занимают болезни органов дыхания, связанные в первую очередь с патологией верхних дыхательных путей, их уровень колеблется до 72% [1]. В Татарстане лидирующие позиции в структуре заболеваемости у детей от 0 до 14 лет аналогично занимают болезни органов дыхания, а также отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; травмы, отравления и другие внешние воздействия; болезни кожи и подкожной клетчатки; инфекционные заболевания и болезни органов пищеварения.

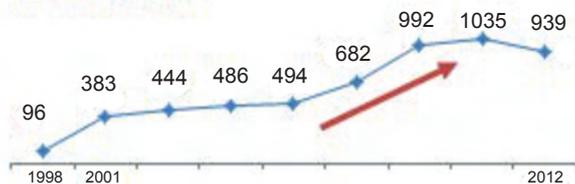
У подростков 15—17 лет в тройке лидирующих причин — болезни органов дыхания, состояния, возникающие при внешних воздействиях (травмы, отравления и другие внешние причины), болезни кожи и подкожной клетчатки.

Медико-статистический анализ детского здоровья, показывает, что в ряде случаев показатель заболеваемости не является истинным критерием состояния здоровья. Так, за 10-летний период на фоне снижения детской смертности на 44%, в том числе младенческой на 60%, мы имеем снижение показателя детской инвалидности (рис. 5). При снижении инвалидизации и смертности детского населения рост заболеваемости отчасти свидетельствует о хорошей диагностике, определяющей своевременность лечения и успешную реабилитацию. К данной категории относятся врожденные аномалии развития и наследственные болезни, число которых с 2001 г. возросло почти в два раза. Это коррелирует с внедрением скрининговых программ дородовой диагностики врожденных заболеваний плода, неонатального скрининга на наследственные заболевания и выявления нарушений слуха у новорожденных в родильных домах. Только в 2012 г. в первые недели беременности у 260 женщин были выявлены тяжелые наследственные или врожденные заболевания плода, в результате 210 беременностей с заболеваниями плода, не совместимыми с жизнью, были прерваны на ранних



www.minzdrav.tatar.ru

Число операций на сердце и сосудах у детей выросло в 10 раз



Снижение младенческой смертности от врожденных пороков сердца в 6,4 раза

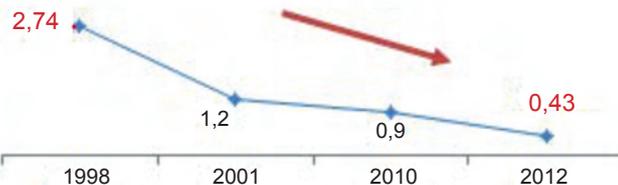


Рис. 3. Эффективность развития детской кардиохирургической службы

Врожденные пороки развития в 1,9 раза.
 Болезни крови в 1,7 раза.
 Новообразования в 1,7 раза.
 Болезни костно-мышечной системы в 1,7 раза.
 Болезни органов пищеварения в 1,7 раза.
 Болезни органов дыхания в 1,6 раза.
 Болезни системы кровообращения в 1,5 раза.
 Болезни эндокринной системы в 1,5 раза

**РОСТ
в 1,5 раза**



Рис. 4. Тенденции заболеваемости детей (0—14 лет) в Республике Татарстан за 2001—2011 гг.

сроках, двое детей прооперированы в первые дни рождения, остальные дети взяты под наблюдение.

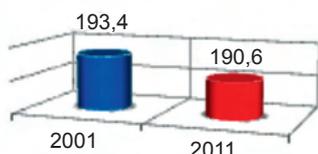
До 2005 г. дети на первом году жизни с профилактической целью обследовались только лабораторно, сегодня это 9 видов диагностических исследований, в том числе электрокардиография, энцефалография, ультразвуковое исследование внутренних органов, сердца, тазобедренных суставов и др. Это не может не повлиять на рост первичной заболеваемости, в том числе по классам новообразований, болезней сердечно-сосудистой и нервной систем.

Физиологической особенностью детского возраста является наличие так называемых пограничных состояний между нормой и патологией. Врожденная или наследственная предрасположенность к какой-либо болезни находится в зависимости от разрешающего фактора внешней среды. Это условно управляемые причины. К этой категории относятся заболевания опорно-двигательного аппарата, органов зрения, болезни желудочно-кишечного тракта и др. Здесь в развитии болезни на первое место выходят факторы

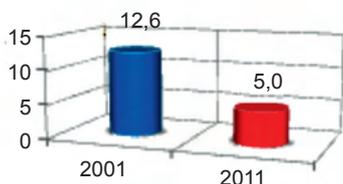
внешнего воздействия. Особого внимания требует так называемая «немедицинская» составляющая детского здоровья. Это ряд наиболее значимых вызовов обществу, которые обуславливают и будут формировать состояние здоровья детей в ближайшее десятилетие.

В России — наиболее высокий уровень потребления алкоголя среди западных стран. На каждого россиянина, включая стариков и младенцев, приходится от 15 до 18 л чистого спирта в год. Это более чем в два раза превышает уровень, который Всемирной организацией здравоохранения определен как опасный для жизни и здоровья. От причин, связанных с употреблением алкоголя, ежегодно умирают 320 тыс. молодых людей в возрасте 15—29 лет, что составляет 9% всех случаев в этой возрастной группе [2].

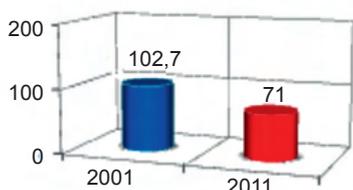
На начало 2013 г. в республике на диспансерном учете состоит более 30 тыс. человек, больных алкоголизмом, а это около 1% населения. В 2012 г. впервые диагноз «алкоголизм» установлен более 1700 гражданам. С 2006 г. Республика Татарстан стала пионером во внедрении новой формы первичной профилактики



Снижение детской инвалидности (на 10 000 детей) **на 1,5%**



Снижение младенческой смертности (на 1 000 родившихся живыми) **на 60,3%**



Снижение детской смертности (на 100 000 детей 0—17 лет) **на 44,0%**

Рис. 5. Тенденции здоровья детей в Республике Татарстан за 10 лет (2001—2011 гг.)

наркомании — профилактических наркологических осмотров учащихся и студентов, с 2007 г. — лиц призывного возраста. За 7 лет осмотрено более 870 тыс., выявлено 1 057 потребителей наркотических и психотропных веществ. Все они взяты на профилактический учет и в течение одного года с каждым организованы психокоррекционные, а при необходимости и лечебно-реабилитационные мероприятия. Профилактические наркологические осмотры стали важным звеном в системе противодействия наркомании и распространению наркотиков.

Национальной проблемой стало курение детей. По данным отдельных экспертов, средний возраст детей, в котором они приобщаются к сигарете, составляет у мальчиков 10 лет, у девочек — 12. Употребление табака является глобальной проблемой, во всем мире курят почти миллиард мужчин и 250 млн женщин [7]. При этом темп роста курящих ежегодно возрастает на 1,5—2%, включая женщин и подростков. Ежедневно начинают курить от 82 тыс. до 99 тыс. молодых людей, в том числе дети до 10 лет [7]. Курение родителей небезопасно, прежде всего, для детей. В табачном дыму содержится около 4 тыс. различных химических соединений. Врожденные уродства, синдром дефицита внимания, синдром гиперактивности, задержка умственного развития, инфантилизм — это далеко не полный запас «богатства», которым награждают курильщики своего ребенка.

Сегодня в республике реализуется ряд долгосрочных целевых программ, направленных на снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактику алкоголизма, наркотизации населения, формированию социально-эффективного здорового образа жизни. Необходимо повышение ответственности органов местного самоуправления по реализации уже принятых законодательных мер.

Можно утверждать, что без здоровой семьи невозможно формирование психического и психосоматического здоровья ребенка. Анкетирование подростков на предмет наклонности к суицидальному поведению показывает, что основными проблемами для них являются непонимание в семье, конфликты с родителями и сверстниками. Возраст детей, закончивших жизнь суицидом, уже приблизился к 9 годам.

Вклад высоких технологий в формирование психики ребенка еще только начинает осмысливаться. Так, в воронку интернетовского аутизма поначалу попадает 15—20% пользователей. И далеко не все из нее благополучно выбираются. Интернет-зависимые подростки могут просиживать за компьютером большую часть дня, что способствует приобретению психосоматических заболеваний, не говоря уже о болезнях глаз и костно-мышечной системы. В средствах массовой информации, особенно на телевидении, недостаточное количество интересных развивающих программ, которые могли бы отвлечь подростков от паутины Интернета.

Ежегодно растет число детей с превышением массы тела: до 30% мальчиков и девочек имеют избыточный вес, что связано с малоподвижным образом жизни и нерациональным питанием [3]. В странах Европы ожирением страдают до 30% детей и наблюдается тенденция к увеличению этих цифр. От образовательного уровня семьи и материального достатка зависит культура питания и степень приобщенности к физической культуре. Ожирение в юношеском возрасте в 70% случаев ассо-

циируется с различными предикторами заболеваний, в том числе с артериальной гипертензией.

Примерно 20% детей относятся к категории находящихся в трудной жизненной ситуации [3]. Они обеспечивают 80% показателя детской заболеваемости. Это дети, оставшиеся без попечения родителей, дети-инвалиды, дети, находящиеся в социально опасном положении, в малообеспеченных семьях, состоящие на учете в комиссиях по делам несовершеннолетних. В настоящее время в России около 800 тыс. официально зарегистрированных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Это составляет 2,5% от численности всего детского населения. По данным Агентства социальной информации, в Великобритании этот показатель составляет 0,5%, в США — 0,6%, в Германии — 0,89% [6]. Безусловно, эта целевая группа детей требует наиболее пристального внимания. В работе с ними необходима реализация комплексных услуг и стандартов во всех сферах сопровождения, новых форм и методов раннего выявления жестокого обращения, внедрения современных методик комплексной реабилитации, направленных на сохранение здоровья.

Неблагополучная экологическая ситуация, в том числе связанная с атмосферными выбросами, некачественной питьевой водой, использованием химических реагентов в агропромышленном комплексе, способствует увеличению заболеваемости, особенно у детей. В совокупности негативные факторы внешней среды, хронизация болезней и вредные привычки способствуют формированию патологического генетического груза нации.

К одному из социальных вызовов можно напрямую отнести распространенную в обществе установку на повышение возраста вступления в брак и откладывание рождения детей на более поздний период [3]. Состояние здоровья родителей, в первую очередь матерей и будущих матерей, увеличение числа осложнений беременности и родов во многом определяет состояние здоровья детей всех возрастов. Возраст женщин старше 35 лет резко увеличивает риск рождения детей с врожденными пороками. Например, в 35 лет у женщины риск рождения ребенка с синдромом Дауна составляет 1:365, а в возрасте 40 лет уже 1:109 [4]. В Татарстане количество женщин, родивших в возрасте от 35 до 39 лет, за 5 лет увеличилось в 1,4 раза. Низкий уровень репродуктивного здоровья родителей обуславливает ухудшение качества здоровья молодого поколения. Это прямой фактор, способствующий рождению недоношенных детей.

С другой стороны, отсутствие должного воспитания в семье и школе, проблемы общения с родителями формируют у подростков ранний сексуальный дебют. В России — это 14—16 лет. К примеру в Великобритании, Америке, Швеции — это 16—17 лет. Это ведет к наступлению беременности и абортам в несовершеннолетнем возрасте. В Республике Татарстан ежегодно у несовершеннолетних девочек происходит более 300 абортов, из них у девочек до 15 лет — 12—15. В динамике в последние годы эти цифры снижаются и необходима дальнейшая реализация всего комплекса мероприятий по охране репродуктивного здоровья, в том числе с созданием молодежных консультаций и центров медико-социальной помощи подросткам.

С 2009 г. Минздрав Татарстана сотрудничает с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) по созданию сети

клиник, дружелюбных к подросткам и молодежи. Эта форма работы с подростками требует дальнейшего развития и тиражирования.

Таким образом, за последнее десятилетие на фоне позитивных демографических сдвигов в Республике Татарстан отмечается снижение детской смертности как основного показателя здоровья детского населения. Вместе с тем не имеет тенденции к снижению показатель первичной заболеваемости у детей и подростков. Процесс модернизации материально-технической базы учреждений здравоохранения, интенсификация медицинских услуг в педиатрии, внедрение скрининговых диагностических программ плода и новорожденного ребенка способствовали улучшению диагностики, отчасти показателя заболеваемости и снижению смертности от управляемых причин.

Анализируя составляющие детского здоровья последнего десятилетия можно сделать следующие выводы:

- развитие лечебно-диагностической педиатрической базы способствовало ранней диагностике и коррекции патологии, что обеспечило снижение детской и младенческой смертности, инвалидности;

- во всех возрастных группах детей отмечается тенденция к уменьшению управляемых медицинскими ресурсами заболеваний;

- продолжают занимать лидирующие позиции болезни, которые формируют техногенные факторы внешней среды — заболевания органов дыхания, врожденные аномалии развития;

- на протяжении последних лет более половины потерь в общей структуре смертности у детей формируют внешние причины. Среди них основная доля приходится на дорожно-транспортные происшествия, случайные утопления, самоубийства, повреждения с неопределенными намерениями и др.

Здоровье формирует комплекс составляющих медицинской и немедицинской значимости. Состояние здоровья ребенка ставит перед обществом ряд вызовов, без адекватного ответа на которые невозможно сохранение здорового поколения. Это социально-экономические проблемы, нравственные, распространенные среди населения вредные привычки. Дальнейшее развитие педиатрической службы, приоритетность здоровьесберегающих направлений, успешность межведомственного взаимодействия в решении обозначенных вызовов и понимание приори-

тетов будет определять состояние здоровья детей в ближайшие годы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авсаджанишвили, В.Н.* Особенности состояния здоровья детей, страдающих заболеваниями органов дыхания / В.Н. Авсаджанишвили, В.В. Полунин // Вестник Росздравнадзора. — 2012. — № 5. — С.35.
2. Алкоголь // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. — 2011. — № 349. — 350 с.
3. *Баранов, А.А.* Профилактическая педиатрия — новые вызовы [интервью с академиком РАН и РАМН А.А. Барановым] // Медицинская газета. — 2012. — № 27. — С.4.
4. *Баранов, А.А.* Смертность детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Социальная педиатрия. — 2009. — № 9. — С.366—367.
5. Государственный доклад «О положении детей и семей, имеющих детей в Российской Федерации» за 2011 и 2012 годы. — С.5—50.
6. *Зелинская, Д.И.* Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации / Д.И. Зелинская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2008. — № 1. — С.76—83.
7. *Ландо, Г.А.* Табак вызывает обеспокоенность педиатров во всем мире / Г.А. Ландо, Б.Дж. Гипл, М. Мираното // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. — 2010. — Вып. 88, № 1. — С.100—135.

REFERENCES

1. *Avsadzhanishvili, V.N.* Osobennosti sostojanija zdorov'ja detej, stradajushihh zabolevanijami organov dyhanija / V.N. Avsadzhanishvili, V.V. Polunin // Vestnik Roszdravnadzora. — 2012. — № 5. — S.35.
2. Alkogol' // Informacionnyj bjulleten' Vsemirnoj organizacii zdavoohranenija. — 2011. — № 349. — 350 s.
3. *Baranov, A.A.* Profilakticheskaja pediatrija — novye vyzovy [interv'ju s akademikom RAN i RAMN A.A. Baranovym] // Medicinskaja gazeta. — 2012. — № 27. — S.4.
4. *Baranov, A.A.* Smertnost' detskogo naselenija Rossii / A.A. Baranov, V.Ju. Al'bickij // Social'naja pediatrija. — 2009. — № 9. — S.366—367.
5. Gosudarstvennyj doklad «O polozhenii detej i semej, imejushihh detej v Rossijskoj Federacii» za 2011 i 2012 gody. — S.5—50.
6. *Zelinskaja, D.I.* Social'noe sirotstvo kak odna iz problem zdavoohranenija Rossijskoj Federacii / D.I. Zelinskaja // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. — 2008. — № 1. — S.76—83.
7. *Lando, G.A.* Tabak vyzyvaet obespoikoenost' pediatrov vo vsem mire / G.A. Lando, B.Dzh. Gipl, M. Miramoto // Informacionnyj bjulleten' Vsemirnoj organizacii zdavoohranenija. — 2010. — Vyp. 88, № 1. — S.100—135.