

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЕПАРТАМЕНТА И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006 ГОД

НАЧАЛЬНИК
ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Эмма Николаевна
Рябова



В демографическом развитии Ивановской области имеют место позитивные сдвиги. Продолжилось увеличение ежегодного числа рождений, при этом устойчивую тенденцию приобрело снижение младенческой смертности (рис. 2), общей смертности и естественной убыли населения. Однако население области по-прежнему сокращается (табл. 1).

Численность постоянного населения области составляет 1099,9 тыс. человек (рис. 1, табл. 2). Численность постоянного населения области составляет 1099,9 тыс. человек.

Основной причиной сокращения численности населения по-прежнему остается его естественная убыль. В ряде районов области число умерших более чем в 2,5 раза превысило число родившихся.

В структуре смертности 1-е место занимают сердечно-сосудистые заболевания; 2-е место – онкологические заболевания; 3-е место – травмы и отравления; 4-е место – болезни органов дыхания; 5-е место – инфекционные и паразитарные болезни.

Несчастные случаи, отравления и травмы являются основными причинами смертности трудоспособного населения. Смертность мужчин значительно выше (в 4,4 раза) смертности женщин не только от неестественных причин, но и от различных заболеваний (системы кровообращения и органов дыхания).

В 2006 году в области умерло более 7 тыс. человек трудоспособного возраста, что составляет 32% от обще-

го числа умерших, более трети из них умерли от болезней системы кровообращения.

Высокий уровень смертности в сочетании с относительно молодым возрастом приводит к демографическим потерям при низком уровне рождаемости. Значительный уровень смертности в трудоспособном возрасте ведет к быстрому старению населения. Все это существенно сказывается на величине показателя продолжительности жизни.

Средний возраст жителя области составляет 40,7 года. Ожидаемая продолжительность жизни – 62,1 года. Средняя продолжительность жизни женщин – 70,2 года, мужчин – 55 лет. Разница в продолжительности жизни – 15,2 года. Соотношение взрослого и детского населения в области составило в 2006 году 82,8 и 17,2%.

Уровень заболеваемости по обращаемости за последние годы имеет тенденцию к росту. Не явился исключением и 2006 год. Рост показателей заболеваемости наблюдается по некоторым классам болезней во всех возрастных группах. Так, отмечен рост заболеваемости по системе органов кровообращения на 8,5%, цереброваскулярной патологии – на 10,1%. За 2006 год уровень общей заболеваемости взрослого населения составил 1251,1 случая на 1000 населения, что выше уровня 2005 года (1208,5 на 1000 населения) (рис. 3, 4).

В структуре общей заболеваемости основное место приходится на болезни органов кровообращения – 19,2%; болезни органов дыхания – 16,8%; болезни глаз – 8,2%; болезни мочеполовой системы – 7,8%; травмы и отравления – 7,1%; психические расстройства – 6,8%; болезни костно-мышечной системы – 6,6%; болезни органов пищеварения – 4,7%; новообразования – 4,3%.

Заболеваемость онкологическими болезнями по сравнению с аналогичным периодом прошлого года выросла и составила 418,5 на 100 000 населения (в РФ в 2005 году – 328,8) (рис. 5).

Таблица 1

ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
(на 1000 населения)

Показатели	2002		2003		2004		2005		2006	
	обл.	РФ	обл.	РФ	обл.	РФ	обл.	РФ	обл.	РФ
Численность населения	1198,2 тыс.чел.	143,9 млн.	1114,9		1129,8		1114,9		1099,9	
Рождаемость	8,1	9,8	8,7	10,2	9,0	10,4	8,7	10,2	8,9	10,4
Смертность	21,4	16,3	22,0	16,4	21,6	16,0	22,0	16,1	19,8	15,4
Младенческая смертность		13,3	12,5	12,5	10,7	11,6	10,7	11,0	9,2	10,4
Естественный прирост	-13,3	-6,5	-13,3	-6,2	-12,6	-5,6	-13,3	-5,9	-10,9	-5,0

Таблица 2

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006 ГОДУ

Население	1 099 908 человек
– мужчин	489 539 человек
– женщин	610 369 человек
Городское население	886 421 человек
Сельское население	213 487 человек
Взрослое население	911 006 человек
Детское население	118 902 человека
Средний возраст жителей	40,63 года
– мужчин	37,0 года
– женщин	43,54 года
Ожидаемая продолжительность жизни	62,11 года
– мужчин	55,07 года
– женщин	70,28 года

Структура онкологической заболеваемости следующая: 1-е место – рак кожи – 12,8%; 2-е место – рак легкого – 11,8%; 3-е место – желудок – 10,6%; 4-е место – молочная железа – 10,3%; 5-е место – ободочная кишка – 7,2%; 6-е место – прямая кишка – 5,8%; 7-е место – рак тела матки – 4,7%; 8-е место – предстательная железа – 3,2%.

Выросла выявляемость рака молочной железы и снизилась запущенность этой локализации. Аналогичная ситуация и при локализации – предстательная железа. К сожалению, общий показатель запущенности не улучшился и составил 26,9‰ (в РФ в 2005 году – 23,8‰).

Это свидетельствует о слабой онкологической настороженности в системе первичной медико-санитарной помощи.

Заболеваемость туберкулезом в 2006 году выросла (рис. 6) и составила 47,8 против 45,5 в 2005 году на 100 тыс. населения (без УИН). С учетом лиц, пребывающих в УИН, – 61,1. До 80% больных туберкулезом страдают алкогольной зависимостью. Растет число больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Среди вновь выявленных больных увеличилась доля бактериовыделителей – с 64,1 до 67,1%. В клинической структуре заболеваемости сохраняется высокий процент распространенных форм туберкулеза.

Показатель заболеваемости детей на протяжении многих лет ниже общероссийского уровня в 2 раза, но в 2006 году отмечен рост заболеваемости детей при первичном обследовании контакта из очагов туберкулеза социально неблагополучных семей.

В последние годы особенно заметно прогрессирует рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией (рис. 7). Показатель заболеваемости постоянно растет и составляет 225,6 на 100 тыс. населения. В Ивановской области зарегистрировано 2675 ВИЧ-инфицированных.

В ЛПУ области в 2006 году обследовано на ВИЧ-инфекцию более 195 тыс. пациентов. Выявлено 347 инфицированных.

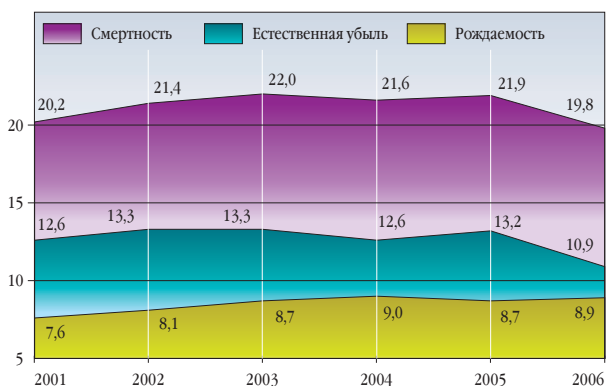
Как и в прежние годы, самый «уязвимый» возраст – от 18 до 30 лет. ВИЧ-инфекция выявлена у 10 подростков, 4 детей, зарегистрированы 114 ВИЧ-инфицированных беременных. Родилось 74 ребенка от ВИЧ-инфицированных матерей. Пути инфицирования: половой – 58%, парентеральный – 36%, вертикальный – 1,3%, не уточненный – 3,9%.

На этом фоне в 2006 году произошло дальнейшее снижение количества заболевших сифилисом и гонореей (рис. 8).

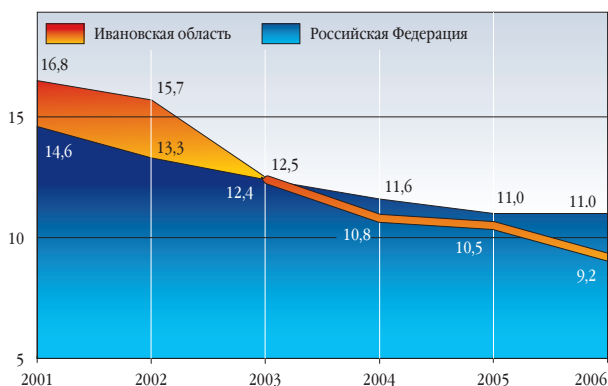
В областном наркологическом диспансере число состоящих на учете больных наркоманией увеличилось более чем на 5% (рис. 9). Число больных хроническим алкоголизмом увеличилось до 33 тыс. человек. К сожалению, этот показатель почти в 2 раза превышает среднероссийский.



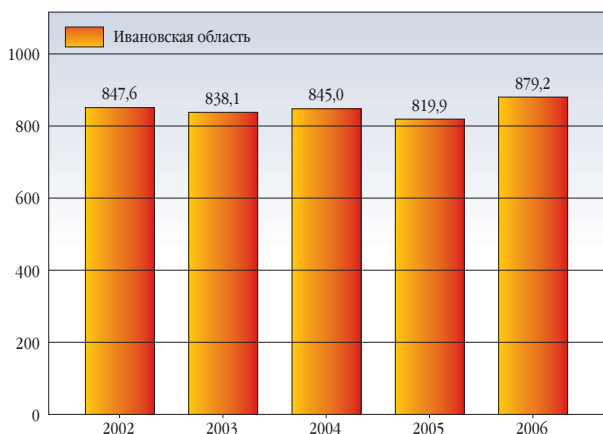
1

ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

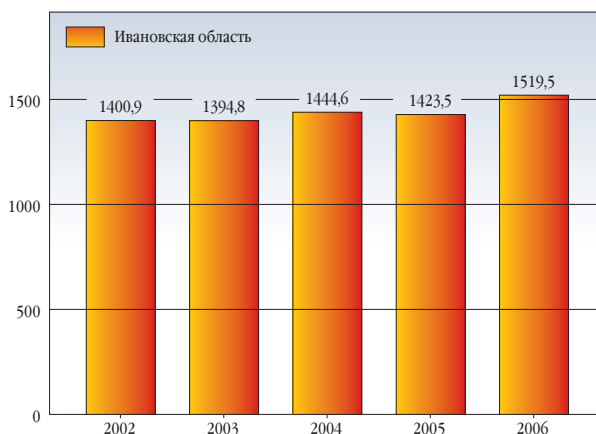
2

ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ
(НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)

3

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ПО ОБРАЩАЕМОСТИ (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

4

ДИНАМИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ПО ОБРАЩАЕМОСТИ (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства снизилось с 63,5 до 57,4 на 10 тыс. населения (рис. 10).

Распространенность психических расстройств в Ивановской области значительно превышает уровень в целом по России: 355,5 и 293,0 на 10 тыс. населения соответственно. Каждый третий юноша призывного возраста «не годен к военной службе» по причине установления диагноза психического расстройства.

На 1.01.2007 года медицинскую помощь на территории Ивановской области оказывало: 2 ЛПУ федерального подчинения (НИИМиД им. В.Н.Городкова – на 590 коек, клиника ИвГМА – 80 коек), 14 областных лечебных учреждений с общим числом коек – 4815, 21 ЦРБ (518 коек), 3 районные больницы (251 койка), 10 городских больниц (1991 койка), 2 сельские участковые больницы (196 коек), 1 БВЛ (140 коек), 4 детские больницы (395 коек) (табл. 3).

Общее количество круглосуточных коек на территории Ивановской области на 10 тыс. населения – 110,0 (без ЛПУ федерального подчинения – 103,9) при федеральном нормативе – 89,0 на 10 тыс. населения (рис. 11).

Департаментом здравоохранения совместно с ТФОМС была активизирована работа по переориентации части объемов медицинской помощи со стационарного звена на амбулаторно-поликлинический этап, внедрение ресурсосберегающих технологий, развитие специализированной медицинской помощи, включая высокие технологии.

Были достигнуты неплохие показатели работы койки в году – 327,1 (329,9 – 2005 год).

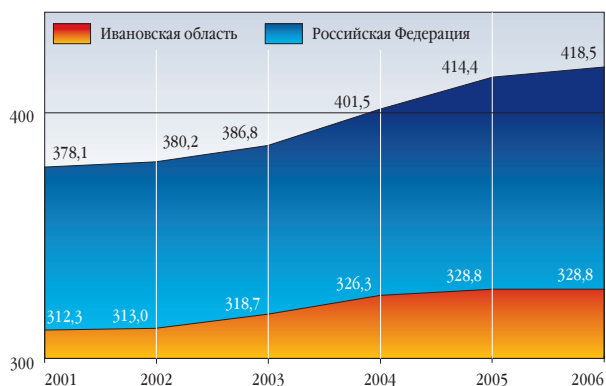
Снизилась средняя продолжительность пребывания больного на койке с 15,4 до 14,9 дня. Уровень госпитализации практически не изменился (рис. 12). В области отмечается «переизбыток коек» терапевтического, травматологического, эндокринологического, офтальмологического, педиатрического профилей.

В 2006 году первичная медико-санитарная помощь населению оказывалась 117 амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Общее число посещений составило 8133,8 тыс. Каждый житель области сделал условно 7,4 посещения к врачу.

Выросла функция врачебной должности с 3273,3 в 2005 году до 4075,0 в 2006 году. Продолжено внедрение стационарозамещающих технологий в деятель-

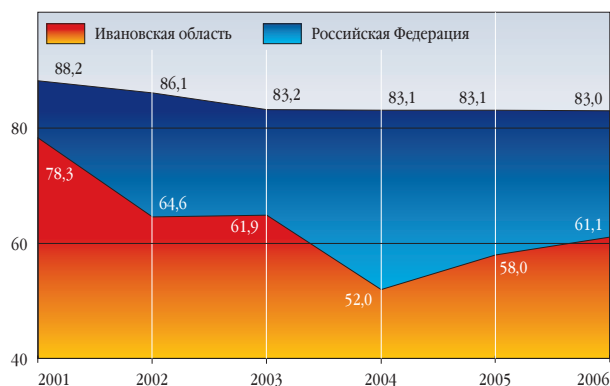


5



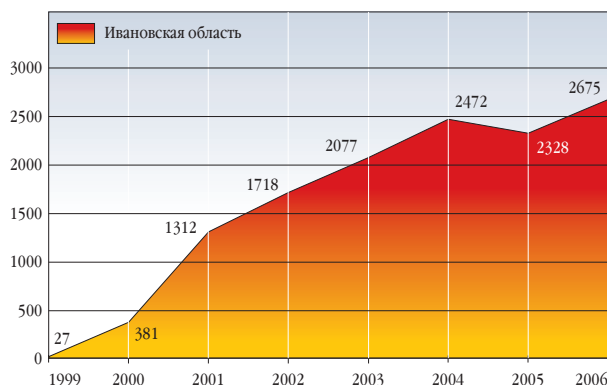
ДИНАМИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
(НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

6



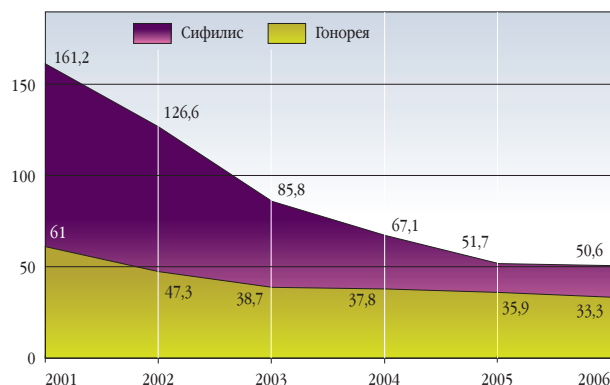
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

7



ДИНАМИКА ЧИСЛА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

8



ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ И ГОНОРЕЙ
(НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

ности амбулаторно-поликлинической службы. Функционировало 59 дневных стационаров с числом мест – 3048. Обеспеченность местами дневных стационаров составляет 30,5 на 10 тыс. населения при российском показателе – 13,9.

В системе здравоохранения Ивановской области в 2006 году работали 5121 врач и 10859 человек среднего медицинского персонала. Сокращение по сравнению прошлым годом – на 1 и 0,8% соответственно. Обеспеченность врачами составляет 46,6 на 10 тыс. населения при среднероссийском показателе 94,9 на 10 тыс. населения. Сертификат специалиста имеют 87% врачей и 78% средних медицинских работников. Всего аттестовано 60% врачей и 54% средних медицинских работников.

В подчинении Департамента здравоохранения находятся 28 учреждений: государственные учреждения – 24, учреждения среднего профессионального образования – 2, унитарные предприятия – 2.

Два учреждения были организованы в III квартале 2006 года: областная детская клиническая больница на 120 коек и Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Средняя заработная плата работников здравоохранения в 2006 году увеличилась в среднем на 23% к уровню 2005 года и составила 4802,0 рубля.

Повышение заработной платы произошло в рамках реализации национального проекта «Здоровье». Так, средняя заработная плата в 2006 году составила у участковых врачей – 15 494,8 рубля, врача СМП – 9332,4 рубля, участковой медицинской сестры – 8148,6 рубля, фельдшера ФАП – 5763,4, фельдшера и медсестры СМП – 6649,4 рубля.

Дефицит финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Ивановской области бесплатной медицинской помощи, утвержденной распоряжением Правительства Ивановской области составил: в 2004 году – 45,4%, 2005 году – 41,2%, 2006 году – 38,0%.

При формировании Программы государственных гарантий (ПГГ) большее предпочтение отдается оказанию более дорогостоящей стационарной помощи. Этому способствует то, что в рамках бюджетного финансирования ПГГ по-прежнему предпочтительной остается стратегия сохранения ресурсного потенциала, так как в качестве финансовообразующих показателей используется число коек и посещений, что способствует сохранению затратного механизма хозяйствования в здравоохранении. Только переход на систему «одноканального» финансирования с использованием показателей объема и качества медицинской помо-



Таблица 3 9

РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

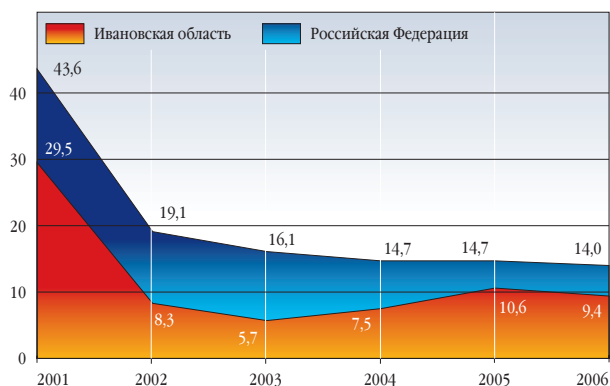
	2004	2005	2006
Больничных учреждений всего	87	77	51
В том числе областных	25	13	14
Круглосуточных коек всего	15415	12261	12096
<i>В том числе</i> в областных ЛПУ	4911	4815	4760
Амбулаторно-поликлинических учреждений	153	157	117
<i>В том числе</i> стоматологических поликлиник	6	6	5
Станций (отделений) скорой медицинской помощи	32	31	28
<i>В том числе</i> самостоятельных	3	3	3
Федеральных специализированных медицинских учреждений	2	2	2
Круглосуточных коек в них	600	670	670

щи приведет к эффективному расходованию ресурсов здравоохранения.

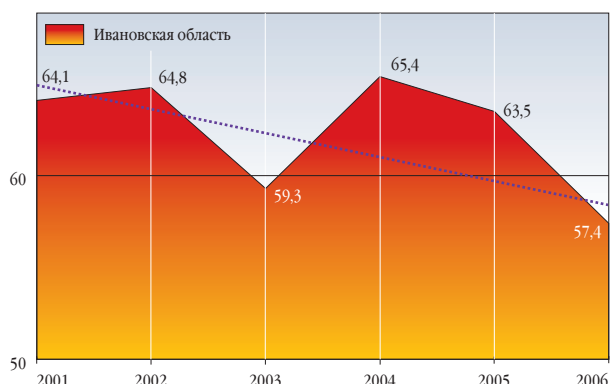
Одним из основных механизмов в решении задач охраны здоровья населения является программно-целевой метод планирования. В целях повышения результативности бюджетных расходов получила развитие реализация бюджетных целевых программ.

В 2006 году было предусмотрено 41 588,0 тыс. рублей на реализацию областных целевых программ:

1. «Дети-инвалиды», 2003–2006 годы – 3,0 тыс. рублей.
2. «Здоровый ребенок», 2003–2006 годы – 6000,0 тыс. рублей.
3. «Дети-сироты», 2004–2006 годы – 85,0 тыс. рублей.
4. «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Ивановской области на 2005–2007 годы» – 500 тыс. рублей.
5. «Предупреждение и борьба с заболеваниями социально значимого характера, 2003–2005 годы» – 35 000,0 тыс. рублей с подпрограммами:
 - «Сахарный диабет» – 20,5 млн. рублей;
 - «Защита населения Ивановской области от туберкулеза»;
 - «Неотложные меры по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции»;
 - «О мерах по развитию онкологической помощи» – 3,0 млн. рублей;

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОМАНИЕЙ
(НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

10

ДИНАМИКА ЧИСЛА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

- «Развитие психоневрологической помощи»;
- «Вакцинопрофилактика».

6. «Переоснащение высокотехнологичным диагностическим, радиотерапевтическим и рентгенодиагностическим оборудованием учреждений здравоохранения в Ивановской области на 2006–2010 годы» в сумме на 2006 год – 83 515,0 тыс. рублей.

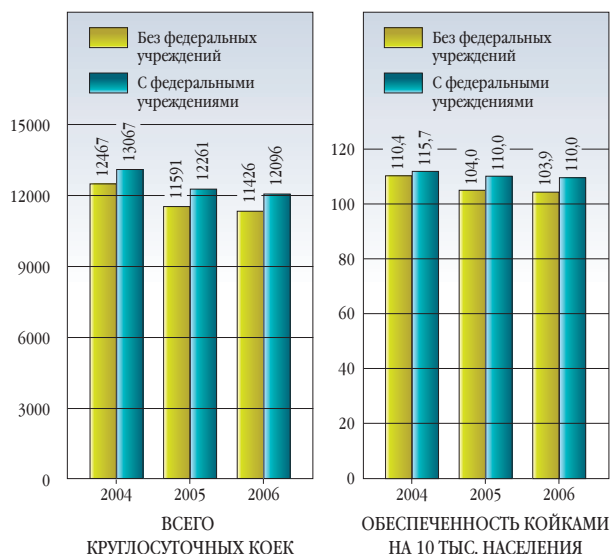
Общий объем финансирования по реализации национального проекта «Здоровье» в Ивановской области в 2006 году составил 470 млн. рублей из федерального бюджета и 93 млн. рублей из областного бюджета.

В результате изменения тарифной политики со стороны Территориального фонда обязательного медицинского страхования тарифы возросли в октябре–ноябре 2006 года на 10%. Это позволило повысить зарплату всем медицинским работникам на 10%, обеспечить все лечебные учреждения жизненно важными препаратами, одноразовыми расходными материалами (шприцами, системами переливания крови и т.д.).

В области открыто новое лечебное учреждение – Центр профилактики и лечения ВИЧ и СПИД больных. Открыта и оборудована лаборатория по выявлению и лечению ВИЧ-инфекций.

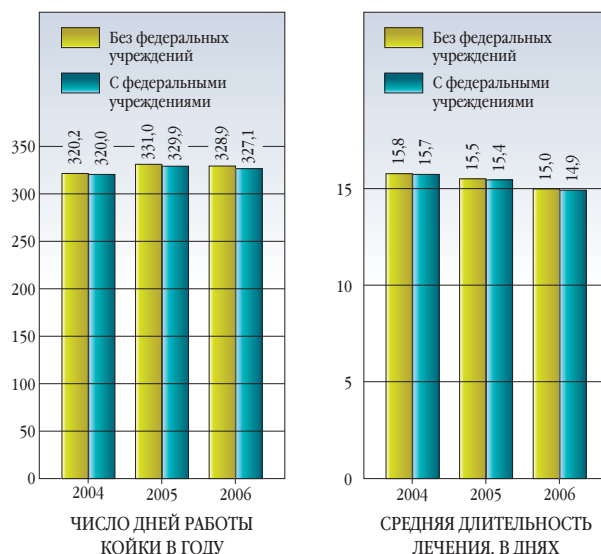


11



ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

12



ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Первое, на что были направлены значительные усилия департамента, это разработка Концепции развития здравоохранения на среднесрочную перспективу на период 2007–2009 годов».

Усилия департамента сконцентрированы на следующих приоритетных направлениях:

I. Снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии.

1. Открытие межрегионального кардиохирургического центра на базе ОКБ, который будет работать круглосуточно (приказ ДЗО). Это позволит решить целый ряд проблем больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, в 2 раза будет увеличено количество кардиохирургических операций, в 10 раз возрастет количество внутрисосудистых операций со стентированием для больных ИБС.

2. Помощь больному с ОИМ должна быть оказана своевременно и качественно.

Для этого ДЗО разработана новая целевая программа «Дорогостоящие медицинские технологии» с финансированием – 46 млн. рублей.

Подготовлен и издан приказ ДЗО «О совершенствовании оказания специализированной медицинской помощи больным кардиологического профиля».

Закончена работа над постановлением Правительства Ивановской области «О межрайонных центрах специализированной медицинской помощи», которые будут открыты на базе Кинешемской, Шуйской, Тейковской, Вичугской, Родниковской районных больниц. Это позволит не только обеспечить доступность специализированной медицинской помощи сельскому населению, но и сохранить высококвалифицированный кадровый потенциал этих муниципальных образований.

II. Оказание дорогостоящей помощи больным хронической почечной недостаточностью.

Открытие нового современного центра амбулаторного гемодиализа в ОКБ, работающего на современном оборудовании, позволит довести обеспеченность больных процедурой гемодиализа с 30 до 80%. И что также немаловажно – обеспечить проведение гемодиализа больным с политравмой в период острой почечной недостаточности.

III. Развитие сельского здравоохранения.

Разработана областная целевая программа «Строительство (реконструкция) и оснащение офисов врачей общей практики в 2007–2009 годах». Для реализации этой программы будет выделено 18 млн. рублей. В 2007 году планируется открыть 10 ОВП, при соответствующей поддержке муниципалитетов.

IV. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения.

1. Строительство областной детской клинической больницы за счет средств федерального бюджета («Дети России») и средств областного бюджета (10 млн. рублей в 2007 году).

2. Завершение строительства родильного дома в мкр. «Бухарово».

3. Реконструкция операционного блока в ООД – 3 млн. рублей.

Законом Ивановской области «Об областном бюджете на 2007 год» от 29 декабря 2006 года №158-ОЗ на капитальное строительство и реконструкцию учреждений здравоохранения предусмотрено 35 157,0 тыс. рублей.

В 2006 году Департаментом здравоохранения Ивановской области была разработана областная целевая программа «Пожарная безопасность государственных учреждений здравоохранения в Ивановской области» на 2007–2009 годы, которая была утверждена Законом Ивановской об-



ласти от 29 декабря 2006 года №162-ОЗ с общим объемом финансирования – 93 301,1 тыс. рублей, в том числе в 2007 году – 29 500,0 тыс. рублей. Основными целями и задачами вышеуказанной программы являются:

- предотвращение пожаров и гибели людей на объектах государственных учреждений здравоохранения Ивановской области;
- приведение материально-технической базы государственных учреждений здравоохранения Ивановской области в соответствие с требованиями Федерального закона «О пожарной безопасности» от 21.12.1994 №69-ФЗ.

Реализация программы позволит привести государственные учреждения здравоохранения Ивановской области в соответствие с нормами пожарной безопасности на 70–75% от потребности государственных учреждений здравоохранения.

V. Лекарственное обеспечение.

Эта проблема требует своего решения на различных уровнях и привлечения специалистов различных отраслей.

Федеральный закон №122-ФЗ разграничил категории льготников на региональных и федеральных. В этой ситуации «федеральные» оказались в лучшем положении, если не считать издержки периода становления (очереди, частая смена перечня, необходимость обязательного посещения врача и т.п.).

С целью выравнивания ситуации в области разработана ОЦП «Борьба с социально значимыми заболеваниями». Программа принята к реализации на 2007–2009 годы с объемом финансирования – 42 млн. рублей. Впервые предусмотрены средства на подпрограмму «Профилактика и лечение артериальной гипертензии» в сумме 5 млн. рублей. Это позволит обеспечить самые незащищенные слои населения с III–IV степенью развития осложнений гипотензивными препаратами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ЦЕНТРЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ Г. ИВАНОВО.

Муниципальное учреждение здравоохранения «Центр восстановительной медицины и реабилитации» г. Иваново предназначен для реабилитации детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет с различными заболеваниями со стороны нервной системы, нарушениями опорно-двигательного аппарата, соматической патологией, требующих применения комплекса восстановительных мероприятий.

Основными задачами ЦВМиР является:

- изменение течения заболевания, достижение стойкой ремиссии;
- восстановление нарушенных функций при осложненном течении заболевания;

- социальная адаптация ребенка, формирование образа жизни в соответствии с профилем заболевания;

- профилактика детской инвалидности.

Технология восстановительного лечения детей базируется на основных принципах:

- своевременности;
- непрерывности;
- индивидуальности;
- преемственности;
- комплексности.

Муниципальный Центр восстановительной медицины и реабилитации как учреждение по лечению детей с перинатальным поражением ЦНС и опорно-двигательного аппарата организует работу в комплексе с первичным звеном здравоохранения, специализированными лечебными учреждениями, катamnестическим кабинетом, обеспечивая необходимую непрерывность и последовательность реабилитации.

Среди всех детей, получающих лечение в ЦВМиР, 78% составляют дети с заболеваниями нервной системы (перинатальным поражением ЦНС, синдромом вегетативной дисфункции, синдромом дефицита внимания и гиперактивности, логоневрозами, энурезами, тиками, последствиями черепных и спинно-мозговых травм, нейроинфекций, детским церебральным параличом и др.).

12% составляют дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (сколиоз, нарушение осанки, врожденный вывих бедра, варусные и вальгусные деформации нижних конечностей и др.)

10% – дети с соматической патологией (заболеваниями ЛОР-органов (аденоиды, хронические тонзиллиты и риниты), органов дыхания (рецидивирующие бронхиты, бронхиальная астма), органов пищеварения (дискинезии желчевыводящих путей, хронические гастродуодениты), болезнями почек (дисметаболическая нефропатия, хронический пиелонефрит).

Для решения основных задач, поставленных перед ЦВМиР, необходима слаженная работа всех его структурных подразделений.

С 2006 года в ЦВМиР функционируют новые подразделения: отделение дневного стационара и офтальмологическое отделение.

Одним из основных элементов комплекса лечебно-восстановительных мероприятий является *лечебная физкультура*.

В ЦВМиР ЛФК проводится индивидуальным и групповым методами.

Основными задачами лечебной гимнастики являются:

- улучшение функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
- укрепление мышечного корсета, воспитание правильной осанки;
- развитие двигательных навыков;
- разработка контрактур;
- подавление патологических рефлексов, гиперкинезов.



У детей с тяжелыми формами ДЦП для улучшения координации и выработки правильного стереотипа движений используется костюм «Адели». Также кабинет ЛФК оснащен тренажерными устройствами (велотренажерами, беговыми дорожками).

Занятиям ЛФК предшествует подготовка: физиолечение, массаж.

Массаж проводится дифференцированно, с учетом тонуса мышц (стимулирующий и расслабляющий). Применяются различные виды массажа: классический, сегментарный, точечный, баночный, гидромассаж.

Физиотерапия является неотъемлемым и важным элементом комплекса лечебно-восстановительных мероприятий. Физиолечение в ЦВМиР представлено электролечением, теплотечением, магнитотерапией, водолечением, проводится прерывистая нормобарическая гипокситерапия, аппаратный массаж (вакуумный, механический, вибромассаж), детензоротерапия. Работает отделение БОС (биологической обратной связи), включающее в себя кабинет БОС-кардиопульмонологический, кабинет БОС-психоэмоциональная коррекция, тренажеры «БИО-Битман», «Митон».

В 2006 году применена новая технология в реабилитации детей с перинатальной патологией нервной системы в возрасте от 0 до 3 лет – лечебно-реабилитационные кровати «Сатурн-90».

Основной задачей подразделения ЦВМиР *медико-педагогической диагностики и коррекции* является формирование социально адаптированного ребенка. Подразделение включает в себя психологическую, логопедическую, воспитательную службы, в том числе музыкотерапию.

Психологами ЦВМиР внедрена в практику семейная терапия, разработаны занятия для детей дошкольного возраста с проблемами поведения по сказкотерапии, а также активно используется тренировочная терапия у детей младшего школьного возраста с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания. В ЦВМиР функционирует «сенсорная комната», где проводятся занятия на коррекцию внимания и эмоционально-волевой сферы, психологическая разгрузка.

В развивающемся организме ребенка перцептивная и двигательная афферентации являются важным эндогенным фактором развития мозга, поэтому использование «сенсорной комнаты» позволяет восстановить у больных детей утраченные функции. На подготовительном и заключительном этапах работы проводится диагностика эмоционально-волевой сферы и уровня развития внимания с помощью специальных методик

(цветограмма, личностный опросник Кеттелла, корректурная проба Векслера).

В комплекс медико-логопедических мероприятий включаются массаж артикуляционных зон, артикуляционная гимнастика, система занятий по коррекции звукопроизношения и развитию речи по общепринятым методикам. В логопедическом кабинете проводится коррекция и развитие неречевых процессов (внимания, координации общих произвольных движений и мелкой моторики), оптико-пространственных представлений.

Новым структурным подразделением ЦВМиР является *городской кабинет катamnестического наблюдения* за детьми, перенесшими тяжелую перинатальную патологию. Предназначение кабинета – обеспечить преемственность реабилитации тяжелых последствий перинатальной патологии с рождения в последующий ранний возрастной период до 2 лет жизни. Кабинет сразу отказался от порочной системы помощи по обращаемости или выборного наблюдения и работает по принципу выявляемости всех маловесных детей и обеспечения сплошного наблюдения.

100% маловесных детей получили неврологическую реабилитацию (медикаментозное лечение, физиолечение, массаж), коррекцию питания, медикаментозную терапию дефицитных состояний (остеопении, анемии, пищевой аллергии), лечение ретинопатии.

Для оценки эффективности проводимого лечения используются три группы критериев: клинические, психоэмоциональные и функциональные. Эта оценка проводится на основе методического письма МЗ РСФСР 1999 года «Критерии эффективности реабилитации детей с использованием балльной системы», методических рекомендаций ИГМА.

Для осуществления динамического контроля за состоянием ребенка на фоне лечения и коррекции проводимой терапии в ЦВМиР используются данные работы *диагностического подразделения*, включающие в себя нейрофизиологическое обследование: электроэнцефалографию, реоэнцефалографию, эхоэнцефалоскопию и другие методы функциональной диагностики (электрокардиографию, кардиоинтервалографию, ультразвуковое исследование).

ЦВМиР функционирует по принципу динамической перестройки с учетом меняющегося уровня здоровья и потребностей детского населения (создание кабинета катamnеза, глазного отделения, развертывание дневного стационара).

10-летний опыт работы свидетельствует о повышении эффективности лечения по приросту положительных результатов – более 90%.