

оритет реабилитации детей-инвалидов и, возможно, даже установить, что не менее 25% средств, выделяемых на реабилитацию, направляется на реабилитацию детей-инвалидов.

Проблем в детском здравоохранении много. Сразу все их не решишь. Поэтому важно выделить приоритетные задачи.

Первая группа задач — это координация действий в сфере охраны здоровья детей. На наш взгляд, координирующим органом могла бы стать Правительственная комиссия по охране здоровья граждан. Под руководством этого органа могут проводиться работы, направленные на совершенствование действующего законодательства в области охраны прав детей, экспертиза федеральных целевых программ, разрабатываться планы действий в отношении детей, подростков и молодежи и др.

Вторая группа — задачи, связанные с совершенствованием законодательства в сфере охраны здоровья детей. Необходимо провести ревизию действующего законодательства в сфере охраны прав детей, дать оценку его социальной и экономической эффективности. Учитывая важность проблемы, вопросы законодательного регулирования охраны здоровья детей следует обсудить в текущем году на парламентских слушаниях и по их результатам подготовить и внести соответствующие изменения и дополнения в действующее законодательство. Мы готовы обсудить на указанных парламентских слушаниях все ваши предложения. На первом этапе необходимо разработать и принять Концепцию охраны здоровья детей, а на ее основе — соответствующий федеральный закон.

Третья группа задач — усиление в обществе санитарно-просветительской работы. Здоровье детей формируется в семье. Поэтому на первом месте должно стоять просвещение молодых родителей.

Хорошо зарекомендовало себя пособие для родителей «Здоровый ребенок», изданное Научным центром здоровья детей. Целесообразно аналогичную книгу подготовить специально для сельских жителей, усилив в ней разделы, связанные с уходом за ребенком, оказанием первичной помощи ребенку до прихода врача. На наш взгляд, для формирования здорового образа жизни у детей следует шире использовать возможности социальной рекламы. С этой целью следует предусмотреть расходы на ее финансирование в бюджетах разных уровней.

Четвертая группа задач — социальная защита медицинских работников. За свой нелегкий и ответственный труд педиатры должны получать достойную зарплату. Если мы решим эту задачу, то в наших поликлиниках не будет недостатка врачей-педиатров. Нужно подумать о том, как привлечь в здравоохранение молодые кадры. Для этого, на наш взгляд, следует вернуться к системе направления молодых специалистов в лечебно-профилактические учреждения, решить проблему с обеспечением их жильем. Есть проблемы и с пенсионным обеспечением. При принятии закона «О трудовых пенсиях» нам удалось предоставить право медицинским работникам на досрочное назначение трудовой пенсии при условии продолжения работы по специальности. Однако остались проблемы с пенсиями медицинским работникам образовательных учреждений. Среди проблем пенсионного обеспечения остро стоит вопрос о так называемых «нестраховых периодах».

В заключение, хочу поблагодарить всех врачей-педиатров за их труд и пожелать 9-му Конгрессу педиатров России успешной и плодотворной работы и надеюсь, что совместными усилиями мы добьемся успехов в улучшении здоровья детей.

© Шарпова О.В., 2004

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Заместитель Министра здравоохранения РФ профессор О.В. Шарпова

Настоящий Конгресс посвящен чрезвычайно важным проблемам педиатрии, охране материнства и детства, которая в нашей стране стала одним из стратегических направлений государственной социальной политики. Благодаря последовательным мероприятиям как на федеральном, так и региональном уровнях, удалось добиться улучшения основных показателей деятельности службы.

Организационная и практическая работа органов управления и учреждений здравоохранения

в области охраны материнства и детства в 2003 г. была направлена на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи женщинам и детям, снижение материнской, детской и младенческой заболеваемости и смертности, снижение детской инвалидности.

В последние 3 года в Российской Федерации наметилась тенденция к увеличению рождаемости. Так, в 2003 г. родилось детей 1 млн. 474 тыс., что на 77 тыс. (5,5%) больше, чем в 2002 г.

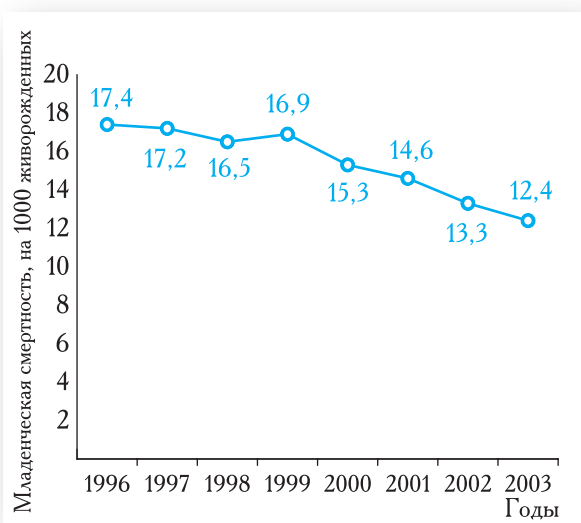


Рис. 1. Динамика показателей младенческой смертности в России в 1996—2003 гг. (по данным Госкомстата РФ).

На протяжении последних 3 лет в России сохраняется устойчивое последовательное снижение уровня младенческой смертности. За период с 2000 г. по 2003 г. этот показатель уменьшился с 15,3 до 12,4 на 1000 родившихся живыми (рис. 1). Уровень материнской смертности также имеет стойкую тенденцию к снижению и, по данным Минздрава России, за 2003 г. составил 32 на 100 000 живорожденных (в 2002 г. — 33,6) (рис. 2).

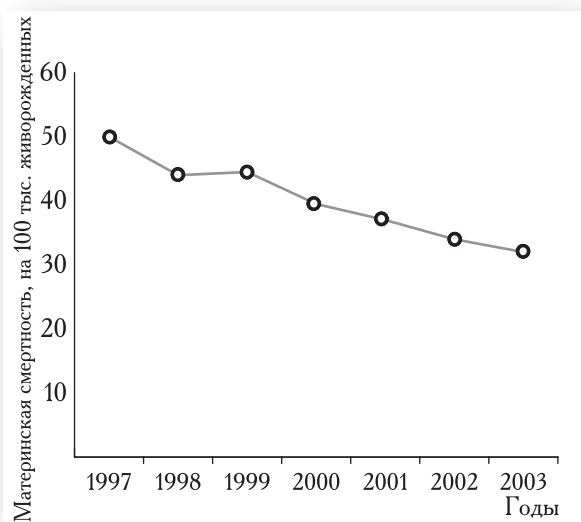


Рис. 2. Динамика показателей материнской смертности в России в 1997—2003 гг. (по данным Госкомстата РФ).

Всероссийская диспансеризация детского населения России, проведенная в 2002 г., подтвердила, что за последнее десятилетие сформировались

устойчивые негативные тенденции в динамике основных параметров здоровья детей: рост распространенности факторов риска формирования нарушений здоровья, увеличение заболеваемости и инвалидности (рис. 3). Следует отметить, что увеличение заболеваемости детей вызвано не только истинным ростом распространенности многих заболеваний, но и улучшением выявления патологии за счет внедрения современных методов диагностики, а также развитием специализированной помощи детям.

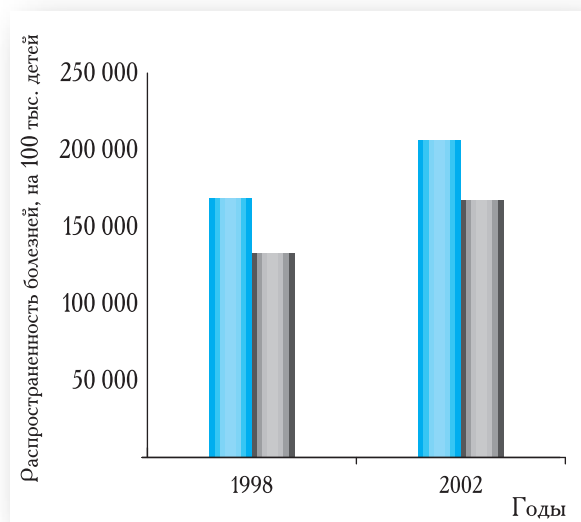


Рис. 3. Динамика распространенности болезней среди детей и подростков в РФ. 1-й столбик — дети до 14 лет, 2-й столбик — подростки 15—17 лет.

За 5 лет заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 23%, детей подросткового возраста — на 26%.

Уровень инфекционной заболеваемости у детей за последние годы остается высоким. В структуре заболеваемости преобладают острые инфекции верхних дыхательных путей различной этиологии и грипп, на которые приходится более 90% от всех зарегистрированных инфекционных и паразитарных заболеваний у детей.

Показатель заболеваемости острыми респираторно-вирусными инфекциями среди детей до 14 лет составляет более 65 тыс. случаев на 100 тыс. детей, при этом у детей до 6 лет этот показатель превышает 80 тыс. на 100 тыс. детей данного возраста.

Ежегодно гриппом болеет от 14 до 18 млн. детей. Особую тревогу вызывает заболеваемость гриппом у детей раннего возраста, так как нередко сопровождается тяжелым течением и серьезными осложнениями. Так, у детей до 1 года регистрируется до 14 тыс. случаев заболеваний ежегодно. Особую тревогу вызывает рост заболеваемости менингококковой инфекцией — только в 2001—2002 гг. этой инфекцией заболело около 4 тыс. детей в

возрасте до 6 лет, в том числе более 1,5 тыс. детей до 1 года.

В 2003 г. в 7,5 раз возросла заболеваемость корью у детей и составила 8 на 100 000 детей (в 2002 г. — 0,9), при этом более 90% всех случаев кори у детей приходится на Южный федеральный округ (Республики Чеченская, Карачаево-Черкесская, Ингушетия, Северная Осетия, Дагестан).

Постоянно растет число детей-инвалидов и составило в 2002 г. 620 342 ребенка включительно до 17 лет (в 2001 г. 617 096). Ведущими причинами формирования инвалидности в детском возрасте являются инфекционные и соматические заболевания (34,5%), заболевания нервной системы и органов чувств (20,6%), психические расстройства (21,2%), врожденные аномалии развития (18%) (рис. 4).

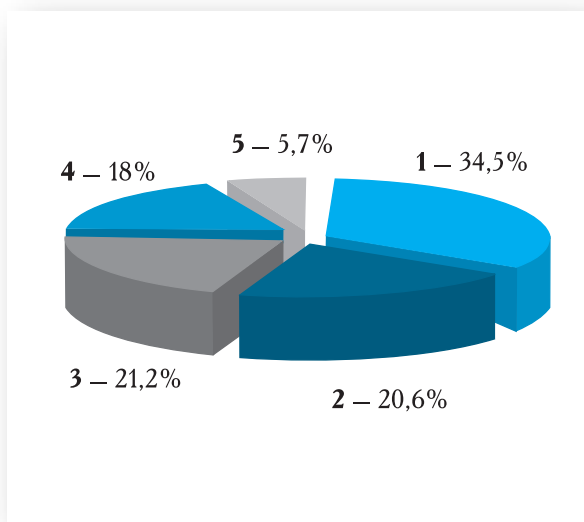


Рис. 4. Структура причин детской инвалидности в 2002 г. 1 — инфекционные и соматические заболевания, 2 — болезни нервной системы, 3 — психические расстройства, 4 — врожденные аномалии и пороки развития, 5 — прочие болезни.

Наркомании, токсикомании и другие социопатии продолжают оставаться одной из серьезных проблем детского здравоохранения. В 2002 г. показатель заболеваемости наркоманиями среди подростков уменьшился по сравнению с 2001 г. в 3 раза, однако заболеваемость токсикоманиями выросла в это время в 2 раза (рис. 5).

Среди причин детской смертности стабильно лидируют внешние причины (травмы, отравления, самоубийства). Их доля составила 56% среди 5—9-летних детей и 76% среди 15—19-летних. В структуре смертности от внешних причин наибольший удельный вес составляют транспортные несчастные случаи и самоубийства (рис. 6). Так, дорожно-транспортный травматизм является ведущей причиной среди школьников. Число погибших детей от транспортных травм в 2002 г. в возрасте 0—17 лет составило 3063 человек, из них более 50% —

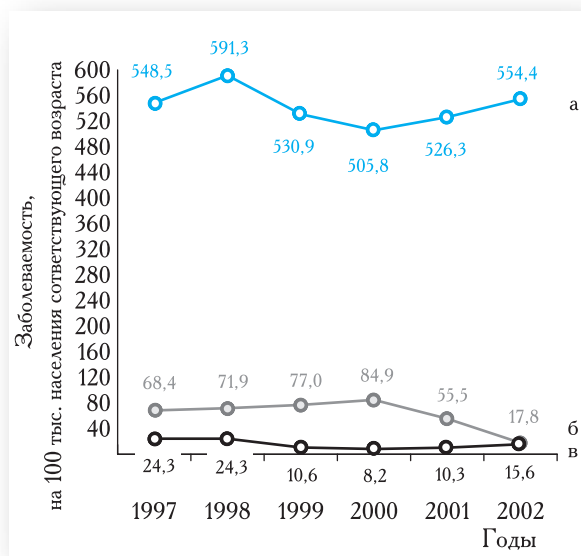


Рис. 5. Динамика распространенности злоупотребления алкоголем, наркомании и токсикомании среди детей в России в 1997—2002 гг.

а — состоят на профилактическом учете в связи со злоупотреблением алкоголя, б — наркомания, в — токсикомания.

подростки в возрасте от 15 до 17 лет. Более половины детей погибают на месте происшествия до прибытия «Скорой помощи». До 80% смертельных случаев при дорожно-транспортных происшествиях происходят до поступления пострадавших в стационары.

Только повышение качества организации и оказания медицинской помощи детям позволит снизить смертность на 10—15%.

Усиление профилактики детского дорожно-транспортного травматизма возможно только при реализации системы мер, которая должна носить межведомственный характер. На первом месте среди них стоят обязательное изучение детьми в образовательных учреждениях правил дорожного движения, основ безопасного поведения, оказания само- и взаимопомощи при травмах, а также создания безопасной среды на улицах и дорогах.

Вопросы оказания детям помощи при несчастных случаях будут являться одной из тем предстоящего Всероссийского урока здоровья.

В течение 2003 г. органами и учреждениями здравоохранения субъектов Российской Федерации проводился второй этап Всероссийской диспансеризации, в ходе которого проводились лечебно-профилактические мероприятия, в том числе противорецидивное лечение, оздоровление, реабилитация и консультирование детей в медицинских учреждениях республиканского, областного и краевого уровней, в профильных учреждениях, подведомственных Минздраву России и РАМН.

По данным субъектов Российской Федерации, оздоровлено около 70% детей из числа подлежа-

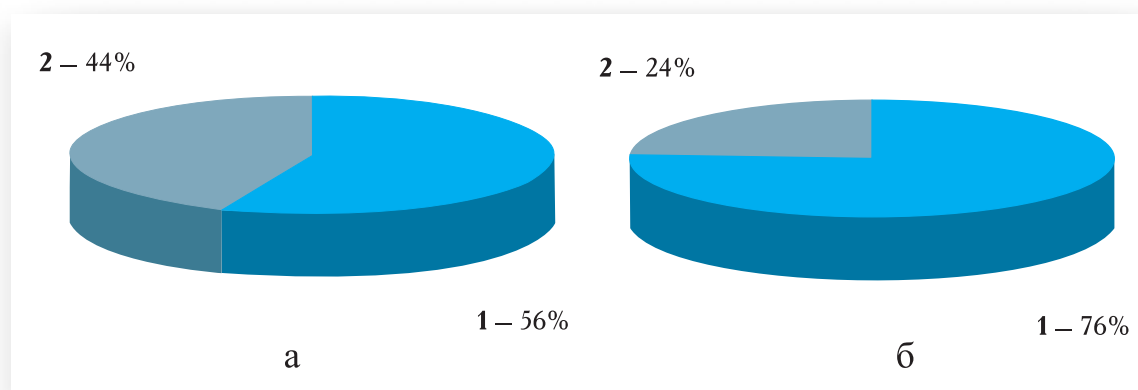


Рис. 6. Удельный вес смертности от внешних причин в структуре общей смертности детей 5—9 лет (а) и подростков 15—19 лет (б).

1 — внешние причины, 2 — прочие причины.

щих оздоровлению, в том числе практически 90—100% — это воспитанники школ-интернатов, детских домов и домов ребенка. Противорецидивное лечение получили 78% детей с хронической патологией на всех этапах медицинского обеспечения. По данным разных регионов, плановое оперативное лечение выполнено на 60—90%.

Необходимо отметить увеличение потребности детей в санаторно-курортном лечении. В то же время в субъектах Российской Федерации отмечается сокращение сети детских санаториев системы здравоохранения на 2190 коек.

По итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. подготовлен государственный доклад «О состоянии здоровья детей в Российской Федерации», утверждена ведомственная Программа «О мерах по улучшению состояния здоровья детей Российской Федерации на 2004—2010 гг.». Разработан Межведомственный план мероприятий по улучшению состояния здоровья детского населения Российской Федерации на 2004—2010 гг., завершено его согласование с заинтересованными министерствами и ведомствами, а также субъектами Российской Федерации, для утверждения Правительством Российской Федерации.

Результаты Всероссийской диспансеризации показали увеличение потребности в оказании высокотехнологичной медицинской помощи детям в федеральных учреждениях, превышающей прогнозируемые расчеты на 66,1 тыс. детей, в том числе по кардиохирургической помощи, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, трансплантации органов и тканей и др. (рис. 7). В связи с этим Министерством здравоохранения России в 2004 г. предусмотрено увеличение оказания дорогостоящей медицинской помощи на 4 тыс. детей (в 2003 г. — 24 тыс. детей).

В системе охраны материнства и детства первичная медико-санитарная помощь изначально занимала важное место.

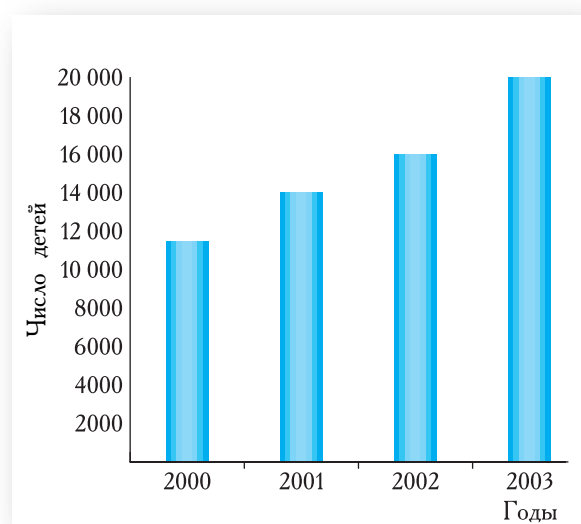


Рис. 7. Количество детей, получивших высокотехнологичные виды медицинской помощи в учреждениях МЗ РФ и РАМН в 2000—2001 гг.

Вместе с тем необходимо конкретизировать основные задачи сети учреждений педиатрической службы, которые предстоит решать в связи с планируемым усилением роли амбулаторно-поликлинического направления, увеличением объема мероприятий по медицинской профилактике на основе внедрения современных технологий, переноса части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный.

Профилактическое направление в работе педиатров за последние годы стало более выраженным за счет расширения оздоровительных и превентивных мероприятий в образовательных учреждениях. Учитывая высокую распространенность болезней среди детей школьного возраста, в настоящее время во всех регионах России формируется сеть школ, содействующих укреплению здоровья обу-

чающихся и воспитанников, где, помимо создания здоровьесберегающей среды, активно внедряются современные оздоровительные технологии, в том числе и в образовательный процесс.

Необходимо совершенствование деятельности детских амбулаторно-поликлинических учреждений по организации медико-социальной помощи и медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях; более широкое использование возможностей и базы образовательных учреждений для проведения работы по сохранению и укреплению здоровья детей; совершенствование межведомственного подхода к охране здоровья детей; усиление интеграции медицинских и педагогических работников образовательных учреждений в охране здоровья учащихся; привлечение родителей, общественных организаций, СМИ к формированию здорового образа жизни подрастающего поколения.

Назрела необходимость усилить изучение медицинских, социально-психологических аспектов здоровья детей из многодетных, неполных семей, семей с детьми, имеющими физические и психические ограничения, семей из районов экологических катастроф, беспризорных, безнадзорных.

По-прежнему нас волнуют проблемы профилактики социального сиротства, детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

В системе здравоохранения дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, воспитываются в домах ребенка.

Остается высокой заболеваемость детей в домах ребенка. Среди воспитанников домов ребенка 27% составляют дети-инвалиды. Сложившаяся структура причин инвалидности в домах ребенка позволяет планировать мероприятия по профилактике инвалидности, диагностике заболеваний и своевременной реабилитации детей.

Анализ данных профилактических осмотров показал, что на протяжении 10 лет по-прежнему недостаточно внимания уделяется алиментарно-зависимым заболеваниям. На стабильно высоком уровне держится число детей с расстройствами питания: в 2002 г. их число составило 25,98% от числа воспитанников, а среди детей первого года жизни — 30%. Дети первого года жизни с выявленным рахитом II—III степени составили 32%, в 2 раза увеличилось число детей всех возрастных категорий с анемией. Полученные данные наглядно демонстрируют необходимость активизации проводимых лечебных и профилактических мероприятий.

Проводимые органами и учреждениями здравоохранения мероприятия повлияли на улучшение качества оказания медицинской помощи детям домов ребенка и снижение показателей смертности воспитанников. Так, за 10 лет почти в 2 раза уменьшилась смертность воспитанников домов ребенка, в 1,3 раза увеличился удельный вес

детей, передаваемых в семью, в т.ч. на усыновление — в 1,7 раза, удельный вес детей, передаваемых в учреждения системы образования, уменьшился в 1,8 раза, в 2 раза сократилось число детей, передаваемых в дома-интернаты системы социальной защиты населения.

Вместе с тем по-прежнему остается неудовлетворительными материально-техническая база домов ребенка, их оснащение необходимым медицинским и реабилитационным оборудованием.

С целью увеличения финансирования домов ребенка, улучшения жизнеобеспечения воспитанников Минздрав России обращался к руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по вопросу передачи домов ребенка с муниципального уровня на бюджет субъектов Российской Федерации. Однако этот вопрос не решен до настоящего времени.

Деятельность органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по вопросам детской беспризорности и безнадзорности находится под постоянным контролем Министерства здравоохранения Российской Федерации. Утверждены совместно с Минтруда России и МВД России ряд приказов по данной проблеме.

В адрес руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации направлены инструктивно-методические материалы о работе детской поликлиники с социально-неблагополучными семьями, рекомендации по оказанию медицинской помощи детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, критерии оценки нервно-психического развития детей, которые включены в стандарты профилактических осмотров детей, по ранней диагностике злоупотребления психоактивных веществ у несовершеннолетних при проведении профилактической работы (всего 15).

В субъектах Российской Федерации развернуто около 1000 коек для оказания медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям.

В 2003 г., по данным субъектов Российской Федерации, на обследование и лечение в медицинские стационары поступило 28 658 несовершеннолетних из числа беспризорных и безнадзорных. 57% из числа поступивших составляли дети в возрасте до 6 лет, от 6 до 17 лет — 43%.

Из числа поступивших 27% детей доставлены сотрудниками милиции, 31% — сотрудниками учреждений социальной защиты, по 15% — учреждений здравоохранения и гражданами, 12% детей обратились самостоятельно.

Из общего числа детей при обследовании у 24% выявлены инфекционные заболевания, у 6% — наркологические, у 11% — психические, у 39% — соматические заболевания, у 16% — другие заболевания. Все нуждающиеся получили медицинскую помощь.

Продолжалась работа по профилактике инвалидности и выработке новых стратегических подходов к комплексной (медицинской, социальной и психолого-педагогической) реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства. Утверждены Концепция «Совершенствование медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства» и план мероприятий по ее реализации, которой предусмотрено совершенствование законодательной и нормативной базы, внедрение современных реабилитационных технологий, подготовка специалистов в области детской реабилитологии. Вместе с тем требуют совершенствования стандарты реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства с учетом современных реабилитационных технологий. Назрела необходимость создания единой, комплексной службы реабилитации в регионах, проведения медико-социальных и психолого-педагогических реабилитационных мероприятий детям-инвалидам и инвалидам с детства. Важной проблемой в системе реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства являются развитие и совершенствование материально-технической базы учреждений для осуществления ранней диагностики не только основного заболевания, но и сопутствующей соматической патологии и оказания своевременной реабилитационной помощи. В настоящее время оснащение реабилитационных учреждений носит бессистемный характер, имеющееся оборудование не отвечает современным требованиям и не используется со 100% отдачей.

При Правительственной комиссии по охране здоровья граждан Российской Федерации создана рабочая группа по вопросам охраны здоровья детей для обеспечения межведомственного взаимодействия при решении проблем по вопросам охраны здоровья детей.

На заседаниях рабочей группы заслушана информация об итогах Всероссийской диспансеризации и мерах по улучшению состояния здоровья детей в Российской Федерации; об организации питания школьников и производстве продуктов детского питания в Российской Федерации; о физическом воспитании детей и об опыте обучения детей в образовательных учреждениях г. Санкт-Петербург и Самарской области по вопросу здорового образа жизни, о профилактике дорожно-транспортного травматизма.

Продолжена работа экспертной профильной комиссии по педиатрии Совета по кадровой политике при Министре здравоохранения Российской Федерации, на заседаниях которой рассмотрены документы по введению детских специальностей: кардиолог, нефролог, уролог-андролог, реабилитолог, аллерголог-иммунолог, инфекционист, психиатр. Решением Совета по кадровой политике при Министре здравоохранения Российской Федерации в номенклатуру врачебных специальностей учреж-

дений здравоохранения введены специальности детского кардиолога и детского уролога-андролога.

Одним из основных механизмов повышения эффективности и качества медицинской помощи женщинам и детям является разработка нормативных документов по организации службы охраны здоровья матери и ребенка.

В течение 2003 г. было издано 13 приказов Минздрава России, в том числе по дальнейшему развитию и совершенствованию медико-генетической службы, кардиохирургической помощи детям, охране репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков; утверждены Инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности, по организации работы женской консультации, применению методов вспомогательных репродуктивных технологий, по организации оздоровления беременных женщин в санаториях и санаториях-профилакториях; схемы динамического наблюдения беременных и родильниц, гинекологических больных, рекомендуемая структура, перечень оборудования и оснащения центров по лечению бесплодия и др. Регламентирована медицинская помощь новорожденным детям в акушерских стационарах, определено отдельное финансирование койки родильницы и койки новорожденного, временная их статистическая отчетность, в том числе коек реанимации и интенсивной терапии новорожденных; снижена нагрузка на медицинский персонал и др.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 г. № 255 субъектам Российской Федерации рекомендовано при разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи осуществлять оказание бесплатной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям в приоритетном порядке, за счет бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и средств территориальных фондов ОМС.

В рамках управления качеством в здравоохранении, повышения структурной эффективности отрасли в деятельность службы охраны материнства и детства внедряются современные организационные формы, лечебно-диагностические и профилактические технологии с доказанной эффективностью.

В рамках подпрограммы «Здоровый ребенок» Федеральной целевой программы «Дети России» решаются задачи по снижению показателей материнской, младенческой, детской смертности, снижению заболеваемости, инвалидности среди детей до 18 лет, повышению уровня здоровья детей. На реализацию мероприятий подпрограммы «Здоровый ребенок» Федеральной целевой программы

«Дети России» в 2003 г. было выделено из Федерального бюджета 380,83 млн. рублей.

За счет средств Программы решались вопросы оснащения лечебно-профилактических учреждений детства и родовспоможения современной аппаратурой и оборудованием — наркозно-дыхательной аппаратурой, реанимационными комплексами для новорожденных, электрокардиографами, цветными сенсорными прикроватными мониторами, ультразвуковыми сканерами, ультразвуковыми ингаляторами, наборами реагентов для проведения неонатального скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Дети первого года жизни, страдающие фенилкетонурией, обеспечены белковыми гидролизатами.

На средства Программы закуплены медикаменты и оборудование, которые поставлены в лечебно-профилактические учреждения детства и родовспоможения более чем 80 регионов России, осуществлены научные исследования по разработке новых методов профилактики, диагностики и лечения в педиатрии и акушерстве.

За счет средств федерального бюджета с учетом софинансирования субъектов Российской Федерации ведутся строительство и реконструкция 42 лечебно-профилактических учреждений детства и родовспоможения.

За период реализации федеральной целевой программы «Вакцинопрофилактика» удалось добиться существенного снижения уровня инфекционной заболеваемости у детей (дифтерией в 5,4 раза, коклюшем в 2 раза, эпидемическим паротитом в 4,8 раза), профилактика которой основана на вакцинации. За последние годы существенно возрос охват профилактическими прививками детей против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, эпидемического паротита. Среди детей в возрасте 2 лет в целом по стране он составляет более 95%. Увеличился охват детей прививками против вирусного гепатита В, против краснухи (86,1%).

Широкий охват детей противотуберкулезной вакцинацией и внедрение системы активного выявления туберкулеза позволили добиться некоторого снижения этой социально значимой патологии среди детского населения (в 2000 г. — 17,5; в 2002 г. — 15,9 на 100 000 детей в возрасте до 15 лет).

В рамках подпрограммы «Дети-инвалиды» Федеральной целевой программы «Дети России» внедрялись современные технологии при оказании консультативно-диагностической помощи детям-инвалидам в специализированных учреждениях. Начата работа по оснащению современным реабилитационным оборудованием, средствами творческой и трудовой реабилитации детских реабилитационных центров системы здравоохранения.

Совместно с Федеральным фондом ОМС продолжалась работа по реализации мероприятий в рамках программы «Охрана материнства и детства».

В 2003 г. на эти цели Федеральным фондом ОМС было выделено 600 млн. руб. лечебно-профилактическим учреждениям федерального уровня и 313,2 млн. руб. в регионы для лечебно-профилактических учреждений детства и родовспоможения.

Проблемой охраны материнства и детства остается неравномерное и недостаточное финансирование медицинской помощи детям и матерям в разных субъектах Российской Федерации. Для кардинального улучшения здоровья детей необходимо обеспечить достаточный уровень финансирования системы мер по охране здоровья матери и ребенка в субъектах Российской Федерации и рекомендовать органам исполнительной власти выделять в консолидированном бюджете здравоохранения расходы в объеме не менее 30%.

Не всегда рационально используется коечный фонд в детских стационарах, для чего необходимо активизировать дальнейшую реструктуризацию педиатрической службы на основе внедрения современных организационных форм и стационарзамещающих технологий. В структуре дневных стационаров всех типов койки для детей составляют около 17%.

В последние месяцы медицинская общественность активно обсуждает проект программы «Повышение структурной эффективности здравоохранения». Впервые проект основной стратегической программы отрасли стал объектом обсуждения благодаря Интернет-сайту Минздрава России. К настоящему времени поступили предложения и замечания от руководителей органов управления здравоохранением 40 субъектов Российской Федерации и медицинской общественности. Одним из основных элементов программы является формирование многоуровневой сети амбулаторной помощи, первичный уровень которой будет реализован в рамках базовых клинических профилей — общей терапии, педиатрии, хирургии, травматологии, акушерства в условиях городских и районных поликлиник. Центр ответственности за оказание первичной медико-санитарной помощи на селе будет постепенно переноситься на врача общей практики.

В этой связи следует подчеркнуть, что особое место при проведении любой реформы или реструктуризации в здравоохранении должны занимать учреждения охраны здоровья матери и ребенка, оказывающие медицинскую помощь наиболее незащищенной и социально уязвимой части населения — матерям и детям, так как именно в этой службе здравоохранения должны быть реальные гарантии доступности медицинской помощи всем слоям населения, прежде всего бесплатной, а также возможности обеспечения ее качества.

Анализ федеральных нормативных актов, касающихся обеспечения прав ребенка в России, указывает на необходимость внесения в них дополнений. Для решения этой проблемы необходимо разработать проект Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации»,

целью которого является создание новой модели поведения общества по обеспечению права детей на охрану здоровья в новых условиях.

С целью определения единых подходов к совершенствованию государственной политики по сохранению здоровья детей, профилактики заболеваний, детской инвалидности, усилению межведомственного взаимодействия в решении данных вопросов, считаем целесообразным разработать Концепцию государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации.

Учитывая изложенное, к основным направлениям совершенствования охраны здоровья детей следует отнести следующие:

- обеспечение достаточного уровня финансирования системы мер по охране здоровья матери и ребенка в объеме не менее 30% консолидированного бюджета здравоохранения;
- повышение структурной эффективности здравоохранения в части охраны материнства и детства;
- дальнейшее развитие сети дневных стационаров для детей всех типов и по профилю заболевания;

- дальнейшее развитие специализированного коечного фонда для детей с созданием межрайонных специализированных центров;

- дальнейшее развитие реанимационно-консультативных центров;

- мониторинг здоровья детей и мониторинг младенческой смертности;

- внедрение периконцепционной профилактики врожденных пороков;

- формирование территориальных и федерального регистра врожденных и наследственных заболеваний и пороков;

- увеличение объема мероприятий по медицинской профилактике на основе внедрения современных технологий, переноса части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный;

- совершенствование медико-социальной, психологической помощи детям из многодетных, неполных семей, имеющих физические и психические ограничения, беспризорным и безнадзорным.

© Бочков Н.П., 2004

ГЕНЕТИКА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Академик РАМН Н.П. Бочков

Наследственные болезни — это эволюционные следы биологической природы человека. Они чрезвычайно разнообразны по нозологическим формам, затрагивают все органы и системы. Их частота составляет около 3—5% среди новорожденных. Они обуславливают не менее 30% ранней детской смертности и значительную часть инвалидности с детства. Не менее 90% всех наследственных болезней проявляются в детском возрасте. Число нозологических форм наследственных болезней огромное — более 4000. Педиатры первыми принимают на себя клинко-диагностический удар от сложных случаев наследственной патологии. Вот почему генетические технологии в современной педиатрии занимают заметное место и будут оставаться в ней в не меньшем объеме, чем сейчас, в ближайшие десятилетия.

Сложность задач педиатра в повседневной работе по вопросам наследственной патологии заключается в многообразии форм и клиническом полиморфизме каждого заболевания.

Любому специалисту, каким бы он не обладал опытом, трудно диагностически ориентироваться в огромном море болезней обмена или морфологических пороков развития. Отсюда ясно, что нужна совместная, организационно скоординированная работа педиатра и клинического генетика.

Основой новых знаний по наследственной патологии для педиатрии является прогресс генетики человека. Прогресс этот внушительный в последнее десятилетие (рис. 1). Геном человека секвенирован полностью. Половина его — около 15 тыс. генов — на конец 2003 г. изучена детально, т.е. каждый ген охарактеризован и по строению, и по функции.

Более того, можно уже говорить о патологической анатомии генома человека (рис. 2). Более тысячи болезней представлены уже на картах хромосом. Каждая болезнь зарегистрирована в определенном локусе: например, синдром Эллерса—Данло VI типа — в хромосоме 1, муковисцидоз — в хромосоме 7, мукополисахаридоз VI типа — в хромосоме 5 и др.

Импульсом для дальнейшего развития генетики человека, безусловно, является клиническая медицина. Педиатрам сегодня нужны данные не только по структуре генов, но и по их функциям, первичным продуктам (протеомам), регуляции функций, межгеновым взаимодействиям. И к этому генетики уже идут.

Генетическая методология сегодня распространяется на главные разделы педиатрии: этиологическая идентификация или нозологизация болезней, понимание патогенеза на молекулярном уровне,