
Вести Центрального федерального округа

СПЕЦИФИКА РАЗВИТИЯ АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

Чичерин Л.П.

ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, г. Москва
Сектор охраны материнства и детства

РЕЗЮМЕ На основании многолетних собственных исследований поднимаются актуальные вопросы реформирования здравоохранения, педиатрической службы системы охраны материнства и детства с акцентом на ее первичное звено — учреждения амбулаторно-поликлинической помощи. Рассматриваются теоретические аспекты, понятийный аппарат по проблеме. Обсуждаются вопросы внедрения принципов общей врачебной практики и семейной медицины в педиатрию.

Ключевые слова: педиатрическая служба, первичное звено.

Происходящие в здравоохранении процессы, как свидетельствует проведенный нами анализ, в общем-то, не являются ни революционными, ни реформами как таковыми [4, 9]. Достаточно привести результаты последнего социологического исследования, проведенного сотрудниками сектора охраны материнства и детства (ОМД) ГУ «Национальный научно-исследовательский институт РАМН» (бывшего НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН). Руководители лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) педиатрической и общелечебной сети ряда территорий страны полагают, что:

- реформы, несомненно, имеют место на практике — 6,6% респондентов,
- они осуществляются лишь *частично* — 55,7%,
- реформы только *декларируются* — 34,4%,
- вопрос вызвал затруднения — 3,3%.

То есть свыше 90% респондентов высказали в целом свою неудовлетворенность ходом перемен в отрасли, а каждый третий считает их лишь «декларацией о намерениях». Это представление о происходящих процессах, судя по фактам с мест, восприятию специалистов, появившимся публикациям, вряд ли в состоянии существенно изменить и так называемый «приоритетный национальный проект «Здоровье»». Наше убеждение связано с быстротой принятия документа при анонимности авторов, отсутствием четкой рабочей гипотезы и экспериментальной апробации проекта, его непродуманностью, приведшей, наряду с другими составляющими, к непонятному ажиотажу, «натравливанию» одних специалистов на других и т.п. Налицо очередное постановление о порядке финансирования мер в области здоровья и здравоохранения. Подобная тревога, особенно за будущее педиатрической службы страны, звучала и в докладах на состоявшемся в фев-

Chicherin L.P.

AMBULATORY STAGE OF PEDIATRIC SERVICE IN RUSSIA : DEVELOPMENT SPECIFICITY

ABSTRACT The article is based upon the author's own studies. Actual problems of reforming of public health management and pediatric service of maternity&childhood protection system are raised. The significance of the primary stage of this system namely ambulatory-polyclinic institutions is stressed. The author considers theoretical aspects and definitions upon the problem. Questions of introduction of general practice and family medicine principles into pediatrics are discussed.

Key words: pediatric service, primary stage.

рале 2006 г. в Москве X Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».

Сами же реформы (преобразования), с учетом накопленных нами материалов многолетних исследований на различных территориях страны, представляется целесообразным рассмотреть на модели первичного звена педиатрической службы (являющейся, наряду с родовспоможением, неотъемлемой составляющей единой системы ОМД) и, в частности, на модели внедрения принципов врача общей практики/семейного врача. Эта служба, несмотря на специфику времени, сумела сохранить исторически сложившиеся в России — СССР — России и зарекомендовавшие себя, во многом активно используемые за рубежом (зачастую — без упоминания нашей страны) принципы оказания лечебно-профилактической помощи детям на основных этапах «поликлиника — стационар — санаторий — поликлиника» [1, 7, 8].

Не случайно именно на детские поликлиники как учреждения первичного контакта пациента и медицинского работника возложено решение ответственных задач по медицинскому обеспечению детей, которые Постановлением декабрьской (2004 г.) сессии Общего собрания РАМН, X съездом педиатров России (февраль 2005 г.), решением февральской (2005 г.) коллегии Минздравсоцразвития РФ названы наиболее пострадавшей в 90-е годы группой населения России.

Сегодня, спустя вот уже три десятилетия после Алма-Атинской (1978 г.) конференции, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) по-прежнему рассматривается ВОЗ как одна из ведущих, поскольку эта форма «оказала существенное воздействие на преобладающие представления о здоровье и его составляющих, а во многих странах она была принята в качестве стержневого элемента политики здравоохранения» [11].

Как записано в приказе МЗ РФ от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации», сложившаяся в нашей стране система ее организации, ориентированная на участковую и специализированную службы, недостаточно эффективна. Функции участкового врача-терапевта не позволяют обеспечить оказание непрерывной и всеобъемлющей помощи различным категориям пациентов независимо от пола и возраста. Поэтому ключевая задача — развитие принципов семейной медицины, повышение

роли и эффективности использования врачей общей практики (семейных врачей).

Основной понятийный аппарат. Поскольку общая врачебная практика осуществляется в рамках ПМСП, дефиниции этого вида медицинской помощи требуют более подробного рассмотрения.

Обращает на себя внимание, например, тот факт, что в преамбуле к приказу МЗ РФ от 25.08.1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» речь идет не о первичной *медико-санитарной* помощи, а о первичной (?) *медико-социальной* помощи (МСП). Складывается впечатление, что это или описка (вероятно, имелась в виду первичная *медико-санитарная* помощь), или же неправильная трактовка понятия «медико-социальная помощь», а тем более в сочетании со словом «первичная».

Характерно, что к моменту издания приказа сам термин «*медико-социальная помощь*» применялся еще достаточно редко, хотя в том же году и была опубликована разработанная коллективом НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН при нашем участии Концепция развития медико-социальной помощи населению в Российской Федерации. Краткое толкование термина: **медико-социальная помощь** есть организованное социальное индивидуальное обслуживание различных групп и контингентов населения, нуждающихся в решении социальных проблем и жизненных ситуаций, в целях долгосрочной профилактики расстройств и улучшения состояния их здоровья.

В связи со всем вышесказанным представляется весьма удачным предложение, способное на наш взгляд, не только «примирить» оппонентов, но и внести определенную ясность в понятийный аппарат по проблеме. Речь идет о введении О.П. Щепиным и В.К. Овчаровым [18] достаточно простого на первый взгляд понятия «**первичная медицинская помощь**». Оно избавляет от необходимости применять относительно термина «первичная помощь» неправомерно употребляемые толкования оказываемой помощи — «медико-санитарная» и «медико-социальная». И, наконец, ни в коей мере не исключает в рамках первичной медицинской помощи как оказание непосредственно медико-санитарной помощи, так и активное внедрение

необходимой в современных условиях медико-социальной составляющей.

В то же время заметим, что применительно к педиатрии термин «*медико-социальная помощь*» МСП (обращаем внимание на прилагательное «*социальная*»), используемый, как мы полагаем, в том числе и в качестве одного из реальных рычагов привлечения внимания специалистов к важности и необходимости учета в своей повседневной работе этой составляющей, представляется несколько «натянутым», ибо на всех этапах становления и развития педиатрической службы вся деятельность органов здравоохранения и ЛПУ в последние годы приобретает отчетливый социальный оттенок.

«*Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан*» (1993) ПМСП была выделена в качестве самостоятельной статьи 38, включенной в начало раздела VIII «Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам». При этом говорится, что «...ПМСП является основным доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства».

Статьей 59 того же документа, называемой «*Семейный врач*», данный специалист определяется как врач, прошедший многопрофильную специальную подготовку по оказанию ПМСП членам семьи независимо от их пола и возраста. Заметим, что в «*Основах*» врач общей практики не упоминается.

Согласно Стратегии Европейского регионального бюро (ЕРБ) ВОЗ «Здоровье-21» [6], «...ПМСП (Primary health care) есть центральная функция и основное звено системы здравоохранения любой страны, главная служба оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу «от периферии — к центру». ПМСП — неотъемлемая составная часть социального и экономического развития той или иной страны». При этом первичная помощь (Primary care) определяется как медико-санитарная помощь первого уровня, оказываемая, в первую очередь, в амбула-

торно-поликлиническом учреждении (АПУ), в отличие от вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) помощи, которые обычно предоставляются в условиях стационара.

Заметим, что даже в прилагаемом к данному документу глоссарию упоминание обсуждаемых в данной статье специальностей (или одной специальности!) — врач общей практики и семейный врач — отсутствует.

Да и глоссарием «*Качество медицинской помощи*» *врач общей практики* (General practitioner) определяется как «лицензированный выпускник медицинского вуза или колледжа, который обеспечивает индивидуальное первичное и непрерывное обслуживание отдельных лиц, семей и населения, независимо от пола, возраста или вида заболевания, иначе говоря, всего прикрепленного населения. Во многих странах врач общей практики и семейный врач — идентичные понятия».

В разработанной при нашем участии в НИИ им. Н.А. Семашко РАМН «*Терминологии по общественному здоровью и здравоохранению*» *общая практика* трактуется как форма медицинской практики, при которой врач несет постоянную ответственность за обеспечение первичной медицинской помощью больных в обществе и которая индивидуально не ограничивается конкретными нозологическими единицами или возрастными или семейными группами.

Вместе с тем (подчеркнем!): в упомянутом выше приказе МЗ РФ № 237 указывается, что *врач общей практики (семейный врач)* — специалист, широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях.

Как мы обращали внимание ранее [16], в данном основополагающем по проблеме приказе, да и в последующих официальных документах, включая номенклатуру врачебных специальностей, а также в публикациях эти два термина, всегда расположенные рядом друг с другом, разделяются скобками или наклонной линией, имея, казалось бы, один и тот же смысл.

Между тем, почему-то игнорируется тот факт, что, вступая в противоречие с Преамбулой к данному приказу, в утвержденном им и подготовленном при нашем участии «Положении о *враче общей практики (семейном враче)*» уже тогда, почти полтора десятилетия

назад, давалась совершенно отличная интерпретация этих двух специалистов. «Положение» гласило: *Врач общей практики* есть специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению. Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от возраста и пола пациентов, является семейным врачом. Таким образом, по нашей рабочей гипотезе, речь идет о двух разных специалистах: семейным врачом после соответствующей переподготовки может стать врач общей практики.

Вряд ли внесли ясность приказы Минздравсоцразвития России № 84 от 17.01.2005 г. «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» и № 487 от 29.07.2005 г. «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

Проведенный нами анализ основных профильных документов показал неупорядоченность в трактовке понятий «врач общей практики» и «семейный врач».

Отдельного обсуждения требует понятийный аппарат по целому ряду иных важнейших аспектов деятельности системы ОМД, обоснованно поднимаемых видными учеными страны, в частности, по вопросам дифференциации здоровья или нездоровья ребенка [2], трактовки репродуктивного здоровья — при отсутствии этого самого здоровья — как репродуктивного потенциала [19] и др.

Становление и внедрение принципов врача общей практики в России. Хочется надеяться, что небольшой исторический экскурс и анализ состояния проблем перехода к общей врачебной практике поможет специалистам разобраться в некоторых «перипетиях» проблемы.

Важность внедрения принципа общей врачебной практики и семейной медицины на уровне первичного контакта пациента и медицинского работника в России была подчеркнута экспертами Европейского регионального бюро (ЕРБ) ВОЗ на международной конференции в Москве в мае 1990 г., а спустя год — на коллегии Минздрава РФ. В целях же ускорения реформ в здравоохранении и адаптации отрасли к условиям рыночной экономики и вышел приказ МЗ РФ № 237 от 25.08.1992 г., которым были также утвержде-

ны Положение о новом специалисте, квалификационная характеристика и программа его подготовки, внесены дополнения в номенклатуру врачебных специальностей, как и должностей — «врач общей практики (семейный врач)».

Специальность «общая практика (семейная медицина)» введена в номенклатуру специальностей (за № 23) в соответствии с приказом № 33 Минздравмедпрома РФ от 16.02.1995 г. «Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации».

В «Методических рекомендациях по развитию службы врача общей практики (семейного врача)», разработанных в свое время (1997 г.) сотрудниками НИИ им. Н.А. Семашко РАМН, НПО «Медсоцэкономинформ» МЗ РФ и ММА им. И.М. Сеченова, подчеркивается, что в соответствии с Европейской хартией врач общей врачебной практики нуждается в системе, которая бы облегчала постоянные взаимоотношения с хорошо очерченными группами населения, обеспечив при этом работу на уровне личности, возможность постоянного наблюдения за пациентом, должную преемственность.

Упомянутой Стратегией по основам политики достижения здоровья для всех «Здоровье-21» и ее задачей 15 предусмотрено к 2010 г. обеспечение населению региона лучшего доступа к ПМСП, ориентированной на оказание помощи семье и обществу. Это, как гласит документ, предполагает наличие по крайней мере в 90% стран службы семейных врачей и медицинских сестер, составляющей основу интегрированной ПМСП с использованием многопрофильных бригад со стороны секторов здравоохранения и социальной сферы при участии местной общины.

Сложившаяся к настоящему времени в России ситуация оптимизма не вызывает. По официальным данным [5], из всего числа (3940) врачей общей практики (семейных) 42,7% приходится на Приволжский федеральный округ (1501), из них свыше половины (642) — на Самарскую область. В Санкт-Петербурге таких специалистов насчитывается 234 (из 539 в Северо-Западном федеральном округе), в Москве — 73, в Ивановской области — 8 (из 792 в Центральном федеральном округе).

Академик РАМН И.Н. Денисов с сожалением отмечает, что «...за все эти годы особых изменений с организацией ПМСП не произошло, хотя с появлением врача общей практики можно было бы ожидать реформирования и скорой, и стационарной медицинской помощи. Как и спустя 10 лет, мы пока не продвинулись дальше разговоров о назначении системы семейной медицины» [3].

Академик Ю.П. Лисицын [9] также полагает, что «... внедрение семейной медицины у нас идет медленными темпами, потому что оно до конца не продумано, а сам этот вопрос запутан. Не все понимают разницу между врачом общей практики и семейным врачом. Да и зачем при наличии в городах большого числа педиатров и участковых терапевтов иметь семейных врачей? Нам нужно идти по пути подготовки терапевтов и педиатров общей практики, которые вдвоем и станут выполнять функции семейного врача. При этом они будут должны взять на себя функции «узких» специалистов с соответствующей надбавкой к зарплате. В сельской же местности, испытывающей дефицит специалистов, семейный врач имеет право на существование».

Трудно не согласиться с высказываемыми крупными учеными мнениями, которые подтверждаются и материалами наших исследований [15]. Мы, как и член-корр. РАМН Н.В. Полунина [12], полагаем, что на фоне продолжающегося научного поиска путей совершенствования амбулаторно-поликлинической службы рассматривать в качестве реформирования первичного звена организацию такого, якобы ключевого, направления в здравоохранении, как «семейная медицина», не совсем правильно, поскольку, действительно, до сих пор остается неясным принципиальное различие между семейным врачом (врачом общей практики) и участковым врачом, их функциями, объектами медицинского наблюдения и т.п.

Общая врачебная практика и педиатрия.

В последнее время появился целый ряд предложений слить педиатрическую участковую службу с терапевтической, заменить участкового педиатра врачом общей практики (например, приказ № 84 Минздравсоцразвития от 17.01.2005 г. «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» и иные).

Все это не может не вызывать обоснованной тревоги, высказываемой российскими педиатрами, учеными, организаторами здравоохра-

нения на ежегодных форумах различного уровня, а также во многих публикациях.

Впрочем, на прошедшем в феврале 2005 г. в Москве X съезде педиатров России, а спустя год — X Конгрессе педиатров России были, казалось бы, расставлены все точки касательно деятельности общепрактикующих врачей в учреждениях педиатрической службы: это — не для педиатрии! Однако проблема, на наш взгляд, не так проста.

Основным концептуальным положением, определяющим, среди прочих, дальнейшее развитие в Российской Федерации дела сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения, социальной защиты семьи, мы считаем необходимость трансформации всего объема деятельности порядка 10 тысяч педиатрических АПУ страны в городской и сельской местности (из них самостоятельных детских поликлиник — лишь 478, из которых половина находится в мегаполисах: Москве и Санкт-Петербурге). Эти учреждения ответственны за здоровье 30,1 млн. детей в возрасте 0—17 лет, или 20,9% от общего числа жителей.

Новая наполняемость первичного звена педиатрической службы обусловлена как диспропорциями в *количественном* и возрастном составе обслуживаемого на участке населения (включая резкое снижение числа детей раннего возраста, появление среди пациентов подростков 15—17 лет и др.), так и, главное — известными изменениями *качественных* характеристик контингента детей и их семей, что требует совершенствования и развития превентивных мер, усиления медико-социального компонента, внедрения межведомственного подхода к решению поставленных задач, программно-целевого планирования и др.

Обсуждаемые уже свыше семи лет [13, 17] ведущие аспекты внедрения принципов общей врачебной практики и семейной медицины в учреждения ОМД, включая детские поликлиники, нуждаются в более подробном анализе, что особо значимо как в тактическом, так и в перспективном планах. Особенно на фоне завершающегося в стране перехода детских АПУ на систему непрерывного медицинского наблюдения на педиатрическом участке за ребенком с рождения (а с учетом антенатальной профилактики — задолго до него) и до достижения подростком возраста 17 лет включительно.

Обсуждая вопросы внедрения указанных принципов в учреждения первичного звена системы ОМД, мы не можем не обратить внимание и на имеющий место — применительно к службе педиатрии — ряд противоречий в интерпретации термина «*семейный врач*», которые, по нашему мнению, необходимо принимать во внимание как при разработке стратегии дальнейшего развития системы, так и при научном обосновании оптимальных организационных технологий ее функционирования на ближайшую перспективу.

1. Всегда считалось, что на протяжении своей жизни ребенок вплоть до достижения 15-летнего возраста обслуживается детским АПУ по принципу «единого педиатра». Однако лишь около половины детей, особенно в городской местности, в течение этого периода времени наблюдались одним и тем же участковым врачом (в силу перемены педиатром места жительства, его ухода в декретный отпуск, длительных заболеваний, попеременного проживания ребенка у родителей и бабушек-дедушек и иных причин).
2. Понятие «семейный врач» — совсем не новая трактовка, по крайней мере, для педиатрической практики, особенно в условиях села.

Сегодня же при обслуживании участковым педиатром детей и подростков как в городах, так и в сельской местности реально говорить о принципах семейной медицины. Мнение о том, что врач ЦРБ, участковой больницы или амбулатории, как правило, длительно наблюдающий членов одной семьи разного возраста, и так является своего рода семейным врачом, явно преувеличено.

Вклад этого специалиста в дело развития и воспитания здорового ребенка не может быть в полной мере результативным, если он, как минимум:

- не знает специфических особенностей родословной своего пациента, состояния здоровья членов его семьи, наследственных факторов, предопределяющих те или иные отклонения в развитии или формировании генетически детерминированной патологии как самого ребенка и его сибсов (брата, сестры), так и в будущем его собственно потомства;
- не знаком с условиями жизни и воспитания ребенка в семье, ее социально-гигиеническими характеристиками: со-

ставом и типом семьи, особенностями жилища, наличием факторов социального риска у членов семьи (алкоголизм, наркомания, асоциальное поведение, жестокое обращение с детьми) и т.п.;

- не проводит с родителями ребенка, в семье необходимые превентивные санитарно-просветительные и гигиенические мероприятия по формированию с детского возраста потребности в здоровом образе жизни и т.д.

К тому же участковый педиатр нередко пролонгированно наблюдает вполне конкретную семью: по мере взросления своего пациента он может стать также и лечащим врачом его детей, а иногда и внуков.

Все это необходимо, по нашему мнению, учитывать педиатрической службе при планировании и непосредственной организации работы учреждений ПМСП, деятельность которых в современных условиях нуждается в серьезном научном обосновании в ходе специально проведенных комплексных исследований, экспериментальной проработки, обобщения и анализа зарубежного и отечественного опыта.

Известно, что в рамках отечественной концепции развития службы врача общей практики (семейного врача) предлагалось на первых этапах реформирования ПМСП интегрировать все службы первого контакта (терапевт — педиатр — акушер-гинеколог) в единый блок для оказания медицинской помощи всей семье (используя известный опыт г. Иванова по функционированию соответствующих АТПК-комплексов с медицинским обеспечением детей первого года жизни). В дальнейшем предполагался поэтапный перевод обслуживания детей в рамки семейной практики: вначале подростков, затем детей школьного возраста и т.д. Участковая педиатрическая служба постепенно влилась бы в службу врача общей практики, которая взяла бы на себя, в конечном итоге, полное обслуживание семьи, а сам участковый врач-педиатр при этом стал бы консультантом для данного специалиста.

Но эти «прожекты» появляются в сложных условиях функционирования отечественной педиатрической службы, постоянно имеющей дело с целым рядом объективных трудностей.

В одной из фундаментальных работ последних лет в области педиатрии [1] отмечается: «... сложившаяся в начале XXI века ситуация со здоровьем детей России не только, а может, и не столько связана с кризисом и тра-

гическими издержками четвертой в XX столетии российской революции, она есть результат переплетенных в один тугий узел пяти причин: недостаточное (и это сказано очень мягко!) внимание к здоровью подрастающего поколения со стороны общества и государства; пассивное (потребительское) отношение к своему здоровью большинства членов общества...; неточные акценты и приоритеты в развитии фундаментальной педиатрической науки; неэффективность проводимых профилактических мероприятий...; издержки в подготовке врачей (подготовка педиатра как врача-лечебника, а не профилактика) и в идеологии их деятельности...».

Материалы наших многолетних комплексных социально-гигиенических и медико-организационных исследований подтверждают эти основные причинные факторы, требующие принятия конкретных оперативных мер по каждому из выделенных блоков, в первую очередь, со стороны государства, специалистов, ученых, общественности.

Среди них, прежде всего, — очевидное противоречие между декларируемыми, заложенными в Конституции страны, Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и других официальных документах государственными принципами медицинской деятельности (доступность медицинской помощи, профилактическая направленность здравоохранения, единство медицинской науки и практики), с одной стороны, и их практической реализацией — с другой. Нормы права, врачебная мораль стали все более отчуждаться от действующей практики отношений в здравоохранении. Все эти факты выявляются в том числе и нашими исследованиями, а также регулярно излагаются в представлениях Генпрокуратуры Российской Федерации в Министерство здравоохранения и социального развития.

Подчеркнем, что сегодня по характеру своей деятельности на территориальном участке именно врач-педиатр, как и медицинская сестра (мы считаем целесообразным применение термина «участковая бригада»), ощущают негативные последствия происходящих в обществе реформ: психологический стресс, социально обусловленные заболевания, раннее начало половой жизни, распад института семьи и т.д.

В современных условиях на детские поликлиники, прежде всего на участковую службу и на создаваемые в амбулаторно-поликлиниче-

ских учреждениях отделения (*кабинеты*) *медико-социальной помощи* помимо традиционных функций превентивной направленности возлагается и целый ряд новых задач. В частности, профилактика и раннее выявление потребления психоактивных веществ (наркотиков, табака, алкоголя, токсикоманических средств), иных форм проявления социального неблагополучия в семьях; гигиеническое (в том числе половое) воспитание; подготовка к семейной жизни, к осознанному родительству, ориентация на здоровую семью; формирование с как можно более раннего возраста осознанной потребности в личной гигиене, здоровом образе жизни; сохранение и укрепление репродуктивного здоровья; оказание медико-психологической помощи; врачебно-профессиональное консультирование, включая определение профпригодности и медицинское обеспечение профессиональной ориентации детей; организация социально-правовой работы; медицинское обеспечение приписки и призыва юношей на воинскую службу и др.

О возросшем объеме осуществляемых участковым педиатром мер медико-профилактического характера и связанной с этим повышенной ответственности за их оказание можно судить на примере только некоторых из этих разделов. Так, подавляющее большинство медицинских работников, связанных с медицинским обеспечением подготовки граждан к военной службе: руководители и специалисты органов управления здравоохранением, педиатры АПУ, врачи-специалисты военных комиссариатов (77,0%, 85,6% и 84,9% соответственно) — высказались за введение в детских поликлиниках штатной должности врача, ответственного за данный фронт работ (Ядчук В.Н., 2004).

Материалы наших социологических исследований убедительно доказывают, что и руководители педиатрической службы, и сами участковые педиатры базовых территорий считают целесообразным введение в детские АПУ штатной должности подросткового врача-терапевта как консультанта по целому ряду аспектов подросткового периода. При этом не может не вызывать тревогу то обстоятельство, что, по данным Минздравсоцразвития РФ, численность этих специалистов существенно уменьшилась — с 2,3 тыс. в 1999-м до 2,0 тыс. в 2003 г.

Сложившееся положение с состоянием здоровья, возросшими медико-социальными по-

требностями обуславливает необходимость введения в штаты детских АПУ и таких специалистов, как медицинский психолог, врач акушер-гинеколог, юрисконсульт, социальный работник.

Ситуация с ресурсами *врачей-педиатров* неоднозначна. Обеспеченность этими специалистами в целом по России в 2004 г. составила 20,0 на 10 тыс. детского населения в возрасте 0—17 лет (в 2002 г. — 19,7). В Москве (28,5), в Санкт-Петербурге (30,9), Ивановской области (29,2) и в некоторых других территориях этот показатель значительно выше среднероссийского, тогда как в Республике Ингушетия (6,1), Алтае и Бурятии (по 9,0) существенно ниже [10].

Какова же в этих условиях роль амбулаторно-поликлинической педиатрической службы, *участковых врачей-педиатров*, численность которых в стране в городской и сельской местности достигает 23 тысяч, сократившись за последние 7 лет, по разным причинам, на 12% (а в участковом терапевтическом звене — даже на 15%) [14]? Какие же шаги следует сделать в части вузовской подготовки и последипломного обучения педиатров, ра-

циональной организации их деятельности на территориальном участке, включая и вопросы мотивации труда, социальной защищенности самого медицинского персонала и др.?

Данные вопросы заслуживают рассмотрения в специальной публикации.

Полагаем, что педиатрическая служба, используя внутренние резервы, в состоянии внести посильный вклад в укрепление здоровья подрастающего поколения. Но все дело охраны здоровья детей нуждается в постоянной и надежной государственной поддержке. На это, в частности, и нацелены подготовленные при нашем участии, утвержденные в феврале 2005 г. коллегией Минздравсоцразвития РФ и переданные в Правительство проект «Концепции охраны здоровья детей в Российской Федерации до 2010 года» и «План мероприятий» по ее реализации, а также «Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2010 года (Национальный план действий в интересах детей)».

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. — М.: Династия, 2003. — 512 с.
2. Воронцов И.М. Здоровье и нездоровье ребенка как основа профессионального мировоззрения и повседневной практики детского врача // Рос. педиатрический журн. — 1999. — № 2. — С. 6—13.
3. Денисов И.Н. Организационные и социально-экономические проблемы развития общеврачебной практики // О мерах по повышению эффективности использования ресурсов в здравоохранении: Сб. докладов выездной коллегии МЗ РФ 27—28 ноября 2001 г. — М.-Самара, 2001. — С. 136—140.
4. Десять лет российских реформ глазами россиян // Социологические исследования. — 2002. — № 10. — С. 22—37.
5. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. — М., 2005. — 106 с.
6. Здоровье — 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. — Копенгаген, 1999. — 310 с.
7. Кулаков В.И., Данилишина Е.И., Чичерин Л.П. Охрана здоровья женщин и детей // Здравоохранение России. XX век / Под ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепи-на. — М.: GEOTAP-MED., 2001. — С. 125—173.
8. Куценко Г.И., Чичерин Л.П. Охрана здоровья и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам на современном этапе // Моделирование, оптимизация и компьютеризация в сложных системах: Кн. 10. — Воронеж, 2000. — 475 с.
9. Лисицын Ю.П. Реформы назрели! Но для их реализации нужна политическая воля // Медицинская газета. — 2003. — 12 марта.
10. Медико-социальные показатели деятельности службы семьи, охраны материнства и детства в 2004 году. — М.: «ГРАНИЦА» pre-press, 2005. — 112 с.
11. Первичная медико-санитарная помощь в 21-м столетии — это дело каждого: Заявление международного совещания в честь 20-летнего юбилея Алма-Атинской конференции. — Же-нева: ВОЗ, 1999. — 7 с.
12. Полупина Н.В. Семейная медицина — за и против // Рос. медицинский журн. — 2004. — № 2. — С. 3—4.
13. Чичерин Л.П., Грачева А.Г. Педиатр общей практики: проблемы, перспективы // Вопр. современной педиатрии. — 2003. — Т. 2, приложение 1. — С. 407.
14. Чичерин Л.П., Жданова Л.А., Штульберг М.Х. Актуальные вопросы организации специали-

- зированной помощи подросткам в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1999. — № 6. — С. 36—40.
15. Чичерин Л.П. Проблемы общей врачебной практики в педиатрии // Рос. медицинский журн. — 2005. — № 1. — С. 3—9.
16. Чичерин Л.П. Состояние и перспективы амбулаторно-поликлинической помощи детям в России // Рос. медицинский журн. — 2003. — № 4. — С. 3—10.
17. Щепин О.П., Овчаров В.К. Опыт развития первичной медицинской помощи в Российской Федерации и за рубежом // здравоохра-
- нение Российской Федерации. — 2001. — № 5. — С. 3—5.
18. Щепин О.П., Овчаров В.К. Развитие первичной медицинской помощи и службы врача общей практики (семейного врача) в современном здравоохранении // Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко. — 1998, Вып. 2. — С. 11—22.
19. Юрьев В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2000. — № 4. — С. 3—5.

Поступила 06.02.2006 г.