

Здравоохранение

журнал для руководителя и главного бухгалтера

№9
2010

**ПРИОРИТЕТНЫЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ**

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛПУ

ЭКОНОМИКА ЛПУ

ОФИЦИАЛЬНАЯ ХРОНИКА

**НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ
И КОММЕНТАРИИ**

ОПЛАТА И ОХРАНА ТРУДА

**БУХГАЛТЕРСКИЙ УЧЕТ
И НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ**

СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА



МЦФЭР
медицина

Здравоохранение журнал для руководителя и главного бухгалтера



№ 9
2010

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛПУ

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

ЭКОНОМИКА ЛПУ

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РФ

ОФИЦИАЛЬНАЯ ХРОНИКА

**НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ
И КОММЕНТАРИИ**

МАСТЕР-КЛАСС РУКОВОДИТЕЛЯ

ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

СОВРЕМЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

- ГИРИХИДИ В.П. – канд. мед. наук, директор Издательского дома МЦФЭР
- ТЭГАЙ Н.Д. – канд. мед. наук, заслуженный врач РФ, главный редактор журнала "Здравоохранение"
- АНДРЕЕВА О.В. – д-р мед. наук, профессор, начальник Инспекции по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом Федерального фонда ОМС Счетной палаты РФ
- ВЕНЕДИКТОВ Д.Д. – д-р мед. наук, профессор, чл.-корр. РАМН, зав. кафедрой медицинской информатики и управления при Президиуме РАМН
- ГЕРАСИМЕНКО Н.Ф. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, зав. кафедрой основ законодательства в здравоохранении Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья
- ГРИШИН В.В. – д-р экон. наук, профессор, помощник Председателя Счетной палаты РФ
- КОВАЛЕВСКИЙ М.А. – советник Конституционного Суда Российской Федерации
- ОНИЩЕНКО Г.Г. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- САФОНОВ А.Л. – д-р экон. наук, профессор, заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- СЕМЕНОВ В.Ю. – д-р мед. наук, профессор, министр здравоохранения Московской области
- СТАРОДУБОВ В.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России
- ЧИЖИК Л.И. – канд. социол. наук, заслуженный работник социальной защиты населения РФ, заместитель председателя правления Пенсионного фонда Российской Федерации
- ШАРАПОВА О.В. – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, главный врач роддома № 4 г. Москвы
- ЮРИН А.В. – заслуженный экономист Российской Федерации, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ ЖУРНАЛА “ЗДРАВООХРАНЕНИЕ”

- АЛЕКСАНДРОВА О.Ю.** – д-р мед. наук, профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова
- ВЛАСЕНКО Т.Я.** – доцент кафедры развития здравоохранения и медицинского страхования Института развития дополнительного профессионального образования Федерального агентства по образованию
- ГАЙДАРОВ Г.М.** – д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, министр здравоохранения Иркутской области
- КАДЫРОВ Ф.Н.** – д-р экон. наук, зам. председателя Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга
- СТЕПАНОВ В.В.** – канд. мед. наук, доцент, ученый секретарь диссертационного совета, зав. сектором координации научных исследований и информации Национального НИИ общественного здоровья РАМН
- ФЛЕК В.О.** – д-р мед. наук, профессор, зам. директора Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России
- ХУБИЕВА М.Ю.** – канд. фарм. наук, зам. начальника Управления организации государственного контроля обращения медицинской продукции Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития
- ЦАРИК Г.Н.** – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и медицинской информатики Кемеровской государственной медицинской академии
- ШАМШУРИНА Н.Г.** – д-р экон. наук, профессор кафедры социологии медицины и экономики здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ

Хроника событий	7
Официальные новости.....	7
Новости регионов	13
О соблюдении конституционных прав граждан на социальное обеспечение и медицинскую помощь и прав и законных интересов ребенка (по материалам доклада Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2009 г.)	15

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛПУ

С.А. СУСЛИН Современные подходы к определению качества медицинской помощи	25
И.В. САМОРОДСКАЯ, Ю.В. БАТРОВА Об организации хирургической помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (социологическое исследование)	33

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

А.В. ШАБРОВ, С.В. РИЩУК, В.Е. МИРСКИЙ, Е.В. ИЛЛАРИОНОВА Состояние здоровья молодого поколения России и проект реформы по его улучшению	39
---	----

ЭКОНОМИКА ЛПУ

И.О. ТРЯСУЧЕВ, И.В. ПАЧГИН Инсулиннезависимый сахарный диабет: развитие осложнений и рост прямых затрат системы ОМС на медицинскую помощь	51
---	----

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РФ

О.В. АНДРЕЕВА, Н.В. БЕЛОВА Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения (продолжение)	61
---	----

ОФИЦИАЛЬНАЯ ХРОНИКА

НОВОЕ в российском законодательстве	73
--	----

**НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ
И КОММЕНТАРИИ**

ОБЗОР приказов Минздравсоцразвития России	77
ПРИКАЗ Минздравсоцразвития России от 06.11.2009 № 869 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»» (окончание)	81

ПРИКАЗ Минздравсоцразвития России от 25.01.2010 № 23н “Об утверждении формы акта об оставлении ребенка матерью, не предъявившей документа, удостоверяющего ее личность, в медицинской организации, в которой происходили роды или в которую обратилась мать после родов”	96
ПРИКАЗ Минздравсоцразвития России от 04.02.2010 № 60н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами”	98
ПРИКАЗ Минздравсоцразвития России от 05.02.2010 № 63 “Об организации мониторинга заболеваемости населения Российской Федерации гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями”	108
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 12.04.2010 № 61-ФЗ “Об обращении лекарственных средств” (продолжение)	112
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 08.05.2010 № 83-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений” (извлечения)	140

МАСТЕР-КЛАСС РУКОВОДИТЕЛЯ

И.Н. ДЕНИСОВ

Развитие общей врачебной практики в России: состояние, проблемы и перспективы	155
--	-----

ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

И.С. ЦВЕТКОВА

Различия терминов “страховой стаж” и “стаж на соответствующих видах работ”	165
---	-----

СОВРЕМЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Н.Е. ЛАРИНСКИЙ

Применение магнитотерапии в лечении сердечно- сосудистой патологии	171
---	-----

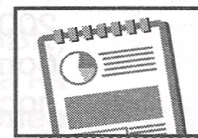
А.В. ШАБРОВ,
д-р мед. наук, проф., академик РАМН, заслуженный деятель
науки РФ, ректор ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская
государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова»,

С.В. РИЦУК,
д-р мед. наук, проф., зам. директора по лечебной работе,

В.Е. МИРСКИЙ,
д-р мед. наук, проф., директор,

Е.В. ИЛЛАРИОНОВА,
зам. директора,

Северо-Западный институт андрологии, г. Санкт-Петербург



Состояние здоровья молодого поколения России и проект реформы по его улучшению

В числе задач по обеспечению национальной безопасности России и ее динамичному социально-экономическому развитию – преодоление демографического кризиса, обусловленного низкой рождаемостью, высокой заболеваемостью и преждевременной смертностью населения. Несмотря на наметившиеся в последние годы положительные тенденции, демографическая ситуация в России остается достаточно сложной. По многочисленным прогнозам демографов в краткосрочной перспективе процесс снижения рождаемости и переход от многодетных семей к семье с единственным ребенком как в городской, так и в сельской местности. Если естественный прирост населения не изменится, то, по данным Росстата, к 2050 г. население России составит всего 130 млн чел. (по данным ООН – до 107,8 млн чел.).

Сложная демографическая ситуация во многом обусловлена низким репродуктивным потенциалом молодежи, вступающей в семейную жизнь. Распространенность бесплодного брака в некоторых регионах России превышает критический уровень и составляет от 8 до 19,6% [1, 2]. При этом удельный вес мужского бесплодия имеет тенденцию к росту и приближается к 50–60% [2, 3, 4, 5].

Заболеваемость детей и подростков. Особую тревогу вызывает рост заболеваемости подростков. В резолюции XVI Съезда педиатров России (2009) было отмечено, что за последние пять лет частота диагностированной гинекологической и андрологической патологии у детей разного возраста увеличилась на 30–50%. Имеются многочисленные данные о том, что около 60% заболеваний детского и подросткового возраста могут представлять угрозу фертильности [3, 6, 7, 8]. Возникает замкнутый круг: «больные дети – больная молодежь – больные родители – больные дети» [9]. Трудно ожидать, что от больных родителей родится здоровый ребенок.

По данным Росстата и Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России,

около 40% рождающихся детей нездоровы. Доля здоровых детей к окончанию обучения в школе не превышает 20%. По результатам активных осмотров 170 тыс. детей и подростков сотрудниками Северо-Западного института андрологии (г. Санкт-Петербург) уровень андрологической патологии у мальчиков и юношей в Великом Новгороде составил 454,8 на 1 тыс. чел. соответствующего населения, в Барнауле – 448,9, в Новгородской области – 283,0, в Санкт-Петербурге – 153,1 [10]. По данным осмотров 2009 г. только во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга частота андрологической патологии за 10 лет увеличилась в 4 раза (из доклада Законодательному Собранию г. Санкт-Петербурга, 2009). Несвоевременное выявление и коррекция андрологических заболеваний у детей и подростков может привести к крайне негативным последствиям.

Так, несвоевременная диагностика и коррекция в детском и подростковом возрасте таких заболеваний, как варикоцеле, крипторхизм, пахово-мошоночные грыжи, гипогонадизм, задержка полового развития, могут провоцировать эректильные нарушения, нарушения функции репродуктивных органов, онкозаболевания, задержку и нарушение психического развития. Все это приводит к мужскому бесплодию, феминизации мужского населения и, как следствие, – к снижению прироста населения, что, в свою очередь, ведет к снижению экономического и военного потенциала России.

Реальные цифры распространенности этой патологии, часто приводящей к нарушению фертильности мужского населения регионов России, отсутствуют. Причины этого таковы:

- низкая обращаемость подросткового населения в медицинские учреждения из-за бессимптомного течения андрологических заболеваний (крипторхизма, варикоцеле, гипогонадизма, задержки полового развития), нарушающих репродуктивную функцию мужчины в детском и подростковом возрасте, требующих своевременного активного выявления, лечения и длительного диспансерного наблюдения;
- не организованы на должном профессиональном уровне медицинские осмотры детского и подросткового населения в дошкольных и школьных учреждениях ввиду отсутствия или нехватки квалифицированных специалистов-андрологов и крайне низкого их материального обеспечения;
- практически отсутствует привлечение средств массовой информации для разъяснения родителям необходимости профилактических осмотров детей и подростков [11].

Состояние здоровья призывников Вооруженных Сил РФ. Хотелось бы обратить особое внимание на количественное и качественное укомплектование личного состава Вооруженных Сил РФ (ВС РФ). Задача комплектования здорового пополнения для армии и флота приобрела государственное значение. По мнению В.Н. Грошева и соавт. [12], состояние затяжного психоэмоционального стресса, в котором живут 70% населения России, снижает приспособительные и компенсаторные

механизмы поддержания здоровья и существенно снижает численность лиц, годных к службе в Вооруженных Силах. Подростки, как известно, представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

По данным Генерального штаба ВС РФ, в 2008 г. медкомиссии военкоматов освободили от службы в связи с неудовлетворительным состоянием здоровья каждого третьего призывника. На дополнительные обследования было направлено 10% призывников, а еще около 50% имели ограничения по состоянию здоровья, не позволяющие служить в частях ВДВ и ВМФ.

Председатель Центральной военно-врачебной комиссии (ЦВВК) Минобороны России В.В. Куликов сообщил, что в 2009 г. от призыва на военную службу по состоянию здоровья получили отсрочки более 614 тыс. юношей, что составило почти 30% от числа всех освидетельствованных в стране. Из этого числа около 200 тыс. ежегодно освобождается от военной службы из-за дефицита массы тела, 109 тыс. – из-за сколиоза и плоскостопия и более 100 тыс. – из-за психических расстройств. По мнению председателя ЦВВК, в 2010 г. на воинский учет будет поставлено только чуть более 600 тыс. юношей (в 2006 г. их было более 1 млн). Если не будут приняты меры по оздоровлению подросткового населения, то около 400 тыс. человек из 600 тыс. будут освобождены от военной службы по состоянию здоровья.

Заболеваемость в ВС РФ увеличивается и среди молодого офицерского состава. Ежегодно из армии и флота досрочно увольняются по медицинским показаниям около 7 тыс. офицеров. Среди них около 40% – это молодые офицеры, не выслужившие положенные сроки военной службы.

По данным проф. А.М. Куликова, заведующего кафедрой подростковой медицины и валеологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, за последние два года у подростков призывного возраста (15–18 лет) на 28% возросло количество заболеваний; на 32% увеличилось число юношей, признанных не годными к службе в армии, а среди призванных около 40% не годны к строевой службе. Настораживает то, что на третьем месте среди причин освобождения от службы стоят психические заболевания, наркомания и алкоголизм (каждый 9-й подросток призывного возраста в стране – наркоман). На 18% снизились показатели мышечной силы будущих защитников родины и на 15% – объема легких. Подобные масштабы происходящего, по мнению А.М. Куликова, – фактор, угрожающий безопасности нашей страны.

Результаты работы подростковых центров в четырех районах Санкт-Петербурга свидетельствуют о том, что на 1 тыс. несовершеннолетних петербуржцев мужского пола приходится более 3 тыс. всевозможных заболеваний, а в возрастной группе от 15 до 17 лет – более 4 тыс. На первом месте болезни органов дыхания, пищеварения и костно-мышечной системы (искривление позвоночника), более трети подростков имеют дисгармоничное развитие, у каждого десятого найдены от-

клонения в половом развитии. Только 17% подрастающих мужчин были признаны здоровыми.

По данным С.Б. Белогорова и соавт. [13], состояние здоровья юношей Иркутской области, достигших призывного возраста, за исследуемый нами период имеет резко негативную динамику. Основную долю в заболеваемости призывников, приведшую к негодности к службе в ВС РФ, составляют психические расстройства (31,1%), эндокринные болезни и расстройства питания (14,5%), а также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и болезни пищеварительной системы (по 9,2% соответственно).

В структуре психических расстройств у молодых людей призывного возраста доминируют умственная отсталость (37,9%), расстройства личности (27,2%) и психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (9,03%). В среднем у половины подростков заболевания впервые выявляют в возрасте 16–17 лет при освидетельствовании ВВК. На наш взгляд, высокие значения показателя впервые выявленных заболеваний при первоначальной постановке на воинский учет отражают степень охвата и качество медицинской помощи, оказываемой подросткам.

Президент РФ Д. Медведев выразил обеспокоенность состоянием здоровья российских призывников, обратив внимание на то, что в течение последних 20 лет число молодых людей, годных к военной службе, сократилось почти на треть, а более чем у 40% юношей допризывного возраста состояние здоровья и физическая подготовка не соответствуют армейским требованиям. На заседании президиума Госсовета, посвященного допризывной подготовке молодежи, Президент РФ напомнил, что в соответствии с утвержденной военной стратегией комплектование армии и флота до 2020 г. останется смешанным, причем трое из четырех военнослужащих будут набираться по призыву. В связи с этим Президент указал на необходимость создания современной системы допризывной подготовки молодежи. Он подчеркнул, что для решения этой проблемы потребуются совместные усилия федеральных ведомств, регионов, муниципалитетов, учебных заведений и общественных организаций.

Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на состояние здоровья населения. *Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)* – один из вариантов воспроизводства населения. Их можно назвать “методами отчаяния”. Необходимо задуматься над тем, что большинство причин, вынуждающих проводить ВРТ, не исчезают и нередко мешают нормальному развитию беременности. У родившихся детей не исключено появление различных соматических и психических нарушений в будущем, поэтому искусственная беременность, на наш взгляд, не в пользу появления здорового поколения.

Подтверждение сказанного выше – крайне низкая эффективность метода – не более 25% от общего количества удавшихся оплодотворений заканчиваются родами [2]. Отсюда колоссальные неоправданные затраты со стороны государства. Кроме того, указанный процент оплодотворений характеризует не самые здоровые семьи, в которых часто (уже по официальным данным) рождаются больные дети.

Главный внештатный специалист – педиатр Минздравсоцразвития России академик РАМН А.А. Баранов, выступая в Государственной Думе и на слушаниях в Общественной палате, сообщил о том, что у 75% детей, рожденных в результате ВРТ, имеются те или иные отклонения в состоянии здоровья. Это намного больше, чем у детей, рожденных без применения ВРТ. Эти факты подтверждены многими зарубежными и отечественными исследованиями.

Данные наблюдений о состоянии здоровья детей, родившихся с применением ВРТ, представлены Научным центром здоровья детей РАМН (табл. 1, 2). Специалисты Центра уверены, что благоприятный исход методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – зачатие и вынашивание ребенка – во многом зависит не столько от технических сложностей и тщательности выполнения микрохирургических манипуляций, сколько от состояния здоровья вынашивающей индуцированную беременность женщины и первичных причин бесплодия, а также от количества имплантированных эмбрионов.

Таблица 1

**Сравнительная характеристика новорожденных после ЭКО
и зачатых в естественном цикле, %**

Характеристика новорожденных	Новорожденные после ЭКО (n = 65)	Новорожденные, зачатые в естественном цикле (n = 17 120)
Доношенные	75,3	96
Недоношенные	24,6	4
Двойни	31,6	0,6
Дети с массой > 4000,0 г	8,2	12
Дети с массой < 1500,0 г	6,2	0,5

Таблица 2

Заболеваемость новорожденных по отдельным нозологическим формам, %, 2001–2004 гг.

Патология	Дети после ЭКО	Естественное зачатие
Задержка внутриутробного развития	21,5	21
Врожденные пороки развития	30	7
Внутриутробные инфекции	31	20
Синдром дыхательных расстройств	31	14
Патологическая гипербилирубинемия	31	8
Постгипоксические состояния	62	8

В последние годы в России получила распространение практика проведения ЭКО или *внутрицитоплазматической инъекции сперматозоида* (ВЦИС) при тяжелых формах эндокринного бесплодия в семье. При этом, как правило, выполняются многочисленные попытки подсадок одновременно от трех до пяти эмбрионов. Для сохранения такой беременности необходима массивная, небезразличная для плода гормональ-

ная терапия. В некоторых коммерческих центрах репродукции делают до 10–20 попыток ЭКО и ВЦИС для одной семейной пары.

После ЭКО и ВЦИС беременность у женщин чаще всего прерывается по медицинским показаниям досрочно (на 27–32-й неделе). Рождаются близнецы с очень низкой или экстремально низкой массой тела и тяжелой сочетанной патологией (перинатальные поражения центральной нервной системы, задержка внутриутробного развития, внутриутробное инфицирование, пороки развития).

В 2005–2006 гг. в отделении недоношенных детей Научного центра здоровья детей РАМН был проведен анализ состояния здоровья и развития 38 младенцев, зачатых с помощью ЭКО и находившихся под наблюдением. Из этих детей лишь один родился от одноплодной беременности, 22 ребенка – дети из двойни, 15 – дети из тройни. Все дети родились недоношенными, 82% детей родились от матерей с эндокринно-иммунными формами бесплодия, 10,5% детей – с экстремально низкой массой тела. В продолжительной *искусственной вентиляции легких* (ИВЛ) нуждались 12 детей (31,6%). Все дети имели тяжелые проявления перинатального поражения центральной нервной системы (церебральная ишемия 2–3-й степени). Около 30% перенесли внутриутробную пневмонию, 10,5% имели врожденные пороки развития. Трое детей (7,9%) вследствие тяжелой сочетанной патологии погибли до достижения трехмесячного возраста. Все выжившие дети на первом году отставали в физическом и психомоторном развитии.

Напомним еще об одном аспекте проблемы. Педиатры считают, что естественные границы педиатрии должны охватывать период от момента зачатия ребенка (а не рождения!) и минимально до 18 лет, а идеально – до 21 года, когда наступает психологическая стабилизация подростка. Эта тема сейчас активно обсуждается на европейских и всемирных конгрессах педиатров. В соответствии с этим детские врачи обеспокоены ситуацией с так называемой редукцией эмбрионов (для более успешного вынашивания при первичной подсадке трех-пяти эмбрионов далее редуцируют один-два). При этом грубо нарушаются права внутриутробного плода на жизнь, возникает опасность травматизации других эмбрионов.

Таким образом, широкое применение искусственного оплодотворения может впоследствии негативно отразиться на состоянии общего и репродуктивного здоровья рожденных детей. Нельзя забывать и о возможных осложнениях у самих женщин в момент проведения искусственного оплодотворения (об истинном числе осложнений специалисты умалчивают). Женщины часто бывают недостаточно подготовлены к проведению ЭКО, что может мешать нормальному течению беременности и родов.

Проект реформы по оздоровлению детского, подросткового населения и семейных пар в РФ

Принимая во внимание огромную социальную значимость изложенного выше и большой научно-практический опыт в области репродуктологии по оздоровлению детского и подросткового населения в Северо-

Западном федеральном округе, мы предложили Правительству РФ проект реформы. Этот проект включает следующие положения:

1. Создать при органах управления здравоохранением (вначале в г. Санкт-Петербурге, Ленинградской области и других областях Северо-Западного федерального округа, а затем и по всей России) специализированную детскую и подростковую андрологическую службу. Это позволит активно и своевременно выявлять андрологическую патологию у детей и подростков, проводя ее коррекцию и диспансерное наблюдение еще до вхождения в репродуктивный возраст. В свою очередь это даст возможность повысить репродуктивный потенциал мужского населения и снизить частоту мужского бесплодия.

Основные задачи детской и подростковой андрологической службы:

- активное выявление андрологической патологии с участием детских андрологов города, района, региона;
- обеспечение высокого уровня углубленной диагностики андрологической патологии (на базе Центра репродуктологии и андрологии и филиалов, центров здоровья, детских поликлиник и больниц) с использованием современных информативных методов исследования;
- консервативное и хирургическое лечение андрологических заболеваний с привлечением детских урологов;
- проведение диспансеризации, противорецидивной терапии и реабилитации высококвалифицированными специалистами;
- постоянное проведение организационно-методической работы в области детской андрологии;
- внедрение четырехэтапной модели детской и подростковой андрологической службы: 1) участковые педиатры и врачи образовательных учреждений; 2) уроандрологические кабинеты на базе детских поликлиник; 3) городские (областные) центры репродуктивного здоровья детей и подростков или городские (областные) уроандрологические диспансеры; 4) специализированные андрологические отделения детских многопрофильных больниц, а также Центра репродуктологии и андрологии и филиалов.

2. Перепрофилировать часть Центров здоровья в учреждения, которые будут заниматься повышением репродуктивного здоровья детского и подросткового мужского населения, а также молодых семейных пар. В связи с этим учредить в Северо-Западном федеральном округе (в качестве пилотного проекта), а затем и в других регионах Государственный научно-практический центр репродуктологии и андрологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, базирующийся на территории г. Санкт-Петербурга с филиалами в городах Вологде, Архангельске, Калининграде, Мурманске, Новгороде и Пскове, в Республике Карелия, Республике Коми и Ненецком автономном округе.

Основными задачами Центра и филиалов должны быть следующие:

- организация и проведение скрининговых обследований детей и подростков в Ленинградской области и других областях Северо-

Западного федерального округа на предмет выявления андрологической патологии с привлечением специалистов Центра и медицинских учреждений на местах. Обязательное создание единой компьютерной базы, учитывающей результаты обследования каждого подростка;

- формирование мобильных передвижных врачебных бригад в Центре и в филиалах, занимающихся проведением скрининговых обследований мальчиков и подростков в учебных учреждениях районов;
- включение в осмотр исследования букального эпителия с оценкой полового хроматина и некоторых иммунологических показателей, взятие венозной крови для определения гормонов;
- организация проведения дальнейшего углубленного обследования и лечения детей и подростков с уже выявленной андрологической патологией;
- организация проведения амбулаторного и стационарного (хирургического) лечения как на базе Центра, так и с привлечением других специализированных медицинских учреждений;
- организация регулярного диспансерного наблюдения детей и подростков с выявленной андрологической патологией после проведения консервативного и/или оперативного лечения;
- организация проведения диагностических мероприятий по выявлению инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей и подростков, прямо или косвенно нарушающих их репродуктивный потенциал;
- организация массовой санитарно-просветительной работы с целью донести до населения Северо-Западного федерального округа серьезность проблемы нарушения репродукции и важность проводимых мероприятий; широкое использование потенциала научно-практических профессиональных обществ, возможностей средств массовой информации (особенно телевидения), а также научных, методических и популярных изданий;
- организация образовательной деятельности в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования с целью подготовки и усовершенствования медицинских специалистов по репродуктологии, детской и подростковой андрологии;
- развитие научной деятельности.

Научная деятельность предполагает проведение комплексных научных исследований в области детской и подростковой андрологии и репродуктологии; выявление факторов риска возникновения андрологических заболеваний; проведение профилактических мероприятий при воздействии экологических факторов, характерных для той или иной территории проживания. Необходимо также изучение распространенности андрологической патологии у детей и подростков Северо-Западного федерального округа в ближайшие годы и на перспективу с разработкой предложений по оптимизации лечебно-профилактической помощи детям.

Следует в минимальные сроки создать модель оказания андрологической помощи детям и подросткам других регионов России (Урала, Сибири и Дальнего Востока); сформировать научные кадры андрологов для Центра, а также для медицинских учреждений Северо-Западного федерального округа и других федеральных округов Российской Федерации.

Нельзя не сказать и о проведении научных и научно-практических семинаров, конференций, симпозиумов, пленумов; о подготовке публикаций, научных статей и руководств по андрологической тематике.

Важные аспекты деятельности – оказание методической и высококвалифицированной консультативной медицинской помощи учреждениям практического здравоохранения; контроль и тщательная подготовка молодых семейных пар для вспомогательных репродуктивных технологий (по показаниям); проведение высококвалифицированного психологического консультирования детей, подростков и молодых семейных пар.

3. Учредить образовательную систему (на базе имеющихся государственных медицинских академий) по подготовке, переподготовке и усовершенствованию медицинских кадров, в первую очередь для поликлинического звена, по специальностям “репродуктология”, “детская андрология” (в качестве пилотного проекта – на базе Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова и Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии).

Для этого необходимо:

- ввести в Номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденную приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н, специальность “репродуктология”, сформированную на базе основных специальностей – “гинекология”, “урология”, “эндокринология” и “общая врачебная практика (семейная медицина)”. Внести соответствующие дополнения в Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 № 415н.

Репродуктологи как специалисты амбулаторно-поликлинического звена должны заниматься улучшением репродуктивного здоровья семейных пар, приводящего в конечном итоге к естественному зачатию ребенка или (как крайний вариант) к формированию тщательно отобранных и подготовленных групп для искусственного оплодотворения. Это позволит уменьшить количество осложнений во время беременности в результате естественного зачатия и количество осложнений во время проведения ЭКО, а также повысить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий и сохранить здоровье семейных пар для реализации детородной функции в будущем;

– внести изменения в порядок подготовки детских урологов-андрологов, разрешив профессиональную переподготовку по специальности “детская урология – андрология” при наличии послевузовского профессионального образования не только по специальностям “детская хирургия” и “урология”, но также по специальностям “педиатрия”, “детская эндокринология”. Это даст возможность на этапе допубертата и пубертата более эффективно выявлять и своевременно проводить коррекцию заболеваний половой сферы, вызывающих бесплодие у мужчин в репродуктивном возрасте;

– организовать кафедры репродуктологии в системе послевузовского дополнительного профессионального образования для подготовки специалистов-репродуктологов после внесения изменений в Номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденную приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н, в Квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 № 415н (по согласованию с Министерством образования и науки РФ).

4. Ввести должности репродуктологов и детских андрологов в штатное расписание лечебно-профилактических учреждений. При этом использовать уже имеющихся в штате гинекологов, урологов, эндокринологов и врачей общей практики после профессиональной переподготовки по репродуктологии, а также детских хирургов и урологов, педиатров и детских эндокринологов – после профессиональной переподготовки по детской андрологии.

5. Обязать центральные средства массовой информации (особенно телеканалы и газеты) регулярно выделять эфирное время (рубрики) для проведения разъяснительной и общеобразовательной работы по наиболее важным медицинским и социальным проблемам. Наиболее значимым, на наш взгляд, является разъяснение важности диспансеризации населения (в т.ч. детского и подросткового).

Реализация Проекта позволит улучшить состояние здоровья молодых семей и увеличить количество зачатий естественным путем в здоровых семейных парах, снизить осложнения во время беременности и после родов, а также уменьшить смертность новорожденных и качественно улучшить состояние здоровья детей. Это даст возможность сэкономить государственные средства, которые в настоящее время расходуются на лечение всех указанных выше осложнений.

Необходимо более тщательно отбирать и готовить семейные пары к процедурам *вспомогательных репродуктивных технологий* (ВРТ), что позволит повысить эффективность данных технологий (увеличить количество родов с 25 до 50–60%), снизить количество осложнений при проведении циклов ВРТ. Это, в свою очередь, приведет к экономии

средств, расходуемых государством, а также средств семейных бюджетов. Кроме того, снизится число больных детей, рожденных в результате применения ВРТ.

Усиление состава детских андрологов позволит активно и своевременно выявлять патологию у детей и подростков, проводить ее коррекцию и диспансерное наблюдение еще до вхождения в репродуктивный возраст, что, в свою очередь, даст возможность повысить репродуктивный потенциал мужского населения и снизить частоту мужского бесплодия, а также улучшить состояние здоровья призывников.

Повышая репродуктивное здоровье, необходимо в содружестве с другими специалистами заниматься и общим здоровьем (борьба с соматической патологией, психическими нарушениями, инфекцией, наркотикоманией и т. д.) детей и подростков, поскольку репродуктивное здоровье является интегральным показателем общего здоровья.

В результате вышеперечисленных мероприятий, а также благодаря введению материнского (семейного) капитала можно не только повысить рождаемость, но и кардинально улучшить состояние здоровья молодых семейных пар и их детей, сохранить государственные средства, повысить экономический и военный потенциал России.

Список использованной литературы

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 616 с.
2. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с.
3. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков: Информационное письмо Минздрава России. – М., 1999. – 49 с.
4. Тер-Аванесов Г.В. Современные аспекты диагностики и лечения мужского бесплодия // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006, с. 275–360.
5. Здоровье подростков: Руководство для врачей / Под ред. О.В. Шарповой. – СПб., 2007. – 436 с.
6. Кирьянов А.В., Калинин С.Ю. Задержка полового развития у мальчиков // Андрология и генитальная хирургия, 2003, № 2, с. 20–29.
7. Божедомов В.А., Теодорович О.В. Клиническая эпидемиология мужского бесплодия // Сб. материалов II Всероссийской конференции “Мужское здоровье”. – М., 2005. – 39 с.
8. Омаров М.Г., Тарусин Д.И., Румянцев А.Г. Воспалительные заболевания в детской андрологической практике // Лечащий врач, 2005, № 10, с. 70–73.
9. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб.: Петрополис, 2000. – 912 с.
10. Мирский В.Е., Рищук С.В. Руководство по детской и подростковой андрологии (организационно-клинические аспекты): Руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 319 с.

11. *Мирский В.Е.* Медико-социальная оценка репродуктивного здоровья мальчиков и научное обоснование организационных форм его улучшения: Дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2006. – 436 с.

12. *Грошев В.Н., Иванова Н.В., Попова Н.В.* Педиатрическая помощь юношам-подросткам при подготовке их к военной службе // *Здравоохранение РФ*, 2001, № 5, с. 57.

13. *Белогоров С.Б., Долгих В.В., Смирнов Е.Л., Чичкалюк В.А., Атаманюк А.Б., Тунгусов Е.И., Колесникова Е.Н.* Здоровье призывников Иркутской области // *Сибирский медицинский журнал*, 2008, № 4, с. 59–61.

Ссылка:

Шабров А.В. Состояние здоровья молодого поколения России и Проект Реформы по его улучшению / А.В. Шабров, С.В. Рищук, В.Е. Мирский, Е.В. Илларионова // *Здравоохранение (журнал для руководителя и главного бухгалтера)*. - 2010. - №9. – С. 39-50