

**Сейчас немало говорится о повышении качества оказания медицинской помощи детям и её доступности. Но решение этой задачи невозможно без наличия в достаточном количестве хорошо подготовленных кадров.**

Детское население по узко-специализированной патологии обслуживается преимущественно общими специалистами, которые чаще всего не имеют базового педиатрического образования.

Справедливости ради надо сказать, что некоторая специализация осуществляется и в педиатрии. Так, введена специальность неонатолога, что позволило обеспечить реализацию задач по снижению перинатальной и младенческой смертности, а введение специальности «детский кардиолог» улучшило медицинскую помощь детям при сердечно-сосудистых заболеваниях. Есть специальности и «детская хирургия», «детская эндокринология», а недавно появились детские андрологи-урологи.

Этими немногочисленными примерами фактически и ограничивается специализация в педиатрической практике.

Последнее во многом связано с установками в наших законодательных инстанциях, что введение специальностей и для детского населения значительно усилит отрыв их численности от подобных стандартов западных стран. Однако при этом не учитывается, что в нашем государстве, в отличие от других стран, состоялось разделение медицинской помощи взрослому и детскому населению, почему далеко не все кадровые стандарты этих стран могут быть приняты в наших условиях.

К сожалению, раздельная вузовская подготовка не завершилась подобным же разделением на последипломном этапе, особенно при формировании узких специалистов. Так у нас и появились «общие» специалисты, призванные обслуживать «всё» население.

Естественно, руководители детских ЛПУ вынуждены искать выход из этой опасной ситуации, направляя иногда педиатра на специализацию в зависимости от производственной необходимости. В результате, педиатры приобретают специальность невролога, офтальмолога, лор-врача, ортопеда и др., но при этом отсутствует свидетельство, что это «детский» специалист, почему и формируется определённая нестабильность этого кадрового состава педиатрической службы. Кроме того, специализация педиатров осуществляется на «общих» кафедрах, где основная часть их состава работает с преобладающим взрослым контингентом.

Однако в нашем распоряжении всё же имеется несколько специализированных кафедр узкого профиля, которые работают только с детьми и возможности которых необходимо использовать. В основном это Московский педиатрический факультет и педиатрический вуз Петербурга, где имеются детские узкоспециализированные кафедры. Подобные кафедры для последипломной специализации есть и на педиатрическом факультете Российской медицинской академии последипломного образования.

Таким образом, если изначально на вузовском этапе две лечебные службы («взрослая» и «детская») находятся примерно в равных условиях: лечебный факультет готовит врачей «лечебного дела», педиатрический – педиатров, то есть врачей «педиатрического лечебного дела», то в дальнейшем «лечебники» в зависимости от вос-

требованности, главным образом через ординатуру приобретают немало основных медицинских специальностей.

Совсем иная обстановка в педиатрии. Здесь после окончания педиатрического факультета выпускники получают фактически единственную специальность – «педиатр»; только незначительная часть специализируется по детской хирургии или неонатологии. К сожалению, при этом совершенно не учитывается, что педиатрия – это даже не «терапия детского возраста», то есть не только «учение о внутренних

не зрения детей. В результате детская офтальмология нашего государства стала лидирующей среди других стран. Однако в 2002 г. приказом № 236 Минздрава России эта специальность была ликвидирована, что привело к разрушению крайне необходимой структуры для государства. И это несмотря на то, что детская офтальмология – это социально высокозначимая дисциплина.

Можно утверждать, что ухудшение здоровья подрастающего поколения в последние два десятилетия определяется не только действием факторов экономи-

программированные с учётом запасов практического здравоохранения, оценка знаний и умений и пр.) должно решаться совместно с руководящими структурами практической медицины.

Подготовка врачей на вузовском этапе оценивается многоплановой системой контроля (опросы, зачёты, курсы и государственные экзамены и т.п.). Всё это фактически отсутствует при последипломном усовершенствовании.

Следует согласиться с настоятельными предложениями ряда медицинских сообществ о не-

двывается в амбулаторно-поликлинической службе, должна мобилизовать Департамент образования и кадровой политики Минздрава России на принятие безотлагательных мер по подготовке врачей первого уровня в той системе реформирования, которую осуществляет Департамент лечебного профиля. В противном случае это нужно и целесообразно реформирование не сможет обеспечить должного результата.

В свою очередь, и Департамент медицинской помощи детям министерства призван следить

## Проблемы и решения

# Педиатрия – это вся медицина, только «детская»

## Почему же детей лечат специалисты, не имеющие педиатрического образования?



болезнях», а, как уже отмечалось, это «вся медицина, сдвинутая в детский возраст».

Похоже, что подобное неравенство и является одной из причин меньших конкурсов на педиатрическом факультете в сравнении с лечебным. Не следует забывать, что и обучение на педиатрическом факультете проходит с особым напряжением, так как одновременно изучается не только педиатрия, но и особенности патологии взрослого человека. Неслучайно в ряде стран (в том числе и в некоторых штатах США) диплом педиатрического факультета признан наряду с дипломом лечебного факультета. Всё это диктует необходимость включения дополнительных стимулов для педиатрического обучения.

Исходя из всего сказанного, педиатрическая служба должна иметь собственных специалистов, по крайней мере по основным медицинским профессиям. Должны быть детские неврологи, офтальмологи, гинекологи, лор-врачи, психиатры, ортопеды и другие.

Нужно сказать, что понимание этой необходимости и её реализация стали осуществляться ещё в 80-е годы, но в 90-е, когда выстраивалась структура российского здравоохранения по европейским стандартам, без учёта особенностей и традиций отечественной медицины, эти установки были ликвидированы. Например, в своё время благодаря объединённым усилиям ведущих российских офтальмологов (Е.Ковалевского, Э.Аветисова, А.Хватовой, Е.Сидоренко и др.) министерством была утверждена в 1987 г. специальность «детская офтальмология», что дало толчок мощному развитию стройной и действенной системы по охра-

ческого и политического плана, но и слабостью сдерживающих медицинских механизмов, в том числе и отсутствием необходимых специализированных служб в педиатрической практике.

Препятствовать развитию специализированной педиатрической службы нецелесообразно: она не требует дополнительных финансовых вложений, так как общее число врачей специалистов, рассчитанное на всё население, остаётся прежним.

Более того, возрастное разделение вузовского обучения позволяет провести дифференцированную последипломную специализацию при неизмеримо меньших сроках её длительности, в отличие от европейских стран, и на должном международном уровне.

Полагаю, что необходимо создание педиатрической специализированной помощи для детского населения страны.

Разрушительное реформирование медицины 90-х годов и свободное распределение выпускников вузов, вместе с экономическим и социальным расслоением населения, привело к нарастающему дефициту врачебных кадров, особенно в амбулаторной практике, почему имеет место и зачисление медсестёр на врачебные должности. Применительно к детскому ЛПУ подобная практика пока должна быть запрещена, так как в базовых отделах среднего медицинского образования (фельдшерское, сестринское, стоматологическое, лабораторно-диагностическое и др.) педиатрия занимает только 4% учебного времени.

Решение безотлагательных проблем в системе подготовки кадров (клинические базы,

необходимости создания системы оценок «знаний и практического мастерства», приобретённых в процессе усовершенствования. Кроме того, пока последипломная подготовка будет оцениваться только структурами, которые её осуществляют, трудно рассчитывать на их объективность, поэтому предлагается организация аттестационных центров.

К этому можно добавить, что в состав контрольной комиссии наряду с профессорско-преподавательским составом нужно включать и представителей администрации практической медицины, которые несут ответственность за работу врачей, получивших усовершенствование.

Естественно, подобное предложение нуждается в основательном изучении, но отдельные примеры такой необходимости можно привести.

Вспоминается 1984 г. Флагман педиатрического образования страны – 2-й Московский медицинский институт (2-й МОЛГМИ) разрабатывает, а Главное управление учебных заведений (ГУУЗ) Минздрава утверждает для исполнения масштабную программу в объёме почти 200 страниц, где детально отражена подготовка студентов на всех педиатрических кафедрах факультета.

В этот период участковая педиатрия России столкнулась с высокой заболеваемостью детей дошкольного возраста, 95% которых посещали дошкольные учреждения.

Изучение сложившейся обстановки показало, что врачи, ответственные за сохранение здоровья детей в этих учреждениях, не готовы к выполнению своих прямых должностных обязанностей (организация режима питания, закаливания и т.д.).

Однако в утверждённой программе весь блок этих вопросов отсутствовал, и проблемы медицинской помощи в дошкольных учреждениях были отражены в двух словах – «ясли-сад».

Вот почему, когда создавались новые кафедры поликлинической педиатрии в 1986 г., то разработка программы этого профиля 2-й МОЛМИ проводил уже под контролем не только ГУУЗ, но и Главного управления охраны здоровья детей Минздрава России, и данная программа выдержала испытание временем.

Уверена, необходимо взаимодействие, а главное – взаимозаинтересность руководящих структур, обеспечивающих, с одной стороны, подготовку кадров, а с другой – должный уровень и контроль за их работой.

Кстати, та провальная ситуация, которая сейчас скла-

и оценивать возможные последствия тех изменений, которые вносятся Департаментом образования в систему подготовки педиатров. Отсутствие подобной связи и породило, например, недосмотр при подготовке очень своевременного приказа 1998 г. о передаче подростковой медицины в педиатрическую службу. Так, сделанная запись, что обучение студентов по этому разделу должно проводиться на поликлинических кафедрах педиатрических факультетов, не сопровождалось указанием и о переводе соответствующих часов на эти кафедры, которые так и остались на кафедрах терапии лечебного факультета, где прежде осуществлялось освоение этого раздела программы.

В результате отсутствие «подросткового времени» в учебном плане поликлинической педиатрии, особенно в тот период времени, когда в связи с приказом № 237 вообще учебное время на этих кафедрах сокращалось вдвое, и определило весьма и весьма относительное усвоение студентами этой проблемы, что до сих пор отражается на их практической работе с подростками.

Следовательно, необходимо взаимодействие и взаимозаинтересность, прежде всего этих двух структур Минздрава России при решении кадровых проблем отечественной педиатрии.

Подобная установка не должна ограничиваться только уровнем Минздрава России. Она должна быть и в аналогичных структурах вузовских территорий.

Можно рассчитывать, что разработка форм ответственности и структур Департамента здравоохранения вузовской территории за подготовку медицинских кадров позволит целесообразно решать вопросы клинических баз, производственной практики, распределения выпускников и др.

В свою очередь, построение учебного процесса, подготовка кадров в вузе должна проводиться с учётом первоочередных задач практической медицины.

В конечном итоге подобное ответственное взаимодействие будет способствовать оптимальному решению задач по совершенствованию медицинской помощи населению.

**Антонина ГРАЧЁВА,**  
профессор.

Москва.

**НА СНИМКЕ: без знаний особенностей детского организма врачу нечего рассчитывать на успех лечения.**

Фото Валентины ЕВЛАНОВОЙ.