

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ, МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ  
ПРОБЛЕМ СЕМЬИ, МАТЕРИН-  
СТВА И ДЕТСТВА МИНИСТЕР-  
СТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
Д. М. Н., ПРОФЕССОР  
Ольга Викторовна  
Шарапова



Защита семьи, материнства и детства остается важнейшей задачей социальной политики нашего государства.

В настоящее время при общей положительной динамике ряда социально значимых показателей службы охраны материнства и детства сохраняется ряд негативных тенденций. Растут показатели заболеваемости, инвалидности, остаются стабильно высокими показатели смертности в группе детей старше года, показатели материнской смертности хотя и снижаются, но значительно превышают общеевропейские.

Общая численность населения Российской Федерации на 01.01.2004 года составила 143,6 млн. человек, из них доля женщин – 53,3% (76,3 млн.), мужчин – 46,7% (67,3 млн.), женщин репродуктивного возраста – 51% от всего женского населения (39,1 млн.), доля детей в возрасте 0–17 лет включительно – 21,3% от общей численности населения (рис.1).

В настоящее время в Российской Федерации при неуклонном росте абсолютного числа родившихся доля детей в общей структуре населения продолжает снижаться. В 2003 году абсолютное число родившихся составило 1483,2 тыс. человек, что на 86,2 тыс. больше, чем в 2000 году (тогда впервые за многие годы был отмечен рост рождаемости). Общий коэффициент рождаемости вырос до 10,3 на 1000 населения против 8,7 в 2000 году, то есть на 18,4% (рис. 2). При этом за последние 5 лет число детей и подростков сократилось на

3,2 млн. человек, доля детей и подростков в общей структуре населения сократилась с 17 до 15%.

Сохраняется устойчивая тенденция к снижению младенческой смертности. В 2003 году умерло 18 263 ребенка в возрасте до 1 года, что составило 12,4 на 1000 родившихся живыми (рис. 3).

В 61 субъекте Российской Федерации в 2003 году зафиксировано снижение показателя младенческой смертности, в том числе в:

- Корякском автономном округе – на 68,5%;
- Эвенкийском автономном округе – на 64,4%;
- Владимирской области – на 31,3%;
- Чувашской Республике и Коми-Пермяцком автономном округе – на 24,6%.

Уровни младенческой смертности в различных регионах характеризуются выраженными колебаниями: от 29,7 в Чукотском автономном округе до 7,7 в Ханты-Мансийском автономном округе.

Структура младенческой смертности:

- 1) отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (57,0 на 10 тыс. родившихся);
- 2) врожденные аномалии (30,2);
- 3) прочие причины (11,4);
- 4) болезни органов дыхания (10,5).

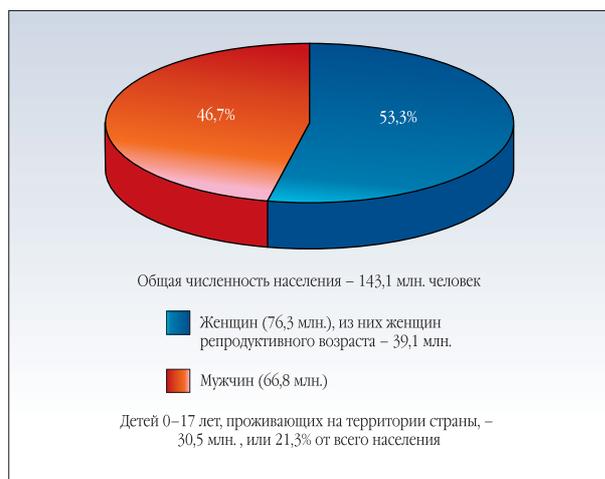
Младенческая смертность за 10 месяцев 2004 года составила 11,6 против 12,7 на 1000 родившихся живыми за аналогичный период прошлого года.

Смертность детей в возрасте 0–4 года также имеет устойчивую тенденцию к снижению. За последние 5 лет смертность детей в возрасте 0–4 года снизилась в 1,4 раза и составила 15,5 на 1000 новорожденных соответствующего года рождения (1999 год – 21) (рис. 4).

Структура причин смертности детей до 5 лет:

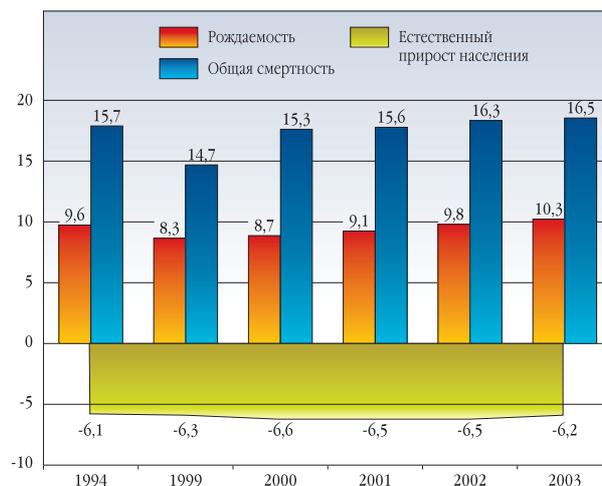
- 1) состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии (60% от всех причин);
- 2) болезни органов дыхания и инфекционные заболевания (16%);
- 3) внешние причины смерти – травмы, отравления, несчастные случаи (около 13%);

1



СТРУКТУРА НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2



ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

3



ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ (ГОСКОМСТАТ РОССИИ)

4



СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ (НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ГОДА РОЖДЕНИЯ)

4) злокачественные новообразования (до 2%).

По данным Госкомстата России, показатель материнской смертности (МС) за последние 5 лет снизился на 27,2%, а абсолютное число материнских потерь уменьшилось на 74 случая (рис. 5). Абсолютное число случаев МС после абортов за этот период снизилось более чем на 40%.

Структура причин материнской смертности в 2003 году в Российской Федерации практически не изменилась. По-прежнему более половины материнских потерь определяются тремя ведущими причинами:

- 1) кровотечениями – 23,1%;
- 2) абортами – 16,6%;
- 3) токсикозами беременности – 13,0%.

Показатель МС среди жительниц сельской местности в целом по Российской Федерации превышает аналогичный показатель среди городских жительниц: в 2000 году – в 1,5 раза; в 2002 году – 1,4 раза; в 2003 году – 1,6 раза, а в трех округах (Южный, Уральский, Дальневосточный) – более чем

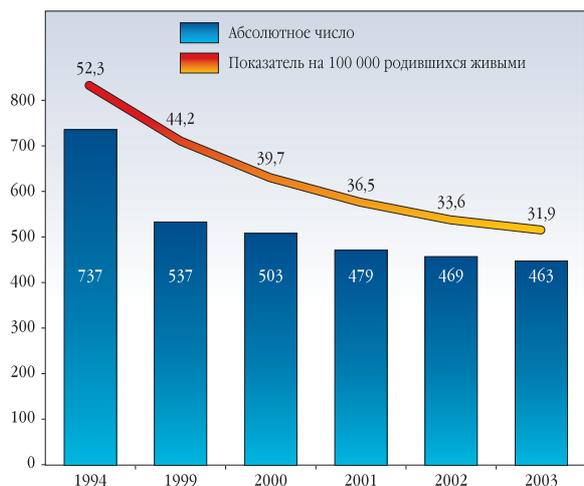
в два раза. Показатель МС среди сельского населения по федеральным округам в 2003 году колеблется от 30,7 в Северо-Западном до 75,8 в Дальневосточном федеральном округе.

В последние годы наблюдается увеличение числа женщин с осложненным течением беременности. Высокой остается частота анемии у беременных женщин – 41,8% в 2003 году против 29,2% в 1994 году, поздних токсикозов – 21,6% и 15,1% соответственно, что является следствием неудовлетворительного соматического здоровья женщин (рис. 6).

Остается высокой заболеваемость новорожденных. За последние 5 лет общая заболеваемость новорожденных увеличилась на 11,2% (рис. 7). В 2003 году в таких регионах, как Ненецкий АО, Камчатская, Тульская, Новосибирская, Кемеровская, Ульяновская, Липецкая области, Кабардино-Балкарская, Удмуртская республики, показатель общей заболеваемости новорожденных превышает в 1,5–2 раза российский.

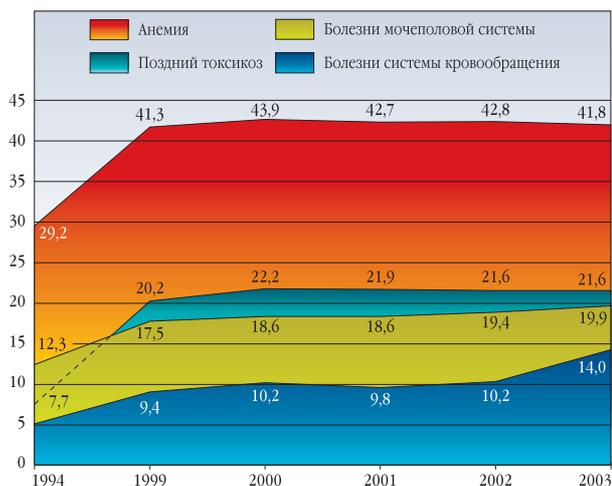


5



МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ (НА 100 000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)

6

ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ  
(В % К ЧИСЛУ ЗАКОНЧИВШИХ БЕРЕМЕННОСТЬ)

7

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ  
(ЧИСЛО ЗАБОЛЕВШИХ И РОДИВШИХСЯ БОЛЬНЫМИ)  
НА 10 000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ (ГОСКОМСТАТ РОССИИ)

Структура заболеваемости новорожденных:

- 1) врожденные аномалии развития;
- 2) синдром респираторных расстройств;
- 3) гемолитическая болезнь.

В 53 регионах России зарегистрирована заболеваемость новорожденных сепсисом, которая в 4–5 раз превышает российский показатель.

Анализ состояния здоровья детей свидетельствует о продолжающемся его ухудшении.

За последние 5 лет общая заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет включительно увеличилась на 18,2%, в возрасте 15–17 лет включительно – на 20,3%.

Последнее десятилетие в России, как и во всем мире, характеризуется ростом социально обусловленных заболеваний, важнейшими из которых являются туберкулез, ВИЧ-инфекция и СПИД (табл.1).

Уровень ВИЧ-инфицированных среди беременных за последние девять лет вырос почти в 600 раз (с 0,2 на 100 тыс. обследованных беременных в 1995 го-

8

КОЛИЧЕСТВО РОДОВ, ПРИНЯТЫХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ  
В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

- Более трети ВИЧ-инфицированных составляют женщины, находящиеся в наиболее активном репродуктивном возрасте.
- В 10 раз увеличилось по сравнению с 1999 годом число родов у ВИЧ-инфицированных женщин

ду до 114,2 в 2003 году), число родов у ВИЧ-инфицированных беременных выросло на 30% (рис. 8).

По итогам 2003 года сохраняется наметившаяся в 2001 году положительная тенденция снижения уровня заболеваемости детей до 14 лет всеми формами туберкулеза (2001 год – 18,6, 2002 год – 15,9, 2003 год – 16,0 на 100 тыс. детского населения). Показатель заболеваемости туберкулезом подростков (15–17 лет) значительно выше и составил 34,5 на 100 тыс. подростков.

Проводимые мероприятия обеспечили снижение или стабилизацию уровней заболеваемости по ряду других инфекционных болезней у детей. В целом в России из 47 нозологических форм в 2003 году по сравнению с 2002 годом отмечается снижение заболеваемости по 29 заболеваниям, в том числе: острыми вирусными гепатитами – на 43%, вирусным гепатитом А – на 44%, вирусным гепатитом В – на 39%, вирусным гепатитом С – на 17%, хроническими гепатитами – на 19%, краснухой – на 65%, эпидемическим паротитом – на 25%,



клеточным весенне-летним энцефалитом – на 14%, бактериальной дизентерией – на 12,1% и др.

Вместе с тем в 2003 году отмечался рост заболеваемости корью в 7,5 раза, коклюшем в 2,3 раза. Рост заболеваемости корью обусловлен подъемом заболеваемости в Южном федеральном округе, на долю которого приходится более 90% от всех зарегистрированных среди детей случаев кори, преимущественно в Чеченской Республике, республиках Дагестан и Ингушетия, где имели место трудности со своевременным проведением вакцинопрофилактики.

Сохраняется тенденция к снижению заболеваемости детей и подростков наркоманией. За последние пять лет заболеваемость наркоманией (с впервые установленным диагнозом) у детей в возрасте 0–14 лет включительно снизилась в 2,3 раза, подростков 15–17 лет – в 6,8 раза. Тогда как заболеваемость и детей, и подростков токсикоманией (с впервые установленным диагнозом) продолжает увеличиваться: за последние 5 лет у детей имеет место рост в 2,4 раза, у подростков – в 1,5 раза.

В 2003 году в Российской Федерации насчитывалось 604 944 ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет (2002 год – 620 342), показатель инвалидности детей от 0 до 18 лет в 2003 году составил 198,0 на 100 тыс. детского населения (2002 год – 197,6).

Главными нарушениями в состоянии здоровья детей-инвалидов являются висцеральные и метаболические нарушения и расстройства питания, составляющие 25% от всех нарушений. Эти нарушения – тяжелые последствия таких патологических состояний, как заболевания кардиореспираторной (38,7%), мочеполовой (15,7%), пищеварительной (17,2%), иммунной систем, заболеваний крови.

Анализ распределения детей-инвалидов по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности, свидетельствует о главенствующей роли инфекционных и соматических заболеваний, при этом за последние 5 лет произошли существенные изменения в причинной структуре. Если в 1998 году среди заболеваний, определяющих возникновение инвалидности, ведущее место занимали заболевания нервной системы (32,2%), то в 2002 году их удельный вес снизился до 20,6%. Инфекционные и соматические заболевания, которые приводят к висцерально-метаболическим нарушениям у детей, составляют 34,5%. Именно эта категория детей имеет высокий реабилитационный потенциал. В основе реабилитации этой категории детей основной компонентой является именно медицинская реабилитация.

Высокий удельный вес в структуре детской инвалидности занимают также психические расстройства (20–21%) и врожденные аномалии развития – (до 18%).

В структуре врожденных аномалий развития, приводящих к детской инвалидности, по-прежнему ведущее место занимают аномалии сердечно-сосудистой системы (26%) и аномалии центральной нервной системы (9%).

Нарушения в состоянии здоровья детей (или тяжелые последствия болезней) приводят к ограни-

чению проявлений жизнедеятельности, свойственных тому или иному возрастному периоду ребенка, среди которых преобладают возможность адекватно вести себя – 38,7% и передвигаться – 26,2%.

Рост и значимость врожденных аномалий развития в причинной структуре детской инвалидности подтверждают недостаточность пренатальной диагностики врожденных пороков развития, ранней диагностики и коррекции пороков развития, совместимых с жизнью.

Низкий уровень рождаемости, тяжелое положение семей с детьми определяют необходимость дальнейшего развития системы социальной поддержки семьи и детей в новых социально-экономических и политических условиях. При этом должны будут трансформироваться алгоритмы такой поддержки, ее административно-правовое обеспечение в соответствии с новым разделением компетенции и полномочий в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 №122-ФЗ.

Изменения касаются практически всех сфер жизнедеятельности детей, что потребует от органов исполнительной власти и законодательных собраний субъектов Российской Федерации быстрого проведения в соответствие с вышеназванным законом региональной нормативной правовой базы, а также адекватного финансового обеспечения новых обязательств. Ведущим при этом должно оставаться наилучшее обеспечение интересов ребенка, как минимум сохранение ныне действующих гарантий – их объема и круга получателей, а в идеале – повышение таких гарантий и распространение их на все более широкий круг детей и семей с детьми.

При этом в соответствии с требованиями Федерального закона №122-ФЗ размеры пособий не могут быть ниже установленных на 31 декабря 2004 года, а условия предоставления – не хуже, чем по действующему сегодня законодательству.

Организация отдыха и оздоровления детей остается одной из наиболее актуальных тем в реализации социальной политики по отношению к семье и детям.

Несмотря на то, что Федеральный закон от 22.08.2004 №122-ФЗ внес некоторые изменения в Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» в отношении реализации прав детей на отдых и оздоровление, законодательно закреплено, что органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в пределах своих полномочий осуществляют мероприятия по обеспечению прав детей на отдых и оздоровление, сохранению и развитию учреждений, деятельность которых направлена на отдых и оздоровление детей.

Одним из важнейших направлений деятельности службы охраны материнства и детства является профилактика безнадзорности несовершеннолетних, внедрение новых социальных технологий по предупреждению семейного неблагополучия. С этой целью Министерством здравоохранения и социального разви-



Таблица 1

### СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

(на 100 000 взрослого населения  
с впервые в жизни установленным диагнозом)

	1994	2003	Динамика
Туберкулез	48,0	83,2	+ 1,7 раза
Алкоголизм, наркомания	171,5	177,9	+ 3,7%
Токсикомания:			
алкоголизм	161,1	160,2	-0,6%
наркомания	9,5	16,1	+1,7 раза
токсикомания	0,9	1,6	+ 1,8 раза

тия Российской Федерации совместно с субъектами Российской Федерации будет продолжено создание единой системы учета детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в рамках реализации подпрограммы «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» Федеральной целевой программы «Дети России» на 2003–2006 годы.

В соответствии с изменениями, внесенными в ст. 11 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности несовершеннолетних», органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации необходимо принять меры по правовому и финансовому обеспечению деятельности комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, действующих на региональном и местном уровнях.

Большие изменения происходят в сфере социальной поддержки детей-инвалидов.

В соответствии с изменениями, внесенными в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», предусмотрены меры социальной защиты инвалидов, которые являются расходными обязательствами Российской Федерации. Государство гарантирует детям-инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, которые утверждаются Правительством Российской Федерации и предоставляются за счет средств федерального бюджета. Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, в том числе изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, будет осуществляться за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства детей-инвалидов.

Важнейшей новацией является введение с 2005 года ежемесячной денежной выплаты детям-инвалидам в размере 1000 рублей. Часть суммы

ежемесячной денежной выплаты может направляться на финансирование предоставления ребенку-инвалиду набора социальных услуг.

Этот набор включает:

- дополнительную бесплатную медицинскую помощь, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача;
- бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно;
- предоставление путевки на санаторно-курортное лечение (по медицинским показаниям);
- получение повторной путевки на санаторно-курортное лечение;
- бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте или междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего ребенка-инвалида лица;
- 50-процентную скидку с квартирной платы и оплаты коммунальных услуг для семей с детьми-инвалидами.

На оплату предоставления гражданам набора социальных услуг направляется 450 рублей в месяц, в том числе 400 рублей – на оплату дополнительной бесплатной медицинской помощи и 50 рублей – на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте и междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

Таким образом, обеспечивается усиление адресной социальной помощи нуждающимся категориям населения, к которым относятся дети-инвалиды.

Вместе с тем в компетенцию субъектов Российской Федерации передается установление порядка обучения детей-инвалидов на дому, что требует оперативной разработки нормативных правовых актов и установления финансирования из региональных бюджетов этой деятельности.

Важнейшим изменением является трансформация управления системой социального обслуживания населения, включая систему социального обслуживания семьи и детей. Деятельность системы социального обслуживания семьи и детей стала важнейшим фактором профилактики безнадзорности детей, в целом восстановления семейного благополучия. При этом к компетенции органов государственной власти субъектов Российской Федерации относится осуществление собственного правового регулирования социального обслуживания населения, разработка, финансирование и реализация региональных программ социального обслуживания, определение структуры органов управления государственной системой социального обслуживания и организация их деятельности, установление порядка координации деятельности социальных служб, создание, управление и обеспечение деятельности учреждений социального обслуживания. Для сохранения системы социального обслуживания семьи и детей необходимо скорейшее нормативно-правовое и финансовое обеспечение ее деятельности на региональном уровне.



Реализация Федерального закона №122-ФЗ позволит обеспечить *на федеральном уровне*:

- бесплатность медикаментов для лечения ВИЧ-инфицированных в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;
- финансирование мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными учреждениями и иными организациями федерального подчинения;
- финансирование профилактических прививок, включенных в Национальный календарь профилактических прививок;
- оказание специализированной медицинской помощи детям, больным туберкулезом, в федеральных, государственных и муниципальных специализированных учреждениях,

которые утверждаются постановлением Правительства Российской Федерации;

*на уровне субъектов Российской Федерации:*

- предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным детям, гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- проведение медицинских осмотров, а при необходимости и медицинского обследования перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.