К 75–ЛЕТИЮ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА РОССИЙСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

© *Ярыгин В.Н., Полунина Н.В., 2005*

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ

Ректор РГМУ, академик РАМН профессор В.Н. Ярыгин; декан педиатрического факультета РГМУ, член-корреспондент РАМН профессор Н.В. Полунина

Эффективность мероприятий по улучшению здоровья населения в значительной мере определяется сохранением здоровья детей, так как истоки многих заболеваний у взрослых начинаются в детстве. В связи с этим одним из стратегических направлений государственной социальной политики в нашей стране является охрана материнства и детства, защита интересов детей и их прав, охрана их здоровья.

Сектор детской медицины в национальных системах здравоохранения объективно необходим, так как детский возраст является наиболее динамичной частью онтогенеза в отношении соматического, психоэмоционального, функционального и интеллектуального развития. Установлено, что скорость развития отдельных органов и систем у детей различных возрастных групп происходит неравномерно и это необходимо учитывать при диагностике различных заболеваний и их лечении. Этим обусловлена детальная периодизация детей по возрастным группам, так как для каждого возраста характерны «свои» особенности морфо- и функциогенеза, «свои» факторы риска и «своя» нозология заболеваний. Поэтому лечебно-диагностические и профилактические рекомендации даются всегда с учетом принадлежности ребенка к той или иной возрастно-половой группе: внутриутробный период развития, неонатальный (0—1 мес), грудной (1—12 мес), ранний или преддошкольный (1—3 года), дошкольный (4—7 лет), младший школьный (8—10 лет), средний школьный (11—14 лет включительно), старший школьный или подростковый (15—17 лет включительно) возраст.

Специальные исследования состояния здоровья детей показали, что факторы риска возникновения неблагоприятных показателей здоровья детей в большинстве случаев взаимосвязаны с возрастом и полом ребенка, поэтому профилактическая работа должна строится с учетом возрастно-половых особенностей ребенка.

Для детей в целом типичен достаточно высокий уровень младенческой смертности, острой и, к сожалению, хронической патологии нередко с исходом в инвалидность, что требует осуществления не только лечебно-диагностических, но социально-профилактических мероприятий, учитывающих возрастно-половые особенности организма ребенка.

Поиск путей и методов, способствующих сохранению и улучшению состояния здоровья детей, включает в себя комплекс мероприятий, среди которых ведущая роль принадлежит врачам-педиатрам, поскольку именно они оказывают действенную медико-социальную помощь детскому населению, принимают участие в совершенствовании деятельности лечебно-профилактических учреждений, так как их профессионализм опирается на знание возрастно-половых особенностей организма, причин и механизмов заболеваний у детей, возможностей их диагностики и лечения, реабилитации и профилактики.

Первые педиатрические школы, где осуществлялось обучение врачей, предназначенных для оказания медицинской помощи детям, появились в период открытия первых детских больниц — в 1802 г. в Париже (первая в мире) и в 1834 г. в Петербурге (вторая в мире и первая в России). Особое внимание в этих школах при обучении будущих педиатров уделялось вопросам питания детей, биохимического и микробиологического анализа возникновения и течения различных заболеваний у детей.

Стройная система подготовки педиатров относится к периоду открытия специальных педиатрических факультетов, нацеленных на всестороннюю подготовку студентов педиатрического профиля. В 1930 г. в Москве при 2-м медицинском институте (в настоящее время Российский государственный медицинский университет) был открыт первый в нашей стране и в мировой практике факультет охраны материнства, младенчества и детства с отделениями охраны материнства, младенчества и детства и охраны здоровья детей и подростков. В 1936 г. оба отделения слились в одно и факультет переименован в педиатрический.

За 75-летний период существования педиатрического додипломного образования подготовка педиатров претерпела изменения в соответствии с требованиями времени и практического здравоохранения:

- увеличились сроки подготовки врачей-педиатров с 4 лет при открытии факультета до 6 лет с 1946 г. и по настоящее время;

• увеличился перечень обязательных для изучения дисциплин с 30 при организации факультета до 45 при переходе на 6-летнее обучение и 54 в настоящее время;

• увеличилось число специальных педиатрических кафедр с 4 при организации факультета до 11 в настоящее время;

• возросло учебное время на изучение специальных дисциплин с 340 ч до 1800 ч;

• возросло количество экзаменов, число которых в настоящее время составляет 29 курсовых, 5 итоговых государственных и один междисциплинарный по специальности «педиатрия».

Становление педиатрии в России в качестве самостоятельной научной и учебной дисциплины происходило в рамках таких близкородственных медицинских специальностей, как терапия и акушерство. Вопросы диагностики и лечения детских болезней, особенности питания и методы выхаживания детей освещались в лекциях известных профессоров—терапевтов С.Г. Зыбелина и Г.И. Сокольского, а также профессоров—акушеров Н.М. Максимович-Амбодик, С.Ф. Хотовицкого и Н.А. Тобольского.

Датой рождения первой кафедры педиатрии в нашей стране принято считать 1865 год, когда профессору медико-хирургической академии В.М. Флоринскому было поручено читать курс детских болезней. В то же время при организации педиатрического факультета было открыто 4 кафедры педиатрического профиля, в том числе кафедры пропедевтики детских болезней, педиатрии раннего и старшего возраста, детской хирургии. В настоящее время наряду с ними появились и активно развиваются кафедры детских инфекционных болезней, поликлинической и неотложной педиатрии, детской неврологии, детской отоларингологии, детской офтальмологии, детской дермато-венерологии, детской эндокринологии и детской гинекологии.

Особенностью подготовки студентов-педиатров является изучение вопросов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики различных болезней не только у детей, но и у взрослых, поскольку ребенок в 13—14 лет, а тем более подросток — по многим позициям уже вполне сформировавшийся организм взрослого человека. Начиная с первых курсов студенты, наряду с изучением особенностей растущего организма и развития патологических процессов в организме ребенка, осваивают проведение лечебно-диагностических и профилактических мероприятий среди детского и взрослого населения.

С первых лет организации педиатрического образования с кафедрами проводится постоянная работа по осуществлению профильного преподавания дисциплины с обязательным акцентом на особенности течения того иного процесса у детей. Это относится как к теоретическим предметам (физика и химия), так и к медико-биологическим (нормальная физиология, патофизиология, биохимия, гистология, нормальная и патологическая анатомия, гигиена, фармакология, общественное здоровье и здравоохранение, биология, микробиология и др.) и общим клиническим дисциплинам.

Педиатр находится в постоянном общении не только с ребенком, но его семьей — родителями, бабушками, дедушками, поэтому он должен быть хорошим психологом и педагогом, что позволяет ему завоевать авторитет среди родственников ребенка, так как только в этом случае благодаря совместным усилиям можно надеяться на быстрейшее восстановление здоровья ребенка. Поэтому при предварительном собеседовании с абитуриентами, поступающими на педиатрический факультет, необходимо выявлять характерологические особенности абитуриента и учитывать их при зачислении.

Доказательством жизнеспособности педиатрического образования явилось открытие педиатрических факультетов в 54 медицинских вузах СССР, из которых 37 факультетов в настоящее время функционируют в Российской Федерации. Ежегодный выпуск педиатров составляет более 4000, из которых 10—11% — выпускники РГМУ.

На рубеже столетий высшее педиатрическое образование на додипломном уровне в целом характеризуется позитивной оценкой, особенно в странах с традиционно консервативными взглядами на структуру учебных планов по специальности «педиатрия». Так, в США после ознакомления с учебным планом и программами учебных дисциплин педиатрического факультета (Даллас, Техас) было принято решение принимать дипломы выпускников педиатрического факультета наряду с дипломами выпускников лечебного факультета (ежегодно не менее 12 выпускников).

ВОЗ отмечено, что «в Британской национальной службе здоровья в настоящее время лидирующее положение занимает первичная медицинская помощь, а среди ...дисциплин, востребованных населением сейчас в приоритетном порядке — педиатрия и психиатрия. Возможно этим обусловлен тот факт, что в Соединенном Королевстве подготовка на додипломном уровне педиатров осуществляется в ряде университетов, в том числе в Кембридже, Оксфорде, Бристоле, Манчестере, Лондоне, Дортмуде, Кенсингтоне, а в Ирландии — в Тринити колледже и в Университетском колледже Дублина.

Общая численность врачей, работающих в учреждениях системы охраны материнства и детства, в настоящее время, по данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации («Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения», М., 2005, 56 с.), составляет 39,1 тыс акушеров-гинекологов (или 5,1 врача на 10 тыс женского населения) и 60,4 тыс педиатров (или 20,2 врачей на 10 тыс детей).

Комплексный подход к обучению студентов-педиатров в нашей стране способствовал успешной организации медицинской помощи детскому населению, обеспечил успехи в улучшении здоровья женщин и детей, позитивно изменил показатели младенческой (в 1913 г. 200—210 случаев на 1000 родившихся живыми, в 2003 г. — 12,4 случаев) и материнской смертности (в 1913 г. 195—230 случаев на 100 тыс родившихся живыми, в 2003 г. — 31,9 случаев).

Благодаря использованию врачами акушерами-гинекологами и неонатологами инновационных технологий, начиная с 1999 г., наблюдается сокращение показателей недонашиваемости (с 63‰ до 56‰), мертворождаемости (с 7,3‰ до 6,2‰), перинатальной смертности (с 14,3‰ до 11,4‰).

Отмечено снижение в расчете на 100 тыс родившихся живыми количества детей, родившихся с внутричерепной родовой травмой (с 28,1 до 11,6 случаев), больных сепсисом (с 5,9 до 2,9 случаев), больных гемолитической болезнью (с 93,2 до 84,2 случаев).

Трудно переоценить роль государства и общества в осуществлении планомерной и целенаправленной деятельности по становлению и развитию системы подготовки профессиональных медицинских кадров для учреждений охраны материнства и детства. Однако впереди сложная и трудная работа по совершенствованию законодательной базы, по увеличению адресного финансирования учреждений системы ОМД и образовательных учреж-

дений, осуществляющих подготовку медицинских кадров. Выполнение перечисленных условий даст возможность оснастить лечебно-профилактические, оздоровительные и образовательные учреждения системы ОМД современным оборудованием и улучшить их материально-техническое обеспечение, осуществлять на высоком уровне додипломную подготовку врачей для работы в учреждениях системы ОМД, организовать профилизацию последипломного образования врачей для обеспечения учреждений первичного звена системы ОМД специалистами высокой квалификации. Это позволит, в свою очередь, реализовать программы по снижению младенческой и детской смертности, сокращению заболеваемости детей и подростков, снижению уровня детской и подростковой инвалидности.

Только повышение уровня здоровья нынешнего и грядущего поколений россиян может обеспечить процветание нашей Родины, так как «... решая проблемы детского здравоохранения, мы обеспечиваем государственную безопасность страны» (Л.М. Рошаль, Медицинский вестник, № 25 от 12 октября 2005г.).

© Полунина Н.В., 2005

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В РОССИИ

Декан педиатрического факультета РГМУ, член-корреспондент РАМН профессор Н.В. Полунина

Проблемы охраны здоровья детей, как наиболее уязвимой группы населения, всегда были, являются и будут приоритетными направлениями развития отечественного здравоохранения, требующими своего неотложного решения.

Начало учения о сохранении здоровья детей относится к IV веку до н. э., к моменту написания Гиппократом трактата «О природе ребенка», однако лечение детей в тот период времени основывалось на принципах, характерных для оказания медицинской помощи взрослому населению. Пробуждение интереса к лечению детей, особенностям сохранения их здоровья вновь было отмечено в XV – XVII веках, что было вызвано очень высокой их смертностью, особенно в первый год жизни.

В этот период времени появляются публикации, посвященные исследованию течения различных патологических процессов у ребенка, в том числе анализу развития рахита, некоторых инфекционных заболеваний и др., кроме того, в ряде опубликованных материалов много внимания уделяется проблемам выхаживания детей. Первое руководство по педиатрии, включавшее 28 глав по различным разделам, было подготовлено шведским врачом Нилем Розем фон Розенштейном и издано в 1764 г., а лишь спустя 20 лет в 1794 г. оно было переведено на русский язык и появилось в нашей стране.

Интерес к сохранению здоровья детей проявился и в организации специализированных медици-нских учреждений. Так, первая детская больница была открыта в 1802 г. в Париже. В дальнейшем аналогичные детские больницы появились в Англии, Швейцарии, Италии, Скандинавских странах, Соединенных Штатах Америки.

В России первая детская больница, которая явилась второй по счету в Европе, начала функционировать в 1834 г. в Петербурге. Вслед за этим в Москве в 1842 г. также была организована детская больница. Обе эти больницы в настоящее время носят имя Н.Ф. Филатова. В 1844 г. в Петербурге была открыта первая в мире больница для детей раннего возраста им. Л. Пастера. Первые воспитательные дома были организованы и открыты в России — в 1763 г. в Москве и в Петербурге в 1771 г.

Наличие специализированных лечебных учреждений привело к открытию педиатрических школ по подготовке врачебных кадров по оказанию медицинской помощи детям. Особое внимание при обучении будущих педиатров уделялось вопросам питания детей, а также вопросам этиологии, патогенеза и течения наиболее распространенных инфекционных заболеваний у детей.

История показала, что поиск путей и методов, направленных на сохранение и улучшение состояния здоровья детей, привел к пониманию необходимости создания стройной системы, включающей не только наличие соответствующих лечебно-профилактических учреждений и подготовку специальных медицинских кадров, но и формирование законодательно-правовой базы.

Началом формирования законодательной базы по организации медицинской помощи детям в России следует считать 1727 г., когда появились указ Петра I «О строении в Москве госпиталей для помещения незаконнорожденных младенцев и даче им и их кормилицам денежного жалованья» и письмо М.В. Ломоносова «О размножении и сохранении Российского народа».

Однако к началу XX столетия ни в одной из стран не была создана система, обеспечивающая охрану и укрепление здоровья женщин и детей. В то же время показатели здоровья указанных групп населения имели крайне неблагоприятное значение, особенно в России, где средняя продолжительность жизни женщин не превышала 33—35 лет; материнская смертность находилась на уровне 350 —250 случаев на 100 тыс детей, родившихся живыми; младенческая смертность была в пределах 250 — 230 случаев на 1000 детей, родившихся живыми.

Стратегической задачей здравоохранения в 30-е годы прошлого столетия явилось создание государственной системы охраны материнства и детства (ОМД), поскольку, как считал нарком здравоохранения Н.А. Семашко (1923), «...оздоровление населения должно начинаться с оздоровления матери и ребенка». Уже к 1940 г. государственная система ОМД была сформирована, включая формирование законодательно-правовой базы, наличие соответствующих лечебно-профилактических учреждений, подготовку специальных медицинских кадров. Однако на протяжении всех последующих лет она постоянно совершенствовалась с учетом потребностей практического здравоохранения.

За прошедшее время в стране был подготовлен пакет государственных законодательных актов, касающихся

различных аспектов охраны здоровья и организации медицинской помощи женщинам и детям, в том числе по разработке организационно-функциональной структуры лечебных учреждений для оказания медицинской помощи женщинам и детям, по оценке показателей эффективности деятельности ЛПУ, по подготовке кадрового обеспечения учреждений здравоохранения.

Результатом проделанной работы явилось создание разветвленной сети медицинских учреждений. Так, если в начале XX века в стране насчитывалось всего 9 врачебных консультаций, где оказывалась медицинская помощь женщинам и детям, то к 1940 г. их число составило 8600, в том числе 4690 детских консультаций и 3910 женских консультаций.

В настоящее время только акушерско-гинекологическая служба представлена 12 профильными научно-исследовательскими учреждениями, 33 центрами планирования семьи и репродукции, 31 самостоятельным перинатальным центром, 225 родильными домами, 1720 женскими консультациями, 5010 акушерско-гинекологическими кабинетами при многопрофильных поликлиниках, 5152 смотровых кабинетов, 56 кабинетов искусственной инсеминации женщин («Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения», М., 2005, 56 с.).

Первичную медицинскую помощь детям оказывают по территориальному принципу в лечебных учреждениях по месту жительства. С целью повышения качества медицинской помощи детям в 16 регионах страны созданы детские консультативно-диагностические центры. В целом в стране в настоящее время действуют самостоятельные детские поликлиники (479), поликлинические отделения при детских городских больницах (332), участковых больницах (3137), областных и краевых детских больницах (64), амбулатории в сельской местности (4178), детские городские больницы (301) и областные, краевые, республиканские (64), инфекционные больницы для детей (47) и туберкулезные больницы для детей (8). В последние годы повсеместно создаются центры реабилитации и восстановительного лечения детей.

Необходимость обеспечения лечебно-профилактических учреждений системы охраны материнства и детства потребовало от государства подготовки врачей — акушеров-гинекологов и педиатров, численность которых в настоящее время составляет свыше 39 тыс акушеров-гинекологов и 60 тыс педиатров (или 5,1 врачей на 10 тыс женского населения и 20,2 врачей на 10 тыс детей).

Расширение и углубление знаний об организме ребенка, особенностях его развития потребовало подготовки врачей-педиатров узкого профиля. В частности, особое внимание в педиатрической службе стало уделяться развитию специализированных учреждений для новорожденных, в том числе недоношенных, требующих пристального наблюдения. В настоящее время показатель обеспеченности врачами-неонатологами составляет 1,7 врача на 10 тыс. детей, койками — 75,6 коек на 10 тыс новорожденных.

Организация системы ОМД и постоянное внимание государства и общества к проблемам здоровья женщин и детей способствовали эффективности ее функционирования и обеспечили успехи в улучшении здоровья женщин и детей, что нашло отражение в снижении показателей младенческой (рис. 1) и материнской смертности (рис. 2).

Благодаря внедрению инновационных лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических технологий, начиная с 1999 г. по настоящее время отмечено сокращение показателей, характеризующих здоровье детей, особенно в перинатальном и неонатальном периодах, в том числе сократились показатели перинатальной смертности на 20% (с 14,3‰ до 11,4‰), мертворождаемости — на 15% (с 7,3‰ до 6,2‰), недонашиваемости — на 11% (с 63‰ до 56‰). За указанный период времени произошло уменьшение частоты рождения детей с внутричерепной родовой травмой (с 28,1 до 11,6 случаев на 100 тыс родившихся живыми) на 59%, больных сепсисом (с 5,9 до 2,9 случаев на 100 тыс родившихся живыми) — на 51%, больных гемолитической болезнью (с 93,2 до 84,2 случаев на 100 тыс родившихся живыми) — на 10%.

Значение государства и общества в осуществлении планомерной и целенаправленной деятельности по становлению и развитию системы ОМД, позволившей добиться весьма существенных сдвигов в улучшении здо-

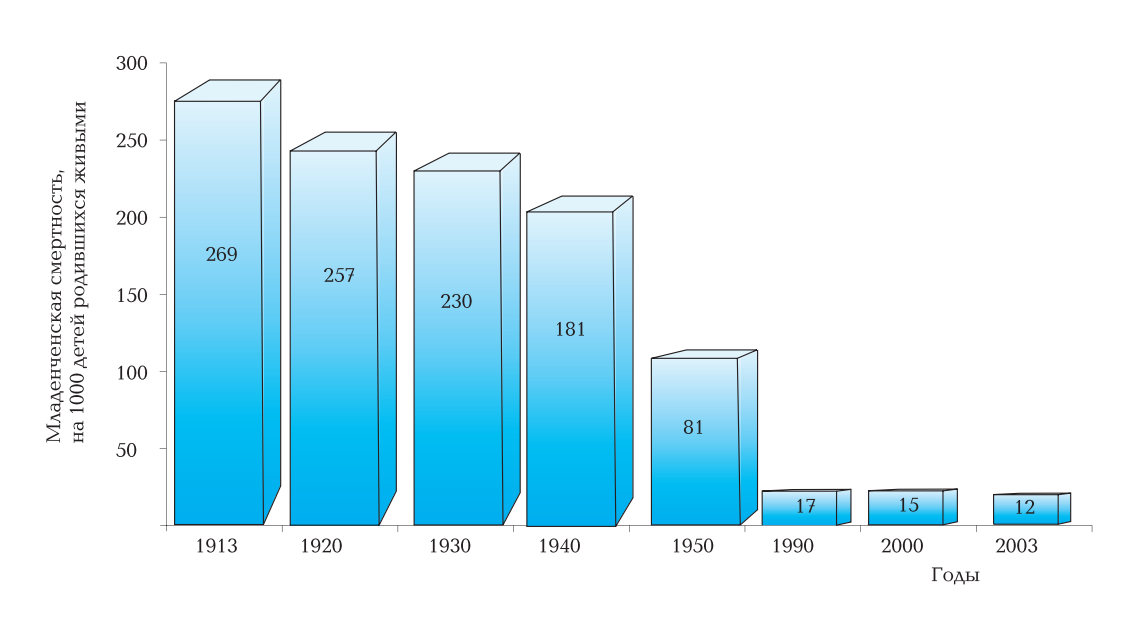

Рис. 1. Динамика показателей младенческой смертности в России в 1913—2003 гг.

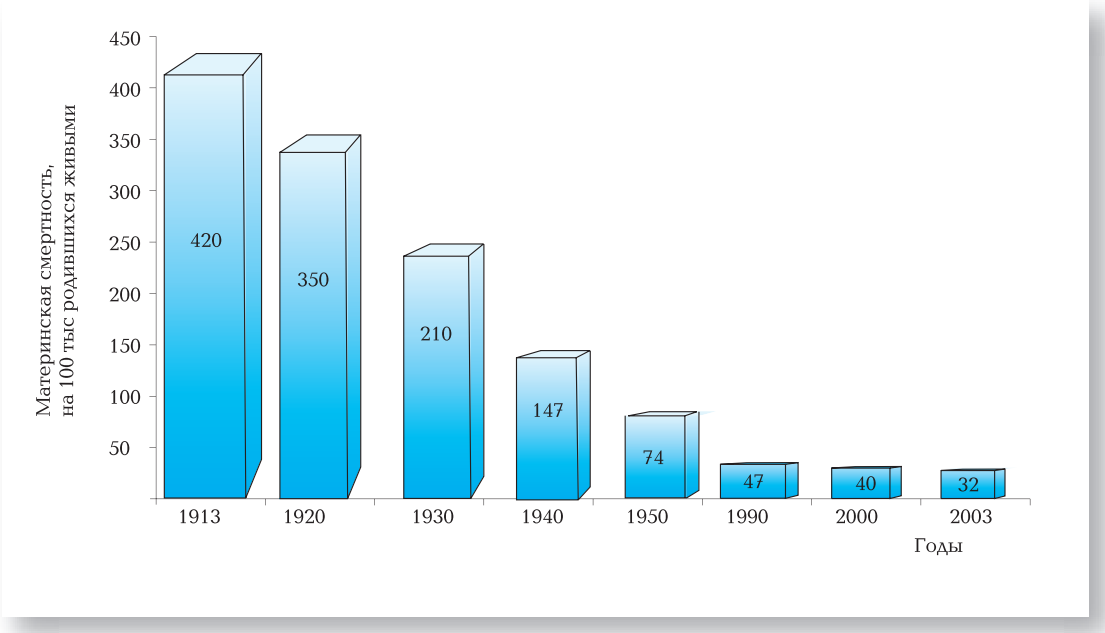

Рис. 2. Динамика показателей материнской смертности в России в 1913—2003 гг.

ровья подрастающего поколения, велико. В то же время нельзя останавливаться на достигнутом. Необходимы совершенствование законодательной базы, не только увеличение финансовых средств для развития системы ОМД, но и осуществление адресного финансирования ЛПУ, увеличение заработной платы медицинских работников, разработка лечебно-оздоровительных программ, подготовка специализированных медицинских кадров.

Это даст возможность оснастить лечебно-профилактические и оздоровительные учреждения современным диагностическим оборудованием, позволит шире внедрять новые технологии в лечении детей, страдающих тяжелыми недугами, проводить профилактические мероприятия среди детского населения. Больше внимания следует уделять профильности педиатрического образования как на додипломном, так и последипломном уровнях. Оправданным следует считать тот факт, что при обучении студентов-педиатров объем учебных часов, предусмотренных на педиатрические дисциплины, не должен быть ниже 20% всего учебного времени. При этом недопустимо сокращение учебных часов на освоение вопросов поликлинической педиатрии, поскольку основная масса выпускников в дальнейшем работает в практическом первичном звене здравоохранения, где 80% детей начинают и заканчивают свое лечение, где все дети должны находиться на диспансерном наблюдении. Необходимость укомлектования детских поликлиник врачами-специалистами (детскими офтальмологами, отоларинголагами, невропатологами, дерматологами, гинекологами и др.) обусловливает целесообразность организации профилизации последипломного образования врачей для обеспечения учреждений первичного звена здравоохранения достаточным количеством специалистов педиатрического профиля.

Реализация предложенных мероприятий позволит повысить уровень здоровья нынешнего и грядущего поколений российского населения и обеспечит процветание нашей страны.