

IX КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ «СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ», МОСКВА, 11—14 ФЕВРАЛЯ 2003 г.

© Баранов А. А., 2003

А. А. Баранов

Председатель Союза педиатров России академик РАМН

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ: НАУЧНЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

В последние годы здоровье детей и подростков стало предметом особой тревоги общества. И это понятно, поскольку последствия негативных тенденций состояния здоровья подрастающего поколения касаются таких фундаментальных ценностей как трудовой, оборонный, репродуктивный и интеллектуальный потенциалы страны.

Так, за последние 5 лет заболеваемость новорожденных увеличилась на 20%, заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями — более чем на 22%, произошел рост числа детей с низкими показателями физического развития (пониженная и низкая масса тела — 10—15%, пониженный и низкий рост — 8—9%), числа детей-инвалидов (на 170 тыс. чел.), детей с социально-психологической дезадаптацией (до 48%), с задержкой пубертатата и нарушениями полового созревания (14—16%), с нарушением становления менструальной функции (27%), с алиментарно-зависимыми болезнями (на 28%). Число здоровых детей в различных регионах России сократилось до 8—10%.

Существующая в стране ситуация со здоровьем детей является следствием многих причин, которые в силу сложившихся обстоятельств наиболее агрессивно проявили себя в последние 10—15 лет. На наш взгляд, главными из них являются следующие:

1) недостаточное внимание охране здоровья детей со стороны государства;

2) неверное распределение финансовых и материально-технических ресурсов в здравоохранении. Гипертрофированный приоритет больного ребенка и больничной помощи ведет к деградации поликлинической и санаторной помощи детям и, как следствие этого, — всей системы медицинской помощи детям;

3) отставание фундаментальной педиатрической науки от конкретных запросов детского здравоохранения в связи с недостаточным ее финансированием. Наука все больше выполняет заказы фирм, которые нередко к науке не имеют отношения;

4) потребительское отношение к своему здоровью членов общества и неправильное воспитание детей,

отсутствие стереотипа самосохранительного поведения.

Дети и подростки — наиболее беззащитная часть общества. Поэтому ни один ребенок не должен оказаться в так называемой «нештатной или критической ситуации», когда государственные механизмы его защиты оказываются неэффективными или вовсе отсутствуют.

По-видимому, не нужно убеждать сегодняшнюю аудиторию в том, что жизнь, здоровье, рост и развитие ребенка полностью зависят от качества окружающего мира, который создается государством, обществом, семьей.

Как должна строиться система охраны здоровья детей и подростков? Кто принимает в ней участие и какова мера ответственности участников?

Во-первых, государственная власть, т.е. Правительство и Федеральное собрание, решает, каким должен быть бюджет здравоохранения, определяет финансовые приоритеты.

Нынешний бюджет, включая средства ОМС, практически не предусматривает проведение каких-либо профилактических мероприятий на Федеральном уровне.

Главный результат такой финансовой политики заключается в том, что основные финансовые ресурсы здравоохранения сконцентрированы на лечении больных. В то же время нужно помнить, что профилактика — диагностика — лечение — реабилитация представляют собой единый технологический процесс и только при функционировании всех этих звеньев медицина может быть эффективной.

Во-вторых, определенные средства на профилактику выделяются государством в рамках Федеральных целевых программ, таких как «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», «Борьба со СПИДом», «Дети России» и др.

Однако, как свидетельствует динамика показателей состояния здоровья детей (исключение составляют управляемые инфекции), реализация этих программ лишь в определенной степени способна

стабилизировать ситуацию и изменить ее коренным образом они не способны.

Причинами низкой результативности Федеральных программ являются следующие:

1) неоправданно недостаточное их финансирование. Обозначенные цели программы никак не соответствуют выделяемым средствам. Складывается

Таблица 1

**Структура финансирования программы
«Дети России» на 2003—2006 гг.**

Структура затрат	Затраты, млн. руб.		
	Федеральный бюджет	Бюджеты субъектов РФ	Всего
Название программы:			
Здоровый ребенок			3526,4 (17,2%)
Одаренные дети			200,95
Профилактика безнадзорности и правонарушений			5887,05
Дети-сироты			2330,2
Дети-инвалиды			8433,37
Итого			20377,99
Совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка	713,2	801,87	1514,99
Капитальные вложения	545,34	1248,11	1793,45
НИОКР	35,02	—	35,02
Итого	1472,2	2049,9	3526,4
Внебюджетные источники	—	—	4,2

впечатление, что эти программы носят больше политический характер, нежели практический;

2) слабое, а порой полное отсутствие научного обеспечения программ, что нередко превращает программу в набор дежурных (плановых) мероприятий не государственного, а ведомственного значения.

К сожалению, эти же недостатки присущи и принятой в 2002 г. подпрограмме «Здоровый ребенок», Федеральной целевой программе «Дети России» (табл. 1). 3 миллиарда рублей на 4 года — это очень мало, а на науку — всего 1%.

Более чем скромны и ожидаемые результаты подпрограммы.

Тем не менее принятие этой программы — огромный шаг вперед в охране здоровья матери и ребенка,

признание необходимости активных действий по сохранению и укреплению здоровья детей.

Суммируя сказанное, можно заключить, что государство может и должно взять на себя большую ответственность за сохранение и укрепление здоровья детей.

В чем это, по нашему мнению, должно выражаться?

- не принимать законов, решений и каких-либо иных действий, не оценив их пагубное влияние на состояние здоровья детей;
- в полной мере использовать свой потенциал и властный ресурс путем принятия и реализации научно обоснованных, эффективных Федеральных программ по охране здоровья детей;
- создать такую систему финансирования здравоохранения, которая бы предусматривала достаточное выделение средств на профилактические мероприятия; перейти от системы ОМС к страхованию здоровья, что позволит осуществлять не только лечение, но и профилактические и реабилитационные мероприятия.

Обращаясь к государству с просьбой более активно влиять на охрану здоровья детей, мы не должны забывать и о своих обязанностях и использовать в полной мере возможности *медицинской профилактики*, которая, как известно, имеет 3 уровня.

Первый уровень — до рождения ребенка — включает в себя следующее:

- 1) генетическое консультирование, внедрение новых методов пренатальной диагностики патологии плода;
- 2) прекоцепционная профилактика, планирование семьи;
- 3) мониторинг течения беременности, питания, режима жизни, физического и психического состояния беременной женщины;
- 4) контроль обеспечения оптимальности внутриутробной среды развития ребенка;
- 5) мониторинг факторов риска во время родов, первичной адаптации новорожденного, ориентация на грудное вскармливание, скрининг врожденной патологии.

Второй уровень — после рождения ребенка — включает в себя следующее:

- 1) диагностика факторов риска, в первую очередь генетических, среды развития;
- 2) мониторинг питания кормящей матери;
- 3) активная иммунизация;
- 4) комплексная диагностика и стимуляция развития;
- 5) регулярный мониторинг питания и развития, выявление ранних признаков их нарушений или симптомов заболеваний с ранней коррекцией;
- 6) сотрудничество с семьей и образовательными учреждениями;
- 7) сертификация товаров для детей, продуктов питания, программ и средств обучения.

Третий уровень включает следующее:

- 1) диагностика факторов риска обострения хронических заболеваний и их ранняя профилактика;

2) широкое внедрение реабилитационных программ и стационарзамещающих технологий.

Сегодня очевидно, что сложившаяся ситуация требует принятия безотлагательных мер по укреплению первичного звена медицинской помощи детям, совершенствованию форм и методов работы педиатрической амбулаторно-поликлинической службы.

Осуществляя переход к организации системы непрерывного медицинского наблюдения за детьми от рождения до 18 лет, начиная с 1999 г., Минздравом России активно проводится реформирование системы амбулаторно-поликлинической помощи детям. При этом в соответствии с действующими приказами Минздрава России изменяются не только задачи и направления деятельности детских поликлиник, но и их структура, штаты. В настоящее время в детских поликлиниках проводится организация отделений специализированной помощи, восстановительного лечения, повышается внимание и ответственность образовательных учреждений к охране здоровья детей, создаются медико-социальная и психологическая службы.

Проводимые изменения направлены на повышение роли амбулаторно-поликлинических учреждений в системе медицинских мероприятий по сохранению и укреплению здоровья детей, а также на увеличение объема и повышение качества профилактической работы. При этом участковому педиатру придается роль ведущего специалиста по организации и контролю за оказанием медицинской помощи каждому ребенку.

В этих условиях выпущен приказ Минздрава России от 20.11.2002 № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

Приказ, который, по нашему мнению, принят без прогностической оценки его негативного действия на охрану здоровья детей.

Приказом предусматривается организация системы оказания первичной медицинской помощи врачом общей практики (семейным врачом) всем пациентам независимо от пола и возраста. Тем самым, практически ликвидируется существующая система первичной медицинской помощи детям врачом-педиатром. Согласно приказу, весь объем медицинской помощи детям от рождения до 18 лет на амбулаторно-поликлиническом уровне может осуществлять участковый врач-терапевт, прошедший 6-месячную профессиональную переподготовку по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)». Предполагается, что врач, имеющий специальность «лечебное дело», за 6 месяцев переподготовки, наряду с дополнительными знаниями по оказанию медицинской помощи взрослому населению, сможет овладеть всем объемом современной информации по педиатрии, получить достаточные практические навыки работы с детьми всех возрастов и их семьями.

Врач общей практики, имеющий такую подготовку, должен осуществлять амбулаторный прием

и посещения на дому здоровых и больных детей, оказывать неотложную помощь детям разного возраста, проводить весь комплекс оздоровительной, профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной работы с детьми.

Следует отметить, что в «Положении об организации деятельности врача общей практики (семейного врача)» ряд основополагающих разделов работы с детьми вообще не обозначены, а именно, проведение ежегодного скрининг-обследования, периодических профилактических медицинских осмотров детей (и это на фоне провозглашенной диспансеризации детей), организация питания детей, подготовка юношей к военной службе и др.

В связи с изложенным, мы обеспокоены появлением такого приказа и считаем, что он разрушает действующую систему оказания первичной медицинской помощи детям. Как удалось выяснить, педиатры даже Минздрава не участвовали в разработке этого приказа. Мы просим Минздрав приостановить действие этого приказа, детально обсудить его с детскими врачами, доработать с учетом нашего мнения, а еще лучше отменить.

Научные программы в медицине, как вся стратегия в области здравоохранения, должны решать задачи не только и не столько борьбы с отдельными болезнями, а прежде всего с факторами их риска и преследовать цели укрепления здоровья на популяционном уровне.

Требуется безотлагательная разработка и внедрение ряда эффективных профилактических, лечебных и реабилитационных технологий и расширение научных исследований по изучению возрастных особенностей роста, развития и социально-биологической адаптации здорового и больного ребенка.

По нашему мнению, требуют неотложной разработки и внедрения следующие технологии и исследования:

- современные стандарты диагностики и лечения неотложных состояний у детей;
- эффективные технологии реабилитации недоношенных и маловесных детей;
- технологии прогноза риска развития внутриутробных инфекций у новорожденных;
- методы многоуровневой системы просвещения в области здоровья;
- современные организационные технологии медицинской помощи детям, в том числе с неотложными состояниями, на догоспитальном этапе;
- методы раннего выявления наркотической зависимости у детей;
- эффективные модели профилактики распространенных болезней у детей, с особым вниманием к школьникам;
- современные технологии организации питания детей в образовательных учреждениях.

В заключение, хотелось бы еще раз подчеркнуть, что успех профилактики невозможен без развития фундаментальных и прикладных научных исследований.

Так, большие перспективы для разработки новых технологий профилактики социально значимых болезней детского возраста открывают современные молекулярно-генетические технологии.

Таблица 2

Доля генетической обусловленности показателей медицинской статистики и здравоохранения

Показатели	Доля вклада, %
Младенческая смертность	20—30
Спонтанные аборт и выкидыши	40—50
Врожденная глухота	50
Врожденная слепота	70
Умственная отсталость	80
Причины болезней госпитализированных детей	20—40
Причины болезней госпитализированных взрослых	20—50

Как считает известный генетик академик А. И. Арчаков, все болезни можно разделить всего лишь на 2 категории:

1) наследственные заболевания, которые связаны с дефектами генетического материала — гена, или хромосом;

2) все остальные ненаследуемые болезни, связаны не с дефектами генетического материала, а с нарушением его экспрессии, т. е. функционирования.

Роль генетической обусловленности в формировании показателей здоровья детского населения существенна и с каждым годом возрастает (табл. 2).

Большой удельный вес в детской популяции составляют мультифакториальные болезни, которые формируют самые серьезные проблемы в трудоспособном возрасте. Раннее выявление изменений в структуре конкретных генов и поиск так называемых кандидатных генов, ответственных за развитие болезни, имеют решающее значение для профилактики и ранней диагностики целого ряда заболеваний. Такие исследования мы начинаем в НЦЗД РАМН при кардиомиопатиях, первичной артериальной гипертензии, бронхиальной астме, остеопении.

Новый качественный прорыв в превентивной педиатрии может дать разработка молекулярно-генетических методов метаболических болезней у детей с использованием тандемной масс-спектро-

метрии. Ее использование позволяет с высокой точностью диагностировать нарушения метаболизма аминокислот (фенилкетонурия, гомоцистинурия, тирозинемия 1-го типа), окисления жирных кислот, органические ацидемии, нарушения цикла мочевины и др., начиная с периода новорожденности. Центральное место среди угрожающих жизни метаболических нарушений занимают дефекты обмена жирных кислот.

Перспективным научным направлением, с точки зрения разработки профилактических технологий, является, на наш взгляд, изучение молекулярно-генетических основ вариабельности физиологических функций у детей.

Таким образом, развитие молекулярно-генетических исследований может внести существенный вклад в охрану здоровья детей и снижение младенческой смертности, профилактику инвалидности у детей и лиц трудоспособного возраста.

Дальнейшее изучение механизмов функционирования физиологических систем здорового и больного ребенка, особенно в критические периоды роста и развития, ответных реакций организма ребенка на острый и хронический стресс позволит педиатрической науке осуществлять успешный поиск новых, более эффективных профилактических технологий.

Приоритетными научными исследованиями фундаментального и прикладного характера являются следующие:

- развитие молекулярно-генетических исследований;
- анализ спектра мутационных повреждений при ряде моногенных патологий;
- анализ молекулярных основ наследственной предрасположенности при наиболее часто встречающихся болезнях в педиатрической практике;
- молекулярно-генетический анализ наследственной гетерогенности физиологических функций у детей и подростков;
- разработка методических основ диагностики метаболических заболеваний;
- углубленное изучение механизмов функционирования основных физиологических систем в критические периоды развития и при различных заболеваниях;
- изучение реакций детского организма на острый и хронический стресс.

В заключение приведем слова академика Ю. Е. Вельтищева, которые могут быть девизом нашего Конгресса: «Педиатрам следует сосредоточить больше внимания и ресурсов превентивных технологиях в начале жизни, чем на спасательных мерах в ее преждевременном конце».