

Выступление О.П. Ковтун
«Охрана здоровья детей –
актуальные проблемы развития педиатрии» (Слайд 1)

Уважаемый президиум! Уважаемые коллеги!

2012 год, несомненно, войдет в историю отечественной педиатрии не только как год новых достижений в снижении младенческой и детской смертности, год успешного продвижения масштабных профилактических программ, перехода на критерии ВОЗ по регистрации младенцев, родившихся с массой 500 грамм и более, а прежде всего, как год, ознаменованный ярким политическим событием, – Указом Президента Российской Федерации Владимира Владимировича Путина №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 г.г.». Этот документ мы, педиатры, сегодня рассматриваем как новый этап развития нашего государства по защите прав и интересов детей, поскольку проблемы детства приобретают не просто важное социально-экономическое значение, они определяют медико-демографическую безопасность страны, ее будущее, ее национальные приоритеты (Слайд 2).

Какие же проблемы беспокоят в настоящее время медицинское сообщество и детских врачей? (Слайд 3). Это рост за последнее пятилетие во всех субъектах Российской Федерации общей и первичной заболеваемости; сокращение доли здоровых детей в популяции; формирование хронической патологии с раннего детства; значительный удельный вес управляемых причин в структуре младенческой и детской смертности. Таким образом, негативные тенденции в характеристике здоровья детей, к сожалению, приобрели устойчивый характер.

Возникает вопрос: что мы можем реально сделать, чтобы существенно изменить ситуацию? Путь к решению определен – это применение массовых профилактических технологий, направленных на повышение качества и

увеличение продолжительности жизни (Слайд 4). Отечественная педиатрия всегда отличалась своей сильной позицией – профилактической составляющей. Медицина XXI века позиционируется как медицина превентивная, предсказательная, персонифицированная, одним словом, - профилактическая. Главным инструментом является вакцинопрофилактика, самое эффективное, по мнению Всемирного банка, и экономически выгодное профилактическое мероприятие, известное в современной медицине (Слайд 5). Национальный календарь прививок – это профилактика в нашей стране 11 инфекций. Союз педиатров России ведет целенаправленную работу с законодателями, исполнительной властью по расширению Национального календаря путем включения вакцинации против пневмококковой и папилломавирусной инфекций, ветряной оспы, гепатита А (Слайд 6).

В настоящее время не удастся решить эту проблему в масштабе страны, но регионы уже начали двигаться вперед. Свердловская область – первой утвердила региональный календарь в 2008 году, согласно которому мы можем прививать детей от 17 заболеваний (Слайд 7). И это не предел. Мы включили в региональный календарь вакцинацию против пневмококковой, папилломавирусной, ротавирусной, гемофильной инфекций, гепатита А, клещевого вирусного энцефалита, ветряной оспы. Результаты превзошли наши ожидания.

Гепатит А. Прививаем население с 2000 года, с 2003 года начали вакцинировать 6-летних, с 2009 года – детей в 20 мес. жизни. Заболеваемость за эти годы снизилась в 13 раз, значительно ниже среднероссийского уровня (Слайд 8).

Клещевой вирусный энцефалит – эндемичная патология для нашего региона. Прививаем с 1996 года заболеваемость снизилась в 10 раз, среди детского населения - в 6 раз. Свердловская область – единственный регион России, включивший вакцинацию против клещевого энцефалита в календарные сроки, в 15 мес. Жизни (Слайд 9).

Ветряная оспа. Ежегодно в свердловской области регистрируется до 35 тыс. случаев ветряной оспы, а в России – около 1 млн. На модельной территории одного муниципального образования мы вакцинировали 88% детского населения, не болевших детей, 90% врачей и персонала образовательных учреждений. Заболеваемость ветряной оспой только за 2 месяца уменьшилась в 6 раз, а в целом сократилась в 11 раз – Слайд 10).

На протяжении последних лет среди детского населения Свердловской области не зарегистрировано ни одного случая кори, краснухи, эпидемического паротита. Иначе говоря, можно ставить вопрос об элиминации управляемых инфекций с помощью вакцин – старых и новых, многокомпонентных, высоко эффективных. Для этого нужна политическая воля и соответственно финансовые средства. Человечество просто обязано дать детям лучшее, что оно имеет. И конечно, радуется, что многие регионы страны поддержали нашу инициативу.

Вторая проблема – выхаживание младенцев, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, то есть менее 1,5 кг (Слайд 11). Создание системы перинатальной помощи, строительство современных перинатальных центров, совершенствование пренатальной диагностики, ориентированной на первый триместр беременности, повышение качества оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным, внедрение родового сертификата – реализация только этого комплекса первоочередных мер, безусловно, принесла свои результаты.

С каждым годом увеличивается число новорожденных, родившихся с ОН и ЭНМТ, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии. Выживаемость новорожденных с массой при рождении менее 1,5 кг составляет 96%, с массой от 750 г до 999 г – 94%, с массой от 500 до 749 г – 65% (Слайд 12). Мы приобретаем собственный опыт, меньше делаем ошибок, постоянно обучаем врачебный и сестринский персонал, активно внедряем передовые технологии европейских коллег. Однако исходы пока

мало утешительны. Структура заболеваемости у детей в возрасте 3-х мес. жизни, родившихся глубоконедоношенными, такова: четыре заболевания регистрируются в 100% случаев – СДР, ишемия мозга, анемия и ретинопатия (Слайд 13). Показатель инвалидности среди недоношенных составляет 29,4%, преимущественно за счет поражения ЦНС, при этом у 60% из них регистрируется ДЦП, 29% страдают слабовидением и слепотой, 7% - окклюзионной гидроцефалией (Слайд 14).

Сегодня чрезвычайно важным является вопрос создания системы реабилитации, этапного восстановительного лечения во все периоды наблюдения детей, родившихся преждевременно. Мы организовали сеть специализированных центров на базе ведущего областного учреждения – научно-практического центра «Бонум», являющегося областной детской больницей восстановительного лечения и Свердловским филиалом Научного центра здоровья детей РАМН, где создана уникальная региональная многоцентровая модель, включающая 10 специализированных центров (Слайд 15). В учреждении на протяжении многих лет успешно внедряется принцип «раннего вмешательства» (Слайд 16): с каждым ребенком, его семьей работает команда специалистов, работа строится на основе системной интеграции (Слайд 17). Именно такой подход позволяет достичь существенных результатов по снижению инвалидности, сохранению здоровья детей и их социализации.

Приведу в пример работу Областного центра ретинопатии (Слайд 18). Самый значимый результат – снижение в 10 раз показателя инвалидности у детей с тяжелыми, IV и V стадиями ретинопатии, приводящими к слепоте: с 34,8% в 2003 году – до 3,6% в 2011 году (Слайд 19).

Путь к решению проблемы – дальнейшее повышение качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, новорожденным и детям раннего возраста (Слайд 20). Нужны стандарты,

нужны необходимые ресурсы – оборудование, подготовленные кадры и новые технологии.

Серьезную обеспокоенность детских врачей и организаторов здравоохранения вызывает так называемое «организованное детство» - этап дошкольного и школьного образования (Слайд 21). В первую очередь речь идет о структуре острой заболеваемости, где 80% составляют болезни органов дыхания (Слайд 22). Она не меняется уже на протяжении нескольких лет. По ряду нозологий ситуация просто драматическая: частота хронических заболеваний увеличивается в несколько раз за период обучения в школе: например, по заболеваниям костно-мышечной системы и соединительной ткани - рост в 2 раза, а с 1-го года жизни – в 20 раз (Слайд 23); по заболеваниям пищеварительного тракта – в 1,5 раза, а с 1-го года жизни – в 5 раз (Слайд 24). Причины такого роста изучены, хорошо известны. Необходимы оперативные меры по изменению ситуации: лицензированию медицинских кабинетов, обеспечению врачебными кадрами, разработке стандартов, приведению в соответствие с нормами вопросов питания, освещенности, учебной нагрузки, устранение сменности и т.д. (Слайд 25). Эти проблемы одним педиатрам не решить, они имеют межведомственный характер, поэтому «школьная медицина» - одно из приоритетных направлений деятельности отрасли здравоохранения, образования и каждой семьи в отдельности.

Еще одна проблема, требующая особого внимания общества, – это подростки, дети 15-17 лет (Слайд 26). Несмотря на рост рождаемости, преодоление в ряде субъектов так называемого «русского креста», мы сегодня говорим о кризисе среди детей подросткового возраста. Тому есть серьезные основания – рост наркомании, токсикомании, туберкулеза и других социально-значимых заболеваний. Не подлежат воинской службе – 60% подростков, имеют заболевания репродуктивной сферы 46% мальчиков и 60% девочек (Слайд 27). За последние пять лет количество подростков в

стране постоянно сокращается. Мировая статистика свидетельствует о том, что обновление рынка табака происходит в мире именно за счет 18-летних, курят в возрасте 13-15 лет 24% девочек и 30% мальчиков (Слайд 28).

Важно поднять и проблему подростковой смертности. К большому сожалению, преждевременные потери в этой группе детей весьма внушительны: показатели подростковой смертности подчас приравниваются к младенческой, а порой и превышают ее уровень. На эти факты, как и на причины смерти, среди которых на протяжении ряда лет доминируют травмы, суициды, самоубийства, следует обратить особое внимание.

Итоги диспансеризации и оздоровления подростков нам хорошо известны: у 57% детей впервые были выявлены заболевания в ходе диспансеризации. Однако полного охвата реабилитационными мероприятиями достичь не удалось – только 52% детей получили медицинскую помощь и санаторное лечение (Слайд 29). Нужна федеральная программа по охране здоровья детей подросткового возраста, включающая амбулаторный, стационарный и реабилитационный этапы наблюдения (Слайд 30). Требуют дальнейшего развития подростковая медицина в целом, клиники, дружественные к молодежи, центры здоровья для детей и подростков.

И, конечно, основное – это формирование ценностей здорового образа жизни – с младенчества, детства, в каждой семье, дошкольном учреждении, в школе, вузе, в профессиональной сфере. Только путем создания единого пространства, глобальной профилактической среды, направленной на мотивацию сохранения здоровья как залога успешности, уверенности в достижении жизненных целей, как единственной меры, обеспечивающей благополучие человека, а значит, и государства в целом. (Слайд 31). Путь к решению проблемы – в развитии политики формирования здорового образа жизни россиян (Слайд 32).

И наконец, последнее – проблема медицинского образования и кадровой политики (Слайд 33). Многолетняя проблема. Я заведую кафедрой педиатрии факультета повышения квалификации в нашей академии, ежедневно общаюсь с участковыми педиатрами. Они откровенно признаются в том, что за поколением врачей, кому сегодня 50 лет и чуть более – пропасть, практически нет никого. Как известно, 30% выпускников не приходят в медицину (Слайд 34). Широко обсуждается в Союзе педиатров России и уровень медицинских знаний молодого поколения врачей, их готовность к практической деятельности (Слайд 35). С этих позиций образовательные стандарты нового поколения уже требуют пересмотра, симуляционных центров явно недостаточно, медленно внедряются информационные технологии, да и целевой прием абитуриентов не восполнил пока сложившегося дефицита. Поэтому путь к решению проблемы в разработке новых законодательных актов по закреплению и реализации ответственности выпускника перед государством и медицинским профессиональным сообществом (Слайд 36).

Уважаемые коллеги!

Мы, детские врачи, во главе с нашей профессиональной организацией - Союзом педиатров России готовы внести свой вклад в решение обозначенных проблем. Цель у нас одна – поднять детское здравоохранение на новый уровень, чтобы дети России были здоровы и счастливы! (Слайд 37).