

Местом проведения VI Национального конгресса по школьной и университетской медицине стал Екатеринбург. Именно в стенах Уральского государственного медицинского университета развернулось обсуждение современной модели медицинского обеспечения детей в образовательных организациях. Врачи, преподаватели медицинских вузов, научные работники, руководители органов управления здравоохранением и Роспотребнадзора, учителя школ, представители Европейского общества школьной и университетской медицины и здоровья, коллеги из Казахстана, Белоруссии, Азербайджана вели заинтересованный разговор о совершенствовании оказания медицинской помощи в образовательных организациях. Спектр вопросов оказался довольно широким: от межсекторального взаимодействия, нормативно-правового регулирования до подготовки кадров, обмена опытом регионов.

Риски здоровью и ситуация в медицине образовательных организаций

– Нас не может не волновать состояние здоровья обучающихся, рост школьно-обусловленной патологии и функциональных отклонений, – отметил директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей, президент Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья, член-корреспондент РАН Владислав Кучма. – Сложившуюся ситуацию можно изменить только консолидированными усилиями педагогов, врачей и организаторов здравоохранения.

– Чтобы страна была успешной, процветающей, мы должны разделить ответственность за здоровье наших детей, – призвала ректор Уральского государственного медицинского университета член-корреспондент РАН Ольга Ковтун.

По данным официальной статистики, основанной на результатах массовых профилактических осмотров, более 32% детей относятся к первой группе здоровья, 53% – ко второй, 13% – к третьей, и 2% – к четвертой-пятой. Данные же углубленных обследований, проведенных научными коллективами, не столь оптимистичны. В процессе обучения количество детей, которых можно отнести к первой группе здоровья (то есть абсолютно здоровых), снижается с 20-25 до 0,5%, а второй группы (дети с функциональными отклонениями) – с 50-55 до 30-35% при одновременном увеличении численности третьей (дети с хроническими заболеваниями в стадии компенсации) с 30 до 55-65% и возрастной четвертой группы до 4-5%. Такое расхождение в показателях обусловлено недостаточностью качественного проведением профилактических осмотров и низкой выявляемостью. Неблагоприятные тенденции, по мнению участников конгресса, в первую очередь связаны с плачевным состоянием школьного здравоохранения, неуклонностью медицинских кадровых отделений медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях, слабой профилактической работой в школах, детсадах и колледжах. Реально трудятся в образовательных организациях менее половины должного количества медицинских работников, причём большинство на 1,5-2 ставки. В итоге медсестра бывает в каждой школе по 2-4 часа несколько раз в неделю, а педиатры ещё реже. Студенты колледжей лишены и такой помощи, поскольку до сих пор не решён вопрос: кто им должен её оказывать – педиатры детских поликлиник или терапевты поликлиник общей сети. Кто вообще должен мониторить факторы риска образовательной среды, как новые, так и старые?

Сейчас много говорится об информатизации, использовании новых технологий в обучении. По данным Министерства просвещения РФ, приведённым на начало нынешнего учебного года, интернетом оснащено уже 100% городских и почти 99% сельских школ. Однако при этом во вторую смену обучаются 2,21 млн школьников, свыше 8600 – в третью. В капитальном ремонте нуждаются 4 тыс. (более 10%) школ. Водопровод отсутствует в 2% школ, центральное

в 2018 г. Правительством РФ принято решение о запуске нового приоритетного проекта «Цифровая школа». Новые непроверенные, не апробированные устройства уже широко вошли в школьное обучение. Да что там школьное! В дошкольных учреждениях активно используются интерактивные доски, планшеты, ноутбуки и т.д. Информационная среда обитания меняет самого ребёнка, его психическое развитие, формирует дополнительные риски здоровью.

для взрослого контингента и не учитывающие морфофункциональные особенности детей разного возраста. В феврале прошлого года в Рейкьявике состоялась международная конференция «Дети, время экрана и беспроводное излучение», по итогам которой 130 учёных из 26 стран подписали обращение, призывая запретить использование беспроводных сетей в учреждениях для детей, поскольку не установлен безопасный уровень электромагнитных полей радиочастотного диа-

томатизированное рабочее место врача, которое связано с сервером поликлиники. К нему присоединён аппаратно-скрининговый диагностический комплекс.

Скрининг учащихся выявляет подозрительных пациентов на наличие патологии, распределяет на группы по нозологическому принципу. В дальнейшем их голосовой робот школьной медицины пригласит на консультацию в медицинскую организацию, где проводят диагностику и лечение.

Главная тема

Жизнь требует движения

Так говорил Аристотель, так считают участники VI Национального конгресса по школьной и университетской медицине



Открытие конгресса

отопление – в 20,6%. Ещё немало образовательных организаций, в которых не выполняются обязательные гигиенические требования к воздушной среде, освещённости, микроклимату, мебели и т.д. Так, результаты исследований гигиенистов свидетельствуют: среди достаточно благополучных московских школ от 16 до 28% должны быть отнесены к 3-й группе санитарно-эпидемиологического благополучия, условия обучения в которых считаются потенциально опасными для здоровья, что коррелирует с развитием и ростом школьно-обусловленной патологии.

По словам заведующей лабораторией НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков профессора Марины Степановой, среди школьных факторов риска наибольший вклад в нарушение здоровья детей вносят факторы, связанные с организацией учебного процесса, в частности с большими образовательными нагрузками. Данные анкетирования московских школьников показывают, что из 16 часов бодрствования на суммарную информационную нагрузку, в том числе экранную, приходится от 12 до 14 часов. Перегруженное содержание школьного образования заставляет многих детей расстраиваться своим здоровьем за необходимость освоения учебных программ.

– Характерный для значительного числа школьников большой объём когнитивной нагрузки и ассоциированное с ней хроническое недосыпание, сокращение прогулок, частые стрессы запускают цепочку патологических процессов, которые формируют синдром высоких учебных нагрузок, зафиксированный в детской неврологии. Современные исследователи расценивают их как самый значимый психотравмирующий фактор, пусковой механизм развития нервно-психической патологии у детей, – отметила профессор.

Всё более актуальной становится проблема информационной безопасности. В Москве набирает обороты реализация проекта «Московская электронная школа», в России

позаона и появляется всё больше исследований, свидетельствующих о повышении риска развития рака, особенно опухолей головного мозга под их воздействием. В этой связи необходимы фундаментальные исследования влияния электромагнитных полей Wi-Fi-роутера на детский организм.

Первые результаты

Понятно, что без школьной медицины в деле охраны здоровья подрастающего поколения не обойтись, ведь дети проводят в стенах образовательного учреждения значительную часть времени. Но как она должна развиваться? Как должно строиться взаимодействие системы образования и здравоохранения? В этом пока нет ясности,

– Самое важное – не бросить пациента на первом этапе диспансеризации, не допустить его потери на переходе из первого на второй этап, довести до конца – до выздоровления или до реабилитации, – рассказывает В.Ерофеев. – Поэтому была разработана система маркирования. Маркёр на истории развития будет гореть до тех пор, пока все исследования не будут выполнены, все консультации пройдены. По результатам этого пациент возвращается к своему участковому педиатру, который должен убедиться: всё, что он планировал, сделано. Если на истории развития горит красный маркёр, случай не является законченным.

Ямальский вариант существенно отличается от ростовского. Здесь акцент сделали на том, чтобы разгрузить поликлиники, разделить потоки на здоровых и больных детей. Больные дети – забота поликлиник, здоровые – центра здоровья. Таким образом перевернули логику, выстроили новую систему взаимоотношений между центром здоровья и общеобразовательными школами, детсадами. А главным посчитали создание на уровне региона единого правового поля по взаимодействию системы образования и здравоохранения.

– Мы перешли от здоровьесбережения к здоровьесформированию, – заявила главный врач Ново-Уренгойской центральной городской больницы Ирина Груздева. – Основным отличием нашей модели школьной медицины является структурная перестройка самой детской поликлиники. Под эгидой центра здоровья выделено профилактическое звено, которое объединило 3 отделения: отделение организации медицинской помощи детям в образовательном учреждении, отделение организации медицинской помощи дошкольникам и отделение медицинских профилактических осмотров с кабинетами медицинской профилактики. То есть впервые мы разделили потоки здоровых и больных детей, что позволило начать серьёзно заниматься здоровьем здоровых. Полномочия центра здоровья расширены, он стал центральным связующим звеном. Штатное расписание переделали. Мы считаем, что медицинской сестры в школах – мало, но врачей много. Полагаем, что выпускники факультета высшего сестринского образования наиболее подходящие для работы в школе. Помимо того, что уровень их знаний выше, чем среднего медицинского работника, они ещё являются преподавателями и пропагандистами ЗОЖ. Это сочетание оптимально для центров здоровья. Укомплектованность в течение одного года работы по новому в пилотном проекте выросла с 18 до 22% врачами и с 45 до 65% средним медперсоналом. Медицинский работник в школе находится столько, сколько работает школа.

– Мы нашли полное взаимопонимание между системой здравоохранения и образованием.



Интерес у слушателей был неподдельный

Широкое внедрение в учебный процесс электронных учебников (количество которых, по словам М.Степановой, уже не поддаётся учёту и которые с каждым годом всё более вытесняют традиционные бумажные учебники) происходит без гигиенической аттестации. Это связано как с отсутствием полноценной нормативной базы для её проведения, так и с недостатком разработанных гигиеническими требованиями к шрифтовому оформлению с учётом особенностей восприятия детей разного возраста.

Внедрение в учебный процесс различных интернет-ресурсов привело к необходимости использования в школьных помещениях системы Wi-Fi, которая к электромагнитным полям, характерным для компьютеров, добавила ещё СВЧ-излучение, отмечалось на конгрессе. Электромагнитные поля радиочастотного диапазона являются новым, постоянно действующим физическим фактором внутришкольной среды, безопасность которого для детского организма ещё не подтверждена, а его присутствие в школьной среде только возрастает.

– При его гигиенической оценке, если она вообще проводится, – рассказывает М.Степанова, – исполняются нормативы, установленные

хотя необходимость тесного сотрудничества признают все.

– Главное для любой семьи – здоровье ребёнка, а потом образование, – подтвердила неоспоримый приоритет заместитель директора Департамента государственной политики в сфере общего образования Министерства просвещения РФ Жанна Садовникова. – Мы видим, что дети приходят в образовательную организацию с одним здоровьем, а уходят по окончании школы с другим. К выпуску оно ухудшается.

По её словам, только благодаря совместной работе ситуацию можно исправить.

Ответить на многие актуальные вопросы призван пилотный проект, который реализуется по инициативе Минздрава России в 5 регионах страны, где пытаются создать собственные модели медицинского обеспечения учащихся. Две из них были представлены на конгрессе: ростовская и ямальская.

Ростовчане сделали акцент на автоматизации всего и вся на всех этапах, используя такие сервисы, как биометрическая идентификация пациента, голосовые роботы и др. По словам главного врача детской поликлиники № 1 Ростова-Дона Владислава Ерофеева, в каждом медицинском кабинете пилотных школ оборудовано ав-



Живой обмен мнениями

ранения и системой образования на уровне автономного округа, – отметил начальник Департамента образования администрации Нового Уренгоя Михаил Терещенко. – Изменив логистику, перешли к формированию осмысленного отношения учащихся к своему здоровью. Каждый ребёнок отслеживает динамику своего состояния. Но главное – добились включённости родителей. Сегодня 70% из них приводят детей на профилактический осмотр. Считаю, в школах должен быть внедрён принцип благоговения перед здоровьем.

Приятно было слышать это из уст представителя системы образования. Кстати, на конгрессе он выступал в одной связке с главным врачом, как, видимо, и в повседневной деятельности по реализации пилотного проекта.

Создание единого правового пространства, централизация всех профилактических осмотров, вовлечение в процесс родителей привело к тому, что Центр здоровья стал не только центром анализа и мониторинга данных о состоянии здоровья всех детей города, но и центром межведомственного взаимодействия.

– Первыми результатами явилось увеличение охвата школьников диспансеризацией. Но наша цель – воспитание культуры здоровья. Уверены в том, что будущее – за межведомственным взаимодействием, – подчеркнула И.Груздева.

– Обоснование современной модели охраны здоровья детей в образовательных организациях должно осуществляться на научной основе в соответствии с принципами доказательной медицины по единому алгоритму, позволяющему оценить результаты, достигнутые в ходе реализации пилотных проектов, – прокомментировал В.Кучма.

Каждый выплывает по-своему

Большой интерес у участников конгресса вызвало выступление профессора Людмилы Ждановой из города Иваново, посвящённое организационным аспектам охраны здоровья детей в образовательных организациях, отметившей большую значимость межведомственной интеграции. Неслучайно в законе «Об образовании» говорится, что охрана здоровья детей школьного возраста – задача прежде всего образовательного учреждения. А лечебное учреждение обеспечивает организацию оказания первичной медико-санитарной помощи. Л.Жданова остановилась на нормативной базе, регламентирующей изменения в структуре детской поликлиники и наличие в ней отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

Недавно вышел приказ Минздрава России № 92н, но в нём не представлен персонал, который должен работать в школьном отделении. Более того, участковый педиатр теперь работает не в профилактическом, а в консультативно-диагностическом отделении.

– Возникает вопрос: а вообще участковый педиатр будет теперь заниматься первичной профилактикой? И кто и когда должен давать

обходим алгоритм взаимодействия центров здоровья, детских поликлиник, образовательных организаций. Учитель физкультуры может нам помочь оценить физическое развитие, педагог-психолог – психическое развитие, центры здоровья – оценить реактивность. И если мы будем иметь всю эту информацию, педиатр или даже бакалавр может действительно объективно дать комплексную оценку здоровью. И только при такой ситуации можно составить индивидуальную программу профилактики. Но это сложно. Индивидуально лечить пневмонию мы умеем, а вот индивидуально составить программу профилактики нет.

– Первоначально сегодня нужна нормативная база, содержащая чёткие инструкции по комплексной оценке здоровья, либо мы полно-



Подведение итогов конкурса молодых учёных

рекомендации по стимуляции развития ребёнка и оздоровлению детей разного возраста? – выразила озабоченность коллег-участников конгресса Л.Жданова.

По её мнению, чрезвычайно важно сохранить основную концепцию школьной медицины, которая заключается в следующем: максимально интегрировать ребёнка в образовательный процесс с учётом его индивидуальных особенностей развития, а не только ограничивать его от воздействия школьных факторов. По данным исследования, лишь малая часть первоклассников адаптируется к учёбе и не утрачивает при этом здоровье, а остальные нуждаются в помощи и поддержке.

В приказе Минздрава России № 514 в отношении медицинских осмотров несовершеннолетних говорится, что сегодня проводить этот осмотр разрешено не только в детской поликлинике, но и в образовательной организации, и осуществлять его может не только участковый педиатр, но и любой другой врач-педиатр.

– На мой взгляд, какой бы врач ни проводил этот медосмотр – 10 минут явно недостаточно, чтобы хорошо оценить все критерии комплексной оценки здоровья. Давайте честно скажем, что это практически невозможно, – считает Л.Жданова. – Поэтому сегодняшние медицинские осмотры в основном имеют нозологическую направленность, выявляют заболевания, не давая нам представления об особенностях развития ребёнка.

Профессор Ирина Рапопорт важным условием повышения качества профилактических осмотров считает проведение предварительных скрининг-обследований (с помощью аппаратных комплексов), которые в первую очередь должны быть направлены на детей группы риска.

Проблему представляет и отсутствие чётких инструкций по критериям комплексной оценки здоровья.

– Мы понимаем, что без педагогов нам сегодня очень сложно оценить все эти критерии, – высказала точку зрения коллег-медиков Л.Жданова. – Нужен алгоритм взаимодействия. Нет нормативной базы, в которой бы чётко говорилось, что должен делать учитель, что он должен передать врачу, что должен делать психолог. Поэтому каждый поступает по-своему. В каждой школе создаются свои какие-то варианты интеграции. Не-

стью переходим на нозологический принцип, либо мы всё-таки оставляем нормоцентрическую позицию при комплексной оценке здоровья. И конечно, чётко прописанный алгоритм и внутриведомственного, и межведомственного взаимодействия при проведении профилактических осмотров, – заключила профессор.

– Прежде всего, на мой взгляд, необходимы специальные широкомасштабные исследования с целью разработки национального стандарта, нормативов физического, когнитивного развития детей, которые должны быть выполнены по единой методологии, принципам оценки, которые лягут в основу современных образовательных стандартов, стандартов мебели, одежды, обуви, – полагает В.Кучма.

Учить и учиться

Отдельный симпозиум на конгрессе был посвящён подготовке кадров. Сегодня вузы сами формируют образовательные программы с последовательностью изучения дисциплин, сроками изучения и содержания, то есть каждое учебное заведение готовит по-своему, что, как говорится, «не есть хорошо». Заведующая кафедрой гигиены Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Ольга Милушкина отметила основные проблемы преподавания предмета: отсутствие единого подхода к преподаванию (отсюда несовпадение тем и часов); перенос начала преподавания дисциплины

на 2-й курс, что требует пересмотра методики преподавания с учётом уровня подготовки студента к усвоению материала; отсутствие или резкое сокращение лабораторной базы для проведения практических занятий.

Изменились требования к преподавательскому составу. Задача преподавателя теперь не дать информацию, сумму знаний студенту, а научить его поиску этой информации и проконтролировать его. Сокращаются кадры на кафедрах, появляются виртуальные учебные среды, системы управления обучением. Так, например, в РНИМУ им. Н.И.Пирогова на кафедре топографической анатомии (!) студенты занимаются без преподавателя. Педагог через камеру следит за тем, что выполняют студенты в аудитории и контролирует этот процесс совершенно из другого места, то есть надзора преподавателя, его присутствия нет. Пока неизвестно, к чему такое образование приведёт.

По мнению заведующего кафедрой гигиены Уральского ГМУ Галии Насыбуллиной, в ряде случаев наблюдается чрезмерный перекос в отношении практикоориентированности образования.

– Но фундаментальность высшего образования важно тоже

рамках дискуссионного клуба. По их мнению, медицинская помощь, оказываемая в школах, должна быть более всеобъемлющей и соответствовать потребностям детей. Сотрудники службы школьного здравоохранения обязаны работать всё время, пока дети находятся в школе. (Если школа работает в 2 смены, то и сотрудники – тоже). Команда должна включать в себя врачей (педиатр, врач по гигиене детей и подростков, стоматолог, приглашённые специалисты, в зависимости от проблем в отношении здоровья в школе), медицинских сестёр, психологов, социальных работников, каждый из которых обязан быть профессионалом в своей области знаний, уметь общаться с детьми. Эффективность работы службы школьники предлагают оценивать по таким показателям, как низкая заболеваемость и высокий уровень психологического благополучия.

А ещё ребята хотели бы иметь больше знаний и навыков по укреплению и сохранению здоровья.

– Наша задача на ближайшее время – выстроить конструктивное взаимоотношение с образовательными организациями, мы должны быть вхожи в школы, колледжи, вузы, – сказала О.Ковтун. – Моло-



Мастер-класс «Здоровые зубы с детства» ведут ординаторы УГМУ

сохранять, – полагает профессор, обеспокоенная сокращением часов на фундаментальные дисциплины. На её взгляд, выпускник медико-профилактического факультета должен иметь такой уровень подготовки, который бы позволял ему продолжить образование по программам ординатуры или аспирантуры, а не только трудиться на конкретном рабочем месте врача.

– Когда высшее образование становится чрезмерно практикоориентированным, мы гасим сознательно вектор развития гигиенической и эпидемиологической науки, – считает Г.Насыбуллина.

Глазами детей

Участники форума ломали копья в дискуссиях на «круглом столе», на секционных заседаниях, пытались определить, какой должна быть модель медицинского обеспечения учащихся в образовательных организациях.

А какой хотят видеть её сами школьники? Ответ на этот вопрос дали старшеклассники, принявшие участие в работе конгресса в

дэж делает нам заказ на изменения, и мы должны его выполнить.

О.Ковтун затронула и ряд других важных аспектов охраны здоровья подрастающего поколения. Если проанализировать смертность, то выделяются 2 пика: первый – смертность детей до года (младенческая смертность), второй – детей 15-17 лет.

– Мы теряем столько же детей в возрасте 15-17 лет, сколько и на первом году жизни, – выразила беспокойство О.Ковтун. – Наверное, следует ввести показатель подростковой смертности. И хотя более 85% смертности в этот период связано с немедицинскими причинами (суициды, травматизм) всё же нужно усилить внимание к подростковому контингенту.

Зашла речь и об изменении возраста детства. Сейчас у нас детьми считаются лица до 18 лет, в Европе – до 21 года, а то и до 27 лет. Ранее академик РАН Александр Баранов поднимал данный вопрос, предлагая продлить период детства до 21 года (пока ребята ещё завершают образование и находятся в системе организованного наблюдения), вероятно, стоит к этому вернуться.

Тематика форума не ограничивалась узкой направленностью, а охватывала максимум аспектов. Рассказать обо всех в газетной публикации невозможно. Упомянем лишь, что в рамках конгресса состоялись ещё: конкурс научных работ молодых учёных, обсуждение профессиональных стандартов «Специалист по гигиене» и «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях», мастер-классы для детей и взрослых, совместное заседание пленума научного совета Отделения медицинских наук РАН по гигиене и охране здоровья детей и проблемной комиссии учёного совета Роспотребнадзора.

Валентина ЕВЛАНОВА,
спец. корр. «МГ».
Фото автора.



Правильное питание – со школьной скамьи