

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

ДИРЕКТОР  
ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» РАМН  
Александр Александрович  
Баранов



Государственная система охраны здоровья детей берет свое начало с середины XVIII века: в 1763 году указом Екатерины II был учрежден Московский воспитательный дом, в котором был организован первый в России стационар для детей. Это и следует считать точкой отсчета в развитии отечественной педиатрии.

Уже в XIX веке в процессе деятельности Московского воспитательного дома сформировались три основополагающие традиции, которые сохраняются и поддерживаются педиатрическим сообществом. Это *гуманизм* (во главе всей профессиональной деятельности – интересы больного ребенка), *передовые позиции* (поиск оптимальных ответов на наиболее злободневные вопросы педиатрической науки и практики), *интеграция достижений науки в практику* (разработка и внедрение новых эффективных форм и методов профилактической, диагностической и лечебной помощи детскому населению).

Правопреемником Императорского Московского воспитательного дома является Научный центр Российской академии медицинских наук. История центра начинается с 1 сентября 1763 года.

В процессе развития отечественной педиатрии сложилась уникальная организационная система оказания медицинской помощи детям. В основе системы лежит ее государственный характер, а основными приоритетами являются профилактическая направлен-

ность и преимущественное развитие первичной медико-санитарной помощи.

Приверженность педиатрии данным приоритетам развития позволила достичь определенных немалых успехов. За последние десятилетия происходило неуклонное, из года в год снижение показателей младенческой и детской смертности, стабилизировались показатели общей заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни. Произошло снижение темпов роста общей и первичной заболеваемости детей старших возрастов. Достигнуты значительные успехи в уменьшении инфекционной заболеваемости. Разработаны и внедрены современные высокоэффективные лечебные технологии в детской ревматологии, аллергологии, неврологии, гастроэнтерологии, методы оперативного лечения детей в ортопедии, нейроортопедии, абдоминальной хирургии, других областях оказания медицинской помощи детям. Несомненно огромные достижения в лечении детей с онкогематологическими заболеваниями.

На фоне имеющихся достижений имеются и определенные проблемы в системе сохранения и укрепления здоровья детей. Они связаны и со сложной демографической ситуацией, и с состоянием здоровья детей, и с эффективностью, доступностью и качеством медицинской помощи. Однако самым важным, на наш взгляд, является несовершенство законодательного обеспечения охраны здоровья детей.

В настоящее время медицинская помощь, в том числе детскому населению, оказывается в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В законе зафиксированы многие положительные моменты. Так, выделен специальный раздел охраны материнства и детства, представлен обширный понятийный аппарат, определяющий различные аспекты охраны здоровья.

В законе введено понятие «медицинская помощь». При этом нет понятия «педиатрическая помощь» и не раскрыто понятие «медицинская помощь детям». Таким образом, законодательно не определена роль врачей-пе-

диатров и педиатрических учреждений в системе сохранения и укрепления здоровья детей.

При раскрытии понятия «медицинская реабилитация» допущены достаточно грубые терминологические нарушения. Медицинская реабилитация определена как «комплекс мероприятий медицинского и психолого-педагогического характера...» В связи с этим должно быть введено понятие не медицинской, а комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации.

В основе системы оказания медицинской помощи детям лежит профилактический принцип, при реализации которого одним из важнейших компонентов является активное профилактическое наблюдение за ростом и развитием ребенка. Одним из аспектов профилактического наблюдения является раннее выявление факторов, негативно влияющих на формирование здоровья, в том числе связанных с условиями воспитания и обучения в семье и образовательных учреждениях, а также с образом жизни ребенка. Всё это является предметом медико-социальной помощи. В то же время понятие «медико-социальная помощь» изъято из закона (в предыдущих «Основах законодательства об охране здоровья граждан» данное понятие существовало).

Здесь приведены только отдельные недостатки принятого закона. Однако и это является лишним подтверждением необходимости принятия отдельного закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации», который определял бы не только медицинские, но и педагогические, социальные, психологические и другие аспекты деятельности государства по охране здоровья детей.

Сложность демографической ситуации заключается в следующем: за последние 10–11 лет число детей в возрасте до 17 лет включительно уменьшилось на 9,2 млн человек, или на 26,4%, и в настоящее время составило только 25,7 млн. Снижение численности произошло за счет сокращения на 44,3% числа детей подросткового возраста (10–17 лет), а также на 18,7% детей в возрасте от 5 до 9 лет. Численность детского населения в возрасте до 4 лет несколько выросла (на 1,0 млн человек, или на 15,2%) за счет некоторого увеличения рождаемости и снижения младенческой смертности. В этой ситуации сохранение жизни и здоровья каждого ребенка является важнейшей задачей не только для педиатрического сообщества, но и для общества и государства в целом.

Определенные проблемы и связанные с ними задачи, решать которые будет необходимо в ближайшее время, могут быть связаны с окончательным переходом Российской Федерации на критерии живорождения, рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения: масса тела при рождении – 500 г и более, срок гестации – 22 недели и более и наличие хотя бы одного признака живорождения. Число детей, рождающихся с низкой (НМТ), очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массой тела, ежегодно увеличивается: 2008 год – 98 тыс., 2012 год – 114 тыс. (или 5,8 и 6,1% от общего числа новорожденных соответственно). Примечательно, что в структуре группы детей, родившихся с массой тела менее 2,5 кг, происходит рост доли детей, родившихся с ОНМТ (2008 год – 8,8%, 2012 год – 10,5%)

и ЭНМТ (2008 год – 4,3%, 2012 год – 5,6%). При этом, соответственно, снижается доля детей, рождающихся с НМТ (2008 год – 86,9%, 2012 год – 83,9%).

Ежегодно до 36% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности. Общая заболеваемость всех новорожденных и заболеваемость новорожденных, родившихся с массой тела 1 кг и выше, находятся на сопоставимых уровнях (5–5,1 тыс. на 10 тыс. новорожденных соответствующих групп). С 2008 года показатели снизились на 6,9 и 8,1% соответственно. Обратные тенденции отмечаются в отношении динамики общей заболеваемости среди детей, родившихся с ЭНМТ (масса тела при рождении до 1 кг): за указанный период времени показатель увеличился на 22,5%.

За последние годы среди новорожденных в целом наиболее выраженная негативная динамика отмечается в отношении частоты врожденных аномалий, синдрома респираторных расстройств. При этом известно, что распространенность и ее рост по данным классам болезней среди недоношенных и маловесных детей значительно выше, чем в общей популяции новорожденных. При этом перинатальные поражения центральной нервной системы среди таких детей также встречаются гораздо чаще, чем среди новорожденных в целом.

На фоне роста частоты врожденных аномалий необходимо освоение и широкое внедрение в работу учреждений родовспоможения третьего уровня (перинатальные центры) и детских многопрофильных стационаров (преимущественно уровня субъектов Российской Федерации) технологий неонатальной хирургии.

В условиях увеличения объемов оперативных вмешательств среди новорожденных и детей первого года жизни при врожденных аномалиях, роста частоты перинатальной патологии и синдрома респираторных расстройств во всей стране крайне актуальным становится создание очень мощной службы реанимации, интенсивной терапии, выхаживания и комплексной реабилитации детей, родившихся недоношенными и с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», основных направлений демографической политики и программы модернизации здравоохранения государством сделано и делается достаточно много для решения данных проблем. Так, в частности, согласно официальным данным на окончание 2012 года в стране работают 72 перинатальных центра, в том числе 58 самостоятельных, причем 19 из них открыты в 2011 году. На 2014 год планируется открытие федерального перинатального центра (на базе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» Минздрава России). При этом совершенно очевидно, что для такой страны, как Россия, такое число центров является недостаточным. Кроме того, в рамках модернизации здравоохранения многопрофильным детским больницам поставлено большое число единиц современного диагностического и лечебного оборудования, в том числе для укомплектования отделений реанимации, интенсивной терапии и выхаживания недоношенных, маловесных детей и других категорий больных новорожденных.



Это позволяет, при соответствующем кадровом обеспечении и оптимальной организации работы, внедрить самые современные технологии в деятельность данных центров, педиатрических стационаров и отделений.

В последние 7–8 лет заболеваемость детей первого года жизни держится на стабильном уровне (2670–2730 на 1 тыс. детей, достигших в данном году возраста 1 года). Отмечается разнонаправленность динамики частоты различных классов болезней. Снизилась распространенность болезней эндокринной системы, нарушений обмена, инфекционных болезней, болезней уха, органов дыхания. Возросла частота болезней нервной системы, глаза, мочеполовой системы, врожденных аномалий. На первом году жизни увеличивается частота той патологии, которая в дальнейшем определяет снижение социальной адаптации и интеграции ребенка вплоть до формирования инвалидности. На первом году жизни в последние годы стабилен показатель частоты последствий травм и воздействия других внешних причин, что в определенной степени свидетельствует о воспитании этих детей в условиях семейного неблагополучия и о необходимости развития системы медико-социальной помощи детям из семей высокого социального риска.

Растет, хотя и меньшими темпами, чем в 1980-е и 1990-е годы, заболеваемость детей более старших возрастных групп. Согласно данным, полученным в результате научных исследований в ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, в настоящее время не более 2–15% школьников (в зависимости от возраста) можно признать здоровыми, хроническую патологию имеют более 70% детей в возрасте 10 лет и старше. Среди детей всех возрастных групп отмечается преимущественный рост хронической патологии, доля которой среди всех нарушений здоровья, в частности среди школьников, достигла 32%.

Согласно данным официальной статистической отчетности за период с 2000 по 2012 год, ежегодный рост общей заболеваемости среди детей в возрасте до 14 лет составлял 2–3%, среди 15–17-летних – 7–8%. За последние годы среди детей наиболее интенсивно возрастала частота новообразований, врожденных аномалий, болезней кожи, нервной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, крови, болезней системы кровообращения, росли и показатели последствий воздействия внешних причин.

Наряду с соматическим, ухудшается репродуктивное здоровье детей и подростков. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания. За последние 5 лет частота гинекологических и андрологических болезней среди детей всех возрастов увеличилась в 1,8 раза, более 50% детей подросткового возраста имеют заболевания, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции. Среди причин бесплодных браков мужское бесплодие занимает до 40%, женское бесплодие – 40–45%, бесплодие обоих супругов – 15–20%.

В настоящее время в стране насчитывается 511 тыс. детей-инвалидов, в том числе 92 тыс. (18,2%) – это дети раннего возраста. Частота общей инвалидност-

ти в 2012 году составила 195,6 на 10 тыс. детей в возрасте до 17 лет включительно, первичной – 24,3.

Наиболее частыми болезнями, обусловившими формирование инвалидности, являлись психические расстройства и расстройства поведения (25,1%), болезни нервной системы (22,7%), врожденные аномалии (19%), а также последствия инфекционных и соматических болезней (17,4%). Эти сведения определяют направленность работы по предупреждению исхода хронической патологии в инвалидность.

При определении структуры и построении реабилитационной работы с детьми-инвалидами необходимо ориентироваться на их распределение по основным видам нарушений функций организма. В настоящее время наиболее значимыми являются психические (28,9%), статодинамические (24,2%), нарушения органов и систем (22,3%), а также сенсорные нарушения (11,5%).

Еще одной проблемой, связанной с инвалидностью детей, является ее недоучет. По мнению экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ, число детей-инвалидов в России и странах Восточной Европы с учетом всех факторов формирования инвалидности должно составлять не менее 3% детского населения. В 2012 году детское население насчитывало 26,1 млн человек. Число детей-инвалидов – 511 тыс., то есть менее 2% детского населения. Таким образом, недоучет детей-инвалидов составляет не менее 260 тыс. человек. По мнению российских педиатров и специалистов по медико-социальной экспертизе в педиатрии, недоучет является результатом действующего законодательства и нормативных правовых актов.

Одним из действенных инструментов снижения уровня детской инвалидности является пренатальная диагностика. Давно назрела необходимость внедрения в практику ее самых современных технологий, реализация которых в определенной степени способствовала бы снижению частоты рождения детей с тяжелыми врожденными пороками.

Для повышения эффективности пренатальной диагностики в регионах не хватает современного оборудования для проведения генетических исследований, аппаратов экспертного класса для ультразвуковой диагностики, специалистов соответствующего уровня. А это уже связано с недостаточным уровнем финансирования службы охраны материнства и детства.

Развитие фетальной и неонатальной хирургии, увеличение числа детей, рождающихся с НМТ, ОНМТ и ЭНМТ, сохраняющийся достаточно высоким уровень заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни, возрастание этого показателя среди детей старших возрастных групп, высокий уровень детской инвалидности, в том числе от соматической патологии и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, определяют необходимость и актуальность создания системы комплексной медицинской реабилитации.

При этом следует отметить, что в России в настоящее время система оказания детям комплексной реабилитационной помощи отсутствует, практически утрачена санаторно-курортная помощь. Происходит постоянное сокращение сети детских санаториев: еже-



годно на 10–30 учреждений. На начало 2013 года в стране функционировало всего 297 санаториев для детей, причем преимущественно регионального подчинения, только 43 учреждения находятся в ведении Минздрава России. Крайне незначительное число коек восстановительного лечения выделено в педиатрических стационарах и в больницах восстановительного лечения для взрослых. При этом профиль коек, преимущественно неврологический, не соответствует, в частности, структуре главных нарушений при инвалидности у детей.

Отсутствие системы комплексной реабилитации детей, то есть того вида помощи, который «работает» на восстановление здоровья детей с хроническими болезнями и детей-инвалидов, является важнейшей и, на взгляд педиатров, пока не решаемой проблемой. Для детей раннего возраста необходима организация системы комплексной реабилитации, то есть восстановление различных нарушенных в результате болезни функций.

Осознавая эту проблему, мы в Научном центре здоровья детей РАМН в 2006 году организовали НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения, в составе которого включен реабилитационный центр. Целью работы института является разработка и реализация самых современных технологий комплексной медицинской реабилитации. Кроме того, разработанные и апробированные в институте реабилитационные технологии внедряются в деятельность учреждений практического здравоохранения различного уровня.

Таким образом, для решения представленных проблем системы оказания медицинской помощи детям можно предложить комплекс следующих мероприятий:

1. Мероприятия по совершенствованию законодательства Российской Федерации. Для этого необходимо:
  - сформировать государственную политику по охране здоровья детей путем разработки и принятия федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации»;
  - привести федеральное законодательство в соответствие Конвенциям ООН о правах ребенка и о правах инвалидов;
  - внести дополнения и изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Устойчивое увеличение финансирования службы материнства и детства. Доля ее финансирования должна составлять не менее 35% от консолидированного бюджета здравоохранения. При этом совершенно необходимо существенно поднять уровень финансирования всего здравоохранения в структуре валового внутреннего продукта.
3. Освоение и достаточно широкое внедрение в работу федеральных учреждений, перинатальных центров и детских областных (краевых, республиканских, окружных) больниц технологий неонатальной хирургии при врожденных аномалиях.
4. Дальнейшее развитие сети перинатальных центров, их оснащение современными технологиями реанимации, интенсивной терапии, выхажива-

ния и комплексной реабилитации новорожденных, обеспечение учреждений высококвалифицированными анестезиологами-реаниматологами и неонатологами.

5. Обеспечение муниципальными органами управления здравоохранения развития системы медико-социальной помощи детям, в том числе из семей высокого социального риска, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.
6. Обеспечение проведения полноценной диспансеризации детского населения: раннее выявление нарушений здоровья, в том числе репродуктивного, и развития на основе профилактических осмотров, оздоровление и лечение с последующим контролем их эффективности.
7. Совершенствование порядка установления статуса «ребенок-инвалид». В частности, необходимо:
  - предусмотреть возможность «отсроченного» установления инвалидности с предварительной разработкой и реализацией индивидуальной программы реабилитации за счет средств федерального бюджета;
  - для детей с хроническими болезнями при снятии инвалидности и в случае необходимости постоянного дорогостоящего медикаментозного лечения предусмотреть обеспечение дорогостоящими препаратами за счет средств федерального бюджета.
8. Повышение доступности и качества комплексной реабилитационной помощи детям с хронической патологией и детям-инвалидам, создание условий для развития системы и сети учреждений восстановительной медицины и комплексной реабилитации детей. Для этого следует:
  - создать равноуровневую систему оказания помощи: организовать федеральный и межрегиональные научно-методические центры комплексной медицинской реабилитации, региональные лечебные центры (в субъектах Российской Федерации – отделения региональных детских больниц), отделения медицинской реабилитации в поликлиниках, домах ребенка, центральных районных больницах;
  - укомплектовать федеральные, межрегиональные, региональные и муниципальные учреждения и подразделения медицинской реабилитации современным реабилитационным оборудованием;
  - разработать и утвердить порядок оказания медицинской помощи детям по медицинской реабилитации.
9. Утверждение приказом Минздрава и Минтруда России перехода Российской Федерации на проведение медико-социальной экспертизы на основе Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (одобрена 54-й сессией ВОЗ в мае 2001 года).
10. Принятие органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации мер к совершенствованию организации и технологическому обеспечению реализации современных технологий пренатальной диагностики.