

Куинджи Н.Н., главный научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН, доктор медицинских наук, профессор, г. Москва

Рапопорт И.К., ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков ММА им И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, г. Москва

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: ЦЕЛИ, РЕАЛИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

В 1995 г. Минздравом РФ был издан приказ № 60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов», излагающий задачи и требования к проведению в образовательных учреждениях профилактических медицинских осмотров учащихся и воспитанников. Он был одним из важнейших современных документов, которые направлены на осуществление профилактических задач российского здравоохранения, обозначенных еще в XIX веке знаменитым хирургом Н.И.Пироговым в столь же знаменитой фразе: «Будущее принадлежит медицине предупредительной». К сожалению, в настоящее время все труднее находить примеры воплощения в жизнь профилактических принципов нашего здравоохранения, особенно в условиях, когда вся политика в стране определяется преимущественно экономическими, а не гуманистическими соображениями. В то же время по-прежнему в лечебно-профилактических учреждениях работают врачи, которые по своему назначению не имеют права выполнять свою работу плохо, зная печальный результат такой работы для любого пациента.

Прецедентом для написания данной статьи послужил опыт ознакомления нами с медицинской документацией (Медицинская карта – форма 026/у-2000), в которой зарегистрированы результаты профилактических осмотров около 4 тысяч детей и подростков 22 школ, 7 дошкольных учреждений и 4 профессиональных училищ г.Москвы из пяти ее адми-



нистративных округов. К большому сожалению, анализ документов выявил исключительно низкое качество проводимых в столичных (!) школах и профессиональных училищах профилактических осмотров учащихся. Несколько лучше проводятся осмотры в детских дошкольных учреждениях. Полагая, что среди причин такого качества существенное место занимает незнание или забвение целей и задач медицинских осмотров, начнем именно с целей данного мероприятия.

Кто из медиков будет отрицать, что начальные проявления болезни, которые мы называем функциональными нарушениями (отклонениями, расстройствами), легче поддаются лечению и полностью устранимы в противоположность состояниям, когда болезнь развивается и сопровождается патологическим изменением функционирования многих систем организма, что в редких случаях восстанавливается без последствий. Поэтому главное назначение профилактических осмотров состоит в том, чтобы, во-первых, выделить из большой численности обучающихся и воспитанников тех, которые имеют функциональные отклонения со стороны разных физиологических систем, во-вторых, назначить лечение (коррекцию) выявленных отклонений,

а в третьих – продолжить наблюдение за детьми, поскольку без этого пациенты, так называемой группы риска, обречены на прогрессирование функциональных нарушений и формирование стойкого комплекса патологических признаков – хроническую форму болезни.

Вторая цель проведения в образовательных учреждениях профилактических осмотров состоит в том, чтобы детям и подросткам с хронической патологией, т.е. имеющим III группу здоровья, обеспечить систематическое, не реже 2 раз в год, диспансерное наблюдение, адекватное обследованию и лечение для предотвращения обострений заболевания и развития осложнений. Медицинские осмотры позволяют оценить эффективность профилактической и лечебно-оздоровительной работы, проводимой как в условиях поликлиник, так и в условиях образовательных учреждений.

Для осуществления всей этой работы приказ № 60 от 14.03.95 делает педиатра (участкового или врача, работающего в образовательном учреждении: детском саду, школе, профессиональном училище) «центральной фигурой в организации и комплексной оценке» результатов профилактических осмотров, в обязанности которого входит:

- ♦ постановка предварительного педиатрического диагноза;
- ♦ обобщение результатов обследований, проведенного врачами-специалистами, участвующими в осмотрах;
- ♦ направление ребенка, в случае необходимости, на дополнительное обследование к врачам «узким» специалистам в поликлинику или в кон-

сультативно-диагностические центры;

- ♦ отнесение каждого обследованного к группе здоровья и к группе для занятий физкультурой;

- ♦ составление рекомендаций по лечению, коррекции, оздоровлению;

- ♦ взаимодействие с родителями обучающихся и воспитанников, особенно нуждающихся в углубленном обследовании и лечении.

Следует отметить, что необходимо ежегодное обследование всех детей и подростков врачами-педиатрами, работающими в детских садах, школах, профессиональных училищах и являющимися сотрудниками детских поликлиник (отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях). Кроме того, целесообразно чтобы педиатрическому этапу осмотра или комплексному осмотру с участием врачей-специалистов предшествовало проведение доврачебного (сестринского) скрининг-обследования состояния здоровья обучающихся и воспитанников.

Одной из задач, решение которой зависит от результатов профилактических осмотров, проводимых в школах, является прослеживание распространенности среди учащихся так называемых «школьных» болезней, к которым педиатры и гигиенисты относят близорукость, нарушения осанки и сколиозы, неврастению и другие нарушения нервно-психического здоровья. Многими поколениями школьных гигиенистов доказано, что формируют школьные болезни неблагоприятные условия обучения детей: недостаточное освещение учебных помещений, несоответствие учебной мебели пропорциям тела школьников, чрезмерные образовательные нагрузки, не оставляющие времени на удовлетворение биологических потребностей растущего организма в сне, двигательной активности, в пребывании на воздухе и др. О роли образовательных учреждений в формировании у детей школьных болезней свидетельствуют данные Всероссийской

диспансеризации 2002 г., согласно результатам которой, частота близорукости среди учащихся увеличивается от начала к окончанию школы в 2,6–3,2 раза, а сколиозов – в 3,0–4,0 раза.

Наличие причинно-следственных связей между состоянием материальной базы образовательных учреждений и распространенностью школьных болезней среди учащихся данных учреждений используется в настоящее время для деления школ на обеспечивающих и не обеспечивающих санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся в них детей и подростков. Главным индикатором такой оценки школы служит динамика частоты встречаемости школьных болезней среди ее учеников от 1-го к выпускному классу. Данная проблема особенно актуальна для образовательных учреждений, получивших или претендующих на статус «Школа здоровья», поскольку в число требований аккредитационной экспертизы на соответствие данному статусу входит и такое обязательное условие как «создание внутришкольной здоровьесберегающей среды».

На наш взгляд к созданию внутришкольной здоровьесберегающей среды должна стремиться каждая школа. Причем важность и возможность решения данной проблемы предусматривает не только приказ № 60 от 14.03.95, но и приказ №151 от 07.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям». Например, для отслеживания динамики школьных болезней указанные документы регламентируют проведение осмотров школьников в, так называемые, «декретированные сроки»: в конце первого года обучения, в 10 лет (в 4 классе), в 12 лет (в 6 классе), в 14–15 (в 8–9 классах), в 16 и 17 лет (в 10 и 11 классах).

Правда, по нашему мнению, в связи с возвратом начальной школы на четырехлетнее обучение, целесообразнее проводить комплексные профилактические осмотры школьников с участием врачей-специалистов в 1, 3, 5, 7,

9, 10, 11 к лассам. В этом случае охватываются основные наиболее важные в биологическом и социальном отношении периоды детского онтогенеза:

- ♦ адаптации учащихся к началу систематического обучения (1 класс),

- ♦ препубертатный период (3 класс),

- ♦ период адаптации школьников к предметному обучению и начало пубертата у девочек (5 класс),

- ♦ основные этапы пубертатного периода у девочек и мальчиков (7 и 9 классы),

- ♦ завершающий этап обучения (10 и 11 классы).

В соответствии с приказом № 60 от 14.03.95 обязательно участие в осмотрах офтальмолога, невролога, отоларинголога, хирурга/ортопеда потому, что именно их квалификация позволяет выявлять учащихся со школьными болезнями, а профиль такой патологии становится «визитной карточкой» повреждающего здоровье школьного фактора. При проведении осмотров в «декретированные сроки» частично меняется состав бригады: после осмотров в 1 классе заканчивает свою деятельность логопед, а с 10–12 лет в осмотрах начинают участвовать детский гинеколог, уролог/андронолог, эндокринолог.

Качество проведения профилактических осмотров во многом зависит от заинтересованности администрации образовательных учреждений в реальном улучшении здоровья детей и объективных результатах осмотров, а, следовательно, от участия дирекции и классных руководителей в организации обследования учащихся. В тех случаях, когда для бригады врачей-специалистов подготовлены подходящие помещения и медицинская документация, когда организовано равномерное прохождение учащимися обследования, когда, наконец, проводятся родительские собрания и индивидуальные собеседования врачей с родителями по результатам осмотров, тогда эффективность профилактической и лечебно-коррекционной работы значительно повышается.

Следует отметить, что необходимо ежегодное обследование всех детей и подростков врачами-педиатрами, работающими в детских садах, школах, профессиональных училищах и являющимися сотрудниками детских поликлиник (отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях).

Выполняя свою работу в образовательных учреждениях качественно и добросовестно, педиатр создает условия для решения профилактических задач другим специалистами – гигиенистам детства и организаторам здравоохранения. Так, в настоящее время в различных отраслях гигиены (коммунальная, гигиена труда, гигиена питания и др.) широкое распространение получает методология оценки рисков для здоровья со стороны факторов окружающей человека среды. На основе такой методологии строятся разные модели федеральной и региональных мониторингов «среда – состояние здоровья». Выявление посредством таких мониторингов причинно-следственных связей между определенными формами болезней и состоянием конкретных средовых факторов служит основанием для планирования и осуществления масштабных для регионов и страны профилактических мероприятий.

К сожалению, низкое качество проведения в школах и профессиональных училищах медицинских осмотров учащихся не позволяет успешно решить ни одну из перечисленных задач, что делает недостижимыми поставленные цели. Чтобы не быть голословными, а главное – чтобы можно было исправить обнаруженные недостатки, перечислим их по порядку.

Прежде всего, не соблюдается этапность медицинского обследования школьников на протяжении их школьного обучения. Этот недостаток касается преимущественно подростков, обучающихся в 9–11 классах, для которых важность оценки состояния здоровья определяется по меньшей мере двумя обстоятельствами: во-первых, завершением 9-го и 11-го классов – итоговых этапов школьного образования, риски которых кумулируются и способствуют развитию болезни; во-вторых – медицинскими проблемами профессионального выбора, зависящего от заключения о состоянии здоровья и профессиональной пригодности к избранной профессии или специальности. Кроме того, для юношей полноценное медицинское обследование с диагностикой всех нарушений здоровья является необходимым условием для правильного проведения военно-врачебной экспертизы и определения годности к службе в армии.

Между тем, в отдельных школах, обследованных нами, последний из медицинских осмотров был проведен

за 2–3 года до окончания учащимися общеобразовательных учреждений. В подавляющем большинстве случаев внесенные в медицинские карты результаты обследования детей врачами-специалистами не были проанализированы педиатрами. На это указывало отсутствие заключительных диагнозов, групп здоровья у школьников, а также рекомендаций по дополнительному обследованию, лечению, режиму дня и питанию. Все вместе демонстрирует явную незавершенность выполненной врачами работы и ее бесполезность для нездоровых детей.

Комплектация бригад, проводящих осмотры учащихся в школах, тоже далека от требований приказа № 60 от 14.03.95. В тех случаях, когда бригада не была укомплектована специалистами, отсутствовали рекомендации о необходимости дообследования учащихся в условиях детской поликлиники или диагностического центра.

Почти в каждой из обследованных школ набиралось 20 и более детей и подростков, которые в течение нескольких лет оставались лишь частично обследованными и, скорее всего, недолеченными.

Особенно удручает обследование школьников неврологами. По результатам проанализированной нами в школах медицинской документации можно выделить три варианта отношения неврологов к медицинским осмотрам учащихся: либо в обычных массовых школах они обследуют детей с целью выявления выраженной органической патологии, либо формально делают запись «на момент обследования нарушений неврологического статуса не выявлено», или указывают, что «психическое развитие соответствует возрасту». Последнее заключение особенно «ценно» для старших школьников, давно доказавших успешностью обучения в школе соответствие возрасту своего психического развития. Складывается впечатление, что неврологам просто не знакомы такие диагнозы как невротические реакции (в т.ч. невротические реакции астенического типа); неврозы, включая астенический синдром, истерический синдром и прочие; неврозоподобные состояния, т.е. наиболее распространенные среди школьников пограничные нарушения психического здоровья. В то же



время грамотный учет неврологами указанных нарушений важен по двум основным причинам:

- ♦ указанные нарушения тесно коррелируют с завышенными относительно гигиенического регламента объемами образовательных нагрузок для школьников и учащихся профессиональных училищ (коэффициент корреляции составляет 0,82);

- ♦ по мнению детских психоневрологов, среди неврозов у детей и подростков 50% приходится на «дидактогенные» неврозы, которые сформированы у обучающихся в образовательных учреждениях по вине учителей (А.А. Дубровский, 1989).

В доказательство того, что результаты медицинских осмотров далеки от истинной картины нервно-психического здоровья современных школьников, приведем данные одной из обследованных нами школ, над которой шефствует НИИ педиатрии, и где обследование учащихся в школе проводят хорошо владеющие специальностью неврологи. Было установлено, что среди учащихся начальной школы различные нарушения нервно-психического здоровья имело 46% первоклассников и такое же количество (45,4%) учащихся 4-х классов. К 9-му классу численность таких школьников увеличилась до 67% (различие достоверно), а к 11 классу снизилось до 42% за счет тех учащихся с пограничными нервно-психическими нарушениями, которые покинули школу по окончании 9-го класса.

Признавая методические трудности в диагностике у школьников нарушений нервно-психического здоровья и дефицит врачей-специалистов даже в московских поликлиниках, обращаем внимание на положение приказа № 60 от 14.03.95, которое рекомендует врачам разных специальностей пользоваться результатами скрининг-программ (скрининг-тестов и анкетирования), проводимых на доврачебном этапе медицинского осмотра. Например, для оценки нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса учащихся скрининг-анкета в приказе № 60 от 14.03.95., предлагает целую палитру симптомов и синдромов, часто встречающихся у детей и подростков разного возраста: головные боли (беспричинные и вызванные разными причинами), частые колебания настроения и слезливость, утомляемость после занятий, нарушения сна, головокружения, обмороки, навязчивые движения и т.д. и т.п. В помощь врачам, проводящим

профилактические осмотры, в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков подготовлено пособие «Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах», утвержденное Минздравсоцразвития РФ 23.12.2004. Указанные документы способствуют более правильной постановке диагнозов и выявлению пограничных нарушений и, следовательно, составлению адекватных рекомендаций по режиму занятий и отдыха, дополнительным учебным нагрузкам, а в случае необходимости – назначению углубленного обследования и целенаправленного лечения.

Аналогичным подспорьем для объективной диагностики может служить скрининг-анкета, направленная на определение состояния менструальной функции у девочек. Не всякая девочка 12–14 лет способна на откровенный разговор с чужим взрослым человеком – гинекологом, требующим при сборе анамнеза (если он еще терпеливо собирается) отвечать на интимные вопросы. По этой причине заполнение девочками скрининг-анкеты выявляет среди современных школьниц до 40% лиц, имеющих различные нарушения менструальной функции, против не более 20%, сознающих в наличии таких нарушений при устном сборе анамнеза. К сожалению, использование скрининг-анкет при проведении профилактических осмотров в образовательных учреждениях, является своеобразной экзотикой, не имеющей массового применения. А это также снижает качество проведения профилактических осмотров учащихся.

Очень надеемся, что наши критические замечания и предложения, направленные на повышение качества профилактических осмотров, будут услышаны, доведены руководителями лечебно-профилактических учреждений до сознания врачей-педиатров и специалистов и будут способствовать сохранению здоровья детей и подростков.

Нормативная и методическая литература, касающаяся профилактических медицинских осмотров детей и подростков:

1. Приказ МЗ РФ и Мин.Обр. РФ №186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обследования детей в образовательных учреждениях».

2. Приказ МЗ РФ № 60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».

3. Приказ МЗ РФ № 151 от 07.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».

4. Приказ МЗ РФ № 241 от 03.07.2000 «Об утверждении Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений».

5. Приказ МЗ РФ № 139 от 04.04.2003 «Об утверждении Инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений».

6. Приказ МЗ РФ № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

7. Приказ МЗиСР РФ № 310 от 09.12.2004 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».

8. Приказ МЗиСР развития РФ № 487 от 29.07.2005 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

9. Приказ МЗиСР РФ № 28 от 18.01.2006 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового».

10. Приказ МЗиСР РФ № 319 от 28.04.2006 года «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».

11. Методическое пособие под редакцией академика РАМН Г.Н. Сердюковской «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг – тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» (утв. МЗ и МП РФ, 1993 г.).

12. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и другие «Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах» (руководство для врачей). – М.: Издательский Дом «Династия». 2004–168 с.

13. «Комплексная оценка состояния здоровья детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно при профилактических медицинских осмотрах с использованием схемы определения групп здоровья», пособие для врачей, утв. МЗ РФ 28.11.03 – М., 2004–31 с.

14. «Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах», пособие для врачей, утв. Минздравсоцразвития РФ 23.12.2004. – М., 2005. – 107 с.

15. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. и др. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии, приложения. Глава 1 / Под ред. А.А.Баранова: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – с. 1–40.