

А.А. Баранов<sup>1, 2</sup>, Л.С. Намазова-Баранова<sup>1, 2, 3</sup>, В.Ю. Альбицкий<sup>1, 3</sup>

<sup>1</sup> Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

<sup>2</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

<sup>3</sup> Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

## Профилактическая педиатрия — НОВЫЕ ВЫЗОВЫ

### Contacts:

*Al'bitskii Valerii Yur'evich*, professor, Honored Scientist of Russian Federation, Head of the Department of Social Pediatrics of SCCH of RAMS

**Address:** 2/62, Lomonosov Avenue, Moscow, RF, 119991, **Tel.:** (495) 967-14-19

**Article received:** 20.03.2012, **Accepted for publication:** 12.04.2012

*В статье освещены приоритетные направления профилактической педиатрии, касающиеся формирования здоровья подрастающего поколения, организации медицинской помощи детям, снижения уровня заболеваемости, инвалидности и смертности. Отмечена значимость вакцинопрофилактики в контроле над наиболее широко распространенными инфекциями, обоснована необходимость создания системы оказания комплексной реабилитационной помощи детям-инвалидам, а также широкого использования разработанных и применяемых в практическом здравоохранении России видов, форм и методов профилактики редких (орфанных) болезней. Предложены меры профилактики, сохранения, укрепления и восстановления здоровья детей.*

**Ключевые слова:** профилактика, заболеваемость, смертность, инвалидность, орфанные болезни, вакцинация, реабилитация, охрана здоровья детей и подростков.

Профилактика всегда была приоритетным направлением отечественной медицины. Слова великого российского гражданина, ученого и хирурга Н.И. Пирогова «будущее принадлежит медицине предупредительной», может быть, как ни в каком другом разделе клинической медицины, получили реальное воплощение в педиатрии, в системе охраны здоровья матери и ребенка.

Начало научной профилактической педиатрии в Имперской России было обусловлено, с одной стороны, становлением педиатрии как науки и практики (открытие воспитательных домов, первых детских больниц и кафедр педиатрии на медицинских факультетах российских университетов), а с другой — необходимостью решать острейшую социальную проблему снижения запредельного уровня младенческой и детской смертности в стране.

В исследованиях земских врачей и первых ученых-педиатров была раскрыта вся совокупность причин смертности грудных детей. Таковыми были бедность

и невежество значительной части населения, фактическое отсутствие медицинской помощи, высокая распространенность особо опасных и детских инфекций, острых желудочно-кишечных болезней. Следовательно, на первый план выдвигались не лечебные, а социальные и профилактические меры. Однако реализация этих мер произошла лишь в советский период.

Сразу после Октябрьской революции охрана материнства и детства была объявлена государственной задачей. Воистину революционными методами начинается строительство советской системы охраны материнства и младенчества. Если в 1918 г. в РСФСР насчитывалось всего 28 учреждений по охране материнства и детства, то к 1927 г. — 2475. В Москве (1922 г.) и Ленинграде (1925 г.) создаются специальные НИИ охраны материнства и младенчества.

С 1930 г. впервые в мире начинается подготовка детских врачей на специальных факультетах. К началу 40-х гг. XX в. в СССР в основном была сформиро-

A.A. Baranov<sup>1, 2</sup>, L.S. Namazova-Baranova<sup>1, 2, 3</sup>, V.J. Albitskiy<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Scientific Centre of Children Health RAMS, Moscow

<sup>2</sup> I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

<sup>3</sup> The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

## Preventive paediatrics — new challenges

*The article takes up priority directions of preventive paediatrics concerning health formation of rising generation, organization of health care for children, decrease of morbidity, disability and mortality rate. The authors mention the importance of vaccination in control of the most common infections, base the necessity of complex rehabilitation health care system organization for disable children and need of wide spreading of developed and used in practical Russian health care types and methods of prophylaxis of rare (orphan) diseases. The ways of prophylaxis, maintenance, strengthening and recovery of children's health are suggested in this article.*

**Key words:** prophylaxis, morbidity, mortality, disability, orphan diseases, vaccination, rehabilitation, children's and adolescents' health protection.

вана единая система охраны здоровья детей: создана инфраструктура учреждений по охране здоровья детей, принципами деятельности которых стали единство лечебной и профилактической работы, диспансерного метода обслуживания и участковости, активного санитарного воспитания и просвещения детей, беременных, матерей.

Советская система охраны материнства и детства доказала свою высокую эффективность. Если в начале XX в. показатели младенческой смертности в Имперской России в 2–3 раза превышали таковые в развитых европейских странах, то в середине 60-х гг. в СССР они стали сопоставимы с уровнем во многих странах Западной Европы и США.

В 1978 г. на Алма-Атинской конференции Всемирная организация здравоохранения признала уникальность советской системы охраны материнства и детства и рекомендовала ее другим странам.

Однако то, что было эффективно в условиях скромного уровня грамотности, материального обеспечения и качества жизни населения в 20–50-х гг. прошлого века, в конце 60-х гг. начало давать сбои. Существующая система уже не отвечала вызовам времени. Приведем только один пример. К концу 60-х гг. стало абсолютно очевидным, что фронт борьбы с младенческой смертностью должен сместиться на неонатальный период, ибо удельный вес смертей на первом мес жизни стал доминировать в структуре младенческой смертности. Однако внедрение организационных, диагностических и лечебных технологий, направленных на сохранение жизни плода и новорожденного, недопустимо запаздывало. Только в конце 80-х годов, когда Минздрав СССР возглавил академик Е. И. Чазов, а службу охраны материнства и детства — один из авторов настоящей статьи, началась энергичная организация перинатальной и неонатальной службы, реализация региональных программ снижения младенческой смертности.

Эти усилия дали замечательные результаты. В конце XX в., на фоне обвального ухудшения большинства показателей здоровья населения, младенческая смертность не только сохранила статус-кво, но и проявила тенденцию к снижению. Это был единственный показатель в системе здравоохранения, который имел стабильно положительную тенденцию, конечно же, благодаря профилактической направленности охраны материнства и детства.

В кризисные 90-е гг. наиболее важными событиями в области профилактической педиатрии стала президентская программа «Дети России», предусматривающая выполнение 12 Федеральных программ по самым актуальным направлениям охраны материнства и детства: «Дети-сироты», «Дети-инвалиды», «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Безопасное материнство», «Здоровый ребенок» и др., а также присоединение к международной Конвенции о правах ребенка.

В первое десятилетие XXI в. наиболее значимыми с точки зрения дальнейшего развития профилактической педиатрии стали: а) реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»; б) выделение значительных средств на модернизацию здравоохранения; в) решение о выделении не менее 25% средств бюджета системы здравоохранения на охрану здоровья детей; г) создание детских центров здоровья; д) создание научно-исследовательского института профилактической педиатрии и восстановительного лечения в составе Научного центра здоровья детей РАМН.

За последние два десятилетия наша страна пережила период коренных изменений социально-политической

системы, что обусловило вызовы, на которые должны ответить педиатрия и система охраны материнства и детства.

Назовем кратко наиболее приоритетные, современные вызовы для профилактической и социальной педиатрии, подразделив их на внешние (социальные) и внутрисистемные (здравоохраненческие).

#### **Внешние (социальные) вызовы:**

- бедность значительной части населения, что сказывается на здоровье детей из семей данного контингента и на доступности медицинской помощи;
- до 20% от всего детского населения контингент детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (истинные и социальные сироты, беспризорные дети, инвалиды, дети, подвергающиеся насилию и т. д.);
- изменение моральных парадигм и, как результат, рост употребления психоактивных веществ, распространенность инфекций, передающихся половым путем и т. п.;
- низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья родителей и обусловленные этим проблемы (увеличение числа детей с экстремально низкой массой тела при рождении, с врожденными пороками и наследственными болезнями);
- репродуктивная установка на малодетную семью (в настоящее время коэффициент суммарной рождаемости не превышает 1,6), повышение возраста вступления в брак, откладывание рождения ребенка на более старший возраст;
- снижение численности детей, особенно в подростковом возрасте (более чем на 30%);
- активные миграционные процессы;
- региональный фактор — исследования, проведенные в НЦЗД РАМН, убедительно свидетельствуют, что показатели здоровья детского населения тесно коррелируют с природными, экономическими, медико-организационными, этническими особенностями региона, а также с местом проживания ребенка (крупный город, малый город, село).

#### **Внутрисистемные (здравоохраненческие) вызовы:**

- сохранение недостаточного финансирования системы здравоохранения — не более 4% ВВП;
- приоритетное финансирование дорогостоящих технологий и недостаточное — профилактических мер как менее затратных и в масштабе популяции более эффективных;
- отставание в использовании информационных технологий медико-статистического и медико-социального мониторинга за состоянием здоровья детей;
- фактическое отсутствие стандартов (протоколов, порядков) оказания профилактической помощи;
- отсутствие научно обоснованной теории и организации работы детских центров здоровья;
- нереализованный проект оказания медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники;
- несоответствие Национального календаря профилактических прививок современным международным представлениям о вакцинопрофилактике инфекционных болезней.

Скажем несколько слов о последнем вызове. В России более 400 тыс. родившихся в 2011 г. переболели ротавирусной инфекцией, почти 1 млн — ветряной оспой, более миллиона — острыми отитами и пневмонией, вызванными пневмококковой инфекцией. Из 800 тыс. родившихся девочек более 7 тыс. в течение жизни заболевают раком шейки матки (это заболевание занимает второе место в структуре смертности от онкологических

болезней женщин репродуктивного возраста). Между тем, все перечисленные болезни являются управляемыми инфекциями. Это значит, что вакцинопрофилактика обеспечит контроль над этими инфекциями, а в перспективе сведет заболеваемость к отдельным случаям. Всего для расширения актуальных прививок (пневмококковая, ротавирусная, папилломавирусная и против ветряной оспы) требуется около 16 млрд руб.

Чтобы ответить на обозначенные выше вызовы, следует, прежде всего, ориентироваться на основные медико-статистические закономерности и причины показателей здоровья детской популяции — физического развития, заболеваемости, инвалидности и смертности.

Ведущей и наиболее тревожной закономерностью физического развития детей и подростков последних лет является рост удельного веса лиц с превышенной массой тела, ожирением. Если в середине 90-х гг. подростков с массой тела в границах нормы было 70% с ее превышением и понижением где-то по 15%, то спустя 10 лет число подростков с избыточной массой тела уже приблизилось к 20%. Таким образом, проблемы избыточной массы тела и ожирения, а, следовательно, гиподинамии и рационального питания, обострились, требуют реализации комплекса соответствующих профилактических мер.

Анализ данных официальной статистики и специального исследования (в пяти регионах РФ) заболеваемости детского населения России выявил следующие основные медико-статистические закономерности:

1. За последнее десятилетие (2000–2010 гг.) первичная заболеваемость выросла у детей в возрасте до 14 лет на 28,1%, у подростков в возрасте 15–17 лет — на 101,8%, общая заболеваемость, соответственно, на 26,6 и 97,8%.
2. В структуре общей заболеваемости детского населения первые шесть мест занимают (без учета ОРИ и гриппа): болезни костно-мышечной и нервной систем, болезни органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, глаза и его придаточного аппарата, некоторые инфекционные, паразитарные болезни и болезни органов пищеварения. На них приходится до 70% всех обращений по поводу болезней.
3. Уровень исчерпанной заболеваемости превышает данные официальной статистики на 50–60%. Недоучет более всего отмечается среди болезней крови, болезней эндокринной, костно-мышечной и мочеполовой систем.
4. Детской заболеваемости свойственны следующие региональные особенности: а) минимальные уровни учтенной заболеваемости регистрируются в регионах, проблемных в отношении здоровья детей — республиках Северного Кавказа, Сибири, большинстве территорий Дальнего Востока; б) по сравнению с большими городами уровни регистрируемой заболеваемости значительно ниже в малых городах и сельских поселениях.

Переходя к характеристике детской инвалидности, отметим следующие закономерности.

В Российской Федерации показатель инвалидности стабильно держится на уровне 190–200 на 10 тыс. детского населения, в развитых странах Европы и Америки — более 250. По мнению экспертов, недоучет детской инвалидности, по ориентировочным подсчетам, составляет не менее 265–270 тыс. детей. Это является результатом несовершенства действующего законодательства и нормативных правовых актов по вопросам установления статуса «ребенок-инвалид».

Основными причинами детской инвалидности являются психические расстройства (24,7%), болезни нерв-

ной системы (22,3%), врожденные аномалии развития (19,2%), соматические болезни (17,8%). Формирование инвалидности в результате тяжелого течения соматической патологии происходит преимущественно к возрасту 10–12 лет, а в результате психических расстройств — к 14–15 годам.

Наибольший удельный вес в структуре главных нарушений принадлежит психическим нарушениям (25,5%), далее двигательным, а также висцеральным и метаболическим (по 24%). У инвалидов с соматической патологией наиболее значимыми являются нарушения кардиореспираторной функции, в структуре которых более 80% принадлежит бронхиальной астме. Это те состояния, которые можно контролировать и тем самым предупреждать социальную дезадаптацию ребенка.

На территории России частота детской инвалидности достоверно выше в регионах Сибири, Дальнего Востока и на юге страны.

Для детей с хронической патологией и инвалидов не создана система оказания комплексной реабилитационной помощи. Среди детей, получивших санаторное лечение, менее 3% имели статус ребенка-инвалида.

Дети-инвалиды раннего возраста в результате врожденной или приобретенной патологии (примерно 80 тыс. чел.) нуждаются в абилитации, т.е. в создании условий для их адаптации к жизни. Однако в стране отсутствуют специализированные учреждения такого профиля, а в существующих региональных реабилитационных учреждениях технологии абилитации не внедрены.

Скажем несколько слов об основных закономерностях и проблемах младенческой, детской и подростковой смертности.

В связи с новыми критериями регистрации новорожденных с экстремально низким весом резко возрастает актуальность профилактики невынашивания беременности.

Среди причин младенческой смертности доминируют болезни перинатального периода (до 50%) и врожденные аномалии (до 25%). Также выделяют травмы, отравления и неточно обозначенные состояния, в которых, по данным исследований, маскируется значительная часть смертей от внешних причин. Следовательно, в мероприятиях по снижению младенческой смертности должно быть уделено внимание не только перинатальному фактору, но и социальному — профилактике смертности грудных детей на дому от внешних причин.

Среди причин детской (в возрасте 1–14 лет) и особенно подростковой (в возрасте 15–17 лет) смертности доминирующее положение занимают уличный травматизм (29%) и суициды (26%). Это свидетельствует о необходимости создания эффективной медико-психологической службы для подростков в первичном звене детского здравоохранения.

В России сохраняется существенная региональная вариация младенческой и подростковой смертности. Неблагополучными в отношении младенческой смертности являются Дальневосточный, Сибирский и Южный Федеральные округа, в отношении подростковой смертности — Дальневосточный, Сибирский и Уральский. Все это указывает на значимость социально-экономических факторов в детерминации уровней смертности детского населения в стране.

Проведенный анализ позволяет выделить наиболее острые проблемы профилактической и социальной педиатрии и предложить меры по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья детей.

С нашей точки зрения, наиболее острыми проблемами профилактической педиатрии являются:

- недостаточное правовое обеспечение охраны здоровья детей в Российской Федерации;
- отсутствие Национальной стратегии формирования здорового образа жизни подрастающего поколения;
- необходимость смены приоритета (парадигмы) профилактической деятельности с предупреждения болезни и ее обострения на формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья ребенка;
- необходимость оптимизации (улучшения, совершенствования) отделений медико-социальной помощи в детских поликлиниках;
- недостаточное развитие системы восстановительного лечения и оказания комплексной реабилитационной помощи;
- недостаточная степень взаимодействия системы здравоохранения с другими ведомствами и учреждениями, в задачи которых входит, в т.ч., сохранение и укрепление здоровья детей;
- отсутствие целевой программы профилактики и выявления орфанных болезней.

Стратегическими и тактическими направлениями решения имеющихся проблем в области сохранения, укрепления и восстановления здоровья детей являются:

1. Утверждение «Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации» и принятие закона «Об охране здоровья детей».
2. Проведение антенатальной и неонатальной профилактики в целях дальнейшего снижения младенческой смертности и детской инвалидности, включая:
  - а) развитие фетальной терапии и неонатальной хирургии врожденных пороков развития;
  - б) дальнейшее расширение программы неонатального скрининга на врожденные и наследственные нарушения обмена;
  - в) совершенствование организации и технологического обеспечения пренатальной диагностики врожденных и наследственных болезней.
3. Осуществление с использованием современных информационных технологий углубленного выборочного мониторинга заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения России (1 раз в 3 года в 10–15 субъектах Российской Федерации).
4. Внесение дополнений и изменений в Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» с учетом расширения Национального календаря профилактических прививок за счет введения вакцинации против инфекций, вызванных пневмококком, гемофильной палочкой типа b, папилломавирусом человека, ротавирусом, вирусами ветряной оспы, гепатита А.
5. Разработка протоколов профилактической деятельности для всех звеньев первичной медико-санитарной помощи. Расширение сети детских центров здоровья и организация их деятельности как координаторов межсекторального сотрудничества.
6. Создание нового кадрового потенциала педиатров — «социально ориентированного педиатра», «социального педиатра», т.е. педиатров, прошедших специальную подготовку для работы с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации.
7. Развитие реабилитационной службы и стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи.
8. Расширение на государственных каналах телевидения и радиовещания образовательных программ для детей по формированию здорового образа жизни.

Новым серьезным вызовом для профилактической педиатрии являются так называемые редкие (орфанные) болезни. К ним относят большинство врожденных и приобретенных заболеваний, частота которых не превышает 10 случаев на 100 тыс. населения.

По приблизительным оценкам, в РФ орфанными болезнями страдает более 1,5 млн человек. Опыт лечения конкретных орфанных заболеваний показывает, что в среднем на одного ребенка ежегодно расходуется 25–30 млн рублей. Таким образом, для лечения всех детей потребуются сотни млрд рублей, тогда как на расширение Национального календаря прививок, как было сказано выше, 16 млрд. Вот какая цена вопроса! Вот насколько актуальна профилактика редких болезней.

В этой связи очевидна необходимость широкого использования разработанных и применяемых в практическом здравоохранении России видов, форм и методов профилактики наследственной и врожденной патологии.

#### **Пути профилактики орфанных болезней:**

- формирование Национального регистра редких болезней;
- научно-методическое руководство работы региональных медико-генетических центров;
- разработка программ повышения квалификации врачей по вопросам медицинской генетики;
- поддержка взаимодействия научных организаций с фармацевтическими компаниями с целью наиболее полного обеспечения пациентов лекарственными препаратами;
- координация деятельности неправительственных организаций (в т.ч. родительских, благотворительных и др.) по вопросам медико-социальной помощи детям-инвалидам;
- поддержка научных исследований и внедрения новых методов анализа генома человека;
- повышение эффективности международного сотрудничества в области изучения редких болезней.

В заключение хотим обратить внимание на 6 принципов профилактики, сформулированных Европейским региональным бюро ВОЗ в 2006 г.

1. Расходы на профилактику болезней в детском возрасте — есть инвестиции в здоровье и развитие страны.
2. Общество должно создавать среду обитания, благоприятную для здоровья детей, что способствует воспитанию у них потребности в здоровом образе жизни.
3. Государственные меры в сфере охраны здоровья детей должны быть адекватными современным проблемам детства.
4. Каждой семье должны быть предоставлены все необходимые возможности для укрепления здоровья детей.
5. Государство обеспечивает всеобщую доступность услуг системы здравоохранения для укрепления здоровья детей, профилактики болезней и получения ими медицинской помощи.
6. Правительство осуществляет реализацию государственной политики в области профилактики болезней в детском возрасте и несет ответственность за обеспечение ее эффективности.

Не вызывает сомнения, что соединение российских традиций и опыта профилактической педиатрии с принципами профилактики, сформулированными Европейским региональным бюро ВОЗ для решения задач по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья российских детей, дадут результаты. Тогда лозунг Союза педиатров России «Сохраним здоровье детей — сохраним Россию» перестанет быть лозунгом, а станет объективной реальностью.