

DOI: 10.15690/vsp.v16i3.1738

В.К. Таточенко

Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

О статье М.О. Ревновой и соавт. «К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения»

Контактная информация:

Таточенко Владимир Кириллович, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения диагностики и восстановительного лечения НИИ педиатрии ННПЦЗД

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, e-mail: tatovk@yandex.ru

Статья поступила: 26.04.2017 г., принята к печати: 26.06.2017 г.

Статья, хотя и написана сумбурно, является ничем иным, как «криком души» педиатра, через силу выполняющего (или пытающегося выполнить) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1346 от 21 декабря 2012 г. Автор ставит ряд вопросов и дает на них свои ответы. Но прежде чем анализировать критические замечания автора и его предложения, следует остановиться на ряде утверждений, на которых основаны его выводы.

(Для цитирования: Таточенко В.К. О статье М.О. Ревновой и соавт. «К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения». *Вопросы современной педиатрии*. 2017; 16 (3): 254–255. doi: 10.15690/vsp.v16i3.1738)

«Скрининговые медицинские осмотры детского населения — это мощный инструмент мониторинга здоровья подрастающего поколения». Другими словами, автор подтверждает эффективность активного метода динамического наблюдения за состоянием здоровья детей. Однако мне неизвестны работы, доказывающие, что такие профилактические осмотры здоровых детей — мощный инструмент во всех случаях. Мы проводили специальное изучение эффективности диспансеризации (1998–2001 гг.) и вынесли весьма негативное суждение о том, как она осуществляется и какова ее результативность.

«Целью скрининга является раннее выявление отклонений от нормы, постановка на учет, диспансерное наблюдение, комплексное лечение больных». Это утверждение правомерно в отношении сравнительно немногих видов патологий, при которых раннее выявление субклинических дефектов улучшает прогноз болезни: в основном это формы, включенные в неонатальный скрининг, а также отклонения в физическом и нервно-

психическом развитии детей самого раннего возраста, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, удлинение интервала Q–T у старших детей и подростков, рак разной локализации у взрослых. Для большинства видов хронической патологии выявление на доклиническом уровне не дает больших преимуществ в сравнении с диагностикой при первой манифестации болезни.

Круг скрытых от глаз родителей дефектов (т.е. не вызывающих их жалоб и обращений к врачу), выявление и коррекция которых на ранних этапах позволяет провести полезное вмешательство, сконцентрировано в грудном возрасте: это начальные стадии рахита, подвывих тазобедренного сустава, анемия, гипотрофия, нарушения психомоторного развития. Именно поиск этих состояний стал основой «диспансерного метода» ведения грудных детей педиатрами. Перспективны выявление нарушений слуха и зрения с помощью современной аппаратуры и консультации специалистов.

Со временем к этим элементам диспансерного метода добавились новые, прежде всего лабораторные.

Vladimir K. Tatochenko

National Scientific and Practical Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

About the article by M.O. Revnova et al. «Improving the System of Mass Health Examinations of Children»

Although the article is a muddled one, it is nothing but a cry from the heart of the pediatrician, who forcing herself fulfills (or tries to fulfill) the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No.1346 dated December 21, 2012. The author raises a number of questions and gives her answers to them. But before analyzing critical comments of the author and her offers, we should dwell on a number of statements on which her conclusions are based.

(For citation: Tatochenko Vladimir K. About the article by M.O. Revnova et al. «Improving the System of Mass Health Examinations of Children». *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2017; 16 (3): 254–255. doi: 10.15690/vsp.v16i3.1738)

Четыре анализа крови на первом году жизни. Что мы можем найти в них, кроме анемии, диагноз которой заподозрить следует клинически? Нейтропению? Но обнаружение ее доброкачественных форм не имеет смысла, а злокачественные — очень скоро проявятся клинически. Лейкоз? Но и он очень быстро проявится клинически, при этом небольшая задержка во времени не повлияет на исходы. Есть ли хоть одно исследование эффективности 4 анализов крови у здоровых грудничков?

Анализ мочи — важный инструмент выявления патологии мочевых путей, которая, однако, чаще всего проявляется острой инфекцией. Есть ли исследования по частоте выявления бессимптомной лейкоцитурии (в отсутствии клинических симптомов инфекции мочевых путей) и ее значению? К тому же многие дети помимо «диспансерных анализов» обследуются в связи с болезнью: может быть, надо именно эти анализы ставить в счет «диспансерных»?

Обязательный осмотр узкими специалистами здоровых детей — свидетельство недоверия к педиатру. Узкие специалисты необходимы, но к ним следует направлять детей в случае, если у педиатра есть сомнения в интерпретации данных осмотра: к кардиологу — при выявлении шумов или увеличения сердца, к ортопеду — при подозрении на подвывих тазобедренного сустава, к урологу — при упорной инфекции мочевых путей, к невропатологу — при отклонениях в двигательной или поведенческой сфере и т.д. Мне могут возразить, что не все педиатры способны заподозрить патологию, что выявляют ее позже, чем можно было бы при консультации узкого специалиста. Ну, а какой коэффициент полезного действия специалиста при осмотре здоровых детей? Наши наблюдения показывают, что, например, невропатологи при обязательном осмотре находят у детей симптомы перинатальной энцефалопатии, и очень часто (в 35–40% случаев!) назначают серьезные средства, хотя дети с такими же симптомами без лечения развиваются ничем не хуже. К тому же при ультразвуковом исследовании мозга зачастую выявляются изменения боковых желудочков, на основании чего ставятся несуществующие диагнозы гипертензионно-гидроцефального синдрома и тому подобные, хотя дальнейшее развитие этих детей не страдает.

Примеры можно продолжать, но очевидно, что дело не в числе профосмотров в том или ином возрасте, а в их целенаправленности: педиатр должен иметь четкое представление, что он ищет у конкретного ребенка (перечень симптомов по системам организма с указанием, в каких случаях следует направлять к специалисту, а в каких — на параклинические исследования). Представляется, что наиболее узким местом являются отклонения в нервно-психическом развитии, требующие не столько аппаратного обследования и медикаментозной терапии, сколько внимания специалистов по развитию ребенка, психологов специальных «отделений развития», весьма востребованных на Западе.

Диспансерное наблюдение детей с хронической патологией проводится специалистами: в идеальном слу-

чае — в содружестве со специализированным стационаром или центром (у автора в этом отношении особых пожеланий нет).

Автор основной пафос статьи направил на нехватку кадров, предлагая создать специальное **«подразделение, которое будет заниматься только диспансерным наблюдением и формированием отдельных бригад специалистов на основании анализа потребностей кадров в рамках своего объединения главным врачом и ротацией кадров в зависимости от нагрузки»**. Это путь в никуда: врач, который только выявляет патологию, но не лечит ее, очень быстро теряет квалификацию вследствие отсутствия обратной связи, помогающей оценить правильность диагностической практики. В какой-то степени это уже происходит с участковыми врачами, которые лишь ставят диагнозы и отправляют серьезных больных в стационар, не имея повседневной возможности отслеживать, правильным ли был их диагноз и назначенное лечение.

Автор жалуется на **«трудоемкие отчетные сводные формы», «жесткие временные рамки», «недостаточное количество времени у участкового педиатра», «нехватку ультразвуковых аппаратов и специалистов»**, но прежде всего на **нехватку кадров педиатров и специалистов в поликлиниках**. Все это так, однако с кадрами в России ситуация уникальная. В стране сохраняется чрезвычайно затратная и неэффективная схема обслуживания на дому остро заболевших детей, на что уходит более половины рабочего времени врача. Осмотр таких больных в поликлинике (или центре неотложной помощи больницы) занял бы в 4–5 раз меньше времени и позволил бы провести дополнительные тесты и консультации, резко повысив качество диагностики и производительность труда. Так, например, в Германии, как и во всем мире, врач к больному на дом не ходит, поэтому педиатр без большого напряжения обслуживает до 10 000 детей в год, а также проводит осмотры детей в декретированные сроки. Это дает возможность иметь много узких специалистов, которые оказывают педиатру весомую поддержку в обследовании, лечении и реабилитации детей. Наша система посещения на дому сохраняется из чистого популизма, поэтому пока педиатр не будет целый рабочий день работать в поликлинике, будет сохраняться и острая кадровая проблема. Те ситуации с кадрами, которые описывает автор, вообще ставят под сомнение существование в этих местностях какой-либо внятной системы педиатрической помощи — где уж тут до диспансеризации и профилактических осмотров.

Мое мнение — система профосмотров детей и подростков требует совершенствования по линии конкретизации, удаления формальных, ненужных элементов, в том числе сокращение отчетных и учетных форм (как письменных, так и электронных), расширения использования возможностей больниц во время пребывания там ребенка для проведения необходимых «диспансерных» осмотров и исследований. Минздрав начал хотя и робкое, но движение в этом направлении, сократив частоту осмотров и некоторых анализов, тем не менее качественные сдвиги требуют более смелых шагов.