<http://www.mgzt.ru/>

Особый педиатр

*Быть или не быть школьному врачу, и каким ему быть? Эти вопросы до сих пор волнуют медицинскую общественность. Похоже, наконец наступает определенность: готовятся к выходу документы, которые расставят точки над «i». В преддверии этого события наш корреспондент беседует с директором НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН профессором****Владиславом КУЧМОЙ****.*  
**- Владислав Ремирович, как бы вы охарактеризовали сегодняшнюю ситуацию со школьным здравоохранением: «пациент» скорее жив, чем мертв?**  
- Я бы сказал, пошел на поправку, начал выздоравливать, причем в системном плане. Это происходит благодаря той заинтересованности, которая появилась в высших эшелонах власти, дано поручение президентом страны, и процесс идет.  
**- Что изменилось на нынешний день?**  
- Окончательно прекратились все дискуссии о том, нужно ли школьное здравоохранение, отвергнуто предложение, чтобы школьниками занимались только участковые врачи. К счастью, сейчас есть осознание, и оно, насколько я знаю, воплощается в документах отраслевого министерства, что в каждом образовательном учреждении должен быть медицинский работник: медсестра или фельдшер, а лучше врач.  
Наконец пришло понимание, что не надо в лоб сопоставлять нагрузку участкового врача и школьного, ведь характер деятельности разный. В поликлинике доктор работает индивидуально с каждым ребенком. А в образовательном учреждении - с коллективом, с классом, со всей школой. Да, он - педиатр. Да, он взаимодействует с каждым школьником, но задачи перед ним стоят другие.  
**- В чем еще принципиальное отличие деятельности участкового и школьного врача, ведь профилактическая направленность характерна и для одного, и для другого?**  
- Но для школьного врача она еще более выражена. Здесь уместно напомнить стратегию ВОЗ, где говорится, что недостаточно просто продекларировать приоритет профилактики и даже что-то делать в данном направлении, очень важно, чтобы эти усилия были адекватны современным представлениям. Эффекта можно достигнуть тогда, когда накоплена соответствующая доза, в том числе и профилактическая. Скажем, мало двух ребят убедить бросить курить...  
**- Что такое профилактическая доза, по мнению ВОЗ?**  
- Это - правильное действие, направленное на правильное число людей, в течение правильного периода времени, с правильной интенсивностью.  
Идеально всем этим понятиям отвечает школьное здравоохранение: мы знаем, какие действия надо оказывать, мы знаем, что можно воздействовать на весь класс, на всю школу, на группы риска внутри этой школы. Школьные годы - длительный временной отрезок, в течение которого можно реально сформировать устойчивые стереотипы здорового, правильного поведения и медицинской активности. К тому же школьный врач может распределить воздействие с учетом   физического   воспитания, организации питания, учебных нагрузок.  
Само собой разумеется, лучше профилактировать, устраняя факторы риска, чем потом тратить колоссальные деньги на лечение. Америка научила нацию не курить, заставила вести активный образ жизни. А мы уповаем на участкового врача. Он видит ребенка уже с болями, в этот момент ему не до выяснения факторов риска. Дай Бог, рецепт выписать.  
Роль школьного врача в выявлении, анализе распространенности факторов риска чрезвычайно велика. Инструментарий отработан, есть системы мониторинга. Зная о существовании тех или иных проблем, проранжировав их по приоритетам, врач может дать конкретные рекомендации для программы работы в этой школе. Конечно, он не в состоянии один отвечать за профилактику всех факторов риска и брать на себя всю ответственность. Вся школа должна этим заниматься, а он - грамотно и компетентно предлагать рекомендации.  
**- К тому же школьный врач теснее, чем участковый, работает с педагогами, администрацией школы.**  
- Безусловно. Само знание о проблеме - уже полдела. И это тоже осознали. А на первых порах такого понимания не было, говорилось о том, что и участковый врач, и школьный в плане профилактики делают одно и то же. Но школьный врач, повторюсь, работает с организованными коллективами, а это уже популяционный уровень, другой инструментарий. Не всегда ученик даже школьному врачу (а уж тем более участковому, да в присутствии родителей) расскажет о своих проблемах, а анкетирование, анонимные опросы дают довольно объективную картину.  
**- К факторам риска, кроме курения, употребления алкоголя, наркотиков, относятся повышенные учебные нагрузки, низкая двигательная активность, нерациональное питание, рискованное сексуальное поведение...**  
- Конечно же, и всё это должно быть в фокусе внимания школьного врача. Скажем, то же половое воспитание... Заглянем в материалы I Европейского конгресса по школьной гигиене, который проходил в 1904 г. Помимо других вопросов на нем рассматривался и вопрос сексуального просвещения. Вот что говорилось по этому поводу: «Без надлежащего урегулирования половых влечений, основанного на понимании их великого предназначения и на осознании большой ответственности перед Богом и перед людьми, в случае преждевременного или легкомысленного удовлетворения их, а также без соответствующей нравственной выдержки правильный образ жизни невозможен. Так как развитие половой зрелости совпадает со школьным возрастом, то на школе лежит обязанность принять меры к тому, чтобы воспитанники ее понимали значение целомудрия и дорожили им. Следует принять за правило, что полная половая зрелость наступает только по истечении 20-летнего возраста, затем следует руководствоваться религиозно-нравственными принципами».  
**- Замечательно сказано. Поражает понимание того, что школа не может отвернуться от проблемы**.  
- Сто лет идут о ней разговоры. Конечно, меняются религиозно-нравственные ориентиры. И отношение к этому меняется. Поэтому и школа, и медики обязаны эти изменения учитывать. Но если проблему не решать, то страна будет по-прежнему иметь самый высокий уровень абортов, бесплодия. Ведь закладывается репродуктивное здоровье в юности, и школа не должна быть в стороне от этого.  
**- Я знаю, что сейчас готовятся нормативные документы по школьному здравоохранению. Наверняка вы участвовали в их разработке...**  
   
- Да. Минздравсоцразвития активно использует потенциал науки, взаимодействует с Российским обществом школьной и университетской медицины и здоровья. Мы делали свои предложения, и они учтены.  
В документах расписана организация медицинского обеспечения учащихся образовательных учреждений, в том числе профессиональных училищ. Конкретно указаны перечни и виды неотложной, профилактической и лечебно-диагностической помощи, направленной на охрану и укрепление здоровья, определены обязанности школьного врача, современный стандарт оснащения медицинской техникой, включая стоматологический кабинет. Кстати, в документах нашла отражение деятельность врача стоматолога. Это не значит, что завтра во всех школах появятся стоматологические кабинеты, но важно, что обозначено направление, которому надо следовать.  
Подготовлены методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, где расписаны конкретные меры по предупреждению респираторно-вирусных инфекций, заболеваний опорно-двигательного аппарата, органов зрения, пищеварения и т.д.  
**- Что новое привнесено?**  
- Модернизированы оздоровительные комплексы с учетом современных достижений, привлечено внимание к распространенности факторов риска, существенных для формирования здоровья, расширены функции школьного врача: помимо уже названных аспектов, он должен проводить серьезную профконсультационную и профориентационную работу среди учащихся. Состояние здоровья таково, что не учитывать его в выборе профессии неправильно. А кто как не школьный врач может порекомендовать ребенку область будущей деятельности.  
Он должен и с родителями работать, просвещать их, чтобы они были озабочены не только тем, сколько иностранных языков ребенок освоит, а как он будет конкурентоспособен (в широком смысле) в жизни, и искать школу не с английским уклоном, а с достаточным вниманием к физической культуре.  
**- А вменяются ли школьному врачу функции реабилитолога?**  
- Мы все-таки считаем, что школьный врач должен работать на более ранних стадиях, чтобы предупредить развитие заболеваний на школьном этапе, речь идет о донозологической диагностике.  
Оздоровлением детей, перенесших острые респираторные вирусные инфекции, он, конечно же, будет заниматься. Ведь как только стихает острый период, в поликлинику учащиеся перестают ходить. Мы сталкиваемся с тем, что родители в силу своей занятости не в состоянии уделять должное внимание детям. Как свидетельствуют наши исследования, только 5% мам и пап располагают для этого временем.  
**- Изменились ли штатные нормативы или остались старыми -1200 учащихся на одного врача?**  
- Планируется, что они будут пересмотрены.  
**- При том уровне окладов, которые сейчас имеются, да к тому же при расширении функций вряд ли найдется достаточное количество желающих целиком и полностью посвятить себя школьной медицине. Все справедливо ставят вопрос об адекватном финансировании. Как известно, участковому педиатру дали надбавку 10 тыс. руб. Школьному - тоже обещали добавить 5 тыс. Но, насколько я знаю, обещания так и остались невыполненными.**  
- По нынешнему законодательству, при существующей нормативно-правовой базе это трудно сделать. Думаю, в готовящихся документах будет указано, что для оплаты труда школьного врача можно использовать все источники финансирования: бюджет, обязательное страхование и др. Понятно, что всем дать зарплату из Москвы невозможно.  
**- А реально как все-таки можно повысить оплату труда школьного врача?**  
- Если глава муниципального образования понимает значимость проблемы, он найдет способ ее решить. Например, мэрия Новосибирска приняла решение увеличить доплату школьным врачам на 2,5 тыс.  
**- Но тогда по России будет большой разброс в оплате, ведь у всех муниципалитетов разные возможности.**  
- Я думаю, пройдет немного времени и начнут спрашивать с глав администраций, как они реально заботятся о здоровье школьников. Прошли те времена, когда отмахивались, ссылаясь на то, что денег нет.  
**- Появилась ли определенность в том, из кого готовить школьных врачей?**  
- К сожалению, нет. На то имеются и объективные причины: присоединение к Болонскому процессу.  
Безусловно, педиатры в силу сложившейся подготовки, ориентированы на работу в клинике. Тот арсенал знаний и умений, который в них вкладывают за 8 лет, в школе не востребован, а на профилактическую, гигиеническую компоненту при обучении у них отводится всего 56 часов, что чрезвычайно мало. В то же время, выпускники медико-профилактического факультета прекрасно подготовлены по разделу гигиены детей и подростков, по школьной медицине, но сейчас они не могут привлекаться на эти должности.  
Не исключено, что будет введена новая специальность «Профилактика и медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях», не привязанная к педиатрическому факультету, чтобы на эту должность после специализации мог пойти и врач-лечебник, и врач, окончивший медико-профилактический факультет.  
Несомненно, проблема требует внимания, рано или поздно она встанет со всей остротой, потому что в некоторых регионах уже сейчас готовы платить школьному врачу 10 тыс. руб., но нет врачей. Это очень тревожно.  
**Беседу вела**

**Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».**