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

Под медицинским присмотром

Не только школьники, но и воспитанники других образовательных учреждений теперь находятся в равных условиях  
**Недавно вступил в силу долго­жданный приказ Минздрава России «Об утверждении по­рядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». О том, почему этот документ так важен, наш разговор с главным внештат­ным специалистом по гигиене детей и подростков Минздрава России, директором НИИ гиги­ены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей, членом-корре­спондентом РАН Владиславом КУЧМОЙ.**  
**– Владислав Ремирович, что принципиально новое содер­жится в приказе?**  
– Уже из названия документа видно, что у него широкое поле действия, он охватывает не только школы и детские сады, но и уч­реждения начального и среднего профессионального образования, обеспечивая оказание помощи всем обучающимся.  
А главное – ликвидировано исторически сложившееся не­равенство. Ранее школьный врач предусматривался только в на­селённых пунктах свыше 25 тыс. жителей. Между тем значительная часть детей живёт в небольших посёлках и была лишена этой по­мощи. Сейчас пробел устранён. У детей появилась возможность быть охваченными заботой школь­ного врача, независимо от места проживания.  
Второе принципиальное поло­жение заключается в том, что в приказе прописаны новые, более оптимальные, способствующие повышению качества штатные нормативы. Теперь в общеобра­зовательных организациях один педиатр приходится на 1 тыс. не­совершеннолетних, в детских яслях – на 180-200 детей, а в детских садах – на 400 детей.  
Безусловно, революционный шаг – введение в штат врача по гигиене детей и подростков: одна ставка на 2,5 тыс. обучающихся всех типов, независимо от количества школ, детсадов и т.д. Он призван усилить профилактическую составляющую школьного здравоохранения, фор­мируя единое профилактическое пространство.  
Исходя из численности детей, поликлиника, обслуживающая образовательные учреждения, и рассчитывает штаты. Скажем, при количестве 2,5 тыс. обучающихся должно быть как минимум 2,5 став­ки педиатра, а с учётом количества детей в детских садах – скорее всего, 3,5 ставки, плюс ставка вра­ча-гигиениста, плюс медицинские сёстры – в результате получается вполне боевая единица в виде структурного подразделения ЛПУ.  
**– Затрагивает ли этот порядок коррекционные школы?**  
– Да, в части рекомендуемых штатных нормативов. Например, предусматривается врач-психиатр детский, оториноларинголог, оф­тальмолог, травматолог-ортопед, фтизиатр, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры.  
**– Какие ещё изменения по­явились?**  
– Пересмотрен табель осна­щения медицинского кабинета, существовавший с незапамятных времён.  
В нём появился смокелайзер (анализатор окиси углерода выды­хаемого воздуха) и аппаратно-про­граммный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологиче­ского и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма.  
**– Эти комплексы будут еди­ными для всей России (ведь они разнообразны) или каждый регион будет закупать свои?**  
– Ещё предстоит сформулиро­вать, какими они должны быть. Но они очень важны для оперативной оценки влияния учебных нагрузок на детей и вообще всего школь­ного уклада. Сейчас разгорается дискуссия о высоких нагрузках на учащихся начальной школы, разда­ются предложения законодательно установить 5-дневную неделю. Но надо вначале разобраться, с чем они связаны, откуда берутся. Ведь нагрузки слагаются не только из ау­диторных, урочных видов деятель­ности, но и из содержания занятий, использования современных циф­ровых технологий и т.д. Комплексы позволяют оперативно это отсле­живать. Таким опытом уже богаты Ростовская область, Республика Татарстан, С.-Петербург.  
Кроме того, теперь у школьного врача должен быть компьютер. Появятся в школах и комплекты оборудования для наглядной про­паганды здорового образа жизни, показывающие, как надо сидеть ребёнку, как организовать рабочее место и т.п.  
Авторитетное мнение  
В стандарт оснащения медицин­ского блока включены современ­ные травматологические укладки, комплекс воздуховодов для ис­кусственного дыхания «рот в рот», аппарат искусственной вентиляции лёгких Амбу, посиндромальная укладка медикаментов и перевя­зочного материала для оказания неотложной помощи.  
**– А кто должен обеспечивать наличие лекарственных пре­паратов?**  
– Поликлиника. Предоставление помещения прописано за об­разовательным учреждением, а обеспечение расходным матери­алом – за ЛПУ. Но я считаю, что это не принципиально. Поскольку и система образования, и систе­ма здравоохранения находятся в ведении субъектов Федерации и муниципальных образований. Следовательно, тот, кто финанси­рует школу, он же финансирует и поликлинику.  
**– Да. Но недавно побеседо­вала со школьным доктором, которая рассказала, что, при­ходя в школу, видит очередь из больных детей (потому что родителям некогда вести их в поликлинику), а оказать по­мощь им нечем, нет никаких препаратов.**  
– Хочу подчеркнуть, всё-таки основная направленность прика­за – профилактическая. Ожидать, что это будет выездное отделение поликлиники в школе, не стоит. В задачи школьного врача вхо­дит оказание помощи при остро возникшей ситуации в образова­тельном учреждении, например, пришёл ребёнок в нормальном состоянии, а среди дня поднялась температура.

Акцент сделан на усилении рабо­ты по выявлению факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (повышенное арте­риальное давление, избыточная масса тела, курение, потребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), школьно обусловленной патологии, девиантных форм пове­дения, формированию групп риска несовершеннолетних.  
**– Что конкретно входит в обя­занности школьного педиатра?**  
– За педиатром сохранилось ежегодное скрининг-обследование детей, осуществляемое с целью выявления ранних жалоб, при­знаков отклонений; комплексная медицинская и психолого-педаго­гическая оценка состояния здоро-  
вья несовершеннолетних; оценка функциональной готовности детей к обуче­нию в школе, а также при переводе на компенси­рующие виды обучения, или, наоборот, на про­граммы с повышенным уровнем образования; формирование у учащих­ся устойчивых стерео­типов здорового образа жизни и поведения, не сопряжённого с риском для здоровья; участие в профилактической рабо­те по предупреждению раннего начала половой жизни, заболеваний, пе­редающиеся половым пу­тём, ВИЧ/СПИДа (раньше это как-то стыдливо замалчивали), по подготовке несовершеннолет­них к созданию семьи в будущем, правильному репродуктивному поведению.  
Одной из значимых функций является проведение в условиях об­разовательных учреждений работы по коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, снижающих возможности их социальной адапта­ции, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, под­готовки к военной службе (патоло­гия органов зрения, пищеварения, костно-мышечной, нервной системы и др.) – то, что мы традиционно относим к школьно обусловленным заболеваниям.  
Впервые в приказе записано, что педиатр осуществляет организацию учёта и анализ случаев травм, полу­ченных в образовательных учрежде­ниях, разработку комплексных мер по профилактике травматизма.  
При выявлении нарушений са­нитарного законодательства и факторов, создающих угрозу жизни и здоровью обучающихся, педиатр в письменной форме ин­формирует об этом заведующего отделением или руководителя медицинской организации. Но это – не надзорная функция. Над­зорную функцию осуществляет Роспотребнадзор. Однако в силу российского законодательства его возможности ограничены (санитарный врач, государствен­ный служащий может попасть в образовательное учреждение раз в 2-3 года). Высокий уровень за­болеваемости, не снизившийся за последние десятилетия, позволя­ет предположить, что воздействие на детей учебных нагрузок, усло­вий обучения, питания и т.д., про­должает оставаться выраженным.

**– Контроль за питанием вхо­дит в функции школьного врача?**  
– Входит в части соблюдения требований санитарного законо­дательства. Если врач видит, что санитарное законодательство на­рушается, он может запустить всю цепочку официального надзора.  
Новый приказ можно рассматри­вать как подспорье, позволяющее должным образом организовать работу администрации и всего педагогического коллектива, ведь по закону ответственность за соблюдение санитарных норм и правил несёт руководство школы, которое, кстати, зачастую искренне уверено, что полностью выполняет требования СанПиНов. Но стоит посмотреть, промаркирована ли  
мебель, за какой партой сидит ребёнок, как он питается – картина открывается иная.  
**– Так всеми этими пробле­мами должен заниматься врач-гигиенист или педиатр?**  
– Конечно, гигиенист, для этого его и ввели. Педиатр может во­время подсказать, что, допустим, какая-то проблема нарастает.  
**– Как должно выстраиваться взаимодействие врача-гигиени­ста и врача-педиатра, привычно именуемого школьным врачом?**  
– Они работают в одной брига­де, оба – сотрудники отделения, которое теперь называется по-новому – отделение организации медицинской помощи несовер­шеннолетним в образовательных учреждениях (коротко – отделение медицинской помощи обучающим­ся), которое находится в структуре поликлиники.  
Но и в образовательных учреж­дениях могут быть предусмотрены должности медицинских работ­ников (например, в гимназиях, частных школах).  
**– Всё, о чём вы упомянули ранее, носит рекомендательный или обязательный характер?**  
– Что-то обязательный, а что-то рекомендательный, как, например, штатное расписание. Но как его можно не реализовывать, если ребёнок имеет конституционное право на медицинское обеспече­ние, в том числе в период обу­чения? Поэтому Росздравнадзор смотрит на это через призму ли­цензирования ЛПУ: если данный вид деятельности заявлен, то как и с помощью кого выполняется.  
**– Предположим, у ребёнка вы­явлена патология. Он нуждается в более углублённом осмотре.**  
– Школьный врач направит его в поликлинику.  
Вообще суть этого документа – комплексное внимание, привле­чение всех необходимых структур к заботе о здоровье несовершен­нолетних, в том числе отделения медико-социальной помощи ЛПУ.  
**– Но дойдёт ли ребёнок до узкого специалиста? Какой-то контроль предполагается? Или главное – направить: а ты уж хочешь иди, хочешь нет.**  
– Конечно, это зависит, пре­жде всего, от родителей, ну и, безусловно, от школьного врача: сможет ли он доходчиво всё объ­яснить, убедить в необходимости визита в поликлинику. Учитывая, что медицинские осмотры про­водятся ежегодно, вероятность диагностировать отклонения на

раннем этапе повышается. Ну а в целом, конечно, до конца данный вопрос не отработан. Полагаю, его решению будет способствовать планируемая Минздравом инфор­матизация здравоохранения, ком­пьютеризация рабочих мест, соз­дание базы данных о ребёнке. На сегодняшний день действительно многое зависит от личности врача, его настойчивости, заинтересован­ности. Сейчас Минздрав развернул большую работу по подготовке протоколов, что позволит изменить ситуацию, унифицировать требо­вания к деятельности школьных медиков, поможет объективно оце­нивать, как они выполняются. Пока же проверить работу школьного врача можно только по таким на-  
правлениям, как проведение вак­цинации и медицинских осмотров. Всё остальное затруднительно.  
**– А не загоняем ли мы, таким образом, врача в угол? С одной стороны, он должен поступать в соответствии со стандартами, протоколами, а с другой сто­роны, иметь информированное согласие родителей на свои действия, скажем, в связи с той же вакцинацией. (Прежде чем сделать прививку, должен получить разрешение родите­лей, а они не дают на то добро. Попробуй при этом добейся высокого охвата вакцинацией). В таких условиях ему работать будет крайне сложно. Мы мо­жем вообще лишиться школь­ных врачей, уйдут и те, что есть.**  
– Думаю, в отношении вакци­нации у нас в стране проявляется излишний либерализм, неоправ­данное послабление. Мне кажется, должно быть так, как в целом ряде государств: если у ребёнка нет соответствующих прививок, его просто не возьмут в школу. А у нас считается, что если я по религиоз­ным соображениям не прививаю ребёнка, а он потом заболевает, заражая других, нанося им вред, то это нормально.  
Основное, что ставит под угрозу школьное здравоохранение, – оплата труда. Она неадекватная, значительно ниже, чем у участкового педиатра, хотя работа медиков в образовательных учреждениях – тоже ведь работа на участке. К сожалению, нам не удалось сло­мить стереотипы, сложившиеся у руководства муниципалитетов, ре­гионов: большинство профилактику понимает достаточно примитивно.  
**– У вас есть уверенность в том, что новый документ мо­жет быть реализован, учиты­вая нехватку кадров и других ресурсов?**  
– Честно сказать, это у меня вызывает очень большую тревогу. И всё же надеюсь на внимание к данному вопросу глав администра­ций регионов и муниципалитетов. Они должны, наконец, понять, что выражение «Дети – это инвестиции в будущее» – не пустые слова. Если 60% сегодняшних выпускников школы имеют хронические за­болевания, то создаётся нагрузка на всю сеть здравоохранения на последующие годы.  
**Беседу вела Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».**