

Ковтун О.П.<sup>1</sup>, Ануфриева Е.В.<sup>1</sup>, Малямова Л.Н.<sup>2</sup>, Царькова С.А.<sup>1</sup>

## Организация профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Свердловской области: пути повышения качества

1- ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург; 2 – Министерство здравоохранения Свердловской области, г.Екатеринбург

Kovtun O.P., Anufrieva E.V, Malamova L.N., Tsarkova S.A.

### Organization of preventive medical examinations of minors in the Sverdlovsk region: ways to improve quality

#### Резюме

Цель - провести анализ показателей здоровья детского населения и оценку качества профилактических осмотров несовершеннолетних в Свердловской области. Материалы исследования. Представлены данные о состоянии здоровья детского населения Свердловской области по результатам профилактических медицинских осмотров (ПО) за период 2013-2017 гг. по различным возрастным группам. Выполнен выборочный анализ первичной медицинской документации детских поликлиник. Результаты исследования. Проведен анализ структуры патологической пораженности в зависимости от возраста, впервые выявленных заболеваний, распределения детей по группам здоровья и уровню физического развития, определена нуждаемость в дополнительных консультациях, исследованиях, лечении, а также охват данными услугами после завершения профилактического осмотра. Установлен дефицит врачей специалистов, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних. Выявлены дефекты при вынесении заключений по результатам осмотра врачами специалистами, направлении на дополнительные консультации, лечение и реабилитацию. Выводы. Зарегистрирован высокий уровень охвата детского населения ПО. Тенденции в изменениях показателей заболеваемости характеризовались снижением патологической пораженности по большинству классов заболеваний. Ведущими причинами заболеваемости у детей 0-14 лет по-прежнему являются болезни нервной системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы, у подростков – болезни глаза, костно-мышечной системы и органов пищеварения. В целях повышения качества проведения профилактических осмотров в регионе необходимо усилить внутренний контроль за полнотой проведения ПО, правильностью регистрации результатов и направлением нуждающихся на второй этап диспансеризации.

**Ключевые слова:** дети, подростки, диспансеризация, профилактические медицинские осмотры, заболеваемость, школьники

#### Summary

The goal is to analyze the health indicators of the children's population and assess the quality of preventive examinations of minors in the Sverdlovsk region. Materials of the research. Data on the health status of the children of the Sverdlovsk region on the results of preventive medical examinations (PE) for the period 2013-2017 are presented. for different age groups. A sample analysis of the primary medical records of children's polyclinics is performed. Results of the study. The analysis of the structure of pathological affection, depending on the age of the newly diagnosed diseases, the definition of the needs for additional consultations, studies, treatment, as well as the coverage of the data after the completion of the preventive examination. Deficiency of doctors of the experts participating in carrying out of preventive medical examinations of children is established. Identified defects in making conclusions on the results of medical examination by specialists, referral to additional consultations, treatment and treatment. Conclusions. A high level of coverage of the child population of the software was registered. Tendencies in changes in morbidity rates were typified by a decrease in pathological affection in most classes of diseases. The leading causes of morbidity in children 0-14 years old are as follows: diseases of the nervous system, digestive organs, musculoskeletal system, in adolescents - eye diseases, musculoskeletal system and digestive organs. In order to improve the quality of preventive examinations in the region, it is necessary to strengthen internal control over the completeness of the software, the correctness of recording the results, and the direction of the needy for the second stage of medical examination.

**Key words:** children, adolescent, medical examination, routine medical examination, incidence, schoolchildren

## Введение

Приоритетным звеном системы российского здравоохранения признана профилактика. Дети относятся к группе населения, подлежащей обязательному профилактическому наблюдению в соответствии с утвержденным порядком его проведения [1,2,3,4,5].

В 2010 году в Свердловской области по инициативе Министерства здравоохранения была проведена углубленная диспансеризация 14-летних подростков с оценкой репродуктивного потенциала, которая не входила в общую программу диспансеризации детей. Было установлено, что здоровыми признаны только 10,9%, доля впервые выявленных заболеваний составила 42,5%, в среднем регистрировалось 3,7 заболеваний и/или функциональных отклонений на одного осмотренного. У 40,2% выявлены отклонения в физическом развитии, из них 24,4% за счет дефицита массы тела, 13,8% - повышенной массы тела и ожирения, в 14,2% установлено отставание темпов полового созревания, а в 4,2% - его задержка. Таким образом, результаты свидетельствовали о том, что углубленные осмотры необходимо начинать раньше, с максимальным количеством осмотров специалистами и проведением исследований в критические возрастные периоды 3, 7, 14 -17 лет [6]. С 2013 года Минздравом России был изменен порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних [3].

В настоящее время практический интерес представляет оценка успешности реализации нового Порядка профилактических осмотров несовершеннолетних и выявление произошедших изменений в состоянии здоровья детского населения, что позволит обосновать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Цель исследования** – провести анализ показателей здоровья детского населения по результатам профилактических осмотров несовершеннолетних и оценку качества их проведения в Свердловской области.

## Материалы и методы

Проведен анализ заболеваемости детского населения в возрасте 0-17 лет Свердловской области за период 2013-2017 гг. на основании данных отчетной формы № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних». Для сравнительного анализа выделялись возрастные группы 0-4 года, 5-9 лет, 10-14 лет и 15-17 лет. Были изучены показатели охвата детского населения профилактическими медицинскими осмотрами, уровень и структура патологической пораженности, впервые выявленных заболеваний, распределение по группам здоровья и уровню физического развития, нуждаемость в дополнительных консультациях, исследованиях, лечении, а также охват данными услугами после завершения профилактического осмотра.

С целью оценки качества проведения профилактических осмотров несовершеннолетних выполнен анализ организации ПО, кадровой ситуации, определение соответствия перечня консультаций врачей специалистов, лабораторных и инструментальных исследований требова-

ниям Порядка [3]. Выполнен выборочный анализ данных первичной медицинской документации детских поликлиник: ф.030-ПО/у-12 «Карта профилактического осмотра несовершеннолетнего» в сопоставлении с ф.112/у «История развития ребенка». Всего проанализирована документация 300 детей, проходивших профилактические медицинские осмотры в 10 и 14 лет, по 150 случаев в каждой группе.

Была разработана карта для оценки выполнения Порядка ПО соответствующих возрастных групп. В карту вносились данные о результатах проведенного ПО и сведения о заболеваемости, представленные в ф.112/у «История развития ребенка».

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0 корпорации StatSoft Inc. (США); при использовании критерия Стьюдента различия между сравниваемыми величинами признавали статистически достоверными при значении  $p \leq 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

По результатам проведенного исследования установлено, что за период наблюдения число осмотренных детей возросло более чем в 2 раза: в 2013 году было осмотрено 237 224 ребенка в возрасте 0-17 лет, в 2014 году уже 463 000, а в 2017 году – 634 992 чел. Меняется и структура осмотренных детей: так, если в 2013 году 91,7% осмотренных составили дети 0-14 лет, а подростки 15-17 лет только – 8,3%, то в 2017 году 86,7 и 13,3%, соответственно. Увеличение числа осмотренных подростков 15-17 лет связано с активной работой участковых педиатров по привлечению на ПО неорганизованных подростков, а также учащихся средне-специальных учебных заведений. В целом, полученные результаты согласуются с данными по РФ, в соответствии с которыми в структуре осмотренных 85,6% - дети 0-14 лет и 14,4% - подростки 15-17 лет [1].

На основе анализа отчетных форм 030-ПО/о-12 "Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних" за 2013-2017гг. установлено снижение выявляемости заболеваний как в целом, так и по основным классам болезней, при этом наблюдается рост показателей заболеваемости с увеличением возраста.

Анализ результатов ПО детей и подростков Свердловской области показал, что за 2013-2016 гг. наблюдалось снижение показателей заболеваемости по патологической пораженности: у детей в 10-14 лет на 9%, ( $p \leq 0,05$ ), подростков 15-17 лет на 6,4%, а в группе 5-9 лет отмечен рост показателя патологической пораженности на 17,5% (табл.1). В 2017 году произошло резкое снижение показателя патологической пораженности во всех возрастных группах. В среднем выявляется  $0,9 \pm 0,15$  заболевания на одного ребенка. Показатель заболеваемости у мальчиков составил  $880,7 \pm 217$  на 1000, у девочек  $758,7 \pm 209$  на 1000. Заболеваемость у мальчиков на 13,9% выше, чем у девочек.

Оценка патологической пораженности в возрастном аспекте показала, что если в 2013 году у детей 0-4

**Таблица 1. Патологическая пораженность детей 0-17 лет 2013-2017 гг. в Свердловской области**

Показатели	Возраст (лет)	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Патологическая пораженность (%)	0-4	694,4	697,7	702,7	700,9	514,8
	5-9	889,7	1075,1↑*	1047,7	1045,1	666,0
	10-14	1348,0	1217,0↓*	1164,3↓*	1226,4↓*	729,9↓*
	15-17	1648,4	1610,6	1521,1	1543,1	814,5↓*
Впервые выявленные заболевания (%)	0-4	206,0	205,6	234,0	239,6	156,1
	5-9	230,1	318,5	304,1	294,0	177,0
	10-14	487,7	330,8↓*	322,9↓*	380,2↓*	214,2↓*
	15-17	683,4	526,3↓*	460,8↓*	487,3↓*	245,6↓*
Доля впервые выявленной патологии в структуре всех выявленных заболеваний (%)	0-4	29,7	29,5	33,3	34,2	30,3
	5-9	25,9	29,6	29,0	28,1	26,6
	10-14	36,2	27,2	27,7	31,0	29,3
	15-17	41,5	32,7	30,3	31,6	30,2

\* достоверность различий показателей в сравнении с 2013 г,  $p < 0,05$

года показатель составлял 694,4 на 1000 осмотренных, то у подростков 15-17 лет он в два раза выше и достигает 1648,4‰ ( $p < 0,001$ ). Аналогичная тенденция прослеживается и по показателю впервые выявленной патологии. Так, если в группе 0-4 года ее уровень составляет - 206,0‰, а в возрасте 15-17 лет - 683,4‰ ( $p < 0,001$ ), что в 2,3 раза выше. Такая ситуация свидетельствует об увеличении хронической патологии к подростковому возрасту и требует углубленного анализа распространенности заболеваний.

Как видно из таблицы 1, в динамике за 5 лет снижается доля впервые выявленной патологии у детей старше 10 лет. Особенно заметна эта тенденция у подростков 15-17 лет, так как именно в этот период дети проходят углубленные осмотры ежегодно, начиная с 14 лет. Далее в 15,16,17-летнем возрасте их основные хронические заболевания уже выявлены. Снижение уровня патологической пораженности и числа впервые выявленных заболеваний у несовершеннолетних обусловлено тем, что заболевания были установлены на осмотрах в предыдущие годы, про-

ведены лечебные и реабилитационные мероприятия, а также зависит от качества проведения осмотра.

По результатам сравнительного анализа отмечается тенденция к ухудшению показателей здоровья детей в процессе получения образования, с максимальными значениями у подростков (табл.2). Нами отмечено достоверное увеличение распространенности по классам болезней эндокринной системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы уже у младших школьников (5-9 лет) по сравнению с дошкольниками (0-4 года).

Отмечается отчетливая тенденция к увеличению распространенности среди детей и подростков болезней эндокринной системы и расстройств питания - в 2017 г. с 32,8% в группе 0-4 года до 99,3%, в группе 10-14 лет (в 3 раза,  $p < 0,05$ ). В основном данная патология формируется за счет избыточной массы тела и ожирения, доля которых составляет  $40,3 \pm 2,4\%$  в структуре класса болезней эндокринной системы.

В 3,9 раза увеличивается распространенность болезней глаза и придаточного аппарата от 60,2% до 236,4% (в

**Таблица 2. Показатели заболеваемости по данным профилактических осмотров детей и подростков в Свердловской области, 2013 и 2017 гг. (на 1000)**

Класс болезней	2013 г.				2017 г.			
	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет
Болезни эндокринной системы	40,6	72,7	172,5	180,1	32,8	53,2↓*	99,3↓*	90,2↓*
Психические расстройства	23,6	22,5	20,9	22,7	3,8↓*	4,5↓*	5,7↓*	7,0↓*
Болезни нервной системы	205,1	166,0	161,8	189,4	177,3	151,9	84,1↓*	79,3↓*
Болезни глаза	47,5	86,2	226,2	319,3	60,2	65,5↓*	182,6↓*	236,4↓*
Болезни системы кровообращения	5,8	11,5	36,6	59,0	2,7	11,3	16,0↓*	26,6↓*
Болезни органов дыхания	49,1	83,6	102,9	116,5	28,9	54,7↓*	56,5↓*	62,0↓*
Болезни органов пищеварения	89,9	163,6	248,0	285,1	59,6↓*	127,5↓*	97,2↓*	112,9↓*
Болезни костно-мышечной системы	83,7	181,2	243,8	324,5	53,6↓*	121,8↓*	124,4↓*	135,6↓*
Болезни мочеполовой системы	36,4	44,2	68,6	93,4	21,7	25,7	30,6↓*	33,4↓*
Врожденные anomalies	33,8	22,5	32,2	23,6	22,4	24,0	16,4↓*	14,4

\* достоверность различий показателей в сравнении с 2013 г,  $p < 0,05$

Таблица 3. Распределение по группам здоровья детей, по данным профилактических медицинских осмотров в Свердловской области, 2013-2017 гг. (%)

Группы здоровья	2013 г.				2017 г.			
	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет
I	48,4	39,7	27,0	17,0	46,3	30,1	25,5	17,4
II	46,0	50,2	55,6	58,0	48,8	59,1	59,5	62,7
III	5,1	9,5	16,6	24,0	4,4	9,9	14,1	18,9
IV	0,3	0,4	0,6	0,7	0,2	0,4	0,4	0,4
V	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5

группах 0-4 и 15-17 лет, соответственно), в 2,5 раза - болезней костно-мышечной системы (от 53,6% до 135,6%, соответственно). Основной вклад в формирование патологии костно-мышечной системы вносят функциональные нарушения осанки и уплощение стопы.

Частота встречаемости болезней сердечно-сосудистой системы значительно возрастает у детей школьного возраста. Данные изменения обусловлены как негативным влиянием факторов школьной среды, так и особенностями процессов роста и развития органов кровообращения [7].

Обращает на себя внимание отсутствие динамики изменений в регистрации психических расстройств с увеличением возраста: 3,8% в группе 0-4 года до 7,0% у подростков 15-17 лет, в 2017 году. Отсутствие изменений в распространенности психических заболеваний у подростков может быть связано с качеством проведения осмотров врачами психиатрами, а также недоукомплектованностью бригад, осуществляющих медицинские осмотры несовершеннолетних детскими врачами-психиатрами. Для выяснения причин сложившейся ситуации необходимо проведение дополнительного исследования.

Анализ результатов по возрастным группам показывает, что патологическая пораженность подростков 15-17 лет по большинству классов болезней, кроме болезней нервной системы, в разы превышает аналогичные показатели у дошкольников и младших школьников, что является свидетельством ухудшения состояния здоровья молодежи, которая в ближайшем будущем будет определять трудовой и репродуктивный потенциал.

Ранговое распределение причин патологической пораженности показало, что если в группе 0-4 года на первом месте находятся болезни нервной системы, то уже к 10 годам они перемещаются на пятое место, в то время как возрастает доля болезней костно-мышечной, пищеварительной систем и болезней глаза (рис.1).

Структура причин, впервые выявленной заболеваемости у детей отличалась. Так, практически во всех возрастных группах чаще регистрируют болезни органов пищеварения – 13,9%±2,9, костно-мышечной системы - в среднем 16,8±2,85%, а после 10 лет - болезни глаза 17,5±1,3%. Структура выявленной патологии у мальчиков и у девочек не отличаются. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что родители своевременно не обращаются за медицинской помощью при возникновении данных заболеваний. Большая часть из представленной патологии формируется в процессе школьного образования, чаще под влиянием факторов риска: низкая двигательная активность, высокая статическая нагрузка, в том числе с использованием мебели, не соответствующей росту ребенка, интенсивность образовательного процесса, раннее и длительное использование компьютеров и других электронных устройств, что требует и своевременной коррекции [8].

По итогам медицинских профилактических осмотров в 2017 году охват диспансерным наблюдением составил 570,0 на 1000. Впервые взято на диспансерный учет после проведения профилактического осмотра 14,5±3,7% детей 0-17 лет. В структуре причин постановки на диспансерный учет, за изученный период, первые ранговые

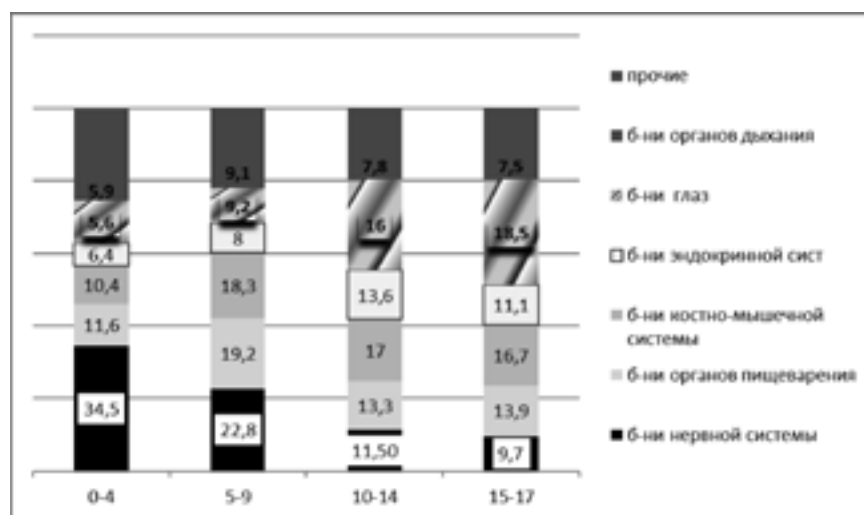


Рисунок 1. Структура заболеваемости по основным классам заболеваний у детей 0-17 лет в Свердловской области в 2017 г. (по данным медицинских осмотров), %

места занимали болезни органов кровообращения (от 75,4% в 2013г. до 60% в 2017 г.), болезни мочеполовой системы (от 80% до 64%, соответственно), наименьший уровень охвата диспансерным наблюдением по болезням органов пищеварения (от 41% до 44,8%, соответственно).

Особое внимание привлекает распределение детей по уровню физического развития (ФР). Анализ полученных данных показывает, что 91,4±3,7% детей имеют нормальное физическое развитие, а отклонения в ФР формируются в основном за счет избыточной массы тела. Наибольшая доля детей с избыточной массой тела регистрируется в группе 10-14 лет - 6,2%. Такие данные не согласуются с результатами проводимых научных исследований ФР детей и подростков [9], и свидетельствуют, возможно, о некорректной оценке показателей ФР врачами –педиатрами при проведении профилактических осмотров.

Распределение по группам здоровья является одним из показателей состояния здоровья детского населения. Анализ распределения детей по группам здоровья свидетельствует о нарастании с возрастом хронической патологии. Увеличение более чем в 4 раза числа детей с третьей группой здоровья к подростковому возрасту и сокращение числа здоровых детей, имеющих первую группу здоровья, в 2,5 раза ( $p < 0,001$ ). В динамике 2013-2017 гг. не произошло существенных изменений при распределении по группам здоровья во всех возрастных группах (табл.3).

При оценке результатов профилактических осмотров, обращает на себя внимание высокая доля детей, отнесенных к основной группе для занятий физкультурой (80,8% у детей 3-17 лет, 82,0% у детей 3-14 лет), что не соответствует доле детей первой группы здоровья, но именно дети с первой группой здоровья могут заниматься в основной группе по физкультуре. В данном случае можно говорить о несоблюдении врачами педиатрами правил определения медицинской группы для занятия несовершеннолетнего физической культурой [3]. На этот показатель также обращает внимание Министерство здравоохранения России [10], поскольку на уроках физкультуры, к сожалению, происходят случаи резкого ухудшения состояния здоровья и даже гибели детей.

По результатам профилактического осмотра врач-педиатр вносит в карту медицинского осмотра ребенка (ф.030-ПО/о-12) сведения о необходимости проведения дополнительных консультаций, исследований, лечения, реабилитации и определяет условия получения медицинской помощи. Установлено, что в дополнительных консультациях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара за исследуемый период нуждались 14,9±4,2% детей 0-17 лет, в стационарных условиях - 0,1%. Доля детей, получивших дополнительные консультации и исследования за прошедший период, значительно не менялась и составила в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара 33,7±2,1%, в условиях круглосуточно стационара - 46,3±5,4%. Таким образом,

необходимые обследования в стационарах проходят больше детей, чем в амбулаторных условиях.

Лечение было рекомендовано 55,0±9,3% детей, из них 80% нуждались в лечении в амбулаторных условиях на муниципальном уровне, 10% в проведении стационарного лечения на муниципальном уровне - 7,5%, а 2,6% - на уровне субъекта, на федеральном - 0,04%. В целом, получили лечение на разных уровнях только 50% нуждающихся. Санаторно-курортное лечение было рекомендовано менее чем в 10% случаев. Таким образом, несмотря на высокую распространенность хронической патологии среди детского населения, рекомендации по лечению и реабилитации по результатам ПО были даны в недостаточном объеме.

Нами проведен анализ системы организации профилактических медицинских осмотров детского населения Свердловской области. Установлено, что профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения региона «О прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», который ежегодно пересматривается. Установлен кадровый дефицит и высокая нагрузка на врачей специалистов, что в свою очередь оказывает влияние на качество проводимых осмотров несовершеннолетних.

Активно используются выездные формы работы при проведении профилактических осмотров, что обусловлено проблемами в кадровом обеспечении в МО первого уровня. Усугубление ситуации, в основном, произошло вследствие расширения перечня врачей специалистов, участвующих в проведении ПО детей. Так, в критические возрастные периоды детей осматривают до 10 специалистов, включая детского хирурга, травматолога-ортопеда, эндокринолога, уролога-андролога для мальчиков, акушера-гинеколога для девочек.

В случае отсутствия необходимых врачей специалистов в учреждениях первого уровня, осуществляются выезды специалистов медицинских организации второго уровня в закрепленные территории для проведения осмотров детей. В задачи МО второго уровня входит проведение консультаций нуждающихся детей на втором этапе профосмотров. Медицинские организации третьего уровня обеспечивают консультативную диагностическую помощь на втором этапе ПО, а также организуют бригады врачей-специалистов для обеспечения выездов в учреждения первого уровня для проведения первого этапа осмотра. Всего в проведении ПО детей участвуют 64 медицинские организации первого уровня, шесть МО второго уровня и три МО третьего уровня.

Несмотря на то, что в случае отсутствия детского специалиста Приказом [3] предусмотрена возможность проведения осмотра ребенка врачом взрослого профиля, прошедшим обучение по программам дополнительного профессионального образования, в части особенностей заболеланий у детей, в области установлен дефицит врачей по ряду узких специальностей в медицинских орга-

низациях первого и второго уровней. Не укомплектовано 69% ставок травматологов-ортопедов, 66% детских урологов-андрологов, имеется дефицит детских психиатров - 35%, эндокринологов - 27%, оториноларингологов - 24%. Дефицит врачей специалистов, безусловно, сказывается на качестве проводимых профилактических осмотров.

Нами проведен анализ первичной медицинской документации 300 детей, проходивших профилактические медицинские осмотры в 10 и 14 лет. Установлено, что при проведении ПО нарушается Порядок [3] осмотров несовершеннолетних. В ряде случаев, дети осматриваются не всеми специалистами. В 12 % случаев не проводилось измерение уровня глюкозы, в 8% - УЗИ-исследования, ЭКГ. Стоит отметить, что только в 2% случаев в медицинской документации был отказ от проведения осмотра акушером-гинекологом и проведение УЗИ органов малого таза у девочек, во всех остальных случаях были информированные согласия на весь объем профилактического осмотра.

Врачи нередко формально подходят к проведению профилактического осмотра: так, в анализируемых картах было выявлено что, в 22% случаев отсутствовали данные физического и полового развития, в 15% случаев не измерялось артериальное давление. В 30% случаев был нарушен порядок вынесения заключения по результатам осмотра.

При проведении комплексной оценки состояния здоровья ребенка по результатам профилактического осмотра врачи-педиатры выносят неверные заключения при оценке уровня физического развития - 27%, полового развития - 10%, группы здоровья - 26%, медицинской группы для занятий физкультурой - 27%. В ряде случаев, остаются не учтенными результаты лабораторных и инструментальных исследований (10%), заключения врачей-специалистов не вынесены в заключительный диагноз (47%), не назначены необходимые лечебно-диагностические мероприятия (15%).

Сравнительный анализ данных, содержащихся в ф.112/у «История развития ребенка» и заключений по результатам ПО, выявил что в 8% случаев в ходе осмотра не было зарегистрировано каких-либо заболеваний, а фактически ребенок находился под наблюдением в детской поликлинике по поводу хронического заболевания.

Одной из важных проблем является то, что информация о результатах профилактического осмотра не доводится до родителей. Результаты опросов показывают, что в тех случаях, когда ребенок проходит ПО без родителей, а также в случае проведения осмотра на базе образовательной организации родители получали результаты ПО от медицинского работника школы только в 25% случаев, еще 10% родителей самостоятельно обращались к медицинскому работнику для получения заключения.

Свой вклад вносит проблема родительской ответственности за состояние здоровья ребенка, так отмечены случаи, когда при направлении ребенка для получения дополнительных консультаций, обследования и лечения в МО второго и третьего уровня родители не выполняют рекомендации врачей.

## Заключение

В связи с тем, что с 2013 года значительно расширены объем консультаций, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также возрастные группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам, следовало ожидать увеличения выявления заболеваний на ранних стадиях в ходе медицинских осмотров несовершеннолетних, однако мы видим обратную ситуацию. Изменения показателей заболеваемости по данным ПО детей и подростков характеризуются снижением уровня патологической пораженности по большинству классов заболеваний, ростом показателей заболеваемости по классам болезни глаза и придаточного аппарата, костно-мышечной, сердечно-сосудистой системы с увеличением возраста. Установлен дефицит врачей специалистов, участвующих в проведении ПО. При вынесении заключений по результатам медицинских осмотров допускаются дефекты, не все нуждающиеся направляются на дополнительные обследования и консультации, что снижает качество проведения ПО. Такие результаты, на наш взгляд, могут быть обусловлены несвоевременной диагностикой заболеваний и отклонений в состоянии здоровья детей на ПО, на фоне дефицита кадров и высокой нагрузки на специалистов, участвующих в проведении профилактических осмотров.

В настоящее время необходимо усилить внутренний контроль за качеством и полнотой проведения ПО, правильностью регистрации результатов профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в соответствии с Порядком. Руководителям медицинских организаций необходимо обеспечить выполнение порядка направления детей на второй этап профилактических осмотров, полноту и своевременность дальнейшего обследования, лечения и реабилитации детей с выявленной патологией, проведение анализа заболеваемости детского населения во взаимосвязи с результатами профилактических осмотров.

Отдельного рассмотрения требуют вопросы организации второго этапа ПО, преемственности между МО при оказании специализированной помощи несовершеннолетним.

Для решения существующих проблем в Свердловской области создан Центр мониторинга и анализа диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и реабилитации несовершеннолетних на базе ГБУЗ СО многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум». Основная задача Центра - обеспечение взаимосвязи, координация деятельности медицинских организаций Свердловской области, осуществляющих профилактические медицинские осмотры детей различных возрастных категорий по обобщению, анализу полученных результатов, оценке своевременности и полноты назначения необходимых оздоровительных и реабилитационных мероприятий. Также с 2016 года специалистами Министерства здравоохранения региона проводится аудит профилактических осмотров несовершеннолетних в медицинских организациях первого уровня.

Совместно с Уральским государственным меди-

цинским университетом (УГМУ) организовано обучение врачей специалистов взрослой сети по программам дополнительного образования (72 часа) по направлениям урология, акушерство и гинекология, эндокринология с освоением профильных вопросов педиатрии.

В связи с тем, что большинство детей находятся в дошкольных образовательных организациях и школах ответственность за проведение ПО лежит на медицинском работнике образовательной организации. Для улучшения качества проведения доврачебного этапа профилактического осмотра, включая скрининг-обследование, оценку физического и полового развития, определение группы для занятия физической культурой внедряются стандартные операционные процедуры (СОП) для врача (фельдшера) отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (ОМПО). Разработаны методические рекомендации, включающие «Алгоритм оценки динамики показателей здоровья по результатам профилактических осмотров», предназначенные для медицинских работников образовательных организаций.

С целью повышения профессионального уровня медицинских работников Министерством здравоохранения региона совместно с УГМУ организованы практические семинары для врачей ОМПО по актуальным вопросам оказания медицинской помощи несовершеннолетним-обучающимся, включая оценку состояния здоровья, определение факторов риска для разработки профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, ведение учетно-отчетной документации.

Одним из решений может стать введение единой электронной медицинской карты (ЭМК) для всех субъектов, оказывающих медицинскую помощь детям. Доступ к информации ЭМК не только врачей-педиатров участковых, но и медицинских работников образовательных организаций позволит им достаточно быстро провести анализ динамики показателей здоровья каждого ребенка,

а полученная информация поможет в проведении дифференцированного медицинского наблюдения, определении приоритетов при разработке индивидуальных профилактических и реабилитационных программ.

Улучшению ситуации будет способствовать и новый Порядок проведения профилактических осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. №514н, в соответствии с которым, с 2018 года сокращены перечни осмотров врачами-специалистами, лабораторных и инструментальных исследований, что снизит нагрузку на медицинский персонал и надеемся окажет положительное влияние на качество проводимых осмотров.■

*Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.*

**Ковтун Ольга Петровна**, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, **Ануфриева Елена Владимировна**, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, **Малямова Любовь Николаевна**, д.м.н., заместитель начальника отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области, **Царькова Софья Анатольевна**, д.м.н., профессор, зав.кафедрой поликлинической педиатрии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Автор для переписки: Ануфриева Елена Владимировна тел. +79222017065, email: elena-@list.ru

## Литература:

1. А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Антонова Е.В., Устинова Н.В., Байбарина Е.Н., и др. Итоги профилактических медицинских осмотров детского населения Российской Федерации в 2014 году. *Педиатр*. 2017; 8(1). 33-39
2. Кучма В.Р., Соколова С.Б., Рапопорт И.К., Макарова А.Ю. Организация профилактической работы в образовательных учреждениях: проблемы и пути решения. *Гигиена и санитария*. -2015.- 94(1):5-8
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2013 года №1346 «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»
4. Шавалиев Р.Ф., Куликов О.В., Самолина И.В., Фархутдинова Г.М. Итоги профилактических осмотров детей 0-17 лет в Республике Татарстан за 2013-2015гг. *Актуальные проблемы педиатрии*. 2016; 7(99):119-122.
5. Щепин О.П. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015; 23(1):3-7.
6. Ануфриева Е.В. Новые подходы к диспансеризации детей подросткового возраста. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья материалы Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья»*. 2012; вып.4:14-17
7. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению

- детей в образовательных учреждениях (под редакцией чл.-корр. РАМН, проф. Кучмы В.Р. и д.м.н. Храмова П.И.) – М.: Издатель НЦЗД; 2012.
8. Руководство по медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях (Руководство по школьной медицине). Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования / Под. ред. чл.-корр. РАМН проф. В.Р.Кучмы. М. Издательство Научного центра здоровья детей РАМН; 2012.
  9. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации Сб.мат-лов (выпуск VI). Под ред. акад. РАН и РАМН А.А. Баранова, член-корр. РАМН В.Р. Кучмы. М.: издательство «ПедиатрЪ»; 2013.
  10. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2015 №15-2/10/2-8173 «Развитие системы профилактики и раннего выявления заболеваний у детей».