

**ПРОГРАММА « ДЕТИ СЕВЕРА-2035»
ООД « За здоровую Россию»**

РАЗДЕЛ

**«Организация мониторинга состояния здоровья школьников
Арктической зоны Российской Федерации, Севера и Северо-Запада России
в современных условиях.
Региональные аспекты демографических процессов»**

**Игорь Викторович Кашаба
Ответственный исполнитель Раздела
2020**

Лучше профилактика, чем больничная практика!

Здоровье будущих поколений начинается в детском саду

Новосибирский государственный медицинский институт
1989 год

Резюме по статистическим данным

- Нарастание негативной тенденции формирования общественного здоровья детского социума приобретает значимость для обеспечения в ближайшие десятилетия государственной безопасности Российской Федерации и сохранения её суверенитета (*И.В. Кашаба, Г.Г. Макаров и др. 2020*). Изменить направленность процесса в рамках существующей системы организации здравоохранения не представляется возможным.
- Внедрение инновационных технологий в профилактику, диспансеризацию, школьную медицину, внедрение телеметрических технологий мониторинга и скрининга здоровья детского населения, в первую очередь, АЗРФ и СЗФО, обязательное и принципиальное изменение подходов к финансированию отрасли - ключевые моменты решения проблемы.
- Одно из основных направлений - современное информационное (открытое и прозрачное) сопровождение федеральных и региональных программ.

Причины роста заболеваемости или низких темпов её снижения

- Концептуальный тупик. Акцент перенесен на выявление и лечение болезней. Успешная профилактика и снижение заболеваемости не являются основными целями и задачами .
- Отсутствие у лиц, принимающих решение на государственном уровне, понимания ценности здоровья для формирования человеческого капитала, значимости сбережения здоровья и профилактики заболеваний. При формировании государственного бюджета не учитывается экономическая рентабельность профилактики по сравнению с затратами на лечение.
- Парадокс современных социальных отношений заключается в том, что увеличение числа уже больных («пациентов») стало основным фактором финансового обеспечения, при этом не только государственных структур, но и частных клиник. Введение подушевого финансирования в здравоохранении и «валовые» оценки работы врачей, в том числе финансовые. Нет заинтересованности в снижении заболеваемости.
- Устарел алгоритм действий в системе здравоохранения «лечение-реабилитация». Необходим переход к схеме «профилактика-ранняя диагностика-лечение-реабилитация»
Клинический пример попытки современного (инновационного) подхода по новому алгоритму действий - **выявление ДСТ , мониторинг , профилактика, лечение, реабилитация**

Клинический пример – ДСТ (дисплазии соединительной ткани) Выявление , мониторинг , профилактика, лечение, реабилитация

- Одна из самых распространенных аномалий развития (признаки дисморфогенеза) — анатомические врожденно-приобретенные изменения, выходящие за пределы нормы, без нарушений функции органа.
- Пациенты, имеющие клинические проявления ДСТ (кардиоваскулярные заболевания, патология глаз, деформации грудной клетки, позвоночника, грыжи и т.п.), в течение жизни могут нуждаться в разных типах хирургических вмешательств. Их наблюдение требует мультидисциплинарной команды специалистов.
- Особенности измененной соединительной ткани приводят к частым интра- и постоперационным осложнениям (большая кровопотеря, склонность к повышенной травматизации кожи и подкожной клетчатки, плохая заживляемость ран, формирование атрофических или келоидных рубцов, послеоперационных грыж, склонность к вывихам, к заболеваниям дыхательной и выделительной систем).

нДСТ – эпидемиология

- Признаки недифференцированной ДСТ (нДСТ) проявляются в течение всей жизни: в период новорожденности выявление признаков нДСТ минимально; в возрасте 4–5 лет начинают формироваться пролапсы клапанов сердца; в 5–7 лет – торакодиафрагмальный синдром (деформации грудной клетки и позвоночника), плоскостопие, миопия; в подростковом и молодом возрасте – сосудистый синдром (*Нечаева Г. И., Яковлев В. М. и др., 2008*).
- Признаки дисморфогенеза многообразны и распределены по всему телу, имеет значение метамерное и количественное накопление признаков.
- Критический период - подростковый возраст, когда прирост числа признаков дисморфогенеза соединительной ткани может составлять более 300 %.

Диспансеризация детей в РФ

Возраст	Специалисты – детские и подростковые врачи	Обследования
6 лет	Педиатр, невролог, хирург, стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог, акушер-гинеколог, уролог-андролог	ОАК, ОАМ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) ультразвуковое исследование почек, ЭхоКГ, ЭКГ
10 лет	Педиатр, невролог, стоматолог, эндокринолог, травматолог-ортопед (в 10 и 15 лет), офтальмолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи
15 лет	Педиатр, подростковый врач, хирург, стоматолог, уролог-андролог, офтальмолог, оториноларинголог, акушер-гинеколог, невролог, эндокринолог, травматолог-ортопед, психиатр	ОАК, ОАМ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)

Диспансеризация детей в РФ и манифестация признаков нДСТ

- Из приведенного выше слайда видно, что плановые осмотры в программах диспансеризации не совпадают со временем манифестации признаков нДСТ. Диспансеризация запаздывает на 2-3 года от начала развития патологии, и врачи лишь фиксируют произошедшие изменения.
- Учитывая 300% рост признаков нДСТ в подростковом возрасте, необходимо разработать программы раннего скрининга, работать на опережение и заниматься профилактикой начиная с семилетнего возраста.
- Подавляющее большинство патологий морфофункционального развития детей носят семейно-обусловленный характер. Поэтому необходимо создать в семье сквозную систему выявления предрасположенностей к развитию этих состояний и регулярно проводить просветительскую работу среди ближайших родственников и воспитателей.

ДСТ – клинико-функциональные синдромы

- Фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ) условно можно разделить на группы в зависимости от органов и систем, вовлеченных в диспластический процесс.
- Перечисленные ниже отдельно взятые признаки не являются строго специфичными для ДСТ, нуждаются в клинической оценке и проведении уточняющего дифференциально-диагностического поиска.
- Основные группы фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани: костно-суставные изменения, изменения кожи и мышц, признаки ДСТ сердечно-сосудистой системы, органа зрения, бронхолегочной системы, мочевыделительной системы, ЖКТ, системы крови, нервной системы и т.д.
Всего 25 синдромов.
- В целом фенотипические проявления ДСТ следует рассматривать в контексте формирования соответствующих клинико-функциональных синдромов.

Государственное решение

- Федеральный проект «Школьная медицина» реализуется как пилотный в пяти субъектах РФ – Республика Саха (Якутия), ЯНАО, Ростовская, Смоленская, Тамбовская области. (При этом надо учитывать , что в Ростовской области, например, укомплектованность персоналом 65%, при этом 40% медиков пенсионного возраста .
- Вместе с тем не в полной мере задействованы существенные резервы учреждений образования и здравоохранения в организации здоровьесберегающей деятельности школы, связанные с необходимостью выработки единых фундаментальных подходов к профилактике школьно-обусловленных заболеваний с привлечением квалифицированных специалистов системы здравоохранения, подготовленных на качественно новом уровне.

http://school5.yaguo.ru/wp-content/uploads/2018/02/proekt_school_medizina.pdf

Предлагаемое решение

- Совмещение массовости подхода с выявлением особенностей каждого школьника и с подготовкой персонализированных рекомендаций
- Дистанционный мониторинг состояния здоровья и контроль основных показателей с использованием современного инструментария и ПО
- Учёт биоклиматических особенностей территории
- Вовлечение семьи и школы в наблюдение за состоянием здоровья, создание соответствующей обстановки , введение в процесс элементов соревновательности , изменение внутренних установок («мода на здоровье»)
- Формирование навыков и умений «здоровьенакопления» - программы «Эстафета здоровья школьников» и «На страже здоровья семьи» (пример)
- Уменьшение негативного воздействия внешних факторов среды.

Рекомендации ВОЗ – МКФ ДП

Адаптация к условиям РФ, АЗРФ,СЗФО

- Международная классификация функционирования детей и подростков (МКФ ДП) построена на основе следующих важных принципов: универсальность, утилитарность, нейтральность, достоверность, валидность, сопоставимость, акцент на позитивных аспектах, взаимодействие с факторами окружающей среды, интерактивность. В соответствии с этими принципами МКФ ДП может быть применима ко всему детскому социуму. Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем, при любом его изменении могут быть описаны с помощью МКФ .
- Стандартизированная система кодирования в МКФ ДП позволит документировать измерения важнейших характеристики роста, состояния здоровья и развития детей и подростков с использованием ИТ на всем периоде наблюдений.
- Модификация МКФ ДП для РФ, особенно АЗРФ и СЗФО (в период CoV-пандемии и при развитии её последствий в ближайшем будущем) может помочь выявить закономерности формирования состояния здоровья наиболее уязвимых и при этом самых главных для государства групп населения - детей и подростков (будущих «родителей-2035» и призывников, начиная с 2022 года) и определить пути его улучшения.

ОЖД и МКФ ПД – возможности и необходимость

- Выяснение причин ОЖД (ограничения жизнедеятельности) необходимо для эффективной охраны здоровья индивида, включая профилактику, укрепление здоровья, обеспечение социальной поддержки. Это будет способствовать устранению неравенства возможностей детей с ограниченными возможностями по сравнению со здоровыми детьми.
- Использование МКФ-ДП необходимо специалистам системы здравоохранения и образования, медико-социальной экспертизы и социальных служб для объективизации воздействия внутренних и внешних факторов на организм школьника в целях улучшения благополучия детей.

Технологические и методологические решения

- Кабинет с оборудованием, обеспечивающим выявление морфофункциональных нарушений, оценку рисков заболеваний (*И.В. Кашаба и др., 2020*)
- Разработка единых регламентов оценки здоровья школьников на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков Всемирной организации здравоохранения (МКФ ДП) – адаптация к конкретным условиям и задачам.
- Адаптированная к условиям РФ, АЗРФ и СЗФО МКФ ДП – одноуровневая и двухуровневая классификация, описание структур и функций с акцентом на поставленные задачи (будущая профпригодность, фертильность, риски хронизации)

МКФ ДП - способ выявления и описания морфофункциональных особенностей развития детского и подросткового организма . При этом определяются и учитываются характер и степень влияния факторов окружающей среды и социально-бытовых условий.

Структура МКФ ДП

ДЕТАЛИЗИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МКФ-ДП С ОПРЕДЕЛЕНИЯМИ

1. ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА

Раздел 1.1. Умственные функции

Раздел 1.2. Сенсорные функции и боль

Раздел 1.3. Функции голоса и речи

Раздел 1.4. Функции сердечно-сосудистой, кроветворной (гематологической), иммунной и респираторной систем

Раздел 1.5. Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма

Раздел 1.6. Урогенитальные и репродуктивные функции

Раздел 1.7. Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции

Раздел 1.8. Функции кожи и связанных с ней структур

Структура МКФ ДП

2. СТРУКТУРА ОРГАНИЗМА

Раздел 2.1. Структуры нервной системы

Раздел 2.2. Глаз, ухо и связанные с ними структуры

Раздел 2.3. Структуры, участвующие в голосообразовании и речи

Раздел 2.4. Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем

Раздел 2.5. Структуры, связанные с системами пищеварения, обмена веществ и эндокринной системой

Раздел 2.6. Структуры, относящиеся к мочеполовой и репродуктивной системам

Раздел 2.7. Структуры, относящиеся к движению

Раздел 2.8. Кожа и относящиеся к ней структуры

Структура МКФ ДП

3. АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ

Раздел 3.1. Обучение и применение знаний

Раздел 3.2. Общие задачи и требования

Раздел 3.3. Общение

Раздел 3.4. Мобильность

Раздел 3.5. Самообслуживание

Раздел 3.6. Бытовая жизнь

Раздел 3.7. Межличностные взаимодействия и отношения

Раздел 3.8. Главные сферы жизни

Раздел 3.9. Общественная и гражданская жизнь в сообществах

Структура МКФ ДП

4. ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Раздел 4.1. Продукция (товары) и технологии

Раздел 4.2. Окружающая среда и изменения в ней, естественные и возникшие в результате деятельности человека

Раздел 4.3. Поддержка и взаимоотношения

Раздел 4.4. Установки

Раздел 4.5. Службы, административные системы и политика

Указатель МКФ-ДП для Введений и Приложений

Указатель МКФ-ДП для категорий внутри классификаций



Кашаба Игорь Викторович

Врач-педиатр,
специалист по интегративной
соединительнотканной медицине

+7 920 886 1000

kashaba@mail.ru

Руководитель телемедицинского проекта -
«Эстафета здоровья школьников»

Руководитель направления
в Общероссийском общественном движении
«За здоровую Россию»