

Медицинская

28 ноября 2014 г.
пятница
№ 89 (7514)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgz.ru

События

Хирургия – дело престижное

Что ещё раз подтвердили медики Башкортостана



В Республике Башкортостан стартовала необычная акция под названием «Чиновник меняет профессию». Основная её цель – привлечение внимания молодёжи к профессиям, особенно востребованным на региональном рынке труда. Первым в акции принял участие министр здравоохранения Башкортостана Анвар Бакиров.

В Республиканской клинической больнице им. Гумера Куватова министр А.Бакиров провёл сложнейшую операцию по экстирпации пищевода 33-летнему пациенту, страдающему непроходимостью пищевода. Про-

Операцию проводят министр Анвар Бакиров (справа) и хирург торакального отделения РКБ Константин Каменев

ведено полное удаление пищевода с последующим его замещением.

Важно отметить, что министр уже 27 лет работает в РКБ им. Гумера Куватова. А.Бакиров прошёл свой трудовой путь от врача-интерна, хирурга отделения торакальной хирургии до министра здравоохранения республики.

«Работа хирурга связана с физическими и нервными нагрузками. Ранее операции длились до 10 часов, а сегодня, с появлением современных технологий, на оперативное вмешательство уходит около 3 часов.

К тому же послеоперационная реабилитация сейчас у нас на совершенно новом качественном уровне. Новые медицинские методики обеспечивают больному более быстрое возвращение к нормальной жизни. Так что все у него вовремя придёт в порядок, – сказал Анвар Бакиров, когда вышел из операционной.

Эльвира ШВЕЦ,
соб. корр. «МГ».

Уфа.

Фото
Андрея СТАРОСТИНА.

Дежурный по номеру: Олег ЯНУШЕВИЧ

Ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, главный специалист стоматолог Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.



Стр. 13.

Острая тема

Президент дал поручение. Чего ожидать?

Во время рабочей встречи председатель Федерации независимых профсоюзов России Михаил Шмаков передал обращение Профсоюза работников здравоохранения РФ Президенту России Владимиру Путину. В результате Президент дал поручение министру здравоохранения РФ и мэру Москвы о проведении консультаций с профсоюзом по вопросам, которые поднимались в обращении.

Помимо проблем с кадровой обеспеченностью лечебных учреждений, в целом в нашей стране профсоюз очень беспокоит ситуация в здравоохранении Москвы. И не только реорганизация и последовавшие за ней митинги. Например, новым проектом методики расчёта показателя среднемесячной заработной платы в целом по городу предусматривается исключение наиболее высокооплачиваемых категорий работников со среднемесячной заработной платой свыше 100 тыс. руб.

В то же время именно наличие в Москве большого количества высокооплачиваемых категорий работников формирует повышенный спрос на товары, что в ус-

ловиях рыночной экономики определяет высокий уровень цен, в том числе на товары, включённые в потребительскую корзину. «Таким образом, предлагается искусственное занижение исходного показателя роста зарплаты бюджетников в Москве, что фактически корректирует Указ Президента по самой сути и приведёт к ущемлению прав работников бюджетной сферы на достойный уровень оценки их труда», – утверждает в обращении.

Конечно, профсоюз обратил внимание Президента и на процессы реструктуризации системы здравоохранения в ряде субъектов РФ, в первую очередь в Москве. Они получают негативную оценку и даже формируют протестные настроения как среди населения, так и в коллективах учреждений здравоохранения.

По мнению профсоюза, это является следствием серьёзных организационных просчётов в ходе подготовки столь важных в социальном отношении мероприятий, которые проводятся без объективного просчёта возможных последствий, без широкого обсуждения с партнёрами и в экспертном сообществе.

(Окончание на стр. 2.)

Перемены

К доктору - в два раза быстрее

Свыше 80% пациентов столичных поликлиник попадают к врачу в пределах 5 минут от назначенного времени приёма. Об этом сообщил заместитель главы Департамента информационных технологий Москвы Владимир Макаров. По его словам, внедрение единой медицинской информационно-аналитической системы в столичном здравоохранении позволило сократить срок ожидания приёма у специалиста в 2 раза.

«Уход от участкового принципа работы поликлиник – теперь пациент в информационном киоске видит сразу всех терапевтов медучреждения – привёл к абсолютной доступности терапевтов для населения. Когда мы проанализировали результаты такой работы за 9-месячный период, доля тех, кто не смог попасть к врачу в наме-

ченные сроки, составила менее 1%. Для сравнения, в одном из округов, где сохранён участковый принцип, этот показатель находится на уровне 45%. Более того, во многих кластерах пациенту ожидать приёма врача практически не надо, он доступен прямо в данный момент времени», – пояснил В.Макаров.

По его словам, в 2015 г. эта информационно-аналитическая система сможет отслеживать ход диспансеризации, показывать доступность высокотехнологической медицинской помощи, состояние общегородских листов ожидания, динамику льготного лекарственного обеспечения и многое другое. Кроме того, как отметил В.Макаров, в ближайшее время начнётся внедрение электронных медицинских карт пациентов во все городские медучреждения.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Какие страсти кипели на форуме
Общероссийского народного фронта

Стр. 4–5

Конспект врача. Волонтерское движение
в Ивановской медицинской академии

Стр. 8–9

Некачественное питание –
мина замедленного действия

Стр. 11

Метод «кенгуру» в выхаживании
недоношенных детей

Стр. 12

Выступая на «Форуме действий» Общероссийского народного фронта (ОНФ), Президент РФ Владимир Путин отметил, что такие площадки позволяют вести преобразования, исходя не из ведомственных представлений, а опираясь на мнение людей, интересы граждан. В этой связи глава государства, лидер ОНФ предложил провести в первой половине 2015 г. тематический форум фронта, посвященный проблемам российского здравоохранения.

«Двигаться по исполнению всех намеченных планов»

Отметив, что проходивший в Пензе форум, где обсуждалось состояние дел в системе образования, получился полезным, В.Путин сказал: «Знаю, что звучит много предложений такую практику продолжить. Полностью поддерживаю. Давайте сегодня подумаем, какие темы нам следует детально обсудить в дальнейшем. Со своей стороны предложил бы в первой половине 2015 г. провести тематический форум, посвященный проблемам отечественного здравоохранения, так же как и образования, – это одна из важнейших тем, которая интересует практически каждую семью, каждого гражданина. Конечно, к участию в этом диалоге необходимо будет привлечь и представителей медицинского сообщества».

Лидер ОНФ заявил, что «наша программа обозначена в майских указах 2012 г., в посланиях Президента, и мы обязательно будем двигаться по исполнению всех намеченных планов, добиваясь поставленных целей».

Форум проходил в одном из павильонов ВДНХ, в его работе приняли участие свыше 1000 человек. Среди них – сопредседатели и руководители исполкомов ОНФ, доверенные лица главы государства, члены Правительства РФ, представители экспертного и бизнес-сообщества: РСПП, ТПП, «ОПОРА России» и «Деловой России». Основные темы форума – реализация майских указов Президента и развитие российской экономики в условиях санкций.

«Форум собрал представителей со всех регионов России. В целом можно сказать, что работа его дискуссионных площадок была неформальной, не для галочки. Кипели настоящие страсти! Люди приехали на форум не для того, чтобы посидеть и попить кофе, они свободно излагали своё мнение, говорили о проблемах своих территорий, – рассказала доверенное лицо Президента РФ главный врач Выборгского роддома Светлана Шевченко. – Было много представителей власти, причём задавались им крайне неприятные, острые, а порой и дерзкие вопросы, и они на них отвечали. Критики было немало. То есть форум создал их не для того, чтобы они прочитали нам «ровный» доклад, а чтобы отчитались перед нами, дали подробные ответы на все вопросы, которые волнуют нас на данный момент».

Светлана Анатольевна участвовала в работе одной из пяти дискуссионных площадок форума – «Социальная справедливость», где рассматривались вопросы социальной политики и здравоохранения. В работе этой площадки приняли участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и министр труда и социального развития РФ Максим Топилин.

«Отрасль здравоохранения – это стратегическая отрасль»

Свой доклад В.Скворцова начала с комментариев по наиболее обсуждаемой теме, опровергнув

слухи о якобы проводимой Минздравом реформе здравоохранения, предусматривающей сокращение коек. «В настоящее время в стране нет единой программы оптимизации систем здравоохранения субъектов Федерации. Существуют только единые критерии качества и эффективности работы системы здравоохранения, – отметила министр. – К ним относятся, например, время ожидания плановой медицинской помощи, время приёма участковых специалистов – оно должно быть одинаковым в любом реги-

онно в медицинских организациях первичного звена врачами-терапевтами и педиатрами. В.Скворцова также упомянула о возможности ввести целевую ординатуру, если регион действительно нуждается в специалистах узкого профиля. «С 2016 г. будет проводиться обязательная аккредитация медицинских работников: врачей и медсестёр. Аккредитация подразумевает обучение как в рамках своей специальности, так и в смежных зонах: кардиология и ультразвуковая диагностика, неврология

вохранения – это стратегическая отрасль, и Минздрав России должен полностью разделить ответственность вместе с каждым субъектом Федерации. Наше предложение заключается в том, чтобы вертикаль управления была воссоздана», – заявила В.Скворцова. Министр детально остановилась на характеристике государственных гарантий, в рамках которых ежегодно на протяжении последних лет общий объём медицинской помощи не снижается, но перераспределяется:

но в медицинских организациях первичного звена врачами-терапевтами и педиатрами.

В.Скворцова также упомянула о возможности ввести целевую ординатуру, если регион действительно нуждается в специалистах узкого профиля. «С 2016 г. будет проводиться обязательная аккредитация медицинских работников: врачей и медсестёр. Аккредитация подразумевает обучение как в рамках своей специальности, так и в смежных зонах: кардиология и ультразвуковая диагностика, неврология

сегодня не использует такие стандарты в том виде, в котором они были разработаны у нас в 2010 г. Они неэффективны для формирования тарифа, поскольку не покрывают всего спектра из 32 тыс. заболеваний, а опыт двухгодичной модернизации в наших регионах показал, что кроме искажений и конфликтов внутри коллектива по поводу тех стандартов, которые были разработаны, ни к чему другому, к сожалению, это не привело.

«В настоящее время мы переходим на единый способ оплаты

В центре внимания

Здоровье – направление стратегическое

Владимир Путин предложил провести в первой половине 2015 г. форум ОНФ по проблемам российского здравоохранения



В.Скворцова рассказала участникам встречи об основных проблемах здравоохранения

оне страны».

В.Скворцова уточнила, что достижение указанных показателей, обеспечиваемых каждым регионом с учётом климатических, географических и социальных особенностей, осуществляется в соответствии с «дорожными картами». Министр при этом подчеркнула, что во время совместной работы с регионами были чётко определены требования к оптимизационным мероприятиям в здравоохранении субъектов Федерации.

«Прежде всего, ни в коем случае нельзя сокращать маломощные лечебно-профилактические учреждения: участковые и районные, в сельской местности или в удалённых районах страны. Также нельзя сокращать детские койки и койки скорой медицинской помощи», – отметила В.Скворцова. Ресурс для повышения эффективности работы отрасли, как показал анализ, находится в городах с населением более 50 тыс. человек.

«При этом для того, чтобы оптимизировать коечный фонд, необходимо создать условия, куда могут перейти пациенты, – подчеркнула министр. – Прежде всего, это требует высокой эффективности работы первичного звена и внедрения стационарозамещающих технологий».

Глава Минздрава обратила внимание, что в регионах случаются искажения этого подхода. Возможность сокращения их числа министерство видит в повышении эффективности вертикали управления.

«Мы считаем, что отрасль здра-

вохранения последовательно увеличивается доля первичного звена, дневных стационаров, незначительно уменьшаются объёмы скорой помощи за счёт перехода её части в неотложную помощь. Объём стационарной круглосуточной помощи остаётся пока прежним с минимальной тенденцией к уменьшению, резюмировала министр.

Глава Минздрава обратила внимание на необходимость развития первичной медицинской помощи. «Это базовая помощь, и мы должны постепенно прийти к тому, чтобы не менее 60% всех объёмов помощи оказывалось в первичном звене, – отметила В.Скворцова. – При этом она должна быть переориентирована на преимущественно профилактические направления».

Одной из основных тем доклада стало развитие кадрового потенциала в здравоохранении. Для решения проблемы дефицита кадров Минздравом России был существенно увеличен объём целевой подготовки: в текущем году этот показатель составил 50%, в прошлом году – 38,3%. Кроме того, в 2014 г. 88% выпускников, окончивших вуз в рамках целевой подготовки, идут на свои подготовленные рабочие места в рамках целевой программы. Прорабатывается возможность принятия нормативных актов, которые предусматривают прохождение ординатуры и обучение на узкого специалиста не ранее чем через 3 года после работы в первичном звене. С 2016 г. выпускники медицинских вузов смогут работать непосредствен-

но и функциональная диагностика. То есть фактически аккредитация даёт каждому специалисту индивидуальный лист допуска к конкретным видам медицинской деятельности», – пояснила министр.

В её докладе был затронут и вопрос совершенствования механизмов оплаты медицинской помощи. «Впервые в 2013 г. был введён единый подушевой финансовый норматив, создана единая тарифная система, разработаны 335 тарифов. Это позволило за последние 2 года снизить дифференциацию регионов в стоимости оказания медицинской помощи с 25 раз до минимума. Осталось всего 7 регионов из 83, в которых дифференциация составляет до 20%, и нет регионов, в которых дифференциация превышает 20%», – сказала В.Скворцова.

«В тарифах заложена и доля, которая идёт в фонд оплаты труда. И если в 2011 г. зарплаты специалистов одного профиля, занимающих низкую должность, разнились более чем в 3 раза, то сейчас – в 1,5 и 1,6 раза, – отметила министр. – Показатель средней зарплаты повысился на 37% за 2 последних года. Мы вышли сейчас с опережением нашей «дорожной карты»: 143% в среднем по экономике для врачей и 83% в среднем по экономике для среднего медицинского персонала».

В.Скворцова напомнила также, что в этом году во все регионы были направлены предложения по пересмотру структуры оплаты труда. Сегодня больше 30 субъектов Федерации имеют базовый оклад 15% и стимулирующий – более 60%, что приводит к формированию региональных элит в «медицинском сословии». В 2013 г. было реализовано несколько пилотных проектов, по итогам которых предложено перейти на единую систему, предусматривающую, что базовая часть составляет 55-60%, компенсационная – 10% и стимулирующая – 30%. «Ряд регионов уже перешёл на эту систему и добился результатов, при которых люди стали получать достойную заработную плату», – сказала министр.

Комментируя вопрос стандартов внедрения медицинской помощи, В.Скворцова напомнила, что ни одна страна мира

медицинской помощи со всем международным сообществом – это клинко-статистические группы, – сказала министр. – Только за последние полгода их количество увеличилось с 220 до 335. Сейчас уже подготовлены 900 методических рекомендаций, клинических протоколов, и их количество будет доведено до того норматива, который позволит сделать работу более эффективной».

Отметив важность дискуссии, проводимой в рамках ОНФ, глава Минздрава сообщила, что все предложения, поступившие в ходе дискуссионной панели, будут проработаны министерством и учтены.

Здоровая дискуссия по «болевым точкам»

Участники форума обсудили такую важную тему, как материнский капитал. Известно, что действие этой программы рассчитано до 2016 г. «Это один из самых успешных социальных проектов нашего государства за последнее время. Мы называем его «авторским» проектом Владимира Путина. Естественно, в стране поднялась рождаемость. Поэтому все единогласно поддержали предложение продлить действие материнского капитала вплоть до 2025 г., – сказала врач. – Другой вопрос – нужно ли расширять возможности использования материнского капитала. Возможно, да, если, к примеру, ребёнок рождён с инвалидностью или здоровье матери утрачено. Но ведь к деньгам все относится по-разному. Моя позиция – использовать материнский капитал по тем направлениям, которые уже определены».

На обсуждение участников площадки «Социальная справедливость» был вынесен также вопрос, связанный с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи. Дело в том, что оплата по этой программе должна перейти в систему обязательного медицинского страхования. «Все центры по оказанию высокотехнологичной медпомощи финансируются из федерального бюджета. Это высокие технологии, дорогостоящие виды лечения. Теперь их хотят перевести в систему ОМС. Я, как и остальные участники площадки, считаю, что нельзя этого делать. В регионах бюджет ограниченный. Если

передать им высокие технологии, пострадают другие статьи расхода бюджета», – рассказала С.Шевченко.

По её словам, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева академик Лео Бокерия, выступая на форуме, сказал, что за последний год зафиксирован существенный рост количества выполненных операций на открытом сердце, с использованием самых современных высокотехнологичных средств. Если в 2005 г. центр проводил 6 тыс. операций в год, то в текущем году эта цифра уже достигла 49 тыс. Но даже такие показатели недостаточны, операций на сердце нужно делать в 3 раза больше. Поэтому есть опасения, что если такие центры отдадут в регионы, операции приостановятся. 203 тыс. руб. выделяется из федерального бюджета центру сердечно-сосудистой хирургии на операцию ребёнка, хотя, к примеру, в Бостоне на такую же операцию выдаётся 123 тыс. долл.

«Разные затраты, но 203 тыс. руб. этому центру хватает, а сможет ли региональный бюджет выделить эти средства? В то же время, я считаю, мы не должны всей страной собирать деньги на проведение операции какому-либо конкретному человеку. Ведь нередко идёт сбор средств через Интернет, телевидение... Мы – богатое государство, и отправлять человека на операцию за границу считаю позором для нашей страны! Поэтому мы должны изыскать средства на операцию для любого человека», – говорит Светлана Анатольевна.

Кадровый вопрос в здравоохранении – ещё одна больная тема, которую обсудили участники форума. В России на сегодняшний день не хватает 40 тыс. врачей, 270 тыс. – дефицит среднего медицинского персонала. «Это катастрофические цифры. В Европе, к примеру, на одного врача приходится три медсестры. По словам ректоров наших медицинских вузов, они ежегодно выпускают 36 тыс. врачей, но, к сожалению, не все возвращаются в специальность. В связи с этим было предложено вновь ввести обязательное распределение выпускников медицинских учебных учреждений или использование целевого направления с обязательной отработкой. Для того чтобы стимулировать человека, необходим хороший социальный пакет. Это или дотации, или предоставление полноценной квартиры, транспорта, достойная заработная плата, тогда и на периферию врачи придут работать», – убеждена С.Шевченко.

«Каждый день я считаю деньги...»

«В течение последнего месяца изменение курса национальной валюты для меня как для врача напоминает электрокардиограмму пациента с острым коронарным синдромом, течение болезни которого осложнилось нарушением ритма, фибрилляцией предсердий, – поделился набольшим сопредседатель штаба ОНФ, руководитель регионального сосудистого центра, врач-нейрохирург из Пензы Михаил Краснов. – Курс растёт, ничего не понятно, и это нас тревожит, потому что сегодня в Пензенской области строится перинатальный центр, а в Российской Федерации в ближайшие годы мы обязательно построим и пустим в эксплуатацию 32 перинатальных центра. А эти центры требуют современного, высококачественно-

го медицинского оборудования, часть которого нельзя импортировать, и, соответственно, стоимость этого оборудования увязана с курсом национальной валюты. Это, во-первых.

Во-вторых, как руководитель регионального сосудистого центра, а сосудистые центры успешно работают в РФ во всех регионах, доказали свою высокую эффективность, каждый день я считаю деньги. Вчера для того, чтобы обследовать пациента с инфарктом миокарда или с нарушением мозгового кровообращения, выполнить ему ангиографическое исследование, на диагностические лекарства и расходные материалы мне надо было 13 тыс. руб., сегодня уже 18 тыс. Сколько надо будет завтра, не знаю, потому что курс непонятен, я не экономист, это тревожит. Как работать, не совсем понятно.

Третий вопрос. Мы в ответе за всех, кого пролечили. Если сегодня пациенту с острым коронарным синдромом мы оказываем эндovasкулярное пособие, выполняя высокотехнологичную эндovasкулярную операцию, этот пациент должен в течение длительного времени получать жизненно важное лекарственное средство, чтобы инфаркт миокарда или инсульт не повторились. К сожалению, здесь тоже ряд лекарственных средств не могут быть замещены отечественными лекарственными препаратами и стоят достаточно дорого.

В повседневной жизни строим перинатальный центр, работает сосудистый центр. Запланировали буквально на эту осень отправить 20 специалистов на стажировку в европейские клиники. Мы обучали специалистов в Израиле, Германии, Австрии, это дало хороший эффект. Непонятно, что делать сейчас, где искать дополнительные средства. Сокращать количество специалистов?

Считаю, что нужны немедленные действия по защите этих жизненно важных для Российской Федерации проектов. Чтобы перинатальные центры были построены, успешно работали, чтобы программы, направленные на совершенствование медицинской помощи пациенту с сосудистой патологией, при дорожно-транспортных происшествиях, эффективно работали. Вот эти мероприятия нужны немедленно».

Деньги должны считать все

Таковыми вот непростыми вопросами были буквально «нафаршированы» выступления участников форума. Отвечая М.Краснову, лидер ОНФ подчеркнул, что «курс национальной валюты, конечно, в известной степени регулируется Центральным банком, который должен следить за этим. Но это прежде всего рыночная категория. И чем больше Центробанк будет предпринимать попыток искусственно его удерживать или регулировать, тем большее количество спекулянтов будет наживаться на наших золотовалютных резервах». Вместе с тем В.Путин заметил: «Конечно, часть этого оборудования закупается по импорту. Но вот здесь коллега выступал только что и говорил, некоторые вещи не хуже, чем покупаемые по импорту, и у нас уже можно их покупать, они производятся. Но некоторые наши ведомства, в том числе работающие в той сфере, которую вы представляете, предпочитают закупать импортные, подороже, но функционально ничем не лучше».

Доклад по работе реализуемого ОНФ проекта «За честные

закупки» представил на форуме руководитель исполкома фронта в Калининградской области Андрей Асмолов. «По данным Роскомстата, в России 3,5 млн людей, больных сахарным диабетом, – напомнил он. – Для определения уровня сахара в крови используются глюкометры и тест-полоски. Основной вопрос – с тест-полосками для этих глюкометров. В основном приобретаются Министерством здравоохранения именно иностранные тест-полоски, которые стоят в 2 раза дороже, чем наши российские аналоги, которые нисколько не хуже и могут использоваться по международным стандартам.

Однако они не подходят к импортным глюкометрам. И вроде бы, с одной стороны, это большая проблема, но, с другой – она легко решается, так как отечественные производители готовы совершенно бесплатно распространять свои глюкометры, и сейчас уже распространяют их в медучреждениях, домах престарелых, детских домах. И если перейти на них, то мы увеличили бы обеспеченность тест-полосками в 2 раза».

«Ольга Юрьевна, а что наши-то не покупают?» – поинтересовался В.Путин у вице-премьера РФ Ольги Голодец, курирующей в кабинете министров социальные вопросы.

«Министерство здравоохранения не закупает эти тест-полоски. Они обеспечиваются, через территориальные программы здравоохранения, – ответила заместитель председателя Правительства РФ. – И я думаю, что мы с коллегами разберёмся с этой темой. Конечно, мы всегда пойдём навстречу отечественному товаропроизводителю, и он не может проиграть на честных торгах при таком раскладе. Мы разберёмся, Владимир Владимирович, и вам доложим».

«Многие коллеги видели, здесь на выставке представлены наши аналоги замещения импортной продукции, – продолжил А.Асмолов. – Те же датчики Холтера, которые используются для мониторинга давления, мониторинга сердечцебиения. Они в 2-3 раза дешевле, чем иностранные. Наши готовы их поставлять, готовы их отдавать в Министерство здравоохранения. Почему не идут? Потому что говорят: очень долгий процесс, это согласование всех процедур, очень сложно».

Докладчик высказался за то, чтобы вернуться к рассмотрению инициативы ОНФ о централизации торгов имущества на электронных площадках, совершенствовать нормы Федерального закона № 178-ФЗ.

На грустные размышления наводят меня, например, и более масштабные примеры. Так, сопредседатель Центрального штаба ОНФ, секретарь Общественной палаты РФ Александр Бречалов доложил, например, что за этот год народный фронт подготовил 131 экспертное заключение на доклады правительства об исполнении поручений главы государства. «Из них только 26 докладов народный экзамен на качество одобрил, и они сняты с контроля. Остальные 105, а это 80% из всех поручений, в которых мы принимали участие и работали, мы рекомендовали не снимать с контроля, поскольку работа по этим поручениям требует ещё более высокого качества», – отметил один из руководителей ОНФ.

Приехали, как говорится...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

Когда ожидания сбываются

Командный подход в лечении детей – оптимален

В Москве, на базе Российской детской клинической больницы прошла научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы диагностики и лечения опухолей костей у детей», собравшая ведущих российских и международных специалистов.



Главный врач РДКБ Николай Ваганов приветствует участников конференции

Современное лечение детей с опухолями костей немислимо без командного подхода. Поэтому основной целью конференции стало освещение проблемы междисциплинарной коммуникации между специалистами в области патологии, радиологии, хирургии и онкологии. Слаженная работа этих специалистов с первых дней поступления ребёнка в клинику позволяет ускорить диагностику заболеваний, выработать оптимальный план и сроки последующих лечебных и диагностических мероприятий.

На конференции выступили мировые лидеры междисциплинарной коммуникации, доктора медицины Майкл Кляйн (США), Даниэль Ванель (Италия), Лаура Кампаначи



Дискуссия в зале

(Италия) и Дитер Хармс (Германия). Отечественные специалисты были представлены Владимиром Стрыковым, Андреем Лопатиным, Дмитрием Рогожиным, Дмитрием Коноваловым и многими другими. Всего во встрече приняли участие более 70 человек из разных городов Российской Федерации.

Зарубежные участники отметили, что диагностика опухолевых заболеваний костей – сложная задача. Командный подход для её решения является оптимальным, однако специалисты часто разобщены между собой. Доктор медицины Майкл Кляйн, входящий в число лучших врачей США и возглавляющий отдел патологической и лабораторной медицины при госпитале специальной хирургии в Нью-Йорке, отметил, что если патоморфолог не видит и не понимает рентгенологической картины опухолевых заболеваний костей, то он не способен правильно поставить диагноз.

Лаура Кампаначи хирург-ортопед, медицинский директор Института ортопедии Риццоли в итальянской Болонье, рассказала не только о хирургических методах лечения

доброкачественных и злокачественных заболеваний костей, но и о процессе установления диагноза в их институте. Ежедневно вместе собираются хирург, радиолог и патоморфолог, которые обсуждают предполагаемые диагнозы и дают совместные заключения.

Майкл Кляйн с некоторой завистью произнёс: «Институту Риццоли повезло иметь среди сотрудников такого специалиста, как Даниэль Ванель». Доктор Ванель является одним из ведущих мировых экспертов в области лучевой диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата и принимает самое деятельное участие в работе «костной» группы. На конференции он раскрыл некоторые секреты лучевой диагностики опухолевых заболеваний костей.

Одной из тем, привлёкших пристальное внимание участников, стали фиброзные дисплазии челюстно-лицевой области. Профессор А.Лопатин рассказал, что более половины пациентов с подобной патологией поступали в РДКБ спустя 2 года (и более) от момента появления первых клинических признаков заболевания. Заведующий отделением патанатомии РДКБ Д.Рогожин заметил, что многие специалисты не знают особенностей морфологической картины этих редких заболеваний и могут легко ошибиться. Сотрудник отделения челюстно-лицевой хирургии Михаил Болотин считает, что успешное лечение фиброзных дисплазий челюстно-лицевой области возможно только при кооперации специалистов в таких областях, как онкологическая хирургия, пластическо-реконструктивная хирургия и

челюстно-лицевая хирургия.

Подходы к хирургии злокачественных новообразований костей в клиниках, представленных на конференции, существенно различались. Так, в Институте Риццоли предпочитают выполнять костно-реконструктивные оперативные вмешательства, в РДКБ выполняются как костно-реконструктивные операции, так и эндопротезирование конечностей. В ФНКЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва хирурги предпочитают проводить операции в объёме эндопротезирования.

На конференции также был рассмотрен ряд аспектов современной диагностики и хирургического лечения опухолей костей. Отдельная секция была посвящена опухолям костей гемопозитической природы. По окончании конференции участники признались, что они давно ждали подобного мероприятия.

Елизавета ТАЛЬ,
сотрудник Российской детской
клинической больницы.

В рамках конгресса состоялось 10 сателлитных мероприятий: конференции по детской нефрологии, гастроэнтерологии, стоматологии, День туберозного склероза, «Таболкинские чтения», конкурс молодых учёных и многое другое.

Заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Ольга Чумакова, приветствуя участников конгресса, подчеркнула огромную роль педиатров, ведь в их руках находится будущее нации. Педиатр одновременно выполняет функции и врача, и социального работника, и юриста, а порой и педагога, взаимодействуя не только с маленьким пациентом, но и с его семьёй. По словам О.Чумаковой, педиатрическая служба работает прекрасно. За 8 месяцев нынешнего года показатель младенческой смертности достиг своего исторического минимума и составил 7,5 на тысячу родившихся живыми.

Специалист в основе всего

И всё же, как сказал Леонид Рошаль, проблем в здравоохранении и в педиатрии много.

– Хотелось бы, чтобы все реструктуризации закончились, и мы зажили спокойной, нормальной жизнью. Потому что от пертурбаций устали, – поделился мыслями доктор. – Я не понимаю, для чего надо было «хоронить» Институт педиатрии и детской хирургии, хорошо работавший, занимавший определённую нишу. Это не на пользу ни педиатрии, ни университету, в состав которого включён институт.

Мне не совсем понятно, зачем надо было закрывать столичную Измайловскую детскую больницу. Не продуман переход на одноканальное финансирование, на погружение некоторых направлений в систему ОМС, в частности скорой медицинской помощи, что привело к забастовке в Уфе. Сложностей очень много. Допустим, идея диспансеризации сама по себе замечательная, но до конца всё не было продумано, поэтому получили огромную нагрузку на участковых педиатров страны.

Призвав всех к единству, Л.Рошаль отметил, что сегодня резко повышается роль профессиональных организаций. Национальной медицинской палате поручена разработка профессиональных стандартов, в которых будут заложены квалификационные категории и мотивация к постоянному повышению врачом своих знаний и умений.

– Мы должны чётко сказать, что такое педиатр второй, первой и высшей категории в амбулаторном звене, – пояснил он. – Чем функционально он будет отличаться от педиатра в стационаре? Каковы функции педиатра-нефролога, педиатра-кардиолога и т.д.? Разница в оплате между второй и первой категорией, первой и высшей должна быть ощутимой, а не такой, как сейчас.

Как отметила декан педиатрического факультета, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Лидия Ильенко, сегодня педиатрия испытывает кадровый голод, преобразования в системе здравоохранения немалы без пополнения квалифицированными кадрами.

По её мнению, учитывая направленность на снижение объёма стационарной помощи, следует делать акцент в преподавании при подготовке молодых специалистов на поликлиническую и неотложную педиатрию, профилактику, раннюю диагностику. Перспективно создание сквозных междисциплинарных программ. Сложный пациент, редкий клинический случай, уникальная операция не могут и не должны быть достоянием отдельно взятой кафедры и клиники.

– Главная наша задача – подготовить классных специалистов, – подчеркнула декан. – Выпускники-педиатры должны не только прийти в практическое здравоохранение, но и остаться там.

На вопрос руководителя Национальной медицинской палаты доктора Леонида Рошала: «Нужно ли восстановление субординатуры на педиатрическом факультете»,

Деловые встречи

Максимальный результат — для каждого пациента!

В Москве прошёл XIII Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Л.Ильенко ответила, что субординатура в том виде, в котором она была, приносила большую пользу. Окончившие её вполне были готовы к практической деятельности. А вот тем, кто теперь сразу после 6-го курса обязан будет работать участковым педиатром, придётся очень трудно. Профессор сравнила их с зауряд-врачами, которых готовили для фронта во время Великой Отечественной войны. По её мнению, это скажется на качестве оказания помощи.

Неправильным Л.Ильенко считает и упразднение интернатуры, тем более что сегодня требуется сертификат специалиста. Любая хирургическая кафедра, когда приходят ординаторы, сразу делит их на две группы: тех, кто получили сертификат (они могут участвовать в операции, заполнять историю болезни, грубо говоря, умеют крючки держать, шить и руки мыть), и тех, кто поступил сразу после института, они первый год ординатуры занимаются тем, чем другие занимались в интернатуре.

Известно, что большой процент выпускников после окончания вуза не стремится в практическое здравоохранение. Если студенты обучаются за государственный счёт, должны ли они отработать 3 года? На это Л.Ильенко, 13 лет возглавлявшая Московский факультет, созданный с целью подготовки врачей для города, ответила, что 98% его выпускников пришли в городские ЛПУ и отработали 3 года. Более того, 87% остались в учреждениях первичного звена по истечении 3-летнего срока.

Когда студенты учатся за деньги региона, они в соответствии с договором обязаны отработать, но, к сожалению, несовершенство юридической базы позволяет им поступать по своему усмотрению. На Московском факультете этот пробел был восполнен процессом воспитательной и патриотической работы, поэтому никого не надо было уговаривать.

У детей и взрослых тенденции сходные

«Педиатрия и хирургия» – эти слова фигурируют в названии конгресса. Оба направления нашли широкое отражение в программе мероприятия, а на пленарном заседании были представлены ключевыми докладами.

Директор НИИ клинической педиатрии РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессор Мария Школьниковна постаралась привлечь внимание участников конгресса к сердечно-сосудистой патологии. Несмотря на то, что произошёл технологиче-

ский и модернизационный прорыв в медицине, сердечно-сосудистые заболевания всё ещё остаются главной причиной смертности населения.

Существует общепринятое мнение, что это касается только взрослых. Однако не совсем так. Потери в детском возрасте (до 18 лет) от болезней системы кровообращения, конечно, несравнимы со взрослыми потерями, в то же время в 2013 г. они составили 29 тыс. лет, что значительно выше,

детской клинической больницы Василия Николаева. По его словам, в детской хирургии в последние годы отмечался заметный прогресс, связанный с внедрением новых технологий и специализацией медицины. Разделение на ряд специальностей позволило глубже изучить многие вопросы, а врачам накопить большой опыт и выбрать лучшие методики лечения. Но такая область, как тазовая хирургия, не выиграла, а скорее проиграла от специализации медицины. Дети со сложными хирургическими за-

специалист – детский хирург крайне редко имеет достаточный опыт, например, в урологии и гинекологии.

Как правило, хирурги, занимающиеся аноректальными пороками, не владеют техниками пластики влагалища. Гинекологи, которые занимаются пластикой влагалища в простых случаях, не берутся за колоректальные пороки.

Больные перенаправляются от проктолога к урологу, от уролога к гинекологу и обратно. Если за лечение берутся сразу несколько



чем в других странах. В России сердечно-сосудистыми заболеваниями больны 1 млн 65 тыс. детей, из них – 553 тыс., то есть 50%, – хронически больные.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у детей подросткового возраста опережает смертность от всех других заболеваний. С начала 2000-х годов в РФ особенно быстро внедрялись и развивались современные высокоэффективные технологии в кардиологии и кардиохирургии. Анализ показал, что они вносят колоссальный вклад в снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Именно рост объёмов высокотехнологичной медицинской помощи сказывается на её показателе.

Как отметила О.Чумакова, в лечении сердечно-сосудистой патологии достигнут определённый успех. Если в 2004 г. в стране проводилось всего 200-300 операций у детей первого года жизни, то сейчас уже 5,5 тыс.

Внедрена такая современная технология, как одновременное выполнение двух интервенционных вмешательств, когда доктора за один приём закрывают порок сердца минимально инвазивным катетерным способом и убирают очаг аритмии. В распоряжении специалистов появились новые приборы.

– У детей и взрослых наблюдаются сходные тренды смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Подавляющая часть потерь от ССЗ предотвратима, – подчеркнула М.Школьниковна. – Требуются стратегические инвестиции в исследование, в профилактику, в лечение.

Тазовая хирургия: универсальный подход

О перспективах развития хирургии пороков органов таза у детей речь шла в сообщении заместителя главного врача Российской

болезнями тазовых органов, сочетанными пороками не могут получить исчерпывающую помощь. Специалисты стараются избавиться от сложных пациентов с комбинированными проблемами.

Особенность состоит в том, что комбинированные пороки объединяют две или три системы органов, например, урогенитальные и уроректальные свищи, урогенитальные синусы, персистирующая клоака, клоакальная экстропфия. Эти заболевания относятся к разным медицинским специальностям: урологии, гинекологии, колопроктологии, что создаёт трудности в выработке тактики лечения.

В процессе операций высок риск ятрогений – поврежденный мочеполовых органов и нарушенной иннервации нижних мочевых путей и мочевого пузыря. Проведённый в конце 90-х годов анализ показал, ятрогенные урологические осложнения, возникшие после операций на прямой кишке, были выявлены у 41% больных. Каждая операция в среднем добавляет одну урологическую и андрологическую проблему, среди которых наиболее частыми были нарушения функций мочевого пузыря, а наиболее значимыми – полное отсутствие эрекции и тотальное недержание мочи.

Проблемы лечения комбинированных пороков тазовых органов заключаются не только в сложности выполнения операций и риске осложнений, но и в том, что отсутствует специализированная медицинская структура, отвечающая за оказание помощи детям с такими пороками и последствиями сочетанных повреждений тазовых органов. Лечение комбинированных пороков занимаются врачи разных специальностей: детские хирурги, урологи, гинекологи, нейрохирурги, ортопеды. Освоение смежных специальностей затруднительно, а наиболее универсальный спе-

циалистов, то между ними возникают разногласия, либо выбирается минимальный упрощённый вариант лечения, направленный лишь на устранение угрожающих ситуаций, а вовсе не на полное решение проблемы.

– Сложные пороки, последствия сочетанных травм, нейрогенные хирургические заболевания тазовых органов, по моему давно сложившемуся представлению, в связи с редкостью, сложностью и большим количеством осложнений после хирургических вмешательств целесообразно выделить в отдельную специальность «тазовая хирургия», – считает В.Николаев.

Идею необходимости более универсального, комплексного подхода к тазовым проблемам поддерживает целая группа детских хирургов и урологов страны. Кстати, в США недавно открыто два центра тазовой хирургии.

– Думаю, общее понимание проблемы не за горами, – сказал профессор, – настало время более широкого и честного обмена мнениями по вопросам, определяющим наш уровень в решении сложных заболеваний и пороков развития. Нельзя лечить этих пациентов там, где они появляются раз в 5 лет. Не хватит жизни хирурга, чтобы стать специалистом в решении подобных проблем.

Ни один год мы с профессором Н.Вагановым возвращаемся к вопросу о создании отделения тазовой хирургии детского возраста в РДКБ, чтобы для врачей этого отделения больные с комбинированными пороками были родными, а не чужими, как сейчас для отделений урологии, гинекологии и колопроктологии, и чтобы урологи, гинекологи и колопроктологи вместе боролись за достижение максимального результата для каждого пациента.

В.Николаев призвал детских хирургов, прежде чем приступать к лечению сложного порока, ярко представлять цель и иметь план по её достижению, а также учитывать, что «после наших операций, в отличие от взрослой хирургии, человеку жить ещё 60-70 лет. Во многих случаях мы можем сократить его жизнь или оставить его навсегда с теми проблемами, которые не смогли решить, а то и создали сами».

Стоит отметить: столь честное и острое выступление редко приходится слышать на мероприятиях подобного уровня.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

Кожа к коже

Своим названием метод обязан кенгуру. Это естественный, подсказанный самой природой способ сохранить тепло, а значит, и жизнь недоношенным детям. Кенгуру кормит своего новорожденного малыша молоком, и первые месяцы жизни непрерывно носит его в сумке на животе, где организм кенгуренка завершает своё формирование. Такая среда обитания даёт малышу кенгуру всё необходимое для гармоничного развития и роста.

Метод «кенгуру» важен для всех новорожденных, а для недоношенных особенно.

В США этот метод называют Kangaroo Care (KC). Он характеризуется только одним обязательным фактором – физический контакт «кожа к коже» мамы и малыша, и используется только тогда, когда состояние ребёнка стабильно и не вызывает опасений. Наш опыт показывает, что комплексный подход даёт гораздо лучший результат. Во время сеанса мы включаем тихое, ненавязчивое звучание произведений Баха, Шопена, Моцарта, что оказывает более чем положительный эффект на пару «мать и дитя» и создаёт ощущение уюта, спокойствия и эмоционального равновесия.

Маме мы советуем читать малышу детские книги, петь колыбельные песенки. Это позволяет быстрее преодолеть чувство вины из-за преждевременных родов и чувство страха ненамеренно нанести вред малышу.

Метод способствует мягкой стимуляции всех органов чувств. Ребёнок ощущает поглаживания, прикосновения, слышит биение сердца и голос мамы, улавливает запах грудного молока. Также происходит стимуляция положения тела в пространстве. Восприятие боли недоношенным ребёнком уменьшается настолько, что он может практически не реагировать на прокол кожи при взятии анализа крови.

Ребёнок, соприкасаясь с кожей матери, перенимает её микрофлору, а значит, укрепляет иммунитет и становится менее восприимчив к внутрибольничным инфекциям.

Матери недоношенных детей нередко страдают чувством вины, беспокойством и даже впадают в послеродовую депрессию. Метод «кенгуру» даёт женщине возможность оказывать своему малышу максимально возможную помощь. Дарит время спокойствия и тишины, даёт эффект релаксации и восстановления психологического равновесия после сильнейшей травмы, которую причиняют преждевременные роды как маме так и малышу. Повышается осведомлённость родителей в вопросах выхаживания и лечения недоношенных детей, уровень доверия и взаимодействия родителей с медицинским персоналом отделения новорожденных. Влияние метода «кенгуру» происходит совершенно естественно, как бы в фоновом режиме.

Важная подготовка

Палаты должны быть достаточно просторными, с приглушённым освещением. Рядом с инкубатором или детской кроваткой нужно поместить удобное кресло, в котором спинка позволяет принять положение полулёжа. Это необходимо, чтобы мама не испытывала неудобств, ведь «кенгуру» может длиться не один час. В многоместной палате укрывной уголок, где расположась мама и малыш, можно отделить ширмой. Подход к инкубатору нужно

Ориентиры

Позаимствованный у кенгуру

Простой метод как важное звено тепловой цепочки при выхаживании недоношенных детей

В связи с переходом России в 2011 г. на новые критерии живорождения выхаживание детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, стало весьма актуальной проблемой. Должный уход за такими детьми – серьёзная нагрузка для системы здравоохранения.

Метод «кенгуру» – эффективный способ удовлетворить нужды ребёнка в тепле, грудном вскармливании, защите от инфекции, безопасности и любви. Он лёгок в применении, не требует затрат и уже давно используется в медицинской практике, так как обеспечивает ранний, длительный и беспрерывный контакт «кожа к коже» матери и ребёнка, исключительно грудное вскармливание (в иде-

але), позволяет избежать беспокойства и волнения, характерных для ухода за недоношенными. Иницируется метод в роддоме и может быть продолжен дома. Его внедрение возможно не только в учреждениях третьего уровня, но и в районных больницах.

Особенностью использования этого метода в Курском областном перинатальном центре является более раннее, чем общепринято, применение, когда ребёнок ещё получает респираторную поддержку и инфузионную терапию. Об этом опыте как части ранней реабилитации недоношенных новорожденных рассказывает старшая медицинская сестра отделения патологии новорожденных и недоношенных детей центра Татьяна ЗВЕРЕВА.



В отделении новорожденных необходимо соблюдать элементарные гигиенические требования. Самое строгое – мытьё и обработка антисептиками рук.

Грудное вскармливание и метод «кенгуру»

Метод «кенгуру» стимулирует лактацию и способствует сохранению грудного вскармливания. Грудное молоко уникально по количеству содержащихся в нём питательных веществ. Это важно для правильного развития пищеварительного тракта. В момент рождения объём желудка малыша составляет всего лишь 5 мл. Спустя неделю после родов он увеличивается до 30 мл, однако способен сохранять наполненность в течение не более чем 1,5 часа. Поэтому детей нужно кормить так часто, как они просят. Молоко, вырабатываемое материнским организмом для недоношенных детей, отличается по своему составу от молока для ребёнка, родившегося в срок, и содержит необходимые микроэлементы, требуемые для развития головного мозга нуклеотиды.

Находясь у мамы на руках, малыш расслабляется, что способствует лучшему усвоению грудного молока. В инкубаторе же младенец вынужден тратить дополнительные силы на преодоление стрессовой ситуации разлуки с матерью. Как показывает практика, ребёнок, в уходе за которым применяется метод «кенгуру», может набрать до 30 г в день, это в 3 раза больше максимального показателя в инкубаторах. А ведь активный рост и набор веса прямо способствуют более ранней выписке малыша домой.

Статистика свидетельствует, мамы, практиковавшие метод «кенгуру», дольше кормят своих детей грудью.

Несмотря на большую популярность, данный способ выхаживания недоношенных детей необходимо применять только с учётом индивидуального состояния здоровья ребёнка, его особенностей реагирования и отношений с родителями. К противопоказаниям можно отнести кровоизлияния в мозг III и IV степеней, тяжёлый сепсис, сложную фиксацию артериального или венозного катетеров.

Метод «кенгуру», применяемый к недоношенным детям, значительно уменьшает количество эпизодов апноэ, способствует быстрому набору веса и снижает риск возникновения дыхательных заболеваний в первые месяцы жизни.

Многие родители продолжают использовать его и дома, уже после выписки из стационара, когда чувствуют обоюдную потребность в таком контакте.

Фото Валентины ЕВЛАНОВОЙ.

держат свободным, а медицинское оборудование, дыхательные шланги, магистрали систем, во-первых, не должны затруднять доступ к ребёнку, а во-вторых, предоставлять достаточную свободу перемещений. Способность ребёнка питаться (сосать и глотать) не является обязательным условием. Метод «кенгуру» может использоваться и в случае кормления ребёнка через зонд.

День, когда планируется пригласить маму, нужно хорошо спланировать, чтобы никакие диагностические и лечебные процедуры не нарушали покой. Наиболее удобное время предвечернее или вечернее. Взятие крови на анализ можно выполнить в ходе «кенгуру», но делать этого не рекомендуется, чтобы ребёнок не испытал неприятного болезненного опыта в момент общения с мамой.

Перед началом использования «кенгуру» мама должна получить в доступной форме полную информацию о состоянии здоровья ребёнка и проводимом лечении. Обязательно следует рассказать, что такое апноэ и какая помощь оказывается в этом случае. Необходимо объяснить назначение пульсоксиметра, какие показатели он отображает и нормальный диапазон их изменений.

При варикозном расширении вен у мамы рекомендуется применять компрессионные чулки или эластичный бинт, а во время «кенгуру» возвышенное положение ног.

Недоношенный ребёнок, как правило, остаётся совсем голеньким для непосредственного контакта «кожа к коже». Можно оставить только памперс и шапочку.

Самый сложный момент – перемещение малыша из инкубатора на грудь мамы. Для этого

потребуется как минимум два человека. Но вначале необходимо оценить готовность ребёнка к взаимодействию. Перед извлечением из инкубатора нужно привлечь внимание малыша, осторожно коснуться его ладонью, дать почувствовать ваше присутствие. Подождать ответной реакции. Так мы сообщаем, что сейчас произойдёт некое событие. Далее ребёнка осторожно вынимают и укладывают вертикально на верхнюю часть груди мамы, проверяют положение датчиков аппаратуры слежения, если таковые необходимы, укрывают.

В первый раз требуется присутствие детской медицинской сестры во время всего сеанса «кенгуру». Ребёнок, нуждающийся в дыхательной поддержке, может получать кислород через маску, носовые канюли. Аппаратная искусственная вентиляция лёгких также не является препятствием, если частота принудительных дыхательных циклов не больше 25 и концентрация кислорода не больше 40%. При проведении сеанса «кенгуру» с вентилируемым пациентом необходимо предельное внимание и готовность к оказанию экстренной помощи. Наготове должен быть набор для интубации трахеи и опытный персонал.

Чтобы ребёнок полностью адаптировался, требуется не менее часа, поэтому сеанс «кенгуру» продолжается от 1 до 3-4 часов.

Может случиться так, что первый сеанс «кенгуру» и большую часть времени в последующем глубоководный ребёнок будет только спать и не проявлять никакой активности. Но рано или поздно малыш на груди мамы инстинктивно начинает совершать движения в поисках соска. Такое поведение наблюдается даже у недоношенных детей

весом при рождении меньше 1000 г. Если малыш начинает проявлять попытки найти грудь, захватить сосок – это здорово! Необходимо его усилия поощрять кормлением, даже если он ещё питается через зонд или из шприца. Причём прикладывание к груди тоже возможно. При первых попытках сосания маловесный недоношенный ребёнок только почувствует вкус и запах молока, не получив сколько-нибудь значимого объёма пищи (такое сосание называется непитательным), но это оказывает существенное влияние на развитие и закрепление рефлекса и является первым шагом к грудному вскармливанию.

Сеанс «кенгуру» прекращают, когда ребёнок проявляет чрезмерное беспокойство, устаёт мама или когда у малыша замечено значительное отклонение частоты пульса и дыхания от нормы и увеличение потребности в дыхании кислородом.

Для каждой пары мать – ребёнок необходима стандартизованная форма наблюдения, в которой ежедневно будут отражаться сведения о состоянии ребёнка, информация о динамике веса и питания, а также рекомендации для матери.

Когда именно этот метод может использоваться для новорожденных с низкой массой тела, следует решать индивидуально, принимая во внимание общее состояние каждого малыша и его матери. Хотя следует отметить, что нужно поощрять женщину к его раннему началу.

Кстати, в роли «кенгуру» могут быть не только мама или папа, но и другие члены семьи, в том числе и старшие братья и сестры, если их присутствие не противоречит внутреннему распорядку больницы. Единственное условие – все посетители должны быть здоровы.

Исследования

Всё дело в капусте

Результаты нового клинического исследования показали, что вещество, содержащееся в овощах семейства крестоцветных, особенно в ростках брокколи, способно смягчить симптомы расстройств аутистического спектра (РАС).

Ещё 22 года назад группа исследователей под руководством Пола Талалая, профессора фармакологии молекулярной биологии, из Университета Дж. Хопкинса (США) обнаружили, что сульфорафан – вещество, образуемое в растениях семейства крестоцветных (брокколи, белокочанная и цветная капуста, кольраби) – укрепляет естественные защитные силы организма от окислительного стресса, воспаления и повреждения ДНК.

Позже учёные выяснили, что сульфорафан также усиливает защитную реакцию организма на тепловой шок. Примечательно, что многие родители сообщали о том, что симптомы аутичного поведения у их детей сглаживались во время лихорадки и возвращались снова после того, как спадала высокая температура.

В новом же исследовании учёные решили выяснить, как сульфорафан повлияет на поведение аутистов. В испытании приняли участие 40 человек мужского и женского пола с РАС, чей возраст варьировал от 13 до 27 лет.

В рандомизированном исследовании 26 человек в зависимости от их веса получали от 9 до 27 мг сульфорафана ежедневно, а остальные 14 человек – плацебо.

Как показали данные исследования, спустя 4 недели после начала экспериментальной терапии у 50% тех, кто получал сульфорафан, наблюдалось значительное улучшение состояния, связанного с РАС, например, увеличилась тактильная чувствительность, способность контактировать с другими людьми, навыки вербального общения и социального взаимодействия.

Спустя 4 месяца после начала лечения в группе, получавшей сульфорафан, средние показатели тестов на аномальное поведение и социальную отзывчивость снизились на 34 и 17% соответственно. У пациентов сократились раздражительность, вялость, количество стереотипных повторяющихся движений, гиперактивность и возросла осознанность, коммуникативность и мотивация.

Также некоторые дети смотрели другим в глаза, брали их за руки, что было для них совершенно нетипично.

В соответствии со шкалой общего клинического впечатления спустя 18 недель терапии в экспериментальной группе признаки аномального поведения сократились на 54%, социальное взаимодействие улучшилось на 46%, а речевое общение – на 42%. После окончания исследования состояние тех, кто принимал сульфорафан, вернулось в исходное положение.

«Мы находимся ещё далеко от решения, как вылечить аутизм, однако полученные данные дают важную информацию о том, что нам в этом может помочь», – отметил профессор детской неврологии и один из авторов исследования Эндрю Циммерман.

Учёные также подчеркнули, что содержание сульфорафана в крестоцветных овощах гораздо ниже той концентрации, которую получали участники исследования.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сито!

По материалам Proceedings of the National Academy of Sciences.

Комиссия по присуждению ежегодных премий имени академика А.Н.Бакулева и имени академика РАМН В.И.Бураковского в области сердечно-сосудистой хирургии, ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» и некоммерческая организация «Фонд поддержки здоровья, образования, физкультуры и спорта «ПОКОЛЕНИЕ» объявляют лауреатов за 2014 год.

Премии имени академика А.Н.Бакулева удостоены:

Никонов С.Ф., Филиппов О.В., Смирнов И.С., Гринёва Н.В., Голубев В.И., Муравьинский А.С. – «за информационное обеспечение развития ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева»

Премии имени академика РАМН В.И.Бураковского удостоены:

1. Аверина Т.Б., Андреева Е.А., Ведерникова Л.А., Мокринская Л.Ю., Андерс С.Н., Степаничева О.А., Хальвани М.Ю., Татарян Ф.Э., Хинчагов Д.Я. – «за многолетнее успешное интраоперационное обеспечение операций (более 1500 в год) у детей первого года жизни с врожденными пороками сердца».

2. Ермоленко М.Л., Донцова В.И., Зарандия Ш.Д., Зимица Н.Б., Медведева О.И. – «за многолетнюю гуманитарную и просветительскую деятельность»

Сопредседатели совета по присуждению премии: директор ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» академик Л.А.Бокерия, президент Фонда поддержки здоровья, образования, физкультуры и спорта «ПОКОЛЕНИЕ» А.В.Скоч.

Дежурный по номеру

Ждём вопросов от газеты

Сегодня в качестве общественного дежурного по очередному номеру «МГ» выступает ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Олег ЯНУШЕВИЧ. Ему слово:

– Отличная и своевременная идея руководства «Медицинской газеты» – приглашать уважаемых специалистов-медиков в качестве дежурных по номеру. Редакция стремится сделать каждый номер более содержательным, актуальным, затронуть круг проблем, которые волнуют сегодня российских врачей. Общественные дежурные, в свою очередь, дают серьёзные комментарии, во многом отражающие мнение экспертного сообщества. Прекрасный образец, как должна обеспечиваться обратная связь.

«Гвоздевой» материал очередного выпуска «МГ» посвящён состоявшемуся в ноябре второму Форуму действий Общероссийского народного фронта. В числе приоритетных вопросов, которые рассматривались на заседании, были здравоохранение и оптимизация системы медицинского обслуживания населения. Будучи участником Форума ОНФ, не могу не отметить, что газета смогла очень точно отразить атмосферу заседаний и тональность прозвучавших выступлений. Подборка основных материалов данного номера «МГ» фактически подтверждает и обосновывает главную мысль, высказанную лидером ОНФ, Президентом РФ Владимиром Путиным в отношении реформ в здравоохранении – «не навредить» на стратегическом направлении. Это касается оказания высокотехнологичной медицинской помощи и финансирования федеральных научных медицинских центров, восполнения кадрового дефицита врачей в регионах, развития городских лечебных учреждений, а также других приоритетов.



Организация работы всех звеньев медицинской отрасли претерпевает сегодня кардинальные изменения, модернизируется. На примере Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова могу сказать, что руководителям приходится решать целый комплекс непростых задач, связанных с повышением эффективности. Мы внедряем индивидуальную траекторию обучения, методику тьюторства и всестороннего развития мануальных навыков, систему сквозного рейтинга студентов и преподавателей. Расширяем возможности по обеспечению процесса непрерывного профессионального образования врачей. Перенастраиваем работу клинических баз таким образом, чтобы наилучшим образом совместить лечебный процесс с обучением, а также повысить практическую отдачу фундаментальной научной деятельности.

Фактически продолжает главный материал номера и статья о проблемах отечественной педиатрии, которые рассматривались недавно в рамках XIII Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». Созвучен ему отчёт с международной научно-практической конференции на базе Российской детской клинической больницы, где речь шла о необходимости более широкого применения комплексного подхода к диагностике и лечению онкологических заболеваний у детей.

В аналогичном плане хотелось бы отметить и материалы «с мест». В частности, первополосную статью «Хирургия – дело престижное» из Уфы, в которой рассказывается о сложной операции на пищеводе с участием руководителя республиканского здравоохранения и работе по повышению престижа медицинской профессии в Башкортостане. Полезно ознакомиться с опытом молодых учёных из Курска в профилактике и лечении наркомании. Чувство гордости за достижения российских врачей испытываешь при чтении заметки из Омска о присвоении сертификата Союза европейских

фондиатров руководителю Омского фондиатрического центра Людмиле Дорониной. Ценным опытом развития традиций волонтерского движения делится на страницах газеты ректор Ивановской ГМА.

Стоматологическое направление в номере представлено обзором американской прессы в отношении профилактических осмотров пациентов. Материал отражает различные точки зрения по данной теме. Думаю, что ведущие специалисты и профессора с мировыми именами из МГМСУ также были бы готовы рассказать читателям «МГ» – которые живут и лечатся в России – и о правильной профилактике заболеваний полости рта, и о периодичности посещения стоматологов. Так что ждём вопросов от газеты.

В целом материалы 89-го номера «МГ» разнообразны и представляют интерес для широкого круга читателей. Не только врачам, например, будет интересен рассказ о культуре питания «Что едим, такое и здоровье». Актуальное предостережение для многих – разоблачение «завывной песни» о чудодейственных свойствах всевозможных микстур и бальзамов, которые теснят лекарственные препараты на полках аптек.

Невозможно пройти мимо одного из самых красивых и необычных интервью. Поэт и драматург Анатолий Парпаза заново открывает читателям Михаила Лермонтова, чьё 200-летие со дня рождения отмечается в этом году. Врач, как мне кажется, профессия отчасти поэтическая. Так же как и поэт, настоящий доктор обращается к своему собеседнику сердцем и душой.

В век тотального Интернета роль традиционной периодики сильно изменилась. Сохранились лишь те, кто оказался способен вести глубокий и интересный разговор со своей аудиторией. «Медицинская газета», мне кажется, идёт именно этим путём.

Спасите меня, люди!



Настя Сафронова из Саратова больна с рождения. У неё врожденная аномалия развития черепа и отклонения в развитии пальцев кистей и стоп. За свои 10 лет Настя перенесла множество операций. К сожалению, вмешательство по устранению дефекта черепа не принесло ожидаемых результатов. Сейчас Насте необходима повторная операция. Для этого её родители должны приобрести специальный аппарат одной из известных немецких фирм, который позволит побороть аномалию, и приспособления для его фиксации. Но все вместе они стоят 719 766 руб. К сожалению, таких денег у семьи Сафроновых нет. Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Насте Сафроновой, перечислить средства на её лечение.

Более подробная информация по тел.: (495) 225-13-16 или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Насти Сафроновой принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

Получатель: некоммерческое партнёрство «Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ОАО АКБ «Росбанк» г. Москва
К/С: 30101810000000000272
БИК: 044583272
Назначение платежа: пожертвование на лечение Насти Сафроновой