

Status Praesens

неонатология и педиатрия

#1 [36] 06 / 2017 / StatusPraesens

[...дети с экстремально
низкой массой тела
перестали рождаться
неожиданно...
Понимаете?..]

цитата



ISSN 2074-2347
9 772074 234773
17001

тема
№
номера

Не ждали?

Поздний недоношенный — прогноз в окуляре статистики • Московская область. Есть чему поучиться! • Инвестиция в интеллектуальное благополучие • Эпидемия кори: тревожные новости и обнадеживающие данные • Болезнь Кавасаки: диагноз нашего двора • Кишечник = вторая ЦНС? (спросим у бактерий) • Коррекция дефицита железа: ни иона бактериям • Транспортировка недоношенных (проект протокола)

делай — тогда получится!

Интервью с заместителем министра здравоохранения Московской области, докт. мед. наук, проф. Ириной Геннадьевной Солгатовой

Беседовали: канд. мед. наук Светлана Александровна **Маклецова** и Александр Васильевич **Иванов**, StatusPraesens (Москва)

Большинство людей, сталкиваясь с проблемами, которые очень сложно или почти невозможно решить, приспособляются, терпят и ждут, пока «рассосётся само». Однако есть довольно **редкие личности**, про которых пел Андрей Макаревич: «Один мой друг, он стоил двух, он ждать не привык: был каждый день последним из дней...» Они пытаются **преодолеть «обстоятельства непреодолимой силы»** — и иногда им это удаётся. Даже тогда, когда речь идёт о такой специфической сфере, как российская медицина.

Журнал «StatusPraesens. Неонатология и педиатрия» с большим удовольствием и воодушевлением побеседовал с заместителем министра здравоохранения Московской области, проф. Ириной Геннадьевной **Солгатовой**, обсудив успехи и проблемы этого во всех отношениях непростого региона.

Круг тем разговора оказался действительно широким: от необычных кадровых решений до самых острых и дискуссионных вопросов **неонатологии** — специальности, в рамках которой проф. И.Г. Солгатова изначально состоялась как клиницист, педагог и организатор здравоохранения, затем распространив свой опыт на всю службу медицинской помощи матерям и детям Московской области.

Региональному здравоохранению всегда было трудно **соперничать со столичным**: слишком уж не равны условия по финансированию, наличию отлично оснащённых клиник федерального подчинения, квалификации врачей, множеству других характеристик.

Однако **так ли непреодолимы** эти обстоятельства? Ведь главное — **хорошо делать свою работу**, даже если это не просто: положительных примеров почти нет, приходится искать и **находить свои пути** решения множества проблем. В конце концов, как заметил известный писатель Пётр Вайль, доступность рая — неременное условие существования. Если верить, что возможно больше, чем все привыкли думать, то, не заставив себя ждать, открываются новые перспективы...

Кадры решают всё

SP Уважаемая Ирина Геннадьевна, первый вопрос нетипичен для начала интервью, но очень уж интересно... Первое, что можно видеть на сайте Минздрава Московской области, — большой баннер про социальную ипотеку. Что это за программа? Как она касается медицинских работников?

Ирина Геннадьевна Солгатова (И.С.): Всё просто: социальная ипотека — единственный в России пилотный проект по **привлечению врачебных кадров**, который Московская область реализует с 2016 года. Суть дела в следующем: банк предоставляет **кредит** на покупку квартиры, правительство области полностью выплачивает «тело» кредита, а **врач — только**



Ирина Геннадьевна Солгатова, докт. мед. наук, проф., зам. министра здравоохранения Московской области

проценты в течение 10 лет. Поскольку ежегодно мы выделяем финансирование для покупки 280 квартир, то значит, что за 3 года работы программы такую ипотеку смогут получить 840 семей, а это, согласитесь, совсем немало!

Правда, есть несколько условий. Первое: врач не должен иметь в собственности жилья на территории Московской области. При этом если он живёт, например, в Москве, то он всё равно может претендовать на участие в программе.

Второе: у него должен быть стаж работы на территории РФ не менее 3 лет, а также первая либо высшая категория или учёная степень. Честно говоря, для четырёх специальностей, самых дефицитных в области, мы это ограничение сняли — для участковых педиатров и терапевтов, анестезиологов-реаниматологов и врачей скорой помощи. Так, социальная ипотека оказывается доступной также и молодым специалистам, которые ещё не имеют категории, ведь, чтобы получить, например, первую категорию, надо проработать 5 лет. Кроме

того, с 2017 года мы включили в число претендентов ещё и фельдшеров.

Третье условие: **возрастные ограничения** — 45 лет для женщин и 50 для мужчин. А как по-другому? Ведь мы рассчитываем, что человек будет работать на территории Московской области как минимум 10 лет — до пенсионного возраста.

SP А хватит ли зарплаты молодому врачу, чтобы «закрывать» ипотеку, выплачивая даже те самые проценты по кредиту?

И.С.: Вопрос непростой, конечно, но ведь программа востребована — практика показывает, что это возможно... Если взять в расчёт, что стандартная квартира в Московской области ориентировочно стоит сейчас около 4 млн руб., то в течение месяца проценты по кредиту составляют в среднем 15 тыс. руб. На нашем сайте есть даже калькулятор для расчётов: сначала идут выплаты по 28 тыс. руб., потом каждый месяц они уменьшаются и к 10-му году становятся уже совсем небольшими.

Безусловно, у врачей, недавно окончивших вуз, зарплата небольшая — около 25 тыс. руб. Но в области есть и **дополнительная поддержка молодых специалистов**: минимальный оклад — 19 600 руб., ежемесячная доплата 3 тыс. руб., к тому же многие муниципальные образования берут на себя расходы на оплату услуг ЖКХ либо аренды жилья. А у врачей с большим стажем и категорией средняя зарплата колеблется от 45 до 80 тыс. руб., в зависимости от нагрузки. Так что денег на выплаты у них должно хватать.

Кстати, мы выдерживаем **целевые показатели** по повышению зарплат: с сентября до конца 2016 года у врачей они увеличились в среднем на 30%, а у среднего персонала — на 10%. Однако теперь применяют другие критерии для стимулирующих выплат, поэтому «в среднем» не значит «у каждого»...

SP Не означает ли это, что врач, взявший ипотеку, становится «привязан» к одному рабочему месту?

И.С.: Не совсем так. Во-первых, **не возвращается карьерный рост**. Если человек способный, зачем же его сдерживать? Участковый врач вполне может стать заведующим отделением, а потом и заместителем главврача — но только у него должен остаться прежний медицинский профиль, например педиатрический. Кстати, даже главный врач, который работает по совместительству хирургом или акушером-гинекологом, может участвовать в ипотеке. Во-вторых, можно переходить **из одного областного учреждения в другое** — но только с согласия Минздрава. Мы сохраняем за собой контроль над тем, чтобы кадры работали там, где это действительно нужно области.

SP А сколько человек уже смогли воспользоваться программой?

И.С.: Совсем немало — программа правда востребована... На сегодняшний день **158 врачей уже купили жильё**, и 234 пакета документов переданы на рассмотрение в банк. А всего заявок в комиссию Минздрава подано уже больше 400.

SP Вот интересно — это те специалисты, которые перешли на работу в область в связи с реорганизацией московской медицины?

И.С.: Нет, программа распространяется и на тех, кто приехал из других регионов, и на тех, кто давно живёт в Московской области. Мы стараемся не только привлекать новых специалистов, но и **сохранять имеющийся кадровый потенциал**, проявлять **уважение к тем, кто трудится здесь всю свою жизнь**. И в целом я не могу сказать, что врачи к нам переходят только из Москвы, пожалуй, больше — из других регионов.

Просто мы делаем **выгодные предложения** — в частности, приглашая на работу в перинатальные центры. Почему, например, у нас нет дефицита неонатологов? Во-первых, постановлением правительства Московской области были внесены изменения в Положение об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения,

[Зарботная плата врачей увеличилась в среднем на 30%. Однако надо понимать, что теперь применяют другие критерии для стимулирующих выплат, поэтому «в среднем» не значит «у каждого».]

согласно которому все неонатологи получают **10%-процентную прибавку к окладу**, и средняя зарплата у них — около 80 тыс. руб. Во-вторых, работает целевая программа их профессиональной подготовки.

А на 2017 год у нас планы **«поднимать» амбулаторно-поликлиническое звено** — женские консультации, взрослые и детские поликлиники. Все силы хотим бросить на «первичку», полностью её укомплектовать и повысить квалификационный уровень врачей. Мы начали активно работать со II квартала 2016 года — и 30% сертификатов на социальную ипотеку выдали как раз представителям участковой службы. Сделали рекламные ролики, которые регулярно показываем по телевидению, и люди очень активно откликаются.

SP А есть ли в области такая проблема, как предпенсионный и даже пенсионный возраст медиков?

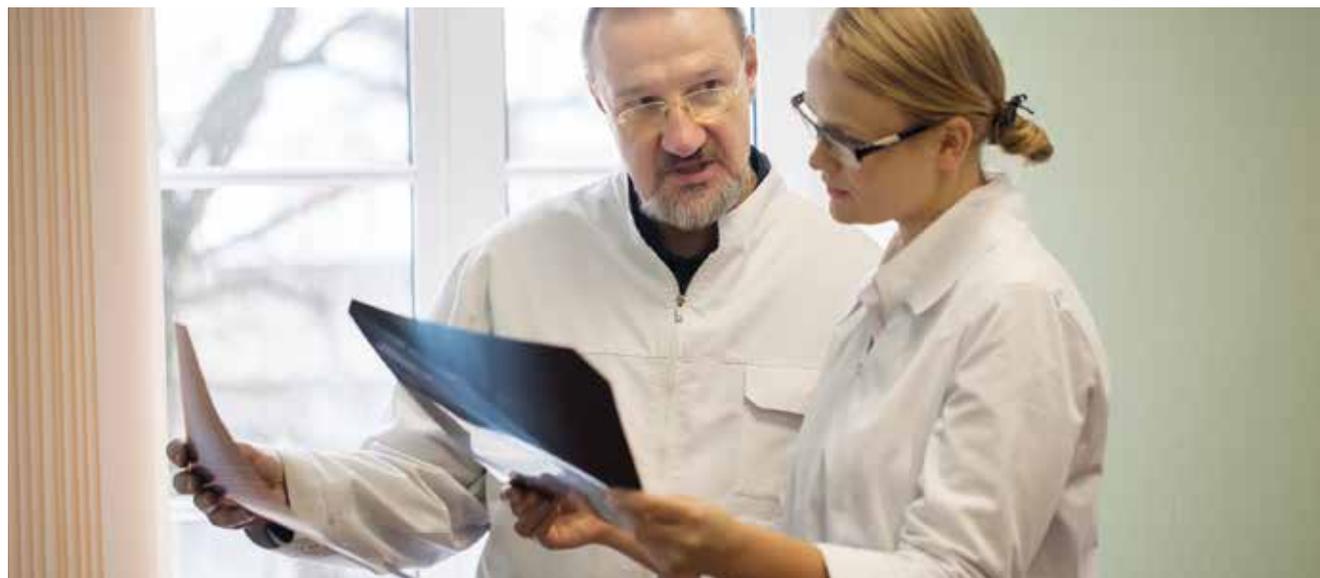
И.С.: Думаю, здесь у всех примерно одинаковая статистика: среди практикующих врачей около **30% пожилых**, 25–30% молодёжи, остальные — среднего возраста. Конечно, с учётом не столь уж благоприятной возрастной структуры врачебных кадров мы заключаем **договоры на подготовку «целевиков»** — нам действительно нужна молодёжь! Но мы тоже не ждём у моря погоды: самым активным образом взаимодействуем с вузами — РНИМУ им. Н.И. Пирогова, РУДН, Сеченовской академией* и др. В этом году у нас был довольно **высокий конкурс** на целевой набор, многие просто не прошли — по-другому не получается обеспечить соответствующий уровень студентов, которые потом будут работать в наших учреждениях.

Организация = системность

Похоже, в Московской области смогли сделать правильные выводы из опыта федеральной программы «Земский доктор»^{**}: ипотека позволяет врачу самому выбрать, где он будет покупать квартиру, — а это **снимает вопрос об отсутствии детского сада или школы**. Она доступна не только молодым специалистам, но и тем, у кого больше опыта и знаний. Наконец, врача **не превращают в «крепостного»**: живи да радуйся, даже столичные театры рядом. Осталось выяснить, знают ли пациентки, что помощь здесь стали оказывать не хуже, чем в Москве... В любом случае создан очень неплохой задел для **кадровой стабильности**: именно этому этому служат и социальная ипотека, и уровень зарплат (в целом вполне достойный), и программы повышения врачебной квалификации.

* Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова.

** Федеральным законом от 29.11.2010 г. №326-ФЗ предусмотрено, что в 2017 году врачам в возрасте до 50 лет, прибывшим на работу в сельский населённый пункт, рабочий посёлок или посёлок городского типа и обязавшимся отработать там не менее 5 лет, единовременно выплачивают 1 млн руб., предоставляют жилое помещение и (или) земельный участок для жилищного строительства, компенсируют часть процентной ставки по кредитам на приобретение жилья и оказывают группу социальную поддержку. В 2012 году программа распространялась только на врачей в возрасте до 35 лет, прибывших на работу в сельские населённые пункты, и была значительно менее результативной, чем стала после изменений.



© Денис Раденко / фотобанк Лори

[Мы не ждём у моря погоды: самым активным образом взаимодействуем с вузами, и в 2016 году у нас был высокий конкурс на целевой набор. Многие просто не прошли — по-другому не получается обеспечить соответствующий уровень студентов, которые потом будут работать в наших учреждениях.]

Однако кадры — далеко не всё, что необходимо для высокого качества медицинской помощи. Одна из самых непростых задач организаторов здравоохранения высокого уровня — обеспечить слаженность действий всей службы, в нашем случае — охраны материнства и детства. И **системный подход** — единственно верный путь.

SP У вашего региона есть географическая особенность, которая должна серьёзно затруднять работу, — близость мегаполиса, который область охватывает кольцом. Любопытно, как отрегулирована маршрутизация пациенток в службе родовспоможения, если московское учреждение нужного уровня может оказаться даже ближе, чем областное?

И.С.: У нас в области 54 родовспомогательных учреждения, из них 28 — I уровня, 22 — II уровня и четыре — III уровня. В любую из этих медицинских организаций скорая помощь может быстро доставить пациентку — в течение 10–20 мин. Конечно, женщина всегда имеет право выбора: и москвички рожают в области, и наши — в Москве. Кроме того, если возникла необходимость в экстренной или неотложной помощи, её будут оказывать в ближайшем учреждении.

[Важно, что контроль работы и схема маршрутизации будут прописаны очень чётко: формирование групп риска, пренатальная диагностика, своевременное лечение и госпитализация на нужный уровень.]

Тем не менее понятно, что при плановой помощи должна быть **правильная маршрутизация**. Обязательно. У нас сейчас существует четыре учреждения III уровня: МОНИИАГ, два перинатальных центра и областной центр охраны материнства и детства. В 2017 году открыли ещё три перинатальных центра.

Почему Московской области нужны семь учреждений III уровня? Если посмотреть на рекомендации, то один **перинатальный центр надо создавать на 1 млн населения**. В области 7 млн жителей — вот мы и разбили её на сектора, в каждом из которых будет своё **головное учреждение, курирующее**

семь-восемь медицинских организаций I и II уровней.

Главное, что контроль работы и схема маршрутизации будут прописаны очень чётко: формирование групп риска, пренатальная диагностика, своевременное лечение и госпитализация на нужный уровень. Показатели будем спрашивать именно с перинатальных центров — они должны обеспечивать слаженность работы всех «подведомственных» учреждений родовспоможения.

Кстати, ещё мы предусмотрели **профильность учреждений III уровня**: в Наро-Фоминске, например, будет кардиологический профиль, где-то ещё — хирургический профиль и так далее. Общая схема — где какие койки — уже готова.

SP В своё время в Москве поднимали вопрос о дополнительном финансировании акушерско-гинекологической помощи мигрантам, у которых нет полисов ОМС. А ведь в Московской области их ещё больше, чем в столице. Как вы выходите из положения?

И.С.: Мне кажется, что большое число мигрантов без полисов медицинского страхования — это миф. Сейчас в Московской области в системе ОМС

проходит оплата помощи мигрантам как неидентифицированным лицам. А вот когда речь идёт о показателях материнской или перинатальной смертности, тогда да, очень высокий процент у приезжих, которые никогда нигде не наблюдались или которым сделан криминальный аборт. Надо понимать, что на статистические результаты влияют не только правильная маршрутизация и квалификация специалистов, но и **ответственность самих беременных**. А она на низком уровне как раз у мигрантов — и это действительно создаёт определённые проблемы, которые приходится решать.

SP Кстати, вы неоднократно говорили, что нужно юридически воздействовать на родителей, из-за которых у детей возникли проблемы со здоровьем...

И.С.: К сожалению, таких наработок нет ни в нашей стране, ни где-то ещё. Но проблема-то важная! Иногда женщина, даже осознавая, что это может повредить плоду, **не встаёт на учёт** в женскую консультацию на ранних сроках беременности, попросту не приходит на первый скрининг, при котором можно выявить наиболее грубые, часто несовместимые с жизнью врождённые пороки и хромосомные аномалии.

Да и второй ультразвуковой скрининг важно не пропустить, **вовремя** пройти — в сроке 18–22 нед. Ведь после наступления периода жизнеспособности плода даже при диагностированных врождённых аномалиях развития семья в большинстве случаев юридически не вправе сделать выбор, рожать или не рожать. Так что даже если захотят прервать беременность — не смогут, поздно. А это негативно отражается на показателях работы службы, хотя нашей вины в этом нет. Кроме того, у нас есть случаи, когда женщины рожают из-за простого недоверия к диагнозу, а потом трагедия — **оставляют в роддомах** детей с тяжёлыми, инвалидизирующими пороками. Кстати, тему юридических **прав плода** уже начали обсуждать в других странах.

Тем не менее в России, как и в большинстве других государств, никогда не привлекают **родителей к ответственности** за непредумышленное нанесение вреда плоду и собственным детям — если они не сделали того, что должны были сделать с медицинской (и не только) точки зрения.

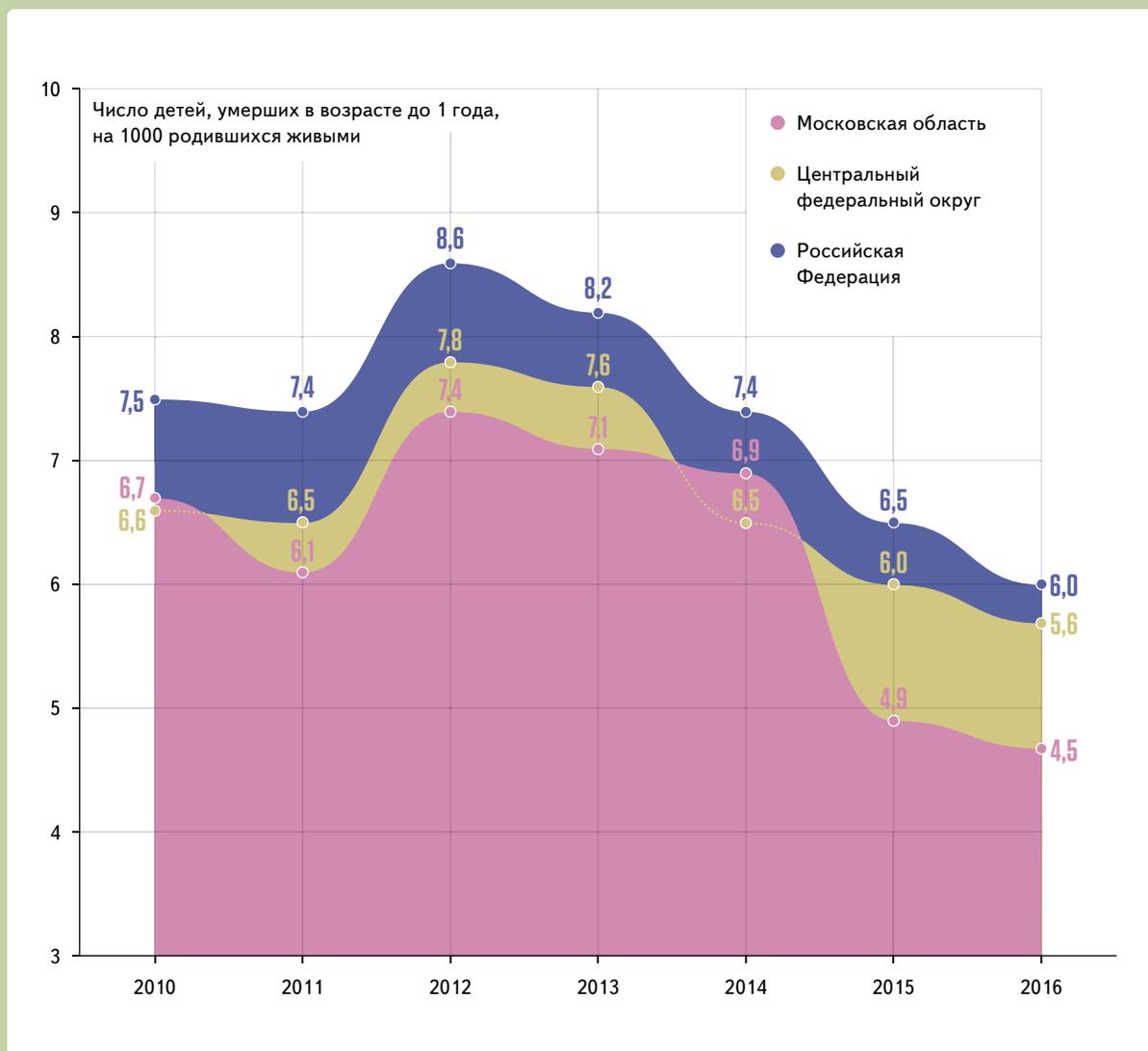
Конечно, нельзя сказать, что виноваты только женщины — **врачи должны разъяснять** им всю серьёзность ситуации. Пациентки иногда думают: первые роды уже были, следующие дети легче рождаются — можно не наблюдаться, и так всё известно. Однако акушеры точно знают, что третьи-четвёртые роды — бомба замедленного действия, там бывают самые неожиданные моменты. Конечно, всё это дискутабельно.

Ещё одна важная проблема — **вакцинация детей**, от которой родители всё чаще стали отказываться. С этим

ЛИНИИ ЖИЗНИ



ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ЦЕЛОМ В 2010–2016 ГОДАХ



Вывод: Уровень младенческой смертности в Московской области ниже, чем в ЦФО и РФ в целом. Особенно впечатляет то, что областной показатель за 2016 год даже ниже, чем до перехода на критерии живорождения ВОЗ в 2012 году. Такой **блестящий результат** был достигнут во многом благодаря системной работе, организованной Минздравом области.

{главврач XXI века}

нужно что-то делать! Может быть, стоит поставить задачу проанализировать ситуацию хотя бы по одному профилю, например, взять заболеваемость и смертность от ветряной оспы или кори. Посмотреть, кто отказался от вакцинации, какие были последствия. Тогда можно будет и поднять вопрос об ответственности родителей, ведь отказ от вакцинации подписывали они...

SP А что в отношении младенческой смертности от внешних причин? Там-то родители несут ответственность?

И.С.: Безусловно! Это всегда судебное разбирательство. Если дети погибают от неустановленных причин на дому, в неведомом медицинском учреждении до приезда скорой помощи — всегда проводят судебную медицинскую экспертизу, устанавливая, в чём причина — в болезни, аспирации или умышленных действиях. Здесь всё очень жёстко: если окажется, что вред причинён намеренно, то суд определит меру ответственности.

SP В Московской области действительно хорошие показатели младенческой смертности — в Центральном федеральном округе вы входите в тройку лучших. Что в регионе делают такого, чего не делают другие?

И.С.: Прорыв произошёл в 2015 году, потом мы ещё больше снизили этот показатель. Сказалось, наверное, всё вместе — и организационные мероприятия, и выстраивание маршрутизации, и оснащённость оборудованием, и укомплектованность неонатологами, и повышение квалификации, и командная работа с главными специалистами Минздрава области. Нельзя наладить, например, только маршрутизацию и успокоиться.

Мы создали единую **выездную реанимационно-консультативную неонатальную службу**, которая занимается не только транспортировкой. Она помогает учреждениям I–II уровней в сложных случаях, если по каким-то причинам тяжёлую пациентку не смогли вовремя перевезти. При необходимости иногда приезжают сразу два реанимобиля — акушерский

[Женщину как следует готовят к родам, наблюдают, вовремя переводят в перинатальный центр. В результате дети с экстремально низкой массой тела перестали рождаться неожиданно — всё происходит в нужном месте с правильной подготовкой и последующим планомерным выхаживанием.]



и неонатальный. У нас 15 машин при перинатальных центрах и крупных родильных домах II уровня.

Реализуем программу по профилактике преждевременных родов, централизованно закупаем лекарственные препараты, причём финансируем эти закупки **дополнительно к тарифам ОМС**. Мы же понимаем, что **пребывание ребёнка «в маме»**, в естественной среде — залог успеха, хорошего прогноза и снижения инвалидизации. Поэтому нужные лекарства должны быть и на I, и на II уровне. Женщину как следует готовят к родам, наблюдают, вовремя переводят в перинатальный центр. Результат: дети с экстремально низкой массой тела **перестали рождаться неожиданно** — всё происходит в нужном месте с подготовкой и последующим планомерным выхаживанием. Понимаете? Вот в чём залог успеха.

Очень хорошо выхаживаем в перинатальных центрах. **Терапия перестала быть агрессивной**, специалисты рационально назначают антибиотики, стало гораздо меньше полипрагмазии. Самое главное — поменялось видение врачей, они теперь не сразу бросаются реанимировать: понимают, когда ребёнок может сам дышать и ему надо только чуть-чуть помогать, вообще — меньше трогать. Во многом это заслуга главного неонатолога РФ, проф. **Дмитрия Олеговича Иванова**, всех наших совещаний и конференций. Мы же многих докторов за рубеж направляли, показывали, что это возможно. И это помимо того, что зарплата у неонатологов со **100%-процентной надбавкой к окладу**. Даже у молодого специалиста не может быть меньше 50 тыс. руб. — это правда здорово.

Главное — пациенты

Обмен опытом организации медицинской помощи с коллегами — вещь, безусловно, полезная. К тому же их не приходится убеждать в главном — в важности сохранения беременности и рождения ребёнка. Однако далеко не все пациентки разделяют эту позицию. Агрессивная **кампания за запрет абортов** или за отказ в их оплате за счёт средств ОМС произвела прямо противоположный эффект: активизировалось протестное движение за **право женщины самой**

[**Главное — поменялось видение врачей, они теперь не сразу бросаются реанимировать: понимают, когда ребёнок может сам дышать и ему надо только чуть-чуть помогать, вообще — меньше трогать.**]

распоряжаться своим телом. И это дало ещё один аргумент тем, кто считает аборт простой и совершенно приемлемой альтернативой контрацепции...

SP В одном из своих выступлений вы привели удивительные данные, что в области ежегодно удаётся сохранить 3–4 тыс. беременностей у женщин, которые планировали их прервать. Как поставлена эта работа?

И.С.: Да, идёт большая работа — мы **за каждую беременность** готовы бороться. У нас создано 17 кабинетов социальной помощи женщинам, и в каждом есть психолог, социальный работник и акушер-гинеколог. Минздрав области проводит конкурс женских консультаций — кто больше отговорил от абортов, и мы **финансово поощряем лучших**. Плотно сотрудничаем с Русской православной церковью, заключили договор с Ассоциацией многодетных семей, чтобы доносить информацию, помогать женщинам принимать верные решения.

Главное — мы обучаем гинекологов **психологически правильному разговору с беременной**: как разложить ей всё по полочкам, объяснить все плюсы и минусы. Убедить, что всё не так страшно, направить, если нужно, в ассоциацию или в кризисный центр, где можно подробно обсудить любые вопросы с **психологом или юристом**.

Конечно, все говорят, что основная причина абортов — социально-экономические условия, но это верно только отчасти. Когда начинаешь разбираться, там всё немножечко по-другому. **Неуверенность в завтрашнем дне** — вот что первостепенно. Вот почему наши специалисты помогают с **трудоустройством**. Есть и ещё один выход: если ситуация очень сложная, например, женщина вынуждена сразу выйти на работу, она может поместить новорождённого в **дом ребёнка, не отказываясь от него**, — временно, на срок до 6 мес. Это очень по-

могает. Иногда, если мать погибла, так делают отцы, когда у них нет никакой другой возможности. Всё это нужно рассказать женщинам, они этого просто не знают. И тогда они могут изменить своё решение — и меняют!

Ещё очень **важно знать реальную статистику**, которой сейчас вообще нет: очень много абортов по разным причинам делают в коммерческих центрах. Кто-то не хочет ходить в женскую консультацию, кто-то боится, что это станет кому-нибудь известно. Именно поэтому нужно, чтобы все учреждения, которые занимаются искусственным прерыванием беременности, в том числе медикаментозным, были **аккредитованы и подавали отчёты**. Либо вообще разрешить делать аборты только в государственных учреждениях — тоже вариант...

SP Московская область — первый регион, внедривший у себя вакцинацию подростков против ВПЧ. Были ли какие-то сложности?

И.С.: Насколько я знаю, никаких особых проблем не было. Налажена **централизованная работа**, закупают достаточное количество вакцины. Да, это дорого, но это **бюджетные деньги**, и раз в 323-м законе написано про профилактическую направленность медицины, то мы и должны этим заниматься. Собрано много доказательств того, что ВПЧ — основной фактор риска рака шейки матки. Если мы знаем, что можно защитить девочек против этого рака, то это надо делать. **Создан регистр**, всё подсчитано, в том числе в деньгах, проходят все запланированные мероприятия, в результате очень **широкий охват вакцинацией***.

* Маклецова С.А., Симоновская Х.Ю. Интервью с акад. РАН, директором Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (МОНИИАГ), докт. мед. наук, проф. Владиславом Ивановичем Краснополским // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2016. №2 (31). С. 17–23.

SP Почти во всех регионах страны сегодня есть сложности с проведением репродуктивного просвещения в школах. Как у вас — пускают врачей в школы лекции читать?

И.С.: У нас всё хорошо! Разработан курс лекций по репродуктивному здоровью, профилактике абортот и повышению рождаемости — акушеры-гинекологи читают их школьникам, начиная с 9-го класса. Плюсы и минусы ранних браков, последствия абортот, заболеваемость. Это факультативные занятия во внеурочное время.

Сейчас планируем запустить ещё одну программу — «Сохраняю первую беременность». Во всех женских консультациях врачи и психологи делают упор на то, чтобы не допустить первого абортот. У девочек нужно создать твёрдую установку, что этого нельзя делать — никогда, ни при каких условиях. Нам очень много помогают многодетные мамы, волонтеры из ассоциации «Много нас» — у них есть живые примеры.

SP А разве можно зарплату психологам выплачивать за счёт средств ОМС?

И.С.: Ставки психологов предусмотрены в социальных кризисных кабинетах и в домах ребёнка — они финансируются из бюджета. Часто должности психолога и юриста вводят в штатное расписание женских консультаций, тогда зарплату им можно платить за счёт средств ОМС. Просто иногда руководители этого не делают — экономят.

SP Репродуктивное просвещение предполагает обсуждение широкого круга проблем — не только профилактики онкозаболеваний и важности сохранения первой беременности, но и выполнения рекомендаций врача, в том числе по скринингу наследственных заболеваний. Тем не менее в области остаётся довольно высокий уровень врождённых пороков развития. Как вы думаете почему? Тем более что в регионе есть центр медико-генетического консультирования.

И.С.: Вот поэтому его и открыли в ноябре 2016 года — в списке причин младенческой смертности ВПР стабильно занимают второе место. В 2016 году, равно как и в 2015-м, от ВПР умерли 118 детей, причём 20% матерей этих новорождённых не наблюдались в женских консультациях, а более половины из них были иногородними или иностранными гражданами. А остальные — да, наша недоработка. Кроме того, есть беременные, которые по религиозным убеждениям отказываются прерывать беременность при выявленном пороке. Им ведь объяснили, что это необходимо, что будет тяжёлый порок, — нет, и всё! Некоторые верят, что врач ошибся, уходят в какие-то коммерческие центры, потом рожают...

Однако, безусловно, надо работать и с уровнем знаний врачей в женских консультациях. Например, беременная пропустила первый скрининг, и потому не был заподозрен синдром Эдвардса. На второй пришла — и у плода выявили некий «порок сердца», о котором врачи (в том числе УЗ-специалист) знали явно недостаточно. Если бы разбирались — сразу был бы ясен неблагоприятный прогноз, и беременность прервали бы. Но врачи знают в общих чертах про пороки сердца, а при них бывает можно рожать. Вот почему

так важны полноценный скрининг, раннее выявление, правильный диагноз — только при этих условиях можно определить дальнейшую тактику.

И мы эту проблему решаем. Все аппараты, применяемые для скрининговых исследований, относятся к экспертному классу, почти все специалисты имеют международные сертификаты. Обучение и повышение квалификации проводим почти непрерывно. Мы проанализировали, в каких кабинетах врачи хорошо видят пороки и где не выявляют. Назначили ответственных, которые будут курировать каждое направление, — такая «точечная» работа.

[Врачи и психологи делают упор на то, чтобы не допустить первого абортот. У девочек нужно создать твёрдую установку, что этого нельзя делать — никогда, ни при каких условиях.]

Здесь ведь в целом есть ещё один сложный момент: когда речь идёт о прерывании беременности, всегда сомневаешься. Многие женщины уходят в другие учреждения, федеральные центры — им нужно второе мнение. И пока они ходят, наступает 22-я неделя, прерывать уже поздно. Время упущено, поэтому рожают. Или, когда ещё было бы можно успеть, беременная принимает решение рожать, несмотря ни на что. Есть с чем работать.

Кроме того, мы поняли, что должна быть централизация. В области существует регистр врождённых пороков развития, но мы собираемся расширить объём учитываемой в нём информации — сейчас её явно мало, чтобы принимать системные решения. Есть общее понимание, как таких пациентов нужно наблюдать и где лечить. Должно быть место, где всегда есть и генетик, и врачи-специалисты, и лабораторная база. Получается, что это надо делать на базе многопрофильного стационара. А мы будем помогать планировать семьи.

SP Но ведь это действительно непростое решение для семьи и огромная моральная нагрузка на врача — не только сообщить о ВПР, но и убедить в необходимости прервать такую беременность?

И.С.: Да, тут сложно. Может быть, рано или поздно и нам придётся, как в других странах, расширять перечень оснований для прерывания беременности, хотя сейчас это совсем непопулярная тема. Тем не менее должна же быть какая-то целесообразность — соразмерность моральных, физических, да и финансовых затрат!

Все рассуждают, этично делать аборт или неэтично. А вот кто оценил те мучения и страдания, которые приходится выносить такому новорождённому, только придя в этот мир, — бесконечные инъекции, промывания, неестественное кормление и дыхание, шум аппаратов?.. Никто не может себе даже представить, насколько плохо и тяжело этим детям болеть. Тонкая грань... С одной стороны, мы очень много на

себя берём, когда продлеваем им жизнь, сами не очень надеясь на успех, — продолжаем их мучения, зная, каким будет исход после многократных операций. С другой стороны, тоже много на себя берём, когда принимаем решение о прерывании. Это **этическая проблема**, для которой нет однозначного ответа...

SP В начале 2016 года было принято решение о подготовке «дорожной карты» по формированию региональной системы ранней помощи детям с отклонениями в развитии. Что это за программа?

И.С.: Это ещё один большой проект, основанный на **концепции ранней помощи**. Он предполагает серьёзное **межведомственное взаимодействие**: в нём участвуют пять областных министерств — не только здравоохранения, но и социального развития, образования, культуры, физической культуры и спорта.

Мы начали с того, что приняли решение о создании **регистра детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)** — с экстремально низкой массой тела, с пороками развития, с аутизмом и т.д. Кроме того, нужно учесть и тех пациентов, у кого ещё нет статуса инвалида, но заболевание может привести к инвалидности. По согласованию с родителями этот регистр будет доступен для работы во всех ведомствах. Например, медики по состоянию здоровья ребёнка смогут судить, нужна ли в данный момент медицинская или социальная реабилитация, когда нужно заниматься специалистам по физической культуре и т.д. Всем таким детям — по области сегодня 4 тыс. инвалидов, а **детей с ОВЗ** вдвое больше — нужна комплексная помощь, поэтому по каждому случаю необходимо иметь **обратную связь между министерствами**.

Мы решили, что в любом случае ответственность за состояние здоровья пациента несёт **участковый педиатр**. Ещё есть консультативно-диагностические центры, а в них — **медико-социальные кабинеты**. Там тоже работают врачи-педиатры, которые могут формировать **индивидуальный план развития и организовывать** оказание высокотехнологичной помощи, медицинские и реабилитационные мероприятия и т.д. Это может быть ключевая фигура, которая обеспечит **комплексное сопровождение** ребёнка.



© Jen Dunham / Shutterstock.com

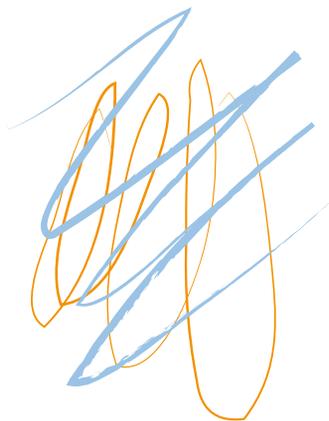
[С одной стороны, мы очень много на себя берём, когда продлеваем жизнь детям с тяжёлыми ВПР, сами не надеясь на успех, — продолжаем их мучения, зная, каким будет исход после многократных операций.]

Наше министерство продвигает концепцию раннего вмешательства, чтобы с самого начала мы знали всё про пациента и **не допустили его выхода на инвалидность**. Чтобы в перинатальных центрах хорошо работали кабинеты катамнеза, чтобы была не только реабилитация, но и **абилитация***. Будет сформирован центр ранней помощи, ведущий аналитическую работу и координирующий усилия 17 областных КДЦ, в которых будут «медико-социальные» педиатры, обеспечивающие взаимодействие всех ведомств. Мне кажется, такой модели пока ни у кого больше

нет. А проект, кстати, не «воздушный замок»: он **стартует с января 2017 года**.

SP Уважаемая Ирина Геннадьевна, спасибо огромное за интересную беседу! Хотим пожелать вам успеха и поблагодарить за тот оптимизм, которым мы заразились при разговоре с вами... **SP**

* Абилитация инвалидов — формирование отсутствующих у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.



IV Общероссийская конференция

КОНТРАВЕРСИИ

неонатальной медицины и педиатрии раннего возраста Сочи, гранд-отель «Жемчужина»

Организационные вопросы

- Диагноз в рамках КСГ: проблема выживания или проблема статистики? Выбор между правильным и экономически целесообразным диагнозом
- Назначение препаратов off-label: дискуссия о разрешённом и неразрешённом. Комментарии юристов, представителей контролирующих ведомств

9–11
09.2017

Неонатология

- Вопросы вскармливания
- Внутриутробные инфекции. Инфекции неонатального периода
- Выживание детей с ЭНМТ и ОНМТ
- Интенсивная терапия и первичная реанимация новорождённых
- Тактика неонатолога при врождённых пороках развития
- Желтухи новорождённых

Педиатрия

- Вакцинация
- Питание детей раннего возраста (прикорм, диетология раннего возраста)
- Болезни органов дыхания. Дифференциальная диагностика ОРЗ, бронхитов и пневмоний
- Частые симптомы редких заболеваний
- Часто болеющие дети
- Атопические заболевания у детей раннего возраста
- Лихорадочные состояния у детей. Дифференциальная диагностика. Подходы к лечению

В рамках:

10-й общероссийский СЕМИНАР
СОЧИ — СЕНТЯБРЬ
«Репродуктивный потенциал России:
версии и контраверсии»
9–12 сентября 2017 года

