

Медицинская

15 февраля 2013 г.

пятница

№ 12 (7338)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году

Выходит по средам и пятницам

Распространяется в России и других странах СНГ

События

Детская медицина выздоровливает

Вчера в Москве открылся XVII съезд педиатров России



Очередной съезд педиатров, начавший свою работу в Зале церковных соборов храма Христа Спасителя, посвящён 250-летию создания государственной системы охраны здоровья детей Российской Федерации.

– В сентябре 1763 г. Указом Екатерины Великой был образован Московский императорский воспитательный дом с детским госпиталем – первое государственное учреждение охраны здоровья детей, – отметил председатель исполкома Союза педиатров России, главный специалист педиатр Минздрава России, директор Научного центра здоровья детей, академик РАН и РАМН

Александр Баранов. – Мы несколько лет работали в архивах и доказали, что Научный центр здоровья детей – правопреемник Московского императорского воспитательного дома.

Основными задачами съезда являются обсуждение реализации государственной программы развития здравоохранения до 2020 г., модернизация в педиатрии и разработка комплекса мероприятий по обеспечению детей эффективными средствами профилактики, диагностики, лечения и восстановления здоровья.

Нынешнее состояние педиатрии Александр Баранов образно охарактеризовал так: «Детская медицина выздоравливает, но ещё больна».

В стране принят ряд важных решений, прежде всего «Национальная стратегия в интересах детей». За последние 2 года на модернизацию педиатрической службы выделено 150 млрд руб. Это позволило существенно улучшить материально-техническую базу стационарного и амбулаторно-поликлинического звена. Открыто 2500 реанимационных коек, 500 коек неонатальной хирургии, около 1 тыс. реабилитационных коек.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: неонатолог отделения восстановительного лечения детей раннего возраста НЦЗД Зульфия Закирова.

Перспективы

В Бурятии – глобальная стройка

Ближайшие два года станут для здравоохранения Республики Бурятия эпохой большого строительства. По словам министра здравоохранения республики Валерия Коженикова, ряд объектов уже в стадии завершения, а какие-то проекты только ещё согласуются.

Так, в связи с заметным ростом рождаемости в Бурятии остро стоит вопрос о строительстве нового республиканского перинатального центра с неонатальным стационаром. Решение этой задачи в настоящее время обсуждается на федеральном уровне.

В конце I квартала 2013 г. в Улан-Удэ планируется сдать в эксплуатацию региональный СПИД-центр. В нынешнем же году должен завершиться первый этап строительства республиканского онкологического центра, четвёртого

пускового комплекса Детской республиканской клинической больницы и очередного корпуса Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко.

Министр сделал акцент и на развитии сельской медицины. В северной зоне республики должны появиться межрайонные медицинские центры. А для выездной работы специалистов республиканских клиник в отдалённых районах Минздрав Бурятии приобретает передвижные поликлиники на базе КамАЗов. Средства на эти цели – 276 млн руб. – уже поступили.

Далее, в следующем году планируется начать возведение республиканской инфекционной больницы. В настоящее время определяется площадка под будущую клинику.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

Тенденции

Осваивают тренажёры

У югорских медиков теперь есть возможность пользоваться специальными тренажёрами: недавно здесь появилось современное симуляционное оборудование.

– Обучение на этих тренажёрах позволит нашим медикам осваивать и совершенствовать диагностические манипуляции, современные методы лечения и тем самым повышать качество, эффективность и доступность медицинской помощи непосредственно в учреждениях здравоохранения, – отмечает Александр Попов, проректор по последипломному образованию Ханты-Мансийской государственной медицинской академии.

По его словам, симуляционный класс академии будет работать на постоянной основе. Обучение специ-

алистов автономного округа включает наиболее актуальные разделы клинической медицины: анестезиологию и реанимацию, абдоминальную и сердечно-сосудистую хирургию, акушерство и гинекологию, педиатрию.

Плюсы использования симуляционной медицинской техники состоят в возможности безопасно отработать практические навыки ещё до начала реальных операций. Все аппараты-симуляторы повторяют реальные прототипы, которые используются в окружной клинической больнице. Не случайно именно её специалисты совместно с сотрудниками медицинской академии первыми начали освоение нового оборудования.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

Начало

По правилам золотого часа

В Кузбассе в рамках Федеральной программы совершенствования медицинской помощи пострадавшим при ДТП начал работу первый травмоцентр. Он развёрнут на базе ЦРБ Тяжинского района, через который проходит федеральная трасса М-53 «Байкал», и имеет статус травмоцентра III уровня.

Создание травмоцентра позволит повысить эффективность и качество оказания экстренной помощи пострадавшим. Так, в ЦРБ были отремонтированы приёмное и реанимационное отделения и оперблок. Также в распоряжение медиков поступило новое

оборудование: 2 наркозных аппарата, 2 аппарата искусственной вентиляции лёгких, 6 мониторов слежения для контроля за различными параметрами состояния пациентов и так называемая «С-дуга» – рентгенаппарат, позволяющий контролировать ход травматологических операции во время их проведения. В общей сложности на ремонт и оснащение травмоцентра из федерального и областного бюджета был выделен 21 млн руб.

Кроме того, больница ожидает поступление реанимобиля с аппаратами ИВЛ и ЭКГ, с противошоковыми костюмами... Он даст возможность начинать высокоэффективные реанимационные мероприятия уже на

пути в больницу, а при необходимости – транспортировать пострадавших в травмоцентры более высокого уровня.

В общей сложности в 2013 г. вдоль этого участка планируется создать 8 травмоцентров. Плюс к этому будут открыты 2 трассовых поста «скорой помощи». Пока что их удалённость от крупных населённых пунктов создаёт определённые трудности при выполнении так называемого правила золотого часа, многократно увеличивающего шансы пострадавших на благополучный исход.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

В НОМЕРЕ

Детские фтизиатры Сибири и Дальнего Востока ведут работу над ошибками.

Стр. 5.

Точка зрения на происхождение болей в опорно-двигательной системе.

Стр. 11.

Эта новость на днях стала главной в регионе: губернатор Сергей Жвачкин предложил главному врачу Томской областной клинической больницы Максиму Заюкову написать заявление об отставке.

Судя по официальной информации, которую распространила областная администрация, расставание произошло не «по хорошему». Главному врачу вменили в вину то, что ОКБ – единственное лечебное учреждение региона, где не истрочены все деньги, которые были выделены по программе модернизации здравоохранения, и сорван срок проведения капитального ремонта. Речь идёт о неосвоенной сумме более 100 млн руб.

Губернатор лично побывал в больнице и своими глазами увидел ход капремонта. Его оценка не заставила себя долго ждать: «Ситуация вокруг ОКБ позорная и для чиновников и для строителей. Больница, которая

Острая тема

Больницу довели до ручки... Скандал в Томске навеивает на грустные мысли

была флагманом областного здравоохранения, доведена до ручки. Это ещё можно было бы объяснить ситуацией дефицита средств, но у нас-то всё наоборот. Руководство больницы просто не в состоянии управлять бюджетными деньгами, и с этим мы мириться не будем!»

В этой истории примечательно то, что главного врача уволили, а строительной компании, которая собственно и допустила срыв срока капитального ремонта,

всего лишь «указали» на невыполнение взятых обязательств и дали возможность исправить ошибки в течение 2 месяцев.

В то же время, по словам самого Сергея Жвачкина, «необходимо полностью менять подход к капитальному ремонту социальных объектов. Отвечать за выполнение работ теперь будут не департаменты социальной сферы, а строительный управленческий блок». И как это заявление увязывается с

претензиями в адрес Максима Заюкова?

История с увольнением главного врача Томской областной больницы вызвала бурное обсуждение среди жителей региона. Это и понятно: оскандалилось крупнейшее медицинское учреждение, событие неординарное, и томичи спешат не только высказать отношение к самому факту увольнения главврача, но и, пользуясь случаем, поделиться собственным мнением о качестве

медицинской помощи в областной больнице. Справедливости ради отметим, что негативных отзывов немало. Но, как говорится, где их нет...

В то же время высказываются и разные версии «истинных» причин случившейся отставки Максима Заюкова, называются фамилии чиновников и бизнесменов, которым эта отставка может быть выгодна. «Особо информированные» указывают даже имя нового главного врача больницы. Одним словом, «внезапное» снятие Заюкова с должности преподносится, как давно решённый вопрос.

Так это или нет, выяснить не удалось: на момент написания этого текста попытки корреспондента «МГ» получить комментарий в Департаменте здравоохранения Томской области, к сожалению, оказались безуспешными.

Елена БУШ,
с.б. корр. «МГ».

Томск.

Из первых уст

Приказ Минздрава России № 1069н от 17.12.2012 развивает опасения об отмене платного донорства. Более того, впервые в истории развитых стран на национальном уровне определены категории платных доноров и размер выплаты. Платить можно людям с определённым фенотипом эритроцитов; а также донорам, сдающим компоненты крови методом селективного афереза.

Редки ли редкие доноры?

Плату за донацию крови могут получить:

- обладатели 8 фенотипов по системе резус (см. табл. 1);
- доноры, у которых отсутствует не менее 1 из 8 декретированных антигенов (см. табл. 2).

Данные в таблицах приведены для европеоидов (у монголоидов антиген Lu^a практически не встречается).

Несложный арифметический подсчёт показывает, что практически любого донора крови можно отнести к категории платных, но сделать это можно лишь после углублённого исследования фенотипа эритроцитов. Столь широкий спектр антигенов эритроцитов также является новеллой мирового уровня. Можно прогнозировать методический рост иммуногематологических лабораторий, расширение национальной базы данных донорства крови и её компонентов, а также оживление отечественного рынка и мирового производства серологических реагентов.

Интересно включение в «декретированные» антигена К, поскольку выдача Келл-положительных эритроцитов в российские клиники запрещена. Возможно, гетерозигот по К специально отбирают для профилактики переливания им эритроцитов. Потому что Келл-

Платное донорство никто не отменял

Вышел в свет приказ Минздрава России № 1069н от 17.12.2012 «Об утверждении случаев, в которых возможна сдача крови и (или) её компонентов за плату, а также размеров такой платы»



отрицательные эритроциты иммунизируют антигеном «Челлано» реципиента с фенотипом КК. А другие в клинику выдать невозможно – программа «Аист» просто этикетку не напечатает.

Предстоит большая работа по поиску доказательств клинической и экономической эффективности расширенного иммунофенотипи-

рования доноров и пациентов, выделение целевых групп «трансфузиозависимых пациентов», нуждающихся в столь сложной технологии профилактики иммунного конфликта.

Заготавливать то, что нужно

Приказ напрямую стимулирует получение нужных реципиенту компонентов, в первую очередь тромбоцитов и эритроцитов, методом афереза (см. «МГ» № 13 от 23.02.2011).

Не совсем удачно указана доза аферезных эритроцитов – 400 мл, при неопределённом гематокрите. Но трансфузиологи обязаны соблюдать технический регламент и при аферезе заготавливать две дозы эритроцитарной взвеси, содержащих не менее 45 г гемоглобина в каждой. Основы работы по эритроцитаферезу заложены более десяти лет назад в НИЛ – Центре крови и тканей Военно-медицинской академии (Г.Бараташвили, С.Калеко, Н.Попова и др.).

Современные аппараты позволяют заготавливать от одного донора более 4 стандартных доз (более 9 x 10¹¹ клеток) тромбоцитов. Видимо, и оплату донора можно пропорционально увеличить.

Определённый минимальный объём дозы аферезной плазмы (600 мл) ставит долгожданную точку на пути неэффективно-однократного плазмафереза (см. «МГ» № 2 от 13.01.2012).

Аферез донорских гранулоцитов важен для коррекции нейтропении у пациентов с сепсисом, некупируемым антибиотиками. К сожалению, легально применить гранулоциты сегодня в России невозможно. Срок их годности (24 часа) приходит в противоречие с необъяснимой обязательной задержкой скрининга инфекций у доноров на 18 часов (см. «МГ» № 18 от 16.03.2011).

Поровну или по-братски

В годы действия предыдущего закона было много нареканий на различия (достигавшие 20-кратного разрыва) выплат донорам в разных регионах.

Приказ вводит новый принцип расчёта выплат, предложенный на страницах «МГ» более 7 лет назад (см. № 77 от 05.10.2005), – в зависимости от прожиточного минимума, принятого в Российской Федерации.

Эту сумму можно найти на сайте Росстата (<http://www.gks.ru/gis/tables/UROV-6.htm>). Отличия есть и по регионам, и по социально-демографическим группам. Величина прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам в субъектах Федерации определяется ежеквартально на основании потребительской корзины в соответствии с Федеральным законом № 134-ФЗ от 24.10.1997 «О прожиточном минимуме в Российской Федерации».

Таким образом, трансфузиологи получили возможность работать ещё лучше – на благо здоровья россиян.

Приглашаем всех коллег обменяться опытом развития платного донорства и трансфузиологических технологий на семинаре в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова 15-17 мая 2013 г.

Евгений ЖИБУРТ,
заведующий кафедрой
трансфузиологии,
профессор.

Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И.Пирогова.

НА СНИМКЕ: та самая кровь всегда в цене.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Таблица 1
Распространённость «декретированных» фенотипов системы резус

Резус-положительные			
Фенотип	Частота, %	Генотип	Частота, %
CCDEE	0,00		
CCDEe	0,07	CDE/CDe	
CcDEE	0,035	CDE/cdE cDE/CdE	0,006 0,029
ccDEE	2,49	cDE/cDE cDE/cdE	2,16 0,33
Резус-отрицательные			
Ccddee	12,71	cde/cde	
Ccddee	1,54	Cde/cde	
CwCdde			
CCddEE	0,00		

Таблица 2
Распространённость «декретированных» антигенов

Антиген	Название	Частота, %
K	Челлано	99,8
JK ^a	Кидд – а	77
S	С	57
M	М	78
Lu ^a	Лютеран – а	7,7
Lu ^b	Лютеран – б	99,9
Fy ^a	Даффи – а	68
Fy ^b	Даффи – б	80