



НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

№ 2 (54)  
2023



тема номера

## МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО В МОСКВЕ:

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ, НЕОНАТОЛОГИЯ, ПЕДИАТРИЯ

**Репродуктивное  
здоровье москвичей**

Олег Латышкевич

стр. 6

**Перинатальные  
центры Москвы**

стр. 32

**Неонатальная  
служба столицы**

Валерий Горев

стр. 66



## Цифровая платформа журнала «Московская медицина»



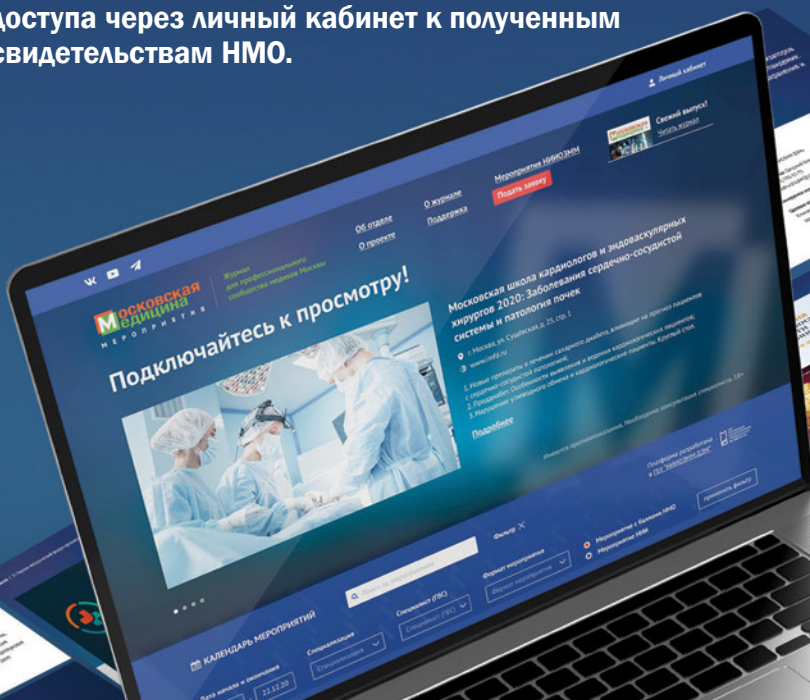
Сервис «Московская медицина. Мероприятия» создан в 2020 году и используется медицинскими организациями города как самый актуальный информационный ресурс в системе столичного здравоохранения. Является отечественной разработкой.

### Платформа позволяет проводить мероприятия:

- различного формата без ограничений географии и количества участников;
- с технической поддержкой в режиме реального времени;
- с трансляцией в параллельных виртуальных залах;
- с возможностью синхронного перевода.

Отвечает требованиям к организации онлайн-мероприятий для НМО.

Участникам обеспечена возможность постоянного доступа через личный кабинет к полученным свидетельствам НМО.



в 2022 году

200 мероприятий

340 тыс. зарегистрированных пользователей



## Алексей Хрипун

руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы

Охрана материнства и детства — один из самых главных приоритетов как в жизни семьи, так и на государственном уровне. Москва дорожит каждым новорожденным москвичом и окружает его заботой еще до рождения, стараясь создать максимально комфортные условия для будущих матерей. Причем с точки зрения не только медицинской помощи беременным, но и психологической подготовки к процессу родов и к материнству.

Удобные женские консультации, связанные с ними родильные дома и перинатальные центры — прозрачность структуры и рациональная организация акушерской помощи, когда все акушерские стационары относятся к крупным многопрофильным больницам, принесла свои плоды. В 2022 году Москва обновила исторический минимум как материнской, так и неонатальной смертности.

В этом существенная заслуга медицинских специалистов различного профиля — акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, специалистов по репродуктивным технологиям и всей огромной мультидисциплинарной команды московского здравоохранения, где любой специалист всегда готов прийти на помощь.

Небывалый рост материально-технических возможностей московского здравоохранения теперь заметен в каждом детском стационаре и в уникальных перинатальных центрах. Все это в сочетании с высочайшей квалификацией наших специалистов, их постоянным профессиональным ростом и преданностью делу позволяет уверенно смотреть в будущее наших детей.



# Содержание

- 1** Вступительное слово руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна

## Репродуктивное здоровье

- 6** Репродуктивное здоровье москвичей  
*О. А. Латышкевич*
- 12** Развитие гинекологической помощи в Москве: женские консультации как часть многопрофильных стационаров  
*В. В. Коренная*
- 16** Репродуктивное здоровье мальчиков  
*С. Г. Врублевский*
- 20** Основные аспекты сохранения здоровья мужчин  
*Д. Ю. Пушкарь*
- 22** Рождаемость в реальных поколениях москвичек по данным переписи населения 2020 года  
*В. Н. Архангельский*

## Материнство

- 28** Акушерско-гинекологическая помощь в Москве  
*А. С. Оленев*
- 32** Перинатальный центр Городской клинической больницы № 67 имени Л. А. Ворохобова



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

- 37** Перинатальный центр Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка»
- 42** Перинатальный центр Городской клинической больницы имени М. П. Кончаловского
- 48** Перинатальный центр Городской клинической больницы имени С. С. Юдина
- 52** Перинатология: практические аспекты мультидисциплинарного взаимодействия  
*А. В. Камашева*
- 58** Беременность и роды: психологические аспекты  
*Н. Л. Маленкова*

## Детство

- 66** Неонатальная служба столицы  
*В. В. Горев*
- 76** Неонатальный скрининг. Инфографика
- 78** Профилактика — главный фокус в московской системе детского здравоохранения  
*И. М. Османов*
- 82** Московская «молочная кухня»  
*В. Н. Бабаева*
- 84** Медицинская помощь новорожденным в условиях стационара  
*А. И. Чубарова*
- 90** Детская анестезиология-реаниматология в московском мегаполисе  
*И. И. Афуков*



# НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ  
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

## ЗДОРОВЬЕ МЕГАПОЛИСА



### Новая площадка

для обобщения отечественного и мирового опыта организации медицинской помощи в условиях больших городов

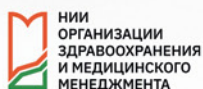
“

Призываю всех активно использовать эту трибуну для обсуждения жизненно важных проблем функционирования крупнейших мегаполисов мира

”



[city-healthcare.com](http://city-healthcare.com)



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

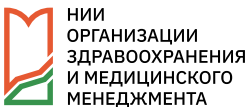
ISSN 2713-2617



Академик  
Н. И. Брико



Фото на обложке: Shutterstock



**Редакция журнала «Московская медицина»:**  
115088, г. Москва,  
Шарикоподшипниковская ул., д. 9  
niiozmm@zdrav.mos.ru  
Представителем авторов публикаций в журнале «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя).  
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

**Учредитель:**  
Департамент здравоохранения города Москвы

**Издатель:**  
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года.  
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 2 (54) 2023 г.  
журнала «Московская медицина» отпечатан 25 апреля 2023 года

Отпечатано ИП С. С. Сергеев, зак. 1905  
Тираж 10 000 экз.  
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



9 772587 867000

# Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета Печатников Леонид Михайлович

## Редакционный совет

**Андреева Елена Евгеньевна**, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

**Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Богородская Елена Михайловна**, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

**Загребнева Алена Игоревна**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Зайратьянц Олег Вадимович**, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

**Князев Олег Владимирович**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

**Курынин Роман Викторович**, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

**Мазус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

**Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Орджоникидзе Зураб Гивиевич**, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

**Османов Исмаил Магомедтагирович**, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный детский специалист нефролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Урванова Ирина Анатольевна**, директор МГФОМС

**Фомин Виктор Викторович**, главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач), главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

**Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист Департамента здравоохранения города Москвы

**Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Редакторы: **Алина Дмитриевна Хараз,**

**Наталья Николаевна Верзилина**

Корректор: **Ирина Давидовна Баринская**

Дизайнер: **Ирина Львовна Тарнавская**

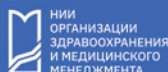
Фотограф: **Людмила Николаевна Заботина**



**НАУЧНАЯ  
ЛАБОРАТОРИЯ**  
МОСКОВСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



ДИРЕКЦИЯ  
по координации деятельности  
медицинских организаций ДМО

## Каждый врач может реализовать свой научный потенциал:

- совмещать практическую работу с научной деятельностью;
- проводить исследования;
- публиковать статьи;
- выступать на конференциях;
- стать признанным экспертом в своей области.

Проект инициирован Департаментом здравоохранения города Москвы и направлен на развитие исследовательских компетенций специалистов первичного звена здравоохранения с целью увеличения числа научных публикаций и профильных конференций.



Подробнее о возможностях участия – на сайте проекта



# Репродуктивное здоровье москвичей

*Олег Латышкевич*



*О том, как лечится бесплодие, какие репродуктивные технологии применяются в Москве и как развивается репродуктология, рассказывает главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Москвы Олег Латышкевич.*

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**Олег Латышкевич, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Москвы, к. м. н.**

## — Как вы оцениваете репродуктивное здоровье москвичей?

— Под термином «репродуктивное здоровье» кроется гораздо больше, нежели только сфера акушерства и гинекологии. Нарушение репродуктивного здоровья — не только медицинская, но и социальная проблема. Сейчас у большого числа беременных выявляются гестационный сахарный диабет, нарушение жирового обмена, что указывает на необходимость работы с населением в отношении правильного питания, здорового образа жизни. И начинать работу над сохранением репродуктивного здоровья необходимо уже в детском возрасте: привлекать детей к занятиям физкультурой и спортом, создавать для них доступную спортивную инфраструктуру, приучать их к здоровому питанию. В этот процесс должны быть вовлечены школы, спортивные секции, учреждения дополнительного образования. Решать проблему нужно в комплексе.

В Москве введена трехуровневая система оказания медицинской помощи жительницам города: женские консультации и роддома вошли в структуру многопрофильных больниц. Модель сработала хорошо, о чем свидетельствует снижение числа материнской и младенческой смертности в городе. Сомнений нет — всё делаем правильно.

## — Правда ли, что женщины страдают бесплодием чаще, чем мужчины?

— Это не совсем так, просто женщины чаще обращаются в медицинские организации по поводу бесплодия. В паре женщина гораздо раньше мужчины ставит перед собой задачу родить ребенка. И если что-то не получается, она первая обращается за медицинской помощью и гораздо ответственнее относится к проблеме. Часто приходится сталкиваться с тем, что женщина одна приходит на прием, а на вопрос, почему она без мужа, отвечает, что его еще надо уговорить прийти, а потом заставить обследоваться. У мужчин другая психология, они все время куда-то бегут, зарабатывают деньги, им недосуг заниматься своим здоровьем.



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

### — Можно ли вылечить бесплодие?

— Все зависит от возраста пациентки и причин бесплодия. Большинство женщин с лишним весом в репродуктивном возрасте могут решить проблему бесплодия, за счет питания и занятий спортом сбросив вес.

Если фактор бесплодия мужской, то необходимо лечить заболевания, которые привели к снижению подвижности сперматозоидов. А если женщина выйдет за рамки репродуктивного возраста, то дальше будут возможны только репродуктивные технологии, причем с не очень удобным вариантом, связанные с донорскими программами. Поэтому если у женщины приближается закат репродуктивного возраста, рекомендуется применять репродуктивные технологии.

В диагнозе «бесплодие» нет ничего страшного, если он поставлен вовремя. Большинство проблем можно решить, если женщины, не боясь диагноза, вовремя будут обращаться к врачу. Бывает так, что мы пять лет уговариваем семейную пару на экстракорпоральное



В московских медицинских организациях проводятся процедуры ЭКО

оплодотворение (ЭКО), а потом, когда они решаются, приходится применять донорскую программу.

### — Какие вспомогательные репродуктивные технологии используются в настоящее время?

— Эти технологии можно разделить на технологии до ЭКО и ЭКО, у каждой из них есть свои показания и противопоказания. Консультацию врача акушера-гинеколога (репродуктолога) тоже можно считать репродуктивной технологией. Около 15 % проблем решается с помощью консультирования пары, объяснения, как наступает беременность, как правильно жить половой жизнью, как отслеживать овуляцию.

**В ДИАГНОЗЕ «БЕСПЛОДИЕ» НЕТ НИЧЕГО СТРАШНОГО, ЕСЛИ ОН ПСТАВЛЕН ВОВРЕМЯ. БОЛЬШИНСТВО ПРОБЛЕМ МОЖНО РЕШИТЬ**



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

В зависимости от возраста, выявленных патологий, причин, вызвавших бесплодие, на этапе до ЭКО производятся стимуляция овуляции, инсеминация. Процедуры проводятся в отделениях вспомогательных репродуктивных технологий.

Методы экстракорпорального оплодотворения тоже бывают разные: ЭКО ИКСИ, ЭКО с донорскими яйцеклетками, ЭКО с донорской спермой, ЭКО с преимплантационной диагностикой. В Москве эти технологии хорошо развиты, и мы ими активно и профессионально пользуемся.

### — Как организована помощь женщине в рамках ЭКО?

— Если у женщины не наступает беременность, она обращается в женскую консультацию, и акушер-гинеколог, согласно стандартам, назначает ей комплексное обследование для выявления причин бесплодия



Оснащение лабораторий позволяет проводить исследования на самом высоком уровне

в соответствии с клиническими рекомендациями. Если возраст женщины и клинические показания позволяют, врачи сначала пытаются решить проблему лечением. Если есть показания для ЭКО и отсутствуют противопоказания к проведению процедуры выдается направление на ЭКО по ОМС. В структуре Департамента здравоохранения города Москвы работают отделения вспомогательных репродуктивных технологий: в ГКБ имени В. В. Вересаева, ГКБ имени В. В. Виноградова, ГКБ имени Ф. И. Иноземцева, в Центре планирования семьи и репродукции. Готовится к открытию в 2023 году отделение ЭКО в ММКЦ «Коммунарка».

**МЫ ВСЕГДА ИЩЕМ ПРИЧИНУ НЕНАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, СИТУАЦИИ БЫВАЮТ РАЗНЫЕ. В НАШЕЙ ПРАКТИКЕ БОЛЬШИНСТВО ПАЦИЕНТОК ПОЛУЧАЕТ ЖЕЛАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ**





## КОНСУЛЬТАЦИЮ ВРАЧА ТОЖЕ МОЖНО СЧИТАТЬ РЕПРОДУКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ. ОКОЛО 15 % ПРОБЛЕМ РЕШАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАРЫ, ОБЪЯСНЕНИЯ, КАК НАСТУПАЕТ БЕРЕМЕННОСТЬ

### — Каким парам показано медико-генетическое консультирование? Как оно организовано в Москве?

— В структуре Департамента здравоохранения города Москвы есть медицинские организации, которые работают с генетическими проблемами пациентов детородного возраста. Каждый врач женской консультации имеет возможность направить семейную пару на медико-генетическое консультирование. Показания для его проведения строго определены:

в криопереносе, то есть стимуляция овуляции не проводится. Мы готовим пациентку, размораживаем эмбрион и переносим его. Эмбрионы градуируются по специальным шкалам качества. Внешние морфологические

От момента первичного обследования до ведения беременности женщина наблюдается в центре репродуктивных технологий

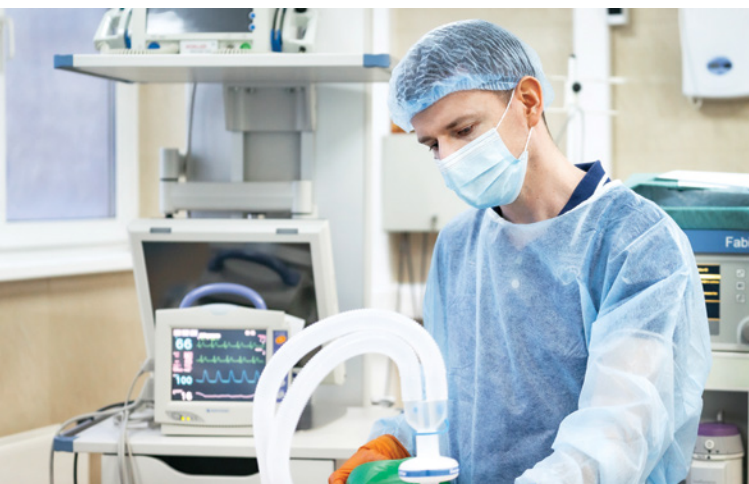


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

несколько неудачных беременностей в анамнезе, отягощенная наследственность, близкородственные браки (в Москве они редко встречаются), в определенных случаях — бесплодие.

### — Сколько попыток ЭКО в год можно делать?

— Мы стараемся делать не больше двух попыток в год одной женщине, поскольку стимуляция овуляции, гормональная нагрузка может повредить здоровью пациентки. Чаще всего у пациентки (если нет сопутствующих заболеваний) после первой попытки стимуляции овуляции получается большое количество эмбрионов. Они замораживаются, и следующая попытка уже заключается



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

признаки эмбриона имеют четкие характеристики, и мы пересаживаем самых лучших. Криопереносы можно делать несколько раз в год. Они тоже входят в программу ОМС.

### — Что делать, если попытки ЭКО оказались неудачными?

— Если попытки были неудачные, мы ищем причину наступления беременности. Пациентка дополнительно обследуется. Ситуации разные, бывают и такие, когда мы говорим: необходимо искать другие варианты, например ЭКО с донорской яйцеклеткой. В нашей практике большинство пациенток получает желаемый результат.

— **Как медработники решают этические проблемы, которые, возможно, возникают в связи с ЭКО?**

— У врачей с ЭКО этических проблем практически не возникает. Женщина или пара все для себя решили, для них это продуманный шаг. Мужчина крайне редко говорит, что он не приемлет ЭКО, обычно главное пациентке решиться на процедуру, а своего мужа она уговорит. Мы никого не заставляем. С каждой парой беседуем, рассказываем, объясняем ситуацию.

Кроме того, этические барьеры точно прописаны в законе. Законодательством запрещена селекция пола, она разрешается, только если присутствуют сцепленные с полом генетические патологии. Во всех остальных случаях никаких этических проблем у врачей не возникает. Недавно был разработан законопроект, запрещающий иностранцам делать ЭКО в российских клиниках, но это уже не медицинская, а юридическая проблема.

какие-то генетические проблемы, мы их находим и не работаем с этими эмбрионами. В Москве преимплантационная генетическая диагностика делается в нескольких клиниках. Абсолютных показаний к преимплантационной диагностике немного. Как правило, ее предлагают женщине после трех-четырёх неудачных попыток ЭКО. Если все остальное в норме, а имплантации не происходит, можно предположить какую-то генетическую проблему, и самый простой способ исключить ее — провести преимплантационную генетическую диагностику.

— **От чего зависит успешность ЭКО?**

— Во-первых, от психоэмоционального состояния пациентки, от отношений и взаимопонимания в паре. Успех

ЭКО требует мультидисциплинарного подхода



Фото: mos.ru



Фото: shutterstock

**ЕСЛИ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ ПОПЫТКИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ПОЛУЧАЕТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭМБРИОНОВ, ОНИ ЗАМОРАЖИВАЮТСЯ, И СЛЕДУЮЩАЯ ПОПЫТКА ЭКО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В КРИОПЕРЕНОСЕ**

— **В каких случаях проводится преимплантационная диагностика?**

— Преимплантационная генетическая диагностика — это исследование качества эмбриона по генетическим признакам. Мы оплодотворяем несколько яйцеклеток, берем от эмбрионов биологический материал, в течение определенного времени он исследуется: определяется набор хромосом, резус-фактор плода и т. д. Если есть

ЭКО также существенно зависит от профессионализма врачей, причем не только от акушеров-гинекологов, но и от эмбриологов, андрологов, генетиков. ЭКО требует мультидисциплинарного подхода. Важное значение имеет оборудование. Отделения вспомогательных репродуктивных технологий больниц, находящихся в структуре Департамента здравоохранения города Москвы и сотрудничающих с ним, оснащены очень хорошо.



## НУЖНО ТАК ВОСПИТЫВАТЬ ПОДРАСТАЮЩЕЕ ПОКОЛЕНИЕ, ЧТОБЫ ОНИ ХОТЕЛИ РОЖАТЬ ДЕТЕЙ — И ЖЕЛАТЕЛЬНО ВОВРЕМЯ, И БОЛЬШЕ ДВУХ. ЭТО И БУДЕТ САМЫМ ПРАВИЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ



Фото: mos.ru

### — Какие перспективы у репродуктивных технологий?

— Репродуктология — наука, которая и в мире, и в нашей стране, и в Москве в своем развитии идет семимильными шагами. По сути, это самая инновационная часть медицины. Репродуктивные технологии очень востребованы. Женщине, которая хочет ребенка, сложно принять, что она не может родить, поэтому она готова на любые траты: финансовые, временные, трудозатраты. В мировой практике уже есть успешные разработки искусственной матки, то есть становится возможным, помимо беременности, и вынашивание *in vitro*. Если социум и общество не исключат данный процесс, то будущее репродуктологии — за искусственной маткой.

Продолжают развиваться технологии ЭКО. Но нельзя сделать ЭКО всему земному шару. И в моем понимании будущее все-таки в том, чтобы правильно направить молодые умы нашего населения, чтобы молодые люди вели здоровый образ жизни и вовремя



В одном из московских родильных домов

рожали детей. К сожалению, возраст первородящих увеличивается, сейчас у женщин на первом месте стоит карьера и зарабатывание денег. По законам эволюции женщина должна иметь большое количество детей, а ее репродуктивный возраст заканчивается к 40 годам. Многие же наши современницы в этом возрасте только начинают задумываться о рождении ребенка. Понятно, что сейчас эволюционного идеала мы не должны достигать, но тенденция рожать первого ребенка в 40 лет и старше — неправильная. Нужно так воспитывать подрастающее поколение, чтобы они хотели рожать детей — и желательно вовремя, и больше двух. Это и будет самым правильным развитием репродуктивных технологий. **M**



# Развитие гинекологической помощи в Москве

## Женские консультации как часть многопрофильных стационаров

*Вера Коренная*



*О современных подходах к организации гинекологической помощи в Москве — электронных сервисах, мультидисциплинарности, превентивности и многом другом рассказывает главный внештатный специалист по гинекологии Вера Коренная.*

Фото: ГКБ № 52

**Вера Коренная, к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии РМАНПО, главный внештатный специалист по гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель главного врача по перспективному развитию ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 ДЗМ»**

**— Гинекологическая помощь традиционно организована отдельно от остальной медицинской помощи. С чем это связано?**

— С одной стороны, охрана материнства и детства, частью которой является современная акушерская и гинекологическая помощь, сформулирована как самостоятельная государственная задача, поэтому она выделена в особое направление организации оказания

медицинской помощи. Вместе с тем полное отделение от остальных профилей медицинской помощи невозможно в связи с всеобщим вектором развития мультидисциплинарного подхода в медицинской помощи и повышения преемственности в процессе ее оказания.

**— Как устроена сегодня сеть медицинской помощи женщинам в Москве?**

— Первичная медико-санитарная помощь по профилю «акушерство и гинекология» обеспечивается сетью женских консультаций, а также консультативно-диагностических отделений, являющихся структурными подразделениями крупных многопрофильных стационаров. При этом сеть женских консультаций равномерно развернута на территории города и работает по участковому принципу. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в гинекологических отделениях больниц, а также



## УРОВЕНЬ КОНКУРЕНЦИИ СРЕДИ СПЕЦИАЛИСТОВ **ВЫСОКО ПОДНИМАЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПЛАНКУ И СПОСОБСТВУЕТ ДИНАМИЧНОМУ РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ**



Фото: mos.ru

в скорпомощных комплексах, стремительно развивающихся в столице с недавнего времени. Кроме того, широко развито направление стационарозамещающей медицинской помощи за счет стационаров кратковременного пребывания и дневных стационаров для больных гинекологического профиля.

**— К каким результатам привело слияние женских консултанций и роддомов с многопрофильными стационарами? Почему такая структура более целесообразна?**

— В первую очередь это позволило обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи: от лечения гинекологических заболеваний, планирования беременности и ее ведения мультидисциплинарной командой специалистов — до родоразрешения и при необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи недоношенным новорожденным.



В гинекологической помощи активно используются новые технологии

**— Какие инновации, достижения отличают сегодня гинекологию в Москве?**

— Отличительная черта столичного здравоохранения — это реальная доступность всех современных видов медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. Лапароскопическая и эндоваскулярная хирургия, установка сетчатых имплантов широко внедрены в практику московского здравоохранения и полностью покрываются средствами обязательного медицинского страхования. Лучевая и молекулярная диагностика обеспечивают хирургическую помощь высокой точностью и избирательностью.

— Можно ли говорить о московской гинекологической школе, традициях?

— В эпоху доказательной медицины, бурного развития медицинских технологий и всеобщей доступности научной информации понятие научной школы имеет по большей части исторический аспект. Но основная традиция московской гинекологии — сохранять ведущую роль — остается неизменной и укрепляется. В Москве имеется невероятная концентрация сил и средств для совершенствования системы качества оказания медицинской помощи, и гинекология не является исключением. Все самое современное и инновационное в аспекте суждений о заболеваниях, подходов в их диагностике и лечении активно внедряется в гинекологическую помощь сильнейшими в нашей стране кафедрами и высококлассными врачами — акушерами-гинекологами. Имеющийся уровень конкуренции среди специалистов высоко поднимает профессиональную планку и способствует динамичному развитию службы.

— Какие дополнительные знания или компетенции, с вашей точки зрения, требуются практикующим гинекологам в Москве, какие направления обучения представляются вам наиболее значимыми?

— Для врачей амбулаторного звена это прежде всего знание общих подходов к профилактике рака шейки матки, гинекологической эндокринологии и практические навыки проведения не требующей госпитализации диагностики внутриматочной патологии (аспирационная биопсия эндометрия, офисная гистероскопия). Врачам стационаров сегодня, пожалуй, прежде всего необходимо овладеть внутриматочной хирургией и техникой эндоскопического

Современное оборудование обеспечивает максимально комфортные условия для пациенток



Фото: mos.ru

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ШИРОКО РАЗВИТО В МОСКВЕ НАПРАВЛЕНИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СТАЦИОНАРОВ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ**





шва. И безусловно, каждый врач — акушер-гинеколог должен уметь грамотно использовать методы ультразвуковой диагностики, если этого потребует клиническая ситуация.

— **Сегодня огромное значение придается профилактике и превентивности. Как, с вашей точки зрения, можно наладить регулярность визитов женщин к гинекологу? Какие вы видите решения?**

— Для решения этой ключевой, на мой взгляд, профилактической задачи нужно использовать все доступные методы. Широкое информирование и социаль-

— С позиции профилактики заболеваний и преемственности в оказании медицинской помощи специалистам поликлиник необходимо прежде всего знать параметры репродуктивного здоровья: сроки и признаки полового созревания, характеристики нормального менструального цикла, оптимальный возрастной период реализации репродуктивной функции, базовые аспекты в онконастороженности и проявления приближающейся менопаузы.

— **Как вы относитесь к гормональным контрацептивам и заместительной гормональной терапии?**

— Гинеколог должен обладать знаниями в эндокри-

## ОСНОВНАЯ ТРАДИЦИЯ МОСКОВСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ — СОХРАНЯТЬ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ — ОСТАЕТСЯ НЕИЗМЕННОЙ И УКРЕПЛЯЕТСЯ



Фото: mos.ru




Фото: mos.ru

ная реклама создают благоприятное общественное мнение в отношении профилактических программ, и это подтверждает мировой опыт. Причем подобное информирование пациенток о доступности скрининговых программ должно происходить адресно, персонально, с использованием информационных ресурсов и сервисов. У Москвы есть опыт организации программы профилактических осмотров в павильонах «Здоровая Москва», расположенных в парках, зонах отдыха и скверах столицы.

— **Что важно знать врачам общей практики и терапевтам поликлиник о гинекологических заболеваниях?**



Современный акушер-гинеколог владеет навыками ультразвуковой диагностики, обладает широким профессиональным кругозором для ведения сложных, в том числе коморбидных, пациентов

нологии в достаточной степени и прежде всего в репродуктивной эндокринологии. Важность гормональной контрацепции и менопаузальной гормонотерапии не вызывает ни малейшего сомнения. Учет показаний и противопоказаний позволяет получить максимальную пользу от гормональных воздействий с минимизацией связанных с ними рисков. 

# Репродуктивное здоровье мальчиков

*Сергей Врублевский*



*О том, какие факторы влияют на здоровье мальчиков, какие экстренные ситуации наиболее опасны и как организована служба детской урологии-андрологии, рассказал главный внештатный детский специалист уролог-андролог Департамента здравоохранения города Москвы Сергей Врублевский.*

Фото: НПЦ им. Н. Ф. Войно-Ясенецкого

**Сергей Врублевский**, главный внештатный детский специалист уролог-андролог Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель главного врача по хирургии Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям имени В. Ф. Войно-Ясенецкого, д. м. н., профессор.

— С какого возраста имеет смысл начинать заботиться о репродуктивном здоровье мальчика?

— Репродуктивное здоровье, как и другие функции человека, закладывается еще во время вынашивания, и позаботиться о нем надо до того, как ребенок родился.

Дети получают от мамы и папы генетическую информацию, в том числе информацию о патологиях. Мальчик наследует от отца Y-хромосому, которая детерминирует формирование органов половой системы по мужскому типу. Y-хромосома не только влияет на физиологию, но и определяет сознание, то, как человек будет мыслить. У мужчин другое мышление, и ориентация в мужском поле формируется примерно к четырем годам.

— Что в репродуктивном здоровье мальчика зависит от мамы?

— От мамы тоже зависит многое: от ее здоровья, от того, родила ли она ребенка в срок или раньше времени. Недоношенный ребенок имеет патологии значительно чаще, чем доношенный и зрелый. Если мальчик рождается с массой тела от полутора до двух с половиной

**Y-ХРОМОСОМА НЕ ТОЛЬКО ВЛИЯЕТ НА ФИЗИОЛОГИЮ, НО И ОПРЕДЕЛЯЕТ СОЗНАНИЕ, ТО, КАК ЧЕЛОВЕК БУДЕТ МЫСЛИТЬ, И «МУЖСКОЕ» СОЗНАНИЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИМЕРНО К ЧЕТЫРЕМ ГОДАМ**



Фото: НПЦ им. Н. Ф. Войно-Ясенецкого

килограммов, то вероятность неопущения яичек составляет как минимум 30 %. У ребенка с массой тела 900 г и меньше в 100 % случаев яички не опустятся в мошонку. А этот процесс очень важен, и если этого не произошло «по сценарию», то яичко, которое не опустилось, со временем будет испытывать определенные изменения. Иная температура (а она будет на 2–3 градуса выше) препятствует формированию тех клеток, из которых впоследствии, в репродуктивном возрасте, будут развиваться половые клетки, участвующие в оплодотворении. Природой все предусмотрено.

Сейчас тенденция во всем мире такова, что первый раз женщины рожают поздно, после 30 и даже после 40 лет. Зачастую женщине приходится применять гормональную терапию. Маме это помогает, а на гонады мальчика влияет угнетающе. Поэтому некоторые этапы формирования половых органов не завершаются в процессе внутриутробного развития, как это должно быть. В последнее время приходится чаще сталкиваться с тестикулярной дисгенезией, гипоспадией — даже



В операционной НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени Н. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ

у доношенных детей. В большинстве случаев эти отклонения имеют легкую форму. Их необходимо вовремя корректировать, чтобы не нарушать потом развития всех остальных процессов, в том числе психологических. Дети внимательны (в кавычках) друг к другу и не прощают отклонений. Поэтому мы говорим родителям, что с ситуацией надо справиться до того, как ребенок пойдет в детский сад.

**— Какие факторы, кроме наследственных, влияют на здоровье мальчика?**

— Здоровье человека, и мальчика, и девочки, зависит от наследственных факторов всего на 20 %. Еще на 20 % оно зависит от окружающей среды. От системы



здравоохранения, то есть от того, чем мы, врачи, занимаемся, оно зависит всего лишь на 10 %. И на 50 % здоровье зависит от образа жизни: социальных условий, питания, привычек и т. д. Здоровье ребенка, в том числе репродуктивное, во многом зависит от знаний родителей. Сейчас источников информации много, но далеко не все из них верные. Как растить девочку, что происходит с ее здоровьем, мама примерно представляет исходя из своего опыта. Но мальчик в семье тоже находится в основном под неустанным контролем матери. Если она знает, на что обращать внимание, каких неотложных состояний можно ожидать и как действовать в критической ситуации, то все будет в порядке.

### — Какие патологии наиболее распространены у мальчиков, в том числе новорожденных?

— У новорожденных — вышеупомянутые неопущение яичек и гипоспадия. Патологии стандартные, из года в год не меняются, но число их растет. И этому есть объяснение. Патологии крайней плоти не представляют серьезной угрозы, но бывают и исключения. Родители должны знать, на что обращать внимание, за чем следить при гигиене мальчика.

В первый год жизни ребенка чаще всего мы сталкиваемся с обращениями по поводу водянки оболочек яичка. В подавляющем большинстве случаев она не представляет угрозу для здоровья. Это не паховые грыжи, хотя звенья одной цепи: патогенез у этих патологий одинаковый. В случае водянки, как правило, требуется только наблюдение.

К нам обращаются и по поводу фимоза. В большинстве случаев ребенок рождается с фимозом, и родители начинают паниковать. Но фимоз — физиологическое состояние, и надо лишь соблюдать все гигиенические мероприятия. И ни в коем случае самим ничего не предпринимать. Мы много лекций и семинаров посвятили этой проблеме.

Помимо врожденных, есть ситуационные патологии. Мальчик достигает определенного возраста (препубертатного, пубертатного), происходит развитие наружных половых органов, появляются вторичные половые признаки. И проявляются патологии: гипоплазия яичек, варикозное нарушение вен семенного

канатика и т. д. Начиная с 12-летнего возраста мальчиков ежегодно осматривают детские урологи-андрологи, чтобы не пропустить патологию. В этом возрасте встречаются даже опухолевые заболевания яичек. Мальчиков, у которых выявляются патологии, ставят на диспансерный учет.

### — Какие экстренные ситуации наиболее опасны для репродуктивного здоровья мальчика?

— Такая патология, как перекрут яичка. Возникает внезапно на фоне полного здоровья и в любом возрасте. Если мальчик совсем маленький, мама может не понять причины его беспокойства, поскольку не владеет нужной информацией. А в пубертатном возрасте дети стесняются, ведут себя скрытно. И если нет контакта с родителями, то эта патология может привести к тяжелым последствиям. Я проводил анализ экстренных ситуаций в андрологии в Москве. В 2022 году в московские стационары поступило около ста мальчиков с перекрутом яичка, каждому пятому мальчику пришлось его удалить, потому что прошло очень много времени с момента заболевания. Ведь резко нарушается кровообращение органа, и счет идет на часы. Это очень чувствительный к недостатку кислорода орган, и если ишемия продлилась больше шести часов, спасти его трудно. Проблему эстетического и психологического дискомфорта можно решить с помощью операции протезирования яичка. Ведь мальчик вырастет, и ему нужно будет заводить семью. Он сможет стать отцом, но качество жизни может быть совсем иным. Такая ситуация говорит о неинформированности родителей. В амбулаторном звене проводятся лекции, и в этом направлении нам надо усилить работу. Хотя эта зона очень чувствительная, и нужно подобрать ключик, как об этом говорить, чтобы не вызвать неправильных эмоций.

### — Каковы симптомы перекрута яичка?

— Перекрут сопровождается сильной болью. Слегка меняется форма мошонки, но визуально заболевание сложно заподозрить. Яичко просто становится подтянутым и неподвижным. При пальпации ребенок испытывает сильные болевые ощущения. При болевых ощущениях

**ЕСЛИ РОДИТЕЛИ ЗНАЮТ, НА ЧТО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ, КАКИХ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ МОЖНО ОЖИДАТЬ И КАК ДЕЙСТВОВАТЬ В КРИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, ТО ВСЕ БУДЕТ В ПОРЯДКЕ**



## НАЧИНАЯ С 12-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА МАЛЬЧИКОВ ЕЖЕГОДНО ОСМАТРИВАЮТ ДЕТСКИЕ УРОЛОГИ-АНДРОЛОГИ, ЧТОБЫ НЕ ПРОПУСТИТЬ ПАТОЛОГИЮ

нужно сразу вызывать скорую помощь. Если подросток не может сказать о ситуации маме, нужно воспитывать мальчика так, чтобы он всегда мог позвонить и рассказать о проблеме папе.

### — Как организовано наблюдение мальчиков с точки зрения профилактики?

— В развитии мальчика есть четкие периоды. На этой основе у нас выстроена система профилактических медицинских осмотров. В возрасте одного месяца ребенка первый раз смотрит детский хирург, который владеет знаниями по детской урологии (хирурги проходят аккредитацию и как детские урологи-андрологи). Если хирург выявил патологию, он дает направление к детскому урологу-андрологу. Это специалист второго уровня оказания медицинской помощи (в консультативно-диагностическом центре) либо третьего — в стационаре. В каждом округе Москвы есть главные специалисты детские урологи-андрологи, они взаимодействуют с врачами на местах и со мной как главным детским специалистом урологом-андрологом Департамента здравоохранения города Москвы. Мы находимся в постоянном контакте.

### — Какие технологии используются для коррекции патологий?

— Москва по техническому оснащению находится на том же уровне, что и столицы развитых мировых держав. Есть диагностическая аппаратура экспертного класса: ультразвуковые аппараты, магнитно-резонансные томографы, компьютерные томографы. В нашем арсенале — операционные, оснащенные эндовидеохирургическим оборудованием. Они есть в каждой детской больнице Москвы. И многие нозологические формы (если у ребенка нет сопутствующих заболеваний) мы можем оперировать в условиях стационара кратковременного пребывания.

### — Как организовано взаимодействие урологов-андрологов с врачами других специальностей?


— Детские урологи-андрологи находятся в тесном контакте с педиатрами, а также с детскими эндокринологами. Многие вопросы необходимо решать совместно,

особенно там, где имеются нарушения формирования половых органов. Нам приходится направлять детей к эндокринологом, когда мы сталкиваемся, например, с гипоплазией яичек, синдромом непальпированных яичек или когда одно из них недоразвито. В этих случаях необходимо оценить предположительные ответы на гормональную терапию, поэтому нам нужна помощь эндокринологов.

### — Какие способы дополнительного обучения врачей детских урологов-андрологов используются в Москве?

— Мир не стоит на месте, наши знания обогащаются. Клинические рекомендации постоянно дополняются, что позволяет нам довести качество оказываемой медицинской помощи по нашей специальности до высочайшего уровня. Регулярно проводятся обучающие мероприятия для специалистов. На сайте Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы есть программа проведения семинаров для детских урологов-андрологов, которую мы обновляем ежегодно. Семинары проходят в режиме онлайн, что позволяет врачу подключиться с рабочего места, ему не надо срывать с работы и куда-то ехать. В чате можно задать вопросы, получить на них ответы. И что очень важно, эти семинары можно посмотреть в записи. Проходят и очные встречи: как главного специалиста с урологами-андрологами, так и отраслевые мероприятия, форумы. Есть Всероссийская школа по детской андрологии-урологии, которая ежегодно проходит в Москве.

### — Московские врачи взаимодействуют с урологами-андрологами из регионов?

— В Москве оказывается медицинская помощь на очень высоком уровне, и в случае сложных ситуаций коллеги из регионов просят нас помочь. Порой мы сталкиваемся с банальными, но доведенными до критических ситуациями. Но даже в самых сложных ситуациях своих пациентов мы не бросаем, делаем все, чтобы сохранить их здоровье, репродуктивное тоже, и психологический комфорт. 

# Основные аспекты сохранения здоровья мужчин

*Дмитрий Пушкарь*



*О том, с чего начинается мужское здоровье, как его сохранить и какая научно-образовательная работа проводится урологической службой столицы, рассказывает главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы Дмитрий Пушкарь.*

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**Дмитрий Пушкарь**, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой урологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова, академик РАН, профессор, д. м. н.

## Как сохранить мужское здоровье

Внимание к мужскому здоровью начинается с рождения мальчика. До 5–6 лет его формирование происходит под контролем семьи и детского врача. К школе мальчик должен уметь писать, понимать, что он не должен терпеть, и нужно писать тогда, когда ему хочется, знать правила гигиены, понимать, что вокруг него такие же мальчики и отличающиеся от него девочки. Мальчик должен знать, что шайба, или клюшка, или чья-то нога в ботинках не должна попасть ему между ног. В 14–16 лет мальчик понимает, что у него есть половое влечение. Рассказать мальчику, что такое эрекция, эякуляция, ночная поллюция, должен не интернет, а семья, школа и подростковый врач – уролог-андролог.

Потом мальчик идет в армию, поступает в вуз, заводит семью, и он должен помнить о необходимости защиты от травм, об общей гигиене и о гигиене половой жизни. Он должен понимать, к чему приводят беспорядочные половые связи. Он проходит осмотры у уролога в призывной комиссии, на диспансеризации – в Москве и во всей стране эти процессы хорошо организованы. В молодом возрасте у мужчины, если у него нет жалоб, необходимости в наблюдении у врача-уролога нет.

В 45–50 лет, когда предстательная железа начинает увеличиваться, мужчины должны посещать кабинет врача-уролога. Этот момент очень важен, и наш потенциальный пациент должен в 45 лет прийти на консультацию к врачу-урологу, сдать анализ на простатспецифический антиген, пройти урологическое пальцевое ректальное обследование, заполнить анкету по поводу расстройств мочеиспускания. С этого времени начинаются регулярные визиты к урологу, чтобы мужчина оставался таким же здоровым и деятельным, каким он был в 35 лет.

Московские урологи владеют всеми методами лечения аденомы предстательной железы – как медикаментозными, так и хирургическими: лазерной энуклеацией, трансуретральной биполярной резекцией, лазерной





резекцией. Применяются различные миниинвазивные методы лечения аденомы простаты.

За последние десять лет в Москве проведена колоссальная работа по выявлению рака предстательной железы на ранней стадии. И если десять лет назад заболевание в незапущенной стадии выявлялось у 20–30 % мужчин, то сегодня у 75 % наших пациентов рак простаты диагностируется на ранних стадиях.

В целях профилактики рака и других заболеваний врачи-урологи рекомендуют мужчинам не курить, умеренно употреблять спиртные напитки, заниматься физкультурой и спортом, ограничить легкоусвояемые углеводы в рационе. Мы ратуем за то, чтобы мужчины были активными, вели здоровый образ жизни, своевременно использовали возможности московской медицины для ранней диагностики заболеваний.

Урологические школы проходят в онлайн-формате, причем к трансляциям могут подключиться врачи не только из Москвы, но и из регионов. Уникальность каждой сессии – в возможности принять участие в дискуссии, поделиться примерами из собственной клинической практики, перенять опыт коллег и узнать мнение ведущих урологов страны.

На занятиях урологической и онкоурологической школ представляются актуальные клинические рекомендации, используется европейская форма обучения. По итогам участия в школах врачи-урологи и онко-

В операционной Городской клинической больницы имени С. И. Спасокукоцкого

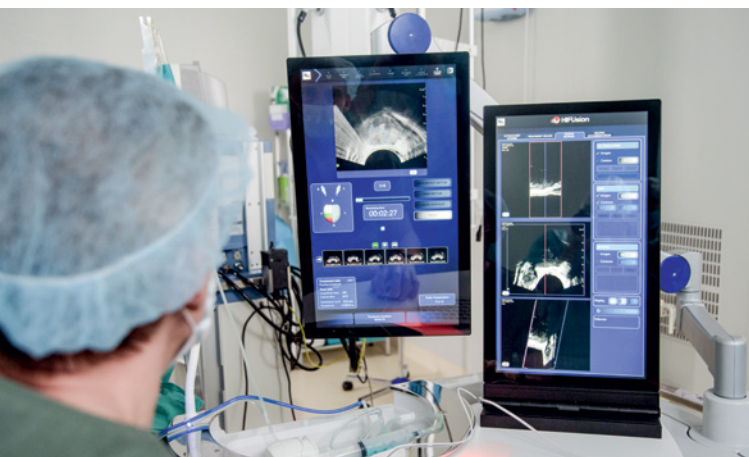


Фото: НИИОЗММ ДЗМ




Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Московские урологические школы

Огромную работу проводит организационный методический отдел по урологии Департамента здравоохранения города Москвы. Урологи столицы объединены единой системой образования, они полностью подготовлены, имеют научно-практическую базу для помощи пациентам с любым урологическим заболеванием. Каждый шестой уролог столицы имеет статус «Московский врач».

Регулярно проводятся образовательные проекты в рамках Московской урологической школы и Московской онкоурологической школы. Цель этих проектов – непрерывное медицинское образование специалистов-урологов, поддержание информированности врачей о действующих стандартах по обследованию, лечению и реабилитации пациентов.

урологи смогут правильно составлять и использовать в повседневной клинической практике алгоритмы диагностики и лечения урологических заболеваний, будут уметь корректно интерпретировать полученные результаты лабораторного и инструментального обследования, а также использовать их для выбора оптимального вида терапии разных болезней органов мочеполовой системы. На занятиях Московской онкоурологической школы рассматриваются методы органосохраняющего и комбинированного лечения, применяемого как в эксперименте, так и в реальных клинических условиях.

Московская урологическая и Московская онкоурологическая школы стали брендом, синонимом высочайшего экспертного уровня научной программы. Созданные 15 лет назад, они стали неотъемлемой частью научной жизни, сопровождающей врача на протяжении всей его карьеры. 

# Рождаемость в реальных поколениях москвичек по данным переписи населения 2020 года

👤 В. Н. Архангельский

🏛️ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: shutterstock

## Общие данные по рождаемости в Москве в 2019–2021 годы

Москва традиционно отличалась низким уровнем рождаемости по сравнению с другими субъектами Российской Федерации (только в Санкт-Петербурге он был примерно такой же, как в столице). Однако в 2019 году впервые суммарный коэффициент рождаемости

в Москве (1,505) оказался чуть выше, чем в целом по России (1,504). В 2020 году этот показатель в столице (1,473) был несколько ниже общероссийского уровня (1,505), но в 2021 году он поднялся существенно выше (соответственно 1,597 и 1,505). В то же время нужно



Таблица 1 | Среднее число рожденных детей у женщин разных возрастных групп в Москве и в целом по России (по переписи населения 2020 года)

	Возраст (лет)												
	15–17	18–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70 и старше
Москва >	0,01	0,02	0,13	0,48	0,93	1,24	1,37	1,34	1,31	1,31	1,35	1,34	1,32
Россия >	0,01	0,05	0,31	0,90	1,37	1,61	1,66	1,60	1,60	1,68	1,77	1,80	1,84

иметь в виду, что в Москве очень высока доля зарегистрированных родившихся у иногородних (в 2021 году — 25,8 %), и она существенно различается от года к году. В связи с этим может иметь место несопоставимость числителя и знаменателя при расчете относительных и средних показателей рождаемости в Москве, так как, очевидно, не все женщины, зарегистрировавшие рождение своих детей в столице, числятся в населении

Москвы. Но это относится только к календарным, ежегодным показателям. В показателях рождаемости для реальных поколений обеспечена полная сопоставимость числителя и знаменателя, так как они рассчитываются на основе данных, получаемых непосредственно по ответам женщин о числе рожденных детей. Основным источником такой информации являются переписи населения.

## Показатели рождаемости в реальных поколениях женщин в Москве

Данные переписи населения 2020 года (как и предыдущих переписей) показывают меньшее среднее число рожденных детей в реальных поколениях женщин в Москве по сравнению с Россией в целом (табл. 1).

В поколении женщин, завершающем процесс деторождения (45–49 лет на момент переписи населения), среднее число рожденных детей в Москве составляет 1,34, а в целом по России — 1,60. По сравнению с более старшими поколениями эта разница существенно сократилась (например, у 65–69-летних женщин — соответственно 1,34 и 1,80) за счет поколенческого снижения среднего числа рожденных детей в целом по России.

Обратим внимание, что в более молодых поколениях среднее число рожденных детей несколько повышается. В целом по России у 40–44-летних женщин оно выше, чем у тех, кто на момент переписи населения

2020 году был в возрастном интервале 45–54 года. В Москве у 45–49-летних женщин среднее число рожденных детей выше, чем у 50–59-летних, и еще выше оно у 40–44-летних, хотя они не закончили процесс деторождения (см. табл. 1).

Прежде чем более подробно анализировать показатели рождаемости в реальных поколениях женщин по данным переписи населения 2020 года, целесообразно сравнить среднее число рожденных детей в одних и тех же поколениях с данными переписей населения 2010 и 2002 годов. Учитывая, что этот показатель официально представлен в итогах переписи населения в пятилетних возрастных группах, а разница между годами переписей не кратна пяти (перепись населения 2020 года фактически проводилась в октябре 2021 года), сравнение может быть сделано не строго для одних и тех же поколений, но для близких (табл. 2).

## В 2021 ГОДУ СУММАРНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ В МОСКВЕ ПОДНЯЛСЯ СУЩЕСТВЕННО ВЫШЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ СУБЪЕКТАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**Таблица 2 | Среднее число рожденных детей в реальных поколениях женщин в Москве по данным переписей населения 2002, 2010 и 2020 годов**

Перепись 2002		Перепись 2010		Перепись 2020	
Возраст (год рождения)	Среднее число рожденных детей	Возраст (год рождения)	Среднее число рожденных детей	Возраст (год рождения)	Среднее число рожденных детей
45–49 (1953–1957)	1,49	55–59 (1951–1955)	1,47	65–69 (1952–1956)	1,34
40–44 (1958–1962)	1,48	50–54 (1956–1960)	1,48	60–64 (1957–1961)	1,35
35–39 (1963–1967)	1,35	45–49 (1961–1965)	1,42	55–59 (1962–1966)	1,31
30–34 (1968–1972)	1,14	40–44 (1966–1970)	1,36	50–54 (1967–1971)	1,31
25–29 (1973–1977)	0,81	35–39 (1971–1975)	1,27	45–49 (1972–1976)	1,34
20–24 (1978–1982)	0,35	30–34 (1976–1980)	1,06	40–44 (1977–1981)	1,37
18–19 (1983–1984)	0,07	25–29 (1981–1985)	0,68	35–39 (1982–1986)	1,24
15–17 (1985–1987)	0,02	20–24 (1986–1990)	0,23	30–34 (1987–1991)	0,93
		18–19 (1991–1992)	0,04	25–29 (1992–1996)	0,48
		15–17 (1993–1995)	0,01	20–24 (1997–2001)	0,13
				18–19 (2002–2003)	0,02
				15–17 (2004–2006)	0,01

В поколениях, завершивших репродуктивный период, среднее число рожденных детей очень близко по данным переписей населения 2002 и 2010 годов и существенно меньше по данным переписи населения 2020 года.

Среднее число рожденных детей у женщин 1953–1957 годов рождения по переписи 2002 года составляет 1,49, а в поколении 1951–1955 годов рождения по переписи 2010 года — 1,47. У женщин, соответственно, 1958–1962 и 1956–1960 годов рождения оно одинаковое (1,48). Перепись населения 2021 года в старших поколениях показала существенно меньшее среднее число рожденных детей, чем перепись 2010 года: у женщин 1951–1955 годов рождения по переписи 2010 года

и 1952–1956 годов рождения по переписи 2020 года — соответственно 1,47 и 1,34; в поколениях 1956–1960 и 1957–1961 годов рождения — соответственно 1,48 и 1,35; в поколениях 1961–1965 и 1962–1966 годов рождения — 1,42 и 1,31; в поколениях 1966–1970 и 1967–1971 годов рождения — 1,36 и 1,31 (см. табл. 2).

Понятно, что в действительности для одних и тех же контингентов женщин по поколениям среднее число рожденных детей не может сокращаться при более поздних переписях. Применительно к Москве на несопоставимость этих контингентов может влиять миграция, но схожую ситуацию показывают и данные в целом по России. Более низкая величина среднего числа рожденных детей





Таблица 3 | Распределение женщин разных возрастных групп по числу рожденных детей в Москве (%; по переписи населения 2020 года)

Возраст (лет)	Число рожденных детей							
	0	1	2	3	4	5	6	7 и более
15 и старше >	27,3	40,1	26,3	5,1	0,8	0,3	0,1	0,1
15–17 >	99,4	0,4	0,2	0,0	–	–	–	–
18–19 >	98,1	1,5	0,3	0,1	–	–	–	–
20–24 >	89,5	8,2	2,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
25–29 >	64,5	25,4	8,4	1,5	0,2	0,1	0,0	0,0
30–34 >	38,2	36,9	20,1	4,0	0,6	0,2	0,0	0,0
35–39 >	24,7	38,0	28,6	7,3	1,1	0,3	0,1	0,1
40–44 >	18,7	39,6	31,1	8,5	1,5	0,4	0,1	0,1
45–49 >	16,7	43,8	30,7	7,1	1,2	0,4	0,1	0,1
50–54 >	15,3	47,8	29,9	5,6	0,9	0,3	0,1	0,1
55–59 >	13,8	48,8	31,8	4,7	0,7	0,2	0,1	0,0
60–64 >	12,7	47,0	34,4	4,8	0,7	0,2	0,1	0,0
65–69 >	12,7	47,7	33,7	4,9	0,6	0,3	0,1	0,0
70 и старше >	13,6	49,9	29,9	5,2	0,8	0,4	0,1	0,1

## В БОЛЕЕ МОЛОДЫХ ПОКОЛЕНИЯХ МОСКВИЧЕК ПОВЫШАЕТСЯ ДОЛЯ ИМЕЮЩИХ ТРЕХ И БОЛЕЕ ДЕТЕЙ

по данным переписи населения 2020 года может иметь место из-за несопоставимости контингентов женщин по поколениям. Такая несопоставимость могла иметь место, по крайней мере, по нескольким причинам. Возможно, женщины с относительно большим числом детей чаще уезжали из Москвы на другое место жительства в межпереписной период. Это маловероятно. Возможно, но тоже маловероятно, у них существенно выше уровень смертности. Непонятно, почему эти причины могли (если могли) повлиять на изменение среднего числа рожденных детей в одних и тех же поколениях в период между переписями населения 2010 и 2020 годов, но не повлияли в период между переписями населения 2002 и 2010 годов.

Возможна еще одна причина — женщины с относительно большим числом детей реже пользуются Интернетом, и поэтому у них была меньше вероятность пройти перепись на портале «Госуслуги». Хотя, учитывая,

что речь идет о поколениях женщин, закончивших процесс деторождения, дети у них, как правило, сравнительно взрослые. Еще одной причиной могло быть то, что при очном контакте с работником переписи в окружении семьи больше вероятность (чем при использовании Интернета) в число рожденных детей включить усыновленных.

Отметим еще, что доля не указавших число рожденных детей в Москве по переписи населения 2020 года составляет 53,1 %, и трудно сказать, в какой мере репрезентативна в целом для Москвы информация, полученная от остальных 46,9 %.

Вопрос о причинах расхождения среднего числа рожденных детей в поколениях женщин по переписям населения, с одной стороны, 2020 года, а с другой — 2010 и 2002 годов пока остается без ответа. Возможно, последующие исследования дадут на него ответ.

Таблица 4 | Среднее число рожденных детей по очередности рождения по возрастным группам женщин в Москве (на 1 женщину; по переписи населения 2020 года)

Возраст (лет)	первых	вторых	третьих	четвертых	пятых и последующих
15–17 >	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
18–19 >	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
20–24 >	0,10	0,02	0,00	0,00	0,00
25–29 >	0,36	0,10	0,02	0,00	0,00
30–34 >	0,62	0,25	0,05	0,01	0,00
35–39 >	0,75	0,37	0,09	0,01	0,01
40–44 >	0,81	0,42	0,11	0,02	0,01
45–49 >	0,83	0,40	0,09	0,02	0,01
50–54 >	0,85	0,37	0,07	0,01	0,01
55–59 >	0,86	0,37	0,06	0,01	0,00
60–64 >	0,87	0,40	0,06	0,01	0,00
65–69 >	0,87	0,40	0,06	0,01	0,01
70 и старше >	0,86	0,37	0,07	0,01	0,01

Данные переписи населения 2020 года показали некоторое повышение доли москвичек, не имевших ни одного рожденного ребенка. Если у женщин в возрасте 60–69 лет она составляет 12,7 %, то у 55–59-летних — 13,8 %, 50–54-летних — 15,3 %, 45–49-летних — 16,7 %. В возрасте 40–44 года доля не имевших рожденных детей составляет 18,7 %, и вряд ли в итоге у этого поколения она будет меньше, чем у 45–49-летних (табл. 3).

Доля имеющих одного ребенка у женщин в возрасте 45–49 лет составляет 43,8 %, и это несколько меньше, чем в более старших поколениях. Двух детей среди 45–49-летних имеют 30,7 % (примерно среднее между показателями в возрастных группах 50–54 года и 55–59 лет). В более молодых поколениях повышается доля имеющих трех и более детей: у тех, кому на момент переписи населения было 55–59 лет, она составляет 5,7 %; 50–54 года — 7,0 %; 45–49 лет — 8,9 %; 40–44

года — 10,6 %. Причем у 40–44-летних женщин этот показатель в будущем еще повысится. Даже у 35–39-летних женщин доля имеющих трех и более детей (8,9 %) такая же, как у 45–49-летних. Хотя очевидно, что к концу репродуктивного периода она у них существенно возрастет.

Поколенческие изменения среднего числа рожденных детей существенно различаются по очередности рождения (табл. 4).

Снижается среднее число первых рождений (или доля имеющих хотя бы одного ребенка). Если у женщин, которым на момент переписи населения 2020 года было 60–69 лет, этот показатель составляет 0,87, то у 55–59-летних — 0,86, у 50–54-летних — 0,85, у 45–49-летних — 0,83. У 40–44-летних этот показатель составляет 0,81. К концу репродуктивного периода он может совсем немного возрасти, но, безусловно, останется более низким, чем у 45–49-летних.

## В ОТЛИЧИЕ ОТ ПЕРВЫХ РОЖДЕНИЙ, СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ВТОРЫХ И ТРЕТЬИХ РОЖДЕНИЙ В БОЛЕЕ МОЛОДЫХ ПОКОЛЕНИЯХ НЕСКОЛЬКО ПОВЫШАЕТСЯ





Таблица 5 | Доля родивших второго и третьего ребенка среди родивших, соответственно, первого и второго в Москве (%; по переписи населения 2020 года)

Возраст (лет)	Доля родивших второго среди родивших первого	Доля родивших третьего среди родивших второго
15–17 >	27,9	3,0
18–19 >	20,7	13,9
20–24 >	22,2	15,0
25–29 >	28,5	17,0
30–34 >	40,3	19,4
35–39 >	49,6	23,4
40–44 >	51,3	25,4
45–49 >	47,4	22,4
50–54 >	43,6	18,9
55–59 >	43,4	15,2
60–64 >	46,1	14,5
65–69 >	45,3	14,8
70 и старше >	42,2	18,0

## СТОЛЬ ВЫСОКОЙ ДОЛИ РОДИВШИХ ВТОРОГО РЕБЕНКА СРЕДИ РОДИВШИХ ПЕРВОГО В МОСКВЕ, КАК СРЕДИ ЖЕНЩИН 40–44 ЛЕТ (НА МОМЕНТ ПЕРЕПИСИ), ЕЩЕ НЕ БЫЛО НИ В ОДНОМ ДРУГОМ ПОКОЛЕНИИ МОСКВИЧЕК


В отличие от первых рождений, среднее число вторых и третьих рождений в более молодых поколениях несколько повышается (см. табл. 4).

Учитывая разнонаправленную поколенческую динамику среднего числа первых рождений и вторых, третьих рождений, аналитически корректно использовать показатели доли родивших второго ребенка среди родивших первого и доли родивших третьего ребенка среди родивших второго, так как они не зависят от среднего числа рожденных детей предыдущей очередности рождения (табл. 5).

Доля родивших второго ребенка среди родивших первого наименьшая у женщин, которым на момент переписи населения 2020 года было 55–59 лет (43,4 %). В более молодых поколениях она существенно повышается и наибольшая — у женщин, которым в 2020 году было 40–44 года (51,3 %). Столь высокой доли родивших второго ребенка среди родивших первого в Москве, по данным переписи населения 2020 года, не было

ни в одном другом поколении женщин. У 35–39-летних женщин она составляет 49,6 % и до конца репродуктивного периода существенно повысится.

Доля родивших третьего ребенка среди родивших второго наименьшая у женщин, которым на момент переписи населения 2020 года было 60–64 года (14,5 %). В более молодых поколениях она повышается и наибольшая — у женщин, которым в 2020 году было 40–44 года (25,4 %). До конца репродуктивного периода она у них еще возрастет. Даже у 35–39-летних женщин доля родивших третьего ребенка среди родивших второго (23,4 %) выше, чем у 45–49-летних (22,4 %) (см. табл. 5).

Эти исследования показывают, что, во-первых, низкая рождаемость в Москве перестает быть «традицией», а также доля многодетных москвичек все же растет, и, во-вторых, что более молодые поколения женщин охотнее рожают двоих и более детей по сравнению с женщинами предыдущих поколений. 

# Акушерско-гинекологическая помощь в Москве

Антон Оленев



*Главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения города Москвы Антон Оленев рассказал о достижениях московской медицины, мировых трендах и новых центрах женского здоровья, которые появятся в столице.*

Фото: клинический центр «Коммунарка»

**Антон Оленев, главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель главного врача по медицинской части по работе перинатального центра Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» ДЗМ, врач — акушер-гинеколог, к. м. н.**

— **Антон Сергеевич, расскажите, как в столице выстроен процесс оказания акушерско-гинекологической помощи.**

— На сегодняшний день в Москве проживают 6,8 млн женщин, из них чуть меньше половины — репродуктивного возраста. Основной задачей акушерско-гинекологической службы города является охрана репродуктивного здоровья женщин. Например, в период половой зрелости ключевыми становятся вопросы контрацепции, нарушения цикла, планирования и ведения беременности, а также послеродового наблюдения. В дальнейшем особое внимание уделяется регулярному скринингу и профилактике таких заболеваний, как рак шейки матки или рак молочной железы. В более зрелом

возрасте упор делается на решение вопросов, связанных с менопаузальной гормональной терапией и профилактикой остеопороза.

Структура медицинских учреждений, где получают помощь женщины, представлена в Москве гинекологическими отделениями, акушерскими стационарами — роддомами и перинатальными центрами, кабинетами антенатальной охраны плода и женскими консультациями. Также в столице действуют кабинеты помощи женщинам в трудной жизненной ситуации, которые оказывают психологическую, консультационную и юридическую поддержку.

— **Недавно вы выступали на заседании Московского общества акушеров-гинекологов с ежегодным отчетом. Расскажите, каких результатов удалось достичь городу за прошедшее время.**

— В последние годы акушерско-гинекологическая служба Москвы демонстрирует высокие результаты. Даже несмотря на вызовы, с которыми мы столкнулись в связи с пандемией COVID-19, нам удалось сохранить качество и доступность оказания медицинской помощи. Одним из важнейших достижений в системе родовспоможения



## ОДНО ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ДОСТИЖЕНИЙ В СИСТЕМЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ — РАЗВИТИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ СКРИНИНГОВОЕ УЗИ И НЕИНВАЗИВНОЕ ПРЕНАТАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

стало развитие комплексной пренатальной диагностики. Она включает не только скрининговое УЗИ, но и неинвазивное пренатальное тестирование, которое помогает на ранних сроках выявить хромосомные аномалии у плода. Своевременно провести данный скрининг позволяет постановка на учет по беременности на сроке до 12 недель. На сегодняшний день доля таких пациенток в Москве составляет более 82 %, однако нашей целью является достижение 100%-го показателя.

### — Как изменились показатели рождаемости в Москве?

— В 2022 году в столице зарегистрировано более 103 тыс. родов. Если говорить о статистике более детально, то наблюдается несколько положительных тенденций. Так, впервые за пять лет увеличилась доля первых

родов. Кроме того, стабильно растет число четвертых, пятых, sixth и более беременностей — многодетность становится трендом современности. Большую роль в процессе родов играет эмоциональный комфорт женщины и низкий уровень стресса, поэтому более 60 % родов в Москве проходят с использованием эпидуральной анестезии, которая представляет собой безопасный и современный метод обезболивания. Одним из важных показателей, отражающих состояние не только акушерской помощи, но и всей системы здравоохранения, является уровень материнской смертности.

Разветвленная сеть московских женских консультаций делает ведение беременности максимально удобным. Все исследования можно сделать рядом с домом



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



В 2022 году в Москве был зафиксирован его исторический минимум. Этот показатель значительно ниже как в сравнении с предыдущими периодами, так и относительно среднероссийских данных. Причины материнской смертности в первую очередь представлены неакушерскими факторами — различными заболеваниями, последствия которых трудно предотвратить.

**— Что изменилось в оказании лечебно-профилактической помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями?**

— Москва уделяет большое внимание развитию первичного амбулаторного звена. Сегодня на него приходится

В Москве действуют как крупные центры с возможностью оказания любых видов помощи, так и маломощные подразделения, где принимают всего несколько врачей и нет технической возможности для полноценной диагностики. Поэтому сейчас наш приоритет — создать равные условия для получения качественной медицинской помощи всем женщинам.

Современное оборудование позволяет справляться с самыми разными внештатными ситуациями, спасти и роженицу, и ребенка



Фото: mos.ru



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**В СТОЛИЦЕ БУДУТ СОЗДАНЫ ЦЕНТРЫ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ, КОТОРЫЕ ВОЗЬМУТ НА СЕБЯ ДИАГНОСТИКУ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ ЖЕНЩИН ГОРОДА**

более 60 % врачей акушерско-гинекологической службы. Дело в том, что именно этот этап играет большую роль в выявлении и профилактике всех заболеваний, с которыми женщина может столкнуться в течение жизни. Большим шагом вперед стало включение родильных домов и женских консультаций Москвы в структуру многопрофильных клиник, что позволило обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи. При этом потенциал в развитии амбулаторного звена еще не исчерпан. В первую очередь я говорю о женских консультациях, которые сегодня очень сильно отличаются друг от друга.

**— Каким образом планируется достичь этой цели?**

— Москва готовится перейти на новый стандарт амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Для его разработки была создана рабочая группа, в которую вошли ведущие профильные специалисты и заместители главных врачей по направлению «акушерство и гинекология» московских медорганизаций. Новый стандарт был представлен на прошедшем заседании Московского общества акушеров-гинекологов, в состав которого входят в том числе главные эксперты Минздрава России. Стандарт получил



высокую оценку медицинского сообщества, и сейчас мы приступаем непосредственно к его реализации. В столице будут созданы центры женского здоровья, которые возьмут на себя диагностику, лечение, диспансерное наблюдение, профилактические мероприятия в амбулаторных условиях для женщин города. Уже определены локации для размещения первых трех мощных центров.

— **Насколько, на ваш взгляд, такой подход в организации медицинской помощи эффективен? Есть ли похожие примеры в здравоохранении?**

— Таких примеров очень много, поскольку в последние десятилетия весь мир идет по пути создания так называемых центров компетенций. Подобные флагманские клиники есть во многих странах — они выделяются высоким качеством диагностики и лечения и актив-

## **В МОСКВЕ СТАБИЛЬНО РАСТЕТ ЧИСЛО ЧЕТВЕРТЫХ, ПЯТЫХ, ШЕСТЫХ И БОЛЕЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ — МНОГОДЕТНОСТЬ СТАНОВИТСЯ ТРЕНДОМ СОВРЕМЕННОСТИ**



Фото: mos.ru


— **Чем центры женского здоровья будут отличаться от женских консультаций?**

— В центрах будет доступен полный спектр консультативных и диагностических возможностей. Штат каждого из них укомплектуют высококвалифицированными специалистами различного профиля, также там обустроят диагностические кабинеты со всем необходимым оборудованием. Благодаря этому женщина сможет пройти все обследования и консультации в одном месте. Пациенткам больше не потребуется обращаться в разные медучреждения, как зачастую это происходит сейчас. Помимо доступности, вырастет и качество оказания медицинской помощи, поскольку такая концентрация ресурсов позволит оперативно получать квалифицированное заключение, в том числе проводить консилиумы по сложным случаям. Кроме того, высокий пациентопоток способствует непрерывному развитию профессиональных компетенций специалистов.



Фото: mos.ru

▲ Совместное пребывание — абсолютная ценность и для малышей, и для молодых мам

ным внедрением передовых научных разработок. Этот подход в организации медицинской помощи активно применяется и в Москве. Одной из первых на него перешла онкологическая служба города. Сейчас в ней создана принципиально новая инфраструктура с якорными профильными стационарами и мощными центрами амбулаторной онкологической помощи. Как показывает опыт столичного здравоохранения, создание центров компетенций позволяет вывести оказание медицинской помощи на качественно новый уровень. 



# Перинатальный центр Городской клинической больницы № 67 имени Л. А. Ворохобова

👤 Заместитель главного врача ГКБ № 67 имени Л. А. Ворохобова ДЗМ по акушерско-гинекологической помощи,  
к. м. н. Мартиросян Сергей Валериевич

📍 Москва, ул. Саляма Адила, д. 2/44, стр. 4 📞 +7 (495) 530-20-00; +7 (495) 530-69-53 🌐 67gkb.ru/perinatalnyj-centr



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова



Перинатальный центр Городской клинической больницы имени Л. А. Ворохобова начал работать по профилю в прошлом году и сразу стал одним из знаковых медицинских учреждений отрасли. Центр оснащен по последнему слову медицинской техники, в нем работают высококвалифицированные врачи и медперсонал. К мамам и малышам здесь относятся с любовью и заботой.





## Специализация перинатального центра

Перинатальный центр ГКБ № 67 имени Л. А. Ворохобова обеспечивает полный комплекс медицинской помощи для мам и новорожденных от ведения беременности до родов.

В центре проводится подготовка и проведение родов любого уровня сложности, но специализацией центра являются сложные роды и оказание медицинской помощи детям, которые родились раньше срока с экстремально низкой массой тела. Центр оснащен специализированным высокотехнологичным оборудованием для выхаживания таких новорожденных, в том числе для оказания медицинской помощи при различных патологиях и врожденных пороках развития. Если таким детям в первые часы или дни жизни потребуется хирургическая помощь, она будет оказана сразу на месте.

Также в центре оказывается специализированная медицинская помощь мамам — пациенткам из групп высокого риска — например, женщинам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, с эндокринной, хирургической патологией и различными травмами.



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова



Помимо родовспоможения, в перинатальном центре оказывают специализированную помощь пациенткам с сердечно-сосудистыми, эндокринными заболеваниями, хирургическими патологиями, травмами и т. д.



**Мощность акушерского стационара**

**417**  
коек

**в том числе**

**195**

для беременных и рожениц

**60**

патологии беременности

**20**

взрослая реанимация

**42**

детская реанимация

(койки реанимации с операционным блоком для хирургических и кардиохирургических операций)

**100**

патологии новорожденных и недоношенных



**Количество родов**

с момента открытия  
и до конца 2022 года

**> 3500**



**Количество новорожденных**

к апрелю 2023

**5777**



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова

## Родильное отделение

▲ Родовое отделение перинатального центра состоит из 16 отдельных боксов

Родильное отделение располагается на втором этаже родильного дома и включает в себя 16 отдельных светлых просторных боксов, оснащенных полным комплексом оборудования для оказания медицинской помощи маме и новорожденному.

В родах позиционируется свободное поведение роженицы (вертикальное положение в родах сокращает роды на 1–2 часа).

Проводится непрерывный контроль за состоянием роженицы и плода. Применение эпидуральной анестезии обеспечивает безболезненное мягкое родоразрешение. Пропагандируются партнерские роды.

По желанию женщины возможны альтернативные роды в позиции на боку, в вертикальной позиции. После родов ребенок сразу же выкладывается на живот к матери, в первые





минуты жизни ребенка прикладывают к груди. Доброжелательная атмосфера, уютная обстановка, присутствие мужа, высокая квалификация врачей и акушеров позволяют комфортно и уверенно себя чувствовать на протяжении всех родов. При выявлении аномалий родовой деятельности, показаний со стороны

матери, ухудшении состояния плода — своевременно решается вопрос об оперативном родоразрешении.

Все боксы оснащены душевыми, также один из боксов оснащен ванной для облегчения болевых ощущений в процессе родов.

## Реанимационное отделение

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных предназначено для оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся раньше срока с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

В отделении 42 реанимационные койки с лучшим медицинским оборудованием экспертного класса, позволяющим обеспечить

поддержку всех жизненно важных функций малыша. Здесь успешно выхаживают малышей, рожденных на сроке от 22 недель с массой тела от 450 г.

Самый маленький ребенок родился на сроке 22 недели и 3 дня с массой тела 488 г, провел в перинатальном центре 4 месяца и выписался в декабре прошлого года.

В отделении реанимации новорожденных оборудованы 42 специализированные койки



Фото: ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова

**САМЫЙ МАЛЕНЬКИЙ ПАЦИЕНТ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА 488 ГРАММОВ, ПРОВЕЛ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ БОЛЬНИЦЫ ИМЕНИ Л. А. ВОРОХОБОВА ЧЕТЫРЕ МЕСЯЦА И ВЫПИСАЛСЯ В ДЕКАБРЕ ПРОШЛОГО ГОДА**



## НА БАЗЕ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА **БЫЛА ПРОВЕДЕНА КАРДИОХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НОВОРОЖДЕННОМУ С МАССОЙ ТЕЛА 760 ГРАММОВ**

▶ Перинатальный центр оснащен новейшим диагностическим оборудованием



Фото: ГKB № 67 им. Л. А. Ворохобова


### Уникальный клинический случай

В перинатальном центре ГKB № 67 имени Л. А. Ворохобова на свет появился малыш с массой тела 760 г. Ребенок родился раньше срока — на 24-й неделе беременности. Врачи диагностировали у новорожденного патологию сердечно-сосудистой системы: большой открытый артериальный проток. Это привело к сбросу дополнительных объемов крови из аорты в легочную артерию и невозможности отключения от искусственной вентиляции легких. Попытки медикаментозного закрытия протока оказались безуспешными, и малышу было необходимо экстренно провести операцию. Хирургическое лечение проходило на базе современного операционного блока перинатального центра. Операцию провела кардиохирургическая бригада врачей из Морозовской детской городской клинической больницы во главе с главным детским кардиохирургом Москвы Михаилом Абрамяном.

«В стандартной ситуации вскоре после рождения артериальный проток ребенка

зарастает и превращается в непроходимую для крови артериальную связку. Однако в исключительных случаях этого не происходит, и тогда развивается патология. Зачастую она встречается именно у тех детей, которые родились раньше срока. В нашем случае функционирующий артериальный проток не позволял ребенку дышать самостоятельно, поэтому он больше месяца нуждался в искусственной вентиляции легких. Консервативная терапия оказалась неэффективной, поэтому на консилиуме врачей было принято решение, что ребенок нуждается в операции», — отметил руководитель перинатального центра Сергей Валериевич Мартиросян.

Операция по закрытию артериального протока прошла успешно.

Малыш прошел послеоперационное восстановление и был выхвачен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, спустя три месяца после операции он был выписан домой. 



# Перинатальный центр Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка»





 Заместитель главного врача по медицинской части по работе перинатального центра: Антон Сергеевич Оленев  
 Москва, п. Коммунарка, ул. Сосенский стан, д. 8  +7 (495) 744-07-03  [mmcdzm.ru/units/perinatalnyy-tsentr/](http://mmcdzm.ru/units/perinatalnyy-tsentr/)



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

В перинатальном центре «Коммунарка» используются самые современные методы ведения беременности, основанные на бережном подходе, сохраняется преемственность акушерско-гинекологической помощи. Все возможности многопрофильного клинического центра «Коммунарка» доступны пациенткам перинатального центра по полису обязательного медицинского страхования.





**Мощность  
акушерского стационара**

**256**

КОЕК

**В ТОМ ЧИСЛЕ**

**100**

для беременных и рожениц

**30**

патологии беременности

**6**

взрослая реанимация

**18**

скорая медицинская помощь  
суточного пребывания

**42**

детская реанимация

**60**

патологии новорожденных  
и недоношенных



**Количество родов**

с момента открытия

**7333**



**Количество  
новорожденных**

с момента открытия

**7451**



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Специализация перинатального центра

Специализация перинатального центра — ведение преждевременных родов и выхаживание малышей, родившихся раньше срока, а также ведение беременности и родов при эндокринных заболеваниях, сахарном диабете, онкоассоциированной беременности.

Приоритетным направлением является персонализированный индивидуальный подход к нуждам недоношенного ребенка. Этот подход включает: защиту от негативных воздействий, уменьшение болевых раздражений, оценку уровня шума и света, физиологическую стимуляцию «гнездо», терморегуляцию, вовлечение родителей, неинвазивные респираторные техники. Отделение укомплектовано высокотехнологичным оборудованием.

На базе перинатального центра работает Центр медико-социальной поддержки женщин. Психологи, юрист и социальный работник помогут женщинам в трудной жизненной ситуации и тем, у кого были сложные роды или возникли проблемы со здоровьем малыша.



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



В 2022 году в отделениях реанимации и интенсивной терапии было пролечено 827 детей, из них 80 — с экстремально низкой массой тела





## Родильное отделение и операционный блок

В отделении 17 индивидуальных родильных боксов и 3 мельцеровских родильных бокса для изоляции и помощи пациенткам с выявленным инфекционным заболеванием. От начала родовой деятельности до перевода в послеродовое отделение женщина находится в комфортном, ориентированном на индивидуальный подход родовом боксе. В индивидуальном боксе можно рожать с партнером, свободно двигаться в родах и оставаться в семейной обстановке. Поддерживается практика «мягких родов».

В перинатальном центре три операционные с возможностью проведения гемотрансфузий

и аутогемотрансфузий (переливание пациентке собственной крови через специальную аппаратуру) при массивной кровопотере. Применяются все современные методы обезболивания родов. Операционная в приемном отделении предназначена для экстренной помощи, например пациенткам с кровотечением. Есть возможность принимать беременных и родильниц из других регионов, в том числе по санитарной авиации. На территории операционного блока пять реанимационных палат и палаты интенсивной терапии, в которых пациентки могут провести под наблюдением послеоперационный период.

Индивидуальные родовые боксы оснащены удобной кроватью-трансформером, душем и системой кондиционирования

## В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ «КОММУНАРКА» СМОГЛИ ВЫХОДИТЬ РЕБЕНКА С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА БЕЗ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ И С МИНИМУМОМ АНТИБИОТИКОВ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ





Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Выхаживание недоношенных детей

▲ Современные технологии и опыт врачей позволяют выхаживать детей с низкой и экстремально низкой массой тела

Наличие отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных 1-го и 2-го этапов выхаживания, отделения патологии новорожденных позволяет оказывать полноценную помощь недоношенным малышам без необходимости транспортировки в специализированные детские стационары. Для этого есть необходимые условия и оборудование экспертного уровня. Имеется возможность применять современный метод выхаживания

маленьких пациентов с тяжелой асфиксией. Опыт врачей и современные технологии оказания медицинской помощи дают возможность сохранять беременность до максимально доношенного срока и выхаживать детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

В 2022 году в отделениях реанимации и интенсивной терапии было пролечено 827 детей, из них с массой тела 1–1,5 кг — 139 малышей, менее 1 кг — 80 детей.



## Уникальный клинический случай

В перинатальном центре «Коммунарка» смогли выходить ребенка с экстремально низкой массой тела без респираторной поддержки и с минимумом антибиотиков. Крошечная Светочка родилась весом 650 г на 25-й неделе. Имя, выбранное родителями, стало символическим. Опыт выхаживания Светочки пролил свет на многие аспекты работы с детьми с экстремально низкой массой тела. Когда девочке было 22 дня и она весила 699 г, ей была полностью отменена антибактериальная терапия. В 1 месяц и 10 дней, когда малышка весила 780 г, ей был удален катетер венозного доступа, прекращена инфузионная терапия, Светочка полностью находилась на энтеральном питании сцеженным грудным молоком с обогатителем. Когда ей был 1 месяц и 3 недели и она весила 920 г, она стала полностью дышать сама.

Светочку перевели в отделение патологии новорожденных, когда ей было 2 месяца и она весила 1070 г. А в 3,5 месяца с весом 2 кг ее выписали домой.

Девочка Света радовала персонал перинатального центра каждый день, делая крошечные шажочки к выздоровлению, и весь большой коллектив, каждый специалист, старался ей в этом помочь. Особая роль в выхаживании Светочки и всех новорожденных с экстремально низкой массой тела принадлежит медицинским сестрам.



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Поддержка грудного вскармливания

Важным преимуществом перинатального центра является уникальное отделение нутритивной поддержки. Специалисты центра поддерживают грудное вскармливание. Врачи-неонатологи, консультанты по грудному вскармливанию научат, как правильно приложить малыша к груди, подберут удобную позу, дадут необходимые рекомендации. В случае сложных родов и раздельного пребывания с малышом мамы помогут продолжить грудное вскармливание, сохранить лактацию и приложить малыша к груди после перевода из реанимации в палату совместного пребывания. Организованы комнаты для сцеживания молока, где в спокойной обстановке, при поддержке грамотного персонала женщины могут научиться правильно сцеживаться. **M**



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Не меньше, чем в медицинской помощи, такие крошечные дети нуждаются в любви и теплом отношении



# Перинатальный центр Городской клинической больницы имени М. П. Кончаловского

👤 Главный врач: Ирина Анатольевна Яроцкая

📍 Москва, Зеленоград, ул. Александровка, д. 8 📞 +7 (916) 826-98-20; +7 (499) 729-27-90 🌐 gb3zelao.ru



Фото: Перинатальный центр ГКБ им. М. П. Кончаловского



Родильный дом зеленоградской больницы был построен и введен в эксплуатацию в апреле 1966 года. Это было четырехэтажное здание, которое располагалось на территории больничного корпуса. В 2008 году был открыт ныне действующий современный родильный комплекс, один из крупнейших в Москве, он состоит из трех больших корпусов общей площадью 34 904 кв. м.





## Станция счастья

В мае 2018 года филиал «Родильный дом» ГKB имени М. П. Кончаловского был удостоен международного статуса ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». А в июле 2018 года приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 05.05.2018 № 393 роддому был присвоен новый статус — перинатальный центр.



Фото: Перинатальный центр ГKB им. М. П. Кончаловского

Перинатальный центр включает приемное и родовое отделения, мощный операционный блок, три акушерских отделения, отделение новорожденных, взрослую и детскую реанимации, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, гинекологическое отделение, консультативно-диагностическое отделение с дневным стационаром и кабинетом педиатра и женскую консультацию.



Фото: Перинатальный центр ГKB им. М. П. Кончаловского



Фото: Перинатальный центр ГKB им. М. П. Кончаловского



Рождение малыша — счастье и для родителей, и для сотрудников перинатального центра



**Мощность акушерского стационара**

**130**

КОЕК

**в том числе**

**70**

для беременных и рожениц

**20**

патологии беременности

**6**

взрослая реанимация

**5**

гинекология

**9**

детская реанимация

**20**

патологии новорожденных и недоношенных



**Количество родов в год**

2022

**5 751**



**Количество новорожденных**

2022

**5 816**



Фото: Перинатальный центр ГКБ им. М. П. Кончаловского



Фото: Перинатальный центр ГКБ им. М. П. Кончаловского



Фото: Перинатальный центр ГКБ им. М. П. Кончаловского

## Специализация перинатального центра

▲ Врачи перинатального центра используют бережные методики родовспоможения

Специализация центра — преждевременные роды. Здесь оказывают специализированную помощь беременным женщинам, которые относятся к группам риска по состоянию здоровья. Специалисты перинатального центра успешно принимают осложненные и преждевременные роды, спасают и выхаживают деток, которые рождаются раньше срока с экстремально низкой массой тела или какими-либо пороками развития. Для минимизации рисков травматизации недоношенных новорожденных во время операции кесарева сечения врачи

перинатального центра используют методику бережного родовспоможения, извлечения ребенка в плодном пузыре, сохраняя его целостность. За счет этого околоплодные воды создают естественную защиту шеи и головы малыша, что во многих случаях позволяет избежать серьезных проблем при дальнейшем выживании новорожденного.

Внедрены и поставлены на поток высокотехнологичные органосохраняющие операции при вращении плаценты и массивных послеродовых кровотечениях.



## Родовое отделение

Состоит из 10 индивидуальных просторных боксов. Высокотехнологичное современное оборудование позволяет осуществлять постоянный мониторинг показателей состояния матери и малыша. Кровати-трансформеры помогают найти удобное положение в родах. Индивидуальные неонатальные столики с подогревом и датчиками температуры создают комфортные условия для новорожденных. Опыт и квалификация медицинского персонала отделения позволяют принимать все виды родов: естественные роды с рубцом на матке, роды при тазовом предлежании, многоплодные роды, вертикальные роды, преждевременные роды. В родах

проводится обезболивание современными методами.

Роды ведутся под кардиомониторным наблюдением за состоянием ребенка и мониторингом состояния роженицы. Никаких излишних инвазивных, неприятных и ограничительных процедур. Женщина во время схваток может садиться, ходить, принимать наиболее удобное положение. Можно включить любимую музыку, использовать фитболы. Сразу после родов малыша выкладывают на живот мамы, прикладывают к груди, дают пуповине отпulsировать. В перинатальном центре приветствуются партнерские роды.

В реанимации мамы могут посещать своих деток круглосуточно



## В МАЕ 2018 ГОДА РОДИЛЬНЫЙ ДОМ БОЛЬНИЦЫ ИМЕНИ М. П. КОНЧАЛОВСКОГО БЫЛ УДОСТОЕН МЕЖДУНАРОДНОГО СТАТУСА ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»



Фото: Перинатальный центр ГКБ им. М. П. Кончаловского





Фото: Перинатальный центр ГКБ им. М. П. Кончаловского

## Реанимационная помощь для мам и новорожденных

▲ Для недоношенных малышей создаются условия, максимально приближенные к внутриутробной жизни

Перинатальный центр ГКБ имени М. П. Кончаловского первым в Москве сумел организовать свою работу так, чтобы не разлучать мам с детьми. Даже после операции кесарева сечения они находятся вместе — в отделении реанимации и интенсивной терапии для взрослых. Здесь работает постоянный пост детской медицинской сестры. Она помогает ухаживать за малышом, пока он с нетерпением ждет, когда мама поправится.

Ежегодно примерно 10% рожденных в стенах зеленоградского перинатального центра малышей нуждаются в помощи врачей-реаниматологов. В отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных успешно выхаживают деток, рожденных на сроках от 22 недель с весом от 500 г и даже меньше. За последние 5 лет удалось добиться значительного

снижения перинатальной смертности. ОРИТ для новорожденных оснащено современным медицинским оборудованием для динамического наблюдения и лечения. Для малышей стремятся создать условия, максимально приближенные к внутриутробной жизни. Постоянно контролируется уровень температуры и влажности окружающей среды, дети находятся в условиях защиты от шума, яркого света и других неблагоприятных факторов.

Отделение работает по принципу открытой реанимации. Круглосуточно деток посещают мамы, при отсутствии противопоказаний — кормят. В центре всеми силами поддерживают вскармливание новорожденных материнским молоком. Однако в случае необходимости специалисты подбирают лечебную смесь индивидуально для каждого ребенка.

**ДАЖЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫЕ НАХОДЯТСЯ ВМЕСТЕ С МАМАМИ — В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ**



Фото: Перинатальный центр ГKB им. М. П. Кончаловского



Фото: Перинатальный центр ГKB им. М. П. Кончаловского

## Второй этап выхаживания

Из детской реанимации малышей вместе с мамами переводят в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей для дальнейшего выхаживания и специализированного лечения. Оно рассчитано на 20 коек, из них 14 — для совместного пребывания, койки «Мать и дитя», 6 — для интенсивной терапии.

### Принципы успешного выхаживания недоношенных детей, используемые в отделении:

1. Создание оптимальных условий для выхаживания ребенка: охранительный, тепловой режимы, развивающие укладки, метод «Кенгуру». Важен союз: ребенок, мама, папа и медицинский персонал. Мама круглосуточно могут находиться рядом со своим малышом.
2. Питание недоношенных детей — значимый лечебный фактор. Материнское молоко особенно важно для малыша. Медицинский персонал помогает каждой мамочке наладить и сохранить грудное вскармливание.
3. Индивидуальный подбор медикаментозной терапии.




Фото: Перинатальный центр ГKB им. М. П. Кончаловского

В перинатальном центре поддерживается грудное вскармливание. Для недоношенных детей особенно важно грудное молоко

Фото: Перинатальный центр ГKB им. М. П. Кончаловского



ЛАУРЕАТ  
ПРЕМИИ  
«ОТКРЫТЫЙ  
РОДДОМ»

Ежегодно в рамках проекта «Открытый родильный дом» акушерские стационары оцениваются по таким показателям, как душевность, открытость, поддержка грудного вскармливания и семейных ценностей. По мнению жителей столицы, зеленоградский перинатальный центр соответствует всем этим критериям и с 2020 года постоянно подтверждает этот почетный статус. 



# Перинатальный центр Городской клинической больницы имени С. С. Юдина

👤 Главный врач: Ольга Виуленовна Папышева

📍 Москва, Коломенский проезд, д. 4, стр. 2 📞 +7 (499) 782-32-98 🌐 [gkbyudina.ru/roddom](http://gkbyudina.ru/roddom)



Фото: mos.ru



Родильный дом на территории больницы имени С. С. Юдина открылся в марте 1987 года, а еще через два года при стационаре был создан ведущий в стране центр по выхаживанию недоношенных детей. Сегодня площадь перинатального центра составляет 23 165 кв. м. Здесь рождаются не только дети, но и медицинские открытия, решаются сложные и уникальные клинические задачи.





Фото: Перинатальный центр ГКБ им. С. С. Юдина



Фото: Перинатальный центр ГКБ им. С. С. Юдина



Фото: Перинатальный центр ГКБ им. С. С. Юдина



Сеть женских консультаций больницы имени С. С. Юдина является самой разветвленной в городе Москве. 21 центр здоровья обслуживает 920 000 пациентов

## Специализация перинатального центра

Перинатальный центр Городской клинической больницы имени С. С. Юдина — современный стационар высшего, третьего, уровня оказания медицинской помощи. Он находится на территории крупнейшей в Москве многопрофильной больницы и располагает уникальными возможностями для ведения беременности, осложненной акушерскими и соматическими патологиями, успешного родоразрешения и выхаживания недоношенных детей.

Преждевременные роды — профильная специализация перинатального центра при больнице имени С. С. Юдина. Врачи успешно выхаживают детей, рожденных начиная с 22-й недели беременности с низкой или экстремально низкой массой тела — от 500 г. Самый маленький ребенок весил всего 480 г. Лечение и реабилитацию самых маленьких пациентов обеспечивают специалисты профильных служб на трех этапах: в детской реанимации, в неонатальном стационаре с возможностью совместного пребывания, в отделении катамнеза.



**Мощность  
акушерского стационара**

**256**

КОЕК

**в том числе**

**90**

для беременных  
и рожениц

**50**

патологии беременности

**6**

взрослая реанимация

**30**

детская реанимация

**80**

патологии новорожденных  
и недоношенных



**Количество родов  
в год**

2022

**10 190**



**Количество  
новорожденных**

**2022**



Фото: Перинатальный центр ГKB им. С. С. Юдина



Фото: Перинатальный центр ГKB им. С. С. Юдина

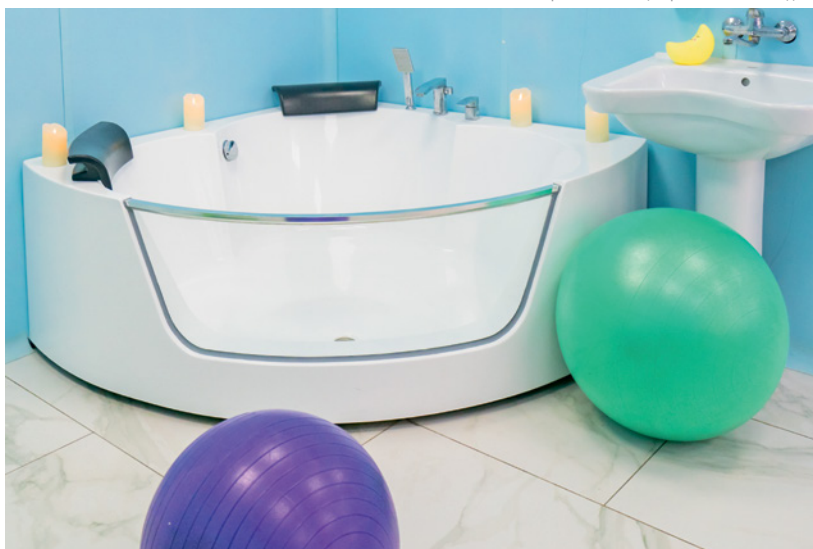


Фото: Перинатальный центр ГKB им. С. С. Юдина

## Мультидисциплинарный подход

▲ На базе больницы функционируют гинекологические отделения, центр репродуктивной хирургии и центр эстетической гинекологии и коррекции тазового дна, что позволяет оказывать весь объем медицинской помощи, связанной с женским здоровьем

Мультидисциплинарный подход позволяет пациентам получать узкоспециализированную помощь в рамках одного медицинского учреждения. Проводятся комбинированные операции. Акушеры-гинекологи ежедневно работают в тесном контакте с кардиологами, эндокринологами, нефрологами, сосудистыми хирургами, урологами, гематологами-гемостазиологами, рентгенэндоваскулярными хирургами, нейрохирургами и другими специалистами профильных служб. Для лечения сложных заболеваний и родоразрешения пациенток

высокой группы риска применяются высокотехнологичные методы лечения.

Центр оснащен современным оборудованием, таким как интраоперационные рентгеновские системы, аппараты УЗИ экспертного класса, системы аутогемотрансфузии, мониторинг-системы, наркозно-дыхательные системы, ИВЛ, реанимационные неонатальные станции, фетальные мониторы с беспроводными датчиками.

В 2020 году была проведена уникальная совместная операция акушеров-гинекологов



и кардиохирургов по родоразрешению женщины с разрывом аорты. В 2021 году была проведена операция кесарева сечения женщине без почек, которая весь период беременности провела на гемодиализе в нефрологическом центре больницы имени С. С. Юдина. В 2022 году врачи центра помогли женщине с синдромом Гийена-Барре — острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулопатией — выносить и выходить ребенка, рожденного на 32-й неделе беременности.

## Принцип мягкого акушерства

В перинатальном центре 19 индивидуальных родильных боксов, оснащенных с учетом самых эксклюзивных пожеланий беременных женщин. Кровати-трансформеры для родов, просторные ванны, комплексы для вертикальных родов, фитболы, маты, шведские стенки помогают роженицам занимать удобные положения в первом и втором периоде родов, а уютный интерьер, аромалампы, кондиционеры и шторы блэк-аут создают расслабляющую атмосферу, где тихо, тепло и темно.

Опыт и квалификация медицинского персонала позволяют принимать все виды родов: мягкие, естественные с рубцом на матке, роды в тазовом предлежании, роды при многоплодной беременности, преждевременные роды, вертикальные роды, роды в воде. Приветствуются партнерские роды. Практикуются принципы мягкого акушерства, такие как свободное поведение женщины в родах, отсроченное пересечение пуповины, раннее прикладывание к груди, контакт «кожа к коже». Колоссальный опыт акушеров-гинекологов в ведении физиологических и оперативных родов высокой группы сложности, а также техническая оснащенность родильных боксов и операционных в совокупности выводят качество оказания медицинской помощи на высокий уровень.



Фото: Перинатальный центр ГKB им. С. С. Юдина


Фото: Перинатальный центр ГKB им. С. С. Юдина



**ПОЧЕТНЫЙ  
ЗНАК  
«ОТКРЫТЫЙ  
РОДДОМ»**

## Лидеры по количеству родов


Перинатальный центр является клинической базой кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, обладателем статусов «Больница, доброжелательная к ребенку» и почетного знака «Открытый роддом».

Акушерский стационар занимает лидирующие позиции по количеству родов. Согласно статистическим данным и демографическим показателям, в 2022 году каждый тринадцатый ребенок в Москве родился в родильном доме ГKB имени С. С. Юдина. 

В перинатальном центре созданы комфортные условия и для малыша, и для мамы



# Перинатология: практические аспекты мультидисциплинарного взаимодействия

 А. В. Камашева

 ГБУ города Москвы «Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения» (Кадровый центр)



Фото: mos.ru

*В числе мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи в системе родовспоможения в Москве, в Кадровом центре Департамента здравоохранения города Москвы проводятся специальные курсы по развитию не только профессиональных компетенций, но и «мягких» навыков работы в команде разных специалистов для преодоления критических состояний роженицы и новорожденного, а также для помощи женщинам в адаптации к материнству.*



## Общее состояние помощи будущим матерям и новорожденным в Москве

Совершенствование помощи будущим матерям и новорожденным на протяжении многих лет продолжает оставаться одним из ключевых направлений развития столичного здравоохранения. В Москве в настоящее время реализованы трехуровневая система оказания медицинской помощи беременным, роженицам и младенцам и высокий уровень маршрутизации беременных с преждевременными родами в медицинские организации 3-го уровня. Родильные дома и перинатальные центры города имеют статус «Больница, доброжелательная к ребенку», оснащены самым современным неонатальным оборудованием, расходными материалами и лекарственными средствами, позволяющими оказывать медицинскую помощь даже в самых сложных, нестандартных или критических клинических ситуациях<sup>1,2</sup>.

Высокий уровень профессиональной подготовки и регулярное повышение квалификации московских врачей — акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, специалистов

по грудному вскармливанию и медицинских работников других специальностей, оказывающих высококачественную медицинскую помощь женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде, а также новорожденным, становится одним из важнейших факторов, позволяющим снижать материнскую и перинатальную смертность<sup>3</sup>.

К дополнительному профессиональному образованию в настоящее время предъявляются высокие требования, поскольку от наличия специально подготовленных специалистов зависит качество оказания медицинской помощи. В 2021 году на базе Кадрового центра Департамента здравоохранения города Москвы стартовала программа повышения квалификации «Перинатология: практические аспекты мультидисциплинарного взаимодействия», а в 2022 году — «Современные подходы к поддержке грудного вскармливания» (далее — Программа).

«Перинатология: практические аспекты мультидисциплинарного взаимодействия» и «Современные подходы к поддержке грудного вскармливания» — актуальные программы по перинатологии, разработанные в Кадровом центре Департамента здравоохранения города Москвы.

Симуляционное оборудование на полигонах Кадрового центра позволяет безупречно отработать профессиональные навыки



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: Кадровый центр ДЗМ

<sup>1</sup> 48 младенцев появились на свет в новогоднюю ночь в столице. — [https://www.mos.ru/news/item/118197073/?utm\\_source=search&utm\\_term=serp](https://www.mos.ru/news/item/118197073/?utm_source=search&utm_term=serp)

<sup>2</sup> Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП (ред. от 29.03.2022) «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

<sup>3</sup> Джонмахмадова П. А. Определение причин и факторов, приводящих к мертворождаемости с использованием современных классификаций (обзор литературы) / П. А. Джонмахмадова, М. Я. Камилова // Мать и дитя. — 2020. — № 1. — С. 11-17. — EDN YLMGKA.

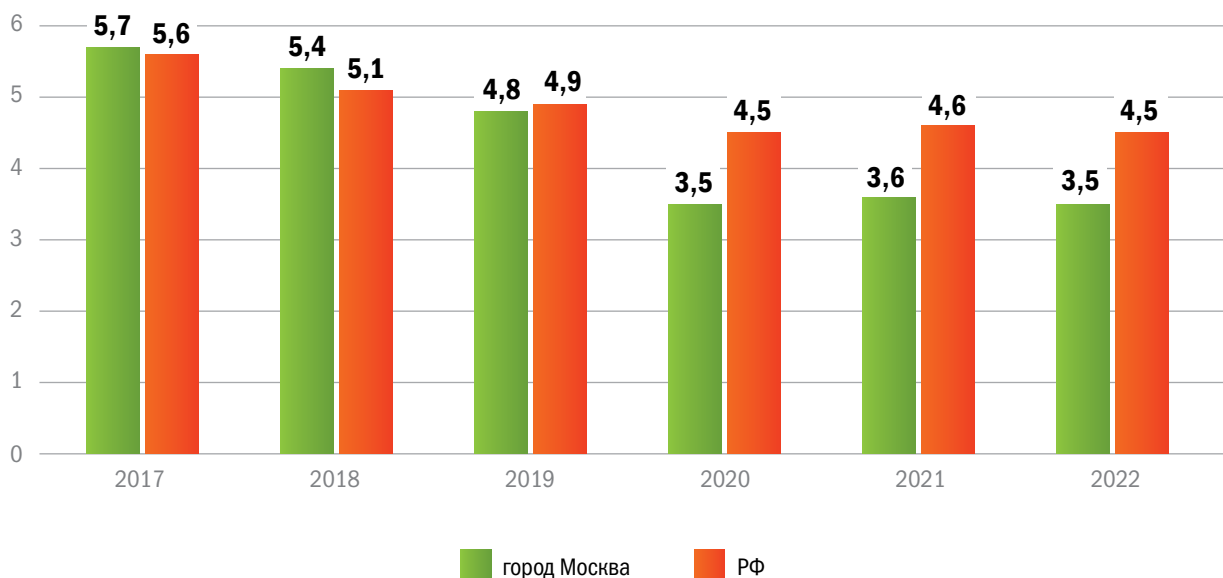


Рисунок 1 | Младенческая смертность в Москве и РФ за 2017–2022 гг. (на 1 тыс. родившихся живыми), Росстат

## Актуальность и основание разработки программ

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», значение показателя младенческой смертности к 2024 году должно достигнуть 4,5 случая на 1000 родившихся детей, к 2030 году — 3,9 случая на 1000 родившихся<sup>4</sup>.

Снижение младенческой смертности — одна из целей федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»<sup>5</sup>, показатель младенческой смертности является ключевым компонентом показателя «Повышение ожидаемой

продолжительности жизни до 78 лет» Единого плана по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года.

Одной из задач федерального проекта является обучение в симуляционных центрах более 50 тыс. специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии до 31 декабря 2024 года<sup>6</sup>.

Грудное вскармливание оказывает прямое положительное влияние на состояние здоровья ребенка и матери в краткосрочной и долгосрочной перспективе, является одним из базовых компонентов неонатального ухода и показателем качественной

**ОДНОЙ ИЗ ЗАДАЧ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБУЧЕНИЕ В СИМУЛЯЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ НЕ МЕНЕЕ 10 ТЫС. СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПЕРИНАТОЛОГИИ, НЕОНАТОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ**





первичной медико-санитарной помощи. В краткосрочной перспективе отмечается снижение смертности детей до двух лет: в 3,5 раза мальчиков и в 4,1 раза девочек до 6 месяцев и на 50 % детей от 6 до 23 месяцев<sup>7</sup>. Разработка и реализация программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания, отражены в приказе Минздрава России<sup>8</sup>. В настоящее время не редки ситуации успешного начала грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения города, но при выписке домой женщины часто начинают дополнительно подкармливать детей или прекращают вовсе

грудное вскармливание в течение нескольких недель после родов. Многие из них не могут эффективно продолжать грудное вскармливание потому, что их не обучили этому. Все медицинские работники, которые ухаживают за матерями и детьми после родов, играют основную роль в поддержании грудного вскармливания.

В 2017–2022 годы показатель младенческой смертности в Москве ниже, чем в целом по стране, и имеет устойчивую тенденцию к снижению (рис. 1). Необходимо отметить, что в 2021 и 2022 годах в РФ показатель младенческой смертности уже достиг целевого уровня 2024 года, а в Москве — уровня ниже, чем запланировано к 2030 году.



Фото: Кадровый центр ДЗМ

Предусмотрена возможность не только смоделировать физиологические роды, но и проработать различные возможные сценарии развития событий

<sup>4</sup> Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». — <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/detstvo>

<sup>5</sup> Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

<sup>6</sup> Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП (ред. от 29.03.2022) «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

<sup>7</sup> Victora Cesar G. et al. The Lancet, Volume 387, Issue 10017, 475 — 490.

<sup>8</sup> Приказ Минздрава России от 15.01.2020 № 8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года».

## Уникальность программы «Перинатология: практические аспекты мультидисциплинарного взаимодействия»

В рамках программы команда, состоящая из детского и взрослого анестезиологов-реаниматологов, неонатолога и акушера-гинеколога, отрабатывает наиболее частые сценарии угрожающих жизни состояний, которые могут возникнуть при родах.

Полностью воспроизведена модель современной детской реанимации

Врачи-специалисты, оказывающие медицинскую помощь в учреждениях родовспоможения Москвы, должны обладать не только профессиональными, но и надпрофессиональными («мягкими») навыками работы в составе мультидисциплинарной бригады, где каждый специалист четко понимает зону своей ответственности, а также обладает коммуникативными и управленческими навыками.

Каждый должен понимать алгоритмы своих действий при осуществлении профессиональной деятельности, что обеспечивается теоретической подготовкой и отработкой практических навыков плановой и экстренной специализированной врачебной помощи с использованием современного медицинского и симуляционного оборудования, в том числе многофункционального манекена имитации родов (роженица и новорожденный), интерактивных электронных платформ.

Содержание программы построено в соответствии с модульным принципом, где модуль имеет определенную логическую завершенность по отношению к установленным целям и результатам обучения.

В теоретическую часть входит 10 разделов, включающих более 60 лекций. Рассматриваются такие темы, как: «Реанимация и интенсивная терапия», «Преждевременные роды», «Неотложные состояния в родах» и другие. Изучать учебные материалы слушатели могут

в любое время, в любом месте и с любого устройства<sup>9</sup>.

Практическое занятие с использованием симуляционных технологий является структурным компонентом модуля и включает выполнение прикладных практических заданий с последующей обратной связью (симуляционный тренинг-имитация).

В рамках практической подготовки две подгруппы, в состав каждой из которых входят врачи — анестезиологи-реаниматологи (детские и взрослые), врачи-неонатологи и врачи — акушеры-гинекологи, по очереди проигрывают сценарии при наиболее часто угрожающих жизни состояниях, после чего встречаются в брифинг-зоне для проведения обсуждения (дискуссии). При этом слушателям демонстрируется запись проигранного сценария.

Программа нацелена на отработку командного взаимодействия и алгоритмов действий врачей трех специальностей. Отработка алгоритмов действий сопровождается выбором тактики лечения в различных неотложных состояниях при родовспоможении с учетом стандартов и порядков оказания помощи, клинических рекомендаций и лучших мировых практик.

Совершенствование имеющихся и развитие новых знаний, умений и навыков в области перинатологии за счет формирования у слушателей единого понимания алгоритмов действий каждого члена мультидисциплинарной бригады



Фото: Кадровый центр ДЗМ



Фото: Кадровый центр ДЗМ



Фото: Кадровый центр ДЗМ

Отработку навыков проходят как врачи, так и средний медицинский персонал

в ситуациях физиологического и патологического акушерства позволяет облегчить принятие врачебных решений, необходимых для выполнения трудовых функций.

В 2021 году по Программе было обучено 260 специалистов, в 2022 году — 733, за первый квартал 2023 года — 130 специалистов ДЗМ.


Поддержка грудного вскармливания — курс для широкого круга специалистов, вовлеченных в работу с детьми и их матерями: педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов, эпидемиологов, гастроэнтерологов, аллергологов-иммунологов и представителей других профилей.

## Уникальность программы «Современные подходы к поддержке грудного вскармливания»

Программа является междисциплинарной, и уникальность ее заключается во взаимодействии практикующих врачей-специалистов Москвы (педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов, эпидемиологов, гастроэнтерологов, аллергологов-иммунологов) на этапах освоения образовательных модулей в целях построения алгоритмов взаимодействия с пациентами для пропаганды и применения современных подходов к поддержке грудного вскармливания. Кроме того, в рамках Программы детально рассмотрен алгоритм проведения обследования молочных желез, аспекты преодоления нагрубания молочных желез, прикладывания к груди,

обучения рожениц сцеживанию и введению докорма сцеженным грудным молоком, показаны пути решения ряда проблем, возникающих при кормлении грудью, научно обоснована необходимость индивидуального подхода к введению докорма детям на грудном вскармливании.

Интерактивные методы обучения, применяющиеся на этапах реализации Программы, позволяют слушателям в полной мере освоить образовательный материал на примере реальных клинических случаев.

За 2022 год по Программе было обучено 1432 врача-педиатра, 310 врачей-неонатологов, 84 других специалиста. 

<sup>9</sup> <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/6531.html>



# Беременность и роды: психологические аспекты

Н. Л. Маленкова

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: shutterstock

*В московских женских консультациях и родильных домах с пациентками работают перинатальные психологи, которые регулируют психоэмоциональное состояние женщин и корректируют возможные негативные установки в период беременности. В статье изложены психологические аспекты ведения беременных.*



## Почему беременным необходима помощь психологов

Женщине может понадобиться психологическая помощь и на этапе беременности, и в процессе подготовки к ней, и в послеродовом периоде. В России беременные имеют право на бесплатную правовую и психологическую помощь. Порядок ее получения утвержден в совместном приказе Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ в 2020 году (приказ № 69/н 95/н от 17 февраля 2020 года). Вместе с родовым сертификатом женщина получает сертификат на консультацию перинатального психолога.

В арсенале современной семьи есть различные инструменты для подготовки к новому этапу — специальная литература, обучающие видео в интернете, общение с «бывалыми» родителями. Но практика показывает, что наиболее ценными являются курсы подготовки к беременности, родам, родительству, а также индивидуальные или супружеские консультации у акушеров-гинекологов и перинатальных

психологов. Самое главное — принять неизбежные изменения в образе жизни, привычках и даже в отношениях между супругами. Потребуется новые знания и умения, а чему-то придется учиться уже в процессе, на ходу, и относиться к этому нужно спокойно. Даже если будущая мама или семейная пара не чувствуют потребности в консультации психолога, осознание того, что в сложный момент они могут обратиться за помощью, уже снижает уровень стресса. Беременность вносит серьезные изменения во многие аспекты жизни будущей мамы и ее семьи, а любые изменения в принципе часто вызывают стресс. Это нужно учитывать и самой женщине, и ее родственникам, и специалистам, которые с ней работают. Специфические проблемы и вопросы возникают на разных этапах беременности и после возвращения из роддома.

Меняется образ жизни женщины: приходится отказываться от вредных привычек, перестраивать режим дня и питание. Ежедневной

Порядок получения беременными психологической помощи утвержден в совместном приказе Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ в 2020 году.



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

Медицинский и перинатальный психолог больницы № 52 Надежда Маленкова проводит консультацию

**БЕРЕМЕННЫЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ. ВМЕСТЕ С РОДОВЫМ СЕРТИФИКАТОМ ЖЕНЩИНА ПОЛУЧАЕТ СЕРТИФИКАТ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА**



Фото: mos.ru



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

▲  
 В кабинете ультразвуковой диагностики (слева)  
 Занятие с медицинским психологом (справа)

Во время беременности происходит гормональная перестройка организма, на фоне которой могут возникнуть колебания настроения, так называемые «эмоциональные качели».

«работой» женщины становится забота о здоровье, посещение врачей и выполнение их рекомендаций, и эти обязанности тяготят многих женщин.

У беременной могут возникать колебания настроения, которые, как и возможные неприятные ощущения, связанные с токсикозом, являются результатом гормональной перестройки организма. К так называемым «эмоциональным качелям» — чередованию раздражительности, слезливости, тревожности с состоянием эйфории и повышенной возбудимостью — надо быть готовым и самой

женщине, и ее окружению. Перинатальному психологу необходимо правильно настроить женщину — на получение позитивных эмоций и избегание излишних стрессов.

Еще одной проблемой может стать смена интересов: будущая мама задумывается об успешном вынашивании, родах и последующем родительстве, а привычные обязанности уходят на второй план. Желательно, чтобы переключение с привычной профессиональной деятельности на новые задачи проходило постепенно и гладко.

## Первый триместр беременности

Современный человек привыкает к контролю над своей жизнью, но не менее важно уметь принимать то, что мы не можем контролировать. Если беременность внеплановая — придется принимать решение о ее сохранении, и чем скорее, тем лучше. Когда решение принято, необходимо, чтобы факт беременности был осознан обоими родителями. Не менее важна готовность встретиться с ребенком, принять его таким, какой он есть: пол, врожденные особенности, поведение младенца и т. п.

Определенных усилий может потребовать новая организация жизни, направленная на создание благоприятных условий для беременной. Лучший подход для супругов — встречать перемены вместе, помогать друг другу принять на себя новые роли, заботиться друг о друге и проводить больше времени вдвоем. Перинатальные психологи рекомендуют общаться с будущим ребенком, ведь с 12-й недели он уже реагирует на прикосновения, а к 14-й неделе у него развивается слух. Через плаценту ребенок связан с мамой

**ВТОРОЙ ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ – ВОЗМОЖНОСТЬ ДИАЛОГА С РЕБЕНКОМ.** РОДИТЕЛИ НАЧИНАЮТ ПОНИМАТЬ ДВИЖЕНИЯ МАЛЫША, И МОЖНО ОБЩАТЬСЯ С НИМ НЕ ТОЛЬКО ГОЛОСОМ, НО И ТАКТИЛЬНО





кровеносной системой, ее гормоны и биологически активные вещества — передатчики эмоций от мамы к ребенку. Длительные эмоциональные переживания женщины становятся привычным фоном жизни ребенка. Состояния умиротворения, спокойной радости благотворно влияют на малыша, способствуют правильному внутриутробному развитию. И наоборот, страх, тревога, гнев и другие негативные эмоции вынуждают ребенка быть в постоянном напряжении, затормаживают его активность и физическое созревание.

Во время беременности не только женщина готовится к роли матери, но и мужчина — к роли отца, и одно из первых проявлений его в новой роли — забота о физическом и эмоциональном состоянии жены. Женщине будет проще, если муж разделит с ней здоровый образ жизни, по возможности будет сопровождать ее в походах к врачу. Вместе супруги могут пополнять необходимые в будущем знания — ходить на лекции, читать книги по психологии, детской педагогике, вместе в случае необходимости обратятся к психологам.

## Второй триместр беременности

Во втором триместре беременности у женщины стабилизируется гормональный фон, ощущается прилив сил и энергии. У мамы появляется потребность в новых впечатлениях, в позитивно насыщенной эмоциональной жизни, пробуждается творческое начало. Меняется тело женщины, и необходимо научиться получать от этого удовольствие, в том числе и при интимном

общении супругов. Стоит подобрать удобную и красивую одежду, можно устраивать фотосессии, подчеркивая, что беременная женщина прекрасна.

Второй триместр — хорошее время для начала посещения курсов по подготовке к родам и родительству, общения с другими людьми, готовящимися стать родителями, это может быть очень полезным.

Школа будущих мам



Фото: shutterstock

## С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РОДЫ – ПОЗИТИВНЫЕ ПРИОБРЕТЕНИЯ, ЭТО ПОЛУЧЕНИЕ НОВЫХ СТАТУСОВ, РАДОСТЬ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ БРЕМЕНИ, ДОЛГОЖДАНАЯ ВСТРЕЧА С РЕБЕНКОМ



Фото: mos.ru

▲  
В родовом  
отделении

У ребенка в этой фазе активно развиваются структуры головного мозга, ему нужны разнообразные сенсорные стимулы извне. Второй триместр — возможность

двустороннего диалога с ребенком. Родители начинают понимать движения малыша, и можно общаться с ним не только голосом, но и тактильно.

### Третий триместр беременности

К концу беременности у женщины могут нарастать усталость, сонливость, появляться неприятные физические симптомы. Возникают страх родов и неблагоприятного исхода, мысли о беспомощности, зависимости, несостоятельности. Возрастает фоновая тревожность, повышается чувствительность, ранимость, возможна слезливость. Все эти реакции вполне объяснимы, и можно и нужно научиться справляться с ними.

На уровне тела беременной помогут любые релаксационные методики (медитации,

массаж, плавание, прогулки и т. п.). Приятной психологической разгрузкой для будущей мамы будут несложные домашние дела, особенно связанные с подготовкой места и вещей для новорожденного, и покупка всего необходимого, что понадобится ей и младенцу в роддоме и дома. Стабилизации на эмоциональном уровне помогают занятия творчеством, арт-терапией, общение с приятными позитивными людьми.

На уровне мыслей будет полезна саморефлексия. Беременной стоит проанализировать



негативные мысли, признать их необоснованность и сосредоточиться на объективных фактах. Если у женщины есть беспокоящие вопросы, она может получить ответы на них из достоверных профессиональных источников — у врачей, психологов и на специализированных курсах для будущих мам. Имеет смысл заранее продумать важные организационные моменты родов, пребывания в роддоме и возвращения домой, отработать навыки поведения в родах, а также начать осваивать азы ухода за новорожденным и готовиться к грудному вскармливанию.

Альтернатива партнерским родам с мужем или с кем-то из родственников — роды с доулой, профессиональной помощницей, которая знает все немедицинские потребности женщины во время родов, оказывает психологическую поддержку, помогает расслабиться или активизироваться в нужный момент, находить удобные позы, правильно дышать и тужиться. Доула поможет сходить в туалет, сделает массаж, подаст воду и сфотографирует малыша в первые минуты жизни.

В третьем семестре беременности у женщины могут нарастать усталость, тревожность, возникает страх родов. Эти реакции вполне объяснимы, и нужно помочь молодой маме справиться с ними.

## Роды и послеродовый период

Роды — время пиковых нагрузок на организм и психику женщины. Это момент, когда складываются многие факторы, каждый из которых значительно влияет на результат. Вклад психологических факторов весьма важен, и необходимо, чтобы они работали в нужном направлении.

С психологической точки зрения роды — это:

- 1) эмоции, которые могут как помогать, так и мешать;
- 2) позитивные приобретения — личностный рост и получение новых статусов, радость освобождения от бремени, долгожданная встреча с ребенком;

## ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПСИХОЛОГУ НЕОБХОДИМО ПРАВИЛЬНО НАСТРОИТЬ ЖЕНЩИНУ – НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЗИТИВНЫХ ЭМОЦИЙ И ИЗБЕГАНИЕ ИЗЛИШНИХ СТРЕССОВ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

◀ Врач ЛФК, перинатальный психолог больницы № 52 Анна Варшавская рассказывает, как устроено оборудование в родовом отделении



3) тяжелая, но важная работа, которую необходимо выполнить хорошо, «профессионально». Речь идет о работе, которую выполняет сама женщина, и надо помнить, что она в этом процессе — субъект активной деятельности. «Профессионализм» в данном случае означает, что женщина хорошо подготовилась.

Психологи учат женщину:

- во время родов уметь сосредоточиться на помощи ребенку;
- быть готовой быстро перестраиваться вслед за изменением ситуации;
- доверять природе своего тела и естественному течению родового процесса;
- максимально расслабляться между схватками и максимально напрягаться, когда необходимо;
- относиться к боли как к важной функции, принять ее, подготовиться к встрече с ней и уметь совладать с нею — с помощью

волевых приемов, специальных дыхательных техник, самомассажа, выбора поз и движений.

Психологи учат женщину взаимодействовать с «руководителями» родов (врачом, акушеркой) и помощниками (партнером или доулой), сообщать врачу о всех важных изменениях, происходящих в организме, доверять ему и следовать рекомендациям. Если принято решение об участии партнера в родах, очень важна его активная помогающая позиция, готовность и умение поддерживать женщину.

Появление нового члена семьи в доме — это всегда период адаптации: малыша — к внешнему миру, родителей — к новой роли и новым видам деятельности, супругов — к приоритетам родительских функций над супружескими (в первые месяцы), прочих членов семьи — к перераспределению ресурсов и обязанностей в пользу заботы

Перинатальный психолог, специалист по грудному вскармливанию Евдокия Вишнякова консультирует молодую маму



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА НА ЭТАПЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ МОЖЕТ СТАТЬ ЗАЛОГОМ СПОКОЙНОГО И КОНСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ РОДИТЕЛЕЙ**



## БЕРЕМЕННОСТЬ ВНОСИТ СЕРЬЕЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЖИЗНЬ ЖЕНЩИНЫ, А ЛЮБЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРИНЦИПЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ СТРЕСС



Фото: mos.ru

Долгожданное время кормления


о младенце. Хорошие родители — это те, кто осуществляет три важные функции:

- 1) адекватно и своевременно реагировать на запросы малыша в плане удовлетворения его потребностей;
- 2) быть для ребенка постоянным объектом взаимодействия (не обязательно 24/7, но так, чтобы он не успел забыть родителей и отвыкнуть от них);
- 3) общаться с малышом, проявлять любовь и другие позитивные эмоции (спокойствие, удовольствие, удивление, радость) и избегать негативных эмоций (страх, тревога, грусть, тоска, равнодушие, злость, агрессивность, брезгливость) либо справляться с ними.

Не менее важна в послеродовой период забота о физическом и эмоциональном состоянии женщины — ей требуется восстановление ресурсов. Поэтому, пока мама в большей степени заботится о младенце, папа и другие помогающие взрослые в первую очередь должны заботиться

о ней. Очень важно сохранять мотивацию женщины на грудное вскармливание и обеспечивать условия, при которых она будет его придерживаться.

Забота о физическом и эмоциональном состоянии малыша проявляется в обеспечении постепенного привыкания к внеутробному образу жизни, становлении режима и привычек. Большую роль играют визуальный и тактильный контакты, общение с ребенком, ношение на руках, купание и прогулки. Важная задача — организация удобной и развивающей среды для ребенка, имеют значение освещение и музыка, первые игрушки.

Для всех окружающих ребенка взрослых важна эмоциональная стабильность: преодоление тревог за младенца (как нормативных, так и чрезмерных), сомнений относительно собственной родительской несостоятельности. Поэтому психологическая поддержка на этапе беременности и родов может стать залогом спокойного и конструктивного поведения молодых родителей, что безусловно благоприятно сказывается на развитии ребенка. 

Психологи учат женщину уметь сосредоточиться во время родов, доверять природе своего тела, относиться к боли как к важной функции, принять ее и уметь справиться с ней с помощью волевых приемов, дыхательных техник, самомассажа.

# Неонатальная служба столицы

Валерий Горев



*Какое внимание уделяется в Москве самым маленьким пациентам и как работает неонатальная сеть города, рассказывает главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы Валерий Горев.*

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**Валерий Горев, главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», к. м. н.**

## — Как развивается сегодня неонатология в Москве?

— Наш профиль относительно молодой, он выделился из микропедиатрии. Одна из его особенностей — высокая технологичность. Изменения в неонатологии происходят постоянно. Это связано прежде всего с накоплением знаний о пациентах неонатального профиля, с огромным количеством исследований, которые ведутся по всему миру. Особой зоной потребности в высокотехнологичной помощи именно в нашем профиле является помощь детям, которые рождены раньше срока. С 2012 года мы официально выхаживаем детей, родившихся начиная с 22-й недели беременности, что составляет чуть больше половины нормального

физиологического срока гестации. Это особый контингент пациентов, требующий огромного количества знаний, мануальных навыков, серьезного технического обеспечения и, обязательно, умения работать на этом оборудовании. Конечно, у нас многое довольно быстро меняется, появляются новые концептуальные подходы, и все нацелено на повышение выживаемости наших детей, желательно без потери качества жизни.

## — В чем особенность высоких технологий в неонатологии?

— Техническая сторона нашей работы представлена широким диапазоном различных видов медицинского оборудования, которое, в частности, позволяет протезировать условия внутриутробного развития хотя бы в какой-то степени для детей, родившихся раньше срока. Полная замена и воссоздание таких условий — это утопия, по крайней мере, на сегодняшний день. При этом доношенные дети тоже могут достаточно серьезно болеть, особенно при аномалиях развития, и требовать значительного медицинского вмешательства. Для нас важно оборудование, которое позволяет в онлайн-режиме показывать их самочувствие,





## МЫ ОКАЗЫВАЕМ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ И ВЫХАЖИВАЕМ ВСЕХ ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ЖИВОРОЖДЕНИЯ, ДАЖЕ ПРИ ВЕСЕ МЕНЕЕ 500 ГРАММОВ

поскольку любое отклонение требует от нас каких-то действий. И, безусловно, нам необходимо оборудование, которое позволяет проводить мониторинг состояния ребенка во всех максимально возможных его аспектах с применением, по возможности, неинвазивных методик. Например, в организме килограммового ребенка, который имеет полное право на жизнь, объем циркулирующей крови составляет 110–120 мл. Для того чтобы проконтролировать состояние пациента, оценить, как работает его организм, мы берем кровь на анализ и вместе с этим забираем то важное, что нужно ему самому. Поэтому очень следим за развитием технологий, позволяющих неинвазивно мониторить параметры организма малыша. В связи с этим, конечно, хочется отметить огромное внимание к неонатологии со стороны производителей медицинского оборудования, фармпроизводителей, которые разрабатывают продукты для внутривенного замещения питания ребенку, со стороны организаторов здравоохранения, которые создают максимально благоприятные условия для медицинской помощи детям.

— **А что касается отношения со стороны пациентского сообщества?**

— Да, мы сейчас чуть больше на слуху. Все-таки неонатолог — это первый доктор малыша. И наши специалисты действительно пользуются особым доверительным отношением со стороны родителей. Иногда это даже избыточно, потому что родители потом не готовы переключить внимание на врачей-педиатров поликлиник. С первым доктором часто складывается эмпатия, и она не может не сложиться. У нас на глазах (и при нашем участии) происходит много счастливых и важных моментов. Это позволяет сформироваться теплой, интимной обстановке во взаимодействии с врачом-неонатологом. Ведь если семья сталкивается с проблемой, мы вынуждены вмешиваться, чтобы дать малышу шанс на жизнь, помочь ему справиться с трудностями. Это

В отделении неонатологии Морозовской больницы



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

тоже способствует высокому уровню доверия родителей к доктору этой специальности.

### — Достаточно ли в Москве неонатологов?

— Наша специальность остается одной из самых редких. По данным 2022 года, озвученным в докладе в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, количество неонатологов по всей стране составляет около пяти с половиной тысяч. В Москве из этого общего числа работают около 400 человек. Поскольку на столицу приходится примерно 10 % всех родов в стране, цифры соотносятся. И необходимо оговорить: с новорожденными работают еще и анестезиологи-реаниматологи неонатальных отделений, зачастую их относят тоже к неонатологам, поскольку в 80–90 % случаев они имеют второй сертификат — неонатолога.

### — Какие изменения произошли в московской неонатологии в последние годы?

— Именно в прошлом году в неонатальном профиле в Москве произошли очень важные и масштабные изменения. У нас открылись два совершенно новых, оснащенных по самому совершенному стандарту перинатальных центра — в Городской клинической больнице имени Л. А. Ворохобова и в Многопрофильном медицинском клиническом центре «Коммунарка». Это мощные акушерские стационары, которые в месяц обеспечивают 500–800 родов каждый. И самое главное,

что на сегодняшний день именно на них приходится значительная доля преждевременных родоразрешений. При всей новизне коллективы новых перинатальных центров — это не случайные коллективы. С открытием новых центров были закрыты старые. Несмотря на то, что там регулярно обновлялся парк оборудования, они требовали капитального ремонта, новых логистических процессов, нового подхода к работе с пациентами, комфортного пространства для родителей. Все новые возможности вкупе с переоснащением реализованы в наших перинатальных центрах. А те заслуженные коллективы, которые много лет нарабатывали опыт, стали основной частью, костяком, этих центров.

Также, помимо двух новых, у нас продолжает работать крупный перинатальный центр при Городской клинической больнице имени С. С. Юдина, который тоже может принимать порядка 1000 родов в месяц, и перинатальный центр в Зеленограде, который обеспечивает этой высококвалифицированной помощью отдаленный район Москвы. Да, там меньше родов, но они проходят на том же качественном уровне. И между всеми перинатальными центрами постоянно происходит обмен опытом, технологиями, которые показывают наилучший результат.

Морозовская больница — один из крупнейших детских стационаров города и страны и место зарождения новых направлений в педиатрии



Фото: НИИОЗММ ДЗМ





— Когда-то выхаживание детей с массой тела 900 граммов было прорывом, потом эта условная планка снизилась до 500 граммов. Сколько весят ваши самые маленькие пациенты?

— Как я уже говорил, с 2012 года наша страна перешла на новый стандарт живорождения: было признано законодательно обязательное выхаживание детей с массой тела при рождении 500 граммов, и мы активно включились в работу. Это не значит, что раньше не оказывалась помощь таким недоношенным малышам. Речь идет о фиксации этого процесса и большем контроле в поддержании жизни таких детей. На самом деле эта точка соответствует 22 неделям. Масса ребенка в этот момент составляет примерно 500 граммов. Но помощь

обеспечивать им возможность перехода на совместное пребывание с матерью. И параллельно у нас стали все больше и больше выживать детки с массой тела менее килограмма.

— Но ведь разные потребности и риски у детей с массой тела, например, 900 граммов и 500 граммов?

— Да. Эту категорию детей с массой до килограм-

Родившиеся раньше срока малыши проводят в больнице первые месяцы жизни. Малыши на фото родились на сроке 27 недель с массой 850 г и 980 г и дозревают в условиях неонатального отделения. На фото им 6 недель



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## БЕЗУСЛОВНО, ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНЫ В МОСКВЕ ГОРАЗДО ВЫШЕ, ЧЕМ В ДРУГИХ РЕГИОНАХ. ПОЭТОМУ ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У НАС НИЖЕ, ЧЕМ В СРЕДНЕМ ПО СТРАНЕ

оказывается всем детям, которые родились с признаками живорождения, и иногда они весят даже менее 500 граммов.

Очень важная закономерность: опыт активного оказания помощи нашим пациентам при таком уязвимом сроке рождения и критически низком весе привел к тому, что детки с большей массой стали выживать чаще и с лучшим качеством жизни на перспективу. За десять лет очень многое поменялось. Мы сейчас практически не беспокоимся о детях с массой тела более килограмма и с уверенностью можем утверждать, что с ними все будет хорошо. Мы научились с ними работать, быстро

ма можно разделить на несколько групп. Масса тела от 750 до 1000 граммов — это соответствует примерно 25–28 неделям гестации. Очень уязвимый срок, но показатели выживаемости этой группы детей радуют, мы можем надеяться на достаточно хороший потенциал здоровья этих детей. Хотя, конечно, прогноз прямо пропорционален сроку гестации. А вот группа детей с массой тела 500–750 граммов (по сроку беременности это примерно 22 недели — 24 недели 6 дней) во всем мире считается серой зоной выживаемости. К сожалению, это означает и худший прогноз выживания, и худший прогноз по состоянию здоровья выживших детей. Но все не так



печально! Потому что технологически мы развиваемся и видим прогресс и в этой серой зоне. На сегодняшний день у нас появилась третья группа детей — менее 500 граммов. Работая с ними, мы копили бесценный опыт, который позволяет нам лучше выхаживать и детей более старшего гестационного возраста. И сейчас, отчасти благодаря наработкам в группе самых маленьких недоношенных детей, та самая «серая зона» 500–750 граммов демонстрирует лучшие показатели выживаемости.

### — Серая зона светлеет?

— Да. Тем не менее пока она остается серой зоной. Дети выживают, но требуют достаточно длительного медицинского сопровождения, возможно, на протяжении жизни. При этом, конечно, появляются новые навыки длительного сопровождения таких детей, направленного на формирование лучшего прогноза.

На самом деле увеличение количества детей с массой тела менее 500 граммов — это тоже результат медицинского прогресса. Как мы в неонатологии движемся по стадиям развития человека и осваиваем возможности сохранения жизни на все более ранних

женщинам с серьезными заболеваниями, женщинам все более старшего возраста. Средний возраст роженицы в Москве перевалил за 33 года. А около 12 % родов приходится на долю женщин старше 40 лет. Очевидно, что чем выше возраст, тем больше частота хронических заболеваний, которая сопряжена с риском, в том числе преждевременных родов. И мы к этим фактам адаптируемся.

**— Расскажите об общей картине здоровья новорожденных москвичей. С одной стороны, взрыв технологий и рост возможностей, с другой — увеличение достаточно тяжелого контингента недоношенных детей со всеми рисками для здоровья.**

Комната для приготовления смесей для кормления пациентов неонатального отделения оснащена самым современным стерилизационным оборудованием



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

этапах ее развития, точно так же акушеры-гинекологи все больше учатся пролонгировать беременность. И на больших сроках уже достигнуты серьезные успехи, но сложность представляют именно меньшие сроки, потому что зачастую причиной ранних преждевременных родов являются заболевания, которые сложно спрогнозировать и предотвратить. И мы должны отдавать себе отчет, что с развитием медицины мы увеличиваем продолжительность жизни, пролонгируем ее активную часть, которая в том числе связана и с детьми. Мы даем возможность реализовать репродуктивный потенциал

— Статистически, к счастью, доля недоношенных детей, требующих особого внимания, остается в общих цифрах одинаковой. Как я уже сказал, появляется все больше детей с массой менее 500 граммов и 500–750 граммов. Но при этом доля детей 1000–1500 граммов за последние несколько лет уменьшилась почти в два раза, плюс мы в принципе научились с ними так работать, что примерно в 98–99 % случаев у них формируется хороший прогноз на будущую жизнь. Уменьшилась и доля детей 750–1000 граммов, поскольку наши акушеры обладают технологиями для продления беременности на таких



## РАСТЕТ ДОЛЯ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА ОКОЛО 500 И В ДИАПАЗОНЕ 500–750 ГРАММОВ, НО ПРИ ЭТОМ ЗА СЧЕТ РАЗВИТИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОЛОНГАЦИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА БОЛЬШИХ СРОКАХ СОКРАТИЛАСЬ ДОЛЯ ДЕТЕЙ С МАССОЙ 750–1500 ГРАММОВ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

сроках. И в целом, если говорить про москвичей, безусловно уделяется внимание вопросам планирования беременности, ее ведения, выбора, где рожать, чтобы это было максимально защищено и подстраховано с точки зрения медицины. И несмотря на серьезные миграционные движения в городе, безусловно, доступность медицины в Москве гораздо выше, чем в других регионах. На самом деле поэтому частота преждевременных родов у нас ниже, чем по стране. Она составляет примерно 5,6 %, в то время как по стране она варьируется от 6 до 7 %. В масштабах наших 100 тысяч родов ежегодно это серьезные цифры. Да, безусловно, доля беременностей, которые требуют большего медицинского внимания, увеличилась. Но технологии позволяют нам успешно работать с этой проблемой. Поэтому состояние здоровья наших малышей минимум лет за пять статистически точно не изменилось. Есть даже некоторые радующие факторы. У наших новорожденных снизилась инфекционная заболеваемость, сейчас мы практически не видим локальных инфекционных процессов в наших родильных домах.



Работа с такими крошечными пациентами требует от медицинских сестер ювелирной точности в выполнении любых медицинских манипуляций

### — Как влияет на здоровье новорожденных применение вспомогательных репродуктивных технологий?

— Около 7 % в структуре родов составляют роды с применением репродуктивных технологий. Это много. И вспомогательные репродуктивные технологии ассоциированы с повышенным риском преждевременных родов и с повышенной заболеваемостью у детей. Но все равно это менее 10 % в течение многих лет. Статистически — с учетом преждевременных родов, рождения детей с какими-то отклонениями в развитии органов и систем — 92–93 % детей (это меняется от стационара к стационару) выписываются домой из родильного дома без необходимости каких-то медицинских манипуляций. Эта цифра стабильная и никак не меняется. То есть,

## ОБРАЗЦЫ КРОВИ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА АНАЛИЗИРУЮТСЯ В СЕМИ ЛАБОРАТОРИЯХ ПО ВСЕЙ СТРАНЕ, ВКЛЮЧАЯ ЛАБОРАТОРИЮ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, КОТОРАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ ДОСТИГЛА ЭКСПЕРТНОГО УРОВНЯ

делая новый шаг в решении рискованных задач по спасению малышей с экстремально низкой массой тела, мы закрепляем успех на предыдущих этапах и таким образом поддерживаем стабильно хорошие результаты.

### — Расскажите, пожалуйста, о неонатальном скрининге, как он формировался?

— С 2012 года в Москве проводился расширенный неонатальный скрининг в отношении дополнительных 5–6 заболеваний. Методика позволяла попутно диагностировать и большее количество заболеваний, но мы не называли их нозологиями, включенными в скрининг, поскольку для такого включения есть четкие критерии. Программа показала свою нужность, полезность. За это время по сравнению с другими регионами мы достигли серьезных компетенций в неонатальном скрининге, стали экспертами в этом вопросе. А с 1 января 2023 года уже по всей стране реализуется программа неонатального скрининга на 36 нозологий. Исследования проводятся в семи лабораториях по всей стране, включая лабораторию Морозовской больницы, которая за последние пять лет достигла экспертного уровня. Не буду перечислять эти 36 нозологий [см. с. 95. — прим. ред.]. Но там есть часть очень значимых социально заболеваний с хорошим прогнозом в случае раннего начала лечения, например, синдром мышечной атрофии (СМА), первичные иммунодефициты. Это не значит, что мы раньше мы не ставили эти диагнозы. Но мы ставили их на фоне манифестации, что означало уже некоторые потери.

### — В чем преимущества работы неонатолога в Москве по сравнению с другими городами?

— В медицине не должно быть соревнований. Если появляется какая-то технология и показывает хорошие результаты, то наша задача максимально быстро транслировать ее на максимально широкое число нуждающихся в ней пациентов, в том числе и в других регионах. Конечно, преимущество Москвы очевидно. Потому что мы работаем с огромным количеством населения. Соответственно, частота встреч с более редкими серьезными заболеваниями в наших коллективах

выше, чем в других регионах. А это значит, что уровень компетенций наших медицинских коллективов тоже выше. И в этом отношении Москва действительно обладает преимуществами. Наши многопрофильные детские стационары, перинатальные центры являются клиническими базами лучших медицинских вузов страны, которые находятся в Москве. Конечно, много очень сильных медицинских вузов и в регионах, но их клинические базы не обладают таким многочисленным контингентом. Этот сплав, научный, образовательный, дает возможность очень интенсивного и качественного развития медицинской помощи в целом. Наши медицинские коллективы так или иначе вовлекаются в образовательный процесс, формируется особая атмосфера, позволяющая всегда быть на профессиональной высоте. Ну и, конечно, очень много значит возможность регулярно следить за обновлением парка оборудования и оснащения. Новые технологии, которые появляются в любых профилях медицины, первыми осваивают московские учреждения.

### — В Москве несколько великолепных детских больниц. В каждой есть неонатальные отделения?

— У нас 10 детских стационаров. Но если говорить о неонатальном профиле, то это должна быть многопрофильная больница. Что такое неонатология? Это не заболевание какого-то одного органа или системы, это пациенты определенного возраста. И наши дети болеют всем. Например, в Филатовской больнице — самый большой реанимационный фонд: 45 коек реанимации новорожденных, 80 коек патологии новорожденных. Наши новые перинатальные центры имеют тоже очень серьезный коечный фонд — по 42 койки реанимации новорожденных и от 80 до 100 коек патологии новорожденных. Мы стремимся сделать наши перинатальные центры самодостаточными, чтобы у большинства пациентов, на каком бы сроке они ни родились, была возможность выписаться из перинатального центра домой, не переезжая в больницу. Потому что сама по себе перегоспитализация для тяжелого маленького пациента, особенно рожденного раньше срока, это целая история и большая нагрузка. Основная задача





перинатальных центров — стать максимально автономными. В этой ситуации мы внутри наших медицинских организаций находимся в постоянной тесной связи, помогаем освоить все больше компетенций сотрудникам перинатальных центров. Поэтому в наших перинатальных центрах происходят и хирургические вмешательства, даже на сердце. В партнерстве с Морозовской больницей в перинатальном центре при ГКБ № 67 имени Л. И. Ворохобова мы уже проводили кардиохирургические вмешательства, нейрохирургические вмешательства. Там освоен достаточно большой объем хирургических вмешательств при патологии желудочно-кишечного тракта, при аномалиях развития легочной системы. Но если ребенок требует более серьезного вмешательства, он переводится в детский

до эндоскопической коррекции спинномозговой грыжи, даже без вскрытия матки. Но пока еще более распространена технология, когда коррекция спинномозговой грыжи плода производится с разрезом на матке, выходом ребенка наружу при сохранении маточно-плацентарного кровотока. Это направление развивается и, безусловно, будет частью компетенций наших перинатальных центров. Наибольший опыт в Москве в этой области достигнут специалистами Центра планирования

Для женщин, находящихся в Морозовской больнице вместе с новорожденными детьми, созданы специальные условия для сцеживания, а также для хранения грудного молока



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

многопрофильный стационар, и, безусловно, мы хотим получить пациента с хорошим прогнозом.

### — Как вы относитесь к фетальной хирургии?

— Фетальная хирургия — это зона ответственности наших коллег, акушеров-гинекологов, потому что это вмешательство на плоде. Но неонатолог всегда участвует в операции. К сожалению, не всегда фетальная хирургия заканчивается пролонгированием беременности. Иногда приходится идти на экстренное родоразрешение. Но фетальная хирургия, безусловно, развивается и охватывает все больше различных нарушений плода. В Москве она представлена достаточно широко и давно, начиная с самых простых вмешательств при гемолитических заболеваниях плода, когда требуется заместительная трансфузия эритроцитов вследствие резус-конфликта. В итоге она прошла в развитии путь

семьи и репродукции, где проводились не только транс-абдоминальные трансфузии эритроцитов, но и лазерная коагуляция сосудов при монохориальной беременности, когда возникают гемодинамические изменения и страдают оба плода в итоге. Фетальная хирургия — это будущее, и его не остановить. Когда мы имеем дело с желанной беременностью, как не помочь будущему ребенку, в том числе и внутриутробно.

### — В амбулаторном звене нужны неонатологи?

— Сейчас у нас неонатологи широко представлены в физиологических отделениях акушерских стационаров. Хотя, если мы обратимся к мировому опыту, то в подобных отделениях, где ребенок не требует медицинского внимания, неонатологов нет. Они там работают для того, чтобы прочертить границу между нормой и патологией. В первые часы, дни, месяц жизни ребенка в рамках

адаптации организма к внеутробному состоянию в сердечно-сосудистой, дыхательной системах происходят серьезные изменения, практически нет ни одного органа, который не участвовал бы в этом процессе. Но все-таки неонатолог работает с патологией. Поэтому вопросов для амбулаторного его применения не должно возникать. За много-много лет система работы участковых педиатров уже сложилась, и они прекрасно справляются с работой с маленькими детьми, осмотрами и патронажем. Поэтому, каким бы я ни был приверженцем этой профессии, нет необходимости неонатологу присутствовать в поликлиниках, его место в стационаре. А если специалистам амбулаторного звена не хватает каких-то компетенций, их можно получить в нашем Кадровом центре. Многие вопросы неонатального профиля для наших участковых педиатров или врачей смежных специальностей мы освещаем в рамках работы Кадрового центра.

### — Какова роль среднего медицинского персонала в неонатологии?

— Средний медицинский персонал неонатальных отделений — особая каста. Это люди, которые наряду с мамой обеспечивают 80 % успеха. Это, особенно в реанимации, специалисты высочайшего уровня. Если говорить о ребенке, который родился с массой тела 500 граммов, речь о его возможной выписке заходит примерно на 38-й неделе его истинного гестационного срока. То есть первый раз мы подумаем, можно ли человечка выписать домой, через 15–16 недель после его преждевременного рождения. А в среднем они выписываются в 42, 44 недели, а некоторые — и в 50 недель гестационного возраста. И все это время — 4, 5, 6 месяцев — с ними работает один коллектив, в том числе медицинская сестра. Для сравнения: в других отделениях нашего стационара средний срок пребывания — 5 дней. Неонатальные сестры — это история про реальную человеческую заботу, это больше, чем простая эмпатия, это психоэмоциональная синергия вместе с семьей, которая выхаживает своего малыша в нашем отделении. Так можно работать только по призванию. Я даже не буду говорить о том, как бережно они должны взвешивать (иногда два-три раза в день) этих малышей. Какими они должны обладать навыками и какой чувствительностью рук, чтобы таким детям в венку с волосок

поставить катетер или взять кровь. Как все это должно быть бережно, как они должны любить свой труд, оберегать ребенка, в том числе и от врачей, которые вечно торопятся и им надо посмотреть этого пациента здесь и сейчас, а он только уснул... Кто будет тем барьером, который не допустит, чтобы просто так разбудили ребенка? Медицинская сестра. Она скажет: извините, ребенок отдыхает, у него недавно брали кровь, ему нужно восстановиться после этого стресса, а вот через два часа я буду менять пеленки и позову вас для осмотра. Не каждый остается, не каждый может. И я убежден, что это бриллианты среди руды. Хорошая медицинская сестра в неонатальном отделении — это большая часть успеха, не меньше, чем доктор наук или профессор в ординаторской. Если в отделении медицинские сестры не будут обладать качествами, о которых я сказал, все профессорские знания будут бесполезны.

### — Объясните, пожалуйста, важность грудного вскармливания с точки зрения неонатолога.

— Грудное вскармливание в случае работы с недоношенными детьми становится частью медицинской технологии. Когда мы оказываем недоношенному ребенку помощь, прежде чем унести его в реанимацию, мы подходим к маме, сцеживаем и даем первые капельки молозива ребенку. Дело в том, что состав грудного молока естественным образом адаптируется к потребностям недоношенного ребенка, оно содержит больше белка, имеет другую структуру жирных кислот и большую концентрацию иммунологических факторов, которые защищают его от враждебного мира. В нашей больнице работает Центр грудного вскармливания. Этому нашему детищу год. За это время мы раза в 4 увеличили объем сохраненного грудного вскармливания. И наша сотрудница Татьяна Николаевна Бескопильная, перинатальный психолог, является основным спикером по теме поддержки грудного вскармливания и читает лекции для педиатров, акушеров-гинекологов, неонатологов. Для перинатальных центров и акушерских стационаров озабоченность этим вопросом — норма, но для детских стационаров пока это редкость. В родильных домах обычно поддержка грудного вскармливания становится задачей волонтерской службы. Но этими процессами

**ФЕТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ — ЭТО БУДУЩЕЕ, И ЕГО НЕ ОСТАНОВИТЬ.  
КОГДА МЫ ИМЕЕМ ДЕЛО С ЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ, КАК НЕ ПОМОЧЬ БУДУЩЕМУ РЕБЕНКУ,  
В ТОМ ЧИСЛЕ И ВНУТРИУТРОБНО**



## МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА УНИКАЛЬНА ТЕМ, ЧТО **МЫ ПРОВОДИМ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ, КОГДА НОВОРОЖДЕННОМУ НЕОБХОДИМА НЕМЕДЛЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ, НАПРИМЕР, В СЛУЧАЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

мы должны управлять. У нас работают специальные комнаты для сцеживания, оформленные в позитивном стиле. И мамы, которые находятся в стрессе, поскольку дети лежат в реанимации, называют эти комнаты «зоной психоразгрузки». Сцеженное молоко специально подогревают, если оно требуется прямо сейчас. Для некоторых пациентов мы добавляем в него питательные вещества. Но можно и заготовить молоко впрок — заморозить, тогда при выписке его забирают домой. Для формирования сосательного рефлекса мы прикладываем к груди даже самых маленьких детей, потому что это один из базовых рефлексов, который в принципе запускает нервное развитие.


### — **Вопрос как к главному врачу Морозовской больницы. Расскажите, пожалуйста, о ваших самых интересных проектах, планах, перспективах.**

— В этом году Морозовской больнице 120 лет. У нас очень много уникальных специалистов и очень много педиатрических профилей, которые зарождались именно в Морозовской больнице. Например, первое гематологическое отделение в стране, первые онкологические пациенты детского возраста, первый компьютерный томограф в детских стационарах, первое рентгенологическое отделение. И наша больница не перестает развиваться. В год мы оказываем помощь более 130 тысячам детей. Среди них в прошлом году 84 тысячи детей были госпитализированы на круглосуточную койку, остальные 46 тысяч пациентов были проконсультированы амбулаторно, в том числе на уровне приемного покоя. В год у нас более 50 тысяч наркозов. Более 30 тысяч оперативных вмешательств. В этом году мы выйдем на уровень 12 тысяч оперативных вмешательств только в рамках стационара одного дня. Морозовская больница — это огромный живой организм. Безусловно, со своими проблемами, но мы учимся их успешно решать в широком взаимодействии со всем нашим медицинским сообществом, с Департаментом здравоохранения города Москвы, Правительством Москвы, на фоне огромного внимания федеральных образовательных учреждений — у нас 15 кафедр всех московских медицинских университетов федерального уровня. В каждом

структурном подразделении у нас есть победы, есть технологии, о которых можно говорить до бесконечности.

Поскольку наша сегодняшняя встреча все-таки посвящена неонатальному профилю, я хочу сказать, что наша детская больница уникальна и тем, что мы проводим здесь родоразрешения. За последние два года это порядка 10 родоразрешений в случаях, когда «промедление смерти подобно». То есть, если ребенок родился в акушерском стационаре, ему надо оказывать помощь, потом организовать транспортировку, что сопряжено с высокими рисками ухудшения состояния. Например, у нас в случае опухоли верхних дыхательных путей ребенок был прооперирован через пять минут после рождения. И операция у ребенка закончилась раньше, чем завершилось в соседней операционной кесарево сечение мамы. Что крайне важно, нам удалось обеспечить контакт «кожа к коже» еще на операционном столе, пока маме заканчивали кесарево сечение.

### — **Что является показанием к такому родоразрешению?**

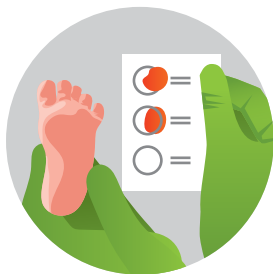
— Безусловно, жизненно важные операции. Как правило, речь идет об опухолях, которые затрудняют становление самостоятельного дыхания, аномалиях развития легких и дыхательной системы (диафрагмальные грыжи), когда ребенку с первых минут жизни требуется интубация, искусственная вентиляция легких, а зачастую и экстракорпоральная мембранная оксигенация. Операции проводятся в рамках процедуры EXIT. Это, кстати, часть фетальной хирургии, потому что первые действия ребенку мы производим, когда он еще считается плодом. С помощью кесарева сечения мы выводим ребенка наполовину, до сосочковой линии, нагнетаем теплый физраствор в полость матки, сохраняем ее расслабленной с помощью анестетиков, которые получает женщина. Эти же анестетики внутриутробно естественным путем получает и плод. Соответственно, он тоже обезболен, расслаблен, мы поддерживаем маточный плацентарный кровоток, и плацента продолжает выполнять газообменную функцию, обеспечивая ребенка кислородом и забирая у него CO<sub>2</sub>. Это дает нам время обеспечить ребенку проходимость дыхательных путей. Он отсекается от мамы, когда мы уже убеждены в том, что ребенку ничего не угрожает. 



# НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

## 36 врожденных и (или) наследственных заболеваний

1	Классическая фенилкетонурия – E70.0 МКБ-104;	13	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью – E71.1 МКБ-10 (пропионовая ацидемия);	26	Очень длинноцепочечная ацил-КоА дегидрогеназная недостаточность (дефицит очень длинной цепи ацил-КоА дегидрогеназы (VLCAD));
2	Фенилкетонурия В – E70.1 МКБ-10;	14	Метилмалоновая метилмалонил-КоА-мутаза (ацидемия метилмалоновая);	27	Недостаточность митохондриального трехфункционального белка;
3	Врожденный гипотиреоз с диффузным зобом – E03.0 МКБ-10;	15	Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина А);	28	Недостаточность карнитин-пальмитилтрансферазы, тип I;
4	Врожденный гипотиреоз без зоба – E03.1 МКБ-10;	16	Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина В);	29	Недостаточность карнитин-пальмитилтрансферазы, тип II;
5	Кистозный фиброз неуточненный – E84.9 МКБ-10 (муковисцидоз);	17	Метилмалоновая ацидемия (дефицит метилмалонил-КоА-эпимеразы);	30	Недостаточность карнитин-ацилкарнитинтрансферазы;
6	Нарушение обмена галактозы – E74.2 МКБ-10 (галактоземия);	18	Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина D);	31	Нарушения обмена серосодержащих аминокислот – E72.1 МКБ-10 (гомоцистинурия);
7	Адреногенитальное нарушение неуточненное – E25.9 МКБ-10 (адреногенитальный синдром);	19	Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина С);	32	Нарушения обмена цикла мочевины – E72.2 МКБ-10 (цитруллинемия, тип I; аргиназная недостаточность);
8	Адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов – E25.0 МКБ-10.	20	Изовалериановая ацидемия (ацидемия изовалериановая);	33	Нарушения обмена лизина и глутаминоксидазы – E72.3 МКБ-10 (глутаровая ацидемия, тип I; глутаровая ацидемия, тип II (рибофлавин – чувствительная форма));
9	Недостаточность других уточненных витаминов группы В – E53.8 МКБ-10 (дефицит биотинидазы, дефицит биотин-зависимой карбоксилазы, недостаточность синтетазы голокарбоксилаз, недостаточность биотина);	21	3-гидрокси-3-метилглутаровая недостаточность;	34	Детская спинальная мышечная атрофия, I тип (Вердинга-Гоффмана) – G12.0 МКБ-10;
10	Другие виды гиперфенилаланинемии – E70.1 МКБ-10 дефицит синтеза биоптерина (тетрагидробиоптерина), дефицит реактивации биоптерина (тетрагидробиоптерина);	22	Бета-кетотиолазная недостаточность;	35	Другие наследственные спинальные мышечные атрофии – G12.1 МКБ-10;
11	Нарушения обмена тирозина – E70.2 МКБ-10 (тирозинемия);	23	Нарушения обмена жирных кислот – E71.3 МКБ-10 (первичная карнитиновая недостаточность);	36	Первичные иммунодефициты – D80 – D84 МКБ-10.
12	Болезнь с запахом кленового сиропа мочи (болезнь «кленового сиропа») – E71.0 МКБ-10;	24	Среднецепочечная ацил-КоА дегидрогеназная недостаточность;		
		25	Длинноцепочечная ацил-КоА дегидрогеназная недостаточность (дефицит очень длинной цепи ацил-КоА дегидрогеназы (VLCAD));		



Неонатальный скрининг включает массовое (безотборное) обследование новорожденных **на врожденные и (или) наследственные заболевания** для раннего доклинического выявления заболеваний и их своевременного лечения.

Для проведения неонатального скрининга забор образцов крови осуществляют из пятки новорожденного через **3 часа** после кормления, в возрасте **24–48 часов** жизни у доношенного и на **7-е сутки** (144–168 часов) жизни у недоношенного новорожденного.

Источник: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 апреля 2022 г. № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями»



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



# Статистика и аналитика

**НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший поставщик статистической и аналитической информации для Департамента здравоохранения города Москвы**

## КОМПЕТЕНЦИИ

- Организация и управление системой медицинской статистической отчетности.
- Организация, сбор и обработка медико-статистических данных о сети, кадрах и ресурсном обеспечении медицинских организаций, заболеваемости населения и др.
- Ведение регистров: кадров, медицинских организаций, нозологических и других.
- Анализ медико-статистической информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.
- Подготовка сводных государственных и отраслевых медицинских отчетов, формирование сборников, статей и обзоров.
- Проведение образовательных программ для специалистов отрасли здравоохранения.

ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ  
УСПЕШНО СОБИРАЕТ, ОБРАБАТЫВАЕТ,  
СВОДИТ И АНАЛИЗИРУЕТ ИНФОРМАЦИЮ  
ПО 21 ФОРМЕ ОТЧЕТА БОЛЕЕ ЧЕМ ОТ

**500** МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ

БОЛЕЕ **70**  
МОНИТОРИНГОВ

ВЕДЕТСЯ В ОПЕРАТИВНОМ РЕЖИМЕ

**IV СЪЕЗД МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ  
ГОРОДА МОСКВЫ «ЦИФРОВАЯ СТАТИСТИКА.  
НОВЫЕ ЗАДАЧИ И ТРАЕКТОРИЯ ДВИЖЕНИЯ»**



ВСЕ МАТЕРИАЛЫ  
ДОСТУПНЫ НА ОФИЦИАЛЬНОМ  
САЙТЕ СЪЕЗДА

# Профилактика — главный фокус в московской системе детского здравоохранения

*Исмаил Османов*



*Охрана здоровья детей — один из государственных приоритетов. Активное продвижение профилактических мер, формирование единого цифрового контура — все это делает Москву «столицей здоровья» и примером для других регионов. Как развивается столичная педиатрия, рассказывает главный внештатный специалист по педиатрии Департамента здравоохранения города Москвы Исмаил Османов.*

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**Исмаил Османов, главный внештатный детский специалист по педиатрии Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З. А. Бахляевой Департамента здравоохранения города Москвы», д. м. н., профессор**

## — Как развивается педиатрическая служба города в последние годы?

— Педиатрическая служба города развивается стремительно, и в последние годы это особенно заметно: параллельно идет развитие материально-технической базы, непрерывного постдипломного образования и, конечно же, поиск, совершенствование и внедрение новых технологий. Все самые современные известные в мире медицинские технологии сейчас доступны в Москве в системе детского здравоохранения. Развитие

педиатрической сферы заметно любому обывателю, стоит лишь обратить внимание на то, как меняется облик поликлиник, стационаров, начиная с приемных отделений.

Самым мощным инструментом, который способствует доступности и оперативности оказания медицинской помощи детям, стала цифровизация. Отдельный важный шаг — полностью оцифрованный календарь прививок. Теперь вся информация о профилактических прививках конкретного ребенка доступна амбулаторным и стационарным детским специалистам. Все детские стационары связаны с амбулаторными службами через систему ЕМИАС. Это, безусловно, повышает и оперативность, и качество оказания медицинской помощи.

Главный принцип, которому мы сегодня следуем, — это профилактика, профилактика и еще раз профилактика, она должна начинаться еще до рождения ребенка. Наша задача сегодня — максимально увести педиатрию в сторону профилактики и превентивности. Именно





поэтому у нас четко выстроена система преемственности не только между стационарами и амбулаторными службами, но и с женскими консультациями, родильными домами. Мы с этой целью совершенствуем модель диспансерного наблюдения детей, чтобы своевременно предупредить как риск развития заболеваний, так и их прогрессирование.

### — Как изменились детские стационары?

— Наши стационары, как и поликлиники, меняются с каждым днем. Сегодня мы имеем возможность оказывать практически всю диагностическую и лечебную помощь ребенку непосредственно внутри отделения. Выходить приходится только на лучевую диагностику, в операционную и на выписку. В приемных отделениях наших стационаров в момент поступления пациента

узких специалистов — их вызовут в приемное отделение. И если будет выявлено, что ребенок все же нуждается в госпитализации, он поступит в отделение уже с результатами анализов и практически установленным диагнозом, а дальше при необходимости будут проведены углубленное дообследование, дифференциальная диагностика, назначено лечение.

Цифровизация очень благотворно сказалась на работе всех служб, особенно наших приемных отделений: увеличилась оперативность, исчезла необходимость заполнять лишние журналы и бумаги, что экономит время родителей и трудозатраты сотрудников. Мы имеем возможность обмениваться информацией не только внутри больничных подразделений, но и с другими лечебными профильными организациями. Одним словом, все работает на благо наших детей.

## САМЫМ МОЩНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ, КОТОРЫЙ СПОСОБСТВУЕТ ДОСТУПНОСТИ И ОПЕРАТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТАЛА ЦИФРОВИЗАЦИЯ



Фото: mos.ru

вся необходимая диагностика выполняется на месте. Например, поступил ребенок с болью в животе (это одна из самых частых причин обращения в стационар). Мы исключаем аппендицит, острую хирургическую патологию, но дальше мы не можем отправить ребенка домой со словами «аппендицита нет». Мы должны выявить причину этой боли и оказать необходимую помощь. Поэтому в приемном отделении работает мультидисциплинарная бригада. Пациента осмотрят хирург, педиатр и другие специалисты, возьмут анализы крови, в случае необходимости сделают УЗИ. Если нужна будет консультация



Фото: mos.ru



В операционной Детской городской больницы имени З. А. Башляевой ДЗМ

### — Как в связи с этим меняются подходы к подготовке специалистов?

— Так же стремительно. Особенно с момента открытия Кадрового центра Департамента здравоохранения города Москвы, оснащенного самыми современными

системами тренинга, симуляционными станциями. Очень важно, что теперь поступить на работу в московское здравоохранение невозможно без прохождения тестирования в Кадровом центре, даже если еще действует сертификат. Это очень серьезный стимул для врачей постоянно находиться в информационном поле и повышать свой профессиональный уровень. Здесь исключены формальности, все испытания составлены на основе реальной клинической практики. К разработке тестов привлекались врачи разных московских больниц. И это не просто вопросы и ответы, а решение конкретных ситуационных задач. Здесь требуются и фундаментальная теоретическая подготовка, и опыт, и клиническое мышление. Исключено предвзятое отношение, поскольку нет непосредственного контакта между экзаменатором и экзаменуемым — ставится задача и ведется дистанционное наблюдение. По-прежнему играет роль стимула статус «Московский врач», и по-прежнему мы проводим Школу клинического мышления, которая объединяет

Третий год мы проводим форум «Педиатрия сегодня и завтра», который также вовлекает детских врачей всей страны и тоже собирает около 7000 участников. Наш главный ежемесячный журнал — «Практика педиатра» — буквально настольное издание для каждого нашего доктора. И мы видим, что к онлайн-версии обращаются ежемесячно 40 000 человек.

— **А искусственный интеллект используется в педиатрической практике?**

— Да, у нас есть разработанная ведущими московскими педиатрами система поддержки принятия клинических решений, которая широко применяется на амбу-

Всю медицинскую помощь, которая только может быть оказана у постели пациента, он получает в палате (слева)

Цифровизация изменила уровень оказания медицинской помощи и сделала ее оперативнее и доступнее (справа)



Фото: НИИОЗММ ДЭМ



Фото: mos.ru

тысячи врачей и выходит в эфир на всю страну каждый день в 11.00. Так что мы держим руку на пульсе и видим, что у людей уже формируется даже привязанность к этим мероприятиям, потому что они очень помогают в работе. У нас все нацелено на практическую пользу — через разборы клинических случаев, дискуссии, перед глазами каждого из наших слушателей проходит вся логическая нить постановки диагноза, это и есть развитие клинического мышления. Очень полезная практика, которая обогащает клинический багаж каждого участника мероприятия. Кроме того, мы ежегодно проводим крупные форумы — Московский съезд детских врачей, который уже разросся до федерального и международного уровня. Более 7000 человек принимают в нем участие.

латорном этапе. Она включает более 20 нозологий, и на основе совокупности жалоб, анамнестических данных, результатов анализов система выдает врачу варианты наиболее вероятных диагнозов и алгоритмы дальнейшей диагностики и лечения. Это уже не первый год действует, и мы постоянно совершенствуем систему.

— **Расскажите, как формируются центры компетенций в стационарах?**

— Центры компетенций — очень интересный и востребованный проект. Каждый детский многопрофильный стационар в Москве можно назвать универсальным и самодостаточным, оказывающим помощь по полному спектру нозологий. Исключение — это, пожалуй, только



## МЫ ВИДИМ ОЧЕНЬ СЕРЬЕЗНУЮ **ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ДИНАМИКУ В ПЛАНЕ УМЕНЬШЕНИЯ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ, УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА МНОГИХ ТЯЖЕЛЫХ ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

онкогематология, которая сконцентрирована в Морозовской больнице, и орфанные заболевания, центр орфанных заболеваний находится там же. Тем не менее в каждом стационаре есть свои технологии и накоплен собственный уникальный опыт по различным направлениям. На его основе и создаются центры компетенций. Огромную поддержку нам оказывает Правительство Москвы, выделяя гранты на те или иные научные исследования. Например, в нашей больнице на функциональной основе действуют Центр компетенций по нарушениям липидного обмена, Центр компетенций по целиакии и другие. И в рамках программы «Москва — столица здоровья» мы обеспечиваем лечение по этим и многим другим направлениям не только маленьким москвичам, но и детям всей страны. По такому же принципу работают центры компетенций и в других стационарах.

### — Можно ли говорить о положительной динамике здоровья детей в Москве?

— Однозначно да. Мы видим очень серьезную положительную динамику в плане уменьшения травматизма у детей, случаев заболеваний с тяжелым течением, улучшения прогноза многих тяжелых врожденных заболеваний, включая орфанные. Как уже было сказано, основная наша задача — максимальное смещение педиатрической помощи в сторону профилактики. И в этом вопросе мы объединяем усилия со всеми, кто вовлечен в заботу о детях, — с родителями, работниками образования, культуры, общественных пациентских организаций и т. д. с точки зрения повышения настороженности в вопросах детского здоровья и безопасности.

### — Это результат общей стратегии?


— Безусловно. Стратегия базируется на трехуровневой системе оказания помощи детям (первый и второй уровни — амбулаторные, третий — стационарный) и направлена именно на предупреждение заболеваний, тесное взаимодействие и преемственность между различными этапами оказания медицинской помощи. И сейчас преемственность четко отработана. Важный аспект профилактической работы — различные школы: при поликлиниках — поддержки грудного вскармливания, при стационарах — для родителей детей

с хроническими заболеваниями, которые, к сожалению, не имеют обратного хода (сахарный диабет, эпилепсия, астма и др.). Наша задача, чтобы диагноз не стал приговором или комплексом, а родители и ребенок адаптировались к необходимому образу жизни. В этом участвуют и врачи, и психологи.

### — Как налажена обратная связь?

— Это очень важный вопрос, в частности в нашей больнице создан специальный коллцентр, в котором сотрудники обрабатывают каждый запрос, каждый звонок от родителей. Вообще в нашем стационаре заведено правило: мы не ждем, когда позвонит мама или другой законный представитель врачу, врач сам после осмотра должен позвонить по указанному в истории болезни телефону и проинформировать о состоянии ребенка и назначениях. Такой подход важен как для повышения качества оказываемой помощи, так и для повышения удовлетворенности нашей помощью.

### — Какими вы видите ближайшие задачи?

— Очень четкими. Мы нацелены на выполнение задач, которые ставят перед нами Правительство Москвы и Департамент здравоохранения города Москвы, а именно — во-первых, повысить процент ранней выявляемости заболеваний, минимизировать риск их развития и хронизации. Во-вторых, оперативно осваивать все материально-технические возможности, которые нам предоставляются, и расширять компетенции наших врачей. Например, кардиолог у нас имеет сертификат специалиста по УЗИ, функциональной диагностике, детской кардиологии, сам проводит все необходимые исследования и интерпретирует их. То же в перспективе должно быть и у нейрохирургов, и у гастроэнтерологов, и у других специалистов. В-третьих, мы начинаем налаживать преемственность между детскими и взрослыми стационарами, чтобы не просто передавать карты, а расширить активное взаимодействие между педиатрами и терапевтами. С амбулаторным звеном преемственность у нас достаточно хорошо отлажена, теперь мы этот опыт переносим на взрослую сеть. Наш главный принцип — «Нужды пациента превыше всего». 



# Московская «МОЛОЧНАЯ КУХНЯ»

В. Н. Бабаева

Дирекция развития объектов здравоохранения города Москвы

*Для обеспечения полноценного питания в рамках социальной поддержки граждан в Москве работают молочно-раздаточные пункты. Они расположены по 252 адресам — во всех районах столицы.*

Беременным и кормящим женщинам выдают витаминизированный сок и молоко. Детям до года в зависимости от возраста положены сухие и жидкие адаптированные смеси, соки, овощные и фруктовые пюре, каши. Детям от года до 3 лет выдаются молоко, кефир, творог, фруктовые пюре, соки. Детям старше 3 лет выдается молоко. Точный перечень бесплатных продуктов питания и их количество указаны в приложении № 6 к приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 13.12.2021 № 1240 «О совершенствовании организации обеспечения бесплатными продуктами питания».

Москвичи, имеющие право на получение продуктов питания в «молочных кухнях»:

- беременные,
- кормящие мамы (на ребенка в возрасте до 6 месяцев),
- дети до 3 лет,
- дети до 7 лет из многодетных семей,
- дети от 3 до 15 лет, имеющие хронические заболевания,
- дети-инвалиды от 3 до 18 лет.

Воспользоваться услугой могут прикрепленные к городской поликлинике или женской консультации горожане, имеющие постоянную регистрацию в столице и действующий

«Молочная кухня» по новому стандарту



Фото: пресс-служба ДЗМ



Фото: пресс-служба ДЗМ



## ПРОГРАММА ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕСПЛАТНЫМ ЗДОРОВЫМ ПИТАНИЕМ ДЕТЕЙ И БЕРЕМЕННЫХ ОХВАТЫВАЕТ 325 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК В СТОЛИЦЕ



Фото: пресс-служба ДЗМ


Новые «молочные кухни» выдержаны в том же дизайне, что и детские поликлиники

или временный полис ОМС, выданный в Москве. Заключение о бесплатной выдаче продуктов оформляется врачом в городской медицинской организации. В дальнейшем не потребуется повторно посещать медучреждение, так как услуга подачи заявления и заказа питания доступна онлайн — в разделе «Семья и дети» на mos.ru. В личном кабинете заявителя появится электронное направление, которое предъявляется на «молочной кухне». Электронный сервис позволяет выбрать дату и место выдачи продуктов и корректировать график их получения, а также просматривать историю выдачи питания.

В начале прошлого года стартовала программа ремонта молочно-раздаточных пунктов, реализуемая Департаментом здравоохранения города Москвы, она коснулась 21 объекта. Теперь получать продукты питания можно будет в современных, комфортных условиях. Для «молочных кухонь» были разработаны единые стандарты — по аналогии с единым стандартом столичных поликлиник. Такой подход позволяет сформировать единый узнаваемый облик городских учреждений здравоохранения.

В ходе ремонта во всех помещениях выполнили современную внутреннюю отделку в том же стиле, в котором были отремонтированы по новому стандарту детские поликлиники. Установлены новые окна, двери, системы пожарной безопасности и кондиционирования, узнаваемые вывески. Молочно-раздаточные пункты оснастили удобной мебелью для посетителей и сотрудников. В прошлом году общая площадь ремонтных работ составила около 3 тысяч квадратных метров.

В 2023 году модернизация городских молочно-раздаточных пунктов будет продолжена: будет обновлен еще 41 объект общей площадью почти 4,5 тысячи квадратных метров. Все «молочные кухни» приведут к единому стандарту: он коснется как оформления, так и функционального оснащения помещений.

Обеспечение ребенка и мамы бесплатным здоровым питанием — важная социальная мера поддержки, которая реализуется в Москве в рамках комплексной работы по защите материнства и детства. Она охватывает 325 тысяч человек, и задача правительства города — сделать так, чтобы процесс получения продуктов был максимально комфортным и удобным. 

В 2023 году будет модернизировано практически вдвое больше молочно-раздаточных пунктов, чем в прошлом году.

# Медицинская помощь новорожденным в условиях стационара

Антонина Чубарова



*Сегодня старейшая в Москве Детская городская клиническая больница имени Н. Ф. Филатова — это современное многопрофильное учреждение, оборудованное передовой медицинской техникой. Врачи больницы владеют уникальными технологиями, здесь лечат детей с первых часов жизни. Об особенностях медицинской помощи новорожденным детям рассказала главный врач Филатовской детской больницы Антонина Чубарова.*

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**Антонина Чубарова, главный врач Детской городской клинической больницы имени Н. Ф. Филатова, д. м. н., профессор кафедры госпитальной педиатрии имени академика В. А. Таболина РНИМУ имени Н. И. Пирогова**

**— В Филатовской детской больнице было открыто первое в стране специализированное отделение патологии новорожденных. Расскажите об истории отделения и особенностях его работы в настоящее время.**

— Первое отделение, предназначенное специально для новорожденных, было открыто в Филатовской детской больнице в 1963 году. Но вообще все началось гораздо раньше: больница со дня своего основания

в 1842 году стала первым учреждением, где принимали на лечение младенцев, не только в стране, но и в мире. Отделение для детей грудного возраста существовало у нас с 30-х годов XX века, и уже к шестидесятым стало понятно, что лечение новорожденных требует особой организации не только в родильных домах, но и в стационарах. Инициаторами создания отделения для новорожденных стали заведующий кафедрой госпитальной педиатрии 2-го Московского государственного медицинского института (сейчас — РНИМУ имени Н. И. Пирогова) профессор Вячеслав Александрович Таболин и профессор Мария Федоровна Дещкина, первым заведующим — доцент Екатерина Ивановна Щербатова. Сегодня в отделении патологии новорожденных и недоношенных более 80 % детей долечиваются после пребывания в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

В 1980 году в Филатовской появилось и первое отделение реанимации новорожденных в многопрофильном





## НАШИМ НЕОНАТОЛОГАМ УДАЕТСЯ ПОЧТИ НЕВОЗМОЖНОЕ: ПРОШЛЫМ ЛЕТОМ ОНИ ВЫХОДИЛИ ДЕВОЧКУ, КОТОРАЯ ПРИ РОЖДЕНИИ ВЕСИЛА 380 ГРАММОВ. СЕЙЧАС ОНА ХОРОШО РАСТЕТ И РАЗВИВАЕТСЯ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

детском стационаре. Безо всякого преувеличения можно сказать, что сейчас мы обладаем самым большим в стране опытом по выхаживанию недоношенных детей с низкой (менее полутора килограммов) и экстремально низкой (менее одного килограмма) массой тела. За последние пять лет мы пролечили больше двух тысяч детей, родившихся раньше срока, из них 505 весили меньше килограмма. Часто нашим неонатологам удается почти невозможное: прошлым летом они, например, вывели девочку, которая при рождении весила 380 граммов, сейчас она уже подросла, хорошо растет и развивается.

### — Какие еще отделения Филатовской работают с новорожденными?

— С самыми маленькими пациентами также работает отделение патологии новорожденных и детей грудного возраста, там часто находятся дети, требующие сложного и длительного диагностического поиска. Но отдельно хотелось бы рассказать о хирургической помощи новорожденным. Детей с пороками развития сразу после



Ежегодно в отделении хирургии новорожденных выполняется около 800 операций

рождения ждут в отделении хирургии новорожденных и недоношенных или в реанимации для хирургических больных. Эти отделения работают хорошо сплоченной командой совместно с отделениями для детей более старшего возраста, благодаря чему ребенок может получить полный комплекс этапного лечения.

Последующее наблюдение и реабилитацию малыш может также получить в нашем консультативно-диагностическом центре. Вообще же хирургическую помощь младенцам в Филатовской больнице начали оказывать 120 лет назад. Здесь мы были, да и до сих пор остаемся, можно сказать, первопроходцами. Многие операции новорожденным сейчас делают только у нас.

В практику внедрены эффективные методики диагностики заболеваний новорожденных: эндоскопия,

ультразвуковое и радиоизотопное сканирование, компьютерная томография. Накопленный опыт позволил в качестве приоритетного направления выдвинуть коррекцию пороков развития в неонатальном периоде и раннем грудном возрасте. Благодаря профессору Алексею Вячеславовичу Гераськину особую роль в развитии неонатальной хирургии сыграло внедрение оперативной эндоскопии при многих пороках развития. Каждый год в отделении хирургии новорожденных выполняется около 800 операций. Это ранняя хирургическая коррекция врожденных патологий при гастрошизисе и омфалоцеле, диафрагмальной грыже, атрезии пищевода, 12-перстной, тонкой и толстой кишок, болезни Гишпрунга, гидронефрозе и многих других заболеваниях. У нас лучшие показатели в стране по лечению такой сложной патологии, как диафрагмальная грыжа (когда органы брюшной полости перемещаются внутриутробно в грудную полость). Этому удалось достичь в том числе благодаря использованию технологии экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО), внедрение которой в операционную практику также является нашим приоритетом.

Кроме того, постоянно работает с новорожденными и отделение кардиохирургии. Оно появилось в 2008 году, и за это время там пролечили больше тысячи младенцев со сложными пороками сердца, из них в последние годы 20 % составляют недоношенные и еще чуть больше 20 % — дети с массой тела менее 2,5 килограммов.

Конечно, для успеха здесь необходима работа команды неонатологов-реаниматологов отделений реанимации и кардиохирургов.

### — Насколько часто в хирургии новорожденных применяются малоинвазивные технологии?

— С использованием малоинвазивных технологий проводится 60 % операций — торакоскопии, лапароскопии, цистоскопии. В случае с самыми маленькими пациентами это особо важно — такие операции гораздо менее травматичны, хотя по переносимости и сложны для больных с компрометированными жизненно важными функциями.

### — Какие виды помощи младенцам с врожденными заболеваниями оказывают в Филатовской детской больнице?

— Оказываются фактически все виды помощи. Это, как я уже сказала, помощь по профилям: анестезиология и реанимация (в том числе мы применяем все методы экстракорпоральной поддержки жизни, перитонеальный диализ, плазмозферез, гемосорбцию,

В операционной Детской городской клинической больницы имени Н. Ф. Филатова



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



гемодиализ, ЭКМО), детская хирургия, урология и андрология, кардиохирургия, офтальмология, травматология и ортопедия и, конечно, неонатология. Диагносты Филатовской стараются применить существующие методики в том числе и к новорожденным. В декабре по программе Департамента здравоохранения города Москвы «Контракт жизненного цикла» у нас появился первый эндоскопический ультрасонограф, и уже через пару месяцев врачи выполнили исследование шестидневной девочке. Такого в мире еще не делали! Подобные обследования проводятся только пациентам от 15–20 килограммов, а наша девочка весила три с половиной.

срока. После выписки ребенка «передают» в кабинет катмнеза, он находится у нас же, в нашем консультационно-диагностическом центре. Катмнестическое наблюдение — это важнейшая составляющая здоровья недоношенного ребенка. Весь первый год жизни, а часто и не только первый, за такими пациентами продолжает следить мультидисциплинарная команда специалистов — офтальмологи, неврологи, ортопеды... Причем во время реабилитации, программа которой индивидуально рассчитывается на каждого ребенка, предпочтение отдается немедикаментозным методам лечения — аппаратной физиотерапии, нейроразвива-

## СПЕЦИАЛИСТЫ ФИЛАТОВСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ПЕРВЫМИ СТАЛИ ПРИМЕНЯТЬ АППАРАТ ЭКМО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИЙ, БЛАГОДАРЯ ЧЕМУ УДАЛОСЬ СОХРАНИТЬ ДЕСЯТКИ ДЕТСКИХ ЖИЗНЕЙ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

### — Как организована медицинская помощь недоношенным детям, в том числе детям с экстремально низкой массой тела?

— Такие дети требуют длительного бережного лечения. Это не просто дети с маленькой массой, это пациенты, которые очень быстро меняются, надо постоянно следить за их развитием и параллельно лечить заболевания, приведшие к преждевременному рождению. Мы стараемся поддержать и мам, для которых появление на свет недоношенного ребенка часто становится неожиданностью. Каждую неделю в отделении патологии новорожденных и недоношенных проходят занятия Школы матерей, где родителей обучают всем тонкостям обращения с детьми, родившимися раньше



Новорожденным недоношенным детям — особое внимание!

шим технологиям, применяется эрготерапия, то есть специальная гимнастика, тренирующая мелкую моторику рук и систему координации.

### — Как организована маршрутизация пациентов из роддома в больницу? Как влияет наличие перинатальных центров на загрузку и работу подобных отделений?



— Со многими будущими пациентами специалисты Филатовской сталкиваются еще до их рождения. Наши кардиохирурги, детские хирурги уже 15 лет активно участвуют в консультировании беременных женщин с выявленными пороками развития плода. Большая часть таких проблем является решаемой с помощью хирургических вмешательств. Будущей маме рассказывают о перспективах лечения, возможных исходах. Многие из проконсультированных иногородних пациентов приезжают на роды в Москву именно для того, чтобы сразу попасть в Филатовскую детскую больницу.

### — Какие виды высокотехнологичной помощи оказывают в Филатовской больнице?

— Само по себе лечение детей с экстремально низкой массой тела относится к высоким технологиям. Высокотехнологичную помощь больница оказывает по пяти профилям по федеральному софинансированию, а также еще по двум профилям в рамках ОМС. Но мы постоянно идем вперед. Зачастую то, что мы делаем, по технологичности превышает методы, признанные в официальной документации (и пока в нее не внесены). Это операции

## ЗАПУЩЕН НОВЫЙ УНИКАЛЬНЫЙ ФОРМАТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ — «ПРОФЕССОРСКИЕ КОНСИЛИУМЫ» В ФИЛАТОВСКОЙ, ГДЕ ОСВЕЩАЮТСЯ САМЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ



Фото: НИИОЗММ ДЭМ

Мы постоянно на связи со всеми столичными роддомами и перинатальными центрами, оттуда к нам и поступает большая часть маленьких пациентов. Все самые сложные случаи — как раз к нам. Это в первую очередь недоношенность и вместе с ней необходимость в срочных хирургических вмешательствах. Причем к нам везут детей не только из Москвы, но и из других российских регионов. Вот недавно двух новорожденных буквально друг за другом доставили из Крыма самолетами МЧС — у обоих был критический порок сердца. Дети были экстренно прооперированы, сейчас у них все хорошо. Наши кардиохирурги постоянно публикуют результаты хирургического лечения некоторых критических пороков сердца у недоношенных, это хорошее подспорье для коллег из других больниц, где пока не решаются применять столь сложные технологии.



Фото: НИИОЗММ ДЭМ



С недоношенными детьми работает отделение патологии новорожденных и детей грудного возраста

с использованием искусственного кровообращения и операции в условиях ЭКМО — экстракорпоральной мембранной оксигенации. Последнее тоже впервые начали делать именно в Филатовской — аппарат ЭКМО изначально был рассчитан на выхаживание тяжелых больных. Мы же первыми стали применять его во время операций, благодаря чему удалось сохранить десятки детских жизней.

### — Какие уникальные технологии применяются в Филатовской больнице?



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

— Некоторые я уже перечислила. Это операции в условиях искусственного кровообращения, операции в условиях ЭКМО, лапароскопические и торакоскопические операции у недоношенных и детей с низкой массой тела (например, клипирование открытого артериального протока), видеоассистированные операции при паховых грыжах у недоношенных детей, операции при сохранившейся клоаке. У нас накоплен большой опыт выхаживания детей с синдромом короткой кишки при пороках кишечника или после перенесенного энтероколита, впоследствии этим детям проводят операции по удлинению кишечника.

**— Какие уникальные операции проводились в Филатовской больнице?**


— Уникальные операции у нас проводятся достаточно часто. Недавно мы оперировали ребенка с гигантской тератомой. Он поступил к нам через два часа после рождения в очень тяжелом состоянии — недоношенность усугублялась незрелой дыхательной системой. До операции мальчик весил 2 килограмма, после операции — 1 килограмм и 100 граммов, то есть опухоль была чуть ли не больше него самого. Сложность таких операций заключается не столько в объеме и технологии оперативного вмешательства, сколько в том, что сердце ребенка работает фактически на удвоенный вес и огромную емкость сосудов (как у спортсменов-тяжеловесов),



Палата отделения реанимации и интенсивной терапии

а это нередко приводит к большим проблемам со стабилизацией жизненных функций как до операции, так и после резкого исчезновения избыточной массы. Но наши врачи со всем справились, уже через две недели мальчик начал дышать самостоятельно, а в возрасте одного месяца и трех недель был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

**— Какие образовательные мероприятия в рамках непрерывного образования проходят в вашей больнице?**

— Цикл усовершенствования врачей по ЭКМО у новорожденных, порокам развития легких, гнойной инфекции, кишечной непроходимости у новорожденных. На регулярной основе проводятся вебинары для врачей амбулаторного звена Москвы и Московской области по различным разделам хирургии. Наш новый уникальный формат образовательных мероприятий — «Профессорские консилиумы» в Филатовской, где освещаются самые диагностически сложные случаи. В ходе таких консилиумов можно поучаствовать в дискуссии ведущих специалистов и получить уникальный опыт. 

# Детская анестезиология-реаниматология В МОСКОВСКОМ МЕГАПОЛИСЕ

Иван Афуков



*Детская анестезиология-реаниматология — неотъемлемая часть лечебного процесса — от выхаживания недоношенных детей до надежной защиты здоровья детей в самых трудных ситуациях в любом возрасте. О мощной московской базе детской реаниматологии рассказывает главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения города Москвы и главный врач одной из старейших московских детских больниц Иван Афуков.*

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**Иван Афуков, главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ», доцент кафедры детской хирургии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, к. м. н.**

## — В чем специфика работы детского анестезиолога-реаниматолога в Москве?

— Главная особенность любого детского анестезиолога-реаниматолога заключается в том, что ему необходимо работать с новорожденным, грудничком, ребенком младшего возраста и вплоть до старшего школьного

возраста. И 17-летний пациент по многим параметрам (но не по всем!) соответствует взрослому пациенту. Не случайно взрослые анестезиологи-реаниматологи чаще всего не рискуют работать с детьми, а детский специалист вполне в состоянии оказывать помощь и взрослым. Наибольшим опытом обладают именно анестезиологи-реаниматологи многопрофильных детских больниц, потому что их пациентом может стать как ребенок нескольких часов жизни, так и 17-летний молодой человек. Плюс к этому детский анестезиолог-реаниматолог должен быть еще и педиатром, и неонатологом, и фармакологом, а порой и психологом — мультидисциплинарная специальность. При этом с развитием современной медицинской техники ему необходимо владеть ультразвуковой диагностикой, различного уровня FAST-протоколами (это обследования у постели пациента), помня, что в каждом возрасте





Фото: mos.ru

будет своя ультразвуковая картинка. Требуется владеть колоссальным объемом информации. Нас значительно меньше, чем взрослых анестезиологов-реаниматологов, — около 500 на всю Москву.

### — Какие есть образовательные возможности в вашей сфере?

— Во-первых, существует целый цикл программ повышения квалификации, представленный в Кадровом центре Департамента здравоохранения города Москвы, в детских многопрофильных больницах, на кафедрах детской анестезиологии и реанимации медицинских вузов. Это стандартные циклы повышения квалификации, обязательные к прохождению каждым специалистом перед получением аккредитации, а также узконаправленные циклы по респираторной терапии, экстракорпоральным методам лечения и т. д.

### — Какие изменения произошли в вашей области в последние годы?



Детская городская больница имени Г. Н. Сперанского отмечает в этом году столетие

— Департаментом здравоохранения города Москвы и Правительством Москвы развернута колоссальная программа по переоснащению всех неонатологических и детских реанимаций Москвы, чтобы обеспечить отделения лучшим оборудованием. Организованы центры компетенций по детской анестезиологии и реанимации: в больнице имени Г. Н. Сперанского — центр нефрологии и диализа у новорожденных, в детской Филатовской больнице — уникальный центр экстракорпоральной мембранной оксигенации, центр гравитационной хирургии и гемодиализа в больнице св. Владимира. Такие изменения, усовершенствования происходят с каждым годом, и мы видим, что реанимация в каждом стационаре, помимо общего назначения, выбирает ту или иную

**НАИБОЛЬШИМ ОПЫТОМ ОБЛАДАЮТ АНЕСТЕЗИОЛОГИ-РЕАНИМАТОЛОГИ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ, ПОТОМУ ЧТО ИХ ПАЦИЕНТОМ МОЖЕТ СТАТЬ КАК РЕБЕНОК НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ ЖИЗНИ, ТАК И 17-ЛЕТНИЙ МОЛОДОЙ ЧЕЛОВЕК**

узкоспециализированную направленность для оказания помощи. Эти изменения свидетельствуют о профессиональной вовлеченности наших врачей, именно по их инициативе оттачивается определенное узкое направление в стационаре. И такая вовлеченность не может не радовать.

— **Тем не менее эти узкие направления рассчитываются в соответствии с объективными потребностями города?**

— Конечно. Перед принятием организационного решения проводится анализ потребности в той или иной специализированной помощи, чтобы оценить эффективность будущего центра, оценивается поток пациентов, в каком объеме требуется подобная помощь в городе.

— **В целом как меняется в Москве востребованность в детской анестезиологии и реанимации? Больше ли приходится работать? Если да, то с чем это связано?**

— Ежегодно мы видим заметное увеличение числа анестезиологических пособий как в плановом, так и в экстренном порядке. И это связано с расширением наших возможностей, с востребованностью детских больниц Москвы, востребованностью специалистов, которые работают в наших детских стационарах. Ведь мы порой предоставляем иногородним пациентам помощь, которую они просто не смогли получить в других регионах.

Кроме реанимаций, для пациентов средней тяжести в стационарах предусмотрены палаты интенсивной терапии, они могут располагаться в отделениях хирургического или соматического профиля. Эти пациенты не требуют проведения инвазивной поддержки, но наблюдаются анестезиологами-реаниматологами. У маленького ребенка может очень стремительно меняться состояние. И то, что он находится на самостоятельном дыхании, несколько не означает, что он не тяжелый. В каждом возрасте свои физиологические особенности.

— **Как эти сложные дети справляются в отделениях реанимации без родителей?**

— За последние годы значительно изменилась ситуация в отношении нахождения родителей в отделении реанимации. В большинстве стационаров стало приветствоваться нахождение родителей рядом с ребенком и изыскиваются для этого все возможности. Конечно же, с учетом эпидемиологической ситуации, профиля отделения реанимации. Сейчас в рамках реструктуризации помещений или строительства новых объектов предусматриваются возможности, чтобы один из родителей мог

Проводится УЗИ пациенту неонатального отделения



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



находиться с ребенком. Но надо учитывать, что это очень тяжело психологически, не все родители к такому готовы.

**— Как вы в целом относитесь к проекту «Открытые реанимации»?**

— Проект существует много лет, и, я думаю, он будет все больше распространяться, он соответствует требованиям времени и общим подходам к медицинской помощи. Но опять же это не означает, что с каждым ребенком будет находиться законный представитель. Со своей стороны мы стараемся предоставить такую возможность, но не всегда обстоятельства могут позволить

виды анестезии существуют, что такое наркоз, что происходит в этот момент с ребенком, как за ним наблюдает анестезиолог, как отслеживает состояние ребенка с помощью постоянного мониторинга. Существуют различные методики анестезиологического пособия, которые включают в себя несколько компонентов: сон, обезболивание, мышечное расслабление. Во время проведения анестезии проводится мониторинг всех жизненно важных показателей в онлайн-режиме, и на каждое изменение, выходящее за рамки нормальных показателей, у анестезиолога-реаниматолога отработан четкий алгоритм действий. Благодаря мониторингу глубины

**В БОЛЬШИНСТВЕ СТАЦИОНАРОВ СТАЛО ПРИВЕТСТВОВАТЬСЯ НАХОЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ РЯДОМ С РЕБЕНКОМ И ИЗЫСКАЮТСЯ ДЛЯ ЭТОГО ВСЕ ВОЗМОЖНОСТИ**



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

законному представителю находиться с ребенком. Если взрослый находится с ребенком в реанимации, он в этот момент однозначно становится не просто наблюдателем, но и участником лечебного процесса. И синергическое действие врачебного, сестринского персонала и родителей оказывает исключительно благоприятное влияние на исход лечения пациента.

**— Существует много мифов и страхов, связанных с наркозом у детей. Насколько он безопасен? Как меняются возможности, препараты?**

— Мы планируем подготовить и распространить по всем детским поликлиникам и стационарам наглядные пособия, в которых понятным языком объяснялось бы, какие

▲ В больнице имени Г.Н. Сперанского функционирует центр неонатальной нефрологии и диализа

анестезии, нейромышечной проводимости специалист контролирует глубину анестезии и действие анестетиков.

**— Чем медикаментозный сон отличается от наркоза?**

— Медикаментозный сон, или медикаментозная седация, применяется в отделениях реанимации и интенсивной терапии, когда нужно, чтобы ребенок не реагировал на происходящее, был полностью расслаблен,



не сопротивлялся проведению искусственной вентиляции легких, чтобы его головной мозг полностью отдыхал. Длительность медикаментозного сна, или седации, может быть различной и зависит от состояния пациента, проводимых методов лечения.

— **При этом ребенка легко разбудить после такой седации или наркоза?**

— Разделим два понятия: медикаментозная седация в отделении реанимации и интенсивной терапии и наркоз. В операционной пробуждение пациента может быть произведено непосредственно на операционном столе.

— В первую очередь все сотрудники поликлиник, с моей точки зрения, должны владеть не просто азами оказания первой помощи, но и навыком сердечно-легочной реанимации, причем как детям, так и взрослым. В детскую поликлинику ребенок приходит с бабушкой, няней, родителями. Это очень важный момент. В Кадровом центре Департамента здравоохранения города Москвы, в других обучающих симуляционных центрах разработаны и функционируют курсы по сердечно-легочной реанимации, по оказанию первой помощи. Это должен знать каждый врач и каждая медицинская сестра, а желательно, чтобы и администраторы поликлиник владели

## СИНЕРГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ВРАЧЕБНОГО, СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И РОДИТЕЛЕЙ ОКАЗЫВАЕТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА



Фото: НИИОЗММ ДЭМ



Фото: НИИОЗММ ДЭМ

А может быть иная тактика, когда требуется перевод пациента в отделение реанимации из операционной на искусственной вентиляции легких, и тогда пациента не пробуждают, а переводят на фоне медикаментозной седации. При кратковременных вмешательствах, при которых используется ингаляционная анестезия, пробуждение происходит достаточно быстро на операционном столе. Все зависит от заболевания, по поводу которого ребенка оперировали, объема оперативного вмешательства и сопутствующей патологии, если таковая есть у пациента.

— **Помимо понимания, как работает анестезия, что должны знать об анестезиологии-реаниматологии врачи поликлиник?**

▲ Выведение ребенка из наркоза после операции проводится, как правило, в реанимации, даже если не требуется искусственная вентиляция легких. У маленьких детей состояние может меняться очень стремительно

этим навыком. Порядок действий при аллергической реакции, при резком падении давления, а главное, при остановке сердечной деятельности и дыхания должны знать все, а навык должен быть доведен до автоматизма. У детей есть своя специфика в проведении сердечно-легочной реанимации. Но сотрудники детских поликлиник и организаций, связанных с детством, должны владеть этой спецификой.



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

Помимо такого важного навыка, педиатрам и специалистам поликлиник нужно ориентироваться в распространенных проблемах, с которыми детей направляют на госпитализацию. При беседе с родителями специалист, диагностировавший то или иное заболевание, требующее хирургического лечения, должен хотя бы примерно сориентировать родителей в дальнейшей лечебной тактике, объяснить, что перед операцией обязательно состоится обстоятельная беседа с анестезиологом, который подробно расскажет о том виде анестезии, который будет использован, и о возможных альтернативах.

**— А в детских стоматологических поликлиниках работают анестезиологи?**

— Лечение под наркозом проводится только в стоматологических подразделениях при стационарах с целью обеспечения полного комплекса мер безопасности пациента.

**— Больнице имени Г. Н. Сперанского, которую вы возглавляете, в этом году исполняется 100 лет. Расскажите, пожалуйста, о наиболее важных и интересных направлениях и перспективах.**

— Это действительно уникальная больница, в которой работают прекрасные специалисты. В больнице несколько реанимационных отделений, что особенно



Проведение манипуляций таким маленьким пациентам — это особое искусство

важно для меня. Чем специфична работа анестезиолога-реаниматолога в этой больнице? Специфика наших отделений реанимации заключается в том, что они занимаются лечением пациентов с тяжелой инфекционной патологией, сочетанной хирургической и соматической патологией, в том числе на фоне инфекционного заболевания, новорожденных с хирургическими заболеваниями и острым почечным повреждением, ну и, конечно, у нас единственная ожоговая реанимация с колоссальным опытом лечения данной группы пациентов. Количество оперативных вмешательств, которые у нас проводятся, тоже достаточно большое. Но всегда есть пространство для развития, в том числе направленное на совершенствование анестезиологического пособия, экстракорпоральной детоксикации, послеоперационного обезболивания и т. д. В нашей больнице функционирует отделение паллиативной помощи детям, где лежат очень тяжелые пациенты, требующие проведения практически полного комплекса интенсивной терапии.

**— Детская паллиативная помощь отличается от взрослой?**

— Да, работа с детьми всегда отличается от работы со взрослыми пациентами. Помимо того, что оказывается помощь непосредственно самому ребенку, практически всегда каждому законному представителю уделяется большое внимание со стороны персонала как в информировании о состоянии ребенка, так и в плане психологической помощи. Работающие в паллиативном отделении анестезиологи-реаниматологи неизбежно становятся психологами или даже философами.

Возвращаясь к специфике и уникальным направлениям нашей больницы, необходимо отметить единственный в Москве детский ожоговый центр, который обеспечивает не только оказание экстренной помощи детям, но и дальнейшее ведение пациента с послеожоговыми осложнениями. У нас очень востребованное лор-отделение во главе с главным внештатным детским специалистом оториноларингологом Департамента здравоохранения города Москвы Алексеем Юрьевичем

насколько это возможно, решить эти проблемы и привести пациента к практически полной социализации. Необходимо отметить, что на базе стационара осуществляют учебную и научную деятельность 11 клинических кафедр 4 медицинских вузов.

— **Получается, у вас очень мощная психологическая, человеческая составляющая.**

— Да. Это на самом деле так. И это не стихийно сложилось, это традиции, которые продолжают жить в нашей больнице. Учреждение, положившее начало Детской городской клинической больнице № 9, было открыто

В неонатальной реанимации больницы имени Г. Н. Сперанского

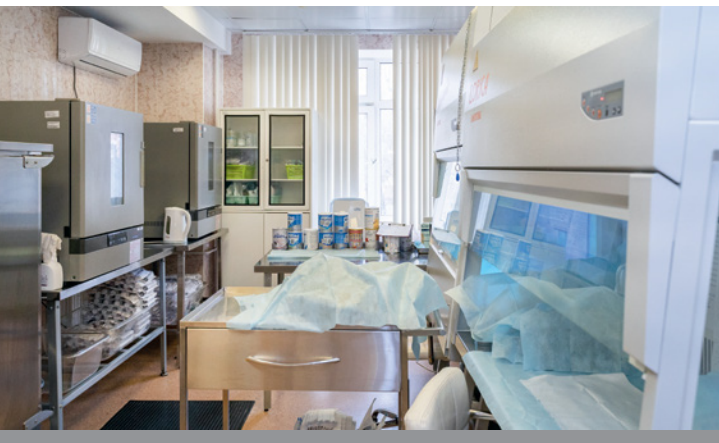


Фото: НИИОЗММ ДЗМ




Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## РАБОТА С ДЕТЬМИ ВСЕГДА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РАБОТЫ СО ВЗРОСЛЫМИ. ПОМИМО САМОГО ПАЦИЕНТА, НАМ ПРИХОДИТСЯ ОКАЗЫВАТЬ ИНФОРМАЦИОННУЮ И ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ И ЕГО ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМ

Ивойловым. Очень востребовано и актуально направление аллергологии и иммунологии. В плане челюстно-лицевой хирургии – именно мы оказываем помощь детям с врожденными пороками челюстно-лицевой области с периода новорожденности.

В больнице имени Г. Н. Сперанского работает отделение нейроурологии, которое оказывает помощь очень сложной группе пациентов с нарушением функций тазовых органов. И наши врачи шаг за шагом стараются,

в первой половине 20-х годов XX века на Пресненском Камер-Коллежском валу в доме № 39. После Октябрьской революции в бывшем ночлежном доме устроили Брестскую больницу на 400 коек для военнопленных. Затем в здании Брестской больницы разместился изолятор на 500 детей, где беспрепятственно оказывалась медицинская и первичная социальная помощь. Это было началом становления больницы, которая уже на протяжении 100 лет стоит на страже здоровья детей. 



# Журнал «Московская медицина»

для профессионалов столичного  
здравоохранения



**100**  
ПОЛОС

интервью, обзоры,  
лучшие клинические прак-  
тики, материалы о новей-  
ших методиках и ре-  
зультатах работы

**6**

ВЫПУСКОВ В ГОД

**60**

ТЫС. ЭКЗ.

СОВОКУПНЫЙ ТИРАЖ

**> 130**

ТЫС. ЧЕЛ.

СОВОКУПНЫЙ ОХВАТ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
АУДИТОРИИ

**100 %**

СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МОСКВЫ

**12+**

**Объединяем профессиональное медицинское сообщество Москвы:**

- от ежедневных собственных конгрессно-выставочных мероприятий на крупнейшей в городе цифровой платформе
- до информационного сопровождения городских профессиональных форумов



nioz.ru



ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА