

ны принимать перемены, касающиеся их профессиональной деятельности, при условии их поддержки руководством (либо преемственности руководства организации), а навязанные извне изменения способны внести диссонанс в органическую организационную культуру медицинских организаций. Полученные данные подтверждают возрастающую роль личности руководителя в организационном управлении, необходимость создания эффективных программ обучения и оценки деятельности, которые будут использованы в том числе для создания кадрового резерва на должность руководителя, а также для повышения их компетенции в вопросах стратегического управления персоналом. Для этого целесообразным является внедрение в практику руководителей медицинских организаций приемов по регулярной оценке организационной культуры медицинской организации, овладение знаниями о социологических и социально-психологических особенностях коллективов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базаров Т.Ю. Управление персоналом. М.: Академия; 2008.
2. Базаров Т.Ю., Еремин Б.Л. Управление персоналом. М.: ЮНИТИ; 2003.
3. Спивак В.А. Организационная культура. СПб.: Питер; 2001.
4. Шейн Э.Х. Организационная культура и лидерство. СПб.: Питер; 2002.
5. Тихомирова О.Г. Организационная культура: формирование, развитие и оценка. СПб.: 2008.
6. Ефименко С.А., Зарубина Т.В. Медико-социологический мониторинг как инструмент современных технологий в управлении здоровьем. Врач и информационные технологии. 2007; 2: 59—65.
7. Решетников А.В. Социология медицины: Учебник. М.: Изд-во "ГЕОТАР-Медиа"; 2006.
8. Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования. Социология медицины. 2012; 1: 3—9.
9. Ермакова И.С. Социальная культура. М.: Аспект-Пресс; 2000.
10. Князюк Н.Ф., Кицул И.С., Сасина М.С., Гурипон Т.В. Диагностика и изменение корпоративной культуры медицинской организации. Главный врач. 2011; 4: 25—34.
11. Кравченко А.И. История менеджмента. Учебное пособие для вузов. 6-е изд. М.: Акад. Проект; 2008.
12. Фей К.Ф., Дэнисон Д.Д. Организационная культура и эффективность: пример изучения иностранных компаний в России. Персонал-Микс. 2001; 2 (3).

REFERENCES

1. Jaques E. The changing culture of a factory. New York: Dryden Press; 1952.
2. Bazarov T.Yu. The human resources management. Moscow: Akademiya; 2008 (in Russian).
3. Bazarov T.Yu., Eremin B.L. The human resources management. Moscow: YUNITI; 2003 (in Russian).
4. Spivak V.A. Organizational Culture. SPb.: Piter; 2001 (in Russian).
5. Shein E.H. Organizational Culture and Leadership: A dynamic view. San Francisco. CA.: Jossey-Bass Inc.; 1985.
6. Sheyn E.Kh. Organizational Culture and Leadership. SPb.: Piter; 2002 (in Russian).
7. Tikhomirova O.G. Organizational culture: formation, development and evaluation. SPb.; 2008 (in Russian).
8. Bloom S.W. The doctor and his patient. New York: Russell Sage Foundation; 1963.
9. Byrne P.S., Long B.E. Doctor talking to patients. London; 1984.
10. Deaton A. Health, inequality, and economic development, Princeton University, Center for health and well-being, processed, and Cambridge, MA, NBER Working paper. 2001; 8318 (June).
11. Link B., Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. Journal of Health and Social Behavior. 1995 (Extra Issue): 80—94.
12. Marmot M.G., Davey Smith G., Stansfeld S.A. et al. Health Inequalities Among British Civil Servants: the Whitehall II Study. Lancet. 1991; 337: 1387—93.
13. Efimenko S.A., Zarubina T.V. Medical and sociological monitoring as a tool of modern technologies in the management of health. Physician and Information Technology. 2007; 2: 59—65 (in Russian).
14. Reshetnikov A.V. Sociology of medicine. Textbook. M.: "GEOTAR-Media" Publ.; 2006 (in Russian).
15. Reshetnikov A.V. Sociology of mandatory health insurance. Sotsiologiya meditsiny. 2012; 1: 3—9 (in Russian).
16. Ermakova I.S. Social culture. M.: Aspekt-Press; 2000 (in Russian).
17. Knyazyuk N.F., Kitsul I.S., Sasina M.S., Gurshpon T.V. Diagnosis and change in corporate culture of medical organization. Glavnyy vrach. 2011; 4: 25—34 (in Russian).
18. Kravchenko A.I. History of management. A manual for schools. 6th edition. M.: Akad. Proekt; 2008 (in Russian).
19. Fey K.F., Denison D.D. Organizational culture and performance: the case study of foreign companies in Russia. Personal-Miks; 2001; 2 (3).

Поступила 11.03.13

РЕЦЕНЗИЯ

© А. М. ЗАПРУДНОВ, 2013

УДК 616.33-008.17-032:611.329]-089(049.32)

Мнение педиатра

Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б.
Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 200 с.: ил. (Библиотека врача-специалиста)

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей в последние годы стала диагностироваться чаще и в настоящее время является предметом внимания педиатров, детских хирургов, эндоскопистов, морфологов, специалистов по лучевой и функциональной диагностике и др. Начинаясь в дошкольном и даже в раннем детском возрасте (до 3 лет), болезнь может приобретать прогрессирующее течение, осложняться и приводить к ранней инвалидизации. Исходом ГЭРБ у детей могут быть пептический стеноз пищевода (ПСП) и формиро-

вание пищевода Барретта (ПБ). Первопричиной ГЭРБ и различных осложнений является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), который может быть у практически здоровых детей и взрослых. Допускается роль ГЭР в патогенезе синдрома срыгивания у младенцев (до 1 года) и так называемой привычной рвоты у детей раннего возраста и дошкольников.

Несмотря на многочисленные исследования, клинко-патогенетическое значение ГЭР как при заболеваниях пищевода, так и при поражениях других органов и систем (дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой и др.) окончательно не установлено. Многие аспекты ГЭР дискуссионны и требуют дальнейшего изучения с учетом современных достижений медицинской науки и практики. В значительной мере вопросы научно-практического характера получили свое решение в руководстве, авторами которого являются известные в нашей стране и за рубежом специалисты — проф. А. Ю. Разумовский и доктор мед. наук А. Б. Алхасов.

Руководство включает 5 глав. В первой главе излагаются особенности анатомии и физиологии пищеводно-желудочного перехода у детей. Эти сведения обычно представляются читателю несколько формальными и не всегда доступными для полного восприятия. Авторам этого удалось избежать. Текст хорошо читается, глава хорошо иллюстрирована. Важным разделом главы является изложение эмбриологии пищевода. Именно нарушения эмбриогенеза обуславливают пороки развития пищевода: атрезия, стеноз, свищи, дивертикулы и пр. Следует подчеркнуть, что дивертикулы Ценкера у детей, ранее относились к области казуистики, в настоящее время, по данным эзофагогастродуоденоскопии, определяются у 1% обследованных взрослых. Рассмотрение анатомо-физиологических и гистологических особенностей пищеводно-желудочного перехода имеет важное практическое значение и по существу является хорошим подспорьем не только для детских хирургов, занимающихся диагностикой и лечением заболеваний пищевода у детей, но также и для педиатров и студентов медицинских вузов.

В небольшой по объему второй главе представлены современные данные об этиологии, патогенезе и основных принципах лечения ГЭР в детском возрасте. Не обременяя читателя многочисленными сведениями, касающимися причин и механизмов возникновения ГЭР у детей, начиная с периода новорожденности, авторы акцентировали внимание на рефлюкс-эзофагите (РЭ), ПСП и ПБ. В дальнейшем эти поражения пищевода стали предметом тщательного всестороннего клинко-инструментального и функционального исследования у детей. Разделение больных на группы дало возможность авторам провести клинко-инструментальный анализ, выявить определенные критерии функциональных нарушений пищевода и нижнего пищеводного сфинктера.

В центральной, третьей, главе приводится клинко-характеристика больных с ГЭР. Обращает на себя внимание наличие у 39% больных сопутствующих неврологических заболеваний и состояний (вегетососудистая дистония, эпилепсия, задержка психомоторного развития, детский церебральный паралич и др.), а у каждого пятого — синдромальной патологии (синдромы Дауна, соединительной дисплазии, Элерса—Дауна и др.). Накопленный и обогащенный более чем за 15 лет клинко-материал с учетом выделения групп (РЭ, ПСП, ПБ) позволил определить наиболее характерные признаки ГЭР у детей. Принципиально важным является установление отличий ГЭР у детей раннего возраста и старше трех лет. Если у первых характерными были респираторные проявления и/или осложнения (пневмония, бронхит, ЛОР-заболевания), то у детей дошкольного и особенно школьного возраста — симптомы поражения пищевода (изжога, дисфагия).

Анемия у детей является одной из проблем современной педиатрии. Среди причин анемии первое место отводит дефициту железа. Наряду с этим существует немалое количество причинно-значимых факторов, обуславливающих анемический синдром, вплоть до острого желудочно-кишечного кровотечения, в том числе из верхних отделов пищеварительного тракта. Вместе с тем врачи-педиатры, включая детских хирургов, не всегда учитывают, что источником кровотечения, нередко угрожающего жизни ребенка, могут быть поражения пищевода: ПСП, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулы и др. Неустановленность причин анемии и неправильная лечебная тактика, помимо экономических затрат, имеют немаловажное медико-социальное значение.

Особого внимания заслуживает абдоминальный болевой синдром, интерпретация которого у детей разного возраста по существу представляет чрезвычайные трудности. Фактически неправильная трактовка боли в животе в силу как объективных, так и субъективных причин приводит к разного рода врачебным ошибкам. Еще раз подчеркивается, что ГЭР и его исходы у детей имеют многообразные клинические проявления и только целенаправленные диагностические подходы дают возможность верифицировать заболевания пищевода и определить лечебные, а затем профилактические мероприятия.

В этой связи логичным представляется рассмотрение тех методов исследования, которые в настоящее время могут быть использованы не только в специализированных клиниках и центрах, но также на догоспитальном этапе обследования и лечения. Изложение этих современных и доступных методов согласуется с современной концепцией создания и функционирования амбулаторно-поликлинических центров.

Важно подчеркнуть, что традиционные исследования — рентгенологическое, эндоскопическое, морфологическое — не только логично согласуются с клинической картиной ГЭРБ, но их применение, особенно первого, обосновано с практических позиций. Другие современные методы исследования (гастроэзофагеальная и эзофагеальная скинтиграфия, суточный мониторинг рН и суточная манометрия пищевода) также вносят существенный вклад в диагностику заболеваний пищевода. Полученные авторами данные во многом уникальны и могут быть взяты за основу клинко-морфологических критериев поражения пищевода в детском возрасте.

Следующие две главы посвящены лечению ГЭР: консервативному и хирургическому соответственно.

В четвертой главе излагаются основные терапевтические мероприятия у детей с РЭ, ПСП и ПБ. Медикаментозная терапия в первую очередь включала назначение лекарственных средств, направленных на коррекцию повышенной кислотности продукции: антацидов, ингибиторов протонной помпы. Эти лекарственные средства, хорошо зарекомендовавшие себя в терапии таких кислотозависимых заболеваний и состояний, как язвенная болезнь, гастродуоденит, ГЭР, ГЭРБ, оказались, однако, малоэффективными при наличии щелочного рефлюксата. Этот факт важен и обуславливает поиск лекарственного средства, включая новые генерации антацидов, альгинатов, прокинетиков и других препаратов принципиально иной фармакологической направленности.

Самой большой по объему является пятая глава. Не только для детских хирургов, но также для педиатров, гастроэнтерологов особый интерес представляют показания к хирургическому лечению ГЭР у детей: неэффективность медикаментозной терапии, эрозивно-язвенный РЭ, гипотрофия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ПСП, метаплазия пищевода и др. Эти показания аналогичны таковым, например, при остром аппендиците или перитоните. И то, что ГЭР у детей, осложненный эрозивно-язвенным РЭ, пептическим стенозом и метаплазией пищевода, служит абсолютным показанием к оперативному лечению — это не простое мнение авторов, а факт, основанный на многолетнем клинко-материале и достижениях современной медицины.

Важным для специалистов, занимающихся диагностикой и лечением болезней пищевода, являются разделы, посвященные методам, тактике и результатам хирургического лечения ГЭР в детском возрасте. Небезынтересно, что ПБ, относительно недавно считавшийся экзотическим у детей, по существу является нередким заболеванием. Фактически это не "новая" патология в детском возрасте. Речь идет, надо полагать, не только об омоложении некоторых болезней, свойственных взрослым, но вероятно и о количественном росте ПБ у детей.

Несомненным достоинством руководства является хорошо подобранный иллюстративный материал: таблицы, рисунки, преимущественно цветные. Список литературы велик и, главное, он включает, помимо таких источников, как журнальные статьи, монографии, также ссылки на диссертационные работы, выполненные ко времени публикации руководства. Это является хорошим подспорьем для молодых специалистов. Примечательно, что на обложке книги в грифе "Библиотека врача-специалиста" указываются "педиатрия и хирургия". Небольшой тираж (1500 экз.), а также прогресс в изучении болезней пищевода у детей обуславливают переиздание настоящего руководства.

Зав. каф. педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФУВ РНИМУ им. Н. И. Пирогова проф.
А. М. Запруднов