

НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета
о здравоохранении
города Москвы

ПОНЕДЕЛЬНИК, 14 ФЕВРАЛЯ 2022 ГОДА

www.nioz.ru

№ 4 (205)



Профессиональный диалог
О достижениях столичных урологов.

<< **СТР. 5**



Помощь детям при кератите
О современных методиках лечения глазных болезней в Морозовской детской городской клинической больнице.

<< **СТР. 6**



Вегетососудистая дистония у детей и подростков
О многообразии симптомов, факторах риска и тактике лечения.

<< **СТР. 7**



Фото: Александр Плющенко/НИОЗММ

▲ Скорая помощь доставила пациента к перепрофилированному корпусу

БОРЬБА С «ОМИКРОНОМ»

31 января в Детской городской клинической больнице № 9 имени Г. Н. Сперанского начали оказывать помощь детям с COVID-19. Для этого был перепрофилирован один из корпусов медицинской организации. «Сейчас, в связи с распространением штамма “Омикрон”, существенно возросла заболеваемость детей и подростков. Более того, ежедневно мы фиксируем значительное количество госпитализаций детей с COVID-19. Поэтому впервые с начала пандемии нам потребовались дополнительные койки для этой категории пациентов», – прокомментировала на mos.ru заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Об особенностях работы врачей рассказал заместитель главного врача по медицинской части Детской городской клинической больницы № 9 имени Г. Н. Сперанского Алексей Крапивкин. << **СТР. 3**

Нововведения в поликлиниках



Мэр Москвы Сергей Собянин рассказал в Twitter о новшествах в городских поликлиниках: «Мы расширили возможности телемедицины для пациентов с ОРВИ и COVID-19. В поликлиниках созданы службы телемедицины – это тоже нововведение для Москвы». Сергей Собянин подчеркнул, что обеспечены все возможные условия, чтобы пациенты получали помощь быстро и в безопасных условиях.

Скорой помощи корпус

На территории Городской клинической больницы № 15 имени О. М. Филатова строится современный скорой помощи корпус. Медицинскую организацию посетил мэр Москвы Сергей Собянин: «Строится скорой помощи суперсовременный корпус, будет шесть операционных. Вся логистика поступающих пациентов, своевременная диагностика, правильно выстроенная маршрутизация и так далее, я думаю, во многом улучшит работу клиники в целом, увеличит ее возможности, пропускную способность». Строительство корпуса завершится в 2023 году.

Беременным с COVID-19



Заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова сообщила на mos.ru об усилении мощности телемедицинского центра для беременных с COVID-19: «Для беременной женщины с COVID-19 возможность получить консультацию врача и, при необходимости, помощь в прохождении диагностических обследований или экстренной госпитализации очень важна. В связи с распространением “Омикрона” мы делаем все необходимое, чтобы такая помощь для беременных оставалась своевременной и доступной». С пациентками работают специалисты из Центра планирования семьи и репродукции и НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского.

Эндопротезирование таранной кости

Уникальная методика, разработанная травматологами-ортопедами Городской клинической больницы имени С. С. Юдина, вернула пациентке радость движения.

В Центре хирургии стопы Городской клинической больницы имени С. С. Юдина работает команда опытных специалистов в области

травматологии и ортопедии. Ежедневно хирурги проводят суставосберегающие корригирующие операции при деформациях стопы, эндопротезирование суставов стоп, удлинение плюсневых костей. Отделение растет и развивается, осваивая все новые территории возможностей. В 2020 году врачи приступили к спасению стоп пациентов, страдающих от тяжелых последствий сахарного

диабета. В 2021 году благодаря тщательному и амбициозному поиску лучших решений здесь провели уникальную операцию по эндопротезированию таранных костей на обеих стопах у пациентки, перенесшей до этого операцию по артродезу суставов стопы, в мировой научной литературе подобный случай представлен впервые.

<< **СТР. 4**



▲ В Центре хирургии стопы выполняют очередную операцию

Фото: из архива ГКБ имени С. С. Юдина

Иммунитет и «Омикрон»

В МИА «Россия сегодня» 1 февраля прошел круглый стол «Пандемия. Иммунитет. Защита». Эксперты обсудили новые принципы защиты от штамма «Омикрон» и лечения пациентов.

Как сообщил директор Научно-исследовательского института гриппа имени А. А. Смородинцева, профессор Дмитрий Лиознов, штамм «Омикрон» встречается в 98 % заражения новой коронавирусной инфекцией не только в России, но и в других странах на всех континентах.

«Станет ли эндемичным именно «Омикрон» – сейчас сложно говорить, потому что мы видим эволюцию этого возбудителя. Нельзя исключить, что «Омикрон»

еще будет меняться, эволюционировать, или появится новый возбудитель», – подчеркнул спикер.

Врачи ищут новые методы лечения пациентов, при которых будут снижаться вирусная нагрузка и уровень провоспалительных цитокинов. Внимание исследователей привлекла молекула азоксимера бромид, которая выступает иммуномодулятором и может помочь в профилактике постковидного синдрома.



Награда за труд

Президент России Владимир Путин отметил государственными наградами россиян, отличившихся успехами в самых разных областях. Церемония прошла в Кремле в начале февраля.

Глава государства поблагодарил медиков, которые ведут непрерывную борьбу с коронавирусом и самоотверженно исполняют свой профессиональный долг. Звание «Герой труда Российской Федерации» было присвоено главному врачу Городской клинической больницы № 52 Марьяне Лысенко в 2020 году.

«Это большая награда и большая ответственность. Считаю ее признанием не только личных заслуг, но и всего коллектива нашей больницы. Медицина – это командная игра, и те достижения, которые продемонстрировала система здравоохранения в период пандемии, особенно московская медицина с ее колоссальными традициями, абсолютно иной идеологией, чем у наших западных коллег, вызывают чувство гордости за те процессы, к которым мы все

сопричастны», – сказала Марьяна Лысенко на церемонии вручения высших государственных наград в Кремле.



Международный эксперт – профессор, врач-иммунолог Университета Монпелье и Института рака святой Екатерины, доктор Жан-Франсуа Росси отметил: «Есть необходимость сокращения синдрома «длинного ковида» и поддержания иммунного ответа, как раз это может быть подходящим показанием для применения препаратов-иммуномодуляторов, потому что мы видим восстановление иммунной состоятельности, что является одной из важных целей для терапии».

Заведующий кафедрой эпидемиологии и современных технологий Сеченовского университета, доктор медицинских наук Михаил Костинов привел данные статистики применения молекулы азоксимера бромид для профилактики COVID-19 среди медицинского персонала в «красных зонах». За три месяца приема препарата COVID-19 перенесли всего 2,4 % медиков. Среди их коллег, не получавших лечения, коронавирусом заразились 26,2 %. Похожие результаты показали участники исследования, проводившегося в Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова.

Лечение COVID-19

Оперативный штаб Москвы по контролю и мониторингу ситуации с коронавирусом сообщил на mos.ru, что в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации и приказом Минздрава России срок лечения пациентов с COVID-19 сокращается до 7 дней.

Новые правила распространяются на пациентов, чей диагноз установлен с 6 февраля и позднее. Они могут прекратить режим самоизоляции по истечении семи дней с момента подтверждения диагноза COVID-19 при отсутствии симптомов заболевания. Электронный больничный закрывается без участия пациента и автоматически направляется работодателю. С 1 января 2022 года бумажные больничные не оформляются.

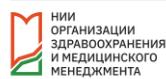
Мнение



Сергей ЗЫРЯНОВ,
заместитель главного врача
по терапии Городской
клинической больницы № 24

«Наша больница пережила три волны ведения пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Чтобы не попасть в реанимацию, человек должен обладать выраженным специфическим антителым и клеточным ответом на SARS-CoV-2. На сегодняшний день мы абсолютно убеждены в том, что только вакцинация может предотвратить развитие тяжелых случаев коронавируса».

К сожалению, пациентов, попадающих в реанимацию, все еще достаточно много. Волна, которая была в ноябре 2021 года, продемонстрировала утяжеленную вариацию течения ковида. Мы оказывались в тупике: как еще помочь пациенту, когда уже использованы все технологии, которые прописаны во временных методических рекомендациях и применяются в мире? Именно поэтому молекула азоксимера бромид привлекла наше внимание. Наша больница стала одной из первых, где препарат назначали в комплексной адьювантной терапии опухолей различной локализации, получая прекрасный результат. Этот нарабатанный опыт было решено использовать и в лечении пациентов с COVID-19, находящихся в реанимации. В проведенных ранее исследованиях при внебольничной бактериальной пневмонии было убедительно доказано, что использование препарата позволяет снизить выраженность лихорадки и ее длительность, а выздоровление проходит более динамично. Азоксимера бромид требует нашего дальнейшего внимания и изучения».



PROНовости

Научно-практическая конференция

17 февраля, в 10:00, на цифровой платформе «Московская медицина. Мероприятия» состоится научно-практическая конференция «Новые направления экспертных исследований биологических материалов». Она предназначена для специалистов в этой области. В рамках конференции будет рассмотрен регламент по взятию, направлению, хранению и подготовке биоматериала для биохимических исследований; участники ознакомятся со случаем посмертной диагностики злокачественной гипертермии; будут подняты вопросы посмертных биохимических изменений при COVID-19 и его осложнениях и многое другое.

К онлайн-дискуссии может бесплатно присоединиться любой специалист. Для этого нужно пройти регистрацию на цифровой платформе. Подробнее – по QR-коду.



Журнал «Московская медицина»

На сайте НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента опубликован план шести номеров научно-практического журнала «Московская медицина». В 2022 году планируется осветить следующие темы:

- № 1 – Цифровая платформа здравоохранения: управление данными;
- № 2 – Кадры московского здравоохранения;
- № 3 – Urban Health;
- № 4 – Медицинская реабилитация;
- № 5 – Ценностноориентированное здравоохранение;
- № 6 – Медицинская наука Москвы и инфраструктура исследований.

Редакция собирает материалы по результатам практической и научной деятельности. Контакты для вопросов и предложений – по QR-коду.



О пользе витаминов

На YouTube-канале «Московская медицина» опубликовано новое видео из цикла «Это должен знать каждый». Оно посвящено витаминам группы В. Зрители узнают: к чему приводит нехватка в организме витаминов группы В; какие основные витамины входят в группу; как витамины влияют на обмен веществ, метаболизм, сохранение зрения, рост и нервную систему. В цикле «Это должен знать каждый» также опубликован ролик о пользе витамина С, который уже доступен на YouTube-канале.

В нем простым языком объясняется, для чего необходим витамин С; какую роль он играет в человеческом организме; каковы признаки дефицита витамина С. Также в цикле «Это должен знать каждый» вышли выпуски о пользе своевременной вакцинации, первой помощи при инфаркте и аллергии.

Перейти к ролику можно на сайте niioz.ru.



АЛЕКСЕЙ КРАПИВКИН: «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОЗВОЛЯЮТ ПОЛУЧАТЬ НЕОБХОДИМУЮ ИНФОРМАЦИЮ СВОЕВРЕМЕННО»

Случается, что ребенок заболевает COVID-19 в тот момент, когда ему нужна оперативная помощь. Врачам требуется не только устранить проблему, но и вылечить пациента от вируса. Именно такую помощь оказывают в перепрофилированном корпусе Детской городской клинической больницы № 9 имени Г. Н. Сперанского, рассказывает заместитель главного врача по медицинской части, доктор медицинских наук Алексей Крапивкин.



▲ Алексей Крапивкин

– Алексей Игоревич, как долго готовили корпус к приему детей с коронавирусом?

– 24 января мы получили информацию о необходимости перепрофилировать корпус № 1 больницы и уже 31 января приняли первого ребенка и провели первую операцию. Это семиэтажное здание, которое условно поделено на две зоны: А – клинические подразделения и Б – приемные отделения, реанимация, компьютерный томограф и несколько функциональных кабинетов для персонала.

Изначально в этом корпусе располагались отделения диагностики и лечения детей с респираторными инфекциями. Проектное решение этого здания таково, что оно состоит из отдельных боксов. В каждом находится кровать для пациента, кровать для сопровождающего, индивидуальный санузел – пациент может абсолютно автономно существовать, находясь там, что актуально для больных COVID-19. Передача пищи происходит через специальное окошко. Изначально в корпусе было 210 таких боксов. Но по опыту работы медицинских организаций Москвы, чтобы максимально использовать все пространство и увеличить коечный фонд, мы переоборудовали кабинеты медицинского персонала (ординаторские, дежурного врача, заведующих отделениями), вынесли оттуда мебель и установили дополнительные койки. На текущий момент в перепрофилированном корпусе развернуто 292 койки, из которых 15 – реанимационных.

Исторически сложилось, что первые два этажа корпуса предназначены для лечения детей неонатального возраста, третий и четвертый – для грудничков, остальные – для пациентов постарше. Технически такое зонирование сохранилось и при перепрофилировании. Отделение реанимации для новорожденных было перепрофилировано для лечения детей разного возраста с ковидом, операционная для новорожденных переоборудована для хирургического лечения пациентов с коронавирусной инфекцией разного возраста, а в отделении № 7 выделены койки для наблюдения за пациентами после операций. К нам переводят коморбидных пациентов из городских и федеральных медицинских организаций. Как правило, это дети с тяжелыми хроническими заболеваниями,

поступившие из других стационаров, где у них выявили коронавирус, либо инфекция обнаружилась при поступлении.

– Было ли закуплено дополнительное оборудование для приема и лечения таких пациентов?

– Департамент здравоохранения города Москвы нам помог – было привезено 140 современных кроватей для пребывания в стационаре, нам доставили дополнительные пульсоксиметры, увлажнители для аппаратов ИВЛ. В связи с тем, что компьютерный томограф оказался в «красной зоне» и недоступен для пациентов, которые не заражены COVID-19, Департамент здравоохранения города Москвы предоставил нам еще один аппарат, который мы разместили в цокольном этаже хирургического корпуса. Это позволяет всем детям других подразделений, не страдающим коронавирусной инфекцией, получать необходимое диагностическое обследование. Магнитно-резонансный томограф изначально находится в другом корпусе. Аппаратами УЗИ мы оснащены, было лишь добавлено реанимационное оборудование с учетом специфики, потому что в перепрофилированном корпусе у нас находилось 12 коек отделения реанимации новорожденных со специальной наркозно-дыхательной аппаратурой и ИВЛ. Сейчас в нашем распоряжении оборудование, которое рассчитано на оказание помощи как новорожденным, так и подросткам.

Хочется отметить, что оборудованием с нами поделились коллеги из Инфекционной клинической больницы № 1, Городской клинической больницы имени Ф. И. Иноземцева и других клиник, комиссия Департамента здравоохранения города Москвы отлично наладила логистику. Коллеги из Детской городской клинической больницы имени З. А. Башляевой – пионеры в лечении детей с COVID-19 – помогают нам методически и лекарственно, продолжают нас регулярно консультировать через систему ЕМИАС по разным вопросам: использованию моноклональных антител и применению другой терапии. Современные технологии позволяют нам получать всю необходимую информацию и помощь своевременно.

– Расскажите, при каких условиях родители могут быть госпитализированы в корпус вместе с ребенком?

– С учетом специфики инфекции – негативного информационного поля вокруг нее, для психологической комфортности пребывания детей раннего возраста мы стараемся госпитализировать вместе с родителями, чтобы выздоровление шло быстрее. Мы понимаем, что никто так не позаботится о ребенке, как родитель. Более того, дети, мамы и папы бывают тревожными, мнительными, поэтому мы стараемся не создавать дополнительной психологической нагрузки внутри семьи.

Конечно же, мы понимаем, что родители в корпусе находятся в изоляции и не могут выходить – им обеспечивается питание. Также поступают передачи от родных. В корпусе разрешено пользоваться мобильными телефонами и планшетами, организован бесплатный Wi-Fi. Поэтому у наших пациентов нет никаких

проблем с тем, чтобы созвониться с родными и пообщаться. Это также важно для того, чтобы максимально снять накал психологического давления, создать более комфортные условия нахождения в больнице и мотивировать на выздоровление.

Родители могут взять в стационар любимые игрушки ребенка. Это помогает минимизировать страхи перед больницей и адаптироваться к новому режиму. Конечно, по нормам СанПиН вещи должны быть такими, чтобы их можно было обработать.

– С какими нозологиями к вам поступают пациенты и отличается ли «Омикрон» по течению болезни и осложнениям от предыдущих штаммов?

– В первые дни работы перепрофилированного корпуса к нам поступили несколько детей с простудными заболеваниями, было переведено несколько пациентов из Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей с болезнями желудочно-кишечного тракта, с лейкозом, нефротическим синдромом. К нам перевели из НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ребенка после аппендэктомии. Есть пациенты с судорожными состояниями, неврологическими заболеваниями, хронической патологией сердца. То есть достаточно большой спектр нозологий.

По опыту наших коллег из других клиник мы знаем, что «Омикрон» – это затруднение носового дыхания, высокая температура, боль в горле, которая сопровождается затруднением глотания. Согласно данным международной литературы, которую мы изучаем, сообщается, что ПЦР в течение первых трех дней заболевания может не давать подтверждения, что ребенок страдает коронавирусной инфекцией. В таком случае диагноз ставится по клинической симптоматике.

Родителям нужно бить тревогу, если у ребенка в течение нескольких дней держится высокая температура, нос заложен, больно и трудно глотать. На болезнь может указывать вялость, заторможенность, обезвоживание, судороги или странное для ребенка поведение. Конечно, не стоит ехать в больницу, если у ребенка легкие проявления болезни, с которыми можно справиться дома. По статистике наших зарубежных коллег, «Омикрон» протекает достаточно благоприятно. При этом мы не знаем, каковы будут варианты последствий после выздоровления.

Мы следуем клиническому протоколу лечения детей с новой коронавирусной инфекцией, который издан Департаментом здравоохранения города Москвы и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента.

– Есть ли на сегодняшний день понимание, когда наступит спад заболеваемости COVID-19?

– Мы ориентируемся на статистику наших европейских и зарубежных партнеров, которая официально обнародуется ВОЗ. Сейчас предполагается, что до 16 февраля должно наступить четкое понимание, будет ли спад заболеваемости.

Евгения Воробьева

О ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Помимо перепрофилированного корпуса на территории больницы функционирует хирургический корпус для лечения пациентов без COVID-19, также работают отделения, специализирующиеся на лечении детей с проявлениями острой кишечной инфекции, острыми респираторными инфекциями, в том числе гриппом.

О КОРПУСЕ № 1

В распоряжение врачей для лечения детей с COVID-19 поступила современная медицинская техника: транспортный монитор; инфузионные и шприцевые насосы; бактерицидные облучатели открытого типа; пульсоксиметры; увлажнители воздуха; медицинские электрические аспираторы; дефибриллятор; реанимационные кровати; аппарат для подогрева кровезаменителей; температурные датчики; увлажнители для аппаратов ИВЛ; аппараты для проведения высокопоточной оксигенации с назальными канюлями.

Медицинский персонал обеспечен комбинезонами, респираторами, шапочками, перчатками, защитными очками, высокими бахилами.

В корпусе разграничены «чистые» и «красные» зоны, на цокольном этаже оборудовано два санпропускника, шлюзы, которые препятствуют распространению инфекции, а также специальные помещения для персонала и хранения средств индивидуальной защиты.

На сайте niioz.ru вышел выпуск «Топ-10 серьезных вопросов» с Алексеем Крапивкиным. Перейти на видео можно по QR-коду.



ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАРАННОЙ КОСТИ

Асептический некроз таранной кости стопы, несущей нагрузку всего тела, – патологический процесс, приводящий к инвалидизации пациента. Ранее предлагаемое лечение не решало проблемы в полной мере. В Городской клинической больнице имени С. С. Юдина врачи вернули пациентке возможность ходить, выполнив уникальную операцию по установке индивидуальных протезов таранных костей.



▲ В операционной Центра хирургии стопы

Асептический некроз таранной кости

Уникальная по своему кровоснабжению и особенностям формы таранная кость находится между большеберцовой и пяточной. Анатомически она состоит из трех частей: головки, блока и заднего отростка, и нередко подвергается травмам. Исходом тяжелых травм зачастую является развитие асептического некроза. Иногда некротизирование таранной кости возникает спонтанно, без видимой причины, на фоне плохого кровоснабжения. У асептического некроза выделяют четыре стадии. На ранних пациент отмечает постепенное усиление болей. Болезнь развивается по такому сценарию – от незначительных изменений структуры кости к трещинкам на головке кости, атрофии хрящевой ткани и активному развитию некротического процесса. К патологическим состояниям стопы приводят плоскостопие, посттравматические деформации, сахарный диабет и др. В качестве профилактики развития асептического некроза врачами рекомендуется рациональное питание и физкультура. Как доказала практика специалистов больницы имени Юдина, наиболее эффективный метод при тотальном разрушении таранной кости – эндопротезирование индивидуальным керамическим эндопротезом.

Новые технологии

С 2018 года 69-летняя пациентка Б. находилась под наблюдением врачей Центра хирургии стопы Городской клинической больницы имени С. С. Юдина. Диагноз – асептический

некроз таранных костей обеих стоп. За прошедшее время специалисты оказывали пациентке и хирургическую, и консервативную помощь. В 2018 году на одной из стоп была выполнена операция – двухсуставный артродез, то есть блокирование суставов стопы. Операция была нацелена на восстановление питания таранной кости. Однако болезнь прогрессировала. Возможность подойти радикально к решению проблемы появилась лишь с развитием технологий. В данной истории лечения травматологи-ортопеды больницы решили выполнить пациентке индивидуальное эндопротезирование. Но асептический некроз разрушил таранную кость обеих стоп, а значит, образец для выполнения эндопротеза, увы, отсутствовал. Это усложнило решение поставленной задачи. На помощь врачам пришли современные технические разработки российских инженеров.

В ортопедической практике есть немногочисленные случаи тотального замещения таранной кости индивидуальными протезами на основе компьютерного моделирования. 3D-печать позволяет моделировать пораженные участки суставов и костей, разрабатывать металлоконструкции для их лечения. Изготовление индивидуального эндопротеза таранной кости направлено на активное использование этого метода. Сначала пациенту выполняется компьютерная томография здоровой стопы. Изображения здоровой таранной кости обрабатываются специальными программами, а затем создается ее зеркальная копия – 3D-модель нормальной таранной кости на стороне поражения.

В данной ситуации скопировать и смоделировать необходимый участок стопы было невозможно из-за поражения таранных костей



▲ Операция на стопе проходит под рентгенологическим контролем

на обеих стопах. Кроме того, на ранее оперированной стопе была полностью нарушена анатомическая форма смежных костей. Это потребовало внедрения инновационных технических решений при моделировании эндопротеза. Случаев проведения замены таранной кости на обеих стопах в мировой литературе не представлено. Ранее в России было выполнено лишь две операции с применением индивидуального керамического протеза таранной кости у пациентов с асептическим некрозом таранной кости на одной стопе. В больнице имени Юдина был создан прецедент по эндопротезированию таранных костей на обеих стопах. В июле 2021 года пациентке был имплантирован эндопротез таранной кости на одной стопе. После полного восстановления ее функции, в декабре 2021 года был имплантирован эндопротез таранной кости на второй стопе.

Ход операции

Оперативное вмешательство выполняется под спинальной анестезией. После стандартной обработки операционного поля и укрытия оперируемой стопы стерильным операционным бельем выполняется доступ около 10 см к таранной кости. Некротизированные и разрушенные участки таранной кости удаляются. При необходимости моделируются суставные поверхности, которые окружают таранную кость. После того, как подготовлено место для имплантации эндопротеза, он устанавливается на ложе. Рана послойно ушивается. Все этапы операции выполняются под рентген-контролем.

Любая операция предусматривает временные ограничения. Для того, чтобы мягкие ткани окрепли, на месяц после операции накладывается гипсовая повязка. После комплекса реабилитационных мероприятий функции оперированных стоп полностью восстановлены. Пациентка уже вернулась к активной жизни, свободно ходит, не страдает от постоянной боли. Сегодня она выполняет рекомендации врачей: не набирать вес, вести здоровый образ жизни, избегать перегрузок и травм. Операция позволила женщине уйти от сценария пожизненной инвалидизации – до вмешательства она передвигалась только по дому, причем на коленях, а о прогулках на улице или активном общении с внуками не было и речи.

Юлия Вишнева

О ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ СТОПЫ

В Центре хирургии стопы Городской клинической больницы имени С. С. Юдина сформировались профильные направления по лечению деформаций стопы, включая артроскопические операции на голеностопном суставе и мелких суставах стопы.

Направление хирургической помощи пациентам с синдромом диабетической стопы осуществляется в рамках междисциплинарного подхода с участием эндокринолога, ортопеда, сосудистого хирурга, гнойного хирурга и микрохирурга.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Значительная часть операций – плановая и экстренная помощь при травмах стопы и голеностопного сустава любой сложности. Уже в следующем году в центре начнут проводить операции по эндопротезированию голеностопного сустава. Большое внимание коллектив уделяет исследовательской деятельности для оценки результатов лечения пациентов.

В плане текущего года – лечение в два раза большего числа пациентов, чем в прошлом году. Это более 2500 пациентов, для которых трудности с передвижением и постоянная боль останутся в прошлом. Все хирурги центра являются членами Российского общества хирургов стопы и голеностопного сустава и занимаются проведением обучающих курсов по данному направлению.



Фото: из архива ГКБ имени С. С. Юдина



Владимир СКРЕБЦОВ, травматолог-ортопед Центра хирургии стопы Городской клинической больницы имени С. С. Юдина, кандидат медицинских наук:

«Особые сложности при создании эндопротеза возникают в том случае, когда невозможно взять образец для его изготовления или сильно нарушено нормальное анатомическое строение смежных костей. Наши коллеги, инженеры из Томска, буквально по крупицам, используя технологию 3D-моделирования, воссоздали форму и размеры таранной кости пациентки. Кропотливая работа 3D-реставрации с анализом большого количества КТ-изображений заняла более трех месяцев. Индивидуальные керамические эндопротезы таранных костей обеих стоп были изготовлены из сверхпрочного биосовместимого материала – циркониевой стабилизированной керамики».



Саргон ТАМОЕВ, заведующий Центром хирургии стопы Городской клинической больницы имени С. С. Юдина, кандидат медицинских наук:

«Данный клинический случай показал возможность полного восстановления уникальной для каждого человека анатомии костей стопы. Мы наблюдаем пациентку и после операций, ее отзывы о самочувствии уже позволяют утверждать, что протезированные таранные кости чувствуют себя «как дома». Возможность проведения такой операции в условиях нашего центра является следствием многолетней аналитической работы по поиску новых методов лечения такой патологии, как асептический некроз таранной кости. Данная патология до сих пор в мире остается самой проблемной в заднем отделе стопы, приводящей к нарушению качества жизни человека вплоть до инвалидизации. Мы нашли решение и готовы внедрить этот опыт в рутинную практику».

ВЕРШИНЫ УРОЛОГИИ

Московские специалисты пользуются профессиональным авторитетом среди зарубежных коллег. На недавнем заседании Академии европейской урологии (AAEU) врач-онкоуролог Клиники урологии Городской клинической больницы имени С. И. Спасокукоцкого Александр Говоров был избран президентом конгресса AAEU, который состоится в Санкт-Петербурге.



▲ Александр Говоров

Первый опыт

Врач-онкоуролог, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова Александр Говоров признает, что в медицинской профессии определяющее значение имеют преемственность и постоянное самообразование. Именно такой подход помогает ему в лечебной и хирургической практике уролога длиной почти в четверть века.

Еще в старших классах школы он принял решение стать врачом. На выбор будущей профессии большое влияние оказала его бабушка, которая была врачом-терапевтом, главным врачом московской медико-санитарной части № 18. Родители поддержали такое решение сына. «Я целеустремленно готовился к поступлению в медицинский вуз, посещал дополнительные занятия, участвовал в олимпиадах и шаг за шагом шел к своей цели», – вспоминает Александр Викторович. В 1992 году он поступил на лечебный факультет Московского медицинского стоматологического института (ММСИ).

Его захватила атмосфера студенческой жизни. Одно из ярких воспоминаний о той поре связано с кафедрой нормальной анатомии. «Погружение в изучение этой дисциплины стало для меня настоящим открытием. Я даже не мог себе представить, насколько сложно, необычно

и многогранно строение человеческого тела. Эти знания в последующем мне очень помогли в моей хирургической практике», – рассказывает Александр Говоров.

Именно тогда он определился с будущей специализацией и выбрал хирургическую специальность. На четвертом курсе, когда студенты начали изучать цикл урологии, Александр решил, что это именно то медицинское направление, которым он хотел бы заниматься. Он стал посещать студенческий научный кружок по урологии, постигая азы профессии. В 1998 году Александр Говоров с отличием окончил ММСИ, затем поступил в ординатуру на кафедру урологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова, прошел путь от старшего лаборанта до профессора. Параллельно начал работать врачом-урологом в Городской клинической больнице № 50 г. Москвы (впоследствии – Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого), которая много лет является клинической базой кафедры.

«Когда я поступил в ординатуру по урологии и начал работать под руководством заведующего кафедрой профессора Олега Борисовича Лорана и моего непосредственного руководителя и учителя профессора Дмитрия Юрьевича Пушкаря, это стало для меня плавным переходом от студенческой жизни к более сложной и увлекательной врачебной и научной работе. Мне поручили работать в приемном отделении врачом по оказанию экстренной помощи, и полученный опыт мне очень многое дал для последующего формирования как специалиста-уролога», – признается Александр Говоров.

Фокус на онкоурологии

Основной интерес в области научной и практической деятельности профессора Говорова лежит в плоскости онкоурологии. К настоящему времени он является

автором или соавтором более 250 статей, монографий и учебно-методических пособий, многие из которых опубликованы в зарубежной научной литературе. Одним из приоритетных направлений работы Клиники урологии МГМСУ в Городской клинической больнице имени С. И. Спасокукоцкого являются высокотехнологичные минимально инвазивные операции: робот-ассистированные, лапароскопические и эндоскопические, включая ультразвуковую абляцию простаты, а также криоабляцию предстательной железы. «Мы изучаем различные маркеры рака предстательной железы, внедрили в российскую клиническую практику использование показателя индекса здоровья простаты, участвовали в разработке российского теста PCA3 и его внедрении в клиническую практику. Совместно с зарубежными коллегами провели масштабное аутопсийное исследование, посвященное изучению распространенности латентного рака предстательной железы в России. Еще один значимый проект, который реализуется клиникой совместно с Институтом конструкторско-технологической информатики РАН, – разработка российского робота-хирурга», – рассказывает Александр Говоров.

Профессор Говоров – первый в России сертифицированный специалист по применению сфокусированного ультразвука высокой интенсивности (HIFU) для лечения рака простаты, соавтор патента на изобретение «Устройство для биопсии предстательной железы», международный эксперт по проведению криоабляции простаты. Он является членом ряда международных профессиональных ассоциаций, в 2011 году был выбран приглашенным гостем, а затем постоянным членом Академии европейской урологии (AAEU). В конце прошлого года он единогласно был избран президентом конгресса AAEU, который состоится в 2023 году

в Санкт-Петербурге. «Для меня это огромная честь и ответственность, но я уверен, что с помощью наших российских коллег, и в первую очередь академика Дмитрия Юрьевича Пушкаря, мы проведем конгресс на высоком профессиональном уровне», – говорит Александр Говоров.

Известный уролог постоянно находится в поиске новых эффективных методов лечения урологических заболеваний и современных способов их диагностики. Есть у него и любимое хобби – он страстный футбольный болельщик, увлекается беговыми лыжами и плаванием. Профессор Говоров уверен, что врачи собственным примером должны активно пропагандировать идеи здорового образа жизни. «Урологи, пожалуй, чаще, чем другие медицинские специалисты, говорят об этом с пациентами. Ведь целого ряда урологических заболеваний можно избежать или облегчить их течение, если вести здоровый образ жизни», – уверен врач.

Ирина Степанова



▲ Александр Говоров выполняет робот-ассистированную операцию

Главный специалист Москвы

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДИАЛОГ



Дмитрий ПУШКАРЬ, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

О клинике урологии

Клиника урологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова в Городской клинической больнице имени С. И. Спасокукоцкого является одной из крупнейших государственных клиник в стране и объединяет четыре урологических отделения, способных принять одновременно более 220 пациентов. В клинике имеются отделения онкоурологии, урогинекологии, хирургической андрологии и ургентной урологии. Здесь ведут прием ведущие специалисты в области урологии в России, прошедшие обучение в лидирующих медицинских центрах Европы и США. Специалисты оказывают комплексный спектр помощи, начиная от профилактического осмотра у врача (уролога, урогинеколога), диагностики заболевания и заканчивая консервативным лечением или операцией.

Клиника является сертифицированным европейским центром по обучению врачей-урологов робот-ассистированной хирургии,

сертифицированным центром по применению криоабляции в лечении рака предстательной железы и рака почки, сертифицированным центром Европейской ассоциации урологов (EAU) по обучению врачей-резидентов женской урологии. Большинство сотрудников клиники являются членами различных международных ассоциаций.

О международном сотрудничестве

Признание профессионального сообщества для московских клиницистов является крайне важным. В профессиональной урологической среде наиболее значимой и авторитетной организацией является Академия европейской урологии (AAEU). В 2011 году состоялось знаковое событие для российских урологов – впервые в Москве и России с большим успехом прошла конференция AAEU, мне посчастливилось быть ее президентом. Двухдневная научная

программа включала доклады ведущих ученых и клиницистов, которые поделились своими наработками и обсудили перспективы развития урологии в мире. Работа продолжается. Каждый год конгресс AAEU проводится в разных городах мира, и на последнем заседании академии было принято решение, что в 2023 году очередной конгресс AAEU состоится в Санкт-Петербурге. Его президентом единогласно был избран профессор Александр Говоров. Мы горды за нашего коллегу и высокое признание мировым профессиональным сообществом достижений московской урологической школы, поскольку Россия стала одной из немногих стран мира, где повторно будет проводиться конгресс AAEU. Мы уже начали подготовку к этому грандиозному событию и приложим все силы, чтобы ведущие европейские урологи смогли оценить наши достижения и представить свои наработки в области экспериментальной и клинической урологии.

ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ПРИ КЕРАТИТЕ

В отделении микрохирургии глаза Морозовской детской городской клинической больницы в 2021 году прошли лечение 233 пациента с кератитом. Без своевременной медицинской специализированной помощи болезнь может привести к выраженному снижению зрения, слепоте и даже анатомической гибели глаза.

Картина болезни

Кератит – воспаление роговицы глазного яблока. Роговица – это прозрачная оболочка глазного яблока, являющаяся одной из ее главных оптических линз. Кератит может быть вызван вирусами, бактериями, простейшими и грибковыми инфекциями или травмой. У детей от 0 до 10–12 лет, как правило, причиной болезни становится вирус. Часто это герпес, Эпштейн–Барр и т. д. Пациенты от 12 до 18 лет в основном страдают микробным кератитом, возникающим из-за нарушения правил использования контактных линз.



«Контактные линзы – инородное тело на роговице. Сами по себе одни линзы не могут вызвать воспаление роговицы, а вот игнорирование правил использования контактных

линз может привести к кератитам и язвам роговицы. В нашей практике часты случаи, когда подростки используют линзы самостоятельно, без консультации со специалистом и допускают ошибки, из-за которых повреждается роговица и развивается микробный кератит», – рассказывает врач – офтальмолог-хирург Морозовской детской городской клинической больницы Сюзанна Асатрян. По словам специалиста, именно эта группа заболеваний чаще осложняется язвами роговицы. Без своевременного оказания квалифицированной помощи язва роговицы может привести к перфорации роговицы и возникновению эндофтальмита – гнойного воспаления внутренних оболочек глазного яблока. В некоторых случаях это оборачивается для пациентов снижением зрения, слепотой и даже анатомической гибелью глаза.

Подходы к лечению

Основной метод диагностики кератита – биомикроскопия роговицы. С помощью щелевой лампы офтальмолог осматривает глазное яблоко в проходящем свете, оценивая все слои



▲ Сюзанна Асатрян проводит осмотр пациента

роговицы. В Морозовской больнице также выполняется пациентам оптическая компьютерная томография переднего отрезка глазного яблока. Исследование позволяет оценивать глубину поражения и контролировать динамику лечения.

При выявлении кератита врачи тщательно собирают анамнез. По результатам осмотра ребенка и сбора анамнеза офтальмолог может предположить этиологию заболевания. Клиническая картина отличается у различных видов кератита, поэтому лечение назначается сразу, исходя из клинической картины. Анализ на инфекции и бактериальный посев, которые выполняются пациенту, позволяют подтвердить диагноз и при необходимости скорректировать терапию.

«Еще один важный момент – при диагностике кератита у детей не всегда достаточно консультации офтальмолога. Часто кератит у детей является проявлением другого заболевания. Например, вирусный и хронический

токсико-аллергический кератиты на фоне воспаления век могут годами рецидивировать, если не выявить основную проблему и не исключить ее. Поэтому при необходимости рекомендуются консультации инфекциониста, гастроэнтеролога, аллерголога, иммунолога», – уточняет Сюзанна Асатрян.

Своевременная профилактика и выявление инфекционных поражений роговицы у детей – это уже 70 % успеха. Наиболее частым исходом микробных кератитов и гнойных язв роговицы является помутнение или тотальное бельмо роговицы, что приводит к частичной или полной потере зрительных функций. Оптимальным методом лечения тотального бельма роговицы является кератопластика (пересадка роговицы), однако у детей данная методика имеет менее благоприятный прогноз выживаемости трансплантата, чем аналогичная операция у пациентов старшего возраста.

В педиатрии важно сохранить собственную роговицу и ее свойства: прозрачность и сферичность. Это даст наиболее положительный прогноз по зрительным функциям, поэтому лечение направлено на то, чтобы роговица осталась максимально прозрачной.

Впервые выявленные поверхностные и неосложненные формы болезни можно лечить амбулаторно. Более глубокие поражения роговицы требуют назначения системной и местной терапии, проведения субконъюнктивальных инъекций, в этом случае уже требуется стационарное наблюдение и лечение.

В среднем госпитализация при неосложненном язвой роговицы кератите составляет 10 дней, при тяжелых язвах роговицы – более двух недель. Для лечения осложненной формы применяется комплексный подход: хирургически промываются гнойные наложения, вводятся местные и системные антибиотики. При микробном кератите стационарное лечение занимает около двух недель, далее в течение двух лет пациент наблюдается амбулаторно.

Ирина Степанова

СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

При кератите у ребенка возникает непереносимость яркого света, выраженное слезотечение, покраснение конъюнктивы. Маленькие дети часто чешут глаза.

При первых жалобах необходимо проконсультироваться у врача. Если у ребенка случился рецидив заболевания, нельзя самостоятельно повторно проходить ранее назначенную терапию. Своевременно выявить причину болезни и назначить эффективное лечение может только офтальмолог.

КУДА ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ:

- в поликлинику по месту жительства;
- в Консультативно-диагностический центр Морозовской детской городской клинической больницы;
- при необходимости получения экстренной медицинской помощи – в приемное отделение Морозовской детской городской клинической больницы. Отделение микрохирургии глаза является единственным в Москве и Московской области специализированным офтальмологическим детским отделением в условиях круглосуточного скоромощного стационара.

Памятка

КАК ПРАВИЛЬНО УХАЖИВАТЬ ЗА КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ

ЧТОБЫ НОШЕНИЕ ЛИНЗ БЫЛО БЕЗОПАСНЫМ, А САМИ ИЗДЕЛИЯ ПРОСЛУЖИЛИ УКАЗАННЫЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЕМ СРОК, ВАЖНО СОБЛЮДАТЬ РЯД ПРОСТЫХ ПРАВИЛ.



Перед тем как снять, надеть или почистить линзы, нужно помыть руки, чтобы избавиться от микроорганизмов, которые могут попасть на поверхность при касании. Вытирать руки нужно полотенцем без ворса. Альтернативный вариант – одноразовое бумажное полотенце или электросушилка.



Флакон с раствором следует хранить в месте, недоступном для детей. Нельзя прикасаться горлышком флакона к любым поверхностям, оставлять надолго крышку открытой – в раствор может попасть грязь. После использования крышку следует плотно закручивать.



содержится в инструкции, также ее можно уточнить у врача-офтальмолога.



Нельзя использовать водопроводную воду и другие неподходящие жидкости для ухода за линзами и контейнером. В ней есть различные примеси и микроорганизмы, которые могут загрязнить линзу либо повредить ее поверхность.



Для хранения линз следует приобрести специальный контейнер, который следует содержать в чистоте и заполнять специальным дезинфицирующим раствором.



Надевать линзы следует только после того, как они проведут несколько часов в дезинфицирующем растворе. Конкретное время зависит от того, какими линзами вы пользуетесь, и от характеристик раствора. Эта информация

СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ НОШЕНИЕ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ И ВСЕГДА ИМЕТЬ ЗАПАСНЫЕ ОЧКИ НА ТАКИЕ СЛУЧАИ.

Необходимо помнить, что подбор любой контактной коррекции должен осуществляться только врачом, который подробно расскажет о правилах ухода. При появлении чувства инородного тела, жжения, покраснения глаза после снятия контактной линзы следует безотлагательно обратиться к офтальмологу.

ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Вегетососудистая дистония (ВСД) – это симптомокомплекс функциональных расстройств со стороны различных систем организма, обусловленных нарушением регуляции их деятельности вегетативной нервной системой.

О причинах возникновения, особенностях течения и лечении рассказала врач-невролог, заведующая консультативно-диагностическим поликлиническим отделением Детской городской клинической больницы имени З. А. Башляевой, главный внештатный специалист невролог СЗАО Оксана Шулешко.



▲ Оксана Шулешко

В педиатрии вегетососудистая дистония, как правило, рассматривается не в качестве отдельного первичного заболевания, а как вторичная патология, проявляющаяся на фоне имеющихся соматических, неврологических или других заболеваний. В связи с этим изучением характерных симптомов ВСД занимаются многие узкие дисциплины: детская неврология, детская кардиология, детская эндокринология и др.

По различным данным, ВСД встречается у 25–80 % детей и подростков, при этом проявляется заболевание может по-разному. Наиболее часто жалобы, связанные с вегетативной дисфункцией, отмечаются у детей в возрасте 6–8 лет и у подростков, преимущественно женского пола.

Факторы риска

Картина ВСД состоит из симптомов, связанных с расстройством какой-либо функциональной системы организма или сочетанием нескольких.

Существуют различные подходы к классификации ВСД. Можно выделить три вида вегетативной дисфункции: симпатическую, парасимпатическую и смешанный вид. В первом случае происходит функциональное напряжение работы симпатического отдела высшей нервной системы, сопровождающееся появлением болей в области сердца и головной боли, тахикардией, аритмией, приступами удушья, возникновением необоснованного страха. При парасимпатической дисфункции, напротив, отмечаются гипотония, упадок сил, мышечная слабость, плаксивость и раздражительность. Для смешанного типа характерно сочетание вышеперечисленных симптомов.

Особая роль в возникновении ВСД принадлежит различным психотравмирующим воздействиям – конфликтной обстановке в семье, сложным отношениям со сверстниками, чрезмерным нагрузкам в школе, кружках и секциях. Непосредственным толчком к развитию нарушений могут стать нерациональное питание, гиподинамия, недостаток сна и особенно гормональные изменения, характерные для пубертатного периода. Наиболее часто ВСД дает о себе знать в периоды активного роста организма, когда функциональная нагрузка велика, а нервная система лабильна.

При диагностике ВСД главная задача врача – определить, вызвана ли она стрессами, переутомлением и естественными изменениями, связанными со взрослением ребенка, или же

свидетельствует о наличии самостоятельно-го заболевания. Разобраться в многообразии симптомов и определить, необходимы ли дополнительные обследования, может врач-педиатр, который при необходимости отправит пациента к другому узкопрофильному специалисту.

Подходы к лечению

При борьбе с вегетососудистой дистонией предпочтение отдается немедикаментозным методам. Высокую эффективность демонстрирует изменение образа жизни: налаженный режим дня, повышение физической активности, составление правильного рациона питания, сокращение стрессов и переутомления, регулярное прохождение профилактических осмотров в детской поликлинике.

Недооценивать и игнорировать симптомокомплекс нельзя. Помимо возрастания психологической нагрузки на ребенка, дальнейшего ухудшения его самочувствия и угнетения психоэмоционального состояния, ВСД может дать толчок к развитию таким патологическим состояниям, как артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка. В свою очередь, соматические и инфекционные заболевания могут усугубить вегетативные проявления. Именно поэтому крайне важно получить консультацию у специалиста для определения истинных причин нарушений и выбора оптимальной тактики лечения.

Мария Зеленская

Особая роль в возникновении ВСД принадлежит различным психотравмирующим воздействиям.

ФАКТЫ О ВСД

Увеличение физической активности позволяет предупредить возникновение ВСД и эффективно с ней бороться.

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ:

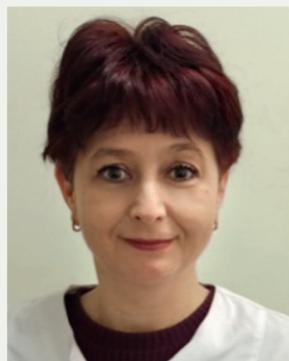
- дозированная ходьба и подъем по лестнице;
- оздоровительный бег;
- плавание;
- ходьба на лыжах;
- велосипедные прогулки;
- участие в подвижных играх, не требующих интенсивных физических усилий, сложной координации движений, высокой концентрации внимания;
- в оздоровительные комплексы следует включать упражнения на растяжку, а также дыхательные, общеразвивающие и общеукрепляющие.

ИСКЛЮЧИТЬ:

- упражнения с большой амплитудой движений для туловища и головы;
- упражнения, вызывающие задержку дыхания, резкие изменения направления движения головы и туловища;
- силовые упражнения.

Маршрутизация

ПИТАНИЕ ПРИ ВСД



Ирина БОРОВСКАЯ, врач – детский кардиолог Детской городской поликлиники № 15

Лечение вегетативной дисфункции должно быть комплексным, поэтому очень важно включать немедикаментозную терапию, которая в большинстве случаев приводит к улучшению самочувствия. Рекомендации по рациону зависят от возраста ребенка, так как с ростом организма изменяются потребности в микроэлементах, витаминах, калориях, белках, жирах и углеводах.

Тонкости рациона

При повышенной активности симпатoadrenalinoвай системы и лабильной артериальной гипертензии необходимо ограничить потребление поваренной соли. Исключаются продукты, влияющие на повышение артериального давления. Целесообразно убрать из рациона кофе, крепкий чай, копчености, острые блюда, шоколад. Детям с повышенной парасимпатической активностью нервной

системы, артериальной гипотонией, астенией рекомендуется следить за достаточным количеством жидкости, разрешен чай, шоколад. Нужно добавлять в меню больше продуктов, содержащих магний, калий, бета-каротин. Кроме того, всем пациентам с ВСД полезно пить компоты из облепихи, калины, шиповника, черноплодной рябины, изюма, кураги.

Витамины и минералы

При вегетативной дисфункции используются препараты, содержащие микроэлементы и витамины, а также коферменты. К ним относятся препараты кальция, магния, калия, карнитина, коэнзима. При симпатикотонии предпочтение следует отдавать препаратам калия и витамину В1. При ваготонии – препаратам кальция, фосфора, витаминам В6 и С. Рекомендуется разнообразить питание, чтобы ребенок мог получать их из природных источников. Например,

калий содержится в орехах и сухофруктах, а также в бананах, бобовых, тыкве, киви. Также он присутствует в треске, лососе, кролике и картофеле. Полезен и кальций: следует добавить в рацион ребенка твердые сорта сыров, миндаль, фасоль, петрушку и укроп, грецкие орехи, молоко и творог. К продуктам, содержащим фосфор, относятся бобовые, кукуруза, сыр, молочные продукты, домашняя птица. Магний содержится в сухофруктах, орехах, свежих фруктах.

Особенно важно отметить роль витамина D. Его дефицит приводит к частым простудным заболеваниям, астении, мышечной слабости, депрессивным состояниям, что, в свою очередь, усиливает симптомы ВСД. Родители самостоятельно могут давать ребенку только профилактические дозировки – коррекция лечебной дозы производится врачом после определения его уровня в организме.

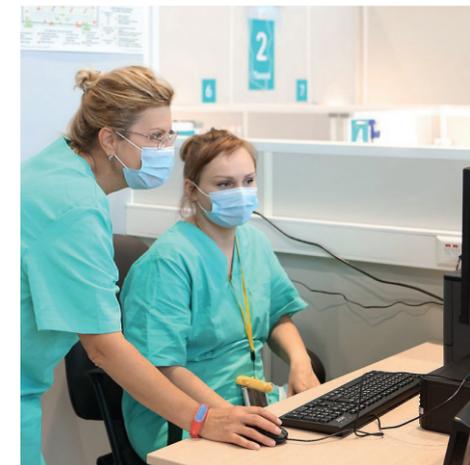


В раздел «Виртуальный кабинет врача» на сайте niioz.ru продолжают поступать вопросы от пользователей. Специалисты организационно-методических отделов НИИОЗММ дают ответы пациентам, переболевшим COVID-19.

Задать вопрос специалистам различных медицинских специальностей можно на сайте niioz.ru, в разделе «Виртуальный кабинет врача».



Нам пишут



▲ Сотрудники резервного госпиталя в «Сокольниках»

Самоотверженная работа врачей не только ставит пациентов на ноги, но и вдохновляет их самих и их родных на сочинение стихов. На сайте Городской клинической больницы имени Ф. И. Иноземцева отзыв о лечении друга оставил москвич К.

«В ноябре 2021 года наш друг семьи З. поступил в госпиталь в Сокольниках в тяжелом состоянии, так как лечение на дому уже не помогало. Он находился на лечении терапевтического отделения № 6. За 11 дней пациента спасли, вылечили и выписали домой! Это была огромная радость для нас, его родственников, друзей и знакомых! Спасибо вам всем огромное за ваш бесценный труд! Хотела бы свой отзыв закончить стихами, которые родились у нас в душе в результате огромной благодарности врачам и всем медработникам госпиталя, которые героически борются с инфекцией COVID-19!

Спасибо вам врачи за ваш бесценный труд!
В дни полные борьбы и ночи на посту!
Спасибо вам за то, что не смыкая глаз
Спасаете людей,
Мы молимся за вас!
Вы ангелы добра,
У смерти на краю
Спасаете людей вы, не жалея сил!
Творите вы добро и дарите вы жизнь
Всем тем, кого у нас хотел отнять Ковид!
В наш дом пришла беда,
Ковид вторгается в страну!
Врачи на страже, как всегда,
И от народа отведут беду!»

Уважаемые читатели, присылайте свои истории о пройденном лечении, врачах и больницах на niiozmm-info@zdrav.mos.ru. Лучшие истории мы будем публиковать на страницах издания.

фото: mos.ru, Екатерина Козлова/НИИОЗММ, Александр Плюсин/НИИОЗММ

Мой муж заболел COVID-19, ПЦР-тест положительный. Через неделю у меня проявились все те же симптомы. Вызвали врача, экспресс-тест положительный, ПЦР отрицательный. Нужно ли повторить тест?

Интерпретация результатов иммунологических исследований проводится врачом с учетом клинических проявлений, эпидемиологических данных, а также по результатам клинического обследования (осмотра, при наличии показаний – другие методы обследования). Экспресс-тест на COVID-19 является предварительным методом оценки, есть вероятность получения ложноположительных и ложноотрицательных результатов. В связи с этим решение вопроса о проведении дополнительного ПЦР-теста принимает лечащий врач.

У моего мужа уже тест отрицательный, но сильное поражение легких – 90 %. Сатурация от 84 до 90, на ИВЛ – 96. Ест плохо, слабый. Почему ему не назначают антибиотик и какие шансы на выздоровление?

Решение о назначении тех или иных препаратов принимает лечащий врач или врачебный консилиум, основываясь не только на объеме поражения легких и сатурации, но и на результатах лабораторного обследования. В случае отсутствия данных, указывающих на наличие бактериальной инфекции, назначение антибактериальных

препаратов необоснованно. Заочный прогноз течения любого заболевания невозможно.

Недавно переболел коронавирусом, поражение легких 25 %. Ровно через две недели после выхода из карантина снова заболела с теми же симптомами. Может ли вирус реактивироваться? Или я заболел повторно?

Различные штаммы новой коронавирусной инфекции и высокая заболеваемость в это время года сезонными ОРВИ, в том числе гриппом, могут приводить к аналогичным симптомам. Для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо обратиться к врачу-терапевту или общей практики.

Заразилась коронавирусом, была температура три дня 38,5, потом 37,5 и держится 37,0–37,4 около месяца. Была пневмония 5 %. На четвертой неделе сдала анализы – все в норме.

Согласно современным представлениям, температура до 37,5, измеренная в подмышечной впадине, считается вариантом нормы. Кроме того, есть суточные физиологические колебания температуры тела до 0,6, которые могут быть связаны с приемом пищи, физической активностью, стрессом, а у женщин и с фазой менструального цикла.

Я нигде не читал, чтобы коронавирус лечили сывороткой крови, содержащей антитела (полученной от переболевшего). Мне кажется, такой метод может быть очень действенным.

Изучение вариантов лечения новой коронавирусной инфекции продолжается. В разных странах, в том числе в России, оценивается эффективность переливания плазмы крови переболевших пациентов. К сожалению, отечественные и зарубежные результаты исследований противоречивы, что не дает возможности широко использовать данный метод лечения.

Можно ли ставить вакцину «Спутник» при цитомегаловирусе и вирусе Эпштейна–Барр? Нейтрофилы понижены, лимфоциты повышены. Есть усталость и периодически возникает небольшая температура.

Вакцинацию необходимо отложить, пока не нормализуется анализ крови и не исчезнет температура, лучше всего это определит ваш лечащий врач. После вакцинации должно пройти три-четыре недели, пока образуется достаточный иммунитет, в случае «Спутника» – отсчитывать нужно после второй инъекции. Кроме того, вам необходимо носить маску и избегать мест скопления людей, так как прививка не спасает от заражения, а оберегает от тяжелого течения коронавирусной инфекции.

Фото недели

1. Операция по пластике груди в Городской клинической онкологической больнице № 1. Тем временем у сервиса автоматического анализа рентгенологических исследований Hub Telemed появилась возможность оценивать результаты маммографии. Опция доступна и врачам из регионов России.

2. В 2022 году в многопрофильных стационарах столицы заработает цифровая система оценки поступающих пациентов, что поможет врачам приемных отделений быстро назначать дальнейшую диагностику и лечение.



НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников

Редакционный совет

Т. В. Амплеева, Е. Е. Андреева, М. Б. Анциферов, Г. П. Арутюнов, Д. С. Бордин, Е. М. Богородская,

Е. А. Брюн, Е. Ю. Васильева, В. Э. Дубров, Е. В. Жилев, В. А. Зеленский, О. В. Зайратьянц, Т. И. Курносова, А. И. Крюков, Н. Н. Камынина, Р. В. Курынин, А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова, И. А. Назарова, А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе, А. В. Погонин, Н. Н. Потеев, Д. Ю. Пушкар, М. В. Сеницын, С. В. Сметанина,

И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева, М. Ш. Хубутя, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов
Главный редактор
Алексей Иванович Хрипун
Шеф-редактор
Оксана Анатольевна Плисенкова

Регистрационное свидетельство ПИ № ФС 77 – 71880 от 13 декабря 2017 года. Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Учредитель: ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

Адрес редакции и издателя: 115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9. Контакты: +7 (495) 530-12-89, niiozmm@zdrav.mos.ru.

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Над выпуском работали: управление коммуникаций НИИОЗММ ДЗМ. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Наталья Елифанова, Мария Зеленская. Корректоры: Елена Мальгина, Наталья Яшина. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова.

Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 49 000 экз. Распространяется бесплатно.

Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБПОУ «Московский техникум креативных индустрий им. Л. Б. Красина».

Адрес типографии: г. Москва, ул. Кировоградская, д. 23.

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

