



Фото: пресс-служба фонда «Вера»

Помочь можно всегда

В столичной системе паллиативной помощи за последнее время многое изменилось. Два года назад восемь хосписов, выездные патронажные службы паллиативной помощи для взрослых и Центр паллиативной помощи объединились в одну структуру. О том, как помочь человеку принять свою болезнь, почему нужна преемственность в ведении пациента между разными медицинскими организациями и зачем создавать спрос на качественную помощь тем, кого нельзя вылечить, рассказала директор Московского многопрофильного центра паллиативной помощи ДЗМ и учредитель благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер.

>> стр. 4

СКОРАЯ ПОМОЩЬ НА ЧЕМПИОНАТЕ МИРА

Для обеспечения медицинской помощи в столице на время проведения Чемпионата мира по футболу в России FIFA-2018™ выделили дополнительно 37 автомобилей скорой медицинской помощи с необходимым оборудованием – это реанимационные и автомобили интенсивной терапии. Также введены в работу 27 автомобилей, закупленных в рамках подготовки к Кубку конфедераций FIFA-2017.

«После проведения спортивных мероприятий все автомобили будут задействованы в обеспечении скорой и неотложной медицинской помощи в Москве. Для медицинского персонала подготовлены специальная униформа, средства радиосвязи, оргтехника, укладки мобильных врачебно-сестринских бригад», – рассказал Алексей Хрипун, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы. Автомобили оснащены всем необходимым для оказания медицинской помощи по пути в больницу: системой мониторинга сердечного ритма и жизненно важных показателей, современным аппаратом искусственной вентиляции легких, машиной для наркоза, а также новейшим оборудованием для обеспечения искусственного кровообращения при остановке сердца. [ММС](#)



В рамках проекта по арт-терапии «Потому что ты нужен...» снят короткометражный художественный фильм «Окна нашего дома». Пациенты Центра детской наркологии в процессе реабилитации участвовали в съемке фильма в качестве актеров под руководством профессиональной команды театра «Геликон-опера». Проморолик можно посмотреть на сайте www.nioz.ru. [ММС](#)



7 июня Министерство здравоохранения Российской Федерации приняло клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция и оппортунистические заболевания: лечение у детей и подростков». Подготовка материала осуществлялась при участии НИИ

организации здравоохранения и медицинского менеджмента. На рассмотрение в федеральный орган документ ДЗМ был представлен главным внештатным специалистом по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, доктором медицинских наук Алексеем Израилевичем Мазусом. [ММС](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



**САЛИМ НИДАЛЬ:
«ЛУЧЕВАЯ
ТЕРАПИЯ МОЖЕТ
СОХРАНИТЬ
НЕ ТОЛЬКО ОРГАН,
НО И ЕГО
ФУНКЦИИ»**

Интервью с экспертом – стр. 3



**О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Симпозиум – стр. 6



**ПОЛНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ГОТОВНОСТЬ**

Репортаж – стр. 7

В РИТМЕ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА

XI Международная конференция «Профилактическая кардиология 2018» состоялась в Москве. Насыщенную научную программу посетили ведущие кардиологи, терапевты, врачи смежных специальностей из России, Беларуси, Польши, Чехии, Германии и других стран. Эксперты обсудили современные подходы к диагностике, профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний.



В Москве проделана большая работа по совершенствованию системы оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. «В рекордные сроки в столице были развернуты инфарктная и инсультная сети. Сегодня в Москве работают 29 сосудистых центров. Специалисты внедрили в работу уникальные методы экстракции тромба. Правительство постоянно расширяет парк оборудования для проведения этих сложных процедур», – отметила заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Елена Хавкина.

Власти города особое внимание уделяют мероприятиям, направленным на профилактику и популяризацию здорового образа жизни. В их числе – VII Форум «Москвичам – здоровый образ жизни», акции, приуроченные к Всемирному дню сердца, Дню без табака, Дню борьбы с инсультом и другим.

Главный внештатный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения города Москвы, кардиолог, доктор медицинских наук, профессор Нана Погосова уверена, что

проведение активной кардиоваскулярной профилактики в ежедневной клинической практике – важнейшее условие снижения смертности в стране. «Серечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики и лечения кардиоваскулярной патологии, – рассказала профессор. – Экспертами ВОЗ прогнозируется дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности как в развитых, так и развивающихся странах, что обусловлено старением населения и особенностями образа жизни».

По мнению специалистов, развитие болезней кардиологического спектра связано с особенностями образа жизни и факторами риска – курением, нездоровым питанием, недостаточной физической активностью, избыточной массой тела, артериальной гипертензией, психосоциальными факторами и другим. Также важную роль играет наследственная предрасположенность.

По итогам проведения диспансеризации за 2017 год, в Москве зафиксировано 348 488 человек с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках научной программы впервые представлены новые российские Национальные рекомендации по профилактике кардиоваскулярных заболеваний, утвержденные Российским кардиологическим обществом в 2018 году. По мнению экспертного сообщества, рекомендации станут настольной книгой врачей и внесут вклад в дальнейшее снижение сердечно-сосудистой смертности и увеличение продолжительности жизни наших пациентов.

Главный внештатный специалист-кардиолог ДЗМ, главный врач ГБУЗ «ГКБ им. И. В. Давыдовского ДЗМ», д. м. н., профессор Елена Васильева рассказала о процессе развития, методах лечения и профилак-

тики атеросклероза. По словам эксперта, сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом, начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Больные часто умирают внезапно.

Существенное внимание участников пленарного заседания было уделено телемедицине. Профессор Фридрих Кохлер представил свой взгляд на проблему продвижения инновационных продуктов в России и Германии. В своем докладе он отметил, что телемедицинские гаджеты помогут существенно сократить развитие сердечной недостаточности. Он представил данные 2018 года, основанные на опыте Университетской клиники Шарите. «Здоровое сердце – главное условие высокой продолжительности жизни», – подчеркнул Фридрих Кохлер. **МММС**



ВЫПУСКНОЙ БАЛ

7 июня в НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой состоялся бал для пациентов, которые не смогут из-за госпитализации попасть на свой выпускной.



Для врача-психиатра Андрея Алексеевича Макаркина этот бал – первый. «Очень здорово, что в больнице в условиях стационара есть возможность устроить такой праздник, – делится впечатлениями он. – Это важно, чтобы дети не чувствовали себя оторванными от внешнего мира, получили свою толику счастья, радости, чтобы у них был свой маленький праздник».

Евгения Подурова, медицинский психолог Центра, рассказывает, что этот празд-

ник очень важен для детей. «В первую очередь мы хотели устроить праздник детям, которые не смогут по разным причинам посетить выпускной в школе. Когда ребята услышали об этой идее, сначала немного скептически к ней отнеслись, но потом втянулись в подготовку и с удовольствием репетировали. Для нас, сотрудников, этот праздник важен еще и потому, что мы можем посмотреть на детей другими глазами, не только «лечебными», когда описываем их состояние, готовим заключе-

ния и т. д. Здесь мы погружаемся в другую реальность. В лечебном аспекте это расширение социальных границ. Наше мероприятие в том числе и реабилитационное, так как позволяет детям посмотреть на себя с позиций антистигмы».

Директор ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» Марина Александровна Бибчук поблагодарила всех участников праздника: «Дорогие родители, я хочу вас всех поздравить с этим днем, потому что сегодня на нашем балу у вас есть возможность любоваться вашими красивыми талантливыми детьми. Они так же заслужили праздник, как и все остальные дети. Сегодня праздник и для лечащих врачей. У них есть возможность видеть наших любимых детей радостными, улыбающимися. Спасибо большое за ваше участие и ваш труд. Дети, хотела бы поблагодарить вас за вашу смелость, еще пару недель назад мы и представить не могли, что у нас состоится бал. Спасибо большое за вашу смелость, участие,

трудолюбие. Нам есть чему поучиться у наших детей! Спасибо всем тем, без кого организация этого праздника была бы невозможна».

Центр уделяет большое внимание социализации пациентов, в частности, является участником проекта по арт-терапии «Потому что ты нужен...». В его рамках дети и подростки, находящиеся на лечении в Центре, могут вместе с родителями посещать лучшие театры Москвы. Также артисты регулярно дают представления на территории самой больницы. Такая возможность есть как у детей, которые находятся на стационарном и амбулаторном лечении в НПЦ им. Сухаревой, так и у тех, кто лечится в филиалах медучреждения № 2 (Есенинский б-р, 3, корп. 2), № 3 (ул. Фестивальная, 266) и № 1 (ул. Новаторов, 36, корп. 10).

Проект «Потому что ты нужен...» организован при содействии НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы. **МММС**

САЛИМ НИДАЛЬ: «ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ СОХРАНИТЬ НЕ ТОЛЬКО ОРГАН, НО И ЕГО ФУНКЦИИ»



– Каковы основные способы лечения в онкологии?

– В лечении онкологических заболеваний применяются три основных метода: хирургия, лучевая терапия и химиотерапия. Раньше на первом месте по значимости было оперативное вмешательство, затем шла химиотерапия и только потом лучевая терапия. Но за последние 20 лет благодаря техническим достижениям радиотерапия в онкологии вышла на качественно новый уровень. Она может быть использована в 95 % случаев развития всех видов злокачественных новообразований. В рамках территориальной программы ОМС в городе Москве лучевую терапию проводят при всех онкологических заболеваниях, кроме лейкемии.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1. Для лечения больных раком** (радикальная лучевая терапия) и предотвращения рецидива онкологического заболевания.
- 2. До операции, чтобы уменьшить опухоль.**
- 3. После операции для уничтожения оставшихся злокачественных клеток.**
- 4. В сочетании с химиотерапией.**
- 5. В качестве паллиативного лечения, когда удаление опухоли невозможно** (паллиативная лучевая терапия предназначена для облегчения боли и других симптомов за счет уменьшения размеров опухолевого очага).

Из 100 онкологических пациентов порядка 60 получают химиотерапию. Лучевая терапия, по современным данным, требуется 80 % пациентов на каком-то этапе как самостоятельный метод лечения или в сочетании с химиотерапией и хирургией. При многих онкологических заболеваниях лучевая терапия незаменима. Например, при раке шейки матки – одном из самых распространенных женских онкологических заболеваний, особенно среди молодых женщин.

Отметим, что при определенных локализациях и стадиях заболевания лучевая терапия может являться альтернативой

оперативному лечению. Например, при некоторых видах рака легкого, когда операция невозможна. При ранних стадиях рака легкого лучевая терапия может заменить оперативное лечение на 100 %.

Раньше опухоли головы и шеи традиционно лечили оперативным путем. К примеру, при опухоли гортани третьей стадии хирурги полностью удаляли орган. После подобной операции человек, как правило, оставался с трахеостомой. Это сильно ухудшало качество жизни. Применение современных методов радиотерапии позволяет избежать оперативного вмешательства и вылечиться с минимальными побочными эффектами. Лучевая терапия может сохранить не только орган, но и его функции.

Неoadьювантную (предоперационную) лучевую терапию применяют для уменьшения размера опухоли или с целью проведения органосохраняющего лечения. К примеру, лучевая терапия перед операцией при раке прямой кишки повышает шансы на сохранение функции органа до 40 %. Многие исследования показывают, что у 20–30 % пациентов, которым проводилась лучевая терапия до операции, не остается злокачественных клеток. Лучевая терапия может полностью избавить пациента от опухоли, уничтожая оставшиеся раковые клетки, что снижает риск рецидива заболевания после оперативного лечения. Доказано, что, увеличивая локальный контроль, мы увеличиваем выживаемость. Обычно первый сеанс лучевой терапии проводится на 3–6-й неделе после операции в зависимости от того, сколько времени требуется для восстановления пациента.

Современные технологии радиотерапии с модуляцией интенсивности пучка излучения и визуальным контролем точности облучения, доступные нашим пациентам, позволяют воздействовать на злокачественные новообразования с точностью до миллиметра. Доза излучения направляется избирательно в опухоль, не затрагивая здоровые ткани. Поэтому побочные эффекты от лучевой терапии минимальные. Иногда их и вовсе нет.

Лучевую терапию применяют и для того, чтобы улучшить качество жизни пациента с неизлечимой болезнью. Например, чтобы уменьшить давление опухоли на спинной

Главный внештатный специалист по радиотерапии Департамента здравоохранения города Москвы, врач-онколог, радиотерапевт, член Европейского общества медицинской онкологии (ESMO), член Американского общества клинической онкологии (ASMO), член Американского общества терапевтической радиологии и онкологии (ASTRO), член Иорданско-Палестинской медицинской ассоциации, член Израильского общества клинической онкологии и лучевой терапии (ISCORT) Салим Нидаль рассказал о том, почему лучевая терапия незаменима в онкологии.

мозг или крупные сосуды или восстановить функцию глотания. Облучая злокачественные образования в районе спинного мозга или позвоночника, мы можем сохранить пациенту способность двигаться. В таких случаях лучевая терапия дает шанс на более длительную жизнь и уменьшает болевой синдром.

Сейчас можно облучить одновременно до 6 метастазов, тем самым сохранив пациенту время жизни. Мы не можем говорить о том, что человек полностью выздоровеет, но мы контролируем его состояние. После лучевой терапии такой пациент может прожить 2–3 года.

– Из каких этапов состоит лучевая терапия?

– Лучевая терапия состоит из четырех крайне важных для эффективности лечения этапов: консультация врача, КТ симуляция, планирование лечения, сеанс лучевой терапии. Перед началом лечения необходима консультация онколога-радиолога (его также называют лучевым или радиотерапевтом). Основываясь на конкретном случае, онколог-радиолог порекомендует определенный вид лучевой терапии, обсудит с пациентом необходимость сочетания с другими методами лечения, определит конкретные цели терапии и предупредит о возможных побочных эффектах.

– Что такое стереотаксическая радиохirurgия?

– Стереотаксическая радиохirurgия – это высокоточная методика облучения, при которой происходит деструкция новообразования (обычно не превышающего 4 см в диаметре) под воздействием высоких доз излучения с минимальным воздействием

на окружающие здоровые ткани. Облучение проводится за 1–5 сеансов.

Существует два вида стереотаксической радиохirurgии: стереотаксическая радиохirurgия при опухолях головного мозга (SRS) и экстракраниальная стереотаксическая радиотерапия (SBRT).

– В каких случаях применяется радиохirurgическое лечение?

– Оно применяется при расположении новообразования в малодоступных для хирургического лечения местах, в случае, когда новообразования расположены близко к жизненно важным органам и структурам, при опухолях, меняющих свое положение в зависимости от дыхания, SRS и SBRT представляют собой альтернативную терапию для больных, которым по каким-либо причинам противопоказано хирургическое лечение, для выполнения радиохirurgического лечения требуется проведение трехмерной и/или четырехмерной КТ симуляции для точного определения локализации, конфигурации и размера новообразования и применение устройства для иммобилизации пациента с целью идентичного воспроизведения позиции пациента при радиотерапии, прецизионность (точность) терапии обеспечивается за счет точного воспроизведения укладки больного с помощью фиксирующих устройств и оптического контроля локализации опухоли в течение всего сеанса радиотерапии.

С 2018 года стереотаксическое радиохirurgическое лечение с применением технологии 4D ViMAT IGRT вошло в Территориальную программу обязательного медицинского страхования для жителей города Москвы. [MMC](#)



>> окончание. Начало на стр. 1

ПОМОЧЬ МОЖНО ВСЕГДА



Фото: Екатерина Козлова, НИИОЗММ

Нюта Федермессер, директор Московского многопрофильного центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы и учредитель благотворительного фонда помощи хосписам «Вера», – о прошлом, настоящем и будущем паллиативной помощи в столице.

1. О паллиативной помощи

Паллиативная помощь, как плащ, покрывает и защищает с ног до головы того, кто столкнулся с тяжелым, угрожающим жизни заболеванием на последнем, терминальном его этапе. Еще про паллиативную помощь говорят holistic care, что означает всеобъемлющий уход, и в этом смысле она сочетает в себе как медицинские, так и социальные аспекты.

Помимо физических проявлений болезни (боли, одышка), человек испытывает массу негативных чувств: страх, одиночество, беспомощность, отсутствие возможности оставаться самим собой. И в зависимости от конкретной ситуации эти состояния могут сменять друг друга. Если у человека ключевая жалоба – боль, то в первую очередь ему нужна медицинская помощь. Но когда он слабеет и теряет возможность самостоятельно делать все то, к чему привык, то тут, конечно, больше нужна помощь социальная и психологическая. В целом в паллиативной помощи социальные аспекты не менее значимы, чем медицинские. Но, к сожалению, в федеральном

законодательстве такая помощь определена как паллиативная медицинская.

В аспекте философии паллиативная помощь – всегда про любовь и самопожертвование. У нас такая сумасшедшая жизнь – в постоянной спешке, в бесконечных компромиссах, развилках и принятии решений, что порой только перед смертью мы начинаем по-настоящему жить, физически ощущая, что конечны. И осознавая это, наконец-то можем полюбить, простить и проститься, понять, что важно, а что не важно. Звучит достаточно пафосно, но когда ты это видишь каждый день, то понимаешь, что так оно и есть.

В странах, где паллиативная помощь действительно развита, она интегрирована в систему здравоохранения. В России мы только начинаем говорить об этом. У нас даже появилось очень неуклюжее слово «пациентоориентированность», и я пока никак не пойму, на что его можно заменить. Эмпатия? Сочувствие? Но это не всегда про пациента.



Фото: пресс-служба фонда «Вера»

2. О переменах и подходах

В начале 1990-х годов в Москве была только Вера Миллионщикова и был ее хоспис. Красный кирпичный забор вокруг Первого хосписа составлял границы маминой вселенной. Первый хоспис работал только на Центральный округ Москвы, но когда кто-то звонил маме лично, она никогда не отказывала. Тем не менее мама всегда говорила: невозможно помочь всем, но я делаю то, что я могу делать. В результате, когда распоряжением Юрия Лужкова в городе появилось еще семь хосписов, все они стали жить своей отдельной жизнью. Нормативной базы не было никакой, и каждый главный врач устанавливал свои правила. Кто-то брал только онкобольных, кто-то – только пациентов с болевым синдромом, где-то пускали родственников, а где-то нет и т. д. Когда мамы не стало, у меня была единственная задача – сохранить Первый хоспис. Так продолжалось до тех пор, пока три года назад в Москве не началась реорганизация паллиативной службы, и два года назад мне предложили возглавить Центр паллиативной помощи. Я сказала Леониду Михайловичу Печатникову: «Нет, это полностью противоречит концепции и философии хосписа. Он должен быть маленьким, с камерной атмосферой, а вы предлагаете отдать под паллиатив семиэтажную типовую больницу на 200 коек.

Это невозможно». Но все же как-то туда съездила и вернулась в ужасе домой. Все выходные я пролежала с диким давлением, в слезах и поняла, что просто не смогу жить, зная, что в Москве в медицинской организации люди умирают в таких условиях: необезболенными, привязанными к кровати, в присутствии каких-то бесконечных студентов, которые снимают их на видео. Тогда я написала Леониду Михайловичу очень эмоциональное письмо, и он вызвал меня еще раз. Потом состоялась встреча с руководителем ДЗМ Алексеем Ивановичем Хрипуном, где я честно ему призналась: «У меня нет опыта работы в госструктуре, я же революционер, всегда на баррикадах, я же ору за справедливость». И тем не менее он сказал: «Давайте попробуем, мы вам поможем».

На тот момент в Москве были очень разные по уровню оказания паллиативной помощи хосписы. И я подумала: ведь не должно быть так, чтобы в одном хосписе было лучше, а в другом хуже. Во всех других отраслях медицины есть протоколы и стандарты, десятилетия взращивания той или иной медицинской культуры. В паллиативе такого не было, поэтому реорганизация была единственным способом, который, как мне виделось, сделает стандарты едиными и выровняет качество помощи.

3. О Центре

Московский многопрофильный центр паллиативной медицины – это большая структура, в которой 5 отделений. В отличие от хосписа, здесь получают помощь не только онкобольные. В здании на улице Двинцев может попасть неизлечимо больной человек на заключительном этапе жизни с любым первоначальным диагнозом: полиорганной недостаточностью, декомпенсацией ХСН, почечной недостаточностью, ВИЧ-инфекцией, рассеянным склерозом, БАС, разными неврологическими диагнозами, врожденными генетическими патологиями.

Понятно, что пока это не такой уютный дом, как хоспис, но сейчас в Центре созданы все условия для того, чтобы сделать пребывание в нем более комфортным. В ближайшие несколько месяцев мы закрываемся на капитальный ремонт и будем переезжать в один из корпусов ГКБ им. С. С. Юдина. Центру необходима масштабная перестройка, чтобы учесть все нюансы паллиативной помощи, которая подразумевает поддержку не только пациента, но и его семьи. В планировании помещений мы учитываем не только опыт Первого московского хосписа, но и опыт супервайзера по сестринскому уходу Министрства здравоохранения Израиля – Клавдии Консон. Проект капитального

ремонта всех корпусов создавался под ее контролем, он уже готов и согласован.

После ремонта Центр паллиативной помощи вернется на улицу Двинцев, а в корпусе больницы имени Юдина разместят сестринские койки. Там будут получать помощь пациенты, нуждающиеся в круглосуточном медицинском уходе, но стабильные: после тяжелых травм, аварий, в вегетативном состоянии, после инсульта без реабилитационного потенциала, одинокие люди преклонного возраста.



Фото: пресс-служба фонда «Вера»

4. О сложностях адаптации



Фото: пресс-служба фонда «Вера»

Прошло 2 года и один месяц с тех пор, как я стала руководить Центром паллиативной помощи. Сначала все было настолько плохо, что уже на второй день я поняла, что справлюсь. Просто потому, что хуже не сделаю, значит, точно сделаю лучше.

Пускай сначала и не получится идеального результата, надо просто показать, как может быть. В эту сферу не приходят плохие люди в каноническом смысле этого слова, тут никто не пытался специально сделать плохо пациентам. И если люди

здесь работают, бесконечно моют, кормят беспомощных людей, меняют им памперсы, ухаживают, то это хорошие люди, просто их никто не научил тому, как надо себя вести с такими пациентами. И я очень хорошо помню, что когда пошли первые революционные изменения в паллиативной медицине – круглосуточные посещения для родственников, волонтерская помощь, вывоз пациентов на кровати на прогулку на улицу, персонал не переставал удивляться: а что, правда, так можно? Любить можно?

Нет ничего проще, чем быть начальником по отношению к беспомощному человеку, который не может сам себе почистить зубы, протереть глаза, налить чай. А ведь в такой ситуации может оказаться каждый из нас. И если ты сильный, привык быть лидером, ты в своей семье все тянул, но тебя разбил инсульт и ты неподвижен, то для человека это – катастрофа. Ты не можешь пережить происходящее, потому что ты не только беспомощен, что уже тяжело, но еще твоя личностная

характеристика утеряна – ты привык помогать другим и решать их проблемы, а теперь это невозможно. Теперь тебе свет выключает медсестра, когда ей надо, еду приносят по расписанию, жена приходит в часы посещения, а не когда ты хочешь ее видеть...

Вообще одна из вещей, к которой мне сложно привыкнуть, – то, как все медленно в бюджете. Ты хочешь, чтобы система заработала как можно скорее, но количество изменений, которые можно внедрить в момент времени, очень маленькое. При этом в работе фонда тоже есть свои минусы: у тебя есть свобода, но нет полномочий. Будучи в благотворительной структуре, ты всегда находишься в состоянии просителя. Или в состоянии агрессии и борьбы.

Мы сейчас находимся в редчайшей уникальной ситуации, в России такого больше нет, когда госструктура и некоммерческая организация – благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» – сотрудничают, объединив свои сильные стороны.

5. О первых результатах



Фото: пресс-служба фонда «Вера»

Нам многого удалось добиться. Мы перевели работу службы паллиативной помощи на дому из 5-дневного режима в 7-дневный. Кроме того, круглосуточно на экстренные вызовы выезжает специальная машина. Очевидно, что помощь на дому должна быть так же доступна, как и помощь в стационаре. Почему этого не было сделано раньше? Еще одна вещь, которая требовала очень серьезной работы, в том числе изменения федерального законодательства, – наличие у выездных бригад опиоидных анальгетиков. Этого больше нигде в стране нет. Не потому, что это нельзя и Москва уникальна, а потому, что никто больше не хочет брать на себя ответственность. В части хранения наркотиков закон изменился таким образом, что там теперь написано, что медицинская организация обязана обеспечить не «охрану», а «сохранность» опиоидного анальгетика. То есть чтобы его банально не украли. Если наш сотрудник едет в семью, где у пациента такая форма рака, что возможен болевой синдром, то он может взять обезболивающие препараты с собой. Мы закупили специальные кейсы, в которые можно поместить упаковку с ампулами, и это гарантирует сохранность препаратов.

Нам удалось «открепиться» от аптек. Раньше паллиативный пациент мог получить опиоидный анальгетик только в той аптеке, которая привязана к поликлинике его округа. В результате врач в подборе схемы обезболивания ориентировался не на потребности человека, а на наличие препарата в аптеке. Уход от прикрепления дал право человеку получить препарат в той аптеке, в которой ему это удобно. Так просто, но этого тоже нигде больше нет, ни в одном городе страны.

Нам удалось решить проблему с транспортировкой пациентов. Раньше, если надо было отвезти пациента в хоспис, приходилось вызывать скорую. При этом вставал вопрос: «А кто донесет пациента до машины?» Вызов платной скорой – тоже не решение проблемы. Это как минимум 5400 рублей, далеко не каждый может себе позволить такие расходы. За последние полгода мы сформировали парк из 25 машин, которые оборудованы всем необходимым для транспортировки маломобильных пациентов.

В Центре в круглосуточном режиме работает городской Координационный центр (КЦ) паллиативной медицинской помощи. Туда стекается вся информация из всех учреждений, оказывающих паллиативную помощь, – хосписов, выездной службы, самого Центра, а также отделений паллиативной помощи в многопрофильных больницах и кабинетов паллиативной помощи городских поликлиник. Основная задача КЦ – никого не потерять, поскольку, как показывает опыт, к нам попадают далеко не все, кто нуждается в паллиативной помощи. В Москве только от рака ежегодно умирает 19–21 тыс. человек, а в хосписах получают помощь лишь 6 тыс. Теперь благодаря приказу ДЗМ у нас появилась возможность требовать конкретных данных от медорганизаций о том, кто встал к ним на учет, об изменении статуса пациента и т. д. В КЦ поступает также информация о наличии свободных коек в Центре, хосписах и отделениях многопрофильных больниц.

Главная причина того, что паллиативную помощь получают не все, кто в ней нуждается, заключается в отсутствии осведомленности медиков, с одной стороны, и в отсутствии спроса – с другой. Поэтому так важно делиться информацией. В фонде «Вера» работает горячая линия помощи неизлечимо больным людям (8-800-700-84-36) круглосуточно, бесплатно, для абонентов по всей России, операторы которой рассказывают, где и как можно получить паллиативную помощь в каждом регионе России, помогают решать сложные случаи, а также при необходимости оказывают психологическую поддержку. В Координационном центре также есть круглосуточный бесплатный номер (8-499-940-19-48) для москвичей.

6. О будущем

Недавно к нам в Первый хоспис приезжал мэр Москвы Сергей Собянин, и вместе с представителями благотворительного фонда «Вера» мы обсудили будущее паллиативной помощи в столице. Предстоит масса позитивных изменений. Прежде всего будет структурирована сама система. Паллиативные койки в клиниках должны разделиться на 2 типа – собственно паллиативные и сестринские. Паллиативные, в свою очередь, поделятся на хосписные и паллиативные внутри многопрофильных клиник. Сестринские паллиативные койки также должны подразделиться на 2 типа: общего профиля и психиатрические – для людей, нуждающихся в круглосуточном уходе, но с психиатрическими диагнозами (когнитивными расстройствами, деменцией и т. д.).

Мы обязательно будем развивать пренатальную паллиативную помощь. В ней нуждаются беременные женщины, которые носят ребенка с пороками развития. Для них не нужно создавать ни отдельного роддома, ни тем более хосписа. Но для них совершенно точно нужен врач-акушер, понимающий специфику такой беременности. Он будет работать в теснейшей связке со специалистом по детской паллиативной помощи, и именно к нему в первую очередь будет попадать женщина, у которой на УЗИ выявили тяжелую патологию плода. Тогда в процессе родов к ней будет совершенно иное отношение, как и к ее ребенку, которому не суждено прожить долгую жизнь. В хосписе мы говорим: «Сколько бы ни было времени, его достаточно, чтобы сделать все возможное». И в пренатальной паллиативной помощи мы хотим сделать так, чтобы у женщины было достаточно времени для того, чтобы почувствовать себя любящей мамой самого лучшего и прекрасного малыша.

Необходимо говорить о преемственности в оказании паллиативной помощи. И это не только о передаче пациента из специализированной помощи в паллиативную, это еще о переходе из детского паллиатива во взрослый. Когда ребенок умирает от рака, это происходит относительно быстро, и это прогнозируемо, но это менее 8 % детей, нуждающихся в такой помощи. Остальные – это дети, которые родились с генетическими заболеваниями, пороками развития, и они могут

прожить очень долго, далеко перешагнув через 18-летний рубеж. Если внутри городской системы паллиативной помощи появится бюджетное детское учреждение, тогда мы сможем этого ребенка правильно вести, маршрутизировать. В свою очередь, когда болеет молодой взрослый – человек в возрасте от 16 до 25 лет, это совсем другая история. Таким пациентам одинаково сложно находиться и в хосписе среди пожилых, и в детском хосписе. Они будут интегрированы в систему только тогда, когда мы сможем создать отделение, где им будет комфортно.

Надо налаживать помощь на дому. Мы должны так выстроить эту работу, чтобы люди не были обузой своим родственникам и не ждали, что казенные стены станут их последним домом просто от одиночества. Помощь на дому должна быть достаточно развитой, чтобы этого избегать. Ее объемы надо хотя бы удвоить.

Многое, конечно, сделано, но есть системные вещи, которые надо отрегулировать, и ближайшие несколько лет надо потратить на выстраивание этих процессов. Если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь, – это та правда, которая была мегаактуальна в предыдущие 10 лет работы фонда и 20 лет работы хосписа. Нам всем вместе кажется, что мы уже научили людей (и профессионалов, и общество) этому знанию хотя бы в Москве. Но сейчас мы должны перейти к следующей стадии: доказать людям, что хосписы – это жизнь на всю оставшуюся жизнь. Потому что паллиативная помощь – это право на достойную жизнь до конца. **ММС**

Ирина Степанова



Фото: mos.ru

О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

4–5 июня в Москве состоялась конференция «Перспективные организационные формы оказания медицинской помощи при психических расстройствах», на которой обсудили вопросы доверия населения к психиатрической службе, увеличения ее доступности и многое другое.



По экспертным оценкам, около 30 % населения в течение года переносит те или иные психические расстройства. Главный психиатр Москвы, член Общественной палаты Российской Федерации профессор Георгий Костюк отметил, что какие-то из этих расстройств можно легко перенести на ногах, но некоторые могут привести к серьезным последствиям, если вовремя не обратиться к специалисту.

«Люди не идут к психиатру, они его боятся. К психиатрам попадают только тяжелые пациенты. Те, кто страдает более легкими заболеваниями, оказываются без помощи, – обозначил проблему эксперт. – Людям стыдно признаться, что у них есть какая-то психологическая проблема, с которой они сами не могут справиться. Для мужчин это вообще табу, почти для всех. Также у людей есть опасения, что посещение психиатра может повлечь проблемы. Есть и опасения по поводу того, что, начав принимать какие-то лекарства, он привыкнет и подсядет на эти таблетки».

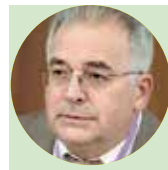
Недоверие к психиатрической службе, негативный ярлык, традиционно закрепленный за психиатрией, – это проблема не только отечественной психиатрии, как утверждает Георгий Костюк, она стоит перед всеми странами: «Поэтому во всем мире при такого рода проблемах основная помощь оказывается в первичном звене – врачами общей практики и специалистами семейной медицины».

Казахстан уже успел реализовать такую схему, следуя общемировому тренду. На конференции об этом рассказал генеральный директор Республиканского научно-практического центра психического здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан Николай Негай. Кстати, в Казахстане эксперты создавали подразделения, которые занимались обучением специалистов, а также приглашали зарубежных специалистов для того, чтобы перенимать лучшие врачебные практики.

При выстраивании системы психиатрической помощи в амбулаторном звене роль врачей общей практики огромна. Они могут провести первичную диагностику состояния пациента, многие проблемы видят на своем уровне и начинают их лечить при наличии должной квалификации. Тем самым они разгружают специализированную сеть.

Очень важно, чтобы амбулаторное звено (в частности, врач общей практики) разбиралось в этих проблемах, правильно маршрутизировало пациента или имело возможность помочь самостоятельно.

В психиатрической службе происходит ряд организационных изменений, которые продиктованы новыми задачами. Среди этих задач – не только изменение негативного имиджа психиатрической службы, но и повышение доступности помощи для людей с тревожно-депрессивными расстройствами, а также фокус на раннее выявление серьезных психических расстройств. Для реализации поставленных задач назрел ряд преобразований в нормативно-правовой базе, обеспечивающей работу психиатрической службы России. В частности, речь идет о внесении изменений в «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» от 2012 года.



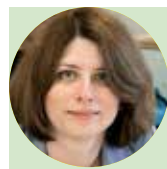
«Мы говорим о некоторой коррекции существующих положений, потому что они несколько устарели и в определенной степени сдерживают возможность оказания психиатрической помощи населению в целом», – пояснил главный внештатный специалист – эксперт по психиатрии Росздравнадзора, председатель правления Российского общества психиатров профессор Николай Незнанов.

Эксперт отметил, что достаточно много людей чувствуют, что у них есть какие-то проблемы с психическим здоровьем, и эти проблемы обычно связаны с излишне стрессовой ситуацией. «Речь идет о тревожных состояниях, о депрессиях, которые своевременно не диагностируются. Речь также идет о пациентах, которые страдают соматическими заболеваниями – стенокардией, ишемической болезнью, гипертонией, заболеваниями желудка, дыхательной системы, при которых очень часто наблюдаются психические расстройства. В диапазоне от 30 до 70 % пациентов с соматическими заболеваниями вторично имеют психические расстройства, и чаще всего они обращаются только к врачам, которые занимаются основным заболеванием, – это терапевты, врачи общей практики, неврологи», – рассказал Николай Незнанов.

По его словам, даже чувствуя симптомы психического расстройства, эти люди опасаются ярлыка душевнобольного, и им было бы проще получать психиатрическую помощь в привычных условиях, обращаясь к тем же врачам, которые лечат и основное заболевание. Профессор отметил, что многое зависит и от общего уров-

ня культуры населения: «К сожалению, у нас он достаточно низкий, и это касается не только психических заболеваний – мы крайне мало заботимся о своем здоровье».

По его словам, люди обращаются к врачу, когда их заболевание становится максимально выраженным, и поэтому отечественная медицина носит скорее неотложный характер – не в силу того, что так построено здравоохранение, а в силу сложившихся в обществе установок. Он призвал людей не стесняться обращаться к психиатрам.



Ольга Анатольевна Карпенко, врач-психиатр, заместитель заведующего учебным центром ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева:

«Не так часто у нас проходят конференции, которые посвящены именно организационным аспектам работы психиатрической службы. В традиционном понимании научно-практическая конференция – это доклады ученых о результатах исследований, реже – практиков, об описании применения ими какой-либо медицинской технологии. При этом вопросы организации работы медицинской службы – это как раз вопросы оптимального воплощения научных идей в практику, оптимизации врачебной практики с учетом актуальной потребности населения, имеющихся в нашем распоряжении медицинских технологий, экономических возможностей, а также

юридического сопровождения всего этого процесса. Эта конференция как раз и была посвящена организационным аспектам психиатрической помощи, обсуждению текущих проблем и имеющихся удачных практик. Традиционно чаще говорится о проблемах, чем об успехах. Но опыт реорганизации психиатрической службы Москвы можно считать одним из примеров удачного использования имеющихся ресурсов.

Пока о значимых для здравоохранения результатах говорить рано: все предпринимаемые меры относятся к долгосрочным инвестициям. Но с точки зрения пользователя психиатрической службы и врачей, которые обеспечивают работу этой службы, перемены уже заметны. Очень значимым явлением было отделение паллиативной помощи, социальных пациентов от остро болеющих. Благодаря этому врачи занимаются своими прямыми обязанностями – лечением острых больных, а не бесконечным оформлением документов так называемых «социальных пациентов». Второй важный аспект – повышение доступности вне стационарных форм помощи. Это мировой тренд, который активно развивается и в Москве, расширяется сеть диспансеров, более равномерно распределяется нагрузка на учреждения. Одно из самых удачных решений – расположение психиатрического диспансера на территории поликлиники. Это решает одновременно несколько проблем – соматическое обследование пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, возможность оказывать помощь пациентам с тревожно-депрессивными расстройствами, которые очень редко попадают в поле зрения психиатра, возможность раннего выявления тяжелых психических расстройств (чаще всего такие пациенты обращаются прежде всего в поликлинику), налаживание контактов между соматической и психиатрической службами, изменение негативного «ярлыка», приставшего к психиатрии.

Интересно, что похожие изменения происходят и в психиатрической службе Казахстана». **IMMC**

Состояние и структура психиатрической службы г. Москвы

| Учреждения | Структурные подразделения | Филиалы |
|--|--|---|
| I. Психиатрические больницы 5258 коек | 1. ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ» – 888 коек Всего 1568 | «Психиатрическая больница № 14» – 560 коек «Поливаново» – 120 коек |
| | 2. ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ» – 850 коек Всего 1270 | ПНД № 1, 2, 10, 13, 15, 18, 23, 24 «Психиатрический стационар им. В. А. Гиляровского» – 420 коек, из них с 01.04.2018 – 67 коек наркологические ПНД № 3, 4, 5, 7, 8, 9, 16, 17, 19 |
| | 3. ГБУЗ «ПБ № 13 ДЗМ» – 720 коек | ПНД № 11, 12, 20 |
| | 4. ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» – 1700 коек (принуд. лечение) | - |
| | 5. ГБУЗ «ПНД № 22 ДЗМ» (Зеленоградский АО) | - |
| II. Научно-практические центры 1470 коек | 1. ГБУЗ «НПЦ психоневрологии им. З. П. Соловьева ДЗМ» – 760 коек | - |
| | 2. ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ» – 710 коек | - |
| III. Сомато-психиатрические отделения 210 коек | 1. ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ» – 24 койки | - |
| | 2. ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» – 40 коек | - |
| | 3. ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ» – 60 коек | - |
| | 4. ГБУЗ «ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ» – 30 коек | - |
| | 5. ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ» – 56 коек | - |
| IV. ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ» – 245 коек | | |
| V. Психоневрологические интернаты Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы | | |
| Итого: 7173 койки (без учета ПНИ) | | |

ПОЛНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГОТОВНОСТЬ

Столичное здравоохранение во всеоружии встретило спортивные мероприятия Чемпионата мира по футболу в России FIFA-2018™. Более 270 врачей прошли обучение приемам сердечно-легочной реанимации с применением дефибрилляторов, а 693 специалиста успешно завершили курсы английского языка. Мы поговорили с теми, кто спасает жизни.



Чтобы обеспечить безопасность болельщиков, с 14 июня по 15 июля авиа-медицинские бригады Центра экстренной медицинской помощи ДЗМ перешли на круглосуточный режим работы. Дежурство врачебной и диспетчерской служб проходит в две смены: с 7:30 до 20:30 и с 20:00 до 8:00.

Сегодня в столице 31 вертолетная площадка, 21 из них расположена в Новой Москве. Центр экстренной медицинской помощи укомплектован тремя авиа-медицинскими бригадами. На базе Боткинской больницы функционируют площадки и диспетчерский пункт для управления полетами.

Санитарная авиация приходит на помощь в условиях плохой транспортной доступности. «При повышенном трафике мегаполиса машине скорой помощи сложно быстро добраться до пункта назначения, – рассказывает фельдшер Центра экстренной медицинской помощи ДЗМ Тимур Лекшенко. – Чтобы выдержать

правило «золотого часа», нужна санитарная авиация. Таким образом, время в пути от Остафьево (поселок в Новой Москве. – Ред.) до ГКБ № 5 составляет 10–11 минут. Вертолет может вывезти двух пострадавших одновременно».

Все медицинские вертолеты укомплектованы новейшим оборудованием: дыхательными системами, инфузионными насосами, дефибрилляторами, автопульсами и другими приборами.

По мнению врачей бригады Центра экстренной медицинской помощи ДЗМ, главным этапом подготовки к ЧМ-2018 стало налаживание взаимодействия со смежными медицинскими структурами.

Специалисты бригады центра экстренной медицинской помощи ДЗМ познакомились с объектами проведения мероприятий, изучили пути эвакуации пострадавших из чаши стадиона, отработали взаимодействие с бригадами скорой помощи. «Сотрудники планомерно проходили обучающие се-

минары, знакомились с коллегами из других организаций для грамотного взаимодействия при проведении ЧМ-2018», – отметил врач центра экстренной медицинской помощи ДЗМ Василий Юданов.

Все площадки в Москве оборудованы ночной светотехникой, позволяющей проводить взлет и посадку даже в ночное время. Здесь специалисты проводят непрерывный анализ погодных условий, в том числе с помощью радиомаяка. «Мы соблюдаем все федеральные авиационные правила (ФАП). Максимальное количество вылетов одной дежурной бригады в сутки не превышает 8», – рассказал диспетчер отдела полетов информационного обслуживания Сергей Кобзев.

Во время вылета на экстренный вызов на борту вертолета могут находиться два пилота, фельдшер скорой помощи и два врача-реаниматолога. «Все члены воздушного судна экипированы согласно ФАП. Для случаев экстренных авиационных

событий в вертолете находятся пожарные баллоны», – пояснил капитан воздушного судна вертолета ВК-117 и К-32 Валерий Бабурин.

Вылеты санитарной авиации на ЧМ-2018 осуществляются вертолетами модели Eurocopter ИСИ-145. По словам капитана судна, это одна из самых маневренных моделей вертолета, позволяющая проводить перелеты в черте города и выполнять множество безопасных посадок.

Конфигурация модели ИСИ-145 является наиболее оптимальной формой. После набора нужной высоты скорость вертолета составляет порядка 250–280 км/ч. Вертолет имеет максимально полезную для врачей и пострадавших площадь фюзеляжа. Примечательна и сама конструкция – на нем установлено 2 двигателя, чтобы в случае отказа одного пилот смог произвести безопасную посадку. **ММС**

Ирина Слободян



РУКА ХИРУРГА И ХУДОЖНИКА

Рука хирурга Александра Шуваева из детской больницы № 9 им. Г. Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы в рабочие часы водит скальпелем, а в свободное время – то кистью, то чернильной ручкой. Каждый день на утренней конференции в больнице врач – уролог-андролог рисует комиксы, которые похожи на философские притчи в картинках.



Кандидат медицинских наук никогда не мечтал стать художником и не учился этому мастерству. Рисует, сколько себя помнит, – привычка с детства. С малых лет, как и все мальчишки, изображал войну. В медицинском институте, на лекциях, – собственные впечатления об услышанном и увиденном. Свою будущую профессию Александр Шуваев выбрал осознанно и на всю жизнь. Кстати, его дед был военным хирургом и погиб на фронте.

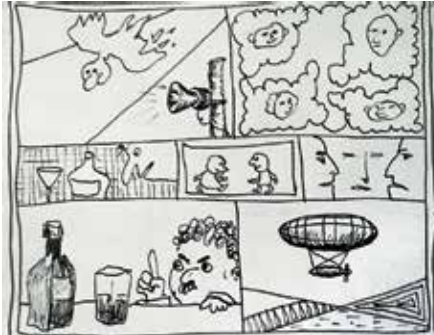
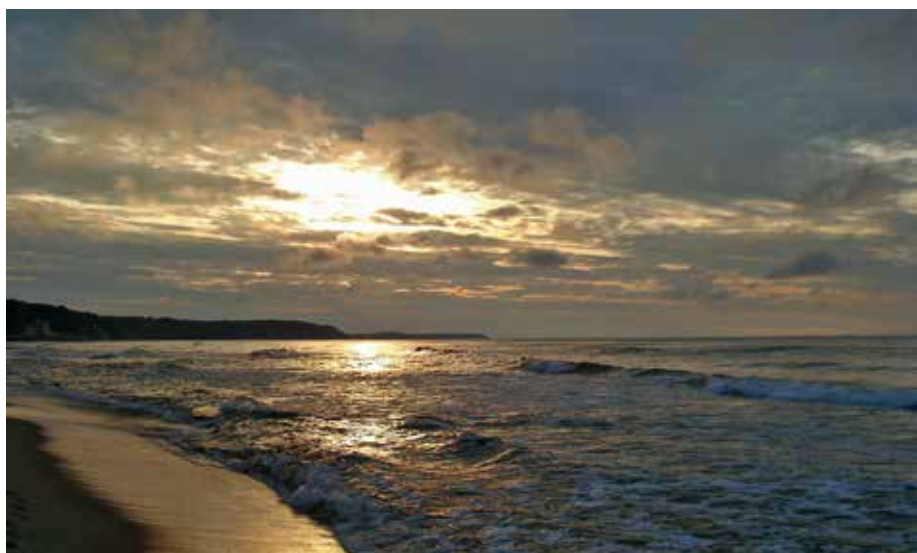
Со второго курса он твердо решил стать хирургом, активно участвовал в кружке детской хирургии, окончил ординатуру по детской хирургии на базе ДКБ № 9. И вот уже более 30 лет Александр работает в детской больнице № 9 им. Г. Н. Сперанского. «Детский хирург – это не просто оператор. Операция – не конечный и не обязательный этап. Ты думаешь, как терапевт, а по скорости принятия решения с нами могут соперничать реаниматологи, – говорит Шуваев. – В первую очередь работает голова: бездумным в нашей профессии делать

нечего, и, конечно, творчество при тебе – все делаешь руками».

Художественная жилка оказалась большим подспорьем в основной работе хирурга. Александр Шуваев все свои выступления, публикации иллюстрирует сам, рисуя схемы сложных операций. Доктор защитил кандидатскую диссертацию «Обоснование дифференцированной тактики оперативного лечения недержания мочи при эписпадии и экстропии мочевого пузыря у детей» и является известным специалистом по этому сложному заболеванию.

Иногда он переключается еще на одно свое хобби – фотосъемку красивых видов природы. На его талантливых фотографиях море волнуется, будто живое, и можно почувствовать запах росы с дубового листика. Лучшие, по его мнению, работы он художественно обрабатывает в специальной программе, и они обретают еще одну яркую жизнь.

Шуваев совершенно не умеет бездельничать – его руки всегда просят работы, говорят коллеги. Однажды он тяжело заболел. Кто-то другой лег бы под одеяло и сокрушался о несовершенстве мира, но все это не о добром детском хирурге. Он взял в руки профессиональную кисточку, мелки и начал писать картины, в которые хочется погрузиться: посидеть под раскидистым деревом или прогуляться у манящей реки, поближе рассмотреть нарисованный уютный дом.



Комиксы – это еще одна история и уже на всю жизнь. Ими разрисованы десятки блокнотов. Александр берет чернильную ручку, и на гладкой белой бумаге рождается целый мир. «Мне нравится, как сводятся линии и образуется сюжет, – признается уролог-андролог. Когда пишешь картину, то отрешаешься от всего. А графические рисунки рука выводит автоматически, тренируется мелкая моторика пальцев. Они помогают сосредоточиться, мозг лучше воспринимает информацию». Вначале Александр слышит слово, а потом его рука создает целую историю. Каждый увидит свое в комиксах мастера: анекдотический случай, будни больницы, будущий мир, населенный удивительными существами, и многое другое. Но был период, когда детский хирург оставил свое любимое дело. В 1999–2001 годах Александр Шуваев выполнял свой профессиональный долг на Северном Кавказе. Не было бумаги и лишнего времени на рисунки: детский хирург лечил детей, помогал раненым, за что получил заслуженные награды – медали «Ветеран боевых действий» и «За спасение погибавших». **ММС**

Лилия Былич

Календарь событий 2018 г.

- 18 июня** Школа «Молочная железа» в рамках «Московской школы акушера-гинеколога»
Цикл обучения состоит из 3 модулей (частей): теоретического, самостоятельного (на рабочем месте без отрыва от производства) и практического.
- с 10:00** Теоретическая часть
Адрес: г. Москва, Севастопольский пр-т, д. 24 «А», подъезд 31 (ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ», малый конференц-зал (7 этаж)).
- с 08:00** Практическая часть
с 14:00 Адрес: филиал 1 – г. Москва, ул. Гончарная, 23; филиал 2 – г. Москва, Верхний Предтеченский пер., 8; филиал 3 – г. Москва, ш. Энтузиастов, 86, корп. 7, этаж 7 (ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ», маммологический центр «Клиника женского здоровья», филиалы 1, 2, 3).
- 19 июня** Семинар «Алкогольная и неалкогольная болезнь печени: современные методы диагностики, лечения и профилактики»
с 10:00 Адрес: г. Москва, ш. Энтузиастов, д. 86, корп. 10, конференц-зал зал ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ».
- 19 июня** Семинар «Новые подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в реальной клинической практике»
с 15:00 Адрес: г. Москва, ул. Крылатские Холмы, д. 3, ГБУЗ «КДЦ № 4 ДЗМ».
- 20 июня** Мастер-класс «Мультидисциплинарные аспекты фармакотерапии полиморбидной патологии: принципы и подходы клинической фармакологии, стратегии выбора лекарственных средств»
с 14:00 Адрес: г. Москва, ул. Яузская, д. 11, корп. 5, конференц-зал ГБУЗ «Городская клиническая больница им. И. В. Давыдовского ДЗМ».
- 20 июня** Научно-практическая конференция: «Научно-обоснованный выбор лекарственной терапии в лечебной практике»
с 14:00 Адрес: г. Москва, ул. Минская, д. 12, корп. 2, конференц-зал ГБУЗ «Центр клинических исследований и оценки медицинских технологий ДЗМ».
- 20 июня** Семинар «Ранняя диагностика онкологических заболеваний»
с 15:00 Адрес: г. Москва, ш. Энтузиастов, д. 86, корп. 10, конференц-зал ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ».
- 21 июня** Семинар «Современные принципы организации системы раннего выявления и лечения злокачественных новообразований молочной железы»
с 15:00 Адрес: г. Москва, ш. Энтузиастов, д. 86, корп. 10, конференц-зал ГБУЗ «МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников,
заместитель мэра Москвы по вопросам
социального развития

Редакционный совет

Амплеева Т. В., Андреева Е. Е., Анциферов М. Б., Арутюнов Г. П.,
Бордин Д. С., Богородская Е. М., Брюн Е. А., Васильева Е. Ю.,
Дубров В. Э., Жилиев Е. В., Зеленский В. А., Колтунов И. Е.,
Конопляников А. Г., Курносоев Т. И., Крюков А. И., Мазус А. И.,
Мантурова Н. Е., Мухтасарова Т. Р., Назарова И. А.,
Никонов Е. Л., Нурмухаметова Е. А., Орджоникидзе З. Г.,
Орехов О. О., Плутницкий А. Н., Погонин А. В., Потеев Н. Н.,
Пушкарь Д. Ю., Хатьков И. Е., Ходырева Л. А., Хубутия М. Ш.,
Шабунин А. В., Шамалов Н. А.

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Заместитель главного редактора

Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов

