

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

Cito

www.nioz.ru

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 5 марта 2018 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 7 (11)



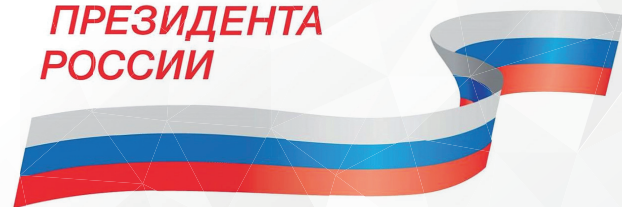
Дому с маяком – В ПОМОЩЬ

Правительство Москвы выделило субсидию в размере 83 млн рублей детскому хоспису «Дом с маяком». Все эти средства пойдут на расходные материалы, работу выездной патронажной службы, а также на частичную оплату труда сотрудников.

>> стр. 2

2018 МАРТА

**ВЫБОРЫ
ПРЕЗИДЕНТА
РОССИИ**



Я БУДУ ГОЛОСОВАТЬ



Андрей Белостоцкий,
директор ГКУ «Дирекция
по координации деятельности
медицинских организаций
ДЗМ»

«Я считаю, что каждый должен проявить свою гражданскую позицию и поддержать призыв пойти на выборы. Я живу в Северном Медведково, наш избирательный участок удобно расположен в ближайшей школе. Мы всей семьей обязательно пойдём на выборы. Кроме того, в этот день в медицинских кабинетах школ будет работать врач общей практики».



**НАШЕ АКТИВНОЕ
ДОЛГОЛЕТИЕ**

Сергей Собянин утвердил пилотный проект, посвященный активному долголетию. Новая масштабная программа столичного правительства направлена на повышение жизненной активности пенсионеров и их самореализацию. Рост продолжительности жизни и повышение качества медицинских услуг постепенно формируют новое отношение к старшему возрасту как к лучшей половине жизни. В рамках проекта будут организованы спортивные, досуговые и развивающие занятия, участие в которых не требует специальной подготовки. Посещать занятия могут все постоянно зарегистрированные в Москве пенсионеры. Заявки на участие принимаются уже с 1 марта 2018 года.

Получить необходимую консультацию можно ежедневно с 08:00 до 20:00 по многоканальному телефону: 8 (495) 221-02-82. **ММС**

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ

**КОНСТАНТИН
КОКУШКИН:
«ОЦЕНКА
МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ –
БУДУЩЕЕ,
КОТОРОЕ
НАЧАЛОСЬ
УЖЕ СЕГОДНЯ»**



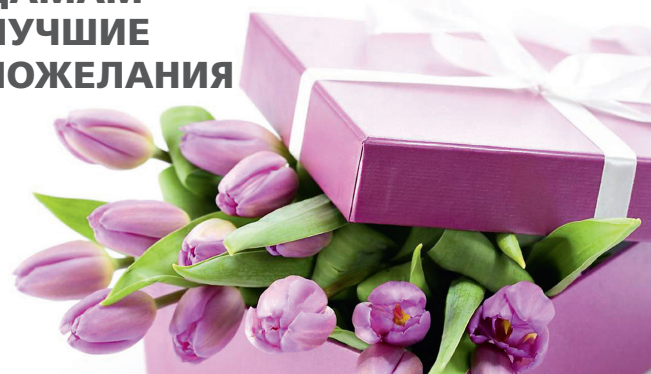
Интервью с экспертом – стр. 3



**ЦЕННОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ
КАЖДАЯ ЖИЗНЬ**

От первого лица – стр. 4-5

**ПРЕКРАСНЫМ
ДАМАМ –
ЛУЧШИЕ
ПОЖЕЛАНИЯ**



С 8 Марта! – стр. 7

>> окончание. Начало на стр. 1

ДОМУ С МАЯКОМ – В ПОМОЩЬ



Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников дал обещание помочь хоспису еще год назад во время социально-правовой конференции, которую организовал фонд помощи хосписам «Вера». Тогда заместитель директора детского хосписа «Дом с маяком» Лида Мониава рассказала о сложностях с финансированием службы паллиативной помощи тяжелобольным детям.

«Развитие системы паллиативной помощи в Москве – один из приоритетов работы московского правительства. За последнее время в этом направлении сделано многое. Бюджетные субсидии хоспису – составляющая совместных усилий Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города, общественных организаций и всех неравнодушных людей», – подчеркнул заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников.

Ежегодный бюджет хосписа составляет более 500 млн рублей, и до сих пор все эти деньги собирали всем миром – неравнодушные к чужому



горю люди скидывались, увидев сюжет по телевизору или прочитав пост в соцсетях.

«Мы долго готовили документы, просчитывали расходы. В итоге нам ни одной копейки не срезали. Наоборот, всячески помогали считать и объясняли, как работает система бюджетного финансирования», – прокомментировала Лида Мониава.

По ее словам, в общей сложности, учитывая именные субсидии от департаментов здравоохранения и социальной защиты, грант от Комитета общественных связей Правительства Москвы и гранты от Президентского фонда, объем государственного

финансирования в детском хосписе в этом году составит около 19 % от всего бюджета. Такие цифры соответствуют международному уровню. К примеру, английские хосписы получают от государства около 20–30 % средств, остальное – это благотворительные пожертвования.

В департаменте здравоохранения отмечают, что эта помощь не является разовой акцией. «Это не эпизод, а проявление общего внимания, и действия московского правительства в данном направлении будут, безусловно, продолжены», – заявил руководитель ДЗМ Алексей Хрипун.

Столь существенную бюджетную субсидию детский хоспис получил впервые. Она не покрывает всех расходов, но для благотворительной организации, которая существует на средства жертвователей, этого и не нужно. «Нельзя переложить паллиативную помощь на государство. Это убьет душевность. Медицина как армия, где есть свои порядки и правила. Паллиативная помощь про другое. Про радость каждый день и полноту жизни каждый день», – отметила директор Московского многопрофильного центра паллиативной помощи ДЗМ Нюта Федермессер, учредитель фонда «Вера». По ее мнению, было бы правильно, если в финансировании хосписной помощи принимали участие и бюджетные деньги, и благотворительные.

Детский хоспис «Дом с маяком» – благотворительное медицинское частное учреждение, которое оказывает паллиативную помощь неизлечимо больным детям в Москве и Московской области. Сегодня под опекой патронажной службы находятся около 500 маленьких пациентов. **ММГ**

ИЗБАВИЛИ ОТ БОЛИ

Сосудистые хирурги ГКБ им. В. В. Вересаева выполнили уникальную «двухэтажную» реконструктивную операцию на сосудах. Мужчина 70 лет поступил в больницу в плановом порядке с жалобами на боли в нижних конечностях. Болевые ощущения в ногах мучили его в течение 2 лет, но в последние 3 месяца состояние ухудшилось. Пациента стали беспокоить боли даже в состоянии покоя.

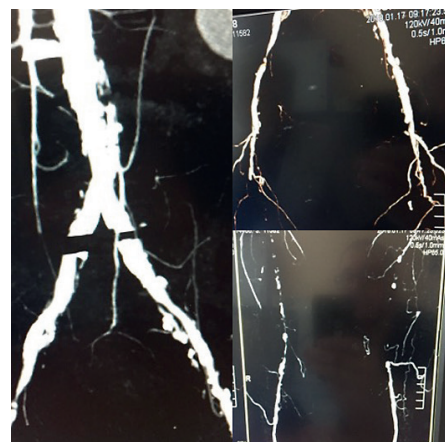
УЗИ артерий нижних конечностей и мультиспиральная компьютерная томография аорты и артерий нижних конечностей показали множественные атеросклеротические поражения сосудов – окклюзии (закупорки)



подвздошных и бедренных артерий с двух сторон.

Проблема могла быть решена путем выполнения трех реконструктивных операций. При этом 3-этапное, то есть раздельное, проведение хирургических вмешательств не могло обеспечить адекватного восстановления кровоснабжения в дистальных отделах конечностей (стопы, пальцы ног). Поэтому было принято решение об одномоментном устранении дефицита кровоснабжения во всех артериальных сегментах конечностей.

Бригада сосудистых хирургов (заведующий отделением сосудистой хирургии ГКБ им. В. В. Вересаева профессор д. м. н. Ф. Ф. Хамитов, к. м. н. О. Г. Гулаев, анестезиолог Д. А. Михайлов и операционная сестра А. А. Андросова) выполнила сложную «двухэтажную» реконструктивную операцию на брюшной аорте и артериях нижних конечностей: аорто-бедренное бифуркационное протезирование из мини-доступа и протезо-подколенное шунтирование обеих нижних конечностей одномоментно. «Такие поражения сосудов в нашей практике встречаются часто, но выполнить оперативное



вмешательство такого объема по медицинским показаниям требуется редко – один-два раза в год. В этот раз сложнейшая объемная операция была выполнена в рекордное время – за 2,5 часа, что снизило риски осложнений для пациента и способствовало более быстрому восстановлению в послеоперационном периоде», – прокомментировал заведующий отделением Феликс Флюрович Хамитов.

После хирургического вмешательства у больного восстановилось кровообращение в ногах и появилась пульсация на стопах. Он избавился от мучительных болей и теперь может ходить. **ММГ**

МНЕНИЕ

Вопросы нефрологической службы



Евгений Михайлович Шилов
Главный внештатный специалист-нефролог Минздрава России, заведующий кафедрой Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова

Существует несколько хронических неинфекционных болезней-убийц. На первом месте, по данным ВОЗ, находится сахарный диабет, затем идут сердечно-сосудистые патологии, легочные патологии и, наконец, онкологические заболевания. Причиной первых двух в первую очередь является неправильный образ жизни. В 2011 году ВОЗ и ООН предложили сделать хроническую болезнь почек (ХБП) кандидатом на пятое место в этом списке. То, что предложение рассматривалось на таком уровне, говорит о глобальном социальном и медицинском значении этого заболевания.

Последние данные, которые подтверждают правильность этого вывода, опубликовал журнал Lancet в 2016 году. Это были данные о росте смертности практически по всем заболеваниям за последние 25 лет. По сахарному диабету рост составил 90 %, а по ХБП – целых 140%!

Российская статистика не указывает почечные заболевания в качестве существенной причины смертности. В статистике Росстата в разделе «причины смертности» есть графа «прочие», а в ней – «болезни мочеполовой системы». На них приходится всего 0,7 %. В эту цифру, помимо нефрологических причин, попадают урологические и акушерско-гинекологические заболевания.

Мы давно говорим о необходимости создания целевой программы по нефрологии – федерального регистра нефрологических больных и изменения документа для Росстата, который бы учитывал фоновое заболевание умершего. Это нужно не только нам, но и диabetологам, эндокринологам.

Наш регистр больных с терминальной почечной недостаточностью – это регистр научной медицинской общественной организации, Российского диализного общества. По последним данным, на конец 2015 года заместительную почечную терапию в России получали 44,1 тыс. человек. Это 301 больной на миллион человек! Цифры растут – в конце 2013 года их было 35,3 тыс., то есть 246 на миллион.

Создание федерального регистра нефрологических больных началось с Москвы, которая в середине 2017 года была выбрана пилотным регионом. Алексей Хрипун, руководитель ДЗМ, давно курирует гемодиализ и активно поддерживает нефрологическое направление лечения в Москве.

Каким путем пошла столица? Биохимический анализ крови выполняют тем, кто попал в группы риска, – диабетикам и гипертоникам. Департамент здравоохранения в обязательном порядке включил в него анализ на уровень креатинина. Лабораторная служба автоматически рассчитывает скорость клубочковой фильтрации. Дальше все данные попадают в ЕГАИС, и врач, по крайней мере в группах риска, сразу видит, на какой стадии ХБП находится пациент. Это же важно и для статистики распространенности ее стадий. Таким образом, в Москве скрининг привязан к естественной диагностике и автоматизирован.

Статистическая информация поступает Олегу Котенко, главному внештатному специалисту-нефрологу ДЗМ. Департамент располагает единой компьютерной сетью и имеет реальное представление о том, какая нефрологическая смертность в городе.

В других регионах ничего подобного пока нет. На совещаниях, которые мы проводим в регионах, мы видим, что многие пытаются сделать региональные регистры, но разнятся как подходы, так и возможности. Нет единой методики. Поэтому и цифры разные получаются. В основном речь идет о 4-й и 5-й стадиях ХБП. О более ранних стадиях пока невозможно говорить. **ММГ**

КОНСТАНТИН КОКУШКИН: «ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ – БУДУЩЕЕ, КОТОРОЕ НАЧАЛОСЬ УЖЕ СЕГОДНЯ»



Центр клинических исследований и оценки медицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы (ЦКИОМТ ДЗМ) был создан 15 января 2016 года. За два года центр превратился в значимую структуру системы столичного здравоохранения. О его целях и задачах рассказал директор Константин Кокушкин.

– В чем разница между методологиями и клиническими протоколами Минздрава России?

– Методологии носят рекомендательный характер, и, когда протоколы будут сделаны, методологии могли бы войти в виде составной части в общий документ. Между нашим институтом и Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России, ответственным за разработку протоколов, существует соглашение о совместной работе. Многие протоколы в настоящий момент находятся в процессе разработки, у нас есть возможность сводить документы в единое целое. Задача центра – описать медицинскую методологию, предложить алгоритм, который может быть использован при данном заболевании, и интегрироваться не только с протоколом, но и с существующими клиническими рекомендациями.

В целом для реализации задач, поставленных перед нашим центром, необходимы специалисты практически всех сфер современного здравоохранения – от экономистов до научных сотрудников, занимающихся фундаментальной медицинской наукой.

– С какими трудностями вам приходится сталкиваться?

– Сейчас в здравоохранении Москвы сложилась в целом благоприятная обстановка. Ресурсы столичной медицины в части медицинского оборудования, врачебного потенциала и лекарственного обеспечения сравнимы с самыми развитыми городами мира. Появляются новые инновационные медицинские технологии, но растет и стоимость этих способов лечения и медикаментов. Основная проблема в том, что нам приходится ежедневно анализировать и структурировать огромное количество информации, которое нарастает как снежный ком.

Нам необходимо найти баланс между ценой и качеством, чтобы добиться максимального результата лечения, затратив при этом оптимальное количество денежных средств, а для этого необходимо разработать универсальную систему критериев оценки эффективности нового метода или препарата. Мы активно

работаем над этим совместно с врачебным и пациентским сообществами страны. Я думаю, что единая и понятная система оценки медицинских технологий будет выработана в течение ближайших 2–3 лет.

– Какими полномочиями обладает ваше учреждение?

– Мы имеем право давать экспертные заключения, выполняем поручения департамента по изучению потребности в лекарственных препаратах, по оценке медицинских технологий, участвуем в разработке инновационных моделей лекарственного обеспечения.

Так, при участии специалистов нашего института проведена предварительная экспертная работа, в результате которой подготовлены и заключены контракты со встречными инвестиционными обязательствами на сумму 14 млрд руб. Эти контракты предусматривают долгосрочные поставки онкологических лекарственных препаратов в обмен на строительство в Москве заводов по их производству. Это позволит нам снизить зависимость от импорта, создать новые рабочие места, получить дополнительные налоговые поступления в бюджет Москвы.

Следующее направление, которое мы активно разрабатываем, – соглашения о разделении рисков «Риск-Шеринг», инновационные модели лекарственного обеспечения, подразумевающие разделение риска между плательщиком и производителем. Заказчик, город Москва, оплачивает лекарство только в случае достижения терапевтического эффекта, то есть действует принцип «не лечит, не плачу». Разумеется, воздействие лекарственного средства зависит от многих факторов, включая физиологические особенности самого больного. Поэтому наша задача – разработать объективные критерии оценки.

– Какие специалисты задействованы в центре?

– У нас работают ученые, профессора, врачи, фармакоэкономисты, математики, которые наряду с этим трудятся в лечебных учреждениях Москвы и знают о проблемах здравоохранения не понаслышке. К работе нашего ученого совета мы привлекаем главных внештатных специалистов департамента здравоохранения и их заместителей. В целом для реализации задач, поставленных перед нашим центром, необходимы специалисты практически всех сфер современного здравоохранения – от экономистов до научных сотрудников, занимающихся фундаментальной медицинской наукой. **ММС**

– Константин Александрович, расскажите об основных направлениях деятельности ЦКИОМТ.

– Если говорить коротко, это научная работа в области оценки медицинских технологий, мониторинг и координация проведения клинических исследований, фармакоэкономические исследования. Для нынешнего этапа развития здравоохранения во всем мире характерно стремительно растущее количество инновационных и, как правило, дорогостоящих медицинских технологий. В этих условиях появляется новая проблема – выбора наиболее оптимального по эффективности и безопасности метода терапии, что и является основной задачей нашего учреждения для решения этой проблемы на уровне города Москвы.

Следующая проблема, которая стоит перед городским здравоохранением – вопросы лекарственного обеспечения. В связи с этим перед нами стоит задача разработать оптимальный алгоритм обеспечения лечебного процесса эффек-

тивными препаратами, сделать процесс максимально экономичным, качественным и доступным, в том числе для инновационных лекарственных препаратов. Также, кроме решения вопросов экономики здравоохранения, мы решаем и сугубо научные проблемы – это может быть как фармакоэкономическая оценка применения того или иного препарата, так и участие в клинических исследованиях.

– В 2017 году в Москве стартовал проект написания и внедрения в повсеместную практику медицинских методологий. В чем он заключается?

– Медицинские методологии – это одно из важнейших направлений нашей деятельности. Основная их задача заключается в выработке единого подхода к лечебному процессу и лекарственному обеспечению. Нами совместно с ведущими клиницистами Москвы и РФ создаются клиничко-диагностические алгоритмы по диагностике и ведению пациентов с разработкой схем научно обоснованного выбора лекарственной терапии с учетом особенности течения и современных возможностей терапии. Далее методологии утверждаются соответствующими документами департамента здравоохранения. На сегодняшний день нами подготовлены пять медицинских методологий для лечения злокачественных заболеваний. Сейчас на их основе создают информационную систему, чтобы затем интегрировать в Единый медицинский информационный продукт, созданный для медицинских организаций Москвы.

Ресурсы столичной медицины в части медицинского оборудования, врачебного потенциала и лекарственного обеспечения сравнимы с самыми развитыми городами мира.

Ценность представляет каждая жизнь



О достижениях Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л. И. Свержевского (НИКИО), об актуальных разработках и о направлениях деятельности рассказывает заместитель директора по научной работе института Наталья Леонидовна Кунельская.

1. Основная задача института

Как вы знаете, наш институт относится к Департаменту здравоохранения Москвы, а Москва – это в первую очередь регион России. Особый, ключевой, центральный, но все-таки регион. А наука в регионе должна иметь не столько фундаментальное, сколько прикладное значение – я в этом глубоко убеждена.

Фундаментальная наука крайне редко может сама себя окупить – а вот прикладная может, а в нашем случае она должна себя окупить. Конечно, не всегда речь идет об экономическом аспекте – все-таки основной профит от нашей работы получают пациенты, которые благодаря нашим ноу-хау испытывают меньше боли, быстрее выздоравливают, сохраняют высокое качество жизни. Однако и город обязательно получает от научных разработок в сфере медицины ощутимую выгоду. Это не в чистом виде экономическая

прибыль – но это всегда полезное, экономное решение, которое при этом делает легче жизнь больных.

Думаю, что главная причина успеха института в том, что нам прежде всего повезло с директором. Андрей Иванович Крюков – не только прекрасный организатор здравоохранения, врач с блестящим клиническим мышлением, он еще и очень творческий человек, человек науки. Это большое счастье, когда руководителю не в новинку курирование научного процесса. Даже тогда, когда внимание департамента к деятельности своих научно-исследовательских институтов было не так велико, Андрей Иванович всегда ставил перед каждым исследователем вопрос: как ваша научная работа выйдет в практику? Что это даст городу? В чем может быть выражена фактическая польза?

2. Новые методики

Разработка новых методик – это трудоемкий процесс, который требует времени. Примерно полгода уходит в среднем на разработку и еще полгода на получение патента. Тем не менее мы работаем достаточно эффективно: за 2017 год запатентовали 15 разработок.

В процессе разработки того или иного метода лечения наши сотрудники с ювелирной точностью выверяют весь процесс: как проводить манипуляцию, чтобы не травмировать органы, минимизировать риски. Проводится множество экспериментальных операций на тренажерах, моделях и только потом на пациентах.

И, конечно, ни одна разработка не будет считаться введенной в практику, если не будет налажено производство необходимого медицинского оборудования. Особенно это актуально, если само оборудование является изобретением. Мы тесно сотрудничаем с заводом «Медсила» в Мытищах: здесь наши разработки воплощаются в жизнь, запускается производство, которое затем ставится на поток. В результате разработанные нами изделия медицинского назначения производятся в России в достаточном количестве, чтобы ими пользовались врачи во всех московских больницах.

Прежде всего хочется рассказать о наших технологических разработках. Первая – функциональный тимпанальный шунт, приспособление, которое оказывается очень эффективным при лечении стойкой дисфункции слуховой трубы. Это приобретенное заболевание может развиваться, например, вследствие хронического воспалительного процесса в полости носа, околоносовых пазух и носоглотке; а эта патология в свою очередь приводит к развитию острого и хронического гнойного среднего отита, рецидивирующего экссудативного отита и т.д. Эффективной мерой против этого заболевания является шунтирование барабанной полости: силиконовый шунт диаметром не больше 2 мм, снабженный клапаном, вставляется в барабанную перепонку. Когда давление в среднем ухе меняется, шунт открывается и нормализует давление. Затем, когда давление нормализуется, клапан закрывается.

Еще один метод, который мы широко используем для улучшения функции слуховой трубы, – баллонная дилатация. Баллон вставляется в слуховую трубу в сомкнутом состоянии, затем постепенно раскрывается, расширяя трубу. Здесь уточним: сам метод придуман не нами, но наша задача – установить четкие показания для применения именно этого метода, выбрать оптимальных методов диагностики. После целого ряда исследований мы выяснили, что показанием к баллонной дилатации слу-

ховой трубы помимо клиники являются результаты широкополосной тимпанометрии с тимпанометрическими тестами ETF (Eustachian Tube Function), а также специально разработанная нами совместно с рентгенологами методика функциональной мультиспиральной компьютерной томографии слуховой трубы.

Отдельного внимания заслуживают пациенты с рубцовым стенозом гортани и трахеи. Стеноз возникает после травм, или если человек долгое время находился на аппарате ИВЛ. Интубационная трубка оказывает давление на слизистую оболочку гортани и трахеи, вызывает воспаление, результатом которого является рубцовая деформация просвета гортани и трахеи, и как итог – больной не может свободно дышать через естественные дыхательные пути. Такому больному накладывают трахеостому, и он становится хроническим канюленосителем, то есть инвалидом. Это категория очень тяжелых пациентов, помогать которым способна далеко не каждая медицинская организация. Еще недавно, для того чтобы деканюлировать этих пациентов (удалить трахеостомическую трубку) и дать им возможность дышать через естественные дыхательные пути, мы проводили им множество операций, годы уходили на реабилитацию этого контингента больных. Кроме всего прочего, лечение такого пациента стоило городу больших денег.

В последние годы мы стали в нашем институте использовать метод баллонной дилатации гортани и трахеи, чтобы помочь этим пациентам. При этом необходимо, чтобы метод использовался строго по показаниям, которые мы устанавливаем на основании анализа клинических данных, а также результатов мультиспирального КТ-исследования гортани и трахеи с 3-D-моделированием (построение трехмерных реконструкций хрящевого каркаса гортани) и виртуальной ларинготрахеоскопии, эндофибробронхоскопии с фотодокументированием. При точном соблюдении разработанных нами рекомендаций удается добиться следующих результатов:

- облегчения болевого синдрома и состояния больного в послеоперационном периоде;
- значительное сокращение сроков лечения пациента в стационаре (а значит государство затратит меньше средств на лечение пациента);
- быстрой реабилитации пациента (уже через 3-6 месяцев он может дышать самостоятельно);
- отсутствия косметического дефекта: никаких разрезов на шее и косметических операций, чтобы избавиться от рубцов.

Не менее сложные пациенты – с диагнозом «двусторонний паралич гортани». Они тоже не могут дышать самостоятельно, так как во время вдоха гортань не может раскрыться. Нами разработаны показания и методика эндоскопической ларингопластики для этих больных.

Каждый ЛОР-врач знает, что самые распространенные заболевания в лор-практике – многочисленные и разнообразные патологии носа, околоносовых пазух и глотки. Это посттравматические повреждения, затрудняющие носовое дыхание; различные формы острого и хронического синусита, ринита, заболевания глотки, хронический тонзиллит и многие другие. Значительная часть этих заболеваний подлежит хирургическому лечению. В нашей компетенции – разработка максимально щадящих операций; но при любой операции в полости носа пациент теряет много крови. Вставлять и вынимать марлевые тампоны в послеоперационном периоде – гораздо болезненнее, чем пережить саму операцию, которая проводится под наркозом. Кроме того, вынимая тампон и удаляя засохшие сгустки, мы неизбежно травмируем ткани, замедляем процесс заживления, причиняем боль больному.

Чтобы облегчить послеоперационный период, мы разработали и наладили производство секционных гидротампонов, носоглоточных гидротампонов и баллонов для тампонады околоносовых пазух.



3. Лазерная хирургия

Сейчас во всем мире основная тенденция современной микрохирургии уха – высокотехнологичные слухоулучшающие операции. Конечно, здесь без лазерной хирургии не обойтись: лазерные операции дают меньше осложнений и больше эффекта. Даже самые высокие технологии не могут гарантировать стопроцентной безопасности – но в наших силах свести риски к минимуму.

Надо понимать, что хирургических лазеров существует великое множество, и каждая методика должна иметь свои показания. Это одно из приоритетных направлений работы нашего института.

Мы разработали уникальную операцию с использованием лазерного излучения при болезни Меньера – селективная лазеродеструкция лабиринта. Болезнь Меньера – это заболевание внутреннего уха, которое проявляется приступами выраженного вращательного головокружения, сопровождающегося тошнотой и рвотой, также большого беспокойства снижение слуха и шум в ухе. Иногда единственным способом облегчить жизнь пациента являются операции по разрушению ушного лабиринта. При этом пациент теряет слух с одной стороны, но избавляется от мучительных головокружений.

Селективная лазеродеструкция лабиринта позволяет разрушить только вестибулярные рецепторы, более того – эта опе-

рация позволяет добиться стабилизации слуха в больном ухе.

Кроме того, мы активно развиваем новые технологии при тимпанопластике с применением лазера. Эти операции мы используем у больных при «замуровывании» подножной пластинки стремени в овальном окне ушного лабиринта. В результате звуковые волны не доходят до слухового анализатора. При помощи лазера можно сделать в подножной пластинке стремени отверстие и быстро, эффективно установить протез стремени, который позволит звуку добраться до слухового рецептора.

Лазерные технологии, разрабатываемые в нашем институте, позволяют:

- сократить время операции;
- минимизировать осложнения;
- добиться хорошего эффекта при минимальных вмешательствах в организм.

Во всем мире ученые сражаются за каждые пять минут, на которые можно сократить операцию. Причиной тому – негативное воздействие наркоза на организм: чем меньше времени человек проведет под наркозом, тем меньше риски. К тому же в бюджете любой операции наркоз – важная статья расхода.

Например, мы разработали новые методики лазерной тонзиллоэктоми и аденоэктоми (эти операции хотя и достаточно просты, но также делаются под наркозом).



Благодаря нашим разработкам, лазерная технология позволяет:

- сократить время операции с 30–40 минут до 15–20 минут, избавить пациента от длительного наркоза;
- в 17 раз минимизировать кровотечение;
- добиться более безболезненного зажив-

ления, нивелировать опасность поздних постоперационных кровотечений;

- сократить срок пребывания пациента в стационаре. После классической тонзиллоэктоми мы выписывали больного на пятые сутки, после лазерной – на вторые-третьи сутки.

4. Ноу-хау НИКИО им. Свержевского

Есть разработка, которая позволяет очень эффективно справляться с отосклерозом. Это врожденное заболевание, которым, по некоторым данным, страдает около 2% населения земного шара. Суть заболевания такая: некоторые участки костного ушного лабиринта замещаются отоспонгиозной костью, которая потом склерозирована. Чаще всего этот процесс развивается в области овального окна лабиринта, в котором находится подножная пластинка стремени – она неизбежно оказывается «замурована».

Так вот, в случае с отосклерозом есть одна серьезная проблема: определить, в какой момент проводить операцию по установке протеза. Если отоспонгиозная кость неплотная, оперировать больного не показано: костная ткань будет разрастаться, и протез через некоторое время будет тоже замурован. Возникает риск повторной операции.

У нас в НИКИО им. Свержевского был разработан комплекс реабилитации для людей с отосклерозом, включающий подробную диагностику. Теперь не нужно определять правильное время операции «по наитию» – используя КТ височных костей с денситометрией мы можем точно определить необходимость и длительность использования инактивирующей терапии, способствующей переходу отосклеротического процесса из активного (незрелая, отоспонгиозная фаза) в неактивный (зрелая, склеротическая фаза), когда отоспонгиозная кость будет достаточно твердой, чтобы провести единственную, своевременную операцию.

И вот наконец-то о нашем ноу-хау. Протезы для больных отосклерозом изготавливают из разных материалов – титана, тefлона, платины, золота. Мы разработали протез из аутокани, точнее из хряща ушной раковины. Удивительно то, что

именно такие протезы дают наилучший результат: слух восстанавливается быстрее.

Кроме того, группа заболеваний вестибулярного аппарата тоже в нашем поле зрения, и здесь тоже есть место прикладным научным разработкам. Не так давно все заболевания, сопровождающиеся головокружением и нарушением слуха, квалифицировались как болезнь Миньера. Однако слуховые и вестибулярные нарушения могут возникать и возникают вследствие множества причин. Для того, чтобы эффективно лечить этих пациентов, необходимо правильно диагностировать заболевание, в результате которого возникло кохлеовестибулярное нарушение. Мы уже давно проводим диагностические исследования, позволяющие объективно установить уровень и характер поражения слухового и вестибулярного анализаторов. Это вестибулярные тесты

с видеонистагмографией, регистрация различных классов вызванных слуховых и вестибулярных потенциалов, электрокохлеография, регистрация различных классов отоакустической эмиссии и др. Накопленные результаты исследований позволили нам впервые в России диагностировать и успешно вылечивать синдром Минора – синдром дегисценции (отверстия) верхнего полукружного канала ушного лабиринта. В нашем институте мы разработали диагностический алгоритм для выявления этого заболевания и хирургическую методику, позволяющую пломбировать отверстие.

Еще одно заболевание – нейроваскулярный конфликт 8-го нерва. Оно связано с анатомической особенностью: расположением сосуда слишком близко к слуховому нерву, что приводит к появлению шума в ушах, головокружению, снижению слуха.

5. Образовательная деятельность

Образование – это наш конек. За 2017 год мы провели 4 крупных мастер-класса, посвященных нашим новым разработкам в области диагностики и хирургического лечения заболеваний верхних дыхательных путей и уха; организовали и провели Московскую научно-практическую конференцию, Российский конгресс по оториноларингологии, 3 лекционные сессии, 3 научных сессии, 5 симпозиумов; кроме того, мы постоянно занимаемся обучением ординаторов и аспирантов, а также ведем Школу практического ЛОР-врача.

Раз в месяц сотрудники нашего института читают открытые лекции для врачей-оториноларингологов, причем работающих не только в стационарах, но и в амбулаторных клиниках. Совместно с Боткинской больницей в 2017 году мы провели цикл занятий по эндоскопической диагностике заболеваний верхних дыха-

тельных путей. На наших мастер-классах врачи могут потренироваться проводить операции на среднем ухе при помощи современной симуляционной техники.

Чтобы следить за разработками нашего научного института и принимать участие в образовательных программах, достаточно следить за новостями на официальном сайте НИКИО им. Свержевского. Нам приятно, что работа института привлекает внимание коллег, и всегда рады поделиться опытом.

Наступает момент, когда пора опробовать методику на живом человеке. Поскольку мы – научный институт, для наших пациентов участие в подобных операциях вполне естественно. К тому моменту, как мы начинаем планировать внедрение нового метода, он бывает множество раз опробован на моделях и в анатомическом театре. Все риски просчитаны

и минимизированы, поэтому, как правило, даже первые экспериментальные операции проходят удачно для пациентов. Естественно, перед операцией больной подписывает согласие на то, чтобы его лечили всеми возможными методами – и, к счастью, нам хватает компетенции, чтобы оправдать его ожидания.

Часто ли нам приходится «браковать» инновационные идеи? За последние годы нам не приходилось этого делать: не дается ход только таким разработкам, которые уже были успешно проведены в России или где-то еще в мире. Бесперспективных идей наши коллеги никогда не высказывают, ведь они – асы в своем деле, блестяще осведомлены обо всех последних тенденциях в нашей науке.

Время от времени бывает, что в ходе исследования научная гипотеза не подтверждается – но это для нас тоже резуль-

тат, и очень важный. Вообще, отрицательный результат плох для диссертации, но это лучший ответ для науки.

Каждая новая технология порой решает узкую проблему, помогает небольшому числу пациентов. Возможно, таких больных немного, но нужно осознавать, что за каждым случаем, даже единичным, стоит судьба пациента. Представьте себе, что человек с тяжелым заболеванием вестибулярного аппарата не мог встать с постели, утратил радость жизни, потерял работу, а потом инновационная операция позволила ему все это вернуть, улучшить качество жизни и все начать сначала. Какая разница, сколько таких людей – трое или три тысячи? Ценность представляет каждая жизнь и судьба пациента. **ММС**

Записала Александра Чканикова

ЭКЗОСКЕЛЕТ КАК НОВОЕ СЛОВО В РЕАБИЛИТАЦИИ



Проблема оказания помощи больным с церебральным инсультом является очень актуальной на современном этапе развития реабилитации вследствие высокой заболеваемости патологией, приводящей к инвалидизации населения.



Устойчивая картина нарушения двигательной функции, сопровождающая центральные парезы (спастичность, контрактуры, болевой синдром), в том числе и поза Вернике – Манна, формируется, как правило, к 3–4-й неделе заболевания, что и определяет необходимость раннего применения методов лечения, препятствующих их развитию. Целью исследования являлась оценка эффективности проведения реабилитации в раннем восстановительном периоде больным с инсультом головного и спинного мозга с помощью экзоскелета.

В исследование были включены 8 больных (6 мужчин и 2 женщины) в возрасте 55–67 лет с наличием полушарной локализации очага поражения и спинального очага в бассейне артерии Адамкевича и геморрагической этио-

логии, верифицированной при помощи компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга. У всех больных наблюдался гемипарез до 2 баллов по 5-балльной шкале оценки мышечной силы, у двух пациентов – гемиплегия, а у одной пациентки – нижняя параплегия. Индекс по шкале мобильной активности Ривермид составлял не более 4 баллов. Реабилитация проводилась на терапевтических койках многопрофильного стационара ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ».

Реабилитация осуществлялась специалистами реабилитационного подразделения: неврологом, врачом ЛФК, врачом-физиотерапевтом, инструктором ЛФК, массажистом. Задачами раннего восстановительного лечения являются ранняя вертикализация пациента с сохранением опорных функций, формирование правильного стереотипа ходьбы и улучшение качества жизни, предупреждение или снижение инвалидизации населения, адаптация пациентов к условиям жизни после перенесенного инсульта. С пациентами проведено от 6 до 10 занятий в экзоскелете, начиная с шагов на месте и заканчивая ходьбой в течение 10 мин.

Во время исследования пациентам проводилось традиционное лечение (сосудистая терапия, средства ЛФК, физиотерапия, массаж). Эффективность работы оценивалась по интегральным шкалам: оценка мышечного тонуса по пятибалльной шкале, оценка мышечного тонуса по шкале Эшворта, шкале повседневной жизнедеятельности Бартела и индексу мобильности Ривермид. Исходно у обследованных больных оценка по шкале Бартела – 20,5; индекс мобильности Ривермид – 3,2; мышечная сила по пятибалльной шкале – 2,5; мышечный тонус по шкале Эшворта – 1,8.

Из пролеченных пациентов можно выделить троих. Первый пациент в возрасте

Первый медицинский экзоскелет на пневматическом приводе для нижней части тела был создан в 1969 г. в институте Михаила Пупина в Белграде.



57 лет перенес ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии и прошел полуторамесячный непрерывный курс лечения, включая реабилитацию с использованием экзоскелета и традиционные методики реабилитации. Проведено 10 занятий в экзоскелете, начиная с шагов на месте и заканчивая ходьбой в течение 10 мин., после чего пациент начал самостоятельно передвигаться с помощью ходунков. Второй пациент, 55 лет, перенес нетравматическое кровоизлияние в глубокие отделы левого полушария головного мозга с правосторонней гемиплегией. После стабилизации гемодинамических показателей через 3 недели, наряду с традиционными методиками реабилитации, прошел 6 занятий на экзоскелете и выписан самостоятельно передвигающимся с помощью ходунков. Особого внимания заслуживает случай с 65-летней пациенткой, перенесшей 27 июля 2017 г. операцию дискэктомии с передним спондилодезом с установкой титанового полого импланта контейнерного типа позвоночных дисков L4–L5, L5–S1. Через две недели у пациентки развились острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в вертебробазиллярном бассейне и нарушение спинального кровообращения в бассейне артерии Адамкевича с развитием нижней параплегии. Проведенная стандартная программа реабилитации была дополнена четырьмя занятиями в экзоскелете, после которых начала передвигаться с помощью ходунков на 40-е сутки после инсульта. На момент выписки, 18–24-е сутки нахождения в стационаре, отмечена существенная динамика функционального состояния: по шкале Бартела – 35,5; индексу мобильности Ривермид – 5,5; мышечная сила по пятибалльной шкале – 3,8; мышечный тонус по шкале Эшворта – 0,8. Все пациенты начали передвигаться с помощью ходунков.

Врачи больницы сделали вывод, что примененный впервые в Москве и РФ метод лечения больных с инсультом в раннем восстановительном периоде (экзоскелет), наряду с другими методами реабилитации, существенно увеличивает эффективность реабилитации пациентов с различными заболеваниями. **ММС**

Владимир Онофрийчук



Прекрасным дамам – лучшие пожелания

Ежегодно 8 марта во всем мире отмечается Международный женский день. В преддверии этой праздничной даты мы собрали самые душевные поздравления и яркие пожелания от сильной половины московского медицинского сообщества.



обаянием, при этом оставаясь хранительницами домашнего очага.

Желаем вам быть всегда здоровыми, пребывать в гармонии с окружающим миром, любви, благополучия и хорошего настроения! А мы приложим все усилия, чтобы реализовать эти пожелания.



Шапкин Николай Михайлович, заместитель главного врача по медицинской части ГKB №29

Милые женщины, дорогие коллеги!

От лица нашей больницы и от себя лично поздравляю вас с первым весенним праздником – 8 Марта! Это праздник красоты и очарования, которые олицетворяете вы. Вы дарите нам согласие, добро и любовь. Невозможно представить себе профессию врача без волшебных улыбок, заботливых рук и небезразличных женских сердец. Мы часто не замечаем, сколько прекрасных, умных, добросовестных, самоотверженных женщин работают среди нас. В нашей больнице большинство – представительницы прекрасного пола, которые ежедневно достойно, на высоком профессиональном уровне выполняют нелегкую, очень важную и нужную работу, направленную на сохранение здоровья граждан нашего города.

Дорогие женщины, спасибо вам за трудолюбие и поддержку, понимание и мудрость, за великую способность делать мир добрее и благороднее. Пусть меньше будет в вашей жизни тревог и огорчений. Весеннего вам настроения, любви и благополучия!



Марат Адессович Магомедов, заместитель главного врача по анестезиологии и реаниматологии ГKB №1 им. Н. И. Пирогова

От имени мужчин нашей больницы сердечно поздравляю всех женщин – врачей, сестричек, санитарок, всех сотрудников параклинических служб с весенним праздником 8 Марта – Международным женским днем! Желаю всем вам любви и счастья, благополучия и успехов в работе! Пусть в вашей жизни будет больше цветов и солнца! А мы, мужчины, постараемся сделать ее краше.



Заур Султанович Шогенов, заведующий отделением анестезиологии и реанимации для больных кардиологического профиля

ГKB им. В. В. Вересаева, главный кардиолог САО г. Москвы

Дорогие женщины! От всей души поздравляю вас с праздником весны, любви и

женственности! Пусть ваши близкие, друзья и коллеги радуют вас нежными цветами, приятными подарками и теплыми пожеланиями.

Любите этот мир и берегите свой семейный очаг! Пусть ваши пылающие сердца наполнятся радостью от искренних пожеланий и самых теплых поздравлений. Желаю вам, чтобы каждый новый день приносил яркие и необычные впечатления, которые, как бусинки, вы могли бы сложить в драгоценное ожерелье вашей жизни.

Здоровья вам, наши дорогие! Как доктор, знающий толк в сердечных делах, желаю вам, чтобы сердце работало без сбоев, а мы для этого сделаем все возможное.



Вадим Анатольевич Доронин, заведующий гематологическим отделением ГKB №40

Есть в обществе идея о том, что гендерные праздники всем надоели. Некоторые даже открыто высказываются, мол, каждый год одно и то же. Но поверьте, такому дню, как 8 Марта, рады все, и для этого есть веские причины. Во-первых, весна. Солнце, веточки, коты – вот это все. Во-вторых, женщины. Тут даже объяснить ничего не нужно. Все знают важность женщин в жизни каждого человека. Кто нас родил? Кто взрастил? Кто кормил? Кто любовь дарил? Кто обогрел? Кто стимулировал на подвиги и достижения? Кто хвалил и благодарил? Невозможно поверить, что эти вещи не значимы для тех, кто не желает праздновать Международный женский день. Вдобавок этот день символизирует безграничные возможности не только для женщин, но и для мужчин, и вот почему. Раньше женщины были хозяйками только дома. Теперь они выполняют сложнейшую работу, то есть сделали жизнь мужчин легче. А роль женщин в медицине невозможно описать парой фраз. Дорогие женщины-медики, вы делаете здравоохранение одновременно нежнее и сильнее. Спасибо вам за жизнь, счастье, мир и красоту!



Владимир Валерьевич Маренков, заведующий перинатальным центром ГKB имени С. С. Юдина

Дорогие коллеги, наши чудесные и чудные женщины, от чистого сердца поздравляю вас с 8 Марта, светлым весенним праздником. Желаю вам каждый день встречать с вдохновением, посвящать его любимому занятию и дорогим людям. Пусть каждая неделя, каждый день будут полны приятных событий. Весеннего настроения и солнечной улыбки!



Владимир Александрович Терещенко, заведующий диагностическим отделением ГБУЗ ГП №220 ДЗМ

В нашей нелегкой специальности наравне с мужчинами работают женщины. На их хрупкие плечи ложится тяжкий груз. Ведь чаще всего, заходя в поликлинику, мы видим лица медицинских сестер, администраторов, которые в большинстве своем все женщины. Коллеги, дорогие, с женским днем, пусть будет вдохновение и радость в нем, успех придет, здоровье и большое счастье, пусть будет каждый день всегда удачным. Любви, добра, прекрасных настроений, улыбок и весенних поздравлений. Я очень хочу пожелать своему женскому коллективу ГП №220 меньше печали и больше добрых и приятных моментов. А мы, мужчины, вам в этом поможем!



Ваха Шадиев, заведующий филиалом №1 ГБУЗ «Городская поликлиника №69 ДЗМ»

От всей души поздравляю представительниц прекрасного пола с замечательным весенним праздником – Международным женским днем 8 Марта! Думаю, что со мной согласятся все мужчины, если я скажу, что только наши дорогие женщины способны соединить в себе нежность и настойчивость, мудрость и вечную молодость. Только у наших женщин достаточно сил, чтобы делать карьеру, быть прекрасными женами, мамами и бабушками, наполняя уютом домашний очаг, окружать заботой и вниманием родных и близких.

Мне очень приятно, что в системе столичного здравоохранения трудятся женщины, которые являются не только прекрасными специалистами, но и умело руководят лечебно-профилактическими и научными учреждениями, занимают активную жизненную позицию, представляют интересы москвичей как депутаты всех уровней, делают все, чтобы система здравоохранения Москвы отвечала мировым стандартам.

В этот прекрасный весенний день хочу пожелать дорогим нашим женщинам крепкого здоровья, большого личного счастья, успехов в работе и в общественной деятельности. Мы вас очень ценим и уважаем! **ММС**



Валерий Иванович Вечорко, главный врач ГKB №15 им. О. М. Филатова

Дорогие женщины! 8 Марта давно стало символом весны, обновления, перемен к лучшему. Этот замечательный весенний праздник согреет душевным теплом и особыми светлыми чувствами.

Хочется выразить восхищение женщинами, любовь и забота которых не знают границ, а красота и доброта дают мужчинам силы для свершения новых подвигов и побед.

Работать в столичном здравоохранении, когда медицина стремительно меняется, интересно и ответственно. Мы гордимся нашими прекрасными коллегами, которые являются для нас примером профессионализма, добросовестности, трудолюбия и высокой ответственности.

Желаю отличного настроения, тепла, восторга, комплиментов. Будьте любимыми, красивыми и желанными!



Георгий Геннадьевич Мелконян, главный врач ГБУЗ ГKB №4 ДЗМ

Дорогие и любимые женщины!

От всей мужской половины нашего дружного коллектива ГKB №4 искренне поздравляю вас с прекрасным весенним праздником! В этот день хочется признаться вам в своей любви и выразить благодарность мамам, женам, дочерям, коллегам за то, что всегда согреваете нас своим душевным теплом и лаской, делаете наши дни яркими и позитивными!

Мы восхищаемся вашим умением сочетать работу и профессиональные достижения с удивительной женственностью и

ДОКТОР ПО ПРИЗВАНИЮ

Оба Кобзева, отец и сын Сергей Дмитриевич и Дмитрий Сергеевич, – врачи-онкологи в ГКБ № 40. Старший, Сергей Дмитриевич, заведует отделением онкоурологии. А его сын, Дмитрий Сергеевич оперирует в этом же отделении.



выпускные экзамены с вступительными в Первый МГМУ им. Сеченова. В студенческие годы он был старостой кружка по урологии, на волонтерской основе дежурил в качестве врача-уролога в городской больнице, желая набрать опыта и знаний. Но и сейчас, имея достаточно большой опыт в урологии, он не останавливается на достигнутом, а постоянно повышает квалификацию и осваивает новые методики и технологии.

Отделение для лечения опухолевых заболеваний мочеполовой системы было создано в больнице в 1990 году. С самого начала возглавлял и развивал его Сергей Дмитриевич, талантливый клиницист, блестящий хирург и прекрасный организатор. Он не только построил с нуля клиническое подразделение, но и подготовил множество учеников, продолжающих его дело, среди которых и его сын.

Доктор Кобзев-старший мечтал быть врачом с раннего детства. Будучи студентом Московского медицинского института имени И. М. Сеченова, он увлекся урологией. После прохождения ординатуры в 1980 году Сергея Дмитриевича пригласили работать врачом-хирургом в урологическое отделение Всесоюзного онкологического центра АМН СССР. Это предложение определило его дальнейшую врачебную судьбу. В этом же году родился его сын, который, как и его отец, тоже был уверен в выборе профессии с самого детства. Доктор Кобзев-младший побывал у отца в операционной уже в 12 лет (а впервые попросился туда лет в 10) и школу выбрал особенную, чтобы совместить

Работа в отделении онкоурологии насыщенная. Из лечебного процесса врачи не выключаются ни на выходных, ни в отпуске. Династия Кобзевых вместе и оперирует, и занимается научной работой. Дмитрий Сергеевич говорит, что силы черпаются из того, что работа любимая: «Поэтому делается все с радостью. Врачом нужно становиться только по призванию».

Жена доктора Кобзева-младшего заведует криобанком ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, а ее бабушка была старшей медсестрой детской поликлиники. Кажется, династия Кобзевых собирается продолжиться: старший сын Дмитрия Сергеевича тоже решил связать жизнь с медициной. **ММС**



календарь событий

6 марта
2018 г.
с 15:00
до 19:00

Семинар «Современное управление сахарным диабетом».

В целях дальнейшего совершенствования оказания специализированной медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями и повышения квалификации врачей-терапевтов, врачей общей практики и врачей-эндокринологов медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы продолжится работа постоянно действующих семинаров по эндокринологии. Адрес: бизнес-центр «Атмосфера», 3-й этаж, конференц-зал «Диалог» (ул. Суцеская, д. 25, стр. 1).

6 марта
2018 г.
с 10:00
до 13:00

День открытых дверей – бесплатный консультативный приём врача-гинеколога

Заведующим гинекологическим отделением, врачом высшей квалификационной категории Накрыжской М.Г. и врачом гинекологом КДО Чумаковой Аллой Владимировной проводится консультация, осмотр, диагностика с проведением УЗИ молочных желез по выявлению гинекологических заболеваний у женщин. УЗИ проводит заведующий отделением Врач ультразвуковой диагностики высшей квалификационной категории Ирина Леонова.

Телефон регистратуры консультативно-диагностического отделения для записи – (499) 638-30-17
Адрес: ул. Волынская, д. 7.

6 марта
2018 г.
с 15:00
до 19:00

Научно-практическая конференция «Врач и пациент: вместе к эффективному и безопасному управлению сахарным диабетом»

Мероприятие проводится в целях дальнейшего совершенствования оказания специализированной медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями, повышения квалификации врачей-терапевтов, врачей общей практики и врачей-эндокринологов медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы. Адрес: ул. Новый Арбат, 36/9.

7-8 марта
2018 г.

Акция ДЗМ, приуроченная к Всемирному Дню почки. Проводится в целях информирования населения о возможных способах профилактики и диагностики почечных заболеваний, а также популяризация здорового образа жизни и физической активности. Здоровые почки – залог здоровой и долгой жизни. Подробности и адреса – на сайте ДЗМ.

План образовательных мероприятий главных внештатных специалистов ДЗМ на 2018 г. можно найти на сайте НИИОЗММ ДЗМ по ссылке <http://www.nioz.ru/events-dzm/>

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Печатников Леонид Михайлович, 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., Коноплинников А. Г., 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., Потехаев Н. Н., Пушкарь Д. Ю., Хатьков И. Е., Ходырева Л. А., Хубуттия М. Ш., Шабунин А. В., Шамалов Н. А.

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Заместитель главного редактора

Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов

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: 115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9.

Контакты: +7 (495) 530-12-89, niozmm@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:

Отдел управления коммуникаций НИИОЗММ ДЗМ.

Редактор: Оксана Плисенкова. Авторы: Ирина Степанова, Ирина Слободяна.

Фотограф: Екатерина Козлова. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова.

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

Тираж: 50 000 экз. Распространяется бесплатно.

Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБПОУ «ММТ им. Л. Б. Красина».

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

