

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

Cito

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 18 февраля 2019 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№6 (59)
www.niioz.ru



Фото: Екатерина Казлова / НИИОЗМ ДЗМ

НОВЫЙ СТАНДАРТ

Москва станет первым регионом России, который перейдет на новые стандарты химиотерапии в полном объеме на годы раньше установленного срока при больных шестью видами рака. Этой теме был посвящен круглый стол в городской онкологической больнице № 62 ДЗМ с участием мэра Москвы Сергея Собянина.

«Борьба с онкологическими заболеваниями станет одним из главных направлений московского здравоохранения. Это сложный процесс. Нам предстоит перестроить всю закупочную деятельность, все подходы к оплате такого рода услуг, но тем не менее я надеюсь, что мы с вашей помощью в течение нескольких месяцев обеспечим такой переход. Это будет первый реги-

он в стране, который перейдет на новый стандарт», – отметил Сергей Собянин.

Порядка 80 % всех онкологических диагнозов в Москве приходится на рак молочной и предстательной желез, меланому, рак почки, прямой кишки и легкого. Отметим, что с 2011 по 2018 год смертность от злокачественных новообразований снизилась в городе на 10 %. [ММГ](#)

Около **6** тысяч пациентов с инсультами за 5 лет получили помощь в отделении неотложной неврологии НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ.

С помощью специальных методов обследования специалисты могут найти причину инсульта у

80%
больных



ЗА 5 ЛЕТ В НИИ БЫЛИ РАЗРАБОТАНЫ ПРОТОКОЛЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИПТОГЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ, ДИСФАГИЕЙ, СПАСТИЧНОСТЬЮ КОНЕЧНОСТЕЙ. ОНИ ТЕПЕРЬ АКТИВНО ИСПОЛЗУЮТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Неврологическое отделение для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на 30 коек начало свою работу в феврале 2014 года.



АКЦЕНТ НА ОНКОУРОЛОГИЮ

Новое отделение онкоурологии на 20 коек открылось в ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ. Здесь смогут проходить лечение около 1000 пациентов в год. Врачи больницы накопили уникальный опыт ведения пациентов с онкоурологическими заболеваниями. Для диагностики и лечения используются как ведущие мировые методики, так и собственные разработки.

«Раньше пациенты онкологического профиля получали медицинскую помощь в урологических отделениях больницы им. С. И. Спасокукоцкого. С выделением отдельного узкопрофильного направления у наших докторов появилась возможность более детально заниматься такими пациентами в комфортных условиях», – рассказал главный врач больницы им. С. И. Спасокукоцкого профессор Сергей Торубаров. [ММГ](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



**ЕЛЕНА ГОРДЕЕВА:
«ЕЩЕ НЕДАВНО
АНОРЕКСИЯ
НЕ ВОСПРИНИ-
МАЛАСЬ
ОБЩЕСТВОМ
КАК БОЛЕЗНЬ»**

Интервью с экспертом – стр. 3



МЕДСЕСТРЕ – С БЛАГОДАРНОСТЬЮ

Наши люди – стр. 4



ВРЕМЯ НОСТАЛЬГИИ

В объективе – стр. 6

ОПЫТ И ФИЛИГРАННАЯ ТЕХНИКА

Уникальная эндоскопическая операция выполнена в ГКБ № 17 ДЗМ. С тяжелыми изменениями в поджелудочной железе удалось справиться без большой реконструктивной операции, которая грозила бы пациенту высоким риском осложнений и долгим восстановлением после оперативного вмешательства.



Больной перенес острый деструктивный панкреатит, подвергался неоднократным малоинвазивным вмешательствам – дренированию области абсцессов поджелудочной железы. У него сформировался свищ. Врачам больницы и сотрудникам кафедры госпитальной хирургии № 2 РНИМУ имени Н. И. Пирогова удалось закрыть дефект главного панкреатического протока путем панкреатического

стентирования. Операция, выполненная эндоскопически, стала основой для заживления свища. Через сутки после вмешательства у пациента отмечено закрытие панкреатической фистулы, в удовлетворительном состоянии он выписан под динамическое наблюдение и контроль врачей ГКБ № 17. Пациенту планируется провести эндоскопическое стентирование этапным подходом. **ММГ**

ДВОЙНОЕ СПАСЕНИЕ

В ДГКБ им. Г. Н. Сперанского ДЗМ спасли от ожогов двух сестер, получивших термические повреждения кожи горячим супом из пароварки. Мама рассказала, что девочки бегали на кухне вокруг нее: одно неловкое движение – и старшая девочка опрокинула емкость с горячей жидкостью, которая почти вся попала на ее младшую сестру.



Обе пострадавшие были экстренно госпитализированы. Благодаря комплексному лечению и проведенной операции через некоторое время кожный покров был восстановлен. Затем ребенка передали в профессиональные руки реабилитологов: девочке сшили специальные противорубцовый костюм и шлем. Поставили лангеты, чтобы восстановить поврежденный локтевой сустав, назначили физиотерапию. Сейчас малышка продолжает лечение амбулаторно. «Старшая сестра, можно сказать, отделалась легким испугом, – говорит детский хирург Светлана Коренькова. – После первичной хирургической обработки по удалению эпидермальных пузырей и отслоившегося эпителия мы использовали специальные раневые повязки. Оперативная коррекция и реабилитация девочке не понадобились – ожог на ягодиче зажил самостоятельно». **ММГ**

ХИРУРГИЯ СЕРДЦА

Хирурги ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ выполнили сложную малотравматичную операцию по эндопротезированию аортального клапана. Такой вид вмешательства показан пациентам с аортальным пороком, которые имеют тяжелые сопутствующие заболевания.

Еще несколько лет назад подобные операции проводились исключительно открытым способом. Однако далеко не все пациенты пожилого возраста могут перенести открытую операцию на сердце из-за большого количества сопутствующих заболеваний. Внедрение технологии TAVI в хирургическую практику зарубежных, а затем и российских клиник стало настоящим спасением для таких пациентов. TAVI – это высокотехнологичная операция с применением самых современных устройств – биологического клапана, системы доставки клапана к сердцу. «Эта операция требует большого хирургического мастерства. Рентгенохирурги больницы им. В. В. Вересаева ДЗМ одни из первых внедрились эту методику у себя в стационаре. Пациентов, которым требуется такое оперативное вмешатель-

ство, немного. В прошлом году в нашей больнице было выполнено 6 подобных операций. И каждая из них уникальна по своей сложности», – рассказывает заве-

дующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ Михаил Струценко. **ММГ**



О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ



Ольга Тиганова,
главный внештатный
детский специалист-
онколог ДЗМ, врач
онколог-гематолог
Морозовской ДГКБ, к. м. н.

Сегодня продолжается формирование популяционного детского канцер-реестра города Москвы. Работа над реестром заставляет серьезно задуматься о проблемах, выходящих за рамки педиатрической практики, но имеющих к ней непосредственное отношение. За последнюю четверть века, на мой взгляд, наметилась тенденция к снижению взаимопонимания между родителями и детьми, что, в свою очередь, разрушает необходимый уровень взаимодействия в системе «врач-педиатр – пациент – родители». Родители перестают видеть и чувствовать своих детей. Результат, с которым сталкиваемся мы, – запущенные заболевания. Все чаще и чаще, собирая анамнез, спрашиваешь: «Когда все это произошло?» А мама спрашивает у ребенка: «Когда у тебя все это произошло?» Понятно, что родители много работают, дети остаются с бабушками, дедушками, нянями. Но ведь это не нянин ребенок.

«Собирая» историю начала болезни, мы видим сплошь и рядом: знали, что плохо, болеет полгода, не обращались к врачу. Почему? Жалобы детей школьного возраста вообще зачастую игнорируются – это он в школу не хочет ходить. Тошнит? Нечего есть что попало. Нога заболела? Да ладно, пройдет. А если нет? В этой ситуации для врача-педиатра особенно важна внимательность к ребенку. Даже если родители легкомысленно относятся к его жалобам, у нас нет такого права. При первом же осмотре у доктора формируется общее клиническое впечатление от ребенка. У нас ведь комплексное восприятие: визуальное, тактильное, обонятельное, если хотите, врач должен считывать какие-то неуловимые сигналы. Именно они становятся основой для того, что называют «врачебной интуицией». Пусть мы пока не знаем, как предотвратить все детские онкозаболевания, но при таком отношении мы сможем их быстрее распознавать, увеличивая шансы на выздоровление. Драматично исказились представления заботы о ребенке. В 3, 5, 7 лет ему нужны не Париж, Гоа или гаджеты, а родители, их время, проведенное вместе, тепло и любовь. И когда родители хорошо знают своего ребенка и вдруг начинают замечать, что каждый вечер он ложится и смотрит грустными глазами, хотя до этого был живой, активный и веселый, сразу ясно: что-то не так. Забота о ребенке и его здоровье – это дружба в семье, внимание и доверие. Родители увидят, что ребенку плохо, даже если он очень сильно хочет это скрыть. В нашей работе сегодня так не хватает взаимного уважения и доверия, которые связывают врача с семьей, обратившейся за помощью. **ММГ**

ЕЛЕНА ГОРДЕЕВА: «ЕЩЕ НЕДАВНО АНОРЕКСИЯ НЕ ВОСПРИНИМАЛАСЬ ОБЩЕСТВОМ КАК БОЛЕЗНЬ»



О том, что такое анорексия, почему возникает искаженное восприятие своего тела и чем опасен отказ от еды, мы поговорили с заведующей 5-м отделением НПЦ психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ, детским врачом-психиатром высшей квалификационной категории Еленой Гордеевой.

Подростки очень ранимы и зависимы от мнения окружающих, особенно сверстников. Шутливое замечание родителей или приятелей о лишнем весе нередко становится пусковым механизмом к возникновению нервной анорексии. Чтобы избавиться от внутренних переживаний и несоответствия определенному эталону красоты, дети начинают искать пути выхода из этой ситуации, и мишенью становится собственное тело. В зоне риска находятся девушки с гиперответственностью и перфекционизмом. Среди них много спортсменок, отличниц, предъявляющих к себе завышенные требования, упорно стремящихся к идеалу. Обратная сторона такого характера – повышенная тревожность и низкая самооценка одновременно с упорством.

– Какие основные признаки анорексии? Как проявляется заболевание?

– На ранней стадии расстройство пищевого поведения сложно распознать, оно проявляется только в мыслях. Но постепенно, нередко после тщательного изучения постов в социальных сетях и обсуждения проблемы там же, идея трансформируется в план действий. Ребенок отказывается от любимых когда-то конфет и чипсов, начинает интересоваться приготовлением пищи и новыми рецептами. Многие родители радуются, что дочь перестала есть «вредную еду», стала заниматься спортом. Изменения в настроении, недовольство собой, замкнутость часто списываются на переходный возраст.

Болезнь становится заметной, только когда диета выходит за рамки нормы. Порции становятся все меньше, а приемы пищи все реже. Девочка начинает носить бесформенные свитера и балахоны, буквально истязать себя физическими нагрузками.

На третьей, заключительной стадии заболевания, наступает истощение. Состояние усугубляется психологическими изменениями (снижение настроения, повышенная тревожность, страх поправиться). Но все эти проблемы игнорируются: девушка с маниакальным упорством продолжает изнурять себя, а разговоры о еде теперь вызывают только раздражение.

– Отказ от пищи и переедание, по мнению психиатров, – звенья одной цепи. Какая имеется связь между анорексией и булимией?

– Да, эти состояния взаимосвязаны и оба направлены на «улучшение себя». Если анорексия выражается в ограничении пищи, то булимия характеризуется повторными приступами переедания с

последующим очищением. Большая употребляет большое количество пищи, а потом избавляется от нее с помощью искусственно вызываемой рвоты или слабительных. И в том и в другом случае основной мотив – избавление от «лишних» килограммов. Очень часто булимия является одним из этапов анорексии. Нередко возникают смешанные варианты расстройства пищевого поведения, когда чередуются периоды этих заболеваний.

– В последние годы эта болезнь приобретает угрожающие масштабы. С чем это связано?

– Причин может быть несколько. С одной стороны, девочки следуют моде на худощавое телосложение, «идеальные» фигуры актрис и моделей. В подростковом возрасте важно следовать какому-то идеалу, и его предлагает современная фэшн-индустрия. С другой стороны, люди, особенно подростки, начинают чаще обращаться за психиатрической помощью. Возможно, это связано с меньшей стигматизацией психиатрии со стороны подрастающего поколения. Кроме того, еще недавно анорексия не воспринималась обществом как болезнь. Сегодня ситуация меняется к лучшему. Врачи первичного звена – педиатры, гастроэнтерологи, гинекологи, эндокринологи также проявляют повышенную настороженность, и теперь такие больные попадают к нам гораздо быстрее.

– Чем опасна анорексия?

– Во всем мире нервная анорексия занимает первое место среди психических заболеваний по летальным исходам. В результате длительного голодания может развиваться полиорганная недостаточность – необратимые изменения внутренних органов, которые не позволяют организму поддерживать жизненно важные функции. Свой вклад в эту печальную статистику вносят и суициды.

При недостатке питания у подростков развиваются сердечно-сосудистые, эндокринные нарушения, страдает репродуктивная система. В анализах отмечаются серьезные нарушения водно-электролитного баланса, белкового, липидного обмена. Последствия вызывания рвоты – эзофагиты, эрозия пищевода, желудочные кровотечения. У таких пациентов часто развиваются запоры, отмечаются проблемы с кожей, выпадение волос на голове и рост пушковых волос на теле.

– Как лечат анорексию? Что включает в себя терапия?

– В случае если у подростка вовремя удастся заподозрить заболевание, его

можно лечить амбулаторно. С таким пациентом, как правило, работает команда специалистов: психологи, психотерапевты, диетологи. В тяжелых случаях, на стадии выраженного истощения, когда сильная потеря веса угрожает жизни, необходима госпитализация в соматический стационар, в том числе в отделение интенсивной терапии.

В Центре им. Г. Е. Сухаревой подростки работают с психотерапевтами, психологами, которые применяют различные психотерапевтические методики, помогающие подростку принять себя, свое тело, научиться контролировать свои эмоции. Основной упор делается на семейную психотерапию, нормализацию отношений с родителями. В занятиях с психологом принимают участие родственники и близкие ребенка. Кроме того, с детьми проводятся групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия, которые включают арт-терапевтические методики, киноклубы, дискуссионные клубы.

Одновременно с этим каждому подростку подбирается медикаментозная терапия и назначается лечебное питание. Лечение достаточно длительное и в среднем составляет 1,5–2 месяца. После выписки из Центра необходимо продолжать как лекарственную терапию, так и психотерапевтические занятия не менее 6–12 месяцев. Это необходимо для достижения стойкой ремиссии у подростка. Согласно статистике, в 30 % случаев больные расстройством пищевого поведения полностью выздоравливают. Еще у 50 % пациентов удается побороть основные симптомы, хотя сохраняется настороженное отношение к еде и собственному телу.

– Что бы вы могли посоветовать родителям подростков?

– Обращать внимание на длительные периоды плохого настроения подростка, раздражительность, частые смены настроения без видимых внешних причин. Контролировать питание ребенка, его регулярность и разнообразие рациона. Занятые работой и своей жизнью родители нередко далеко не сразу замечают, что с их замечательным подростком, отличником и спортсменом, что-то не в порядке. Пока однажды, в теплое время года, когда все переходят на летнюю одежду, с удивлением не обнаруживают, что их ребенок потерял половину своего веса. Будьте внимательными к своим детям, старайтесь больше общаться с ними, обращайтесь внимание не только на их успеваемость, но и на личные проблемы и переживания. **МММ**

– Елена Анатольевна, для начала определимся в терминологии: анорексия – это пищевое расстройство или болезнь?

– Болезнь. Вопреки существующим заблуждениям, нервная анорексия – это не отсутствие аппетита, а осознанное самоограничение в еде или даже полный отказ от пищи. Основным мотивом такого поведения является болезненная убежденность в мнимых недостатках своей внешности, а именно «излишней полноте». Желание похудеть любой ценой становится самоцелью и руководством к действию. Чаще всего анорексия встречается у девочек-подростков 14–18 лет. Однако эта возрастная граница постоянно сдвигается. Сегодня к нам в отделение поступают и 9–11-летние девочки. Анорексия нередко сочетается с другими психическими расстройствами, например депрессией, и требует комплексного подхода к лечению.

– Получается, это «женская болезнь»?

– Преимущественно да, но сказать, что это только «женская болезнь», было бы неверно. Анорексией страдает от 0,2 до 0,3 % мужчин. Современные мужчины стали больше внимания уделять своей внешности, однако не у всех хватает силы воли, чтобы посещать тренажерный зал, заниматься спортом и правильно питаться. Некоторые из них идут путем наименьшего сопротивления и начинают ограничивать себя в еде или даже голодать. В ряде случаев при наличии сопутствующих факторов это также может привести к развитию анорексии.

– Что это за факторы? Почему недовольство своей внешностью перерастает в болезнь?

– Как правило, к факторам риска относятся генетическая предрасположенность, семейные проблемы, а также психологические особенности человека. Как таковой ген анорексии не выделен, но есть ген мозгового нейротрофического фактора, который определяет предрасположенность к этому заболеванию. При определенных условиях он может «сработать».

МЕДСЕСТРЕ – С БЛАГОДАРНОСТЬЮ

Медицинская процедурная сестра городской поликлиники № 69 ДЗМ Светлана Костроменкова трудится в системе столичного здравоохранения 32 года. Из них уже 23-й год она работает в этом учреждении.



Сегодня Светлана Костроменкова – виртуоз своего дела. Ее высоко ценят и коллеги, и пациенты. Она за считанные секунды определяет, куда и как нужно ввести иглу, предназначенную для забора крови при любом состоянии вен у сложных пациентов. Так, не очень приятная процедура для 77-летней Татьяны Николаевны М., которая призналась, что у нее очень плохие вены, прошла практически мгновенно, а главное – безболезненно.

«Состояние вен у меня таково, что я всегда мучилась, когда у меня брали кровь из вены, но с тех пор, как 5 лет назад я переехала в Перово, поближе к дочери, мои муки закончились. Очень рада, что Светлана Николаевна хорошо знает свое дело. Для нас, пациентов, которые страдают целым букетом хронических заболеваний и вынуждены регулярно сдавать кровь на анализы, это очень важно», – рассказывает пациентка.

Охотно поделилась впечатлением и 81-летняя Елена Михайловна К., которой тоже нужно было пройти забор крови из вены. «Я коренная жительница Перово. В 69-й поликлинике наблюдаюсь не одно десятилетие. У меня куча болезней, а потому уже более 20 лет вынуждена регулярно сдавать кровь на анализы. Помню Светлану Николаевну еще совсем маленькой девушкой. Стараюсь всегда попасть к ней. У нее очень легкие руки. К тому же она всегда доброжелательная и приветливая. Но ради справедливости должна сказать, что и другие процедурные сестры Ирина Панкова, Татьяна Игнатовна и Анастасия Жук, которые работают вместе с ней, тоже очень хорошо знают свое дело. Просто молодцы», – подчеркивает Елена Михайловна.

Молодой пациент процедурного кабинета, для которого забор крови и даже обычная внутримышечная или подкожная инъекция – тяжелое испытание, рассказывает, улыбаясь: «Год назад мне нужно было в первый раз сдать кровь из вены на биохимию. Я очень боялся предстоящей процедуры. Светлана Николаевна и ее коллеги успокаивали меня, убеждали, что у меня очень хорошие вены, и все пройдет быстро и безболезненно. Но я был в каком-то ступоре, и у меня был, видимо, такой несчастный и испуганный вид, что меня уложили на кушетку. Так я, лежа на кушетке, и сдал кровь... Теперь мне даже об этом как-то неудобно вспоминать».

К 12 часам Светлана Николаевна и ее коллега Ирина Николаевна Панкова провели забор крови в общей сложности у 100 пациентов, 90 внутрикожных и 90 внутримышечных инъекций, 30 внутривенных вливаний. В этот день через процедурный кабинет прошли 280 человек. При этом не было очередей благодаря ЕМИАС. Теперь пациенты не только полностью избавлены от очередей к докторам: те, кому необходимо пройти те или иные исследования, могут пройти курс лечения в виде инъекций в процедурном кабинете.

Примечательно, что комфортнее стали себя чувствовать в городских поликлиниках не только пациенты, но и те, кто оказывают им всю необходимую помощь: доктора, средний медицинский персонал, в частности, те, кто работают в процедурных кабинетах. По словам Светланы Костроменковой, им не нужно заниматься стерилизацией шприцев и других материалов, необходимых для проведения инъекций, как это было, когда она начинала свою работу в медицине. Даже пробирки, которые необходимы для забора крови, поступают в вакуумных упаковках, что значительно облегчает работу.

Да, действительно, техническая оснащенность процедурных кабинетов поликлиники сегодня отвечает уровню европейских стандартов. Светлана Костроменкова, побыв на стажировках в клинике Израиля, убедилась в этом. Что же касается профессиональной подготовки среднего медицинского персонала, в частности медицинских процедурных сестер, в нашей стране, по ее мнению, она гораздо выше.

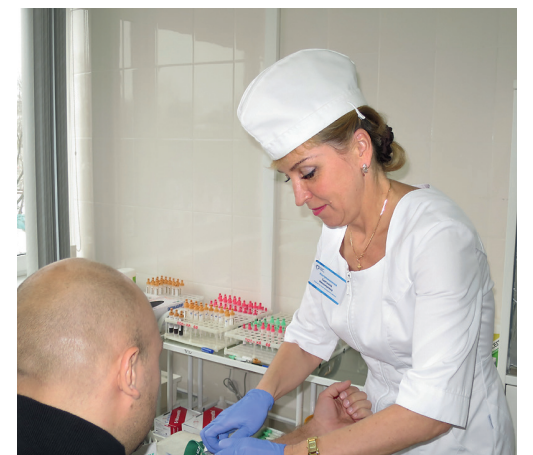
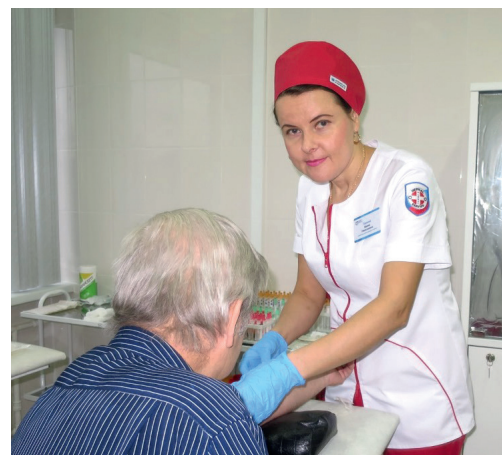
«В Израиле, к примеру, медсестры, которые работают в процедурном кабинете,

специализируются только на одном виде инъекций. Одна выполняет только подкожные инъекции, другая – внутримышечные, третья – внутривенные вливания. Ни одна из них не сможет в случае необходимости заменить другую. У нас же те, кто работает в процедурном кабинете, могут выполнять все виды инъекций и вливаний», – говорит Светлана. Она, как и ее коллеги, имеет высшую категорию по сестринскому делу.

Да, действительно, наша героиня и ее коллеги не только моментально и безболезненно выполняют процедуры, связанные с забором крови, всеми видами инъекций и вливаний, но и прекрасно владеют методами индивидуального подхода к каждому пациенту. «Мы обычная городская поликлиника, а потому среди пациентов встречаются те, кто состоит на учете в психоневрологическом диспансере, имеет проблемы с алкоголем и наркотиками, одинокие и пожилые люди с депрессией. Так что мы должны быть всегда готовы к любой ситуации и никогда не терять самообладания», – уверена Светлана. Она и ее коллеги делают все для того, чтобы пациенты из процедурного кабинета уходили в хорошем настроении.

По словам главного врача поликлиники Елены Шаклычевой-Компанец, за все годы работы в медицине и в частности в поликлинике № 69 у медицинской сестры высшей категории Светланы Костроменковой не было ни одного замечания, ни одного нарекания – одни благодарности. В чем секрет? По словам самой Светланы, секрет очень прост: она любит свою профессию, ведь медицина – ее призвание. **ММС**

Валентина Боваева



УЙТИ ОТ ПРОБЛЕМЫ

Ежегодно более 1500 пациентов городского центра эндопротезирования на базе ГКБ имени С. П. Боткина обретают новые суставы. Благодаря возможностям планового лечения даже самые сложные с клинической точки зрения больные могут уйти от проблем со здоровьем на своих ногах.



Перед специалистами стояла непростая задача – нужно было сделать все возможное, чтобы поставить пациентку на ноги

История одной пациентки – наглядное подтверждение тому, что столичным докторам по силам любая задача. В 2000 году 25-летняя девушка получила тяжелую травму нижней трети правой бедренной кости и коленного сустава. Перелом был настолько тяжелый, что даже после нескольких сложных операций он так и не сросся.

К несчастью, в 2006 году на месте повреждения развился очаг инфекции. В результате врачам понадобилось убрать все фиксирующие конструкции из костей. Перелом так и не сросся, образовался ложный сустав.

Пациентка могла передвигаться только при помощи костылей и в специальном устройстве, фиксирующем коленный сустав. Девушка получила инвалидность и потеряла работу.



«Если функция коленного сустава нарушается, человек испытывает сильнейшие боли. Нередко патология приводит к инвалидизации пациента. При обширной

травме нашей пациентки шанс на возвращение прежнего качества жизни был невелик. Единственная мера, которую возможно применить в данном случае, – выполнить эндопротезирование», – рассказывает Валерий Мурылев, руководитель Городского центра эндопротезирования на базе Боткинской больницы.

В 2009 году по просьбе пациентки после долгих консультаций с зарубежными специалистами принято решение о замене нижней части бедра с коленным суста-



Операция прошла успешно. Сначала пациентка передвигалась при помощи костылей, затем перешла на трость. Через 6 месяцев после операции девушка вернулась к обычной жизни: начала ходить без дополнительной опоры

вом на искусственный сустав. Такие имплантаты применяются в онкологии, но в данном случае другого выхода не было.

Перед специалистами стояла непростая задача – нужно было сделать все возможное, чтобы поставить пациентку на ноги.

«Вмешательство выполнялось через большой разрез под комбинированной анестезией. Во время операции мы подобрали необходимый размер протеза и установили именно тот, который необходим пациентке. Для максимальной точности перед операцией сделаны

снимки. Высокотехнологичные операции проводятся за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования», – поясняет Валерий Мурылев.

Операция прошла успешно. Сначала пациентка передвигалась при помощи костылей, затем перешла на трость. Через 6 месяцев после операции девушка вернулась к обычной жизни: начала ходить без дополнительной опоры.

Вскоре группа инвалидности была снята. Пациентка вышла замуж, родила ребенка, вернулась на работу. В настоящее время работает медицинской сестрой в одной из московских больниц.

«Искусственные суставы имеют определенный срок службы. В большинстве случаев максимальное время его эксплуатации составляет 15–20 лет. Чтобы определить состояние эндопротеза и не просрочить его замену, специалисты 1–2 раза в год проводят рентген-диагностику», – обратил внимание Валерий Мурылев.

Эндопротезирование сустава часто называют последним рубежом в лечении больных ортопедическими заболеваниями. Как правило, его выполняют, когда уже испробованы все средства лечения.

Наиболее распространенные заболевания, приводящие к разрушению суставов, – артрозы, артриты, последствия травм. Обойтись без операции или отсрочить ее на длительное время можно, если больной при первых болезненных ощущениях обратится к врачу-ортопеду за консультацией. **ММС**

Ирина Слободян

ВРЕМЯ НОСТАЛЬГИИ

Пожалуй, у каждого есть фотографии, которые отражают важные и запоминающиеся события. Многие знают этих людей как талантливых специалистов и руководителей. Предлагаем вам, уважаемые читатели, взглянуть на московских врачей в детстве и юности. Когда-то это были обычные дети, парни и девушки, но каждый из них прошел яркий жизненный путь.



Главный врач детской городской клинической больницы № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ **Анатолий Александрович Корсунский** в детстве мечтал о море. Планировал поступить в Военно-медицинскую академию, чтобы служить врачом на корабле. Сегодня под его руководством активно развивается московская больница.



Фотография сделана в 1980 году после занятий в кружке по гистологии медицинского факультета Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова. Главный врач городской клинической больницы им. В. В. Виногоорова ДЗМ **Ольга Викторовна Шарапова** уже тогда проявляла лидерские качества и делала уверенные шаги на профессиональном поприще.



В 1984 году главный врач Морозовской больницы **Елена Ефимовна Петрякина** окончила 1-й курс 2-го МОЛГМИ имени Н. И. Пирогова. Студенческие годы связаны с особым событием в ее жизни – она познакомилась с профессором Юрием Александровичем Князевым и начала заниматься наукой. Через нее она и пришла в профессию. В 1993 году начала работать в Морозовской больнице, где прошла путь от врача отделения эндокринологии до главного врача.



Студенческие годы для главного врача Городской клинической больницы № 51 **Виктории Алексеевны Бражник** начались в Кубанской государственной медицинской академии. Вся профессиональная врачебная жизнь проходит в стенах клиники, которой она руководит. Здесь расположена кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, на которой она училась в ординатуре и аспирантуре.



В один из летних дней 1976 года главный врач городской клинической больницы № 52 ДЗМ юная **Марьяна Анатольевна Лысенко** наслаждается отдыхом в пансионате Яремче в Закарпатье.

Студенческие годы – время не только для учебы, но и для отдыха. Одним из таких моментов для главного врача городской клинической больницы им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ **Сергея Феликсовича Торубарова** был ежегодный выезд на Клязьминское водохранилище, что в те годы являлось традиционным развлечением.

На фотографии главный врач городской клинической больницы № 15 им. О. М. Филатова ДЗМ **Валерий Иванович Вечорко**. С тех пор прошло много времени. Потом была учеба в Минском медицинском институте, защита диплома, первые шаги в профессии, первые пациенты, успехи, которыми так гордились.

Ирина Слободян

МЕДИЦИНА ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского стал одним из первых городских стационаров, который провел реорганизацию приемного отделения. Новый стандарт работы позволил обеспечить комфорт пациентам и сопровождающим их родственникам. Было сокращено количество перемещений пациентов и ликвидированы очереди у кабинетов.

Больные быстрее поступают в лечебные отделения и получают необходимую помощь. Ранее, поступая в больницу, пациент вынужден был самостоятельно идти к кабинету специалиста и дожидаться своей очереди, а затем сдавать анализы и проходить обследования. После получения результатов пациент снова воз-

вращался к первому врачу, который принимал решение о госпитализации или направлении на амбулаторное лечение. Сейчас подход к приему и диагностике больных принципиально изменен. Принцип «пациент к врачу» заменил новый – «врач к пациенту».

Новый стандарт работы с пациентами в НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского

КАК БЫЛО РАНЬШЕ

Регистратура

Фиксируются персональные данные и обстоятельства произошедшего



Смотровой кабинет

Пациент ждет очереди



Прием у врача



Среднее время пребывания

Экстренного пациента – 1 час 20 минут

Амбулаторного пациента – 1 час 25 минут

Смотровой кабинет

Госпитализация или амбулаторное лечение дома



Возвращение в кабинет. Ожидание вызова



Получение результатов



Сдача анализов и дополнительные обследования



КАК СТАЛО СЕЙЧАС

Больного встречает врач и определяет в один из смотровых залов



В смотровом зале медрегистратор заносит данные в ЕМИАС, после чего провожает до комфортной палаты



Врач-специалист подходит к пациенту, осматривает его и назначает обследование



Все процедуры, исследования и консультации – у кровати пациента*



Среднее время пребывания

Экстренного пациента – 1 час

Амбулаторного пациента – в среднем 49 минут

* Стационарные исследования (компьютерная томография или МРТ) – в отдельном блоке, куда пациента сопровождают медсестры.



Илья Тыров, заместитель директора по развитию информационных технологий НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского:

«Работу приемного отделения мы перестроили. Раньше пациент сам узнавал, к какому специалисту и в какой кабинет ему обращаться, сидел в очередях, «терялся» и переживал. Сейчас работа отделения выстроена по-другому: наши врачи и медсестры сами обращаются к пациентам, делают назначения в ЕМИАС, диагносты заносят результаты исследований, которые сразу же становятся доступны врачам, что ускоряет принятие решения о судьбе, например госпитализации пациента. В результате работа приемного отделения стала проще и понятнее для пациентов».

УДИВИТЕЛЬНАЯ КОЛЛЕКЦИЯ

Кофе – это удивительный напиток, полный эстетики и дарящий бодрость. О том, как любовь к этому напитку переросла в хобби, рассказывает заведующий эндокринологическим отделением ГКБ им. В. К. Ерамишанцева, профессор, д. м. н. Леонид Моргунов.



Как и любой практикующий врач, проводящий на работе гораздо больше времени, чем того требует график, Леонид Моргунов не может обойтись без чашечки ароматного кофе. Конечно, все слышали об арабике и робусте – основных видах кофе, меньше известна либерика. А сортов кофе – великое множество: бразильский, кенийский, ямайский, колумбийский, гавайский, эфиопский и даже безумно дорогой экзотический Копи Лювак.

«Когда начинаешь разбираться в кофе, в жизни появляется ритуал – его приготовление, а потом и желание насладиться напитком в полной мере. И вот тут не обойтись без изящной

кофейной чашечки. Проходя когда-то обучение в Лондоне, я не мог обойти вниманием знаменитый британский фарфор Веджвуд. Чем он так меня привлек, не знаю, может, сочетанием изящества, истории, цвета. Чашки из этого фарфора чаще голубые или зеленые, реже черные с характерным орнаментом. Пьешь из такой кофе – и как будто прикасаешься к какой-то тайне. И первые чашки из моей коллекции были именно этой известнейшей английской марки фарфора», – рассказывает Леонид Моргунов.

Как-то незаметно доктор заинтересовался историей фарфора, фаянса, стекла. И на полках стали появляться кофейные чашки из севрского бисквита, сакса, датского и китайского фарфора. Ни одна из них не стоит без дела, каждая удостаивается чести быть наполненной избранным на сегодня видом кофе.

Не осталось в стороне и благородное стекло – из него тоже делают чашки. Например, кофеману очень нравится чашка из авантюринового стекла, в нем кристаллические включения хрома, меди, железа – кофейная чашка на солнце как будто рассыпается золотом множества искр.

«Люблю путешествовать, побывал почти в 100 странах. И в каждой, даже самой далекой, ищу очередную участницу моей коллекции. Сейчас их почти 400. Немало среди кофейных чашек авторских работ, есть и самые обыкновенные. Случается, что разбиваются, – конечно, на счастье», – улыбается коллекционер.

Найти кофейную чашку не всегда просто. Например, доктору удалось найти чашечку из кокосового ореха на Мальдивских островах – фарфора и фаянса там не производят. Или на Кубе. Или в Северной Корее. Или в Китае, где предпочитают чай. Наверное, самым необычным был трофей из Шри-Ланки.



«Загорелся я желанием найти кофейную чашку и в этой стране. В то время там только закончилась война с Тиграми освобождения Тамил-Илама, в государстве было неспокойно, через каждые сто метров в городе стоял вооруженный автомат солдат, машину останавливали раз десять за 3 часа пути из одного города в другой. И объяснить стражам порядка, не понимающим ни слова по-английски или по-французски, цель моей поездки было совсем непросто. И вот чудо! В разоренной стране нашелся магазинчик, в котором я буквально вцепился взглядом и пальцами в стройную маленькую чашечку, она, наверное, стоила мне нескольких седых волос», – поясняет доктор.

В цивилизованной Европе проблемы иные: там такое разнообразие антиквариата и современных изделий, что каждый раз Леонид Моргунов дает себе слово: на покупку новой чашечки – один час. И всегда его сдерживает, ведь коллекционирование кофейных чашек – вовсе не самоцель, а приятные воспоминания о покоренных странах и городах. **ММС**

Татьяна Бондаренко



НАМ ПИШУТ

Нина Федоровна Ефарова, 78-летняя пациентка, позвонила в редакцию «Московская медицина», чтобы поздравить врачей с 23 февраля.

*Война людей – это всегда беда,
Где есть победа, есть и поражения.
Но вы избрали путь, где есть борьба,
За мир, за жизнь, за правду – во спасение!*

*Вы воины, хоть сняли патронташ,
За вас мы мысленно бокалы поднимаем.
Мужчины-медики, ведь это праздник ваш,
Здоровья, счастья вам мы от души желаем.*

*С любимым праздником мужским,
К нему причастны вы по праву,
Здоровье гражданам даря,
Вы защищаете державу.*

Календарь событий 2019 г.

- 20 февраля с 10:00 до 12:00** **Лекция по актуальным вопросам диагностики и лечения болезней уха, горла и носа**
Адрес: НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Загородное ш., д. 18а, стр. 2.
- 21 февраля с 11:00 до 12:00** **Школа для родителей**
Адрес: ГКБ № 13 ДЗМ, ул. Велозаводская, д. 1/1, детский корпус.
- 21 февраля с 15:00 до 16:00** **Лекция для родителей по грудному вскармливанию**
Адрес: родильный дом ГКБ № 40 ДЗМ, ул. Таймырская, д. 6, подъезд 4. Сбор группы в холле роддома в 14:45.
- 21 февраля с 17:30 до 19:30** **Семинар по ревматологии «Школа московского ревматолога»**
Адрес: бизнес-центр «Атмосфера», ул. Суцеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».
- 22 февраля с 14:00 до 15:00** **Лекция на тему «Рациональное питание при сахарном диабете II типа» в рамках проекта «Здорово жить» программы «Московское долголетие»**
Адрес: Госпиталь для ветеранов войн № 3, ул. Стартовая, д. 4.
- 23 февраля с 09:00 до 14:00** **Лекция о профилактике туберкулеза**
Адрес: МНПЦ борьбы с туберкулезом, г. Зеленоград, 1-й Западный пр-д, д. 8, стр. 1.
- 26 февраля с 10:00 до 12:00** **Семинар «Воспалительная патология глотки у детей: проблема педиатра, оториноларинголога или инфекциониста»**
Адрес: НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ, Загородное ш., д. 18а, стр. 2.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников

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., Курносова Т. И., Крюков А. И., Мазус А. И., Мантурова Н. Е., Назарова И. А., Никонов Е. Л., Оленев А. С., Орджоникидзе З. Г., Орехов О. О., Плутницкий А. Н., Погонин А. В., Потехаев Н. Н., Пушкарь Д. Ю., Сметанина С. В., Хатьков И. Е., Ходырева Л. А., Хубутя М. Ш., Шабуни А. В., Шамалов Н. А.

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

Регистрационное свидетельство ПИ № ФС 77 – 71880 от 13 декабря 2017 года. Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Учредитель: ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». Адрес редакции и издателя: 115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9. Контакты: +7 (495) 530-12-89, niiozmm@zdrav.mos.ru.

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Над выпуском работали: редакционный отдел «Московская медицина». Научный редактор: Джамал Бешлиев. Авторы: Ирина Слободян, Ирина Степанова, Алина Хараз. Корректор: Ольга Михайлова. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова. Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно. Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБПОУ «ММТ им. Л. Б. Красина». Адрес типографии: г. Москва, ул. Кировоградская, д. 23. НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

