

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 15 апреля 2019 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 14 (67)
www.niioz.ru



Фото: mos.ru

НОВАЯ СРЕДА

Новые корпуса построят в инфекционной клинической больнице № 1, детской городской клинической больнице Святого Владимира и многопрофильной больнице с роддомом в Коммунарке. Инфекционная служба столицы будет полностью модернизирована. Современный лечебный корпус появится в детской инфекционной клинической больнице № 6 ДЗМ. Здесь уже идет капитальный ремонт.

«Борьба с инфекционными заболеваниями для московской медицины, да и не только для московской, является одним из главных направлений деятельности. Очень важно модернизировать существующую сеть, ремонтировать, оснащать новым современным оборудованием клиники. Вот и в этой детской больнице проводятся масштабные работы. Создается новая среда, новые возможности для лечения инфекционных больных. Около 80 тысяч человек проходят лечение в стационарах. И попытки сделать из старых корпусов новые, к сожалению, далеко не везде увенчались успехом. Поэтому мы

приняли сложное, тяжелое, но необходимое решение о строительстве, по сути дела, двух новых больниц общей площадью около 140 тысяч квадратных метров», – отметил мэр Москвы Сергей Собянин.

Во всех новых корпусах будут созданы современные условия для госпитализации инфекционных больных – боксированные палаты и мельцеровские боксы. Здесь же разместят лаборатории, диагностическое оборудование, операционные, чтобы инфекционные больные могли получить все необходимое лечение на месте. **ММГ**

АКТИВНЫЙ ГРАЖДАНИН

Проект «Активный гражданин» совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы запускает серию онлайн-голосований за лучших медицинских работников столицы. Впервые участники смогут проголосовать не только за терапевтов, педиатров и медсестер, но и за врачей узких специальностей. Оценить работу врача или медсестры сможет любой пользователь, зарегистрированный в проекте «Активный гражданин». Победителями станут 10 сотрудников поликлиник. Лучшие врачи и медсестры получат дипломы проекта «Активный гражданин» и почетные грамоты. **ММГ**

ЛУЧШИЕ В ПРОФЕССИИ

Список медиков, которые могут претендовать на присвоение особого профессионального статуса, дополнили врачи клинической лабораторной диагностики. Теперь получить статус «Московский врач» могут представители 26 специальностей. Добровольные оценочные процедуры будут проводиться на базе Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, первый этап начнется уже в мае. «В системе столичного здравоохранения работают порядка 1200 врачей клинической лабораторной диагностики. Теперь каждый из них может проверить себя и продемонстрировать уровень знаний», – рассказал министр Правительства Москвы, руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. **ММГ**

МАРАФОН ЗДОРОВЬЯ

Департамент здравоохранения города Москвы запустил Марафон здоровья. Ведущие специалисты ежедневно делятся советами по ведению здорового образа жизни на сайте marafonzdoroviya.mosgorzdrav.ru. Во время Марафона здоровья в медицинских организациях проводится около 150 школ и тематических лекций по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний. Также в Центрах здоровья москвичи пройдут скрининговое обследование на выявление факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические заболевания легких и другие. Для участия необходим паспорт и полис ОМС. Акция продлится до 19 апреля. **ММГ**

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



**ДМИТРИЙ
ВЫБОРОВ:
«В БОЛЬШИНСТВЕ
ДЕТСКИХ ТРАВМ
ВИНОВАТЫ
ВЗРОСЛЫЕ»**

Интервью с экспертом – стр. 3



НА ПОЛШАГА ВПЕРЕДИ ВРАЧА

Наши люди – стр. 5



ОПЕРЕДИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Симпозиум – стр. 6

НА ОСТРИЕ ПРОГРЕССА

В детской больнице имени З. А. Башляевой ДЗМ открылось после капитального ремонта отделение нейрохирургии.



Благодаря проведенному капитальному ремонту нейрохирургического отделения хирургические возможности клиники увеличатся на 20%. Отделение оснащено

самой современной высокотехнологичной медицинской техникой экспертного класса, включая аппараты МРТ, КТ, УЗИ, нейрохирургические микроскопы и эндоскопическое оборудование.

В распоряжении врачей также находится нейрохирургическая навигационная установка – компьютерная система, позволяющая проводить высокоточные оперативные вмешательства на отдельном участке головного мозга, не травмируя другие структуры. «В отделении созданы максимально комфортные условия для лечения наших маленьких пациентов и их совместного пребывания в палате с родителями, а также для работы медицинского персонала. Медицинскую помощь детям оказывают врачи высшей квалификационной ка-

тегории в рамках мультидисциплинарного подхода: нейрохирурги, травматологи, неврологи, окулисты и педиатры», – рассказал Исмаил Османов, главный врач ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ, главный внештатный специалист-педиатр ДЗМ.

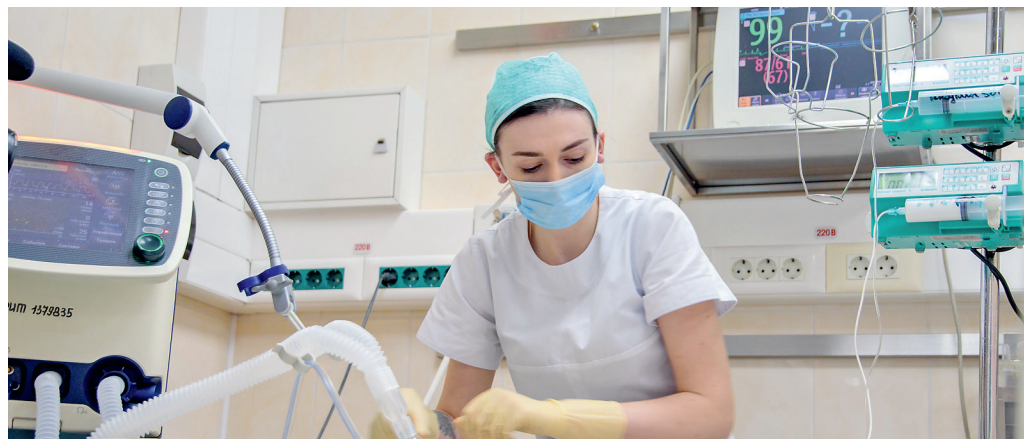
Первым пациентом обновленного отделения стала новорожденная девочка с тяжелым пороком позвоночника и спинного мозга. После комплексного предоперационного обследования ребенку была выполнена микрохирургическая операция, удалена гигантская грыжа спинного мозга, выполнена пластика дефекта незаращенного оболочек спинного мозга и задней стенки позвоночного канала. Операцию завершили косметической кожной пластикой. **ММС**

ПОМОЩЬ СЕРДЦУ

Пациентка 1923 года рождения, ветеран Великой Отечественной войны и военный хирург, была госпитализирована врачами скорой помощи в кардиологическое отделение городской клинической больницы им. С. С. Юдина ДЗМ.

У женщины диагностировали ишемическую болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения, очень сильную отечность (анасарка), постоянную форму фибрилляции предсердий. Ранее в 2010 году ей был установлен кардиостимулятор после перенесенного инфаркта миокарда. Последнее время состояние пациентки стало ухудшаться, она отметила усиление одышки, общую слабость, появление и увеличение отеков ног, увеличение в объеме живота, повышенную сонливость и ухудшение памяти.

Состояние пациентки было тяжелым, обусловлено выраженными проявлениями хронической сердечной недостаточности и хронической почечной недостаточности. Проведенная стандартная терапия лекарственными препаратами пожилой женщины не помогала. Пациентке требовалась

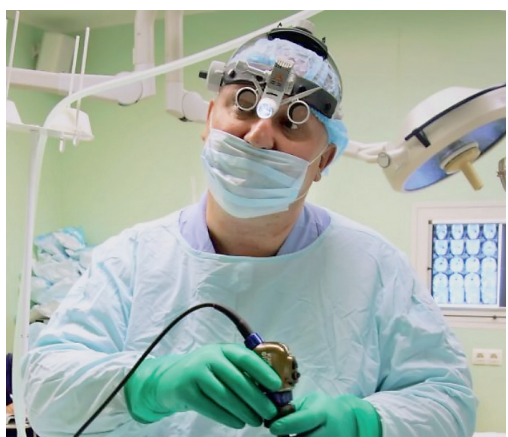


замена кардиостимулятора на новый аппарат, который поможет сердцу функционировать правильно. После определенной предоперационной подготовки бригада врачей в составе аритмолога, рентгенохирурга и врача-анестезиолога выполнила

установку однокамерного электрокардиостимулятора с пороговой частотой 70 в минуту (старый был настроен на частоту 60 в минуту). Операция прошла успешно, в дальнейшем состояние пациентки улучшилось. **ММС**

ВЕРНУТЬ ЛИЦО

В научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ обратилась 56-летняя женщина с жалобами на эстетическую деформацию носа. Деформация началась 5 лет назад с увеличения носа, а в последнее время на его поверхности появилась сильная бугристость.



При осмотре на кончике и крыльях носа были заметны шишковидные опухоли, бугры и узлы, сливающиеся в наросты. Узлы при этом мягкие, багрового цвета, устья сальных желез сильно расширены, при пальпации новообразования болезненности нет. Врачи поставили диагноз «ринофима». Это воспалительное заболевание кожи носа (иногда в виде доброкачественного опухолевидного образования) с разрастанием всех элементов кожи: соединительной ткани, кровеносных сосудов и сальных желез. Визуально оно проявляется увеличени-

ем носа в размерах, утратой его естественной формы и изменением цвета кожи. Пациентке провели малоинвазивное оперативное вмешательство по новейшим методикам комбинированного лечения при помощи радиоволновой и лазерной хирургии. В несколько этапов были успешно удалены измененные ткани носа, возвращена его естественная эстетическая форма. После операции в течение нескольких дней женщине проводили легкие перевязки с лекарственными мазями, а на третий день уже выписали из клиники. **ММС**

МНЕНИЕ

ЗАБЫТЬ ОБ АЛЬЦГЕЙМЕРЕ?



Светлана Гаврилова, профессор, руководитель отдела гериатрической психиатрии и отделения болезни Альцгеймера ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, председатель комиссии по геронтопсихиатрии Российского общества психиатров

Если провести социологический опрос, наверняка одним из самых больших страхов человека будет страх болезни Альцгеймера, деменции, когнитивной деградации. К сожалению, сегодня он вполне обоснован: по математическим прогнозам к 2050 году это коснется каждого четвертого на планете. Наши исследования (НЦПЗ РАМН), проведенные в одном из округов Москвы, показали, что каждый 20-й человек в возрасте 65 лет и старше страдает болезнью Альцгеймера. Это совпадает с общемировыми данными. До недавнего времени заболевание считалось неизлечимым и необратимым. Сегодня известно, что повлиять на когнитивную дегенерацию возможно.

Болезнь Альцгеймера связана с отложениями в структурах мозга специфического белка амилоида. К сожалению, ни один из исследуемых в мире препаратов антиамилоидной терапии не вышел на стадию регистрации: либо они не показали результата, либо вред оказался больше, нежели польза. Пришло время взглянуть на проблему иначе.

Существует точка зрения, что амилоид – реакция мозга на некое патологическое воздействие: дефицит тех или иных элементов, хроническую интоксикацию, хронические инфекции. Результат – снижение нейропластичности, активности клеток мозга. Сегодня известны в общей сложности 36 факторов, которые могут позитивно влиять на пластичность нейронов, предупреждая формирование амилоида. И если бы нам удалось контролировать все эти 36 факторов, то мы, я думаю, сумели бы решить проблему болезни Альцгеймера. Среди них не только специфические нейротрофины, но и половые гормоны, гормоны щитовидной железы, инсулин, сиртуин («белок долголетия»), витамин Д и т. д. К негативным факторам относятся «плохие» липопротеины, уровень которых повышен у 18% пожилого населения в нашей стране. Существенное значение имеют также, казалось бы, неожиданные причины: «синдром дырявого кишечника», он мешает усвоению питательных веществ из пищи, дисбаланс микробиоты. Причинами хронической интоксикации могут оказаться, например, старые амальгамные пломбы, незаметная плесень в ванной и т. п. Исключив их, мы помогаем себе сохранить здоровый интеллект как можно дольше. В нашей власти взять себя в руки и направить свою жизнь в рациональное русло, скорректировать питание, образ жизни – все это увеличивает шансы избежать или как минимум отсрочить нежелательные изменения. **ММС**

ДМИТРИЙ ВЫБОРНОВ: «В БОЛЬШИНСТВЕ ДЕТСКИХ ТРАВМ ВИНОВАТЫ ВЗРОСЛЫЕ»



Детские травмы, увы, не редкость. О том, в чем основные причины детского травматизма, как предотвратить опасные ситуации и какие методики сегодня наиболее эффективны, рассказал главный внештатный детский специалист травматолог-ортопед ДЗМ, заместитель главного врача по медицинской части ДГКБ имени Н. Ф. Филатова ДЗМ, доктор медицинских наук Дмитрий Выборнов.

вратить ее. Наиболее распространенные травмы в грудничковом возрасте – падения с высоких поверхностей и утопление в ванной. Маме стоит на минуту отвернуться – и ребенок уже оказался на полу или захлебнулся водой. В большинстве детских травм виноваты взрослые. Потом родители сетуют: не углядели...

Когда ребенок начинает ходить, он может заинтересоваться содержимым ящиков и полок на кухне, в ванной, добраться до кастрюль на плите. Типичная ситуация – на столе стоит тарелка с горячим супом или чашка с чаем, малыш потянулся и опрокинул на себя кипяток. Достаточно одного глотка уксусной эссенции или средства для прочистки труб, и ему гарантирован сильнейший ожог пищевода и полости рта, который может потребовать в последующем создания «нового» пищевода. Большую опасность представляют и лекарства. Яркие разноцветные таблетки могут привлечь внимание ребенка, и он обязательно попробует их на вкус. Как следствие тяжелые токсические поражения.

Подростки в 12 % всех случаев школьной травмы получают ее на уроках, в 20 % – во время занятий физкультурой, остальные – на перемене. Растет число ДТП с участием детей. Причем если раньше в основном это было связано с тем, что они перебежали улицу в неполюженном месте, на красный сигнал светофора, то сегодня это преимущественно нарушение техники безопасности при их перевозке в салоне автомобиля. Словом, несчастный случай может произойти где угодно – дома, в школе, на улице.

– Как лечат детские переломы? Имеется ли здесь, в отличие от взрослых, какая-то специфика?

– Еще столетие назад считалось, что детские травмы нет необходимости лечить. Основной аргумент заключался в том, что дети пластичны, у них все само срастется и само исправится. Даже была такая карикатура, когда врач, идущий выполнять оперативное вмешательство ребенку, изображался в виде осла. К слову сказать, эта тенденция к консервативному лечению очень устойчива и в наши дни.

Сегодня используется дифференцированный подход к лечению переломов в разных возрастных группах. Дети дошкольного возраста в 95 % случаев лечатся консервативно. У них перелом заживает быстро, в течение 3 недель. Подростки 15 лет и старше практически в 100 % случаев при переломе нижней конечности подвергаются оперативному лечению, при переломе верхней конечности – в 30–40 % случаев.

За последние годы в детской травматологии произошли существенные изме-

нения концепции оперативного лечения переломов. В клинической практике широкое распространение получили методики малоинвазивного остеосинтеза, отвечающие всем требованиям «идеальной» репозиции и фиксации отломков. Используются очень «элегантные» технологии. Каждой возрастной группе подбирается свой размер импланта, что позволяет использовать этот метод у большого числа детей и подростков. Но, безусловно, к такой операции должны быть соответствующие показания. В отличие от взрослой практики, спустя некоторое время после консолидации перелома металлические конструкции удаляются из тела ребенка. Взрослые же могут жить с ними всю оставшуюся жизнь.

Еще одно перспективное направление – артроскопические вмешательства на коленном суставе. Многие подростки занимаются силовыми видами спорта, и повреждение крестообразных связок стало одной из самых распространенных спортивных травм. Разработаны и специальные технологии, которые применяются у маленьких пациентов с открытыми зонами роста, так называемые петлевые пластики.

Применение современных малоинвазивных технологий позволяет обеспечить быстрый эффект стабилизации отломков и отправить детей на долечивание в домашние условия. В результате такой операции ребенок может пользоваться конечностью задолго до того, как перелом срастется. Если раньше такие дети



месяцами лежали в больнице, сначала на вытяжении, а потом для реабилитации, то сегодня они выписываются на 5–6-е сутки.

– На какие симптомы следует обратить внимание родителям, чтобы не пропустить перелом у детей?

– Наиболее частая травма при падении (с турника на уроке физкультуры или при неудачном спуске с горки и т. д.) – компрессионный перелом позвоночника. У детей редко бывают оскольчатые переломы позвонков, в 99 % случаев – это компрессионные переломы. Один из самых ярких симптомов – рефлекторная задержка дыхания. Ребенок не может ни вдохнуть, ни выдохнуть. Ну, и конечно, боль. Все это серьезный повод для обращения к врачу и проведения диагностики, чтобы подтвердить или исключить опасный диагноз. **ММГ**

Ирина Степанова



– Дмитрий Юрьевич, насколько распространен детский травматизм?

– Травмы – самая распространенная патология в детской хирургии. Условно их можно поделить на две группы: стационарные и амбулаторные. Ежегодно по этим причинам в стационары Москвы госпитализируют около 40 тысяч детей и подростков. Но самая многочисленная – вторая группа. Сегодня в городе функционируют три травматологических пункта при детских городских больницах (ДГКБ имени Н. Ф. Филатова ДЗМ, ДГКБ имени З. И. Башляевой ДЗМ, НИИ неотложной хирургии и травматологии ДЗМ) и 19 травмпунктов при детских поликлиниках. Ежегодно в них обращаются порядка 350 тысяч детей. Это очень большая цифра.

– Какие виды травм наиболее распространены среди детей?

– Прежде всего черепно-мозговые травмы, компрессионные переломы позвоночника, переломы костей верхних и нижних конечностей. Последнее время мы все чаще встречаемся в нашей практике с резаными травмами кисти. Но это в основном подростки, которые любят лазить через заборы. В целом надо понимать, что структура и механизмы повреждений в значительной степени различаются в разных возрастных группах.

– В чем заключаются эти различия?

– Первую травму ребенок может получить еще при рождении. К примеру, перелом ключицы при осложненных родах. Кстати, у новорожденных он срастается уже на 5-е сутки, перелом бедра – через 12 дней. Так что самое главное в этом возрасте – вовремя диагностировать повреждение и правильно сделать укладку. Впоследствии от таких переломов не остается и следа.

Среди дошкольников 80 % травм – бытовые. В силу возраста и недостаточности жизненного опыта дети не всегда могут оценить опасность ситуации и предот-

КОГДА КАЖДЫЙ ПАЦИЕНТ – ГЛАВНЫЙ

Городская клиническая больница № 24 ДЗМ – одна из старейших столичных клиник. Сегодня это многопрофильная медицинская организация, сочетающая в работе лучшие традиции российской медицины, современные технологии и командную работу профессионалов.



Рабочая неделя на исходе. На ежедневной пятничной конференции подводят итоги, заведующие рассказывают о работе своих отделений. Кажется бы, обычная рутина: сколько поступило в стационар пациентов, сколько выписалось, какие виды лечения проведены... Но за этими цифрами статистики – жизни и судьбы конкретных людей с их болью, страхом, надеждой. Чуткое, внимательное отношение к больному человеку в сочетании с современными возможностями медицины, умением работать в команде – все это имеет определяющее значение в лечении. Такой подход является основополагающим принципом пациентоориентированности.



«Наша больница является одной из немногих в Москве, где представлен весь спектр оперативных вмешательств, включая большую и малую хирургию, – рассказывает директор университетской хирургической клиники на базе ГКБ № 24, профессор РНИМУ им. Н. И. Пирогова, доктор медицинских наук Леонид Лаберко. – К примеру, в плановой абдоминальной хирургии около 90 % операций осуществляется с использованием лапароскопических технологий, методология их проведения отвечает передовым мировым стандартам. Особая наша гордость – флебологическое направление, которое сегодня активно развивается. В флебологическом центре больницы применяются самые современные лазерные, радиочастотные методики, склеротерапия. Недавно в практику был введен эффективный метод – посегментная радиочастотная абляция (РЧА) вен нижних конечностей. До недавнего времени этот вид помощи был «коньком» коммерческих медицинских центров, теперь жители столицы могут его получить бесплатно в рамках ОМС. Ежемесячно в больнице выполняется порядка 50–60 подобных процедур».

Профильным направлением хирургической деятельности клиники является колопроктология. В больнице 5 колопроктологических отделений, 4 из которых онкологические. На базе клиники более 40 лет функционирует Московский городской центр колопроктологии, его специалистами накоплен уникальный клинический и практический опыт в области лечения больных заболеваниями кишечника, разработаны авторские методики, которые получили признание не только российских, но и зарубежных коллег. В ГКБ № 24 первыми в стране в начале 90-х годов прошлого века начали применять лапароскопические технологии в лечении больных заболеваниями ободочной и прямой кишки.



«Доброе слово и медицинские манипуляции в равной степени важны в оказании медицинской помощи. Если мы не научимся сотрудничать с пациентами, то не сможем добиться значимых успехов в своей работе, – напоминает коллегам главный врач ГКБ № 24, профессор, доктор медицинских наук Григорий Родоман. – Мы осваиваем новые перспективные методики, внедряем их в клиническую практику, но самая главная награда для врача – когда он смог помочь пациенту сохранить или вернуть здоровье».

Ежегодно здесь проходят лечение около 40 тысяч человек, выполняется более 10 тысяч операций, большая часть которых осуществляется с использованием малоинвазивных методик. На базе больницы работает несколько медицинских кафедр ведущих университетов. В частности, ГКБ № 24 является клинической базой кафедры общей хирургии и лучевой диагностики лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Основной принцип оперативных вмешательств – максимально малотравматичная и малоинвазивная хирургия при сохранении радикальности лечения.

Ежегодно здесь проходят лечение около 40 тысяч человек, выполняется более 10 тысяч операций, большая часть которых осуществляется с использованием малоинвазивных методик. На базе больницы работает несколько медицинских кафедр ведущих университетов. В частности, ГКБ № 24 является клинической базой кафедры общей хирургии и лучевой диагностики лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Основной принцип оперативных вмешательств – максимально малотравматичная и малоинвазивная хирургия при сохранении радикальности лечения.



«К 2000 году в клинике было выполнено 1000 операций на ободочной и прямой кишке лапароскопическим способом, – рассказывает заместитель главного врача по хирургической работе ГКБ № 24, кандидат медицинских наук Евгений Наумов. – Ежегодно в больнице выполняется порядка 3000 операций – полипэктомия с применением видеондоскопических технологий, разрабатываются и внедряются в практику новые методики оперативного лечения как распространенных (геморрой, свищи прямой кишки, анальные трещины, эпителиальный копчиковый ход), так и редких (пресакральные кисты, посттравматическая недостаточность анального сфинктера, ректовагинальные свищи) общепроктологических заболеваний. Проводится комплексное, в том числе и оперативное, лечение воспалительных заболеваний (язвенный колит, болезнь Крона) кишечника, а также консервативное и оперативное лечение осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки. На базе центра колопроктологии постоянно проводятся семинары, мастер-классы и обучающие курсы, в том числе и в рамках программы непрерывного медицинского образования. Ведущими направлениями являются современные малоинвазивные методики (доплер-контролируемая дезартериализация (HAL-RAR) и лазерная вапоризация геморроидальных узлов, видеолaparоскопические технологии). В них участвуют специалисты как из столичных клиник, так и из других регионов России».

Одна из самых многочисленных групп – пациенты с опухолевым поражением толстой кишки. Колоректальный рак занимает одну из лидирующих позиций по уровню заболеваемости и смертности во всем мире. За последние десятилетия это заболевание переместилось с 5–6-го места на 2–3-е место в онкологических реестрах мира. Долгое время опухоли этой локализации протекают без клинических проявлений, и первые симптомы появляются лишь на поздних стадиях заболевания. Поэтому даже радикально выполненная операция в эти сроки не гарантирует полного излечения от рака, поскольку высока вероятность развития рецидива заболевания. В этой связи в современной медицине все большее значение приобретают такие направления, как онкопрофилактика, ранняя диагностика рака и реабилитация больного после лечения.

Реабилитация пациентов, страдавших онкологическими заболеваниями и прошедших этапы лечения, имеет свои особенности. Ведь и оперативное лечение, а тем более в сочетании с лучевой и химиотерапией, само по себе травмирует организм человека, снижает его адаптационные возможности. Все это требует мультидисциплинарного подхода, который можно обеспечить только в условиях многопрофильного специализированного стационара. В Центре колопроктологии на базе ГКБ № 24 уже давно реализуется комплекс мер по ранней диагностике, профилактике, комплексной терапии и реабилитации больных, страдающих колоректальным раком. В клинике работает единственное в Москве отделение реабилитации стомированных больных.

«Колопроктологические больные – это особая категория пациентов, которые нуждаются в индивидуальном подходе, физиологической и психологической адаптации для адекватного возвращения в социум. Мы продолжаем развивать это направление. Основная задача состоит в том, чтобы минимизировать частоту развития рецидивов рака у пациентов, которые подверглись радикальному оперативному лечению и противоопухолевой терапии», – резюмирует Леонид Лаберко. В своей работе специалисты клиники используют передовой мировой медицинский опыт, новейшие технологии и собственные авторские методики и разработки. **ММС**

Ирина Степанова



НА ПОЛШАГА ВПЕРЕДИ ВРАЧА

Профессия медицинской сестры сама по себе непроста. Но есть в сестринском сообществе особая специальность, в ней работа сложнее и ответственнее, чем у коллег в палатах и на постах. Речь идет об операционных медицинских сестрах – это своего рода гвардия сестринского корпуса.



ПУТЬ В ОПЕРАЦИОННУЮ

Медицинской сестрой Наталья Казакова работает больше 25 лет. «Всегда хотела найти себе применение в операционной, там, где “интересно и сложно”», – рассказывает Наталья. Еще во время учебы в Тверском медучилище ей нравилось присутствовать на операциях. Собиралась продолжить образование и стать хирургом, но жизнь сложилась так, что мечты пришлось отложить.

Высшее образование Наталья получила, окончив Институт физической культуры по специальности «физическая реабилитация», и сейчас совмещает две профессии. «Не может уйти из операционной», – смеется ее коллега Ирина. В операционную Наталья попала не сразу, но потом судьба все-таки привела ее в оперблок ГКБ № 52, где она работает уже более 13 лет.

Случай помог определиться и Ирине Косенковой. После окончания медучилища ей, москвичке, хотелось работать в приемном отделении больницы. Знакомый врач предложил попробовать себя в операционной, она отказалась. Тогда он сказал, что найдет ей место в приемном отделении, но только через месяц, который она проведет в оперблоке. Там Ирина и осталась и очень благодарна этому человеку.

В 52-й больнице Ирина больше 3 лет. Несколько месяцев назад стала старшей медицинской сестрой оперблока. Жалет, что административной работы стало больше, а любимой – в операционной – меньше. Теперь она сама присматривается к девочкам из медучилища, которые приходят к ней на практику, надеясь увидеть тех, из кого получится настоящая операционная сестра. Как в свое время это увидел в ней коллега.

КОМУ ЗДЕСЬ МЕСТО

«Так же, как и хирургами, операционными сестрами становятся люди определенного психологического склада, и очень важно понять, подходит ли эта работа лично тебе», – говорит Наталья. «Сейчас на последнем курсе медучилища идет специализация, можно получить сертификат медсестры по “операционному делу”. Училище дает минимальную базу знаний,

но научиться работать и понять, можешь ли ты быть в операционной, можно только на практике», – согласна Ирина. По ее мнению, очень важно иметь желание учиться. Но это еще не все. «Несмотря на первый порыв, потом может прийти осознание, что это не “твое”. Психологическая и физическая нагрузка в этой профессии очень велики», – уточняет Наталья. Как правило, через полгода уже можно понять, останется ли человек в профессии.

«Обязанности палатной и операционной сестры различаются и требуют разных личных качеств», – поясняет Наталья, которая попробовала обе профессии. – «Львиная доля нагрузки у палатных сестер – это общение с пациентами, к каждому человеку надо находить подход, быть терпеливой, внимательной, успокаивать, утешать, долго объяснять, быть и наставником, нянькой, сиделкой», – рассказывает Наталья. «Я бы, например, так не смогла, это не в моем характере», – говорит Ирина.

«Московские больницы идут в ногу со временем, беря на вооружение все лучшее. Руководство нашей 52-й больницы приветствует инновационные методики»

У операционной сестры необходимость психологически подстраиваться под пациентов сведена к минимуму, зато очень важно умение наладить взаимодействие в команде и хорошо «чувствовать» хирурга, с которым работаешь. «Состояние психологического комфорта в операционной необходимо. Сестры по возможности работают с одними и теми же хирургами. И по тому, как “твой” врач вошел в операционную, как открыл дверь, надел халат, ты уже можешь понять его настроение», – рассказывает Наталья.

БЫСТРЫЙ УМ И ИНЖЕНЕРНЫЕ ЗАДАТКИ

По мнению Натальи и Ирины, помимо знаний, их работа требует определенного склада ума – быстрого, пытливого, с инженерными задатками. Так же, как и врач, операционная сестра должна понимать, что происходит на операционном столе. «На полшага вперед», – уточняет Казакова. Чтобы хирург не отвлекался, надо заранее предугадать его действия и приготовить нужный инструмент. Кроме того, операционная сестра должна уметь оказать помощь при возникновении жизнеугрожающей ситуации – в спасении пациента принимают участие все, кто в операционной. Владение техниками экстренной помощи – обязательное требование профессии.

А инженерные задатки нужны, потому что сейчас операционные сестры обязательно должны хорошо разбираться в



современном оборудовании. «Оборудование усложняется, технологии развиваются очень быстро. Московские больницы идут в ногу со временем, беря на вооружение все лучшее. Руководство нашей 52-й больницы приветствует инновационные методики, но необходимо постоянно учиться», – рассказывает Наталья. «Задача глубокого знания техники ложится в первую очередь на средний медицинский персонал. Врач может знать оборудование на уровне пользователя, не вникая в тонкости. Мы обязаны знать все», – объясняет Ирина. Принципиально важным навыкам работы с техникой, к сожалению, не учат ни в медицинских училищах, ни в рамках постдипломного образования. Помогают поставщики – они готовы консультировать и помогать. «Современное оборудование дает нам огромные преимущества. Оно, конечно, не заменит руки хирурга, но значительно расширяет наши возможности», – говорит Ирина.

БОЛЬШАЯ ДРУЖНАЯ СЕМЬЯ

Сколько сестер участвуют в операции, зависит от конкретного случая – вида доступа, ее сложности. В ГКБ № 52 ДЗМ в случае необходимости проводятся симультанные

операции, когда пациенту в ходе одной анестезии выполняются операции на двух или более органах по поводу самостоятельных заболеваний. В них принимают участие несколько бригад хирургов. Наталья приводит в пример случай, когда пациентке на поздних сроках беременности было сделано кесарево сечение и одновременно спленэктомия (операция по удалению селезенки). Кроме анестезистки и хирургической сестры, в операционной присутствовала педиатрическая сестра, задача которой – принять ребенка. «У каждого свои обязанности. Когда мы все умилялись новорожденному малышу, коллега работала, осуществляя все необходимые манипуляции», – рассказывает Наталья. Помимо хирургической бригады и бригады акушеров-гинекологов, в этой операции принимала участие и бригада неонатологов. «Это была технически сложная операция. И очень ответственная – ведь на кону не одна жизнь, а целых две», – поясняет Ирина.

Сестринская гвардия многочисленна – только в одной ГКБ № 52 ДЗМ работают 63 операционные медсестры. Но всех объединяет одно важнейшее для такой работы качество. Они надежны, как швейцарские часы, на них всегда можно положиться. **МММ**

Анна Пореченская



ОПЕРЕДИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Репродуктивное здоровье, демография... Все начинается с детства, с семьи. Родители заботятся о будущем своих детей, но довольно часто недооценивают или банально не знают, что происходит с ребенком в аспекте развития репродуктивной системы – «маленький еще», «само пройдет»... Но это не всегда так.



Врачи и пациенты столкнулись сегодня с проблемой: девочка-подросток до 18 лет не может получить консультацию маммолога. А ведь говорят, «есть орган – может быть и патология». Назрел вопрос о необходимости ультразвукового скрининга молочных желез в рамках диспансеризации для девочек-подростков 14–17 лет. Эту проблему обсудили ведущие московские эксперты на слушаниях в Общественной палате.



Марина Травина, маммолог, рентгенолог-онколог-гинеколог заместитель директора НИИ педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России по научной работе, к. м. н.: «Детской маммологии формально не существует. Но заболевания молочной железы есть и в детском возрасте. Действительно, в декретированных возрастах в рамках диспансеризации врач визуально осматривает и пальпирует молочные железы девочки. Но в подростковом возрасте на стадии формирования ткань молочной железы очень плотная. И даже самый опытный специалист может не выявить какие-то опухоли, кисты, плотные аденозы и др. Таким образом, без ультразвука мы рискуем упустить дисгормональное заболевание. Мы в НМИЦ провели небольшое исследование (186 девушек) и выявили: кисты есть практически у каждой десятой, увеличивается количество фиброаденом. Мне представляется крайне важным обратить на эту группу внимание, потому что все это происходит на фоне усиления гормонального влияния на орган. Множество нарушений мы можем выявить уже в этом возрасте, тех нарушений, которые иногда уже в запущенных формах девушка обнаружит после 18–20 лет в кабинете маммолога. Если мы будем закрывать на это глаза, наши дети так и останутся недообследованными. Нередко эти нарушения – предикторы дальнейших возможных неблагоприятных изменений в репродуктивной системе. Демографически наши девочки – это наше будущее. Им надо объяснять, как должно быть, что значит «уплотнение», как это «болит»,



как устроена и как «работает» молочная железа».



Елена Сибирская, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Департамента здравоохранения города Москвы, д. м. н., обозначила важные моменты: «По Москве в 2018 году зарегистрировано 386 случаев заболеваний молочных желез среди детей. 60 % составили воспалительные заболевания. Возникла отдельная и довольно острая проблема: кто должен заниматься ребенком в данной ситуации? Заболевания молочной железы относятся к акушерско-гинекологической патологии, и, если говорить о стандартах и кодах, в детском и подростковом возрасте эту помощь оказывают детские хирурги. И тут всплывает множество нюансов. Девочка переживает, что у нее прыщик на лице, а как она отнесется к двум пункционным отверстиям на груди?»

Надо признать, с фиброаденомами мы действительно сталкиваемся. И вынуждены констатировать, что заболеваемость растет. В прошлом году в нашей больнице были прооперированы 24 девочки. И это ведь одна больница в одном городе, пусть и самом большом. Очевидно, что заболевание просто не выявляется и соответствующая медицинская помощь не оказывается. Лично я считаю правильным включить в диспансеризацию ультразвуковое исследование молочных желез для девочек в возрасте от 14 до 17 лет. Иначе мы рискуем прийти не только к пропущенным заболеваниям репродук-



тивной системы, но и к глобальным репродуктивным потерям в будущем. Однако не надо путать это исследование с онкоскринингом. Как известно, молодым женщинам вместо маммографии назначается именно УЗИ. До 18 лет рака молочной железы у нас не было выявлено ни разу, такие случаи возможны, но они единичные, исключительные. Нам нужна полноценная диагностика репродуктивной системы. Кстати, это поможет и формированию личного бережного отношения к своему здоровью, с чем, как известно, у нас в стране, к сожалению, проблемы».



Дмитрий Тарусин, руководитель лаборатории диагностики и реабилитации Центра репродуктивного здоровья детей и подростков при Морозовской ДГКБ, профессор, д. м. н., рассказал: «Женской груди посвящено ненамного меньше стихов, чем любви в принципе. Как ни странно, девочкам все труднее сохранять здоровье этого символа женской красоты, материнства, сексуальной привлекательности. Этому мешают такие предметы времени, как утягивающее белье, дезодоранты, которые блокируют лимфатический отток, бюстгалтеры пуш-ап, которые порой носят девочки, и, наконец, замечательные устройства с «косточками» – они категорически противопоказаны дамам на стадии формирования грудных желез. Помимо этих неприятных вроде бы факторов, спортивные травмы, стрессы в совокупности могут спровоцировать в детском и подростковом возрасте начало развития фиброз-

но-кистозных трансформаций вплоть до онкологических заболеваний. Да, я считаю, что сегодня нужен ультразвуковой скрининг молочных желез у подростков.

Причем это касается не только девочек. Гинекомастия у мальчиков, если она не регрессирует сама по себе в течение 1–3 лет, также может стать источником метаплазии и неоплазии грудных желез. В 2017 году, на мой взгляд, была допущена неосмотрительность: из перечня диспансерных осмотров были исключены обследования органов мошонки. Но ведь это имеет самое непосредственное отношение к здоровью репродуктивной системы. Так что, по моему мнению, нужен скрининг молочных желез и органов малого таза с помощью УЗИ девочкам-подросткам, и мальчикам в определенном возрасте таким же образом будет полезно обследовать органы мошонки и простату, а при необходимости и грудные железы».



Ирина Коловина, заведующая эндокринологическим отделением ДГКБ им. З. А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы,

отметила: «Для нас, эндокринологов, визуализация молочной железы – существенный момент для диагностики того или иного эндокринологического заболевания или нарушения полового созревания. Молочная железа – это орган-мишень, который чутко реагирует на сбой каких-либо алгоритмов репродуктивного здоровья ребенка, на гормональные соотношения. Наверное, можно провести аналогию с введением обязательного УЗИ щитовидной железы в процессе диспансеризации. Статистика оказалась удручающей: четверть очаговых образований щитовидной железы – это рак. Однако, если говорить об обязательном ультразвуковом исследовании молочной железы девочек-подростков, вопрос дискуссионный, с точки зрения эндокринолога... Мы можем оказаться на пороге гипердиагностики, с которой мы сталкиваемся на практике в нашей больнице изо дня в день. Молочная железа именно в этом возрасте имеет определенные особенности, которые должен прекрасно знать специалист по УЗИ. Готовы ли мы к этому?»



Юлия Зимова, первый заместитель председателя комиссии ОП РФ по поддержке семьи, материнства и детства, выразила свое мнение о слушаниях: «Радуется, когда такое количество разных специалистов смотрят в будущее, пытаются изменить его к лучшему прямо сейчас, искренне заинтересованы в сохранении репродуктивного здоровья детей. Радуется, что Общественная палата стала площадкой для обсуждения такого важного вопроса – обсуждение получилось очень горячим». **ММС**



ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАН, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ УРОЛОГИИ МГМСУ ИМ. А. И. ЕВДОКИМОВА, ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ-УРОЛОГ ДЗМ, Д. М. Н., ПРОФЕССОР

ДМИТРИЙ ЮРЬЕВИЧ ПУШКАРЬ

В российской медицине сложилась ситуация, которую не назовешь иначе, как «персональный контакт». Вот в какой стране мира возможно звонить врачу по мобильному? Ни в одной, кроме России!

В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ЛОВЛЮ СЕБЯ НА МЫСЛИ, что волнуюсь за пациентов даже больше, чем за своих близких. Иногда слышу это от близких и понимаю, что они правы.

ХИРУРГИЯ ИНТЕРЕСНА не тем, что ты ощущаешь результат через свое умение, это секундное, минутное, часовое или многочасовое владение человеком. Это совсем другое.

ОСНОВНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ЛЮБОЙ СТРАНЫ сегодня является нехватка компетентных, образованных людей, которые хотят обеспечить прогресс с помощью тех знаний, которые они получили. Сейчас огромное количество мало- и среднеобразованных специалистов и только единицы настоящих профессионалов. Единицы тех, кто постоянно учится, читает и готов работать день и ночь.

МОСКОВСКИЙ ВРАЧ должен понимать, что он имеет минимальное право на ошибку.

ГЛАВНОЕ – СОЗДАВАТЬ АТМОСФЕРУ для работы компетентных специалистов.

СЕЙЧАС ПАЦИЕНТ НЕ ТАКОЙ, КАК РАНЬШЕ. На приеме у врача он говорит: сегодня – операция, завтра – дома, а послезавтра мне нужно сесть за руль. Поэтому робот-ассистированная хирургия является самым большим достижением хирургии за всю ее историю.

СЕГОДНЯ ВСЕ НАХОДЯТСЯ В ОЖИДАНИИ НОВОЙ МЕДИЦИНЫ, лучшего результата. И мы, московские врачи, на этот запрос с гордостью отвечаем: «Да! Мы этот результат можем и хотим дать. Мы воспитываем поколение, готовое дать этот результат в дальнейшем».

УРОЛОГИЯ БЫЛА ПЕРВОЙ ОБЛАСТЬЮ, где начали выполнять оперативные вмешательства с помощью робота-хирурга. Сегодня в Москве существует роботическая программа – Центр робот-ассистированной и реконструктивной урологии, Симуляционный центр Боткинской больницы, которые отвечают за подготовку специалистов.

В РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ сложилась ситуация, которую не назовешь иначе, как «персональный кон-

такт». Вот в какой стране мира возможно звонить врачу по мобильному? Ни в одной, кроме России!

ПЕРЕХОД К НОВОЙ МЕДИЦИНЕ ДОЛЖЕН СОХРАНИТЬСЯ именно такой – персонифицированный, но при этом должен быть высокопрофессиональный подход. Никто не говорит, что это простая задача. Но мы создаем такую «новую медицину» каждый день, и каждый день все, что мы делали год назад, становится уже неактуальным.

ЛЮБЛЮ МОСКВУ И ВОСХИЩАЮСЬ, ВЕРЮ В НЕЕ. Верю в нашу медицину, сегодняшнее руководство московским и российским здравоохранением. Потому что эти люди совершают осознанный подвиг: идя на встречу дискуссиям и шквалу критики, они готовы быть судимы по результату. Их очень мало, давайте их поддержим! Это руководство нашего университета, где я веду кафедру, это московское здравоохранение и это Минздрав.

Сегодня все находятся в ожидании новой медицины, лучшего результата. И мы, московские врачи, на этот запрос с гордостью отвечаем: «Да! Мы этот результат можем и хотим дать. Мы воспитываем поколение, готовое дать этот результат в дальнейшем»

Я УЧИЛСЯ И РАБОТАЛ ВО ФРАНЦИИ, там стал урологом. Всю жизнь работаю в московском здравоохранении – 31 год в одной городской больнице. Когда учился, отличительной особенностью западной медицины был персонифицированный подход. И сегодня мы воплощаем такой подход в реформах здравоохранения, которые начаты в Москве и продолжаются в России.

НЕЛЬЗЯ СРАВНИТЬ МОСКОВСКУЮ И ОБЛАСТНУЮ БОЛЬНИЦЫ. В столице медицина всегда находилась в наиболее выигрышном положении. Здесь изначально были коллективы, которые помогли ее поднять. На территории Москвы находятся 20 университетских клиник. Где такое возможно в других городах? В лучшем случае в отдельном регионе их будет не более 3.

За 5 лет существования Московской урологической школы мы обучили практически всех специалистов столицы. Сегодня все они находятся на одном базовом уровне и хотят усвоить больше новых знаний

Поэтому наше здравоохранение можно сравнить лишь с медициной больших городов. Неслучайно наиболее известные специалисты живут и работают в Москве и отчасти в Санкт-Петербурге. Это все потому, что есть инициатива конкретного руководителя, который занимается тем, чем надо заниматься, то есть насыщает отрасль высокотехнологичным оборудованием, образовывает специалистов и поддерживает их самообразование.

СТОЛИЦА ВСЕГДА БЫЛА И БУДЕТ ПРИМЕРОМ развития отрасли. Мне кажется, очень скоро руководителям регионов будет поставлена задача – достигнуть такого уровня, как в Москве.

ЗА 5 ЛЕТ СУЩЕСТВОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ мы обучили практически всех специалистов столицы. Сегодня все они находятся на одном базовом уровне и хотят усвоить больше новых знаний.

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА ПРИЗНАНА одной из самых активно развивающихся в мире. Однако сегодня рак простаты обнаруживается у каждого 7-го мужчины, аденома предстательной железы – у всех мужчин, часто – рак мочевого пузыря и почки, а также мочекаменная болезнь и недержание мочи у женщин...

МОДЫ НА ОБРАЗОВАНИЕ никогда не было, к сожалению.

УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ НЕ ДОЛЖЕН ИМЕТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ. Урологам в Южном Бутово, Мытищах, Центральном и других округах необходимо говорить на одном профессиональном языке.

НЕОБХОДИМА РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА всех урологических заболеваний. И обращаться к врачу нужно своевременно. **МММС**

Московский врач должен понимать, что он имеет минимальное право на ошибку

Ирина Слободян

МУЖСКОЙ ВОПРОС

Специально для мам и пап, бабушек и дедушек заведующий отделением детской урологии-андрологии больницы № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ к. м. н. Олег Васильевич Староверов написал книгу «У вас родился мальчик».



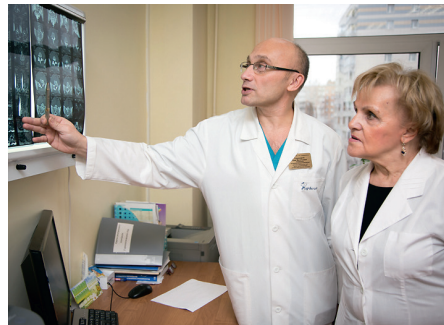
Сама жизнь вела будущего детского хирурга к написанию книги. Олег Васильевич родился в семье, где вместе с ним было трое мальчиков. С детства увлекался природой, подводным плаванием, учился в спецшколе с химическим уклоном, занимал призовые места на олимпиадах, мечтал стать биологом или ихтиологом, пока его старший брат не пошел учиться на стоматолога. В доме появился шкаф с медицинскими книгами, к ним школьника тянуло как магнитом. Олег с интересом рассматривал картинки, знакомился с анатомией человека и понял, что хочет быть врачом. После службы в военно-воздушных силах молодой человек пошел на подготовительное отделение, а затем поступил в РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

«Как все мужчины, мечтал стать хирургом, – вспоминает Олег Староверов. – И мой осознанный выбор – хотел лечить детей. Они настоящие – не умеют придумывать, притворяться, очень искренние, и с ними всегда интересно. Любовь к ним привил отец. К нам на даче приходили все соседские ребята и девчонки со словами «Иду к Василию Ивановичу – это мой друг!» Правда, папа переживал, как я таких маленьких буду оперировать, очень жалел их. После вуза пошел в ординатуру по детской хирургии и попал в замечательную детскую больницу № 9 им. Г. Н. Сперанского, где уже без малого 30 лет работаю».

Вначале Олег Васильевич набирал опыта в ожоговом отделении, затем в урологическом, в котором ему так понравилось, что он остался здесь насовсем и заслуженно вырос до заведующего. Это старейшее отделение с уникальной историей,

традициями, методиками лечения, в том числе самыми современными, которые изобрели и внедрили также и ныне работающие специалисты. Сегодня в отделении детской урологии-андрологии лечат детей с гидронефрозом, пузырно-мочеточниковым рефлюксом, экстрофией мочевого пузыря, гипоспазией, врожденными аномалиями развития, варикоцеле, крипторхизмом, недержанием мочи.

Староверов много лет сам ведет и оперирует детей с гипоспазией – пороком развития мочеиспускательного канала у мальчиков. По его словам, за последние 30 лет увеличилось количество мальчиков с забо-



леванями наружных половых органов. Олег Васильевич видит корень проблемы в эстрогенизации мужского населения. Большое количество гормона эстрогена в продуктах питания серьезно влияет на количество рождения мальчиков с различными аномалиями. Хирург стал интересоваться этой проблемой и в целом хотел понять, узнать, почему и чем болеют мальчики. А когда стал общаться с их родителями, столкнулся с непредвиденной проблемой: мамы и папы, бабушки и дедушки совершенно не знают, как устроены мальчишки, как они развиваются, чем болеют, и даже не могут подобрать слова, чтобы описать проблему ребенка «ниже пояса».

О важном уролог-андролог говорит на языке читателей, у которых нет профильного образования. Олег Васильевич написал не учебник, а живую книжку, в которой дополнительно приводит интересные исторические факты, занимательные цифры, актуальную статистику и даже тематические анекдоты. Книга стала очень популярной у родителей. «Ко мне многие приходили на консультацию со словами «Прочли в вашей книжке, по-моему, у нас что-то не так, посмотрите, пожалуйста», – говорит доктор. – Другие просто благодарили за новые знания о своем ребенке».

Между прочим, книга «У вас родился мальчик» полезна и медикам, которые специально не занимаются этой тематикой, но должны быть вооружены. Особенно педиатры, которые, осматривая подростка, например, с болями в животе, обязаны снять штаны и посмотреть его пах, чтобы исключить серьезные урологические проблемы. **ММС**

Лилия Былич

Календарь событий 2019 г.

- 17 апреля с 12:00** Лекция «Обучение социально-бытовым навыкам в домашних условиях»
📍 НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ, 5-й Донской пр-д, д. 21а, корп. 20, 4-й этаж, отд. РАС.
- 17 апреля с 12:00** Научно-практическая конференция «Система управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в психиатрической медицинской организации»
📍 Здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36/9.
- 18 апреля с 11:30** Сессия «Эта непростая простата» в рамках VIII Московской урологической школы
📍 Адрес: гостиница «Рэдиссон Славянская», площадь Европы, д. 2.
- 18 апреля с 15:00** Лекция «Современные подходы к диагностике и лечению рака желудка»
📍 МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ, ш. Энтузиастов, д. 86, корп. 10, конференц-зал.
- 19 апреля с 12:00 до 18:00** Семинар «Коинфекция у ВИЧ-инфицированных. АРТ у больных туберкулезом»
📍 НИИ медицины труда имени академика Н. Ф. Измерова ДЗМ, 9-я ул. Соколиной Горы, д. 12, большой конференц-зал.
- 19 апреля с 14:00 до 18:00** Конференция «Лекарства и дети»
📍 Отель Холлидей Инн Москва Сокольники, зал «Сокольники», ул. Русаковская, д. 24.
- 23 апреля с 10:00 до 16:00** Семинар «Функциональные заболевания органов пищеварения как междисциплинарная проблема. Взгляд гастроэнтеролога и невролога»
📍 МКНЦ им А. С. Логинова ДЗМ, ш. Энтузиастов, д. 86, корп. 10, конференц-зал.
- 23 апреля с 15:00 до 19:00** Семинар «ГПП-1 агонисты в континууме лечения сахарного диабета 2-го типа»
📍 Бизнес-центр «Атмосфера», ул. Суцеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».
- 24 апреля с 9:00** Семинар «Роль врача-эпидемиолога в контроле за распространением антибиотикорезистентных возбудителей ИСМП и сдерживанием антибиотикорезистентности в стационаре»
📍 Бизнес-центр «Атмосфера», ул. Суцеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».
- 24 апреля с 15:00 до 19:00** Семинар «Самоконтроль (глюкометры) – предотвращение гипогликемий у пациентов на инсулине и препаратах группы сульфаниламидов»
📍 Бизнес-центр «Атмосфера», ул. Суцеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».

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., Потеев 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, Сергей Литвиненко. 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:

