

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 25 ноября 2019 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 45 (98)
www.niioz.ru

ТАКАЯ ВАЖНАЯ ПАТАНАТОМИЯ

Заведующая
патологоанатомическим отделением
ГКБ № 31 ДЗМ, профессор Людмила
Михалева рассказала о развитии
патологоанатомической службы
Москвы и о том, почему важны
референс-центры.

>> читайте стр. 3



Фото: Екатерина Казлова / НИИОЗМ ДЗМ

ЛУЧШИЙ ПРОЕКТ

Проект «Здоровая Москва» столичного Департамента здравоохранения завоевал Гран-при крупнейшей в Восточной Европе и Средней Азии премии в сфере коммуникаций Eventiada IPRA Golden World Awards, а также победил в номинации «Лучшая кампания по здоровому образу жизни в цифровых/социальных сетях». Члены жюри оценили социальную направленность проекта, продуманную организацию, беспрецедентный масштаб и вклад в повышение качества жизни москвичей. Еще одним триумфатором премии стал другой проект Департамента здравоохранения «ЗОЖ – через молодежь». Он победил в номинации «Лучший проект продвижения здорового образа жизни». В общей сложности международное жюри рассмотрело более 140 проектов из 13 стран. [ММС](#)

ВЫСОКИЙ СТАТУС

Роддом № 27 ГКБ имени Спасокукоцкого ДЗМ получил высокий статус «Больница, доброжелательная к ребенку». Об этом на своей странице в социальной сети написал мэр Сергей Собянин. Для этого клиника прошла специальную международную экспертизу и аттестацию. «В марте прошлого года роддом № 27 открылся после капитального ремонта. За полтора года работы здесь появились на свет более 6000 малышей. В роддоме созданы все условия для грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка. Это главные требования для получения международного статуса ВОЗ и ЮНИСЕФ», – рассказала заведующая родильным домом № 27 ГКБ имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ Марина Сармосян. [ММС](#)

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В блоге мэра Москвы Сергея Собянина опубликован пост о работе Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы ДЗМ. Он был открыт осенью 2015 года, и за это время обучение в нем прошли почти 40 тысяч врачей и медсестер, причем не только московских больниц и поликлиник. «Московский симуляционный центр в Боткинской больнице должен стать одним из лучших в России и мире, – отметил мэр. – Сегодня в нем работает более 400 единиц высокотехнологичного оборудования, обучение ведется по 220 программам и 40 специальностям». В перспективе в МСЦ планируется запустить систему обучения «Живая хирургия» – прямые трансляции из операционных в учебные залы, а также открыть лабораторию для обучения по использованию 3D-принтера. [ММС](#)

ВРАЧИ ЧИТАЮТ

НИИОЗМ объявляет старт конкурса «Литературные чтения врачей!» Организатором конкурса выступает Департамент здравоохранения города Москвы. Мы уже знаем, что медицинские работники государственной столичной системы здравоохранения – самые творческие люди, они умеют видеть красоту вокруг и создавать ее. Теперь пришло время проверить ораторское мастерство медработников. Участникам предлагается выбрать произведение и прочитать его наизусть на камеру. [ММС](#)



СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Социология здоровья
Репортаж – стр. 4



Задачи неонатологии
Симпозиум – стр. 5



Какой выбрать спорт для себя
и ребенка
Советы специалиста – стр. 7

АТРЕЗИЯ СЛУХОВОГО ПРОХОДА

В НИКИО имени Л. И. Свержевского ДЗМ обратился 24-летний пациент, который жаловался на снижение слуха на правое ухо и постоянные гнойные выделения из него.



Фото: пресс-служба НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ

Пациент отметил, что проблемы начались в семилетнем возрасте. Еще тогда у него появились первые гнойные выделения, которые удавалось вылечить лишь на короткое время. В анамнезе – регуляр-

ное консервативное лечение местными антибактериальными и противовоспалительными средствами, на фоне которого наступало улучшение лишь на два-три месяца. А замечать снижение слуха молодой человек начал около года назад. При осмотре в консультативно-диагностическом отделении был установлен диагноз «вторичная фиброзная атрезия наружного слухового прохода». Оказалось, что слуховой проход пациента циркулярно сужен на 2/3 его просвета. «Частота встречаемости этого состояния – 0,6 случаев на 100 тыс. населения. Атрезия – это врожденное отсутствие или приобретенное заращение естественных каналов или отверстий в организме. Атрезия наружного слухового прохода может быть следствием аномалии развития (врожденный порок), а также последствием воспаления, травмы или перенесенной операции (вторичная). У пациента атрезия была вторичной и связана с многолетним гнойным воспалением. Рецидивирующее воспаление кожи наружного слухового прохода привело к формированию патологической фиброзной ткани

в костном его отделе, которая и являлась субстратом фиброзной атрезии», – объяснил заведующий научно-исследовательским отделом микрохирургии уха НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ, д. м. н. Евгений Гаров. Доктор добавил, что в таких случаях возможно только оперативное лечение с применением микрохирургической техники. Врачи НИКИО выполнили реконструктивную операцию «каналоластика». Процесс затрагивал не только наружный слуховой проход, но и барабанную перепонку. Необходимо было выделить фиброзный слой барабанной перепонки, полностью удалить патологическую фиброзную ткань с ее поверхности, сохранив при этом целостность неизменной кожи наружного слухового прохода. Врачи пересадили кожные трансплантаты для полной эпителизации и сохранения просвета слухового прохода. Послеоперационный период у пациента прошел без особенностей. В дальнейшем мужчине предстоит длительная реабилитация с постоянным наблюдением за состоянием ушного прохода, чтобы исключить рецидив заболевания. **ММС**

МНЕНИЕ

ПИТАНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



Алла Погожева, д. м. н., профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», заместитель главного внештатного специалиста-диетолога Минздрава России

Продолжительность жизни нашего населения растет, но пока что ее темпы отстают от Европы и Америки. Чтобы догнать лидеров, у нас появились два проекта: «Здравоохранение» и «Демография». По проекту «Здравоохранение» стоит план по достижению средней продолжительности жизни до 80 лет к 2030 году. Помочь в этом может мотивация к правильному питанию. Есть такая наука – геронтология, которая изучает особенности обмена веществ и национальные особенности старения людей. С возрастом отмечаются изменения почти во всех системах организма. Борьба с ними помогает правильное питание.

Питание современных пожилых людей стало иным по сравнению с тем, каким оно было еще 20 лет назад. Так, стали меньше есть картофеля, увеличилось потребление овощей и фруктов. Но все равно сбалансированность питания не дотягивает до нормы. Например, каждый россиянин в год съедает примерно на семь килограммов больше сахара, чем считается нормой потребления. Представьте себе, мы потребляем каждый год 31 килограмм сахара, при положенных 24 килограммах. Конечно же, такой переизбыток ведет к развитию различных неинфекционных заболеваний. Кроме того, многие люди до сих пор досаливают готовую уже соленую пищу. Как бы диетологи ни боролись с этой вредной привычкой.

Есть тенденция, что мяса в рационе пожилых людей становится больше. Это, с одной стороны, говорит о том, что уровень жизни стал выше. Казалось бы, хорошо. Но от этого нет пользы, люди стали съедать животного жира больше, чем им на самом деле требуется. Зато снижается потребление молока и кисломолочных продуктов, а они-то как раз важны для здоровья пожилых людей. Ведь молочные продукты полезны прежде всего для прочности костей, нормализации пищеварения и функционирования кишечника. Еще россияне редко принимают витамины. Это приводит к возникновению так называемых метаболических ножниц, когда человек избыточно потребляет макронутриенты: белки, жиры и углеводы, но в его рационе мало микронутриентов. Решается эта проблема легко: нужно употреблять с пищей биологически активные добавки – витаминно-минеральные комплексы. У 10–47 % россиян наблюдается дефицит витаминов группы В, D, реже – Е и С. Между тем при помощи правильного питания можно снизить смертность от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний примерно на 88 %. Поэтому слушайте советы диетологов и старайтесь придерживаться их. **ММС**

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ТРАВМА

На строителя с высоты 14-го этажа упал лист фанеры. Дежурные специалисты ГКБ № 17 ДЗМ выявили множественные открытые сегментарные переломы ребер (восемь справа и двух слева), костей правого предплечья, многооскольчатый перелом грудины, внутреннее кровотечение, случившееся из-за травмы внутренних органов.

Пациента прооперировали хирурги Карен Погосов и Юрий Подольский. Они выполнили ушивание разрыва печени, удалили оторвавшийся желчный пузырь, дренировали плевральные полости, провели хирургическую обработку ран области грудной клетки. Больного перевели в отделение реанимации. Его состояние осложнялось нестабильным переломом ребер и грудины. Пациент не мог самостоятельно дышать и поэтому был пе-

реведен на искусственную вентиляцию легких. Было очевидно, что пациенту требуется уникальная операция. Для ее выполнения в ГКБ № 17 ДЗМ пригласили главного внештатного специалиста-травматолога ДЗМ, профессора Вадима Дуброва и торакального хирурга, профессора Владимира Кузьмичева. Им помогли травматологи больницы Михаил Панин и Сергей Новиков. Специалисты провели хирургическую стабилизацию грудной клетки, остеосинтез третьего ребра специализированной промоделированной реберной пластиной, трансоссальную фиксацию четвертого и пятого ребер к грудине. Больше месяца реаниматологи, хирурги и травматологи ГКБ № 17 ДЗМ боролись с последствиями тяжелой сочетанной травмы: посттравматической пневмонией, абсцессами печени, сепсисом, полиорганной недостаточностью...



Фото: пресс-служба ГКБ № 17 ДЗМ

Усилия специалистов не прошли даром: пациента удалось поставить на ноги, и теперь он выписан домой. **ММС**

ОНКОЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Специалисты онкогинекологического отделения ГКБ имени Д. Д. Плетнева ДЗМ провели лапароскопическую операцию по экстирпации (удалению) органов женской репродуктивной системы пациентке весом 160 кг.



Фото: пресс-служба ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗМ

Показанием к такому радикальному методу лечения стало смертельно опасное злокачественное новообразование. В анамнезе пациентки множество сопут-

ствующих заболеваний: артериальная гипертония, сахарный диабет, варикозное расширение вен, заболевания сердца. Одна из основных причин их развития – морбидное ожирение. Все эти факторы усложнили работу анестезиологов и онкогинекологов. Однако благодаря преимуществам мини-инвазивных технологий удалось нивелировать риски осложнений, связанных с имеющимися метаболическими нарушениями и сопутствующими изменениями в органах и системах.

«Вынужден констатировать: более половины пациенток нашего отделения страдают от избыточной массы тела, что накладывает свои особенно-

сти на процесс лечения. Операционная бригада и лечащий врач сталкиваются с определенными сложностями в момент проведения оперативного вмешательства, а затем в восстановительном периоде. Однако благодаря используемым современным технологиям и профессионализму врачей удается избежать возможных осложнений, связанных с заболеваниями, сопутствующими ожирению», – прокомментировал заведующий онкогинекологическим отделением ГКБ имени Д. Д. Плетнева ДЗМ Владимир Вознесенский.

Операция прошла успешно, пациентка быстро восстановилась и выписана домой. **ММС**

ЛЮДМИЛА МИХАЛЕВА: «НУЖНО СЕРЬЕЗНО ЗАНИМАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ РЕФЕРЕНС-ЛАБОРАТОРИЙ»



– Людмила Михайловна, когда открылось патологоанатомическое отделение в ГКБ № 31 ДЗМ и какие исследования в нем выполняются?

– Патологоанатомическое отделение ГКБ № 31 ДЗМ создано в ноябре 1991 года, то есть ему 28 лет. За этот период объем работы у нас значительно возрос, оснащение и методики абсолютно соответствуют европейскому уровню. Кроме рутинного окрашивания гистологических срезов гематоксилином и эозином мы давно ввели в практику дополнительные окраски шифф-реактивом в сочетании с альциановым синим, по Маллори, конго-рот и суданом на криостатных срезах. А самое главное, мы широко применяем иммуногистохимическое исследование, без которого сегодня невозможно верифицировать гистогенез и степень агрессии онкологического процесса. Кроме того, уже более четырех лет мы выполняем молекулярно-генетическое исследование с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с акцентом на онкогенетику и инфекцию.

– Сколько исследований в год выполняет специалистами вашего отделения?

– По объему исследований в Москве за 2017 год мы заняли первое место, за 2018 год – второе место. Это соответствует примерно 210 тысячам патологоанатомических исследований прижизненной диагностики и более чем 2 тысячам патологоанатомических вскрытий. Отмечу, что более шести лет наше отделение выполняет одни из самых сложных патологоанатомических вскрытий, связанных с материнской смертностью. Это все умершие в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы беременные женщины, умершие в родах или в течение 42 дней после родов. Заключение по каждому случаю делает комиссия, состоящая примерно из 20 врачей различного профиля: акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, патологоанатомы и т. д. На такие вскрытия приглашаются все врачи, занимавшиеся пациенткой на любом этапе беременности и родов. В комиссионных

Работа патологоанатомов чаще всего ассоциируется со вскрытиями. Однако большая часть работы связана с прижизненной диагностикой. Директор НИИ морфологии человека, заведующая патологоанатомическим отделением ГКБ № 31 ДЗМ, д. м. н., профессор Людмила Михалева рассказала о том, в каком направлении развивается патологоанатомическая служба Москвы и чем подход российских специалистов отличается от практики зарубежных коллег.

вскрытиях принимают участие главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии Денис Проценко, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Антон Оленев, главный внештатный специалист по патологической анатомии Олег Зайратьянц. До начала аутопсии мы обсуждаем течение беременности с самого момента зачатия до драматического исхода, выявляя соматические заболевания, анамнестические данные, детально изучается медицинская документация. Только после четкого понимания имеющейся патологии беременности или родов либо имеющегося у женщины тяжелого заболевания мы переступаем порог секционного зала. Итог причины смерти на уровне проведенного макроскопического исследования подводит вся комиссия общим решением. Следующим этапом идет микроскопическое исследование, нередко с применением иммуногистохимического и молекулярно-генетического методов. Заключительный патологоанатомический диагноз подписывается патологоанатомом, проводившим исследование, заведующим отделением – мной и главным патологоанатомом ДЗМ. В дальнейшем этот случай разбирается как минимум дважды – внутри конкретной медицинской организации, где наступила смерть, и на клинично-анатомическом разборе в Департаменте здравоохранения Москвы. Нередко родственники не могут понять, почему их молодая супруга или дочь умерла, поэтому возникает и судебно-медицинская экспертиза, для которой мы предоставляем все необходимые медицинские документы, макрофотографии и многочисленные стеклопрепараты.

– Но где проходят патологоанатомические вскрытия? Ведь в ГКБ № 31 нет морга.

– Мы выполняем эту работу на базе Научно-исследовательского института морфологии человека. Наши патологоанатомы ежедневно, включая субботние и праздничные дни, трудятся на базе двух учреждений. График дежурств уже хорошо отработан.

– Вернемся к прижизненной диагностике. Какие исследования выполняются чаще всего?

– 50–60 % нашего материала прижизненной диагностики относится к онкологии. Это и доброкачественные, и злокачественные опухоли эпителиального и неэпителиального происхождения любой локализации. Наша больница ис-следует колоссальный объем опухолей

урологического, хирургического и гинекологического профиля. На высочайшем уровне специалисты-урологи выполняют биопсию предстательной железы, как правило, забирая ее маленькие кусочки из 12 участков. Это достаточно сложная манипуляция для уролога. И не менее сложные исследования для нас, патологоанатомов, поскольку в маленьком фрагменте мы должны с уверенностью и точно определять, доброкачественная это опухоль или нет. Не всегда в этой ситуации можно разобраться на уровне препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином. Практически в каждом втором случае мы переходим на следующий этап исследования с того же парафинового блока – иммуногистохимическое исследование. Очень большой объем в урологической клинике занимают опухоли почки, как правило, злокачественные. Чаще всего встречается почечно-клеточный рак, который сегодня может быть прооперирован с сохранением органа благодаря роботу Da Vinci. Встречается и очень много больших опухолей мочевого пузыря, которые в нашей больнице в скором времени будут лечиться при помощи лазерной установки. А это означает, что патологоанатомы снова должны перестраиваться, потому что мы постоянно должны быть на одном уровне с клиницистами всех специальностей.

– Патологоанатомы обучаются так же интенсивно, как и врачи других специальностей?

– Раз в год осенью патологоанатомы собираются на Европейском конгрессе. С этой целью мы высылаем в оргкомитет свой материал для устного, электронного или стендового доклада о наших достижениях в научно-практических исследованиях за прошедший год. Четыре дня идет напряженная работа. Мы должны посетить все секции и понять, что в Европе произошло за год в патологической анатомии, чтобы ни на один дюйм не отстать от наших зарубежных коллег. Мы покупаем всю новую литературу, потому что каждый год дополнительно появляются новые антигены, которые нам помогают разобраться в трудных диагнозах. Работа с онкологическим материалом крайне сложна, заключение должны выносить минимум два-три специалиста. Так обстоит дело в европейской, японской и американской школе патологов.

– Сильно ли отличается специфика работы российских патологоанатомов от подходов зарубежных коллег?

– В 2014 году я выезжала на стажировку в Японию в Токийский институт рака

и обучалась там три недели. У них каждый патолог занимается своим профилем. Я попала к врачам, которые диагностируют заболевания органов пищеварения: желудка и кишечника. Печень исследует уже другой коллектив патологов. Обычно в такую команду входит от четырех до семи человек, среди которых патологоанатомы и лаборанты-техники. Каждый стеклопрепарат у японцев просматривается в несколько этапов: на первом смотрит начинающий врач, типа нашего ординатора с опытом работы не более двух лет, затем передает образец врачу, у которого стаж пять-семь лет. Завершает исследование заведующий отделом. В заключении – три подписи. У нас в отделении вторая подпись ставится в случае консультации заведующим.

– Как сегодня развиваются патологоанатомические отделения в Москве?

– В нашем городе значительно улучшилось оснащение. Новое оборудование позволяет ускорить время исследования. Заключение о патологическом процессе в органе или ткани мы можем дать в течение 2–3 суток. Раньше это занимало от 10 дней до месяца в отдельных случаях. Современное оборудование было закуплено в масштабном объеме в 2013 году для всех патологоанатомических отделений ДЗМ. В этот период министром здравоохранения города Москвы был Георгий Голухов, а главным специалистом по патологической анатомии – я. Мы постарались учесть потребности всех отделений нашего профиля в городе. Представьте себе, до этого времени в некоторых больницах патологоанатомы работали на харьковском микротоме, изготовленном в 1967 году. Материал заливали в целлоидин. Сейчас у всех – самое современное оборудование немецкого или японского производства.

Сейчас очень важно внедрить телемедицину, с помощью которой в электронном формате гистологическое изображение отсылается на консультацию специалисту из России, Европы, Японии или Америки. Так можно получить второе мнение от эксперта, которому доверяешь, но он далеко находится. Крайне важные и референс-лаборатории, которых пока что в России и Москве мало. Референс-лаборатории выдают заключительное экспертное слово. Если патологоанатому попался очень сложный случай, в котором он не может разобраться, то он имеет право обратиться к экспертам. Нужно серьезно заниматься развитием и расширением референс-лабораторий. **ММГ**

Евгения Воробьева

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

12 ноября на площадке Экспоцентра состоялся форум с международным участием «Социология здоровья». Основной темой мероприятия стало обсуждение вопросов пациентоориентированности в медицине. Организатором форума выступил НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ.



Форум состоялся впервые. Его основная задача – «познакомить» представителей медицинского сообщества и социологов, наладить диалог между специалистами. В формате открытой дискуссии российские и зарубежные эксперты обсудили вопросы эволюции здравоохранения в социальном аспекте, практического использования социологии в управлении здравоохранением, новые междисциплинарные подходы к повышению качества медицинской помощи.



Открывая пленарное заседание, **Елена Хавкина, заместитель руководителя ДЗМ**, отметила: «Сегодня слово

«пациентоориентированность» стало уже узнаваемым. Современная медицина сфокусирована на пациенте. Это касается и работы приемных отделений больницы, и организации медицинской помощи в целом».



Мелита Вуйнович, представитель Всемирной организации здравоохранения в России, обратила внимание на

необходимость обратной связи с населением. Насколько люди удовлетворены качеством оказываемой медицинской помощи? Чего они ожидают в будущем от системы здравоохранения? В поиске ответов на все эти вопросы медикам могут помочь социологи. По словам эксперта, многие проблемы в медицине возникают из-за недостатка коммуникаций между врачом и пациентом. «Надо разъяснять людям сложные медицинские термины, говорить с ними простым языком. То, что врачу понятно, может быть непонятно пациенту. Мы много говорим о пациентоориентированности, и это как раз способ двигаться в этом направлении», – заключила представитель ВОЗ.



Элен Кульман, руководитель исследовательской группы Института социальной эпидемиологии, социальной медицины и исследования систем здравоохранения Высшей медицинской школы Ганновера, заострила внимание на том, как социология может

помочь в управлении здравоохранением: «Применение на практике социологических теорий управления позволяет систематизировать и объединять организационные изменения в медицинских учреждениях, внедрять новые формы управления, а также новые подходы в развитии самих медицинских профессий».



Медицина – особая сфера, сочетающая в себе не только новые технологии и методики лечения, но и заботу о здоровье

населения, включая раннюю диагностику и профилактику. Растет и роль самого человека в поддержании здоровья. **Кирилл Родин, директор по работе с органами государственной власти ВЦИОМ, член Общественного совета при Минздраве России**, подчеркнул: «В социологии здоровья важно соблюсти баланс и говорить не только про лечение, качество медицинского обслуживания, но и обратить внимание на практики здорового образа жизни, которые позволяют человеку не болеть и долго оставаться здоровым». Здоровье для человека является абсолютной ценностью, но придерживаться ЗОЖ и заниматься спортом, по данным соцпросов, готовы далеко не все: «Мы ждем больших изменений, но для того чтобы произошел рывок, нужны большие усилия, в том числе и со стороны исследовательского сообщества», – добавил эксперт.



Забота о здоровье, или ЗоЗ, является важнейшей социальной установкой, считает **Александр Ослон, президент Фонда «Общественное мнение»**:

«Это фундамент, часть сознания, то, что нельзя померить или изменить. Забота о здоровье проявляется через образ жизни человека. Считается, что уровень здоровья человека на 15 % обусловлен наследственностью и средой, на 10 % связан с деятельностью системы здравоохранения и на 60 % – условиями и образом жизни человека». Как отметил эксперт, люди, которые готовы пропагандировать здоровый образ жизни, могут стать «послами здоровья». И чем больше их будет, тем скорее в обществе наметится сдвиг фундаментального для общественного здоровья фактора ЗоЗ, подчеркнул А. Ослон.



Мивако Хосода, президент исследовательского комитета «Социология здоровья» Международной социологической ассоциации, вице-президент университета Сейса, рассказала о системе здравоохранения Японии и продемонстрировала примеры реализации медико-социальных проектов пациентских организаций страны, направленных на борьбу с различными заболеваниями: «Раньше считалось, что ответственность за здоровье пациента полностью несет врач. Сегодня на развитие взаимоотношений пациентов и медработников влияет как социальный фон, так и распространение концепции биоэтики, расширение прав пациентов и демократизация здравоохранения. В идеальной модели управления здравоохранением участвуют все стороны, включая самих пациентов, имеющих возможность высказывать свое мнение».



Георгий Костюк, главный внештатный специалист-психиатр ДЗМ, главный врач ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ, поднял тему когнитивного здоровья в условиях роста продолжительности жизни в стране. В качестве примера он привел развитие «Клиник памяти». В этих центрах москвичи старшего возраста со сниженными познавательными и мыслительными функциями получают квалифицированную помощь профильных специалистов. «Психиатры сталкиваются с пациентами на поздних стадиях заболевания, когда они нуждаются в частичном или полном уходе. Поэтому нужно развивать те формы помощи, которые способны предупредить развитие деменции: то есть на уровне профилактики, предупреждения заболевания. Тогда ожидаемым результатом станет увеличение продолжительности именно здоровой жизни».



Наталья Присяжная, заместитель директора по научной работе Института социальных наук Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, представила доклад, подготовленный совместно с директором Института социальных наук Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, академиком РАН Андреем Решетниковым, в котором обозначила основные перспек-

тивы и риски здорового будущего. «Наша жизнь меняется, мы становимся другими, но не успеваем осознавать эти изменения. Самые большие риски связаны с тем, что люди приходят не к осмыслению проблем, а к реагированию: шаблонные реакции на шаблонные высказывания, то, что сегодня называют «эффектом Google». Человек не может выйти из цифрового потока, меняется структура жизненных ценностей, а также ожидания от медицины».

Деловая программа форума включала пленарное заседание и работу четырех секций, каждая из которых была посвящена наиболее актуальным вопросам, находящимся на стыке социологии и медицины. Также в рамках форума состоялся финал конкурса молодых исследователей, по результатам которого жюри определило тройку лидеров. Первое место поделили сразу две работы коллектива проектного офиса ГКБ № 52 ДЗМ. Второе место у Молодежного совета ДЗМ и московского отделения движения «Волонтеры-медики», третье – у группы исследователей из Екатеринбурга. Все финалисты получили памятные призы, а также возможность опубликовать научную статью в журнале «Московская медицина». И еще небольшой штрих к «портрету» форума: он был аккредитован комиссией Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМО). А это значит, что все участники, посетившие пленарное заседание и секции, прошли повышение квалификации и получили 6 баллов по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».



Подводя итоги, **директор НИИОЗММ ДЗМ Елена Аксенова** отметила: «Форум прошел на высоком профессиональном уровне. Он собрал звездный состав спикеров, которые развивают это направление, разрабатывают эффективные инструменты для оценки системы здравоохранения и ее дальнейшего развития. На основе социологических исследований, обратной связи от пациентов принимаются сегодня все управленческие решения в городской системе здравоохранения. Руководство Москвы делает все для того, чтобы каждый столичный житель мог сказать, что качество столичной медицины – лучшее в мире». **MMC**

Ирина Степанова



ЗАДАЧИ НЕОНАТОЛОГИИ

В Российском национальном исследовательском медицинском университете имени Н. И. Пирогова прошла конференция «Здоровье женщины: от прошлого к будущему». Мероприятие было приурочено к 110-летию кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета.



На открытии конференции ведущие специалисты Москвы обсудили дискуссионные вопросы преждевременных родов. Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, профессор, д. м. н. Юлия Доброхотова отметила, что рождение каждого ребенка – это чудо, особенно если роды были сложными. Сотрудники кафедры не покладая рук трудятся по 14 направлениям акушерства и гинекологии, стремясь совершенствовать их.

Сегодня неонатологи и детские реаниматологи-анестезиологи научились выхаживать младенцев с экстремально низкой массой тела от 500 грамм. Врачи сходятся во мнении, что основная проблема заключается даже не в том, чтобы малыш выжил. У большинства выживших недоношенных детей наблюдаются серьезные заболевания, приводящие к инвалидности. Член Комитета Госдумы по охране здоровья, д. м. н. Татьяна Цыбизова отметила, что лечение и обеспечение достойного уровня жизни таких детей, а затем и взрослых граждан, дорого обойдется государству: «Каждый год в мире появляется на свет около 15 млн недоношенных детей. Это около 10 % всех новорожденных. По данным ВОЗ, из преждевременно рожденных на сроке 22 недели выживают только 6 %. Инвалидность среди таких детей составляет 100 %. На сроке гестации 28 недель выживаемость новорожденных составляет 92 %, а инвалидность наблюдается у 43 % из них».

Татьяна Цыбизова напомнила, что проблемы неонатального периода никуда не исчезают с возрастом. Соответственно, все паллиативные и социальные службы России должны быть готовы обслуживать возрастающее количество инвалидов. Врачи упорно работают над предотвращением такой ситуации через уменьшение числа преждевременных родов. Но при-



рода их наступления пока что до конца не ясна, действенных безопасных методов еще не найдено.

Д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета РНИМУ имени Н. И. Пирогова Павел Козлов: «Ни одна даже самая развитая страна мира не смогла снизить число преждевременных родов на протяжении последних десяти лет. Частота преждевременных родов в мире колеблется на уровне 18 % от общего числа. В Российской Федерации показатель составляет от 5 до 12,7 %. Большая часть преждевременных родов касается сроков 32–37 недель, то есть рождаются абсолютно жизнеспособные дети. Менее 10 % преждевременных родов на сроке от 22 недель гестации. На свет появляются малыши с экстремально низкой массой тела, из них большинство мертворожденные, у выживших высока инвалидизация».

Профессор связывает эти показатели с тем, что в Москве уже более 50 % первородящих женщин находятся в возрасте старше 30 лет. Сейчас для предотвращения преждевременных родов врачи практикуют серкляж шейки матки.

Профессиональное сообщество сошлось во мнении, что российским докторам не хватает четких критериев живорождения для детей, появившихся на свет с массой тела меньше 500 грамм. Живорожденными считаются дети, рожденные на гестационном сроке 22 недели и массой от 500 грамм, прожившие более семи суток. Важность решения этого вопроса осветил заведующий консультативно-диагностическим отделением Перинатального центра ГКБ № 24 ДЗМ, к. м. н., доцент Павел Кузнецов: «Самый маленький наш пациент весил при рождении 450 грамм. Он выжил вопреки всем прогнозам врачей и сейчас растет и развивается, как все дети. Несмотря на вышедшие поправки к приказу Минздрава РФ 775Н, уточняющие критерии живорождения, у врачей осталось много вопросов. У нас есть два отдельных журнала. В одном регистрируются роды, в другом выкидыши. Если рождается ребенок с массой тела меньше 500 грамм, то мы записываем его в журнал выкидышей. Но если младенец проживет семь дней, что нам делать? Вычеркивать из журнала выкидышей и переписывать в журнал родов? Или оставлять в журнале выкидышей, и получается, что выжил выкидыш».

Он отметил, что в ГКБ № 24 ДЗМ существует традиция: устраивать фотосессии для выписывающихся недоношенных детей и раз в год собирать своих «выпускников», фиксируя на фото, как они растут и развиваются. Павел Кузнецов уверен, что такая обратная связь от пациентов оказывает положительное влияние на работу врачей, которые делают большие успехи в выхаживании недоношенных младенцев: «В Москве за последние 6 лет показатель выживаемости младенцев с экстремально низкой массой тела возрос практически на 20 % и приближается к 80 %. Перед нами стоит цель, чтобы в следующем году 75 % преждевременных родов происходили в стационарах 3-го уровня, где есть все возможности для оказания специализированной помощи. Таких перинатальных центров в столице пока всего пять, но они грамотно рассредоточены».

Профессор, д. м. н. Раиса Шалина с сожалением заметила, что, несмотря на усилия реаниматологов и неонатологов, дети, рожденные до 26 недель гестации, часто погибают на втором этапе выхаживания или до достижения совершеннолетия. Врачи делают все возможное, чтобы как можно дольше сохранять беременность и внутриутробный период развития

малыша, но не всегда эти попытки увенчиваются успехом: «При преждевременном излитии околоплодных вод 83 % детей рождаются с теми или иными инфекционными осложнениями. Мы прошли период пролонгирования беременности при излитии околоплодных вод и сохранения гестации до 28 недель. Мы идем к родителям и обязательно объясняем последствия сохранения беременности и рождения недоношенных детей. Конечно, только родителям решать, что делать: пролонгировать беременность или прерывать ее».

Раиса Шалина добавила, что этическая сторона вопроса рождения и выхаживания недоношенных детей не решена во многих странах мира. К сожалению, не все семьи понимают: сохранение ребенка с экстремально низкой массой тела часто означает, что на их плечи в дальнейшем лягут заботы об инвалиде.

Д. м. н., профессор, член Исполкома Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, член Европейского Общества по неонатологии и Европейского Общества по исследованиям в педиатрии, генеральный секретарь Всемирной Ассоциации по перинатальной медицине Марина Дегтярева отметила, что понятия «живорождение» и «жизнеспособность» необходимо разделить на законодательном уровне: «Мы должны понимать: выжившие детки с экстремально низкой массой тела и даже выпивавшиеся из стационара могут погибнуть уже на домашнем этапе или в других стационарах. Очень часто это отсроченная летальность. Некоторые такие дети в инвалидных колясках выживают до 13 лет и погибают на руках у родителей. Этого, как правило, не видят акушеры и реаниматологи, а видят врачи отделений катмнеза, неврологи. Мы знаем, что даже доношенный ребенок может родиться нежизнеспособным в силу имеющегося врожденного порока развития. Нам не дано предугадать, как сложится судьба того или иного малыша. Поэтому поступать нам нужно по принципу „делай, что должен, и будь что будет“».

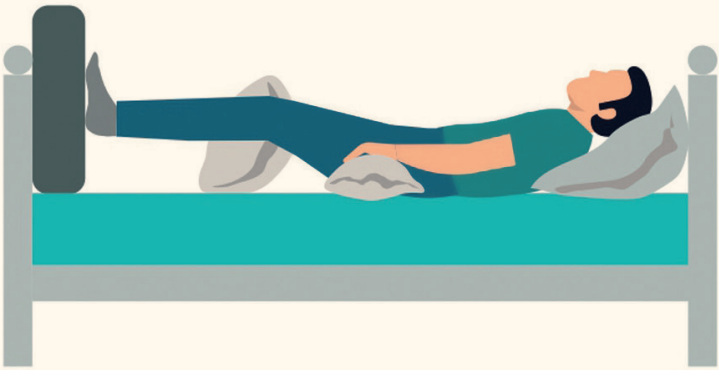
Марина Дегтярева призвала неонатологов настраивать мам на грудное вскармливание и сохранение грудного молока – самого лучшего и естественного лекарства для младенца. Даже одна капля введенного молозива снижает риск развития сепсиса и других осложнений у ребенка, родившегося раньше срока. **ММС**

Евгения Воробьева



ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА КРОВАТИ

ЗОНЫ ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ЗАВИСЯТ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА



НА СПИНЕ:

затылок, плечи и лопатки, локти, копчик и ягодицы, пятки.

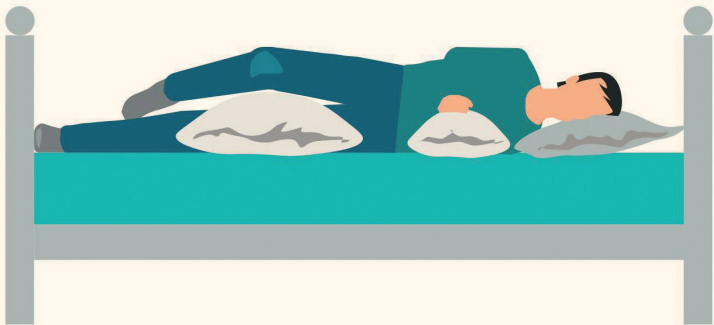
Чтобы предупредить образование пролежней, нужно подкладывать подушки под руки, пальцы при этом расправлять. Между ног тоже нужно положить подушку. При этом ноги должны иметь упор под 90 градусов: либо в стенку, либо в валик.



НА ЖИВОТЕ:

локти, грудная клетка, половые органы, колени, тыльная поверхность стоп.

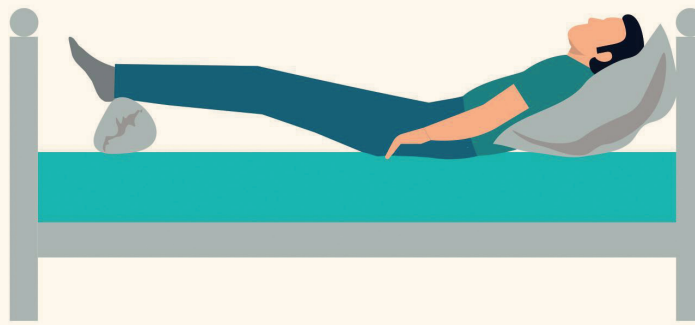
Подушки размещают под руками, головой и ногами.



НА БОКУ:

голова, уши, плечо, локоть. Бедро, выступы бедренной кости, внешняя сторона голени, щиколотки.

Подушка укладывается под голову таким образом, чтобы сохранялся один уровень с телом. Верхнюю руку уложить на подушку, как и верхнюю согнутую в колене ногу. Нижняя нога должна оставаться позади в выпрямленном состоянии. Стопу следует упереть в какую-либо поверхность под 90 градусов.



ПОЛУСИДЯ/ ПОЛУЛЕЖА:

плечи, лопатки, копчик и ягодицы, икры, пятки и стопы.

Чтобы обезопасить пятки от образования пролежней, две подушки нужно свернуть треугольниками и положить на них ноги. Так образуется своеобразный мягкий карман, который поможет снять излишнее давление, сохраняя при этом упор ног. Если же пролежни уже образовались, то щиколотки нужно положить на подушки таким образом, чтобы пятки не касались никаких поверхностей.

4 СТЕПЕНИ ПРОЛЕЖНЕЙ

I – на коже появляются красные, фиолетовые или синие пятна, которые не проходят, если давление прекращается.

II – на коже появляются пузыри или неглубокая язва на верхних слоях кожи.

III – язва поражает мышечный слой, могут быть различные выделения из раны.

IV – некроз, который выглядит как черная корка. В ране может образоваться гной. Трофические изменения затрагивают сухожилия и (или) кости.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ:

Ноги больного можно перебинтовать эластичным бинтом, начиная с голеностопа и спускаясь к пятке. Забинтовывать ли пятку, мнения расходятся. Если больной может самостоятельно менять свое положение, то пятки лучше оставить открытыми, потому что повязка с них будет сползать.

Бинт накладывается тур к туру в виде колоска или елочки. Туго бинтовать нельзя.

Периодически повязку нужно снимать и проверять, нет ли отметин на коже. Можно просунуть под бинт палец, и если он свободно проходит, значит, повязка наложена правильно.

Обратите внимание, что бинты должны быть чистые, но не глаженные. После использования их нужно аккуратно сворачивать: если хранить в скомканном виде, они теряют свои свойства.

ОБРАЩАТЬСЯ К ВРАЧУ НУЖНО, ДАЖЕ ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ОБРАЗОВАЛИСЬ ПРОЛЕЖНИ I СТЕПЕНИ.



Евгений Кондратьев,
заведующий отделением паллиативной медицинской помощи
ГКБ № 51 ДЗМ

«Часто, когда родственник остается в квартире один на один с лежащим пациентом, он даже не знает, с какой стороны к нему подойти, какие действия правильные, а какие нет. Как перевернуть больного, что делать в случае возникающих проблем. Это все приводит к возникновению пролежней, контрактур, гипостатических пневмоний с последующей госпитализацией. Этого можно избежать, если обеспечить правильный уход. Еще один аспект: сиделки, которые нанимаются на дом, в большинстве своем не имеют нужной квалификации. Наличие знаний о правильном уходе значительно улучшит качество жизни самого больного и его родственников».

КАКОЙ ВЫБРАТЬ СПОРТ ДЛЯ СЕБЯ И РЕБЕНКА

Среди москвичей всех возрастов спорт становится все популярнее. Медосмотр и медицинские справки – не пустая формальность, объясняет Владимир Павлов, д. м. н., заведующий отделением функциональной диагностики Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, вместе с коллегами – членом-корреспондентом РАН Викторией Бадтиева и главным внештатным специалистом по спортивной медицине ДЗМ, профессором Зурабом Орджоникидзе. А заодно они делятся советами для любителей спорта.



СПОРТИВНЫЕ ГЕНЫ

Было бы удобно привести ребенка к генетику и получить рекомендацию: ваша девочка может стать чемпионом в легкой атлетике, а ваш мальчик – в тяжелой. Но сегодня стало очевидно, что пока еще мы не знаем всех необходимых параметров. Есть интересные исследования о красных и белых мышечных волокнах – «медленных» и «быстрых». У кого больше быстрых (белых), тот скорее преуспеет в силовых тренировках. У кого больше красных («медленных»), тот заведомо более вынослив. Но сами собой успехи и высокие достижения не появятся, это уже вопрос – развивать или не развивать эти задатки.

То есть при одинаковых тренировках дети с сильными природными данными уйдут далеко вперед. Заведующая филиалом № 1 МНПЦ МРВСМ Виктория Бадтиева рассказывает: «Мы проводили генетические исследования, смотрели генетический профиль, в частности, Михаила Кокляева, некогда самого сильного человека России. И с удивлением обнаружили, что его профиль идентичен профилю одного доктора весьма скромной комплекции, очень невысокого и щуплого. Это показалось нам какой-то ошибкой. Но когда Кокляев прислал свое фото в юности, мы увидели такого же щуплого юношу». Сегодня считают, что наиболее подверженные генетическому влиянию в спорте – это гибкость и ловкость. Их тоже можно тренировать, но одним «дано», а другим – нет.

Надо учитывать факт, что у органов и систем есть свои критические периоды формирования. Так, аэробная система энергообеспечения, тесно сопряженная с функцией красных (медленных) мышечных волокон, формируется преимущественно в подростковом возрасте, тогда как сила и мощь (качества, связанные с деятельностью белых, быстрых мышечных волокон) развиваются преимущественно во взрослом периоде.

«Незнание физиологии спорта врачами и тренерско-преподавательским персоналом приводит к тому, что в критические возрастные периоды не уделяется должного внимания тренировкам соответствующей направленности либо, напротив, даются нагрузки, которые не могут дать эффекта и являются вредными и нефизиологичными для данного возраста, – говорит Владимир Павлов. – Так что генетический потенциал имеет в конкретных условиях свой существенный лимит реализации».



В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НЕОБХОДИМ СПОРТИВНЫЙ ВРАЧ

«Специалист спортивной медицины может и должен определять уровень тренированности молодого спортсмена, выявлять особенно перспективных детей,

отличая их физиологические изменения, связанные с эффектом регулярных физических нагрузок, от схожих с ними проявлений патологических процессов, – объясняет Владимир Павлов. – В клинической педиатрии традиционно показатели, выходящие за границы соответствующих центильных значений, расцениваются как патологические изменения, тогда как спортивный врач может и должен дифференцировать их от проявлений суперкомпенсации, свойственных наиболее тренированным и перспективным индивидуумам. Их единицы, меньше 1%, но именно они зачастую добиваются наибольших успехов в спорте».

Наибольшие вопросы у педиатра в этом отношении вызывают обычно брадикардия, большие размеры камер сердца, изменения ЭКГ и др. Так, для педиатра, например, увеличенные камеры сердца – это признак опасного заболевания, тогда как для спортивного врача этот факт может быть признаком огромного резерва при кардионагрузках. «Для нас нет просто ЭКГ или просто ЧСС отдельно от человека, которому они принадлежат, важно понимать, кто этот человек, его реакцию на нагрузки, его физиологические резервы, воспринимать ситуацию в комплексе. А если непосвященный доктор увидит показатели крови спортсмена сразу после серьезной нагрузки, он придет в ужас, потому что они часто выглядят жизнеугрожающими», – поясняет Владимир Павлов.

Таким образом, подготовка спортивного врача – чрезвычайно ответственный процесс. Врачи этой специальности должны обладать специфическими познаниями как в медицине, так и в смежных отраслях: физиологии, биологии, педагогике и др.



НЕУГОМОННЫЕ ПОДРОСТКИ

Ни для кого не секрет, что дети, активно занимающиеся спортом, уже и с 14 лет могут становиться чемпионами, состязаются наравне со взрослыми. Но не в каждом виде спорта это возможно.

По многим антропометрическим параметрам подросток может проходить как взрослый, однако по физиологическим канонам остается ребенком. «Случалось, что хоккейные тренеры просили: напишите в справочке, что ребенок 16 лет может играть со взрослыми. Мы категорически этого не делаем. По очень веским причинам, – объясняет Владимир Павлов. – Костная система – ведущий ориентир в диагностике возраста, и она развивается строго по графику. Как это связано с кардиологией? Существует очень печальный диагноз: «сотрясение сердца» (commotio cordis) – смерть при ударе в грудную клетку от остановки кровообращения при отсутствии значимых структурных повреждений. Если сходятся определенные неблагоприятные закономерности: удар определенной



ТРИ ВАЖНЫХ СОВЕТА СПОРТСМЕНАМ-ЛЮБИТЕЛЯМ

1. ПРО СОН

«Хороший спортсмен должен в 11 вечера уже спать, – уверяет Зураб Орджоникидзе. – Я всегда проповедую: самый хороший и правильный сон от 11 вечера и до 2 часов ночи, потому что мозг полностью освобождается от всего лишнего, а эндокринные процессы еще не начались (выброс кортизола, адреналина и т. д.). На их фоне сон более поверхностный».

2. ПРО ПИТАНИЕ

Питание в спорте имеет почти такое же значение, как и тренировки. Однако сегодня под спортивным питанием часто подразумевают белковые коктейли. И это неверно. Спортивное питание означает правильный режим: правильные продукты в правильное время. Например, есть понятие «углеводное окно»: после тяжелой нагрузки необходимо принять углеводную пищу (шоколадку, булочку, банан) в течение полутора часов, тогда углеводный баланс восстанавливается в течение суток максимум. А если это сделать позднее, то он восстановится через несколько суток. Результат – нехватка энергии на ближайшей тренировке или соревнованиях.

3. ПРО КОМПЛЕКСИЮ

Каким бы видом спорта ни занимались спортсмены, у всех жира будет минимум (кроме борцов сумо). При этом марафонец поджарый, худой, легкий. А при силовых нагрузках тело становится крупным, мышечная масса огромная. Общепринятый критерий индекса массы тела (масса, деленная на рост в метрах, возведенный во вторую степень) в этих случаях не работает – у первого он может показать дефицит веса, а у второго – избыточную массу. Тем не менее случается, что на фоне смещения тренировочного режима (например, пренебрежение кардионагрузками при активных силовых тренировках) параллельно с нарастанием мышечной массы может нарастать одышка, выносливость будет почти как у больного сердечной недостаточностью. Поэтому очень важно тренироваться гармонично, развивать и красные, и белые мышечные волокна, не впадая в крайности.

силы, попадание в определенную проекцию зоны сердца и в определенную фазу сердечного цикла – развивается фибрилляция желудочков. У подростков, какими бы сильными они ни были, грудная клетка еще незрелая. Об этом состоянии, на самом деле, знают немногие. Поэтому ставить вместе молодого спортсмена и уже зрелого зачастую чревато неблагоприятными последствиями».



НАС МИЛЛИОНЫ

За последние семь лет количество людей в Москве, которые стали заниматься физической активностью, увеличилось в три раза. По данным Москомспорта, сегодня в нашем городе 4 млн спортсменов-любителей. «Все любители, участвующие в марафонах, велоездах и т. д., – объясняет Виктория Бадтиева, – должны получить допуск и обследоваться, чтобы не возникло никаких неприятных ситуаций. И очень часто врачи на местах не понимают этой специфики». Поэтому, когда люди всерьез решают заняться спортом, имеет смысл обратиться в физкультурный диспансер – один из филиалов МНПЦ. **ММС**

УХАЖИВАЕМ ЗА ЗУБАМИ

Москвичи продолжают восполнять пробелы в знаниях благодаря рубрике «Задай вопрос врачу» на сайте НИИОЗММ ДЗМ. На связи с пациентами заведующий организационно-методическим отделом по стоматологии НИИОЗМ ДЗМ Александр Еремин.



МОЖНО ЛИ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНЫМ ПОРОШКОМ?

Зубной порошок – грубый абразив, его частицы могут вызвать истирание эмали и повышение чувствительности зубов. А еще он, как правило, не содержит компонентов для профилактики заболеваний зубов и десен. Кроме того, использование порошка из одной коробки всеми членами семьи негигиенично! Поэтому стоит предпочесть зубную пасту.

КАК ПОДОБРАТЬ ЩЕТКУ: МЯГКАЯ, СРЕДНЯЯ, ЖЕСТКАЯ – КАКАЯ РАЗНИЦА?

В выборе зубной щетки стоит прежде всего следовать рекомендациям вашего стоматолога. Мягкую зубную щетку рекомендуется использовать детям до 10–12 лет (соответственно возрасту, указанному на упаковке), а также при воспалении десен и повышенной чувствительности зубов. Детям старше 12 лет и взрослым лучше пользоваться щеткой средней жесткости. Жесткие зубные щетки использовать не рекомендуется: они могут травмировать эмаль и десну; так же как и щетки с натуральной щетиной – негигиеничны. В канале, расположенном внутри щетинок, накапливаются и размножаются микроорганизмы. Кроме того, щетки с натуральной щетиной плохо сохраняют форму – срок их службы составляет 2–3 месяца.

КАК ЧАСТО ПРИДЕТСЯ МЕНЯТЬ ВИНИРЫ?

Виниры, изготовленные из композиционных материалов, могут служить 5–7 лет. Но нужно поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и посещать стоматолога не реже одного раза в 6 месяцев. В противном случае виниры могут достаточно быстро утратить эстетический вид. Срок службы керамических виниров практически неограничен, если соблюдать осторожность при нагрузке (накусывании), так как возможны сколы. Если винир отклеился, его нужно сохранить и обратиться к стоматологу для повторной фиксации.

ЧТО ТАКОЕ ИРРИГАТОР, ВСЕМ ЛИ ОН НУЖЕН?

Ирригатор – это устройство, которое с помощью водной струи позволяет удалить из межзубных промежутков и других труднодоступных мест полости рта остатки пищи и зубного налета. Режим «душа» эффективен для гидромассажа десен и улучшения их кровоснабжения. Ирригатор особенно необходим пациентам с брекет-системами, мостовидными протезами, стоматологическими имплантатами, а также при заболеваниях пародонта (воспалении десны), но и в других случаях его использование повышает качество ухода за полостью рта. Использовать ирригатор можно как с водой, так и с антисептиками, ополаскивателями по рекомендации стоматолога. Следует помнить, что ирригатор не заменяет чистку зубов щеткой и пастой, а дополняет ее.

МОЖНО ЛИ ГЛОТАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ ИЛИ ОПОЛАСКИВАТЕЛЬ ПОЛОСТИ РТА?

Зубную пасту и ополаскиватель глотать, конечно, нежелательно. Но поскольку все активные вещества в средствах гигиены полости рта содержатся в низких концентрациях, особого вреда здоровью случайное заглатывание не принесет. Ребенку, проглотившему немного фторидсодержащей пасты или ополаскивателя, можно дать стакан молока. Чистку зубов у детей младше 12 лет должны контролировать взрослые!

КАК ПРАВИЛЬНО ПОДБИРАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ? ДЛЯ КОГО ПОКАЗАНА ФТОРИРОВАННАЯ ЗУБНАЯ ПАСТА?

Зубную пасту нужно подбирать в зависимости от возраста и состояния полости рта, поэтому необходимо следовать рекомендациям стоматолога. Фторидсодержащую зубную пасту рекомендуется использовать детям с 2 лет (но детскую) и взрослым для профилактики кариеса и укрепления эмали зуба. Количество зубной пасты для однократной чистки у детей – с ноготь мизинца ребенка. Противопоказание к использованию фторидсодержащих зубных паст – проживание в районе с повышенным содержанием фторидов в питьевой воде, когда есть риск развития флюороза зубов. Для профилактики и лечения воспаления десен используют зубные пасты с экстрактами лекарственных растений. Если паста содержит сильные антисептики (например, хлоргексидин), ее рекомендуется использовать не более двух недель, до устранения симптомов воспаления десны. Людям с повышенной чувствительностью зубов (реакцией зубов на холодное, кислое, сладкое и т. д.) подойдут пасты для чувствительных зубов. **ММС**

Календарь событий 2019 г.

28 ноября с 12:00 до 13:30	Мастер-класс «Ловцы снов» в рамках психопросветительского фестиваля PSYFEST 📍 ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ, ул. Б. Новодмитровская, д. 36, Дизайн-завод «Флакон».
28 ноября с 14:00 до 15:00	Лекция «Опухоли яичников. Когда оперировать?» 📍 ГКБ им. В. В. Виноградова ДЗМ, ул. Вавилова, д. 61, корп. 1, конференц-зал.
28 ноября с 14:00 до 14:00	Научно-практическая конференция «Проблемные вопросы интерпретации данных в ДНК-идентификации» 📍 Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ, Тарный пр., д. 3.
29 ноября с 14:00 до 15:00	Лекция «Профилактика инфаркта миокарда» 📍 Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ, ул. Стартовая, д. 4.
29 ноября 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».
30 ноября с 10:00 до 10:00	Лекция «Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)» 📍 ГКБ № 52 ДЗМ, ул. Пехотная, д. 3, корп. 16.
30 ноября с 14:00 до 15:30	Мастер-класс «Территория игры» в рамках психопросветительского фестиваля PSYFEST 📍 Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ, ул. Б. Новодмитровская, д. 36, Дизайн-завод «Флакон».
30 ноября с 10:00 до 10:00	Семинар «Поражения почек при системных заболеваниях» в рамках «Школы московского ревматолога» Бизнес-центр «Атмосфера», ул. Суцеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».
3 декабря	Конференция «Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Возрастной аспект» Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, ул. Трубецкая, 8, конгресс-центр.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников

Редакционный совет

Т. В. Амплеева, Е. Е. Андреева, М. Б. Анциферов, Г. П. Арутюнов, Д. С. Бордин, Е. М. Богородская, Е. А. Брюн, Е. Ю. Васильева, В. Э. Дубров, Е. В. Жилыев, В. А. Зеленский, Т. И. Курносова, А. И. Крюков, А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова, И. А. Назарова, Е. Л. Никонов, А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе, О. В. Зайратьянц, А. Н. Плутницкий, А. В. Погонин, Н. Н. Потекаев, Д. Ю. Пушкарь, М. В. Сеницын, С. В. Сметанина, И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева, М. Ш. Хубутян, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Шеф-редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

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

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

Над выпуском работали: управление коммуникаций НИИОЗММ ДЗМ. Научный редактор: Джамал Бешлиев. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Алина Хараз. Корректор: Ирина Зубкова. 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:

