

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

Cito

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 10 февраля 2020 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 5 (107)
www.niioz.ru

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРОТИВ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ

В отделении гепато-панкреатобилиарной хирургии МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ выполняется весь спектр современных оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны. Подробно о выборе тактики лечения метастазов колоректального рака в печени рассказал хирург-онколог Иван Казаков.

>> читайте стр. 3



Фото: Екатерина Казлова / НИИОЗМ ДЗМ

ПОЛИКЛИНИКА В РАЙОНЕ БЕГОВОЙ

Мэр Москвы Сергей Собянин в Twitter сообщил, что в ближайшие месяцы в районе Беговой откроется новая поликлиника. «В это здание на Ленинградском проспекте переедут детская поликлиника, которая сейчас ютится в бывшей богадельне, и взрослая – из жилой пятиэтажки. Тут смогут принимать в 1,5 раза больше пациентов, чем раньше», – отметил он. Шестиэтажное здание построили на месте заброшенных гаражей. Оно находится всего в 40 м от старой детской поликлиники. Сергей Собянин напомнил, что меньше чем за 10 лет в Москве построено 25 поликлиник. **MMC**

ПЕРВЫЕ НА РЕМОНТ

С началом февраля в четырех городских поликлиниках стартовал капитальный ремонт. Здания приведут в соответствие с принятым новым стандартом. «Новый стандарт – это удобство и комфорт для пациентов и врачей, высокая доступность самых нужных специалистов, современное оборудование для диагностики и профилактики болезней. После ремонта у нас будут полностью обновленные учреждения и внешне, и по внутреннему наполнению», – рассказала заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Ремонтируемые здания находятся в Юго-Восточном и Юго-Западном округах города. Пациентам этих поликлиник продолжают оказывать медицинскую помощь по другим адресам. **MMC**

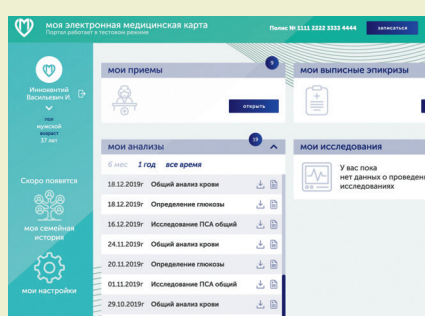
ПРОГРЕССИВНАЯ ЗАПИСЬ

Онлайн-запись на лабораторные исследования стала доступна зарегистрированным пользователям портала mos.ru. Пациенты смогут выбрать удобную дату и время для сдачи медицинских анализов сразу после того, как получат направление от лечащего врача. «Результаты будут доступны для врача и пациента онлайн в единой электронной медицинской карте, доступ к которой мы открыли в середине января», – сообщила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Воспользоваться дистанционной записью просто: на портале mos.ru нужно выбрать раздел «Услуги» и перейти на «Запись к врачу». Затем нажать вкладку «Направления» и выбрать нужное назначение врача. После нажатия кнопки «Записаться» предложат выбрать удобный день и время для процедуры. **MMC**

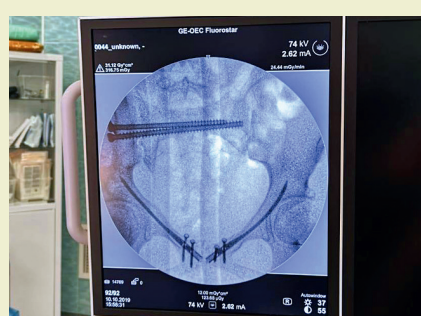
ПРОТИВ КОРОНАВИРУСА

В Москве создан оперативный штаб по контролю и мониторингу ситуации с коронавирусом. «31 января оперативный штаб принял решение проводить ежедневный медицинский осмотр студентов в общежитиях московских высших учебных заведений. Совет ректоров московских вузов в свою очередь рекомендует студентам, вернувшимся из Китая с каникул, не покидать помещение общежития и регулярно проходить медицинский осмотр», – пояснила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Мобильные бригады ДЗМ также работают возле гостиниц. Организации, подведомственные ДЗМ, с запасом обеспечены всем необходимым для борьбы с коронавирусной инфекцией. **MMC**

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Как оформить электронную медицинскую карту
Памятка – стр. 4



Сложный перелом
Случай из практики – стр. 5



Особо опасен: что нужно знать об алкоголе?
Лекторий – стр. 6

КОНГРЕСС О ГЕНЕТИКЕ И СЕРДЦЕ

В Москве 24–25 января прошел I Международный конгресс «Генетика и сердце». Конгресс объединил «взрослых» и «детских» кардиологов, генетиков, специалистов общей практики. Мультидисциплинарный подход в работе вызвал интерес у всех участников конгресса, в том числе у экспертов из Великобритании, Испании, Израиля, Италии, Белоруссии, Болгарии, Германии, Узбекистана, Азербайджана, США. Специалисты сошлись во мнении, что необходимо создать международный консорциум по исследованию кардиологических заболеваний преимущественно генетического происхождения.



Фото: пресс-служба ГKB № 51 ДЗМ

В организации мероприятия приняли участие ординаторы и аспиранты кафедр, лечебной базой которых является ГKB № 51 ДЗМ, а также сотрудники больницы: заведующий первичным сосудистым отделением ГKB № 51, руководитель Национальной исследовательской лиги кардиологической генетики, профессор Дми-

трий Затеищиков, кардиолог Екатерина Зубова и терапевт Анастасия Рогожина.

«От всей души благодарю всех участников первого международного конгресса „Генетика и сердце“! Могу точно сказать, что первый опыт оказался очень удачным. Тот интерес и энтузиазм, который проявили все участники мероприятия,

позволяет надеяться, что в ближайшее время в стране существенно улучшится выявление и лечение больных с генетическими заболеваниями», – прокомментировал сопредседатель конгресса Дмитрий Затеищиков.

На пленарных заседаниях и симпозиумах участники конгресса обсудили риски внезапной смерти у больных с генетически обусловленными заболеваниями, прогноз при кардиомиопатиях, проблемы реальной клинической практики в оценке риска внезапной сердечной смерти у больных гипертрофической кардиомиопатией, наследственные нарушения липидного обмена, проблемы наследственных кардиоваскулярных заболеваний у детей, интервенции у больных с наследственными заболеваниями, проблему амилоидоза, легочной гипертензии, перикардитов, кардиоонкологии, проблему наследственных сердечно-сосудистых заболеваний в спорте и многие другие темы. **ММС**

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННАЯ ПНЕВМОПОЧТА

В ГKB им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ в январе была установлена и успешно запущена система пневмопочты.

«Современные многопрофильные стационары должны соответствовать новым требованиям: уменьшение времени пребывания пациентов без потери качества их обследования и лечения. Доставка биологического материала в лабораторию на исследование занимает достаточно большое количество времени, особенно для отделений, которые располагаются в отдаленных корпусах. Кроме того, это отнимает значительное время у сотрудников и удлиняет время выполнения анализов. Например, по статистическим данным средний и квалифицированный медицинский персонал тратит на перемещения по коридорам до 20 % рабочего времени, что связано в том числе и с необходимостью транспортировки биологических материалов в лабораторию. По этим причинам все большее значение приобретает оптимизация логистики в медицинских учреждениях», – отметил главный врач ГKB им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ, д. м. н. Артур Габриелян.

По словам главного врача, в стационаре мощностью 1500 коек наличие пневмопо-



Фото: пресс-служба ГKB им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ

чты позволяет экономить около 600 тыс. человеко-часов среднего медицинского персонала и 250 тыс. человеко-часов квалифицированного персонала в год. Это значит, что пневмопочта позволит повысить скорость оказания медицинских услуг на 10-20 %.

«Благодаря этой системе в нашей больнице значительно упростится доставка биоматериала из отделений в клинико-диагностическую лабораторию, что особенно важно при доставке экстренных анализов из операционных. Также следует ожидать сокращения времени

получения результатов исследований, улучшения внутренней логистики в медицинском учреждении и повышения качества предоставляемой медицинской помощи, так как медицинский персонал сможет уделять больше времени пациентам. Можно утверждать, что пневмопочта является одним из современных векторов пациентоориентированности», – подчеркнул главный врач.

Он рассказал, что удобство системы пневмопочты уже оценили сотрудники и пациенты ГKB № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ и ГKB им. С. С. Юдина ДЗМ. **ММС**

САЙТ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ



Начал работу сайт проекта НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ «Профессиональное здоровье». На ресурсе размещается информация и советы по сохранению и укреплению здоровья работников, предупреждению профессиональных и социально значимых заболеваний, продлению активного долголетия. Консультантами выступают авторитетные эксперты в области поддержания и сохранения про-

фессионального здоровья. Информация полезна как для работодателей, так и для трудоспособного населения, членов профсоюзов и общественных организаций – всех, кому интересна тема профессионального здоровья.

Зарегистрированным пользователям сайта будет доступна эксклюзивная разработка НИИОЗММ ДЗМ – конструктор корпоративных программ «Укрепление общественного здоровья». Это удобная система для формирования и согласования корпоративного документа, запуска

корпоративных программ в организациях, контроля выполнения уже работающих программ, мониторинга состояния здоровья сотрудников организации.

Сайт «Профессиональное здоровье» стал продолжением инициативы ДЗМ и Правительства Москвы «Развитие корпоративного здоровья в Москве». Цели проекта – снижение негативных факторов на рабочем месте и укрепление здоровья сотрудников. Подробности на <http://profhealth.nioz.ru> **ММС**



МНЕНИЕ

ДЛЯ ЖИЗНИ И БИЗНЕСА



Марина Попович,
руководитель отдела
интегрированных программ
профилактики НИИЦ ПМ
Минздрава России, к. м. н.

В корпоративных программах по охране здоровья, проводимых на рабочем месте, заинтересованы не только работающие. Очевидные плюсы есть и для руководителей организаций и учреждений, и для государства в целом. Более 80 % работающего населения имеет хотя бы один из основных факторов риска неинфекционных заболеваний: повышенное давление, курение, высокий уровень холестерина. А именно неинфекционные заболевания сегодня – основная причина потери здоровья трудоспособного населения. Отсутствие работника по причине нетрудоспособности, снижение производительности труда из-за проблем со здоровьем, финансовые затраты на обслуживание работников и даже потеря квалифицированных кадров в случае инвалидности и смерти – все это приводит к убыткам и снижению прибыли.

Корпоративные программы – один из успешных вариантов повышения трудового потенциала и работоспособности сотрудников, что способствует финансовому успеху компании. Важный момент – возврат инвестиций от проведения корпоративных программ на рабочем месте. По расчетам он составляет от 1 до 10 рублей на каждый вложенный рубль. Уже есть успешные примеры внедрения таких программ на территории Российской Федерации. Тем не менее профилактики неинфекционных заболеваний на рабочем месте в массовом проявлении в нашей стране еще нет.

НИИЦ профилактической медицины Минздрава России были разработаны три документа. Их можно рассматривать в качестве методических пособий для специалистов, которые будут разрабатывать, внедрять и оценивать такие программы. Возврат инвестиций и эффективность мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний – это, безусловно, отдаленный результат. Но возможна профилактика поведенческих факторов риска. Здесь можно достичь больших результатов за очень короткое время. Возьмем борьбу с табакокурением. К примеру, одна из реализованных и показательных инициатив – европейская кампания «Брось курить в течение месяца», проводимая среди работающих. Победитель всего один, но в подобные проекты, как показал опыт, вовлекается много сотрудников. Для работодателя в данном случае важна не победа, а охват участников. Подсчитано, что 20 % от участников подобных кампаний остаются некурящими в течение года. Даже если каждый из бросивших не будет тратить время на перекуры, производительность труда коллектива вырастет, а вместе с этим и прибыль предприятия. Это уже доказанный факт. **ММС**

ИВАН КАЗАКОВ: «ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПАЦИЕНТ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ БЫСТРЕЕ»



Старший научный сотрудник, хирург-онколог отдела гепатопанкреатобилиарной хирургии Московского клинического научного центра им. А. С. Логинова ДЗМ Иван Казаков рассказал, какие варианты оперативных вмешательств выполняются в научном центре и как предупредить рак толстой кишки.

пациентов из молодой группы (от 25 до 44 лет), то сейчас, на мой субъективный взгляд, этих пациентов мы видим чаще. Но, безусловно, больше всего заболеваемости подвержена группа пациентов в возрасте от 50 до 70 лет.

– Всегда ли возможно оперативное лечение?

– В МКНЦ работают по всем последним стандартам и современным методикам. Но важны критерии отбора. Первый – операбельность пациента, то есть отсутствие каких-либо тяжелых соматических заболеваний, не позволяющих выполнить оперативное лечение. Второй критерий – распространенность опухолевого процесса, или резектабельность. Если вся печень поражена, то возможность выполнения хирургического лечения существенно снижается, и тогда мы рассматриваем вариант лекарственного лечения метастазов на первом этапе. Опухоли могут уменьшиться в размерах и позволить в последующем выполнить оперативное лечение.

Вопрос возможности хирургического лечения состоит в том, что после резекции доля остающейся неизменной паренхимы печени должна составлять не менее 30–40 %. Иначе мы подвергнем пациента риску послеоперационной печеночной недостаточности, а значит, и крайне высокому риску послеоперационной летальности. В настоящий момент мы широко используем технологии, позволяющие нарастить объем остающейся паренхимы печени.

– Какие методики оперативного лечения применяются в вашем отделении?

– Мы выполняем весь спектр современных оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны. Разработаны и внедрены уникальные методики мини-инвазивных вмешательств, направленных на увеличение объема остающейся паренхимы печени. Одной из таких методик является RALLPS – частичная чрескожная радиочастотная деструкция паренхимы печени в плоскости будущей резекции без разделения паренхимы с портовоенозной эмболизацией. Методика позволяет чрескожно, без разрезов, провести прирост паренхимы печени более 60 %. Основной же объем операций занимает резекционная хирургия, в большей степени с использованием лапароскопических и роботических методик. Пациенты после таких операций заметно быстрее поправляются, число послеоперационных осложнений сводится к минимуму. Хотя в мировой литературе преимущества лапароскопических методик резекции печени над открытой хирургией все еще обсуждаются. В нашем центре около 80 % пациентов с метастазами колоректального рака оперируются лапароскопически. Помимо резекционной хирургии мы рас-

полагаем возможностями выполнения таких локальных методик деструкции метастатических очагов, как радиочастотная абляция, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения онкологических пациентов в целом.

– Как быстро пациент восстанавливается после операции?

– Если была выполнена стандартная операция, на следующий день пациент может вставать и ходить по отделению, принимать пищу, а на четвертые-пятые сутки после лапароскопической резекции он чаще всего уходит домой без дренажей и каких-либо серьезных физических ограничений. Далее мы передаем пациента нашим онкологам на следующий этап лечения (чаще всего лекарственный). Это очень важный момент, потому что чем раньше мы пациента после хирургического лечения передадим в руки к онкологу, тем эффективность лечения будет выше. Вся наша мультидисциплинарная команда центра направлена на один и тот же результат – это повышение общей и безрецидивной выживаемости, а также улучшение качества жизни наших пациентов.

– А как проходит восстановление пациента после открытой операции?

– Чаще всего период восстановления более длительный, потому что хирургическая травма более существенная. При лапароскопической операции разрезы минимальны, а расширение их может понадобиться только для удаления резецированной части печени. Но и эти разрезы мы стараемся делать минимальными.

Открытые операции, безусловно, продолжают выполняться, и они имеют свои показания. Все решается в индивидуальном порядке с учетом обсуждения тактики лечения на междисциплинарном онкоконсилиуме с привлечением всех специалистов, участвующих в лечении данного пациента. Лапароскопию мы не ставим во главу угла, если считаем, что эффективнее и безопаснее для пациента в данном конкретном случае будет операция через лапаротомный доступ, то мы предлагаем и обсуждаем с пациентом именно этот вид доступа. Принципа «лапароскопия ради лапароскопии» у нас нет. Чаще всего открытые операции мы проводим при повторных резекциях печени, множественном ее поражении и при необходимости резекции желчных протоков, сосудов с последующей реконструкцией. Кстати, доказано, что каждая последующая резекция печени при метастазах колоректального рака может увеличить продолжительность жизни пациента на срок до 5 лет в 100 % случаев.

– Сколько пациентам требуется повторная операция?

– От 15 до 20 % пациентов от числа ранее прооперированных. Еще 10–15 лет на-

зад были совсем другие лекарственные препараты, другие схемы лечения, и пациентов на повторные резекции печени было больше. Сейчас эффективность лекарственной терапии существенно выше. Появляются новые таргетные препараты, которые позволяют сдерживать онкологический процесс. Вероятность рецидива снижается.

– Есть ли альтернатива хирургическому лечению метастазов печени?

– Безусловно, есть современные химиотерапевтические режимы, развиваются малоинвазивные методики локального воздействия на метастатический очаг, такие как радиочастотная абляция, лучевая терапия, химиоэмболизация, но по эффективности в монорежиме они уступают резекционной хирургии. Только комбинированное использование методик может существенно улучшить прогноз на выживание онкологического пациента.

– Если вы понимаете, что пациенту нельзя помочь, удалив опухоль печени, то не проводите никакого хирургического лечения?

– В некоторых случаях только в наших силах оказать паллиативную хирургическую помощь без большой операции. Когда нельзя помочь радикально, мы можем решать и другие проблемы пациента, такие как механическая желтуха на фоне распространенного онкологического процесса. В таких ситуациях мы дренируем желчные протоки.

В данной ситуации нельзя не сказать про раннюю диагностику колоректального рака, чтобы люди старше 50 лет независимо от наличия или отсутствия жалоб выполняли диагностическую колоноскопию или хотя бы сдавали тест на скрытую кровь. Ранняя диагностика и выявление образований толстой кишки упрощает лечение и предупреждает последующее развитие каких-либо тяжелых последствий, в том числе и метастазов. Печально, когда к нам приходят пациенты с образованиями в печени, и мы, гепатохирурги, выявляем колоректальный рак. Должно быть наоборот: сначала выявление колоректального рака и лечение, и только в случае прогрессирования заболевания в виде метастазов пациенты должны направляться к нам. Сейчас в поликлиниках и клинко-диагностических центрах созданы все условия для улучшения выявляемости онкологических заболеваний, и эти показатели улучшаются. Безусловно, вся нагрузка по выявлению и диагностике онкологических заболеваний ложится на плечи первичного медицинского звена, но и сам пациент не должен забывать о необходимости здорового образа жизни и плановых медицинских осмотрах. **ММГ**

Евгения Воробьева

– Иван Вячеславович, на каких органах проводятся операции в отделении, в котором вы работаете?

– Мы занимаемся оперативным лечением различных доброкачественных и злокачественных новообразований печени, желчных протоков и поджелудочной железы. Примерно 60 % операций проводится по поводу онкологических заболеваний и 40 % – доброкачественных опухолей. Также мы выполняем операции из общей хирургической практики. Рост онкологических заболеваний происходит по многим причинам. Не последнее место в этом занимает улучшение диагностики и увеличение продолжительности жизни населения. Ежегодно в России регистрируется около 60 тысяч пациентов с колоректальным раком, причем 50 % из них уже на момент диагностики имеют метастазы в печень, а это около 30 тысяч пациентов. Но, к сожалению, только половине из них мы можем помочь хирургически, и все потому, что заболевание часто выявляется на такой стадии, когда операцией проблему уже не решить.

– Есть ли подобная статистика по москвичам?

– Безусловно, есть, но не всегда отражает реальные цифры ввиду большой миграции населения и так называемого медицинского туризма. Мы надеемся, что с включением онкологических пациентов в систему ЕМИАС статистика будет более достоверной. Что касается нашего отделения, в год в среднем выполняется около 500 оперативных вмешательств. Из них на печени – около 200. Сюда входят как лапароскопические, так и открытые резекции.

– Существует ли портрет пациента? Или колоректальный рак не имеет половозрастных признаков?

– Сейчас мы отчетливо видим, как «молодеют» онкологические заболевания. Если раньше мы достаточно редко встречали

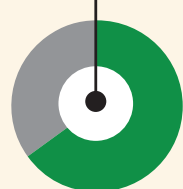
КАК ОФОРМИТЬ ЭЛЕКТРОННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ



С 14 января москвичи начали подавать заявки на получение доступа к своим электронным медицинским картам (ЭМК). Такая возможность в тестовом режиме работает на портале **mos.ru**

БОЛЕЕ 100 ТЫС.

пациентов уже подали заявление



БОЛЕЕ 65 ТЫС.

из них получили доступ к ЭМК

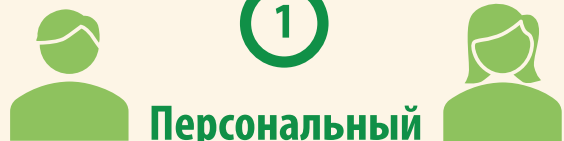
7800

человек получили помощь в оформлении ЭМК в центрах госуслуг «Мои документы»



ТИПЫ ДОСТУПА К ЭМК

1



Персональный

для пациентов старше 15 лет при наличии московского полиса ОМС

2



Родительский

для тех, чьи несовершеннолетние дети прикреплены к столичным детским поликлиникам

ЧТО НУЖНО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ЭМК



стандартный доступ на портале **mos.ru**



цветной фотопортрет с паспортом в руке, на котором читается информация разворота на второй и третьей страницах



пользователям с полной учетной записью такая фотография не нужна



+7 _____

номер мобильного телефона

Полный доступ к аккаунту на mos.ru подключают специалисты любого центра госуслуг «Мои документы». Нужно предъявить паспорт и СНИЛС для подтверждения личности. После поступления заявки доступ к ЭМК будет открыт в течение 5 рабочих дней.

ЧТО ПАЦИЕНТ СМОЖЕТ ПРОСМАТРИВАТЬ В ЭМК



протоколы осмотров врачей с 2017 года



результаты лабораторных и радиологических исследований с 2019 года



эпикризы за 2019 год



результаты других инструментальных исследований с 2020 года



Сергей Собянин,
мэр Москвы

«ЭМК обеспечивает непрерывность и преемственность различных этапов лечения: диагностики,

амбулаторного и стационарного лечения, реабилитации и так далее. При этом пациенты избавлены не только от необходимости носить с собой ворох бумаг, но и от множества дублирующих анализов и исследований. Постепенно ЭМК станет и основным инструментом профилактики и ранней диагностики заболеваний – своего рода „будильником” или „тревожной кнопкой” для пациентов и врачей».



Анастасия Ракова,
заместитель мэра Москвы
в Правительстве Москвы
по вопросам социального развития

«Теперь медицинские карты доступны в любое время,

и их невозможно потерять. Мы видим, что жители заинтересованы в получении доступа к своим картам и активно оставляют онлайн-заявки. Горожане, у которых возникли вопросы с оформлением доступа к медицинской карте или нет возможности воспользоваться компьютером, могут обратиться за помощью в любой центр госуслуг „Мои документы”».

Возможности ЭМК будут постепенно расширяться. В планах добавить разделы: выданные направления и запись на прием к врачам, результаты диспансеризации, выписанные рецепты, карта вакцинации детей, информацию о вызовах скорой помощи. Кроме того, планируется завести анкеты для пациентов и дневники здоровья, по которым врачи смогут отслеживать анамнез.

ЭМК не отменяет бумажные выписки с результатами анализов и рекомендациями врачей. Их оставляют для тех пациентов, которым неудобно просматривать информацию в электронном формате. Также пациенты смогут отказаться от полученного доступа к ЭМК. Для этого нужно написать еще одно заявление.

СЛОЖНЫЙ ПЕРЕЛОМ

Травматологи городской клинической больницы имени М. П. Кончаловского ДЗМ спасли девушку, пострадавшую в ДТП. Благодаря умелым рукам хирургов и высоким технологиям юную пациентку в кратчайшие сроки удалось поставить на ноги.



Перелом тазовых костей – наиболее опасное и тяжелое повреждение опорно-двигательного аппарата. Травма сопровождается обильным кровотечением, травматическим шоком, который возникает на фоне кровопотери и интенсивного болевого синдрома. В случае когда перелом открытый, риск для жизни значительно возрастает. Именно такое несчастье произошло с 19-летней Анастасией П. Девушка попала в дорожно-транспортную аварию на Ленинградском шоссе.

Бригада скорой помощи доставила ее ночью в травматологический центр ГКБ им. М. П. Кончаловского в тяжелейшем состоянии. Сразу же подключились все необходимые специалисты, провели КТ, обработали раны. Результаты компьютерной томографии показали – трансиллярный перелом крестца, открытый оскольчатый перелом крыла правой подвздошной кости таза со смещением, перелом лонных и седалищных костей таза со смещением, разрыв крестцово-подвздошного сочленения (КПС) справа.



«Жизнь девушки была под угрозой, – вспоминает и. о. заведующего отделением травматологии и ортопедии ГКБ им. М. П. Кончаловского

Денис Данилкин. – По экстренным показаниям мы провели первую операцию: первичную хирургическую обработку ран и стабилизацию переломов таза в наднабугорном аппарате внешней фиксации».

Состояние пациентки оставалось тяжелым из-за сильной потери крови и болевого синдрома. Трое суток специалисты боролись за ее жизнь в отделении анестезиологии-реанимации. В результате интенсивной противошоковой, гемотрансфузионной, антибактериальной и антикоагулянтной терапии состояние пациентки наконец было стабилизировано. На четвертые сутки после аварии вра-

чи выполнили вторую операцию: окончательную реконструкцию тазового кольца и комбинированный остеосинтез (внутреннюю фиксацию).

Операция была проведена совместно с научным сотрудником отделения множественной и сочетанной травмы Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ, автором методики внутрикостной фиксации переломов лонной кости штифтом с блокированием Никитой Заднепровским и членом российской секции международной ассоциации АО TRAUMA Алексеем Мыльниковым. Учитывая уникальность метода, в операционной с целью обучения присутствовали врачи из Индии и Тюменской области.

Как правило, пострадавшие с такими травмами прикованы к кровати несколько месяцев. Используемая в данном случае методика благодаря надежной

фиксации отломков позволяет практически сразу купировать болевой синдром в области перелома лонной кости и активизировать пациента в максимально короткие сроки. «В реанимации было очень тяжело. Больше всего я боялась, что уже никогда не смогу ходить, – вспоминает Анастасия. – Но благодаря врачам я сейчас отлично себя чувствую и быстро иду на поправку».

Уже на второй день после операции девушка начала садиться и вставать. Передвигалась поначалу при помощи ходунков. Но главное – она могла ходить и практически не испытывала боли. Пациентка была выписана домой. Дальнейшее лечение и контроль за ее состоянием велись амбулаторно.

Недавно Анастасия приезжала в больницу на контрольный осмотр. Она уже ходит самостоятельно без каких-либо вспомогательных средств, может присесть и практически вернулась к обычному ритму жизни. Врачи отметили хорошее восстановление двигательных функций, начальные признаки сращения переломов, полный объем движений в суставах, отсутствие болевого синдрома.

Травматологический центр первого уровня на базе больницы был создан в марте 2019 года. В круглосуточном режиме с пациентами работает мультидисциплинарная бригада, в которую входят анестезиологи-реаниматологи, хирурги,

КОММЕНТАРИИ ВРАЧА



Олег ГРИДНЕВ,
главный врач ГКБ
им. М. П. Кончаловского ДЗМ

«Ежегодно в наш стационар поступает порядка 150 пострадавших с травмой высокой энергии. В основном это следствие ДТП и падений с высоты. В травмоцентре им оказывают специализированную и высокотехнологичную помощь в полном объеме, начиная с приемного отделения и заканчивая первым этапом реабилитации. Слаженная работа всех подразделений позволяет нам достигать хороших результатов при лечении этой категории больных».

травматологи-ортопеды, специалисты диагностических служб, по показаниям привлекаются другие специалисты. **ММС**

Ирина Пономаренко

Используемая в данном случае методика благодаря надежной фиксации отломков позволяет практически сразу купировать болевой синдром в области перелома лонной кости и активизировать пациента в максимально короткие сроки.



ОСОБО ОПАСЕН: ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ОБ АЛКОГОЛЕ?

«Вино веселит сердце человека», говорили в древности. Но так ли верно это утверждение? О том, как алкоголь влияет на человеческий организм, почему не бывает безвредных форм потребления спиртного и как предотвратить появление алкогольной зависимости, рассказывает заведующий дневным наркологическим стационаром МНПЦ наркологии ДЗМ, психиатр-нарколог Дмитрий Кубарев.



С алкоголем связаны очень многие аспекты нашей жизни. По традиции ни одно застолье не обходится без горячительных напитков. Но немногие знают, что алкоголь – это настоящий наркотик. В состав всех алкогольных напитков входит этиловый спирт. Эта субстанция является психоактивным веществом, угнетающим центральную нервную систему человека. Степень воздействия алкоголя на организм зависит от «градуса»: чем больше содержание спирта, тем выше его концентрация в крови, а значит, и быстрее наступает эйфория и опьянение.

«Позиция Всемирной организации здравоохранения и современной наркологии заключается в том, что алкоголь вреден в любых количествах, но трудно сравнить эффект от одного бокала за вечер и от традиционного соревнования – кто выпьет больше и крепче, со „штрафными“ и „посохками“, – рассуждает Дмитрий Кубарев.

Считается, что наиболее физиологичными являются слабые алкогольные напитки, которые получают путем естественного брожения виноградных соков. Крепость вин не превышает 9–13 %, и их употребление не вызывает выраженной агрессии со стороны организма человека.



Наибольший вред приносят безобидные, на первый взгляд, коктейли. В их составе имеется большое количество синтетических красителей, различных вкусовых добавок, и вся эта «химия» разбавляется готовыми алкогольными напитками. Нет пользы и в заводском пиве. На большинстве предприятий оно получается не путем естественного брожения, а производится из концентрата, который разбавляется спиртом. И даже в квасе из обычной пластиковой бутылки может содержаться до 3 % спирта, что также связано с технологией его производства.

Сначала алкоголь действует расслабляюще и освобождает от внутренних ограничений. «Люди начинают пить, чтобы получить удовольствие. Но в процессе опьянения происходит искажение реальности. Человек под воздействием спиртного, в расслабленном состоянии, теряет критическое отношение к самому себе и к тому, что происходит вокруг. Возникает иллюзорное восприятие реальности», – поясняет эксперт.

Но алкоголь не решает проблемы, а создает новые. Нередко опьянение вызывает агрессию, и такой человек становится опасным для самого себя и окружающих. Некоторым людям алкоголь вовсе противопоказан, например при заболеваниях центральной нервной системы или перенесшим черепно-мозговую травму. При употреблении даже не-

этом. Растет «жажда» к алкоголю, выпивать хочется все больше и больше. Если утром после обильного возлияния возникает желание опохмелиться, то это уже вторая стадия заболевания. Возникает замкнутый круг: выпил – опохмелился. Дозировки спиртного достигают максимальных количеств, и человек может уйти в запой. Меняется психика: человек становится более агрессивным и раздражительным, нарушается сон. Эта стадия заболевания самая длительная и может составлять от 10 до 30 лет, когда сменяются обострения и ремиссия. На конечной, третьей стадии происходит полное разрушение личности человека, развивается алкогольное слабоумие, разрушается печень. На смену крепким приходят слабые алкогольные напитки, снижаются дозировки. Человеку доста-

“ **Степень воздействия алкоголя на организм зависит от «градуса»: чем больше в нем содержание спирта, тем выше его концентрация в крови, а значит, и быстрее наступает эйфория и опьянение.**

большой дозы алкоголя у них наступает патологическое опьянение, которое может вызвать эпилептический припадок и даже галлюцинации. Со временем пагубная привычка перерастает в болезнь. Если у взрослого алкоголизм формируется в течение нескольких лет, то у подростков очень быстро может развиться сильнейшая алкогольная зависимость, что связано с особенностями физиологии подросткового организма.

Как и любое хроническое заболевание, алкоголизм имеет несколько стадий развития. Первая (начальная) находится на границе между болезнью и отсутствием таковой. У человека растет толерантность к алкоголю, то есть он может пить много, не пьянея при

точно выпить буквально одну рюмку, чтобы опьянеть.

«Алкоголизм – медико-социальная проблема. По мере развития болезни человек теряет семью, работу, профессиональные навыки. Именно поэтому краеугольным камнем лечения зависимости является реабилитация, направленная на возврат человека в общество, – обращает внимание Дмитрий Кубарев. – И чем раньше придет осознание проблемы, тем лучше. Если появилась болезненная тяга к спиртному, употребление алкоголя стало носить систематический характер – это весомый повод не медлить и обратиться к наркологу за медицинской помощью». **ММС**

Ирина Степанова



ОТМОРОЖЕНИЕ ТЕПЛОЙ ЗИМОЙ

Даже такой теплой зимой, как в нынешнем сезоне, дети могут получить отморожение и другие травмы, характерные для этого времени года. Заведующий ожоговым отделением № 1 ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского, к. м. н., врач высшей квалификационной категории Олег Старостин рассказал об опасностях, которые подстерегают во время зимних прогулок.



КОВАРНЫЙ ЛЕД

Если по каким-то причинам не удастся избежать игр на замерзшей реке (катания на коньках, игры в хоккей), дети должны знать основные правила поведения на льду. Нельзя выходить на молодой лед, он очень коварен и непрочен. Может не выдержать массу тела ребенка. Всегда нужно избегать мест, близких к проруби. Опасно прыгать или выбегать с берега на лед. Не следует испытывать прочность льда ударами ногой или металлическими предметами. Задача взрослых – рассказать об этом ребенку и проконтролировать его поведение.

В городе лед не менее опасен. Научите ребенка правилам безопасного поведения на улице в зимнее время. Обязательно напомните, что тормозной путь машин стал длиннее, поэтому перебежать дорогу нельзя.



ИГРЫ БЕЗ ВРЕДА

Обязательно нужно проверить весь инвентарь для игр, перед тем как выдавать ребенку. Это касается всего: ватрушек, санок, лыж, коньков и прочего. Все крепления должны быть в порядке. Посмотрите, не вырос ли ребенок из коньков или лыжных ботинок. Помните, что отморожение может произойти даже во время занятий спортом, и ребенок даже не почувствует симптомов. Если дети спускаются на чем-либо со склона, то местность нужно предварительно проверить: свободна ли горка от палок, корней, нет ли механических преград, мусора, близко растущих деревьев. Все это может привести

к столкновению и травме. Нужно объяснить детям, что нельзя кататься с закрытыми глазами, так как можно столкнуться с соседом или с деревом. Если дети катаются с горки, со склона и так далее, то нельзя держать руки за спиной, в карманах. Опасно скатываться вперед спиной, когда нет возможности вовремя увидеть препятствие и изменить траекторию. Напомните, что язык нельзя высовывать, потому что можно прикусить или даже откусить его.



СПРАВИТЬСЯ С ОТМОРОЖЕНИЕМ

Если заметили признаки отморожения, лучше не предпринимать действия в домашних условиях. Следует обратиться в специализированное отделение, где ребенку окажут адекватную помощь и проконтролируют состояние кожных покровов. Нельзя место отморожения или ожога обрабатывать: маслом, спиртом, кремом и другими подручными народными средствами. Это мешает врачу определить степень обморожения или ожоговой травмы. Растирать отмороженное место нельзя – можно повредить кожный покров, что приведет к дальнейшим негативным последствиям для лечения. Прежде всего нужно снять мокрую одежду и обувь, одеть ребенка во что-то сухое. Можно в теплом помещении дать выпить горячий чай и сразу вызвать скорую помощь. Не надо заниматься самолечением. **МММС**

Евгения Воробьева



ОПАСНЫЕ ПРОГУЛКИ

Многие зимние развлечения приводят к различным травмам. Даже при такой погоде, которую мы могли наблюдать в декабре и январе, на улицах нередко появляется гололед. Очень распространены травмы, которые можно получить в результате катания на лыжах, ватрушках, сноубордах и так далее. Это все грозит закрытыми черепно-мозговыми травмами, переломами. Особенно опасно, когда ситуацию не контролируют родители. Например, спускают детей с горки, а сами стоят только наверху или внизу, ребенка никто не страхует, он самостоятельно катится. Поступают в больницу и дети, неудачно поигравшие в снежки. Снег бывает как пушистый, так и тяжелый. При попадании такого комка в лицо можно получить травму кожного покрова лица, глаз. Детей нужно предупреждать о том, что это очень опасно для сверстников.



ОГНЕОПАСНОЕ ЗРЕЛИЩЕ

Тема ожогов от пиротехники актуальна не только на Новый год, но и в другие праздники. Особенно опасны фейерверки и петарды. Недопустимо, чтобы дети использовали пиротехнику без участия взрослых. Очень часто петарды взрываются у детей в руках. Бывает так, что дети направляют петарды в своих же друзей, а иногда запускают в стену и они рикошетом отлетают по неожиданной траектории. Если петарда попадает в ребенка, это может привести к воспламенению одежды и серьезным ожогам.



ОТМОРОЖЕНИЕ БЕЗ МОРОЗА

Отморожение можно получить не только в мороз, но и когда температура воздуха колеблется от -1 до +1 градуса. Особенно если погода сырая и ветреная. Отморожение кожных покровов лица, пальцев рук и ног коварно: оно наступает незаметно и без боли. Родителям нужно обращать внимание на цвет кожного покрова. Если румянец стал неравномерным, с ярко-красными или, наоборот, белыми пятнами, это должно насторожить. Отморожение пальцев стоп случается, если дети носят узкую обувь, которая промокает в слякоть. Нужно одевать и обувать ребенка на прогулки правильно. Это непромокающие перчатки или варежки, куртки; обувь не должна сдавливать нижние конечности и пропускать воду. Родителям обязательно нужно смотреть на изменения кожного покрова, проверять его чувствительность.



Отморожение кожных покровов лица, пальцев рук и ног коварно: оно наступает незаметно и без боли. Родителям нужно обращать внимание на цвет кожного покрова.



ЗАНИМАТЕЛЬНАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

На вопросы пользователей сайта niioz.ru в рубрике «Виртуальный кабинет врача» ответила заведующая организационно-методическим отделом по гастроэнтерологии НИИОЗММ ДЗМ, специалист-гастроэнтеролог, к. м. н. Татьяна Шкурко.



КОГДА НАЗНАЧАЕТСЯ ГАСТРОСКОПИЯ И МОЖНО ЛИ ЗАМЕНИТЬ ЕЕ НА УЗИ?

ЭГДС или диагностическая эзофагогастроуденоскопия позволяет осмотреть пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку; выявить воспаление, эрозии, язвы, эпителиальные новообразования (полипы, опухоли), атрофию, метаплазию слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а при диагностике патологических изменений – выполнить биопсию. УЗИ не может заменить ЭГДС, так как не позволяет диагностировать изменения слизистой верхних отделов ЖКТ и провести морфологическое исследование. УЗИ помогает заподозрить патологические изменения желудка и двенадцатиперстной кишки: утолщение стенок органов, выявление гастростаза или дуоденостаза (длительное пребывание содержимого в желудке и двенадцатиперстной кишке). Такие изменения, выявленные при УЗИ, требуют обязательного проведения ЭГДС.

У МЕНЯ ЧАСТО «БУРЧИТ» В ЖИВОТЕ, НЕ ОТ ГОЛОДА. ОТ ЧЕГО ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ? ЕСТЬ ЛИ КАКИЕ-ТО ПРОДУКТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЭТОТ ЭФФЕКТ?

Такое может возникнуть в связи с несоблюдением режима питания (прием пищи сдвинут на вторую половину дня) либо частым употреблением большого объема жирной, жареной, копченой пищи, газированных напитков и кваса, продуктов, вызывающих газообразование (горох, фасоль, капуста, дрожжевые хлебобулочные изделия). В этом случае «урчание» в животе и метеоризм требуют коррекции режима питания и диеты. Урчание в животе и метеоризм могут быть проявлением заболеваний желудочно-кишечного тракта. При ассоциации «урчания» в животе и метеоризма с рвотой, болью, асимметрией живота, изменением стула (запор или понос), повышением температуры тела необходимо обратиться к врачу.



ром, объем заглатываемого воздуха увеличивается и возникает громкая и многократная отрыжка. Возникновение отрыжки может провоцировать употребление газированных напитков, кваса, продуктов, вызывающих газообразование. В данном случае необходимо пересмотреть рацион и культуру питания. Патологическая отрыжка вследствие обильного заглатывания воздуха может возникать на фоне длительного стресса, эмоционального перенапряжения, как проявление неврологического заболевания. Отрыжка может быть одним из симптомов заболеваний желудочно-кишечного тракта. В этом случае она может характеризоваться многократным громким выходом воздуха, сопровождающимся болевыми ощущениями по ходу пищевода, неприятным запахом, забросом содержимого из желудка (жидкости, пищи) в пищевод и ротовую полость. При возникновении патологической отрыжки необходимо обратиться к врачу для обследования и определения тактики лечения.

КАК ПРОВЕРИТЬ КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДКА? ЕСЛИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ИЗЖОГА, ГОВОРЯТ ЛИ ЭТО О ПОВЫШЕННОЙ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДКА?

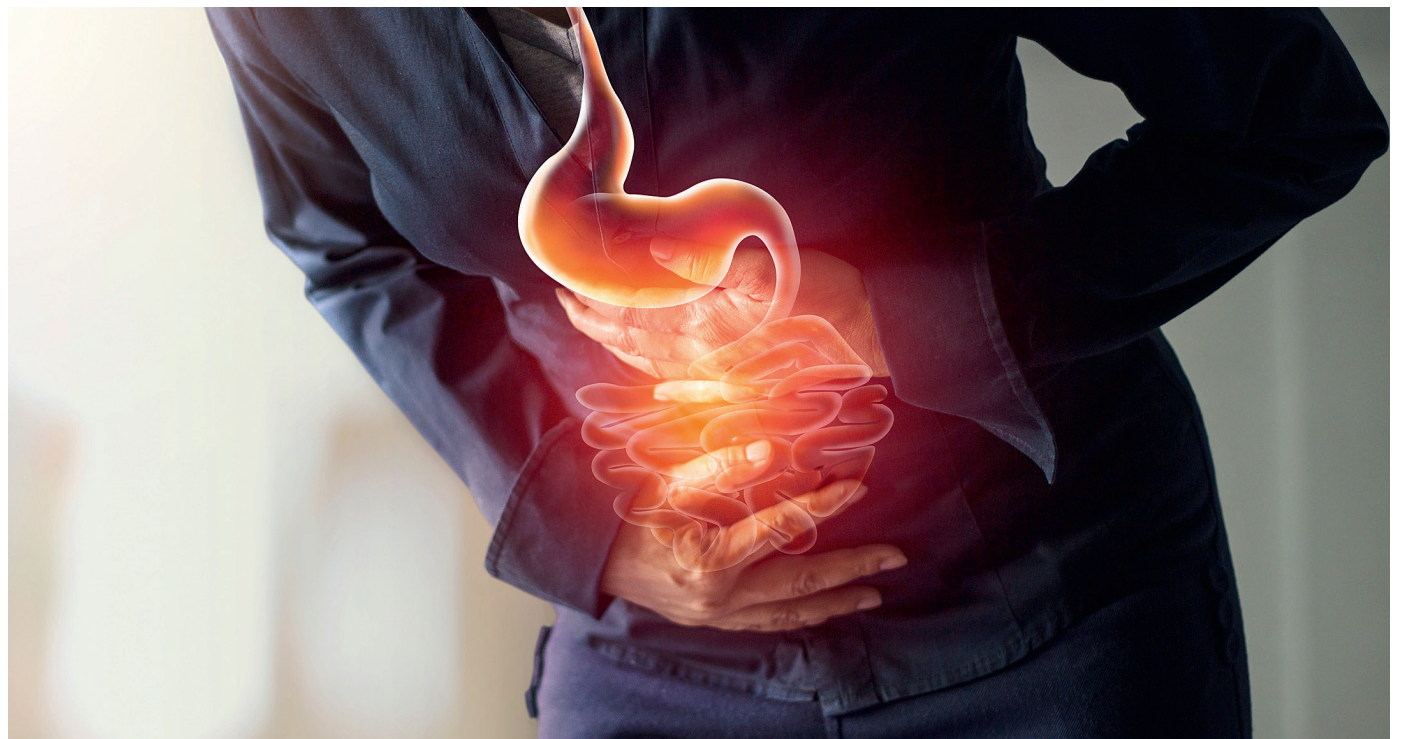
Кислотопродуцирующая функция желудка оценивается при проведении инструментального исследования – рН-метрии. Процедура длится два

часа и позволяет оценить базальную кислотопродукцию желудка. Наибольшую диагностическую ценность в оценке рН желудка имеет суточная (длительная) рН-метрия, позволяющая сделать заключение об изменении показателей рН в течение суток, взаимосвязи с приемом пищи и жалобами пациента. Симптом «изжоги» наиболее характерен для такого заболевания, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Однако изжога может быть проявлением и других гастроэнтерологических заболеваний: «функциональной» изжоги, язвенной болезни, холецистита и дискинезии желчевыводящих путей, хронического панкреатита. Симптом изжоги не имеет четкой взаимосвязи с повышенной кислотопродуцирующей функцией желудка. В основе механизма возникновения этого симптома лежит заброс (рефлюкс) содержимого из желудка в пищевод – происходит раздражение рецепторов слизистой оболочки пищевода. Фактором агрессии в отношении слизистой пищевода может выступать не только кислый гастроэзофагеальный рефлюкс, но и содержащиеся в рефлюктате желчные кислоты. Нельзя проводить лечение, основываясь только на одном симптоме «изжога». Для правильной постановки диагноза и подбора терапии необходима консультация врача поликлиники, иногда – гастроэнтеролога. **ММС**



ОТРЫЖКА – НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?

У здорового человека периодически возникает отрыжка, незаметная для него самого и окружающих. Физиологическая отрыжка связана с заглатыванием небольшого объема воздуха при приеме пищи, постепенно излишки отрыгиваются малыми порциями. Однако при быстром и обильном приеме пищи, особенно сопровождающемся разгово-



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. Жилев, 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. Потехаев, Д. Ю. Пушкар, М. В. Синицын, С. В. Сметанина,

И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева, М. Ш. Хубутия, 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. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Алина Хараз, Сергей Литвиненко, Наталья Епифанова. 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. Кировградская, д. 23.

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

