

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

Cito

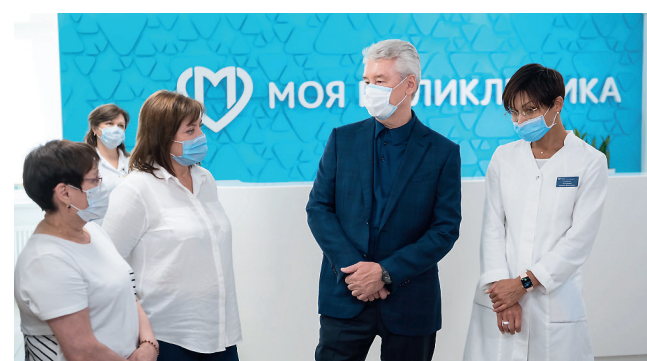
Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 5 октября 2020 года
Департамент здравоохранения Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 38 (140)
www.niioz.ru

ИСКУССТВО СПАСЕНИЯ

Главный врач ДГКБ
им. Н. Ф. Филатова ДЗМ
Антонина Чубарова –
о современном лечении
детей с врожденными
пороками, комплексном
подходе и традициях
преемственности
в медицине.

>> читайте стр. 3



ВАКЦИНАЦИЯ МЕДИКОВ

В столице стартовала добровольная вакцинация медицинских работников от COVID-19. «В первую очередь вакцину получают врачи и медсестры кабинетов ОРВИ, персонал амбулаторных КТ-центров и сотрудники отделения медпомощи на дому – они больше всех подвержены риску заразиться COVID-19», – рассказал в Twitter мэр Москвы Сергей Собянин. [ММС](#)

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Мэр Москвы Сергей Собянин объявил о возобновлении социальной поддержки граждан, которые вынуждены оставаться дома в связи с COVID-19. Помощь оказывается по инициативе Правительства Москвы. На дом будут доставлены льготные лекарства гражданам, состоящим на учете в поликлиниках. Заявку для получения оформить не нужно. Продукты и предметы первой необходимости доставят социальные работники, если обратиться в службу по телефону горячей линии: 8-495-870-45-09. Также по этому телефону можно получить психологическую помощь и поддержку. «Если нужна помощь, не стесняйтесь обращаться по телефону горячей линии и в другие городские службы», – написал Сергей Собянин в блоге. [ММС](#)

ВЫСОКАЯ ОЦЕНКА

Делегация Всемирной организации здравоохранения посетила Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ. Операторы медицинской организации контролируют состояние здоровья добровольцев, тестирующих вакцину от COVID-19. «В этом центре главное – человек, а уже все остальное, технологии и прочее, окружает его. Это очень важно для того, чтобы у нас было доверие – доверие между пациентом и врачом», – подчеркнул директор Европейского регионального бюро ВОЗ Ханс К्लюге. [ММС](#)

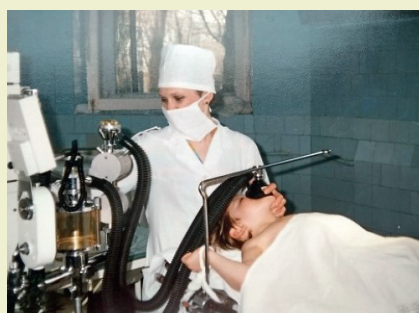
РЕМОНТ ПОЛИКЛИНИКИ

В филиале № 2 поликлиники № 52 ДЗМ проведут капитальный ремонт. Будут утеплены стены фасадов, цоколь облицуют натуральным камнем, заменят металлические вентиляционные решетки фасада здания и т. д. «После капитального ремонта филиал поликлиники будет полностью соответствовать “Московскому стандарту +”. Для пациентов сделают комфортные зоны ожидания. В кабинетах врачей установят современное диагностическое оборудование», – рассказал заместитель руководителя ДЗМ Алексей Паламарчук. [ММС](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



ОСТАВАЙТЕСЬ ДОМА!
Памятка – стр. 4



ДЕТСКАЯ
ОФТАЛЬМОАНЕСТЕЗИОЛОГИЯ
Технологии – стр. 5



ИСТОРИЯ В 80 ЛЕТ
Юбилей – стр. 8

II СЪЕЗД МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ

8 и 9 октября в онлайн-формате состоится II Съезд медицинских статистиков Москвы «Статистика здравоохранения нового времени». Основные организаторы съезда: Правительство Москвы, ДЗМ, НИИОЗММ ДЗМ.



Министр Правительства Москвы, руководитель ДЗМ Алексей Хрипун – о съезде: «Значение медицинской статистики в работе системы здравоохранения любого уровня сложно переоценить. Без достоверных статистических данных управление столь сложной системой, какой является здравоохранение, невозможно. Ведь в основе любого управленческого решения лежит тщательный анализ ситуации, оценка возможных рисков, прогнозирование развития событий. Сегодня сбор и обработка статистических данных на всех уровнях от клиники до федеральных органов управления – задача, требующая слаженной работы профессионалов на основе новейших научных изысканий и высокотехнологичных решений в этой области.

Современные реалии ставят высокую планку профессиональному уровню медицинских статистиков и организации статистического учета в здравоохранении. В этом смысле 2020 год стал знаковым, так как был ознаменован событиями, подтолкнувшими запуск динамичных перемен в системе здравоохранения в целом и в медицинской статистике в частности. В период пандемии новой коронавирусной инфекции стремительно сформировались запросы на изменения системы глобального здравоохранения. Всемирной организацией здравоохранения было инициировано объединение ресурсов национальных систем здравоохранения и лучших ученых мира. Были приняты решения об открытии статистических данных, их обмене на глобальном уровне. Это серьезным образом трансформировало систему обработки медицинской информации. Второй съезд медицинских статистиков будет посвящен поиску путей оперативной трансформации статистики здравоохранения с учетом новых вызовов.

В Москве не первый год ведется работа по формированию единого информационного пространства, где все заинтересованные стороны смогут иметь доступ

к оперативным статистическим данным о состоянии здоровья жителей города. Уверен, опыт московских специалистов в области сбора и обработки статистических данных будет интересен и полезен коллегам из других регионов и зарубежных стран. В свою очередь нам интересны наработки наших коллег. Обмен информацией – главная задача форума.

В рамках Съезда медицинских статистиков будут сформированы конкретные предложения по комплексу мер, реализация которых позволит в короткие сроки изменить подходы к сбору и обработке статистических данных, отказаться от устаревших моделей статистического учета, настроить систему управления статистическими данными между уровнями управления и различными ведомствами, снизив риски дублирования информации. Приветствую участников форума и желаю плодотворной работы!»

Зарегистрироваться на мероприятие можно на сайте medstat.niioz.ru.

НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



ФОРУМ ОНКОЛОГОВ

В Москве состоялся Третий международный форум онкологии и радиологии.

Приветствие участникам форума направил Президент России Владимир Путин, высоко оценивший работу онкологической службы, которая «достойно справляется с новыми вызовами, сохраняет свою эффективность». Президент также отметил важность проведения подобных мероприятий.

«Благодаря новому формату на одной площадке удалось собрать более 4000 специалистов со всего мира. Организуя



третий форум в условиях сохраняющейся угрозы пандемии COVID-19, мы сохранили все сложившиеся традиции, которые связаны с междисциплинарным характером нашего мероприятия», – подчеркнул

генеральный директор НМИЦ радиологии Минздрава России Андрей Каприн.

В рамках форума состоялось более 30 тематических конгрессов и мероприятий, среди которых пленум правления Ассоциации онкологов России, юбилейная сессия Ассоциации директоров институтов онкологии и радиологии стран СНГ и Евразии, Первая всероссийская онкоурологическая школа, хирургические и эндоскопические мастер-классы, конгресс Ассоциации организаторов здравоохранения в онкологии, Школа по канцер-регистрации. [МММС](#)

ЕВРОПЕЙСКИЕ УРОКИ COVID-19

НИИОЗММ ДЗМ организовал проведение большого онлайн-семинара с представителями Всемирного банка «Минимизация и управление последующими волнами COVID-19 в процессе возобновления экономической деятельности: последние данные и уроки из европейских стран».

Модератором выступила директор НИИОЗММ ДЗМ, д. э. н., к. п. н., профессор Елена Аксенова. Директор программ в Глобальной практике Всемирного банка по вопросам здравоохранения, народонаселения и питания, доктор Давид Уилсон представил глобальный обзор эпидемиологических данных и тенденций в развитии пандемии COVID-19

в европейских странах на фоне восстановления экономической деятельности. Запись вебинара доступна на YouTube-канале НИИОЗММ ДЗМ. [МММС](#)

НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Несерьезная травматология



На YouTube-канале НИИОЗММ ДЗМ вышел новый ролик из цикла «Топ-10 несерьезных вопросов». На этот раз героем выпуска стал врач травматолог-ортопед ГКБ № 13 ДЗМ Леонид Фарба. Он рассказал, вредно ли хрустеть пальцами, как правильно зевать, восстанавливаются ли хрящи сами, и ответил на многие другие каверзные

вопросы. Пользователи могут задать свои вопросы в комментариях к видео.

Экспорт медуслуг



В НИИОЗММ ДЗМ стартовал набор на обучение по программе повышения квалификации «Экспорт медицинских услуг». Программа реализуется с применением дистанционных образовательных технологий. Она рассчитана на 36 академических часов. Подробности об образовательной программе и информация, как подать заявку на обучение, – на niioz.ru.

МНЕНИЕ

ЭПИДБЕЗОПАСНОСТЬ



Марьяна Лысенко,
главный врач ГКБ № 52
ДЗМ, доктор
медицинских наук,
профессор

За достаточно короткий период Москва и вся страна пережили много связанных с COVID-19 изменений и потрясений, но и сделали много. Сейчас – время серьезно подумать над результатами нашей работы и уроками, которые нам преподала пандемия.

Надо признать: российские медики оказались максимально готовы к началу пандемии коронавируса, по сравнению с нашими западными коллегами. Мы всегда отличались умением в неожиданных жизненных или медицинских ситуациях проявлять чудеса изобретательности, терпения и героизма. Конечно, все, что сделано, – это колоссальный труд. За короткий период мы выстроили абсолютно понятную систему организации медицинской помощи, в кратчайшие сроки создали вакцину, принимаем участие в пост-регистрационном исследовании ее на добровольцах и видим перспективы применения. Я и мои коллеги вошли в авторский коллектив федеральных клинических рекомендаций по профилактике и лечению коронавирусной инфекции, рекомендаций по применению биологической терапии. Сейчас появились противовирусные препараты прямого действия – мы активно с ними работаем. В целом, мы абсолютно готовы к тем вызовам, которые бросают нам COVID-19 и все остальные инфекции.

За эти месяцы сформировались четкие требования к обеспечению эпидбезопасности и готовности учреждений к приему пациентов инфекционного профиля. Высокая настороженность должна сохраняться и далее. Надежные средства индивидуальной защиты в текущем эпидсезоне – правильная стратегия не только для медицинских учреждений, которые оказывают помощь пациентам с коронавирусной инфекцией, но и для сотрудников всех «нековидных» стационаров и пациентов, получающих медицинскую помощь в плановом порядке. Защита каждого от возможности заразиться и заразиться любой вирусной инфекцией – это нормальная культура общества, которая, к сожалению, у нас еще пока недостаточно развита.

Да, вирус есть, и он никуда не уйдет и в следующем году, пока мы не получим серьезную иммунную прослойку за счет вакцинированного населения. Поэтому расслабляться в отношении коронавирусной инфекции мы не можем, то же относится и к другим вирусным инфекциям, которые точно так же опасны для пациентов, находящихся в группах риска. Есть основания полагать, что коронавирус войдет в перечень возбудителей, актуальных для различных эпидсезонов. Осенью, безусловно, нас ждет подъем заболеваемости сезонными инфекциями, и коронавирусной в том числе, но медицина всей страны и Москвы абсолютно готова к этому. [МММС](#)

АНТОНИНА ЧУБАРОВА: «МЫ ДОЛЖНЫ МАКСИМАЛЬНО СОХРАНИТЬ ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕБЕНКА»



В ДГКБ им. Н. Ф. Филатова ДЗМ создана уникальная система помощи маленьким пациентам с врожденными пороками, начиная с пренатальной диагностики до их перехода во взрослую сеть. Об этом — главный врач больницы, профессор кафедры госпитальной педиатрии № 1 РНИМУ им. Н. И. Пирогова, доктор медицинских наук Антонина Чубарова.

чается в том, что в большинстве случаев мы работаем с новорожденными, имеющими сочетанную патологию. Так, каждый четвертый ребенок, поступающий к нам на лечение, имеет множественные врожденные пороки развития. Надо признать, что проблема актуальна в том числе и потому, что благодаря пришедшим новым технологиям сегодня удается выхаживать детей с экстремально низкой массой тела. И если еще совсем недавно в борьбе за жизнь недоношенных детей на первом плане были инфекционные заболевания, то сегодня к ним добавились и пороки развития, потому что мы научились спасать жизни тяжелых малышей с пороками на первых этапах реанимации.

— **Как сегодня помогают детям с врожденными пороками?**

— Прежде всего, требуется очень высокая квалификация персонала, наличие в стационаре специализированных служб и технических возможностей. Крайне важна абсолютная преемственность между этапами лечения, иначе высок риск критических ошибок. Исторически так сложилось, что Филатовская больница практически с самого ее основания в 1842 году стала клинической базой Московского университета, а затем 2-го Московского медицинского института (ныне — РНИМУ имени Н. И. Пирогова). В 1931 году в отделениях больницы начали работать кафедры госпитальной педиатрии и детской хирургии. С тех пор эти два направления активно развиваются, это наши фундаменты, на основе которых начала развиваться и неонатологическая помощь. Именно в Филатовской детской больнице было открыто первое в стране специализированное отделение патологии новорожденных в детском стационаре, а затем отделение реанимации для новорожденных в многопрофильном детском стационаре — второе в стране и первое в Москве. Преимущества «командной» организации работы, а также ресурсы крупного детского стационара, ориентированного на хирургический, urgentный профиль помощи, позволяют успешно решать сложные терапевтические задачи. В Филатовской больнице выстроена особая система помощи детям с врожденными пороками развития. Реаниматологи и неонатологи в союзе с детскими хирургами работают на этапах подготовки, проведения операций и в послеоперационном периоде. Дальнейшие этапы лечения, в зависимости от патологии (торакальная, абдоминальная, урологическая-андрологическая), дети проходят в многопрофильных отделениях детской хирургии. После выписки наши пациенты наблюдаются в Клинико-диагностическом центре третьего уровня. Таким образом, ребенок, «пришедший» еще в виде плода

на пренатальную консультацию, наблюдается у нас до 18 лет и, самое важное, лечится у тех врачей, которые хорошо знают его особенности и сочетание проблем, с которыми он родился.

— **Какие методики применяются в лечении?**

— Как я уже отметила, основная особенность нашей больницы в том, что мы находимся в единой связке с РНИМУ. В каждом отделении работает профессор и несколько доцентов, кандидатов медицинских наук, и большинство наших сотрудников совмещают работу в больнице и университете. Для каждого поступившего больного доступна консультация самого высокого уровня бесплатно. Благодаря этому новые мировые подходы не только быстро приходят в клинику, но и разрабатываются здесь.

Так, в больнице накоплен уникальный опыт кардиохирургического лечения недоношенных детей с экстремально низкой массой тела. Мы — одни из европейских лидеров в части сочетания сложности кардиохирургических пациентов

на нашей базе создан Центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии с экстракорпоральной поддержкой жизни, объединивший в себе подразделения, применяющие экстракорпоральные методики.

Если отступить от реанимационной тематики, по такому же структурному принципу работает центр хирургии кисти. В нем проводятся восстановительные операции при пороках развития кисти — синдактилии, гигантии и т. д., сложные реконструктивные вмешательства при врожденных аномалиях развития кисти.

Мы активно занимаемся экспортом медицинских услуг и в этом плане по уровню оснащенности и квалификации кадров не уступаем зарубежным клиникам. Сегодня Филатовская больница — это лечебное учреждение, которому доверяют и коллеги, и родители, многие из которых сами были нашими пациентами. У нас проходят лечение не только москвичи, но и жители регионов, стран ближнего зарубежья.

“ **Именно в Филатовской детской больнице было открыто первое в стране специализированное отделение патологии новорожденных в детском стационаре.**

и исходов. На базе отделений реанимации торакальными хирургами применяется торакоскопическая мини-инвазивная методика клипирования открытого артериального протока у глубоко недоношенных детей от 500 граммов. Практика показывает, что такой подход гораздо эффективнее медикаментозного лечения, которое чревато тяжелыми геморрагическими осложнениями.

Также у нас имеется обширный опыт лечения диафрагмальных грыж. Это крайне тяжелая патология, при которой у детей практически отсутствует легкое, а также могут быть пороки развития других органов и систем. Для сохранения жизни таким детям необходима работа мультидисциплинарной врачебной команды. Особое значение имеет сотрудничество реаниматологов и хирургов. Мы одними из первых начали применять у пациентов с диафрагмальными грыжами технологии ЭКМО, а на следующем этапе оперировать с применением ЭКМО при пороках развития гортани и трахеи. За эту методику коллектив был награжден в 2017 году Премией города Москвы в области медицины. В 2016 году приказом ДЗМ

— **Как вы планируете дальше развивать это направление?**

— Спустя почти два века коллектив нашей Филатовской больницы сохраняет верность принципам, заложенным при ее основании, — ставить здоровье ребенка превыше всего, бороться за него, несмотря на кажущуюся бесперспективность. Среди основных трендов — дальнейшее развитие пренатальной диагностики, стационарзамещающих технологий и, что крайне важно, помощи детям, находящимся на грани жизнеспособности (400–500 граммов). По данным современной науки, самые важные — это первые секунды, часы после рождения. Очень часто в этот период ребенок с врожденным пороком развития переносит массу вмешательств, агрессивных мероприятий. Это, конечно, не означает, что они не нужны, но надо проводить их так, чтобы максимально сохранить жизненный потенциал малыша. Не просто его спасти, но помочь достигнуть такого качества жизни, которое позволит ему в дальнейшем стать полноценным членом общества. **ММГ**

Ирина Степанова

ОСТАВАЙТЕСЬ ДОМА!

С наступлением холодов COVID-19 снова активизировался. Из-за возросших показателей по заболеваемости мэр Москвы Сергей Собянин обратился к гражданам с просьбой по возможности перейти на удаленную работу и как можно реже посещать общественные места.



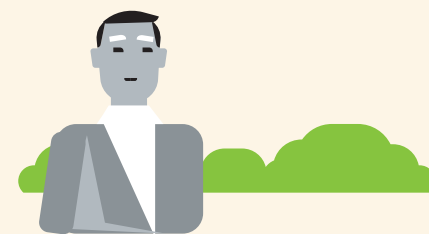
Мэр Москвы
Сергей Собянин

«Мы спасли тысячи жизней людей и во много раз уменьшили число случаев заражения. Решающую роль в этом сыграли дисциплина и сознательное выполнение санитарных ограничений со стороны миллионов москвичей. Но вместе с первыми победами пришло и чувство самоуспокоенности. Вирус пока не побежден, пандемия еще продолжается. И, как я уже говорил, на нее может наложиться осенне-зимний всплеск простудных заболеваний. Поэтому сегодня от каждого из нас вновь требуется дисциплина и ответственность. И непременно – проявите особое внимание к пожилым и хронически больным людям, которые вновь должны оставаться дома».

Кому стоит ограничить посещения общественных мест:



Москвичам старше 65 лет;



Гражданам любого возраста, страдающим хроническими заболеваниями.

Что нужно делать:



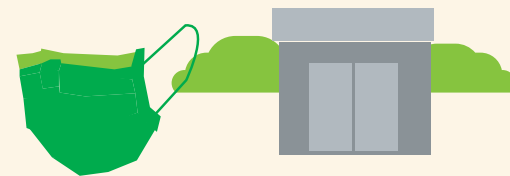
Не покидать квартиру или дом без особой необходимости;



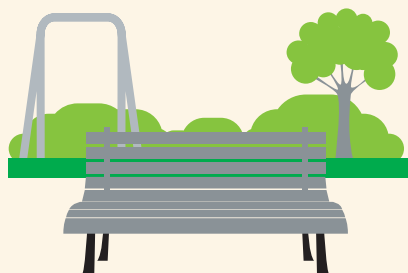
Временно отказаться от контактов с родственниками и знакомыми, проживающими отдельно;



Покупки и оплату счетов поручить более молодым членам семьи;



Посещать магазины, аптеки и другие общественные места в масках и перчатках.

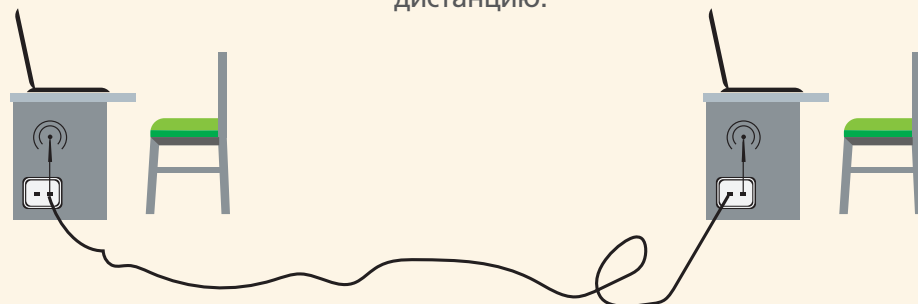


Прогулки и занятия спортом на свежем воздухе не ограничиваются.



Работающим пенсионерам, чей возраст старше 65 лет, и лицам, страдающим хроническими заболеваниями, рекомендуется работать дистанционно, взять отпуск или оформить больничный лист по телефону горячей линии: **8-495-870-45-09**.

При острой необходимости присутствия на рабочем месте нужно помнить о мерах предосторожности: пользоваться санитайзерами, носить средства индивидуальной защиты, соблюдать социальную дистанцию.



Сергей Собянин обратился к руководителям предприятий и организаций с просьбой и рекомендацией перевести как можно больше сотрудников на дистанционный режим работы.

Также соблюдать все нормы санитарно-эпидемиологической безопасности на рабочих местах, которые включают:



• дезинфекцию помещений,



• регулярное измерение температуры сотрудников,



• тестирование персонала на COVID-19 и т. д.

По данным www.sobyanin.ru

ДЕТСКАЯ ОФТАЛЬМОАНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

Врач анестезиолог-реаниматолог Морозовской ДГКБ ДЗМ, к. м. н. Людмила Коробова в профессии уже около четверти века. Она разработала и внедрила новые эффективные и безопасные методики проведения анестезиологических пособий при офтальмохирургических вмешательствах у детей.



Выбор анестезиологического пособия в педиатрической практике разнообразен, включая использование общей комбинированной анестезии, сочетанной с применением регионарных методов обезболивания. Методики общей анестезии характеризуются простотой исполнения, прогнозируемостью результата. Но они не позволяют в полной мере обеспечить продленную аналгезию в послеоперационном периоде, имеют нежелательные негативные побочные проявления, такие как тошнота, рвота, повышение внутриглазного давления и прочее.

«Когда я начинала работать в офтальмологической службе, в детской офтальмоанестезиологии активно использовался кетамин как компонент комбинированной анестезии, а местный анестетик вводился в конце вмешательства оперирующим хирургом. Положительный аспект комбинации – длительный медикаментозный сон после операции. Однако в 60 % случаев сразу после пробуждения у пациентов возникала тошнота и рвота. Несмотря на огромный арсенал методик регионарной анестезии в офтальмологической хирургической практике, в детской офтальмохирургии некоторые из них используются крайне редко или вообще не применяются. Это может быть обусловлено рисками опасных осложнений, невладением методиками среди специалистов, но в большей мере неизученностью вопроса ввиду малого количества и ограниченной сферы освещения проблемы в литературе. С учетом этих факторов была поставлена цель – оптимизация анестезиологического обеспечения с применением регионарных методов анестезии в офтальмохирургии у детей», – говорит врач.

Основываясь на научных работах профессора, д. м. н., академика АМН СССР и РАМН Михаила Краснова и профессора, д. м. н. и Заслуженного деятеля науки СССР Соломона Вайсблата, Людмила Коробова применила инфраорбитальную и крыло-небную анестезии в офтальмоанестезиологии. По словам Людмилы

Коробовой, оба пособия просты в выполнении и безопасны: не провоцируют тошноту и рвоту, не вызывают повышения внутриглазного давления.

«В «Руководстве по глазной хирургии» под редакцией Михаила Краснова и Владимира Беляева я обратила внимание на варианты регионарной анестезии, рекомендуемые в офтальмохирургии, изложенные буквально в нескольких предложениях. Автор указывает направления иглы при выполнении некоторых вариантов проводниковой анестезии, в том числе и инфраорбитальной, – объясняет специалист. – Но оставался вопрос – как инфраорбитальная анестезия, применяемая в стоматологической практике, может пригодиться в офтальмохирургии? И тогда я приступила к изучению работ Соломона Вайсблата. Его труд «Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах» стал моей настольной книгой. И тогда родилась идея способа регионарной анестезии по «правилу циферблата» при офтальмологических вмешательствах».

Способ регионарной анестезии по «правилу циферблата» отличается тем, что после введения местного анестетика в проекции подглазничного отверстия доступом через рот и точечного массажа над местом введения препарата в течение 10 секунд специалисты зрительно проецируют циферблат на глазницу, с расположением 12 часов над вырезкой верх-

Людмила Коробова объясняет, что в офтальмохирургической практике, особенно во взрослой сфере, широко применяется крыло-небная анестезия, чаще скуловым доступом, называемая КОБ. Специалисты предложили изменить скуловой доступ на небный, более простой в выполнении и легкодоступный.

«Я изучала, при каких офтальмологических оперативных вмешательствах эффективен моноблок (инфраорбитальная или палатинальная анестезия), а при каких – их комбинация. Для доказательства правильности моих утверждений сейчас занимаюсь исследованием. Результаты положительные – местный анестетик обнаружен в слезе», – говорит анестезиолог-реаниматолог.

В детской офтальмохирургической практике рекомендуется использовать сочетанную анестезию – комбинированную и регионарную, которая в свою очередь и обеспечивает аналгезию. Комбинированная анестезия подразумевает ингаляционную в сочетании с внутривенной. Поддержание проходимости дыхательных путей происходит благодаря ларингеальной маске, на установку которой внутривенно вводится гипнотик пропофол 1 %. Затем выполняется регионарная анестезия. Палатинальную или крыло-небную анестезию небным доступом лучше выполнять до установки

ларингеальной маски после насыщения севофлураном с последующей остановкой подачи ингаляционного анестетика и поддержанием анестезии пропофолом. В результате наблюдения было выявлено, что эффект от регионарной анестезии наступает через 10 минут.

Все использованные варианты анестезий имели достаточную эффективность и безопасность, а также позволяли обеспечить комфортность работы хирурга. Исследование BIS-индекса свидетельствовало о реальной возможности снижения концентрации ингаляционного анестетика. Предложенные варианты имели стабильные показатели гемодинамической картины, окулокардиальный рефлекс в исследуемых группах отсутствовал. Проведенная оценка состояния диска зрительного нерва показала наличие умеренного сужения калибра вен, не исключая некоторое увеличение венозного оттока после применения регионарной анестезии. ВГД во всех группах было в пределах нормы на протяжении всего анестезиологического пособия.

«На основании оценки синдрома посленаркозного возбуждения по шкале RASS (шкала Ричмонда), посленаркозной агрессии не отмечено ни в одной из наблюдаемых групп. Теперь пациенты уже через час пьют воду, а при отсутствии тошноты и рвоты еще через 15 минут приступают к еде. Большинство на следующий день выписывается домой, тогда как те самые пациенты с кетаминком чувствовали себя не очень хорошо еще целые сутки», – объясняет Людмила Коробова.

Специалист добавила, что применять описанные методы анестезии лучше всего у пациентов старше 4 лет, так как до этого возраста у детей еще активно формируется челюсть. В Морозовской больнице основной контингент пациентов – это дети старше 6 лет. **ММС**

Евгения Воробьева

Несмотря на огромный арсенал методик регионарной анестезии в офтальмологической хирургической практике, в детской офтальмохирургии некоторые из них используются крайне редко или вообще не применяются.

него края глазницы. При вмешательстве на правой глазнице поворачивают голову пациента на 90° в направлении 9 часов, при операции слева – в направлении 3 часов с экспозицией такого положения в течение 2 минут, после чего голову возвращают в исходное положение. Затем, подложив валик под лопатки, максимально запрокидывают голову назад в направлении 12 часов с экспозицией такого положения в течение 2 минут, далее убирают валик и возвращают пациента в исходное положение. При этом осуществляется блокада трех расположенных в верхней глазничной щели нервов: глазодвигательного нерва, блокового нерва, отводящего нерва. Метод внедрялся совместно с профессором, д. м. н. Владимиром Лазаревым и д. м. н. Ларисой Балашовой, он позволил повысить качество выполнения операции за счет снижения кровоточивости в затрагиваемой зоне. В результате существенно улучшилось течение послеоперационного периода за счет длительного обезболивания и быстрого восстановления сознания.



СОХРАНИТЬ СЛУХ

Ежегодно 29 сентября в России отмечается профессиональный праздник – День оториноларинголога. Ухо – один из трех органов, лечение которых находится в компетенции лор-врачей, он «отвечает» за слух и равновесие. Этот тонкий и сложно устроенный инструмент требует к себе бережного отношения. Советами по правильному обращению с ухом поделилась заведующая научно-исследовательским отделом сурдологии и патологии внутреннего уха НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ, врач-оториноларинголог, к. м. н. Елена Байбакова.



то в первую очередь стоит обратиться к лор-врачу, который при необходимости аккуратно проведет туалет уха и поможет уточнить причины образования пробки.

Попытки самостоятельного ее удаления чреватой травмой структур уха. Ватные палочки только протолкнут серную массу глубже в слуховой проход, что впоследствии может вызвать воспаление, и тогда уже без лекарств не обойтись. Не стоит использовать и так называемые «ушные свечи». Неаккуратное их применение только усугубит ситуацию и приведет к ожогу. Для очищения уха могут использоваться специальные капли (церуменолитики), но применять их можно только по назначению врача.



КАК БЫСТРО ИЗБАВИТЬСЯ ОТ БОЛИ В УХЕ?

Боль в ухе действительно часто застигает врасплох, начинаясь остро и резко на фоне полного благополучия. Первое, что нужно сделать в таком случае, – это обратиться к лор-врачу. Самолечение может быть бесполезно и даже опасно. Например, в случае, если причиной боли в ухе стала перфорация барабанной перепонки, применение некоторых капель приведет к необратимым последствиям и нарушению слуха. Не стоит применять и «народные» способы для облегчения боли в ухе (закапывать сок растений, делать прогревание). При гнойном воспалении это только ускорит его развитие, вплоть до серьезных и даже смертельно опасных осложнений.



КАК ПРОВЕРЯЮТ СЛУХ, С КАКОГО ВОЗРАСТА ЭТО НУЖНО ДЕЛАТЬ?

Многие ошибочно полагают, что потеря слуха свойственна только пожилому возрасту. Это не совсем верно. Причин тому великое множество, среди которых есть такие заболевания, как, например, отосклероз, генетические, аутоиммунные заболевания, дебют которых приходится на молодой и средний возраст. Но наиболее частой причиной потери слуха является тугоухость вследствие длительного воздействия шума или вибрации, часто при ношении наушников.

Если вы стали часто переспрашивать, вам приходится вслушиваться в то, что говорит собеседник, слушаете телевизор на повышенной громкости – это веский повод обратиться к врачу и проверить слух. Для людей, работающих в условиях повышенного шума, также важно проверять слух в рамках планового медицинского осмотра. Чем быстрее будет установлена проблема, тем больше шансов на ее успешное лечение и снижение негативных последствий.

Наиболее объективный метод проверки слуха – это метод тональной пороговой аудиометрии. Это обследование проводится с помощью специального оборудования в звукоизолированном помещении. Пациент надевает наушники, а в руки берет пульт. Через наушники врач подает звук определенной частоты пороговой интенсив-

ности, а пациент должен нажать кнопку в момент, когда только начинает слышать звук. Таким способом определяется порог звука на различных частотах (высоких, средних и низких). После процедура повторяется с использованием костного телефона (специального ободка с прибором), с помощью которого оценивают непосредственную работу улитки уха, которая отвечает за слух. Исследование позволяет определить, насколько сильно снижен слух и какие частоты пострадали.



ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИ НОСИТЬ СЛУХОВОЙ АППАРАТ ПРИ СНИЖЕНИИ СЛУХА?

Если ношение слухового аппарата было назначено врачом, то его обязательно следует носить. Это помогает человеку адаптироваться к последствиям нарушения слуха.

Важно понимать, что длительное пребывание в состоянии неадекватного слуха может привести к социальным проблемам. Кроме того, необходимо помнить, что слышать звуки помогает не только ухо. Звуки трансформируются в нервный импульс, который поступает в головной мозг человека, а слуховая кора тесным образом связана с лимбической системой, ответственной за эмоции и память. Отсутствие адекватного звуковосприятия рано или поздно сказывается на когнитивной функции, приводя к снижению памяти, скорости реакций, синтеза и анализа информации.

Благодаря современным и правильно подобранным слуховым аппаратам в большинстве случаев это позволяет продолжать активную социальную жизнь людям с потерей слуха.



КАКОЙ СОВЕТ ВЫ МОЖЕТЕ ДАТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТУГОУХОСТИ?

Прежде всего необходимо предупредить и устранить факторы риска, которые могут привести к возникновению, обострению и хронизации заболевания. Берегите свои уши от шума и громких звуков. Если ваша работа связана с шумом, то обязательно используйте средства индивидуальной защиты (беруши или защитные наушники), а музыку в наушниках слушайте только на умеренной громкости, с перерывами и ограничением по времени. При приеме любых лекарственных препаратов обратите внимание на инструкцию и проверьте, не влияют ли они на слух.

Если проблема со слухом уже возникла и назначено хирургическое лечение или ношение слухового аппарата, то обязательно стоит следовать указаниям врача. И, конечно, при возникновении любой проблемы с ухом или слухом требуется срочное обращение к специалисту, который поможет установить причину и назначит адекватное лечение. **ММГ**

Анна Рыкова



НАДО ЛИ УДАЛЯТЬ СЕРУ ИЗ УШЕЙ И КАК ЭТО ЛУЧШЕ ДЕЛАТЬ?

В первую очередь нужно понимать, что образование серы не является патологией.

Ушная сера защищает наружный слуховой проход от развития в нем воспалительных процессов. При этом ухо является самоочищающимся органом, и в норме избытка серы в нем не образуется.

Очищать ухо можно только в области ушной раковины, не углубляясь при этом в слуховой проход. Достаточно протереть его чистым полотенцем или ватным диском после душа. Ни в коем случае для гигиенических процедур не стоит использовать ватные палочки и прочие подручные средства. Любые манипуляции в слуховом проходе связаны с риском повреждения нежной кожи слухового прохода, что может привести к развитию воспаления и острому наружному отиту.

Также при малейшем неловком движении и проskalзывании предмета глубже в слуховой проход имеется вероятность поранить барабанную перепонку, толщина которой составляет всего 0,1 мм. А в некоторых случаях при травме страдают структуры среднего и внутреннего уха, что может привести к головокружению, тошноте, рвоте, потере равновесия, а в некоторых случаях – и слуха.



КАК ПОНЯТЬ, ЧТО В УХЕ ОБРАЗОВАЛАСЬ СЕРНАЯ ПРОБКА?

Наиболее частый симптом серной пробки – это снижение слуха. Если пробке сопутствует воспаление наружного слухового прохода, то к заложенности присоединяется боль. Если вы почувствовали подобные симптомы,



Боль в ухе действительно часто застигает врасплох, начинаясь остро и резко на фоне полного благополучия. Первое, что нужно сделать в таком случае, – это обратиться к лор-врачу. Самолечение может быть бесполезно и даже опасно.

ОСТАНОВИТЬ ВЫГОРАНИЕ

На площадке НИИОЗММ ДЗМ специалисты ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ провели вебинар «Выгорание на работе». Медицинский психолог Ирина Филипенко и врач-психотерапевт Ирина Осипова рассказали, как распознать признаки недуга.



ЭНТУЗИАЗМ ВО ВРЕД

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – понятие, введенное американским психологом Гербертом Фрейденбергером в 1974 году. Считается, что он характерен для тех, кто работает с людьми. К ним относятся врачи, медсестры, психологи, учителя, кассиры и многие другие. Также СЭВ подвержены студенты и домохозяйки. Это эмоциональное состояние влияет не только на рабочую жизнь, но и на ее остальную часть.



«Человек, который только приходит на работу, полон энтузиазма, посвящает ей все свободное время, может даже игнорировать свои потребности, перевыполнять план. Но с течением времени теряет запал, больше не хочет помогать коллегам, воспринимает работу цинично, поручаемые задачи перестают доставлять удовольствие. Сотрудник превращается из человека с горящими глазами в того, к кому лишний раз лучше не подходить», – объясняет Ирина Осипова.

Чаще всего СЭВ возникает, когда человек всеми силами пытается справиться с нагрузкой, которая на него навалилась, старается соответствовать требованиям, которые к нему предъявляют окружающие, руководство, новая работа и коллектив. Начинает накапливаться стресс, который приводит к истощению и снижению продуктивности в профессиональной деятельности.



«Синдром проявляется чувством безразличия, эмоционального истощения, изнеможения. Человек не может отдавать себя работе так, как он делал это раньше. Появляется негативное отношение к своим коллегам и клиентам – то есть дегуманизация. Также эмоциональное выгорание может проявляться в негативном восприятии себя в профессиональном плане, человек считает себя некомпетентным в профессии», – уточняет Ирина Филипенко.

Симптомы эмоционального выгорания бывают физическими, психологическими, социальными. А к причинам их развития относят рутинность работы, ненормированный график, перфекционизм, неумение делегировать задачи подчиненным, непонимание ценности собственных ресурсов, искусственное поддержание напряжения, эмоционально насыщенные отношения внутри рабочего коллектива, творческий и профессиональный кризис, привычку работать на износ и другие.

МОДЕЛИ СЭВ

Специалисты выделяют несколько моделей классификации СЭВ, каждая включает определенные стадии, по которым психологи и психотерапевты могут ориентироваться в работе с пациентом. Например, «Процессуальная модель». Первая стадия, согласно ей, – «медовый месяц». Человек полностью погружается в работу, доволен поставленными задачами, относится ко всему с большим энтузиазмом. Для него

характерен идеализм и высокие требования к себе. Еще есть силы. Первый признак развивающегося СЭВ – истощение. Начинается нарастание недовольства выбранной профессией, работа приносит все меньше радости, и начинается стресс.

Вторая стадия – «недостаток топлива». Теряется продуктивность, интерес и привлекательность работы, усиливается усталость, апатия. Третья стадия – «хронические симптомы». От чрезмерной нагрузки человек на постоянной основе становится раздраженным: обостряется злоба и агрессия, чувство подавленности. Ощущается постоянная нехватка времени. Четвертая стадия – «кризис». Могут обостриться хронические заболевания, человек частично или полностью теряет работоспособность, начинает пропадать удовлетворенность качеством жизни. Пятая стадия – «пробивание стены». Физическая и психологическая проблемы переходят в острую форму. Синдром отворачивания к себе, окружению, работе. Возникает заболевание, которое угрожает жизни. Могут начаться психосоматические проблемы. Чаще всего дело идет к увольнению.

«Динамическая модель» СЭВ. Первая стадия характеризуется напряженностью, человек прикладывает дополнительные усилия к адаптации на работе.

«Такое бывает, когда сотрудник немного не соответствует требованиям той деятельности, которую он выполняет. Ему приходится прикладывать больше усилий, или сама работа не оправдывает ожидания, не соответствует потребностям. Это может запустить начало эмоционального выгорания», – говорит Ирина Филипенко.

Вторая стадия сопровождается переживанием стресса. Движение от первой стадии ко второй будет зависеть от величины ресурсов самого человека, его личности. Третья стадия – реакция трех классов: физиологические, аффективно-когнитивные, поведенческие. Четвертая стадия представляет собой эмоциональное выгорание как большой многогранный процесс переживаний. Человек постоянно находится в стрессе, как физически, так и эмоционально истощен.

Модель М. Буриша несколько схожа с процессуальной моделью. Предупреждающая фаза начинается с чрезмерного участия в рабочем процессе. Постепенно наступает истощение. Следующая фаза – снижение уровня собственного участия. Человек теряет положительное восприятие коллег, вместо помощи начинается надзор и контроль. Свои ошибки человек не признает и начинает переносить их на других. Эмпатия отсутствует, появляется цинизм.

«Дальше наступает нежелание выполнять свои обязанности, человек искусственно продлевает рабочие перерывы, так как не стремится работать, может систематически опаздывать. Жизнь теряет идеалы, идет концентрация на собственных потребностях. Появляются переживания, что другие люди могут использовать чужую рабочую силу для выполнения собственных задач», – объясняет Ирина Осипова.

Следующая фаза – эмоциональные реакции, которые могут привести к депрессии. Снижается профессиональная самооценка. Наступает чувство вины за постоянную неуспеваемость и недоделки по работе. Учащаются перепады настроения, или наступает апатия. Че-

ловек больше не готов идти на компромиссы, с ним тяжело договориться. Последняя фаза – деструктивное поведение. Снижается концентрация внимания, появляется ригидность. Отсутствует мотивационная сфера, человек все делает из-под палки, выполняет инструкции строго по регламенту без проявления творческого подхода.

«Может появиться желание избегать неформальных контактов, отсутствует желание проявлять участие в жизни других людей. Также может появиться чрезмерная привязанность к одному конкретному лицу», – комментирует Ирина Филипенко.

Человека на этой стадии также характеризует избегание тем, связанных с работой, отказ от хобби, скука. Начинается бессонница, сексуальные расстройства. Пропадает способность к релаксации в свободное время. Человек не может отключиться от работы и посвятить время себе. Возможны головные боли, тахикардия, повышенное давление и т. д. Может развиваться зависимость, в том числе от алкоголя. Иногда на этой стадии люди доходят до психологов.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Существуют методики, позволяющие диагностировать СЭВ, его стадию и степень выраженности. Методика В. В. Бойко доступна в интернете, ее можно пройти самостоятельно. Если что-то беспокоит, есть смысл обратиться к специалисту за помощью.

«Меньше всего эмоциональному выгоранию подвержены люди с адекватной оценкой собственных способностей, уверенные в себе личности и люди с крепким здоровьем. Также и те люди, у которых есть опыт успешного преодоления проблем и предостережение, как можно пережить те или иные процессы», – объясняет Ирина Филипенко.

Эксперт добавила, что важно оптимистично смотреть на жизнь, себя, окружающих и все происходящее. **ММС**

ПРОФИЛАКТИКА СЭВ

- Спорт – хороший способ переключиться и сбросить физическое напряжение, накопившееся в течение дня.
- Отдых – должен быть эффективным. Работу нужно оставлять за порогом. Раз в год обязательно ездить в отпуск. Смена обстановки очень важна.
- Режим – упорядоченное время, в котором присутствует не только работа, но и отдых, перерывы, грамотное распределение нагрузки. Расстановка приоритетов.
- Психологическая защита – уметь ставить воображаемый барьер между собой и проблемами на работе. Работа важна, но это не вся наша жизнь.
- Гармония – сохранение душевного равновесия. Конфликты, которые происходят внутри коллектива, не стоит нести домой.
- Анализ всех ситуаций, которые беспокоят. Возможно, их стоит разобрать вместе со специалистом.
- Психотерапевтическая помощь: научить человека разделять работу и личную жизнь, научить расслабляться без алкоголя.
- Медикаментозная терапия (для людей, которые тяжело справляются со стрессами).

ИСТОРИЯ В 80 ЛЕТ

13-я на Таганке, на Дубровке, на Пролетарке, на Автозаводской — как только не называют ГКБ № 13 ДЗМ пациенты. Многофункциональная больница находится на пересечении многих дорог, по которым везут пациентов по скорой помощи уже 80 лет подряд.



ГЕРОИЧЕСКОЕ ПРОШЛОЕ

ГКБ № 13 — единственная больница в Москве, основанная накануне Великой Отечественной войны — в 1940 году. Тогда она называлась Первой Таганской клинической больницей и состояла всего из одного пятиэтажного корпуса на 250 хирургических и терапевтических коек. Возглавил ее доктор М. Б. Суходрев, который в июне 1941 года ушел на фронт военным врачом. В больнице тоже стали лечить раненых. На должность главного врача заступил И. И. Силантьев, который руководил больницей до 1955 года. В январе 1942-го под его руководством Первую Таганскую клиническую больницу перепрофилировали в Эвакогоспиталь № 5015 с мощностью в 400 коек. За год работы было пролечено 2500 солдат и командиров. Врачи проводили сложные операции при черепно-мозговых травмах, на грудной клетке, конечностях. 248 пациентов прямо из больницы вернулись на фронт.



«В 2020 году к 75-летию Победы в Великой Отечественной войне как дань памяти работавшим в эвакогоспитале была установлена мемориальная доска на фасаде здания корпуса, в котором он размещался и с которого началась история больницы», — прокомментировал главный врач ГКБ № 13 ДЗМ, д. м. н. Сергей Аракелов.



НАБИРАЯ МОЩНОСТЬ

В послевоенные годы под руководством И. И. Силантьева больница росла и развивалась: с фронтов Великой Отечественной войны вернулись врачи и медицинские сестры. Они трудились высокопрофессионально, добросовестно, порой самоотверженно. Благодаря такому подходу больница заслужила добрую славу среди пациентов.

Не все в истории больницы шло легко и гладко. Так, еще в 1940 году началось строительство детского корпуса больницы. Война внесла свои коррективы в планы. Корпус удалось достроить только в 1949 году. В его отделениях лечили детей с острыми инфекционными заболеваниями, а позже его перепрофилировали в отделение для недоношенных.

В 1954 году вступил в строй терапевтический корпус. В нем были развернуты два терапевтических, кардиологическое и неврологическое отделения.

В течение 15 лет до 1974 года больницей руководил Михаил Шаншейн — полковник медицинской службы, хирург, талантливый организатор. По словам современников, за его внешней строгостью скрывалось доброе сердце, он много сделал для дальнейшего развития больницы, старался улучшить условия жизни сотрудников.

В 1963 году было построено патологоанатомическое отделение. Здание сильно обветшало, и, по словам Сергея Аракелова, ему на смену планируется возвести современный патологоанатомический корпус. В 1969 году пациентов стали принимать врачи поликлиники, построенной на территории больницы. А в 1974 году на месте, где раньше находились подстанция скорой помощи и общежитие для сотрудников больницы, был построен семиэтажный хирургический корпус.

В 1974 году дело Михаила Шаншейна перенял врач-хирург, кандидат медицинских наук Александр Ботвинов. Он руководил больницей до 1976 года. Это был не менее активный и энергичный главный врач, при котором медицинское учреждение продолжало постоянное развитие. Большое внимание он уделял рациональному использованию коечного фонда, качеству оказания медицинской помощи, эстетическому оформлению отделений стационара и кабинетов поликлиники. На смену талантливому руководителю пришел Юрий Маркушевич, который занимал пост главного врача 20 лет. Все это время он неустанно работал над созданием благоприятного

психологического климата в больнице. Врачей учили при любых обстоятельствах быть доброжелательными к пациенту. Это подход, который в наше время принято называть «пациентоориентированностью». Конечно, пациенты чувствовали доброе отношение к себе, и, однажды попав в руки врачей ГКБ № 13, они желали лечиться только в этой больнице. Но не только микроклимат перестраивался в коллективе, о развитии самой больницы Юрий Маркушевич тоже не забывал. Так, в 1986 году был построен семиэтажный терапевтический корпус.

НАШИ ДНИ

С 1995 года главным врачом стал Леонид Аронов. Он руководил 24 года. А с 2019 года в должность вступил Сергей Аракелов. Современная ГКБ № 13 — это многопрофильная скораяпомощная больница, рассчитанная на 887 коек. В ее состав входит 16 корпусов: поликлинический, 5 лечебных, 10 вспомогательных. Также действует Южнопортовый филиал на ул. Трофимова, д. 26, стр. 8.

«В каждом корпусе больницы есть свое приемное отделение, а также свои реанимационные койки. Такой подход позволяет обеспечить максимальный комфорт для пациентов и наиболее эффективное лечение при возникновении критических ситуаций. Только в апреле-мае 2020 года, когда больница работала исключительно на оказание неотложной помощи, по экстренным показаниям поступило почти 7 тысяч пациентов. Высокий статус обязывает использовать широкий спектр самых современных диагностических и лечебных процедур с применением аппаратуры последнего поколения. На базе больницы созданы сильнейшие службы — гнойной хирургии, травматологии и ортопедии, выхаживания недоношенных детей и другие. Все операции очень индивидуальны, потому что мы рассматриваем поступившего пациента не как очередной клинический случай, а как личность со своими особенностями», — рассказал Сергей Аракелов.

Он добавил, что на базе ГКБ № 13 действуют университетские клиники трех вузов: Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, Российского университета дружбы народов, Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова. **ММС**

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. Жилиев, В. А. Зеленский, О. В. Зайратьянц, Т. И. Курносова, А. И. Крюков, Н. Н. Камынина, А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова, И. А. Назарова, А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе, А. Н. Плутницкий, А. В. Погонин, Н. Н. Потеев, Д. Ю. Пушкар, М. В. Синецын, 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. Корректоры: Елена Малыгина, Вера Монахова. 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:

