

# МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 20 апреля 2020 года  
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 15 (117)  
www.niioz.ru

## БОЙ С ТЕНЬЮ

Самое опасное осложнение корона-  
вирусной инфекции – пневмония.  
Об особенностях течения разных  
форм этого заболевания, симптома-  
тике, рисках и подходах к лечению  
рассказал заведующий пульмоноло-  
гическим отделением ГКБ  
им. М. П. Кончаловского ДЗМ  
Евгений Безлепко.

>> читайте стр. 3

### ЦИФРОВЫЕ ПРОПУСКА

Цифровые пропуска для поездок в общественном транспорте и на автомобилях стали обязательными с 15 апреля. Соответствующий указ подписан мэром Москвы Сергеем Собяниным. Теперь для того, чтобы воспользоваться автомобилем, метро, а также наземным или пригородным транспортом, москвичи должны получить специальный код, состоящий из цифр и букв. Первые четыре символа будут обозначать срок действия пропуска. Получить его можно на сайте mos.ru, через SMS-сообщение или по телефону. Для москвичей младше 14 лет такой документ не требуется. [МММС](#)

### ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА

«Количество выздоровевших после лечения от коронавируса в Москве продолжает увеличиваться. Мы видим положительную динамику – более сотни выздоровевших ежедневно. Те пациенты, которым необходимо оставаться под наблюдением после выписки, получили соответствующие рекомендации. Всего количество выздоровевших от коронавирусной инфекции в Москве увеличилось до 837 человек», – сообщила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Чтобы подтвердить отсутствие у человека заболевания, после лечения врачи проводят специальные исследования. В больницах города созданы условия для качественной диагностики и лечения коронавирусной инфекции. Пациенты находятся под наблюдением мультидисциплинарных медицинских команд врачей – инфекциониста, пульмонолога, эпидемиолога, анестезиолога, реаниматолога. [МММС](#)



АМБУЛАТОРНЫЕ  
ЦЕНТРЫ

40 городских  
ПОЛИКЛИНИК,

в которых есть компьютерная томография, перепрофилируются в амбулаторные центры диагностики пациентов с подозрением на коронавирус. «Только на основании лабораторных исследований поставить диагноз «коронавирусная инфекция» не всегда возможно – тесты иногда дают ложноотрицательные результаты. Поэтому мы приняли решение создать около 40 амбулаторных центров для работы с горожанами, у которых есть подозрение на коронавирусную инфекцию. Эти центры в обязательном порядке должны иметь возможность КТ-исследования», – сообщила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Амбулаторные центры диагностики будут работать в круглосуточном режиме только для пациентов, у которых есть подозрение на коронавирусную инфекцию. Сформирован специальный алгоритм обследования. Попасть в центр пациенты смогут только на скорой помощи или по назначению врача поликлиники, в случае если в результате наблюдения больного на дому заметно ухудшение его состояния. [МММС](#)

### СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



«Бесшовный» подход  
Технологии – стр. 4



Тонкие материи  
Лицом к лицу – стр. 5



Право голоса  
Советы специалиста – стр. 7

## ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ И COVID-19

В Москве 8 апреля был создан клинический комитет по борьбе с коронавирусной инфекцией. В него вошли главные внештатные специалисты ДЗМ и главные врачи стационаров, в которых лечат пациентов с COVID-19.



Участники комитета предложили включить в единую систему больницы для лечения коронавирусной инфекции и пневмонии. При этом заболевания легких бактериальной природы по-прежнему будут лечить в центрах пневмонии.

«Точность существующих тестов для выявления COVID-19 составляет 70–80 %, а в некоторых случаях тестирование дает ложноотрицательные результаты, и доля таких результатов значительна. Сейчас при диагностике ключевую роль играет оценка клинической картины в сочета-

нии с данными компьютерной томографии (КТ) или рентгена», – поясняет главный врач ГКБ № 40 ДЗМ Денис Проценко.

Руководитель ДЗМ Алексей Хрипун подчеркивает: «Иммуноферментный анализ, анализ крови, мы уже провели в клинике в Коммунарке. Результаты очень показательные, намного более показательные, чем ПЦР-диагностика по мазкам из зева и носа. Мы планируем в самое ближайшее время расширить этот метод. Существующие методы, это

в основном ПЦР-диагностика, к сожалению, дают значительный, существенный процент ложноотрицательных результатов. Поэтому клинический комитет при Департаменте здравоохранения принял решение, что нашими базовыми признаками для того, чтобы ставить диагноз «коронавирус», будут являться характерные изменения на компьютерной томограмме и клиническая картина, включая такие симптомы, как сухой кашель, одышка, высокая температура и другие».

Согласно этим результатам, члены комитета предложили изменить маршрутизацию пациентов. По этой концепции пациенты, госпитализированные в стационар до появления результатов теста на коронавирусную инфекцию, но с выявленными признаками пневмонии и COVID-19, характерными клиническими проявлениями, ведутся как больные с коронавирусной инфекцией. Такой алгоритм работы врачи уже применяют на практике.

На основании консенсуса членов клинического комитета по COVID-19 подписан приказ ДЗМ об изменении принципов маршрутизации пациентов, диагностики и принятия клинических решений на уровне приемного отделения, в период пребывания в стационаре и при выписке больных. **ММС**

## МНЕНИЕ

### ДОСТУПНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ



**Александр Еремин,**  
заведующий организационно-методическим отделом по стоматологии НИИОЗМ ДЗМ

В соответствии с Указом мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ с 26 марта 2020 г. до окончания действия режима повышенной готовности в московских городских стоматологических клиниках, как взрослых, так и детских, временно приостановлен плановый прием по всем направлениям, а также диспансеризация и профилактические медицинские осмотры. Клиники продолжают оказывать помощь пациентам только в экстренной и неотложной форме. В ДЗМ начала работу круглосуточная информационная телефонная линия по стоматологии. Она функционирует на базе СП № 3 с 27 марта и будет действовать до окончания противоэпидемических мероприятий. Телефон горячей линии по стоматологии: 8 (499) 842-41-12.

Особенности оказания стоматологической медицинской помощи заключаются в том, что врач работает в ротовой полости. Использование бормашины неизбежно создает во рту и вокруг лица пациентов аэрозоль из капель воды, которые могут содержать частицы вируса и инфицировать врача. Врач, в свою очередь, может быть инфицирован вирусом и при неизбежном тесном контакте заразить пациента. Поэтому, ради безопасности, необходимо все плановые стоматологические вмешательства перенести на период, когда санитарно-эпидемиологическая ситуация стабилизируется.

Для оказания стоматологической медицинской помощи на дому отдельным категориям граждан созданы три выездные мобильные врачебно-сестринские бригады (ВСБ), в том числе одна детская, а также ВСБ в районных стоматологических поликлиниках в составе врачей стоматолога-терапевта, детского стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга и медицинской сестры. Задача бригад – лечение острой зубной боли и других экстренных и неотложных стоматологических состояний на дому для маломобильных граждан, лиц, находящихся в режиме изоляции, или больных коронавирусной инфекцией, проходящих лечение на дому или в условиях стационара. Стоматологическая медицинская помощь взрослым и детям, не входящим в вышеперечисленные категории, оказывается в экстренной и неотложной формах во всех городских стоматологических поликлиниках ДЗМ. По состоянию на 12.04 на телефон горячей линии поступило 3210 звонков. Выездными врачебными бригадами оказана стоматологическая помощь маломобильным пациентам: 247 взрослым и 9 детям. Количество вызовов к лицам, находящимся в самоизоляции, составило: 45 взрослых и 5 детей. К больным коронавирусной инфекцией: 11 взрослых и 1 ребенок. В городские стоматологические поликлиники за оказанием неотложной медицинской помощи обратились 30 124 человека, в детские стоматологические поликлиники – 8796 человек. **ММС**

## ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Для оказания помощи пациентам с COVID-19 в Москве открыт телемедицинский центр. Консультации проводят более 200 врачей, прошедших специальное обучение.

Работа сотрудников телемедицинского центра позволяет оперативно мониторить состояние здоровья пациентов, проходящих лечение от коронавирусной инфекции на дому. Помощь врачей доступна круглосуточно в режиме онлайн.

«Для нас важно, чтобы пациенты, находящиеся дома, чувствовали себя спокойно, чувствовали контакт с врачом, что мы с ними взаимодействуем», – рассказывает главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению ДЗМ и главный врач консультативно-диагностической поликлиники № 121 ДЗМ Андрей Тяжелников.

Каждого пациента ежедневно просят измерять температуру, визуальное по видеосвязи оценивается состояние, дополнительно задаются вопросы о самочувствии. Каждый пациент может обратиться в центр телемедицины несколько



Фото: Марина Озерова, пресс-служба ДЗМ

раз в день, никаких ограничений на количество звонков нет. Если специалист видит, что симптоматика болезни ме-

няется, то пациента передают бригадам скорой помощи для направления в стационар. **ММС**

## ВЕБИНАРЫ ОТ ВРАЧЕЙ



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

На сайте НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ продолжают трансляции вебинаров от ведущих врачей.

Заведующая организационно-методическим отделом по диетологии НИИОЗМ ДЗМ, врач-диетолог высшей категории Виктория Егорова провела беседу на тему: «Здоровое питание как профилактика инфекционных забо-

леваний. Здоровье на тарелке». Также продолжается серия вебинаров «Только без паники!», где советы дают специалисты из ПКБ им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ. Посмотреть запись трансляций можно на [niioz.ru](http://niioz.ru). **ММС**

# ЕВГЕНИЙ БЕЗЛЕПКО: «ПНЕВМОНИЯ – ЭТО МНОГОФАКТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ»



– Евгений Александрович, что собой представляет пневмония?

– Пневмония, или воспаление легких, – это острое воспалительное заболевание нижних отделов дыхательных путей, однако точные причины ее возникновения до конца не ясны. Во многих случаях заболевание начинается с переохлаждения и респираторной инфекции. Затем происходит колонизация нижних отделов дыхательных путей. При проникновении в респираторный тракт бактерии или вирусы поражают альвеолы.

На развитие пневмонии влияют многие факторы. По сути, это совокупность иммунного статуса пациента, способности местного иммунитета бороться с патогенной флорой в бронхах, наличия хронических болезней и патологических процессов, которые развиваются в легочной ткани. Многие зависят от степени агрессивности бактерий и массивности их проникновения в трахеобронхиальное дерево, способности организма человека эффективно элиминировать бактерии из бронхов. Известно, что вероятность заболеть пневмонией гораздо выше у людей с ослабленным или угнетенным иммунитетом. В группе риска больные с хроническими заболеваниями легких, с застойной сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, онкологией, ВИЧ-инфекцией. А также представители старшего поколения 65+.

– Какие бывают виды пневмоний?

– Вирус далеко не всегда является ключевым звеном в патогенезе этого заболевания. В зависимости от возбудителя различают бактериальную, вирусную, грибковую пневмонию. В первом случае заболевание вызывается бактерией напрямую. Во втором – первичное повреждение легких вызывает вирус. А уже затем, спустя 4–7 дней, поврежденную вирусом легочную ткань колонизирует бактериальный агент, вызывая осложнение в виде бактериальной пневмонии.

– Имеется ли этапность в развитии заболевания?

– При первичной бактериальной инфекции заболевание развивается стремительно. У человека резко поднимается температура, появляется кашель с продук-

цией мокроты, и идет прямое повреждение легочной ткани бактериями. Вирусная пневмония развивается в несколько этапов. Если подробнее, то в большинстве случаев вирус сначала поражает верхние отделы дыхательных путей. Затем проникает в нижние отделы респираторного тракта и вызывает повреждение альвеоцитов (клеток, выстилающих альвеолы). Иммунная система активируется, и включается сложный, до конца не изученный иммунный ответ. В альвеолы мигрируют клетки иммунной системы. Вырабатываются медиаторы воспаления. При лучшем варианте – на этом все и заканчивается. Организм побеждает вирус, повреждение легких носит ограниченный характер, и легочная ткань восстанавливается. При худшем варианте – большой объем вырабатываемых противовоспалительных агентов привлекает все больше клеток воспаления, возникает явление «аутоагрессии» и значительное повреждение легочной ткани. Альвеолы заполняются секретом, капилляры тромбируются, и, как следствие, нарушается газообмен. Возникает выраженная дыхательная недостаточность. Это чревато развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). Нарушение оксигенации (процесса обогащения крови кислородом) приводит к проблемам и в других органах: сердце, почках, головном мозге. Такие пациенты нуждаются в респираторной поддержке в условиях ОРИТ.

О том, чем опасно воспаление легких, отчего оно возникает и есть ли отличия у коронавирусной пневмонии, рассказал заведующий пульмонологическим отделением ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ, главный внештатный специалист-пульмонолог ЗелаО г. Москвы Евгений Безлепко.

с пневмонией, вызываемой, к примеру, вирусом гриппа. Но есть нюансы. Вирусность коронавируса в два раза выше, чем у гриппа. И как показывает мировая практика, в том числе и опыт Китая, гораздо большее количество больных с коронавирусной инфекцией нуждается в оказании квалифицированной медицинской помощи в стационаре. Потенциально любая система здравоохранения может не справиться с такой нагрузкой, поэтому необходимо введение карантинных мер, чтобы растянуть пандемию во времени, снизить это бремя и успеть оказать должную помощь всем нуждающимся.

– Считается, что у человека после перенесенной пневмонии функция легких восстанавливается. А после коронавируса?

– Еще во время эпидемии тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) специалисты отмечали, что ОРДС при вирусной пневмонии может приводить к фиброзу. То есть на определенном участке легкого происходит разрастание соединительной ткани и формируется рубец. Поврежденный участок легкого не восстанавливается, а происходит его фибротизация (замещение нормальной легочной ткани соединительной). Однако большинство пациентов полностью восстанавливались после заболевания. В отношении COVID-19 пока не имеется достаточных данных и выводы делать рано. Однако можно предположить, что у пациентов, перенесших тяжелый ОРДС, сформируются участки фиброза. Но в каком объеме произойдет фибротизация легочной ткани, будет ли нарушена функциональная способность легких, потребует ли это дальнейшего лечения, вплоть до хирургического вмешательства, – все эти моменты подлежат дальнейшему изучению.

– Стоит ли в период пандемии прививаться? Насколько эффективна в этом плане прививка от пневмококка?

– В период пандемии прививки от гриппа делать нецелесообразно, поскольку это создаст дополнительную нагрузку на иммунную систему. Пневмококковая вакцина была разработана для борьбы с внебольничной пневмонией. В подавляющем большинстве случаев ее возбудителем является пневмококк. Эта прививка показана для людей из группы риска: пожилых и больных хроническими заболеваниями и довольно эффективна в профилактических целях. Но от вирусной пневмонии она, к сожалению, не спасет.

– Какие схемы сегодня используются при лечении пневмонии?

– Для внебольничной пневмонии разработаны стандартные схемы терапии, которые содержатся в федеральных клинических рекомендациях и протоколах лечения. Они зависят от возраста больного, наличия или отсутствия сопутствующей патологии, возможного пребывания пациента в стационаре перед болезнью, предлеченности антибиотиками и возможного патогена, вызвавшего пневмонию. Аналогичные схемы разработаны для лечения вирусно-бактериальной

пневмонии при гриппе. В настоящее время этиотропной терапии (направленной на устранение заболевания – борьбу с вирусом) для лечения COVID-19 с позиций доказательной медицины нет. Пока нет данных и о том, каков «интимный» механизм воздействия вируса на иммунитет. Лечение осуществляется «off label», то есть применяются препараты, которые созданы для лечения других болезней. И пока еще не проведены должные клинические исследования, в процессе которых была бы доказана их эффективность. Лечебная тактика в основном базируется как на сборе и анализе данных, опубликованных специалистами ВОЗ, китайского, американского и европейского центров по лечению и профилактике коронавируса, так и на приобретенном опыте и мнениях ведущих специалистов нашей страны. Несомненно, во время пандемии врачи анестезиологи-реаниматологи приобретут важнейший опыт лечения тяжелых форм ОРДС в частности и пациентов с респираторной патологией вообще. Уверен, что это послужит введению в практику новых подходов в сопровождении реанимационных больных данного профиля и новому витку развития пульмонологии. **ММГ**

**Известно, что вероятность заболеть пневмонией гораздо выше у людей с ослабленным или угнетенным иммунитетом.**

– При первичной бактериальной инфекции заболевание развивается стремительно. У человека резко поднимается температура, появляется кашель с продук-

цией мокроты, и идет прямое повреждение легочной ткани бактериями. Вирусная пневмония развивается в несколько этапов. Если подробнее, то в большинстве случаев вирус сначала поражает верхние отделы дыхательных путей. Затем проникает в нижние отделы респираторного тракта и вызывает повреждение альвеоцитов (клеток, выстилающих альвеолы). Иммунная система активируется, и включается сложный, до конца не изученный иммунный ответ. В альвеолы мигрируют клетки иммунной системы. Вырабатываются медиаторы воспаления. При лучшем варианте – на этом все и заканчивается. Организм побеждает вирус, повреждение легких носит ограниченный характер, и легочная ткань восстанавливается. При худшем варианте – большой объем вырабатываемых противовоспалительных агентов привлекает все больше клеток воспаления, возникает явление «аутоагрессии» и значительное повреждение легочной ткани. Альвеолы заполняются секретом, капилляры тромбируются, и, как следствие, нарушается газообмен. Возникает выраженная дыхательная недостаточность. Это чревато развитием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). Нарушение оксигенации (процесса обогащения крови кислородом) приводит к проблемам и в других органах: сердце, почках, головном мозге. Такие пациенты нуждаются в респираторной поддержке в условиях ОРИТ.

– Коронавирусная пневмония имеет какие-то особенности развития в отличие от других видов пневмоний, включая осложнения гриппа?

– По данным научных исследований и медицинской практики, особых различий нет. Вирусно-бактериальные пневмонии при гриппе, коронавирусе и других тяжелых вирусных заболеваниях легких мало отличаются друг от друга и не имеют специфических черт. Есть «тонкие моменты в симптоматике», но уловить их очень сложно. Так, например, согласно последним рекомендациям, для гриппа характерен насморк, а для коронавирусной инфекции – больше заложенность носа и потеря обоняния. Но классическая картина встречается далеко не во всех случаях. Временные рамки развития коронавирусной пневмонии также схожи

с пневмонией, вызываемой, к примеру, вирусом гриппа. Но есть нюансы. Вирусность коронавируса в два раза выше, чем у гриппа. И как показывает мировая практика, в том числе и опыт Китая, гораздо большее количество больных с коронавирусной инфекцией нуждается в оказании квалифицированной медицинской помощи в стационаре. Потенциально любая система здравоохранения может не справиться с такой нагрузкой, поэтому необходимо введение карантинных мер, чтобы растянуть пандемию во времени, снизить это бремя и успеть оказать должную помощь всем нуждающимся.

**Пневмония, или воспаление легких, – это острое воспалительное заболевание нижних отделов дыхательных путей, однако точные причины ее возникновения до конца не ясны.**

## «БЕСШОВНЫЙ» ПОДХОД

Центр сердечной недостаточности, функционирующий с 2016 года в ГКБ им. В. В. Виноградова ДЗМ, успешно применяет «бесшовный» подход в лечении пациентов, что приносит заметные позитивные результаты в борьбе с этим распространенным кардиологическим заболеванием.



Основной причиной развития сердечной недостаточности у людей является инфаркт, в результате которого снижается сократительная способность сердечной мышцы. Кардиология сегодня достигла больших успехов, у врачей появились новые возможности для лечения пациентов. Но возникает парадокс: больных лечат лучше, а людей с сердечной недостаточностью становится больше.

«Все дело в том, что раньше инфаркт часто приводил к летальному исходу, сейчас же смертность от этого заболевания уменьшилась в разы. Продолжительность жизни увеличилась, но перенесенный инфаркт не проходит бесследно – у пациента развивается сердечная недостаточность, борьбу с которой кардиологи считают важнейшей задачей», – рассказывает заведующий отделением реанимации и

интенсивной терапии кардиологического профиля ГКБ им. В. В. Виноградова, доцент кафедры факультетской терапии РУДН, к. м. н. Имад Мерай.

Для оказания эффективной и качественной медицинской помощи таким пациентам в 2016 году в ГКБ им. В. В. Виноградова по инициативе администрации больницы и, в первую очередь, ее главного врача Ольги Викторовны Шараповой был создан Центр сердечной недостаточности. В работе центра участвуют отделение кардиореанимации и отделение кардиологии в тесном контакте с кафедрой внутренних болезней РУДН.

Пациент здесь наблюдается и стационарно, и амбулаторно. Пройдя терапевтический курс непосредственно в больнице, он не остается без внимания специалистов и, выписавшись домой, продолжа-

ет приходить на прием к своему врачу, который контролирует его состояние и корректирует при необходимости медикаментозное лечение. Такие контрольные визиты имеют большое значение, ведь они гарантируют, что терапия проводится в нужном направлении.

Одна из целей Центра сердечной недостаточности – научить человека жить со своим заболеванием и правильно заботиться о своем здоровье. Находясь в стационаре, пациенты занимаются в Школе сердечной недостаточности, организованной в ГКБ им. В. В. Виноградова, где врачи объясняют им, как контролировать симптомы, вести дневник состояния, дают рекомендации по режиму питания, по соблюдению водно-солевого баланса, говорят о допустимых нагрузках и образе жизни в целом.

Специалистами больницы и сотрудниками кафедры разработаны алгоритмы, по которым можно с точностью оценить текущее состояние пациента. Основные симптомы сердечной недостаточности, на которые человек обращает внимание, – это одышка, непереносимость нагрузок,

общая слабость, отеки конечностей. Все это говорит о наличии застойных явлений в легких, которые лечатся назначением в том числе мочегонных препаратов. Внешние отеки уходят, но внутренние могут оставаться, и для их диагностирования сотрудники центра применяют дополнительные методы исследований.

«Инструментальная оценка наличия жидкости в организме наряду с комплексным подходом в терапии дают свои позитивные результаты в борьбе с сердечной недостаточностью. Огромное значение имеет непрерывный, «бесшовный», подход к лечению пациентов: поступление в стационар, ранний визит после выписки и затем длительное наблюдение. Если же болезнь прогрессирует, то пациента госпитализируют – постоянный контроль дает возможность сделать это вовремя, не допуская острой стадии», – добавляет Имад Мерай.

Функционирование Центра сердечной недостаточности позволяет не только продлить жизнь большому количеству людей, но также сделать ее более качественной и полноценной. **ММС**

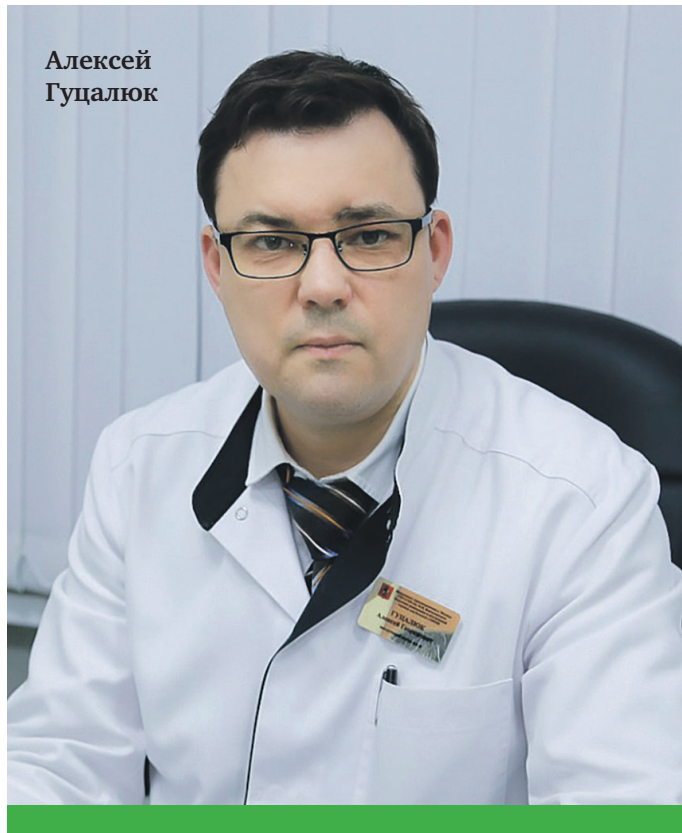
**Кардиология сегодня достигла больших успехов, у врачей появились новые возможности для лечения пациентов.**



# ТОНКИЕ МАТЕРИИ

Аневризма артерий головного мозга является сложным и коварным заболеванием. Основная опасность заключается в том, что в любой момент аневризма может разорваться, словно бомба с замедленным механизмом. О том, какие технологии сегодня помогают спасать жизни пациентов, поговорили специалисты ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ: руководитель регионального сосудистого центра, заведующий отделением неврологии, врач-невролог Алексей Гуцалюк и заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, к. м. н. Семен Климовский.

Алексей  
Гуцалюк



**А. Г.** Аневризмой называют выпячивание в стенке артерии из-за ее растяжения или истончения. В результате утрачивается прочность сосудистой стенки, что может привести к разрыву сосуда. Спровоцировать его могут любые физические нагрузки, даже кашель. Данная патология чаще всего бывает врожденной. Иногда аневризмы образуются в результате травматических повреждений. Статистика показывает, что это заболевание чаще выявляется у женщин.

**С. К.** Между тем основная опасность заключается в том, что заболевание сложно диагностировать. Часто оно протекает бессимптомно, обнаруживается только при разрыве, и даже тогда не во всех случаях можно быстро поставить правильный диагноз и помочь пациенту.

**А. Г.** Разберемся с симптоматикой. Как известно, основным клиническим симптомом является внезапная, сильная головная боль. Часто она сопровождается рвотой, потерей сознания. Кровоизлияние происходит под оболочкой мозга, не затрагивая его ткани. Если терпеть боль, принимая анальгетики, то через какое-то время она может уменьшиться или вообще исчезнуть. Поврежденный сосуд тромбируется, и на какое-то время аневризма бывает обезврежена. Этот период опасен еще и трудностью диагностики, так как тромбированная аневризма может остаться незамеченной при ангиографии. Эта «пробка» – тромб, закрывающий поврежденный участок сосуда, – ненадежная, она может оторваться или раствориться. Неизбежно возникает повторное кровотечение, обычно более интенсивное, которое нередко приводит к летальному исходу.

**С. К.** С появлением в клинической практике ангиографии лечение аневризмы вышло на новый

уровень. Сегодня эти технологии стали доступными. Применяется КТ-ангиография, МР-ангиография. КТ-ангиография всегда выполняется с контрастом. Это вещество, которое вводится внутривенно. Оно делает кровеносные сосуды более заметными на снимках и позволяет выявить аневризматические участки сосудов. Но если с момента кровоизлияния прошло некоторое время и человек не сразу обратился за медицинской помощью, то исследование может быть неинформативным. В такой ситуации необходимо провести люмбальную (поясничную) пункцию с исследованием ликвора.

**А. Г.** Многие люди боятся этой процедуры и не всегда соглашаются на нее.

**С. К.** Это необоснованные страхи. Данное исследование позволяет верифицировать диагноз, а в некоторых случаях и спасти жизнь пациента, если становится ясно, что ему требуется срочное оперативное вмешательство.

**А. Г.** Представим идеальную ситуацию: аневризма выявлена на КТ-ангиографии, картина заболевания ясна. Такому пациенту показана операция, но, к сожалению, провести ее экстренно не всегда возможно. Кровь является сильным раздражителем для сосудов мозговой оболочки, кровоизлияние может спровоцировать реактивный вазоспазм, а это дополнительный риск. Какая дальнейшая тактика? Собирается медицинский консилиум, где обсуждаются все возможные варианты действий.

Проводятся дополнительные неинвазивные исследования, определяется скорость кровотока по внутричерепным сосудам. Если она высокая, значит, сосуды находятся в спазме и оперировать такого пациента нельзя. Используется медикаментозное лечение, направленное на уменьшение спазма сосудов, а уже затем проводится оперативное лечение аневризмы. В этот период, конечно, сохраняется риск повторного кровоизлияния.

**С. К.** Да, это опасное заболевание, и идеальные ситуации, к сожалению, редко встречаются в практике. Но если говорить об оперативном лечении, то главная задача – обеспечить надежное выключение аневризмы из кровообращения. Выбор вмешательства – нейрохирургического или эндоваскулярного – основывается на оценке анатомических особенностей аневризмы, локализации и числа аневризм, общего состояния пациента. Все очень индивидуально.

**А. Г.** Вы правильно отметили, что все зависит от ситуации. В зависимости от расположения аневризмы разработаны разные методики операционного доступа. Их много, иногда используется их сочетание, особенно если аневризма не одна, что тоже встречается.

Семен  
Климовский



**С. К.** Открытая операция остается одним из основных методов лечения. Проводится трепанация с клипированием аневризмы. Но иногда технически осуществить такое вмешательство не представляется возможным. Тогда на помощь приходит эндоваскулярная хирургия. Минимальная травматичность – главное преимущество рентгенэндоваскулярных методов. Эмболизация аневризм сосудов головного мозга является малоинвазивным оперативным вмешательством, позволяющим успешно предотвращать развитие разрыва с кровоизлиянием в головной мозг. При данной операции снижается количество осложнений в послеоперационном периоде и значительно сокращается время восстановительного периода. В ГКБ им. А. К. Ерамишанцева аневризмы начали оперировать с 2019 года, и их число постоянно растет.

**А. Г.** Озвучу лишь некоторые цифры. За 2019 год в нашей клинике прооперированы 23 пациента с кровоизлияниями вследствие разрыва аневризмы сосудов головного мозга. Из них 13 оперированы открытым способом. Эндоваскулярное вмешательство выполнено в 10 случаях, в то время как за два месяца 2020 года уже проведено 6 таких операций.

**С. К.** Итак, сегодня не существует эффективных методов профилактики аневризмы – можно только постараться снизить вероятность ее разрыва. При отягощенной наследственности рекомендуется пройти дополнительное исследование сосудов головного мозга – МР-ангиографию. Данный метод позволяет оценить как анатомические, так и функциональные особенности кровотока. Очень важно внимательно относиться к своему состоянию и при появлении любых симптомов в виде повторяющихся головных болей, особенно при интенсивной боли, связанной с физической нагрузкой, немедленно обратиться к врачу. **МММС**

# НОВЫЕ ГРАНИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Обладатель звания «Лучший молодой врач-эндоскопист 2019 года», детский хирург Дмитрий Еремин работает в ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ всего 2,5 года. Доктор находится в непрерывном развитии и не устает открывать для себя новые горизонты профессии.



## ЧЕРЕЗ ТЕРНИИ

Путь в профессию у Дмитрия Еремина оказался тернистым. Медициной он увлекся в старших классах школы, начал активно изучать предметы для сдачи экзаменов в профильный вуз. Но поступил в Волгоградский медицинский университет только со второго раза. С этого момента он стал прилагать все усилия, чтобы профессионально развиваться. Во время обучения Дмитрий Еремин понял, что ему интересно лечить детей, разбираться, из-за чего возникают пороки развития, изучать широкий диапазон фоновых заболеваний. Вначале была годичная интернатура по детской хирургии. Затем молодой специалист поступил в клиническую ординатуру по торакальной хирургии. После обучения Еремин работал в Волгоградской многопрофильной детской больнице. Его карьера стала стремительно развиваться – назначили заведующим отделением детской торакальной хирургии.

В 2017 году молодой человек переехал в Москву, так как мечтал о развитии по своему направлению. «Я стал работать врачом эндоскопического отделения и параллельно детским торакальным хирургом. В ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского как раз нужен был такой врач, как я», – рассказывает Дмитрий.

## НОВЫЙ ПУТЬ

На новом месте доктору поручили заниматься торакальной и внутрипросветной хирургией – когда операция проводится в просветах пищевода, желудка. В ДГКБ № 9 специалисты первыми начали делать эндоскопическое лигирование расширенных вен пищевода при портальной гипертензии у детей. Операция мини-инвазивная, малотравматичная, но очень непростая. Повреждение расширенных вен чревато сильным жизнеугрожающим кровотечением. Кроме того, Дмитрий Еремин проводит операции на легких, средостении, пищеводе. Сталкивался молодой эндоскопист и с извлечением инородных тел. Он отмечает, что это бич детского возраста: очень много бывает монет, ша-

синдрома портальной гипертензии. Это происходит из-за повышения давления в воротной вене, относящей кровь от органов брюшной полости к печени. Если в ней возникает какое-то препятствие, то чаще всего у детей это кровеносная трансформация. То есть вены не функциональны, они как пещеристые бугорки. Поэтому возникает высокое давление, которое начинает отводить кровь по физиологическим шунтам – венам пищевода, желудка, геморроидальным венам. Это заболевание можно лечить оперативным путем, когда сосуды соединяются изнутри. Но такой подход может привести к осложнению. Некоторое время соединенные сосуды работают, а потом перестают. Поэтому лучше предупреждать такой процесс путем лигирования.

Эндоскопическое лигирование расширенных вен пищевода пришло из взрослой хирургии. Все аппараты, которые суще-

ствуют, – большого диаметра. В России пока что очень мало специальных аппаратов, подходящих для проведения операций пациентам детского возраста, особенно неонатального. Поэтому специалист видит своей миссией развивать это направление и решать проблемы, связанные с сужениями любой этиологии. Также важно развивать оперирование пилоростеноза у детей раннего возраста эндоскопическим доступом через физиологические отверстия. Такая технология пока используется в России в онкологии, когда удаляются опухоли из просвета: «Детей с такой проблемой много. Хорошо, если бы в больнице имени Сперанского появился межрегиональный центр, куда централизованно поступали бы такие пациенты».

## СТРЕМЛЕНИЯ

«Ничто не стоит на месте, все развивается. Нужно перенимать методики. Должен быть интерес к работе, цель. Я готов и много учусь, в том числе по своей инициативе. Проходил обучение на базе Боткинской больницы. Там есть симуляционный центр непрерывного медобразования с тренажерами, приближенными к реальным действиям, чтобы с опытными коллегами-наставниками отрабатывать определенные приемы и быть готовым к теоретической и практической работе. Постоянно принимаю участие во всех российских конференциях, обществах по торакальной хирургии, эндоскопии, детской хирургии. В Германии проходил ознакомительную практику. Принимал участие в операциях, перенимал опыт. Наблюдал, чем отличается наша работа от работы иностранных коллег: база, структура, организация. Ну а опытные коллеги подсказывают нужный ориентир в работе и учебе», – перечисляет эндоскопист.

Дмитрию Еремину нравится то, что в ДГКБ № 9 всем специалистам постоянно ставят новые задачи. Коллектив не боится браться за проекты, и это отличное поле для профессионального развития.

«На базе больницы имени Сперанского работает единственный в Москве ожоговый центр. И дети, которые внешне не имеют признаков ожогов, могут надыхаться продуктами горения, отравиться, получить термоингаляционные травмы. Хотим создать классификацию, таблицы оценки тяжести состояния, прогнозы осложнений. Такого в стране у нас нет, а у таких детей, к сожалению, очень много осложнений вплоть до летальных исходов. Они страдают от стенозов – сужения – и не могут дышать. Им делают много реконструктивных операций», – рассказывает о маленьких пациентах врач.

Он постоянно изучает новые направления и подразделы детской хирургии, и самый большой интерес – к фетальной. Хирургия плода находится на пересечении гинекологии, эндоскопии, детской хирургии. Дмитрий Еремин готов приложить все усилия для изучения и совершенствования этой области медицины. **ММС**



риков и других, иногда самых неожиданных, предметов.

Для конкурса в рамках «Формулы жизни» Дмитрий Еремин выбрал проект «Опыт применения эндоскопического лигирования расширенных вен пищевода». Обычно пациенты на таких операциях – дети старше 3 лет. Вмешательство проводится при помощи специального оборудования: эндоскопа и специальных колец, которыми и осуществляется лигирование, то есть сдавливание расширенных вен пищевода. Операция проводится под наркозом. Ребенку заводится аппарат в пищевод, орган осматривается, расширенные вены убираются в определенном порядке: «Есть классификация расширенных вен пищевода и показания, когда их нужно лигировать, а когда – нет. После оперативного вмешательства кольца остаются, ребенок находится под динамическим наблюдением врачей. Примерно через 2–3 недели делается контрольная гастроскопия».

Дмитрий Еремин объясняет, что варикозное расширение вен пищевода – осложнение основного заболевания –



Евгения Воробьева

# ПРАВО ГОЛОСА

Ежегодно 16 апреля отмечается Всемирный день голоса (World Voice Day). Основная задача этого международного праздника – привлечь внимание людей к феномену голоса, его роли в жизни человека. О поддержании здоровья, профилактике и лечении заболеваний голосового аппарата рассказал ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отдела микрохирургии гортани и фониатрии НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ, кандидат медицинских наук Олег Павлихин.



ловеком резонансными свойствами своего голоса. Механизмы голосообразования до сих пор вызывают интерес у многих исследователей в связи с тем, что ни одна из вышеперечисленных теорий не может полностью объяснить феномен «происхождения» голоса.

## ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЕТ ОХРИПЛОСТЬ ИЛИ ГОЛОС ВОВСЕ ИСЧЕЗАЕТ?

Причины возникновения охриплости можно разделить на несколько групп. Первая – острые и хронические воспалительные процессы в гортани. Острый ларингит, возникающий на фоне ОРВИ или какого-либо другого инфекционного заболевания, различные хронические ларингиты, сопровождающиеся отеком слизистой оболочки гортани голосовых складок, снижением тонуса голосовых мышц.

Перенапряжение гортани может произойти на фоне большого объема голосовой нагрузки или форсированной манеры голосообразования. Среди других причин: выраженная сопутствующая патология (сахарный диабет и патология щитовидной железы, заболевания сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем), стрессовые расстройства, мутация у подростков, наличие доброкачественных или злокачественных новообразований гортани. Афония – полное исчезновение голоса – чаще всего носит психогенный характер и нередко требует помимо лечения пациента у оториноларинголога консультации психоневролога.

амиотрофической склероз, аневризма аорты, опухоль средостения, пищевода, щитовидной железы и ряд других).



## КАК ЛЕЧАТСЯ НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ?

В настоящее время у врача-фониатра достаточно большой арсенал лекарственных препаратов. При воспалительных заболеваниях голосового аппарата активно используется ингаляционная терапия и физиотерапевтическое лечение. При наличии доброкачественных образований голосового аппарата (узелки, полипы голосовых складок, хронический отечно-полипозный ларингит) выполняется хирургическое лечение как классическим «холодным» инструментарием, так и с использованием лазера под контролем микроскопа или эндоскопа. При функциональных нарушениях голоса и реабилитации пациентов после хирургических вмешательств проводятся фонетические занятия, направленные на постановку фонационного дыхания и физиологической манеры голосообразования. Активно используется метод нейромышечной электрофонетической стимуляции мышц гортани, сочетающий в себе стимулирующее действие тока и фонетические упражнения.



## КАК СОХРАНИТЬ СИЛУ ГОЛОСА?

- Говорить следует легко и без усилий, при разговоре голову следует держать прямо, участвующие в голосообразовании мышцы лица, глотки и шеи должны быть расслаблены.
- Не следует говорить в шумной обстановке, при поездках в транспорте, необходимо избегать крика, чрезмерно громкого пения.
- При подверженности частым заболеваниям гортани (острым ларингитам) и быстрой утомляемости голоса необходимо избегать перенапряжения голосового аппарата, использовать для отдыха даже небольшое время перерыва, после окончания нагрузки помолчать в течение 2–3 часов.
- В холодное время года выходить на улицу следует не ранее чем через 15–20 минут после длительной голосовой нагрузки.
- При систематическом приеме лекарств необходимо проверить, не вызывают ли они сухость слизистой оболочки верхних дыхательных путей.
- Лучше исключить из повседневного рациона питания очень горячие и холодные напитки; чрезмерно острую, кислую, горькую пищу; сильногазированные напитки, алкоголь; отказаться от курения.
- Нежелательно длительное нахождение в охлажденных помещениях со сплит-системой, а также в условиях высокой температуры, сухого, горячего воздуха.
- Людям голосо-речевых профессий рекомендуется освоить основы правильного голосообразования под руководством фонетика.
- При изменении тембра голоса, появлении стойкой охриплости, при потере голоса, длящейся более недели или повторяющейся регулярно, а также если работа связана с постоянным напряжением голоса, следует обязательно проконсультироваться с ЛОР-врачом. **MMC**



## ЧТО СОБОЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ГОЛОС?

Голос – это средство коммуникации и выражения эмоций человека. Сочетание разнообразных звуков образуется с помощью голосового аппарата, представляющего собой комплекс органов и систем, принимающих участие в голосообразовании. В голосе различают высоту, силу и тембр взятого звука, а также разнообразные качества, которые обозначают какими-либо сравнениями: голос льбящийся или жесткий, металлический или матовый и т. д. С точки зрения акустики такой голос возникает как следствие изменения во времени только трех акустических параметров звука: частоты колебаний, их амплитуды и состава сложного звука, его спектра – соответственно высоты, силы и тембра звука.



## КАК «РОЖДАЕТСЯ» ГОЛОС?

Существуют несколько теорий голосообразования. Согласно миоэластической (мышечной) теории, появившейся в XVIII в., фонация является результатом вибрации голосовых складок в вертикальном направлении под действием воздушной струи на выдохе. Другие исследователи высказывали предположение, что в процессе голосообразования доминирующую роль выполняет кора головного мозга, которая регулирует колебания голосовых складок. В 1962 г. испанским фониатром Дж. Перелло была разработана мукоондуляторная теория, основанная на законах физики. По мнению автора, колебания голосовых складок – это волнообразное скольжение покрывающей их слизистой оболочки из подскладочного пространства вверх и спереди назад по краю голосовых складок. Но эта теория не получила широкого распространения. Одной из самых новых (90-е гг. XX в.) является резонансная теория голосообразования. Ее суть в том, что процесс речеобразования – это управление че-



## ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ БЛАГОПОЛУЧИЕ ГОЛОСА?

Прежде всего, от хорошего состояния голосового аппарата, нормального функционирования всех систем организма, хорошего слуха, эмоционального состояния человека. Необходимо соблюдать гигиену голоса, режим работы и отдыха. В основном связки страдают у тех, кто много говорит из-за своей профессии (певцы, педагоги, продавцы, операторы колл-центров и т. п.). Также люди, которым приходится общаться со слабослышащими пациентами (родственники, социальные работники). Риск развития нарушения голоса и хронических заболеваний гортани очень высок у курильщиков, людей, работающих в условиях повышенных температур, запыленности, влажности.



## С КАКИМИ ПРОБЛЕМАМИ ЧАЩЕ ВСЕГО СТАЛКИВАЮТСЯ ВРАЧИ-ФОНИАТРЫ?

Самая частая жалоба – на изменение качества голоса (охриплость, неустойчивость к нагрузкам) и ощущение инородного тела (симптомокомплекс «кома в горле»). Своевременное обращение к врачу по поводу изменения голоса позволяет значительно сократить сроки нетрудоспособности у представителей «голосовых» профессий, предотвратить переход заболевания в хроническую форму, а также выявлять онкопатологию на ранних стадиях. Следует помнить, что иногда изменения голоса могут быть первым и единственным проявлением начинающихся серьезных заболеваний (болезнь Паркинсона, боковой



**Голос – это средство коммуникации и выражения эмоций человека.**

# КОРОНАВИРУСНЫЙ БАРЬЕР

30 января ВОЗ признала вспышку коронавируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Тогда все крупнейшие воздушные гавани мира взяли под особый контроль авиасообщение с Китаем. Для встречи пассажиров в аэропортах были созданы медицинские бригады. Сотрудники ГБК им. В. В. Вересаева ДЗМ моментально подключились к работе в Шереметьево.



Этот аэропорт стал одним из первых российских крупнейших транспортных узлов, приведенных в режим повышенной готовности. Туристов из Китая встречали в отдельном терминале F.

«В феврале бригады медицинских работников, встречающие китайских туристов в аэропорту, были усилены сотрудниками медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы. Группа добровольцев была сформирована и из сотрудников больницы Вересаева в срочном порядке. Она отправилась на свое первое дежурство уже в середине февраля», – рассказывает главный врач ГБК им. В. В. Вересаева Игорь Парфенов.

Он уточнил, что больница стала вторым медучреждением Москвы, подхватившим эстафету в работе в аэропортах.

«На обращение отозвались представители всех служб больницы: врачи, медсестры, сотрудники технических служб, программисты, администраторы – всего около 120 человек», – перечисляет тех, кто вызвался заступить на дежурство, заместитель главного врача по медицинской части Андрей Туровский.

Работа в аэропорту требовала большой дисциплины и соблюдения всех мер предосторожности. Дежурству предшествовал четкий инструктаж: добровольцам не только разъяснили технические аспекты задачи, но и строго предписали соблюдать правила противоэпидемической безопасности. Ранее в подобных условиях сотрудникам больницы Вересаева работать не приходилось, но с организацией работы в карантинном режиме представите-



ли медучреждения были знакомы. «Большинство добровольцев – очень опытные врачи и медсестры, владеющие всеми необходимыми навыками», – подчеркивает Андрей Туровский.

Администрация больницы организовала специально выделенный транспорт для доставки сотрудников на дежурство и обратно. Уже на месте они поверх сменного хирургического костюма надевали специальные комплекты одежды, включавшие противочумные респираторы, одноразовые комбинезоны из прочного полиэтилена, защитные очки, маски, перчатки. В такой форме сотрудникам предстояло работать по 12 часов.

«Действительно испытание – провести многочасовой рабочий день в такой экипировке, но этот дискомфорт – ничто в сравнении с потенциальной опасностью. Нам нужно было мужественно выстоять. Мы понимали, что пренебречь этими мерами безопасности значило не только подвергнуть опасности себя, но, возможно, и сотни других людей», – рассказывает врач-уролог поликлинического отделения Малик Алиев.

ехал в столицу и область. С последними работами уже мы», – вспоминает Андрей Туровский.

В аэропорту каждого пассажира анкетировали, производили у него забор биоматериала (мазки из носа и ротоглотки), также выдавали памятки и сообщали информацию о важности соблюдения 14-дневной самоизоляции. На «обслуживание» каждого человека в среднем уходило около 5 минут.

**Мы не имеем права оставаться в стороне в сложной ситуации и готовы мобилизовать все имеющиеся силы и средства на защиту от опасной инфекции.**

Все сотрудники были разбиты на группы, каждая из которых отвечала за свой фронт работы: одни принимали непосредственное участие в приеме пассажиров, другие выполняли важные технические задачи – отвечали за доставку необходимых материалов, оформление листов нетрудоспособности, уборку. Работы хватало всем. В феврале дежурства сотрудников больницы Вересаева в аэропорту продолжались в течение трех суток. На каждого пассажира оформлялась персональная анкета, гражданам, прибывшим из Китая, вручалось постановление главного санитарного врача с уведомлением о необходимости самоизоляции в течение двух недель, затем, при необходимости, выписывались больничные листы. В целом зимняя смена прошла успешно. Но в марте ситуация в России изменилась.

В ночь на 15 марта сотрудники больницы Вересаева заступили на второе, уже четырехсуточное дежурство. К этому моменту эпидемиологическая ситуация осложнилась, соответственно поменялись и механизмы работы: в числе задач появилась самая ответственная – забор биоматериала. Новые поручения потребовали усиления дежурных бригад. Количество добровольцев увеличилось до 160 человек.

«Еще в самолетах пассажиры заполняли индивидуальные анкеты, там же людям измеряли температуру. На выходе из зоны паспортного контроля пассажиры проходили сортировку на тех, кто следует через Москву транзитом, и тех, кто при-

«Всю полученную информацию мы передавали в Департамент здравоохранения города, что позволило организовать наблюдение этих граждан по месту жительства», – объясняет систему работы Андрей Туровский.

По признанию сотрудников дежурных бригад, большинство пассажиров, вынужденных пройти комплекс противоэпидемических мероприятий в аэропорту, относились к введённому порядку с пониманием, хотя, конечно, встречались и случаи агрессии.

«Раздражение людей тоже объяснимо – это усталость и непонимание всей серьезности происходящего», – отмечает Андрей Туровский.

Всего за время дежурства в Шереметьево в феврале и марте сотрудники больницы Вересаева приняли более 10 тысяч человек и сделали забор порядка 5 тысяч проб биоматериала. Строгое соблюдение всех мер предосторожности позволило сохранить в строю каждого, кто принимал участие в этой кампании.

«Мы не имеем права оставаться в стороне в сложной ситуации и готовы мобилизовать все имеющиеся силы и средства на защиту от опасной инфекции. Сотрудники больницы Вересаева проявили мужество и профессионализм, работая в авангарде по борьбе с коронавирусом», – подводит итог проделанной работе Игорь Парфенов. **ММГ**

Екатерина Данилова

## 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. Корректор: 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:

