

# МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 18 ноября 2019 года  
Департамент здравоохранения г. Москвы | [mosgorzdrav.ru](http://mosgorzdrav.ru) | [voprosministru@mos.ru](mailto:voprosministru@mos.ru)

№ 44 (97)  
[www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)

## ИСКУССТВО РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Челюстно-лицевая хирургия традиционно считается одним из самых сложных направлений современной медицины. Об этом – в интервью с профессором, д. м. н. Виктором Бельченко.

>> читайте стр. 3



Фото: Екатерина Казлова / НИИОЗММ ДЗМ

### СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Зрение без пятен  
Случай из практики – стр. 5



Как нормализовать давление  
без таблеток  
Здоровая Москва – стр. 6



Зависимость от гаджетов  
Советы специалиста – стр. 7

**ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ АКЦИИ  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ГРУДИ**  
Бесплатное обследование  
молочных желез прошли  
**16 590**  
из них более **7000** женщин,

направлены на дополнительное обследование и лечение в медицинские организации города.

Совместная акция ДЗМ и МКНЦ им. А. С. Логинова проводится ежегодно. Она была приурочена к Международному дню борьбы против рака груди, который отмечается во всем мире 15 октября.

«В большинстве случаев рак можно победить, если обнаружить его на самых ранних стадиях. В Москве действует система грантов за раннее выявление рака, в рамках которой поликлиники получают от 30 до 115 тысяч рублей за каждый случай первичной ранней диагностики наиболее распространенных онкологических заболеваний», – рассказал руководитель ДЗМ Алексей Хрипун.

### ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА

В Москве завершилась ежегодная кампания по мобильной вакцинации против гриппа. Наибольшей популярностью у горожан пользовались мобильные пункты, расположенные на 33 станциях метро, МЦК и железнодорожных станциях. Там привились почти 200 тысяч человек. В этом году впервые можно было пройти вакцинацию в павильонах «Здоровая Москва», расположенных в столичных парках. Здесь от гриппа привились около 35 тысяч человек. У горожан есть возможность сделать прививку в районной поликлинике по месту жительства до 30 ноября. [MMC](#)

### ПО ЕВРОПЕЙСКИМ СТАНДАРТАМ

Первых пациентов приняли специалисты нового комплекса городской клинической онкологической больницы № 1 ДЗМ. В клинике общей площадью 14,6 тысячи квадратных метров собрали все технологии для диагностики и лечения больных онкологическими заболеваниями. «В суперновом центре, аналогов которому нет на юге столицы, только за год будут выполнять порядка 6 тысяч операций. В настоящее время коечный фонд учреждения насчитывает 180 мест», – подчеркнул главный врач больницы Всеволод Галкин. [MMC](#)

### МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ



На сайте НИИОЗММ ДЗМ продолжается цикл видеолекций «Медицина – вектор будущего». На этот раз главный внештатный специалист-уролог ДЗМ Дмитрий Пушкарь рассказал, как сохранить мужское здоровье: «Надо понимать, что у всех мужчин после 35–40 лет начинается доброкачественное увеличение предстательной железы. Это проявляется расстройством мочеиспускания». Врач рассказал о заблуждениях, царящих вокруг мужских заболеваний, и дал рекомендации по их профилактике. [MMC](#)

## ТРИУМФ РЕНТГЕНОЛОГИИ

6–8 ноября в здании Правительства Москвы состоялся ежегодный Конгресс Российского общества рентгенологов и радиологов (РОРР) – одно из крупнейших и значимых событий в сфере лучевой диагностики.



Фото: Александр Платкин / НИОЭМ ДЗМ



«Сегодня очень важным является вопрос квалификации специалистов, работающих в данной сфере, – подчеркнул почетный гость форума, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошал. – Рентгенолог – это

серьезная специальность, и она требует от врача основательной подготовки. Необходимо также планировать подготовку кадров. Это должна быть четко выверенная система, которая позволит определить потребность в рентгенологах на три-пять лет вперед».

Программа конгресса включала большое число секционных заседаний по различным направлениям лучевой диагностики, обширную выставочную экспозицию, мастер-классы и школы, лекторами которых выступили ведущие российские и зарубежные специалисты. В рамках конгресса также состоялась совместная сессия с Белорусским обществом радиологов.

В работе форума активное участие приняли и московские рентгенологи. Ведущие столичные специалисты в области радиологии были сопредседателями ряда заседаний по ультразвуковой диагностике и рентгенологии, выступили с докладами.



Главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике ДЗМ, директор НПКи диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ Сергей Морозов подчеркнул: «Сообщество рентгенологов и радиологов консолидируется, во многих странах мира это уже единая

специальность. Московская рентгенология активно развивается, внедряются новые технологии, реализуются пилотные проекты: это и программы ранней диагностики, и скрининг рака легкого, и независимая аккредитация специалистов, и внедрение систем поддержки принятия решений, и переход на цифровое оборудование, и отказ от устаревших методик. На столицу смотрят как на один из самых прогрессивных регионов, иногда критикуют, но это нормальный процесс развития и инноваций. Мы не единственные среди лидеров инноваций. В стране немало других регионов и городов, где радиология занимает лидирующие позиции: Санкт-Петербург, Тюмень, Казань, Краснодар и другие. Таким образом, наша страна прирастает лучшими практиками». **ММС**

Ирина Степанова



Открывая мероприятие, президент РОРР Валентин Синецын отметил: «Нашему обществу недавно исполнилось 103 года. Возрождая проведение конгрессов, мы ставили себе задачу объединить на одной площадке специа-

листов из разных регионов страны для обмена опытом и научными достижениями. Примечательно, что конгресс проводится в преддверии Международного дня радиологии. С таким масштабом этот день не отмечают ни в одной стране мира». Форум был поддержан Европейским обществом радиологов (ESR). Специальным гостем стал президент ESR Борис Бржлячич. Он рассказал об основных направлениях деятельности своей организации и ее сотрудничестве с РОРР.

Каждый год конгресс посвящается одной из значимых медицинских тем. В этом году он прошел под названием «Лучевая диагностика травм и неотложных состояний. Быстро и точно!». Как отмечалось на форуме, оперативное проведение диагностических процедур в критических ситуациях позволяет быстро и точно поставить диагноз и спасти сотни жизней. Ежегодно появляются новые компьютерные технологии и средства визуализации, улучшается качество проводимых манипуляций, растет профессионализм специалистов. В стране насчитывается 16 тысяч врачей-рентгенологов и почти 4 тысячи врачей-радиологов. Со временем эта профессия становится все сложнее в плане как организации работы, так и уровня компетенций.

## ЛЕГКОЕ ДЫХАНИЕ



Фото: Ольга Сердюченко

Более 100 различных мероприятий прошло во время XXIX Национального конгресса по болезням органов дыхания.

По данным Минздрава России, зарегистрировано 1 млн 119 тыс. пациентов, страдающих бронхиальной астмой, то есть около 1 % от общего числа населения. Главный внештат-

ный специалист-пульмонолог Минздрава России, д. м. н. Сергей Авдеев отметил, что теперь пульмонологи могут отказаться от применения стероидных лекарств, купирующих болезнь легких, но разрушающих организм. В их распоряжении четыре новых препарата для биологической терапии. «Более 1,5 тыс. россиян получают их. Для оказания адресной

помощи создан специальный регистр больных тяжелой бронхиальной астмой», – отметил он. Пока что врачи изучают плюсы и минусы биологической терапии, но отмечают, что она обходится недешево. Практически во всех областях России существуют региональные льготы, есть федеральная льгота – пациенты могут бесплатно получать базисную терапию. Вопрос таргетной терапии с дорогостоящими препаратами решается в специализированных центрах. По словам главного внештатного специалиста-пульмонолога ДЗМ, д. м. н. Андрея Белевского, важно, чтобы врачи умели грамотно подбирать терапию. Сейчас разработаны образовательные программы для терапевтов, врачей общей практики и других специалистов. А для профилактики заболеваний легких можно ежегодно проходить вакцинацию от пневмококковой инфекции. **ММС**

Евгения Воробьева

## МНЕНИЕ

### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМЫ



Николай Потекоев, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии ДЗМ

Одна из актуальных проблем дерматологии – рост злокачественных заболеваний кожи, и в первую очередь меланомы. Именно это заболевание считается наиболее опасным среди всех онкологических новообразований кожи. Оно отличается стремительным развитием, быстрым метастазированием, низкой выживаемостью пациентов. С ростом заболеваемости меланомой кожи сегодня сталкиваются во многих странах мира. Чем раньше поставлен диагноз и начато лечение, тем больше шансов на положительный результат и долгую жизнь. В идеале – «поймать» меланому на первой стадии.

В рамках проекта по раннему выявлению меланомы была разработана программа «Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи в городе Москве». Она реализуется в три этапа. Первый – создание в 16 филиалах Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ (МНПЦДК ДЗМ) диагностических кабинетов профилактики злокачественных новообразований кожи, расположенных во всех административных округах столицы. Именно в такой кабинет может обратиться москвич для первичной диагностики состояния кожи. В случае затруднения в постановке диагноза и (или) определения тактики ведения, а также при выявлении злокачественного новообразования кожи врач направляет пациента в Центр неинвазивной диагностики кожи (ЦНДК), функционирующий на базе МНПЦДК ДЗМ. Центр оснащен высокотехнологичным диагностическим оборудованием и всем необходимым для персонализированного подхода к обследованию пациента. Современные аппараты – запатентованные разработки нашего центра. Они позволяют фиксировать все новообразования на коже, оценивать их текущий статус, онкологический риск, отслеживать динамику. По результатам обследования составляется «паспорт кожи». Каждая родинка сканируется, картируется и отображается цветом – от желтого к красному, согласно степени риска меланомы. Информация фиксируется в базе данных и используется для регулярного ежегодного или более частого контроля. В пилотном проекте используются и технологии телемедицины. Они позволяют пациенту, находящемуся в одном из филиалов города, получить консультацию высококвалифицированных специалистов ЦНДК, прошедших стажировки у лучших экспертов в России и за рубежом. Третий этап проекта – врач-дерматовенеролог ЦНДК направляет пациента к врачу-терапевту поликлиники по месту прикрепления для проведения необходимого лабораторного и инструментального обследования и последующей консультации врача-онколога.

За первые полгода работы программы «Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи в городе Москве» в 2019 году в диагностические кабинеты профилактики злокачественных новообразований кожи обратились более 50 тысяч пациентов. С подозрением на наличие злокачественных новообразований в ЦНДК направлено 3603 пациента, из них 75 человек проконсультированы с использованием ресурса «Телемедицина». Врачами ЦНДК выявлены 1009 случаев подозрения на злокачественные новообразования, из них 166 на меланому.

По предварительным результатам, проект повышает качество выявления меланомы кожи на ранних стадиях, предотвращая метастазирование опухоли во внутренние органы, улучшая прогноз и качество жизни пациентов, предупреждая инвалидизацию и смертность от онкологических заболеваний. **ММС**

# ВИКТОР БЕЛЬЧЕНКО: «ОСВОЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕПРЕРЫВНЫМ»



О том, какие реконструктивные операции на лице и костях лицевого скелета наиболее востребованы, насколько эта помощь доступна москвичам и почему не стоит откладывать поход к стоматологу, рассказал главный врач Челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн ДЗМ, главный внештатный специалист по челюстно-лицевой хирургии города Москвы, профессор, доктор медицинских наук Виктор Бельченко.

ту также требуется медицинская помощь по основному заболеванию, он проходит лечение в многопрофильном стационаре, где есть челюстно-лицевые койки. Госпиталь был основан в первые дни Великой Отечественной войны, здесь лечили бойцов, получивших ранение в лицо и шею. Однако сама профессия «челюстно-лицевой хирург» появилась в реестре медицинских специальностей относительно недавно, в 1999 году. До этого вопросами оказания квалифицированной специализированной помощи таким пациентам занимались хирурги-стоматологи, прошедшие специальную подготовку. Сегодня в компетенции челюстно-лицевых хирургов находятся и вопросы «черепно-лицевой хирургии». Во всем мире эта специальность существует с середины 60-х годов прошлого века, однако в перечне специальностей нашей страны ее пока нет. Тем не менее у нас есть подготовленные специалисты, которые занимаются лечением пациентов с соответствующими патологическими состояниями. Такой вот парадокс.

В 2014 году клиника возобновила работу после масштабной реконструкции, и сегодня у нас есть все возможности, которыми располагают ведущие мировые клиники. Диагностическая база представлена самой современной медицинской аппаратурой. Операционные госпитали оснащены хирургическими микроскопами, которые мы используем при операциях на лицевом нерве, пересадке тканей на сосудистой ножке, эндоскопическими стойками, шейверными системами, лазерными установками, многофункциональными операционными столами.

Сейчас в госпитале развернут стационар на 112 коек и стоматологическая поликлиника на 70 установок, работают кафедры медицинских вузов, созданы две университетские клиники. Кроме того, в госпитале оказывается круглосуточная неотложная стоматологическая помощь, а в будние дни – круглосуточная ургентная помощь пациентам с травмой и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Пациентами

клиники являются не только ветераны Великой Отечественной войны, но также жители Москвы, других регионов России и даже дальнего зарубежья.

**– Чем занимается челюстно-лицевой хирург? Какие патологические состояния наиболее распространены?**

– Примерно 60 % – это пациенты с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, остальные 40 % составляют больные с травмами и их последствиями. Это различные переломы костей лицевого скелета, нижней челюсти и костей средней зоны лица, а также приобретенные дефекты и посттравматические деформации челюстно-лицевой области. Реже встречаются врожденные деформации. Эти патологические состояния требуют выполнения сложных реконструктивных вмешательств, при которых восстанавливаются не только костные структуры, но и мягкие ткани. Сюда же относятся доброкачественные новообразования костей и мягких тканей лица и шеи, полости рта, заболевания слюнных желез и придаточных пазух носа.

Как я уже сказал, значительная доля пациентов, получающих у нас лечение на воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, и в основном это связано с тем, что люди вовремя не обращаются к врачу-стоматологу. Терпят до последнего, ждут, что «само пройдет», а в результате приходят к нам с уже осложненным заболеванием: периодонтитом, периоститом, остеомиелитом, флегмонами.

**– В чем заключаются особенности обучения этой профессии?**

– На то, чтобы овладеть всеми тонкостями любой врачебной профессии, уходят годы. Врач учится своей профессии постоянно. Вуз дает лишь базу, которую необходимо укреплять и достраивать всю жизнь. Можно оснастить любую клинику самым современным оборудованием, но само по себе оно работать не будет. Для этого нужны специалисты, которые смогут им управлять. Профессиональный рост и ов-

ладение новыми технологиями должны быть обязательными и непрерывными. Одно дело – учиться в институте «за оценку», другое – когда перед тобой пациент, за которого ты отвечаешь. Мы работаем на лице, и, что бы там ни говорили, шрамы его не украшают. Результат должен быть всегда великолепным. Несколько лет назад на базе госпиталя совместно с РНИМУ имени Н. И. Пирогова была создана университетская клиника. Здесь, на нашей кафедре, проходят обучение студенты, получают практические навыки ординаторы. Лучших из них берем к себе в штат. Большая часть врачей госпиталя – выпускники нашей кафедры, многие из них стали ее сотрудниками и уже сами учат студентов и ординаторов. В этом – преемственность, которая всегда была присуща российской медицинской школе.

**– Как строится междисциплинарный диалог между различными специалистами?**

– Челюстно-лицевой хирург – это универсальный специалист высочайшего класса, который владеет огромным спектром хирургических методик, направленных на устранение самых сложных дефектов и деформаций. Кроме того, он должен хорошо разбираться в смежных специальностях. Мы постоянно общаемся с коллегами, участвуем в конференциях, проводим научные мероприятия на базе госпиталя. В них участвуют не только отечественные, но и зарубежные специалисты по черепно-челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, пластической хирургии, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии из США, Японии, стран ближнего зарубежья. И раньше это сотрудничество было довольно активным, но сегодня, когда появились новые технические возможности, расширились границы врачебных профессий, оно вышло на новый уровень. Сегодня, когда нужно оперировать сложного пациента, с ним работает мультидисциплинарная бригада врачей. Это повседневная практика во всем мире.

**– Насколько эта помощь доступна москвичам?**

– Все городские клиники, в том числе и наша, работают в системе ОМС. На платной основе оказываются только дополнительные услуги, которые не входят в систему госгарантий. Для того чтобы попасть на консультацию, необходимо взять направление у врача в поликлинике. **MMC**

**“ Госпиталь является монопрофильной клиникой и считается экспертным медицинским учреждением по специальности челюстно-лицевая хирургия в Москве.**

**– Какие виды медицинской помощи оказываются в госпитале?**

– В настоящее время в госпитале оказывается как плановая, так и неотложная и экстренная медицинская помощь. Госпиталь является монопрофильной клиникой и считается экспертным медицинским учреждением по специальности челюстно-лицевая хирургия в Москве. При сочетанной патологии, когда пациен-

# САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ДИСЦИПЛИНА И САМОКОНТРОЛЬ

14 ноября ежегодно отмечается Всемирный день борьбы с сахарным диабетом. Это событие не только для врачей, но и для пациентов, которые сегодня могут, соблюдая рекомендации, жить не меньше, чем здоровые люди. О различиях между сахарным диабетом 1-го и 2-го типа, особенностях лечения и осложнениях заболевания поговорили со специалистами ГКБ № 52 ДЗМ.



Профессор кафедры эндокринологии и диабетологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, заведующая эндокринологическим отделением ГКБ № 52 ДЗМ, д. м. н. Татьяна МАРКОВА



Врач-эндокринолог отделения патологии беременности родильного дома и консультативно-диагностического отделения ГКБ № 52 ДЗМ Яна СОЛОВЬЕВА



Врач-офтальмолог ГКБ № 52 ДЗМ, к. м. н. Анна РУСАНОВСКАЯ

**Т. М.:** Слово «диабет» греческого происхождения, его можно перевести как «поток», что указывает на симптомы болезни: жажду и частое мочеиспускание. Так организм реагирует на повышение уровня сахара в крови. Сейчас слово «диабет» ассоциируется со словом «сахарный». Сахарный диабет был выделен в отдельную группу в XV веке, когда английский врач попробовал на вкус мочу пациента и почувствовал, что она сладкая. Так в течение какого-то времени и диагностировали болезнь. Различают сахарный диабет 1-го типа, или инсулинозависимый, и сахарный диабет 2-го типа, с которым связан катастрофический рост заболеваемости, его доля составляет более 85 % всех случаев. Бывают и другие типы диабета (например, в результате некоторых заболеваний организм человека не вырабатывает гормон, отвечающий за задержку жидкости), но они встречаются гораздо реже.

**Я. С.:** Диабет 1-го типа — более тяжелое заболевание, вызванное «иммунной поломкой» в организме. В результате образуются антитела, которые воспринимают собственные бета-клетки, вырабатывающие инсулин, как чужеродные и убивают их. Как правило, болезнь возникает в детском, подростковом или молодом возрасте (до 30 лет). Спровоцировать болезнь может перестройка организма во время его роста, вирусные инфекции (например, грипп), токсические поражения.

При диабете 2-го типа бета-клетки организма работают, но «устают» и быстро истощаются. Это приобретенное заболевание, в основном спровоцированное образом жизни современных людей. Но его можно остановить на ранних стадиях при соблюдении диеты и увеличении физических нагрузок. Если для диабета 1-го типа характерно острое развитие, в течение одного-двух месяцев, то диабет 2-го типа развивается постепенно. Люди могут годами болеть и не знать об этом.

**Т. М.:** Первый тест для контроля диабета — анализ на гликированный гемоглобин. Он показывает уровень сахара в крови человека за последние три месяца. У здоровых людей этот показатель меньше 6 %. Однако бывают скрытые формы диабета, поэтому, оценив факторы риска для конкретного пациента, наличие сопутствующих заболеваний, врач может назначить дополнительные анализы, например тест

на толерантность к глюкозе. Он показывает нарушения углеводного обмена, даже если показатели гликированного гемоглобина в норме. У беременных нормы показателей меняются. Тест на толерантность к глюкозе для них основной скрининговый метод.

**Я. С.:** Диабет 1-го типа полностью вылечить невозможно. Больным приходится пожизненно получать инсулин в виде уколов и измерять сахар не менее пяти-семи раз в день. Многие пациенты говорят, что вынужденная привычка к дисциплине и самоконтролю помогает им и в жизни. Больные диабетом 1-го типа регулярно обследуются, следят за собой и соблюдают диету, в результате часто живут не меньше, чем люди без диабета. Современные инсулины по качеству и эффективности отличаются от тех, что были раньше. Сейчас есть инсулиновые помпы, средства автоматического мониторинга глюкозы.

Иная ситуация с диабетом 2-го типа. На ранних стадиях болезнь хорошо поддается лечению таблетками. Однако если человек не выполняет врачебные рекомендации, не соблюдает диету и режим физических нагрузок, то через пять-шесть лет ему неминуемо придется перейти на инсулинотерапию. Отмечу, что 90 % переходов на инсулин — результат несоблюдения рекомендаций врача. Но бояться инсулина не нужно. При сегодняшнем уровне препаратов больные часто могут обойтись одной инъекцией в день.

**Т. М.:** Самая большая опасность диабета в его осложнениях. Как правило, слабым звеном становятся сосуды, нервы, почки, сердце и глаза. Если поддерживать уровень сахара в крови меньше 7 %, вероятность осложнений невысока. При его повышении в организме запускаются процессы, которые могут привести к самым тяжелым последствиям, вплоть до тяжелой почечной недостаточности и ампутации конечностей. Сегодня в России только половина пациентов с диабетом 2-го типа компенсированы, остальные живут с повышенным сахаром в крови.

**А. Р.:** Людям с сахарным диабетом кроме постоянного контроля уровня сахара в крови нужно ежегодно посещать офтальмолога. Повышение сахара в крови

повреждает сосуды во всем организме, в том числе и сосуды сетчатой оболочки глаза. По статистике, риск потери зрения у больных диабетом в 25 раз выше, чем у тех, у кого нет этого заболевания.

Так называемый «глазной диабет» является маркером того, что болезнь запущена. Если диабет не лечить, он может разрушить глаз буквально за два-три года. На пролиферативной (самой тяжелой) стадии требуется многоэтапная лазерная коагуляция сетчатки. Если этого не сделать, патологический процесс приводит к ее отслойке, и в этом случае необходимо срочное оперативное лечение. При атрофии нервных клеток сделать уже ничего нельзя — наступает полная слепота. Среди других диабетических поражений глаз — неоваскулярная глаукома, один из самых сложных видов глаукомы, и специфическая диабетическая катаракта (помутнение хрусталика), она может возникнуть даже у молодых людей.

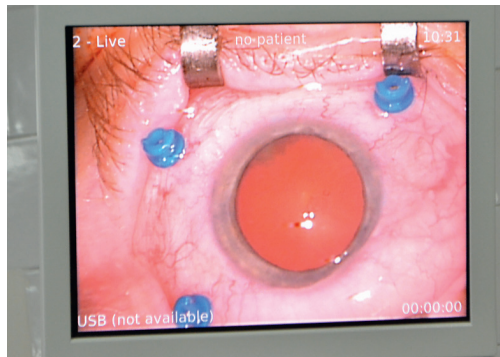
**Я. С.:** Ожирение — самый значимый фактор риска развития сахарного диабета 2-го типа. Если бы общий вес всего населения планеты уменьшился на 30 %, то и число заболевших диабетом также снизилось бы на 30 %. Риск возникает уже при индексе массы тела выше 27, для людей азиатского генотипа — выше 25 (индекс рассчитывается делением массы тела на рост, возведенный во 2-ю степень). Большую роль играет наследственный фактор. Если диабет есть у близких родственников (мать, отец, братья или сестры), риск возрастает. Факторы риска накладываются один на другой. При индексе массы тела выше 27 и наследственной отягощенности вероятность развития диабета составляет 20 %. Помимо основных есть множество дополнительных факторов риска, например некоторые заболевания, такие как артериальная гипертония, особенно если она возникает в молодом возрасте. Имеет значение и возраст. Люди старше 45 лет входят в группу риска, поэтому должны не реже раза в год определять уровень сахара в крови.

Гестационный диабет (диабет беременных) обычно проходит с окончанием беременности, но если возник риск заболеть диабетом 2-го типа после 40 лет у женщины высок. По неофициальной статистике, он составляет 30–35 % и усугубляется тем, что многие женщины после беременности набирают вес. В таких случаях очень важно соблюдать рекомендации врача по питанию и режиму. **ММС**

Анна Пореченская

# ЗРЕНИЕ БЕЗ ПЯТЕН

В конце сентября по направлению из поликлиники в офтальмологическое отделение ГКБ № 67 ДЗМ поступила 69-летняя пациентка. Женщина жаловалась на дискомфортные ощущения в правом глазу и практически полную потерю его зрительной функции. Обзор закрывало как будто большое темное пятно.



При осмотре стало ясно, что мешающее пятно не что иное, как сгустки крови, попавшие в стекловидное тело глаза пациентки из-за обильного кровоизлияния. Причем кровоизлияния в глазу у женщины происходили неоднократно, но они постепенно проходили и не доставляли дискомфорта. Но на этот раз кровь застыла в твердый сгусток, который резко снизил зрительную функцию правого глаза. Исправить ситуацию можно было при помощи оперативного вмешательства. Но женщина предупредила врачей, что страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Пациентка прошла комплексное диагностическое обследование, к которому подключились врачи-эндокринологи ГКБ № 67. Тем временем был созван врачебный консилиум, состоящий из эндокринологов, кардиологов, сосудистых хирургов. Специалисты обсудили, как наиболее безопасно и эффективно провести лечение пациентки с такими осложняющими факторами.

По результатам диагностики пациентку допустили к оперативному лечению. Консилиум принял решение о выполнении высокотехнологичной микрохирургической операции – витрэктомии.

Операцию выполнил врач-офтальмолог-хирург ГКБ № 67 ДЗМ, к. м. н. Александр Кочергин. На начальном этапе из витреальной полости глаза было удалено стекловидное тело (гелеподобное прозрачное вещество). В образовавшейся опустошенной полости хирург выявил поврежденные сосуды и поверхностные мембраны, стягивающие сетчатку. При помощи высокотехнологичного метода лазерной коагуляции и эндокоагуляции кровообращение в сосудах было восстановлено, мембраны были удалены с по-

мощью витреоретинального пинцета Экхарда. После ликвидации причины кровоизлияния витреальную полость глаза заполнили специализированной газо-воздушной смесью.

Все время операции пациентка находилась в сознании. Она хорошо перенесла манипуляции хирурга. На следующий день женщина отметила, что больше

не ощущает дискомфорта в правом глазу. Но зрение полностью восстановилось только через 10 дней – именно столько времени нужно, чтобы газо-воздушная смесь, введенная в витреальную полость глаза во время операции, заменилась внутриглазной жидкостью. **ММС**

Максим Щикалюк

**“ Зрение полностью восстановилось через 10 дней – именно столько времени нужно, чтобы газо-воздушная смесь, введенная в витреальную полость глаза во время операции, заменилась внутриглазной жидкостью. ”**



## ВРАЧИ БОЛЬНИЦЫ



**Александр КОЧЕРГИН,**  
врач-офтальмолог-хирург  
ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова  
ДЗМ, к. м. н.

“ Сахарный диабет, особенно у возрастных людей, пагубно влияет на состояние сосудов. Выполнение операций таким пациентам всегда сопряжено с определенным риском, и поэтому далеко не все клиники берутся за него. При осложняющих факторах мы всегда привлекаем коллег из других отделений больницы. Такой командный подход позволяет нам точно оценить возможности организма пациента и выбрать наиболее эффективную и безопасную тактику лечения. В сочетании с мощными диагностическими и операционными технологиями наш коллективный опыт дает большие возможности для успешного лечения пациентов даже в самых сложных клинических случаях. ”



**Ольга КОШЕВАЯ,**  
заведующая отделением  
микрохирургии глаза ГКБ № 67  
им. Л. А. Ворохобова ДЗМ,  
профессор, д. м. н.

“ В 2008 году на базе Городской клинической больницы № 67 был сформирован Городской центр диабетической ретинопатии, где мы успешно проводим лечение страдающих сахарным диабетом пациентов с самыми различными болезнями органов зрения. В его штат входят врачи-офтальмологи, врачи-эндокринологи, врачи-терапевты, также мы приглашаем для консультации врачей из других отделений. В 2019 году у нас прошло лечение более 1000 пациентов с сахарным диабетом. ”

# КАК НОРМАЛИЗОВАТЬ ДАВЛЕНИЕ БЕЗ ТАБЛЕТОК

Важная составляющая комплексного лечения артериальной гипертензии (АГ) и пониженного артериального давления (АД) – немедикаментозные методы терапии. На фоне строгого выполнения рекомендаций врача эти меры помогают стабилизировать показатели АД. Фармакотерапия назначается доктором в случае, если целевые показатели АД не соответствуют норме, несмотря на соблюдение рекомендаций по нелекарственному лечению.



**Лариса Илюхина,**  
заведующая терапевтическим  
отделением городской  
поликлиники № 69 ДЗМ,  
кандидат медицинских наук,  
врач-терапевт высшей категории

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Пациенту с повышенным давлением рекомендуется:

- полноценный сон – не менее 7 часов в сутки;
- прекратить или хотя бы ограничить курение. Курение вызывает острое повышение АД и увеличение частоты сердечных сокращений. Сегодня во всех московских поликлиниках, в Центрах здоровья проводят консультации по прекращению курения. При необходимости рекомендуются препараты, облегчающие отказ от этой вредной привычки;



**Самое простое и эффективное правило – делайте 1000 шагов после каждой еды, 365 дней в году. Именно после еды!**

- ограничить потребление алкоголя. Крепкие спиртные напитки лучше заменить красными сухими винами, обладающими антиатеросклеротическим действием. В день разрешается выпить не более 150 мл сухого вина;
- снизить потребление соли до 5–7 г в сутки. Ее можно заменить соусами, небольшим количеством острого перца и других приправ. В соли содержится натрий, который приводит к задержке воды в организме и, как следствие, повышению АД. Для колбас, консервов, солений и копченых мясных продуктов характерно высокое содержание натрия, поэтому пациентам с повышенным АД желательно ограничить потребление вышеперечисленных продуктов;
- увеличить потребление продуктов, содержащих калий: свежих овощей, фруктов, кураги, печеного картофеля. Преимущественно вегетарианская диета сдвигает соотношение калия/натрия в организме в сторону калия.

## ДИЕТА

Все продукты условно можно разделить на две группы. Первая – едим без ограничения: овощи, зелень, фрукты и ягоды, чай, некрепкий кофе без сахара и сливок, мясо курицы и индейки без кожи, морепродукты, обезжиренное молоко, творог, йогурт без добавок и другие кисломолочные продукты. Вторая – употребление необходимо максимально ограничить: сахар, конфеты, торты, пирожные, варе-

нье, мед, мороженое, майонез, сливочное масло, маргарин, жирные соусы, кетчуп, жирные копчености, колбасные изделия, жирная рыба, мучные изделия из дрожжевого и слоеного теста, сдобная выпечка.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ

При устойчивом понижении АД (меньше 100 и 60 мм рт. ст.) диагностируют артериальную гипотонию. Пациентам с артериальной гипотонией не требуется особое питание, но рекомендуется здоровая пища, без строгих ограничений, но и без излишеств.

## Пациенту с АГ рекомендуется:

- пить достаточное количество воды (ежедневно из расчета 30 мл на 1 кг веса), так как обезвоживание – это одна из причин АГ;
- употреблять продукты, содержащие соль: соленые помидоры и огурцы, селедку.

Полезны хороший молотый кофе, чай, пряные и острые блюда, куркума, гвоздика, имбирь, ванилин, овощи и фрукты;

- при гиподинамии (сидячая работа более 5 ч/сут., физическая активность менее 10 ч/нед.) рекомендуются также регулярные физические тренировки не менее четырех раз в неделю продолжительностью 30–45 минут. Предпочтительны индивидуальные приемлемые для пациента нагрузки: пешие прогулки, теннис, езда на велосипеде, ходьба на лыжах, работа в саду. При физической нагрузке частота сердечных сокращений должна увеличиваться не более чем на 20–30 уд/мин.

Всем пациентам с АГ рекомендовано увеличение физической активности для предотвращения или лечения ожирения. Самое простое и эффективное правило – делайте 1000 шагов после каждой еды, 365 дней в году. Именно после еды! Ежедневная физическая активность – мощный фактор профилактики инфаркта миокарда, инсульта, ожирения и сахарного диабета. **ММГ**

Валентина Боваева



**Едим без ограничения: овощи, зелень, фрукты и ягоды, чай, некрепкий кофе без сахара и сливок, мясо курицы и индейки без кожи, морепродукты, обезжиренное молоко, творог, йогурт без добавок и другие кисломолочные продукты.**

# ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГАДЖЕТОВ

Ваш подросток весь день не выпускает телефон из рук, предпочитает реальному онлайн-общению, пропадает в соцсетях, стал гораздо хуже учиться... «Это зависимость? – переживают родители. – Или мы просто отстали от жизни?» Разбираемся с медицинским психологом Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ Дарьей Довбыш.



С точки зрения медицины плотное «общение» с гаджетами не входит в реестр зависимого поведения. Пока что врачи говорят о том, чтобы включить в него зависимость от компьютерных игр. Хотя в данном случае вызывающее привыкание химическое вещество отсутствует, как и любая аддикция, оно имеет не только психологические, но и биологические механизмы, в результате которых процесс получения удовольствия от игры закрепляется на самых разных уровнях. Однако это не означает, что «сидение в телефоне» не вызывает тревоги у специалистов.

«Хотя любое привыкание стоит на стыке физиологии и психологии, увлечение гаджетами имеет большой социально-психологический аспект, – считает Дарья Довбыш. – Здорово, если родители не просто констатируют этот факт, но и зададут себе ряд важных вопросов: что мой ребенок в этом гаджете делает, каковы мотивы такого поведения, насколько осознанно это происходит, что за этим стоит? И будут действовать в соответствии с полученными ответами».



## РАЗБЕРЕМСЯ С МОТИВАМИ

С одной стороны, не стоит с ходу мазать все черной краской. Сказать однозначно, что постоянное «пребывание в телефоне» – это зависимость, нельзя.

- Гаджеты прочно вошли в нашу жизнь, стали новой реальностью. В них можно читать книги, слушать музыку, смотреть фильмы, получать информацию с каких-то образовательных ресурсов, «разгружать» мозг, медитировать. Для современных детей прослушивание аудиокниги равнозначно посещению библиотеки предыдущими поколениями.
- Стремление к безопасности и комфорту – базовое для человеческой личности. По сравнению с обычным диалогом общаться онлайн комфортнее и проще. Можно взять тайм-аут перед ответом, продумать этот ответ, написать в удобное время, проигнорировать неприятную тему, представить себя в выгодном свете и т. д.
- Нередко гаджет – способ заполнить пустоту внутри или при межличностном общении (со сверстниками, родителями).
- Каждый находит себя в чем-то своем: спорте, кинематографе, фотографиях... в «Инстаграме». Почему бы нет? Набрать много лайков и почувствовать себя успешным – не самый плохой способ повышения самооценки при отсутствии других способов.

С другой стороны, «зависание» с гаджетом действительно может быть признаком определенного психологического неблагополучия.

- У ребенка недостаточно сформированы навыки реального общения: ему страшно общаться с окружающими, замечать их реакции, быстро и адекватно на них реаги-

ровать. В этом случае возникает вопрос: а как это принято в семье? Много ли там разговаривают друг с другом и делятся своими переживаниями?

- Отсутствует чувство успешности в повседневной жизни. Нет других сфер, где подросток мог бы себя проявить.
- Стирается грань между виртуальной реальностью и обычной жизнью. Многие стратегии, которые успешно используются в играх и социальных сетях, не работают в реальности: нельзя удалить неприятный эпизод так же, как неудачное фото; забыть человека, просто отписавшись от него, и «начать жить заново», всего лишь перезагрузившись. К сожалению, эта разница не всегда понятна подросткам.

«Безусловно, каждая история, которой делятся подростки, индивидуальна, – поясняет Дарья Довбыш. – Например, если в семье при возвращении домой все утыкаются в телевизор или компьютер, несправедливо ожидать, что ребенок пойдет читать книгу. Однако чаще эти рассказы – про сложности построения личного общения или отсутствие чувства успеха. Когда уверенность и удовольствие от жизни он получает исключительно с гаджетом: в игре или соцсетях, а не в общении с близкими».



## ЭТО ЗАВИСИМОСТЬ?

В случае с гаджетами неэтично использовать медицинские критерии зависимости. При этом существует ряд тревожных сигналов, на которые родителям следует обратить внимание.

- Сколько времени ребенок проводит с гаджетом. Четкой «нормальной» цифры нет: она определяется в семье вместе с подростком.
- Как он реагирует на ограничения по времени, легко ли его «достать» обратно, сколько раз надо повторить, чтобы он услышал и положил телефон. (Важно оставаться в контакте с реальностью: если погруженный в телефон ребенок не замечает машины, это уже опасно.)
- Как легко переключается на что-то другое? Есть ли желание это «что-то другое» делать?
- Насколько страдают остальные сферы жизни: учеба, личное общение? Например, гаджет настолько захватывает, что подросток перестает делать уроки или после ночи в соцсетях не может встать в школу, пропускает первые уроки.
- Как ситуация сказывается на самочувствии: концентрации, внимании, памяти и т. д.?
- Отражается ли плотное «общение» с гаджетами на отношениях внутри семьи? Становится ли телефон «яблоком раздора»?



## ЧТО ДЕЛАТЬ

Когда увлеченность гаджетами накладывается на сложный подростковый возраст, отношения в семье накаляются до предела.

«Гаджет в руках ребенка становится камнем преткновения в семье, порождает огромное количество конфликтов, – объясняет Дарья Довбыш. – А иногда превращается в своеобразное «оправдание» для родителей: «Он – ТАКОЙ, потому что все время в телефоне. Но я ничего не могу с этим сделать, сегодня все подростки ТАКИЕ». В этой напряженной войне двух миров не всегда удается разглядеть другие смыслы. Понять, что на самом деле в семье ругаются не из-за количества времени «в телефоне». Между тем иногда единственный способ переломить ситуацию – осознание причин отдаления друг от друга.

«Больше общайтесь с ребенком, – советует Дарья Довбыш. – Проявляйте искренний интерес к тому, чем он занимается в телефоне, с кем общается, что читает, какую музыку слушает. Очень многие ребята говорят: «Когда я пытаюсь родителям что-то показать, они отмахиваются, говорят: „А-а, это твоя японская ерунда. Давай посмотрим какие-нибудь нормальные фильмы“». Важно, чтобы это не происходило тайком от ребенка (в результате слезки или чтения переписки), а стало открытым и честным разговором.

Рассказывайте о существующих опасностях в тех же соцсетях, но только в дружеском, а не назидательном тоне. Какую-то часть жизни подростки хотят скрыть от родителей. С точки зрения возрастной динамики это совершенно естественно. Но все равно ребенок нуждается в поддержке. В силу своего развития он не всегда может критически оценить информацию, понять, что не всему следует верить. Можно объяснить, как ее «фильтровать» или проверить.

Не вступайте на путь запретов, не разобравшись в мотивах. Основной аргумент подростков: гаджеты мне помогают, я слушаю музыку, общаюсь с друзьями. Если гаджет для подростка – инструмент, позволяющий справиться с какими-то негативными состояниями, мы не можем его запретить, пока не найдем другой способ справляться со сложностями. Пока же чаще всего наблюдаются два варианта: мы либо отнимаем, покупаем кнопочный телефон, ставим на него пароли, либо демонстрируем полную вседозволенность.

Пытайтесь помочь ребенку расширить диапазон доступных ему способов получения удовольствия, общения, исследования мира. Нельзя отнять что-то, не предложив замены. Необходим другой ресурс: кружки, спортивные секции, театральная студия и др., которые подросток может выбрать сам и найти себя в них. С высокой вероятностью часть общения перейдет в реальную жизнь из виртуального мира.

В сложных ситуациях, когда договориться не удастся, часто очень хороший результат дает семейная терапия. С ее помощью удастся перейти на другой уровень обсуждения, понять, почему мы на самом деле ругаемся и почему нам так сложно друг с другом. Может, наш конфликт – совсем не про гаджеты. Внутри родителей нередко таким образом говорит страх потери – «вернись к нам, нам тебя не хватает». А подростку недостаточно личного пространства, которое он сам может контролировать. Назначение семейной терапии не в том, что в семье имеется кто-то неправильный и надо его исправить, а в понимании, почему сейчас семья как система работает таким образом, что в ней появился такой феномен, как зависимость от гаджетов. И что с этим можно сделать. Хороший результат работы – когда в дальнейшем семья может сама меняться и договариваться.

Существует точка зрения, что в переходном возрасте родители теряют значимость для подростка. На самом деле это миф. Для него по-прежнему очень важно чувствовать их за спиной. «Если за мной такая сила, я могу в обществе ничего не бояться». Подросткам точно так же важно быть услышанными и понятыми, чтобы осознать, что они на самом деле хотят и как можно по-другому. **МММ**



# СПАСТИ МИХАИЛА БУЛГАКОВА

Все мы знаем Михаила Булгакова как писателя и драматурга. Но в 1916 году он получил диплом врача и начал медицинскую практику. Выбор этого пути оказался роковым и привел к гибели. О том, каким заболеванием страдал Михаил Булгаков, рассказали эксперты на лекции «Михаил Булгаков: клинический случай».



После университета Михаил Булгаков работал врачом в прифронтовой зоне, ему часто приходилось ампутировать солдатам ноги, а ассистировала начинающему доктору первая жена Татьяна Лаппа.

Потом его зачислили врачом резерва Московского военно-санитарного управления и командировали в Смоленскую губернию. Там Михаил Булгаков проработал два года, и впечатления от врачебной практики в амбулатории земского врача превратились в знаменитый цикл рассказов «Записки юного врача». Нагрузка на земского доктора в то время была колоссальной, из-за того что все основные врачебные силы сосредоточивались на фронте. Больничный пункт, в котором трудился Михаил Булгаков, обслуживал несколько волостей Сычевского уезда – 295 селений. А значит, доктор вместе с тремя фельдшерами и двумя акушерками обеспечивал медицинскую помощь 37 тысячам жителей. Несмотря на скудное оснащение больницы и острую нехватку рабочих рук, Михаил Булгаков со своими обязанностями справлялся. И вот в больницу принесли ребенка, больного дифтерией. Эта болезнь тогда была опасна не только для заразившегося и его окружения, но и для лечащего врача и медсестер. Способом борьбы с инфекцией была трахеостомия. Через канюлю Михаил Булгаков высосал из легких ребенка образовавшиеся дифтеритные пленки. А чтобы затем не заболеть самому, впрыснул противодифтерийную сыворотку. Тогда формула этой инъекции была несовершенна. Сыворотка боролась с дифтерией, но могла вызвать тяжелые побочные эффекты: появление лихорадки, различные поражения кожи, боли в суставах, почечные осложнения. Интересно, что понятие

«аллергия» появилось именно в связи с реакцией организма на противодифтерийную сыворотку.

Тогда организм Михаила Булгакова плохо отреагировал на инъекцию. У него распухли лицо и руки, началась бессонница и усилились головные боли, которыми писатель страдал всю жизнь. Боли были настолько невыносимыми, что Михаил Булгаков стал посылать жену в аптеку за морфием. Наркотические вещества продавались в качестве лекарств от всевозможных недугов. Разумеется, развилась зависимость. Вскоре Михаил Булгаков стал делать себе по две инъекции морфия в день. Конечно же, это не могло не отразиться на функционировании почек, ведь все анальгетики в той или иной степени обладают нефротоксическим действием. Боли преследовали писателя, и он никак не мог найти способ излечения.

В 1919 году Михаил Булгаков разочаровался в профессии врача. В то же время набирал силу его писательский дар. Позже в одном из писем он напишет брату: «Я запоздал на четыре года с тем, что я должен был давно начать делать — писать». Он оставил врачебную службу и с головой ушел в драматургию и написание романов, повестей, рассказов. Многие из его произведений, разумеется, так или иначе затрагивают тему медицины.

С большим трудом и не без помощи жены Михаил Булгаков пытался преодолеть свою зависимость от морфия. Вероятно, инъекции этого наркотического вещества и привели к тому, что в сентябре 1939 года писатель внезапно ослеп. В те времена врачи не могли понять, отчего же случилась слепота. Ежегодные обследования у Михаила Булгакова никаких соматических патологических изменений не находили. Окулист выявил двустороннее воспаление зрительного нерва. У писателя отмечали высокое артериальное давление, которое не

снижалось. Разумеется, артериальная гипертония была опасна для головного мозга, глаз и почек. Анализы крови показывали повышенное содержание остаточного азота, а это значит, что почки почти перестали функционировать. Но лечить почечную недостаточность еще не умели. Михаила Булгакова лечил личный врач Иосифа Сталина Владимир Виноградов. Все, что мог тогда порекомендовать больному доктор, — наладить режим питания и сна, отдохнуть в санатории. К сожалению, терапевты того времени были бессильны: у них не было высокоточных аппаратов для диагностики, технологий лечения и серьезных лекарств. Конечно же, Михаил Булгаков все это понимал, потому говорил, что 1939 год станет последним в его жизни, и ошибся лишь на два месяца и несколько дней. Писателя не стало 10 марта 1940 года.

В наше время писателя вполне могли бы спасти. «Вероятно, у Булгакова развилась героиновая нефропатия, которая характеризуется быстрым развитием почечной недостаточности и тяжелой резистентностью к лечению артериальной гипертензии», — прокомментировал этот случай на лекции директор Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов имени академика В. И. Шумакова Сергей Готье.

Врач рассказал, что сегодня Михаилу Булгакову прописали бы один из методов заместительной почечной терапии, которых в 1939 году еще не существовало. Врачи уже тогда пытались выводить токсины из организма, но методы были весьма оригинальными и малоэффективными. Пациентов обдавали горячим воздухом, чтобы химические токсины выходили через кожу. Делали высокие клизмы, пытались вывести шлаки через кишечник. Первые эффективные методы диализа появились лишь через несколько лет после смерти писателя.

«После периода заместительной терапии Михаилу Булгакову сегодня бы порекомендовали трансплантацию почки. Пересадка органа обеспечила бы достаточно комфортную жизнь. Сегодня пациенты с донорской почкой могут заниматься спортом, а женщины детородного возраста — вынашивать и рожать ребенка. Нефрозклероз сегодня — не приговор», — добавил академик Готье. **МММ**

## Календарь событий 2019 г.

20 ноября с 16:00	<b>Семинар «Восстановление после инсульта»</b> ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ: Зеленоград, ул. Каштановая аллея, д. 2, стр. 1, конференц-зал.
21 ноября с 14:00 до 17:00	<b>Семинар «Эпштейна – Барр вирусная инфекция и коморбидные заболевания»</b> Морозовская ДГКБ ДЗМ: 4-й Добрынинский пер., д. 1/9, корп. 1а, 7-й эт.
21 ноября с 14:00 до 18:00	<b>Семинар «Современные возможности антимикробной терапии, организация контроля АМТ в условиях стационара»</b> ГКБ им. И. В. Давыдовского ДЗМ: ул. Яузская, д. 1, к. 5.
21 ноября с 9:00 до 13:00	<b>Семинар «Осложнения сахарного диабета. Взгляд со всех сторон»</b> Бизнес-центр «Атмосфера»: ул. Сушеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».
21–22 ноября с 9:00	<b>IX Научно-практическая школа «Московская урологическая школа»</b> Отель «Азимут Москва»: Олимпийский проспект, 18/1.
22 ноября с 15:00 до 18:00	<b>Семинар «Коинфекция ВИЧ/ВГС и патология почек»</b> Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н. Ф. Измерова: 9-я улица Соколиной Горы, дом 12, большой конференц-зал.
22 ноября с 9:00	<b>VII Всероссийский конгресс ассоциации детских аллергологов-иммунологов России</b> Отель «Рэдиссон»: пл. Европы, 2.
23 ноября с 9:00	<b>Семинар «Хронические гепатиты у детей. Клиника, диагностика и лечение»</b> Морозовская ДГКБ ДЗМ: 4-й Добрынинский пер., д. 1/9, корп. 1а, 7-й эт.
26 ноября с 10:00 до 12:00	<b>Семинар «Актуальные проблемы педиатрической отологии»</b> Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского ДЗМ: Загородное шоссе, д. 18а, стр. 2.
27 ноября с 15:00 до 19:00	<b>Семинар «ГПП-1 агонисты в континенте лечения сахарного диабета 2-го типа»</b> Бизнес-центр «Атмосфера»: ул. Сушеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».

## 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. Потекаев, Д. Ю. Пушкарь, М. В. Сеницын, С. В. Сметанина, И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева, М. Ш. Хубутян, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов

### Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

### Редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

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

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Над выпуском работали: управление коммуникаций НИИОЗММ ДЗМ. Научный редактор: Джамал Бешлиев. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Алина Хараз. Корректор: Ирина Зубкова. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова. Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно.

Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБПОУ «ММТ им. Л. Б. Красина».

Адрес типографии: г. Москва, ул. Кировоградская, д. 23.

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

