

# МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Вторник, 25 февраля 2020 года  
Департамент здравоохранения г. Москвы | [mosgorzdrav.ru](http://mosgorzdrav.ru) | [voprosministru@mos.ru](mailto:voprosministru@mos.ru)

№ 7 (109)  
[www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)

## МАРЬЯНА ЛЫСЕНКО О ПОБЕДАХ И ДРАЙВЕ

Накануне дня рождения главный врач ГКБ № 52 ДЗМ поделилась с газетой «Московская медицина. Cito» своими воспоминаниями и успехами.

>> читайте стр. 4–5



### ПРИВИВКА ОТ КОКЛЮША

С января 2020 года в Москве используют новую комбинированную вакцину. Она служит для профилактики коклюша, дифтерии и столбняка. Вакцину применяют для второй ревакцинации детям в возрасте от 6 до 7 лет. Прививка делается бесплатно, согласно региональному календарю профилактических прививок. «Москва – один из первых регионов России, где появилась эта новейшая вакцина. Она позволит значительно снизить заболеваемость коклюшной инфекцией среди дошкольников и младших школьников. Прививку можно сделать в детских городских поликлиниках по месту прикрепления и в детских образовательных организациях», – рассказала заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. В 2020 году запланировано привить новой вакциной около 90 тыс. детей. Вице-мэр отметила, что в столице в календарь включено бесплатное вакцинирование от 17 болезней. Перечень шире, чем в национальном календаре прививок. [MMC](#)

### ОНЛАЙН-КАРТА ПРИВИВОК

Родители, имеющие доступ к электронным медицинским картам своих детей, могут посмотреть сведения о прививках в новом разделе «Вакцинация». «В прошлом году мы провели масштабную работу по оцифровке прививочных карт детей. В результате была создана электронная база прививок, в которой содержатся данные более 1,9 миллиона карт и которая подтверждена медицинскими работниками городских поликлиник», – поделилась данными заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Сервис работает в тестовом режиме. В разделе будут сохраняться данные о новых прививках, а информация о них вскоре будет рассылаться через СМС. [MMC](#)

### ЦЕНТР ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Центр диабетической стопы начал работу в ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ. Его специалисты смогут лечить около 1000 пациентов в год. «У нас есть отделения эндокринологии, гнойной хирургии, сосудистой хирургии, рентген-хирургической помощи. Рентген-хирургия – это вмешательство на сосудах, позволяющее восстановить кровоток в конечностях. Малоинвазивно, высокотехнологично, эффективно», – рассказал главный врач ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ Игорь Парфенов. Он напомнил, что пациенты, больные сахарным диабетом, должны ежегодно проходить осмотр в кабинете диабетической стопы. Ранняя диагностика помогает предупредить тяжелые осложнения и избежать серьезных оперативных вмешательств. [MMC](#)

### СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



#### ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТОМ

Леонид Фарба:  
«В ортогерiatrics важно быстро  
поставить пациента на ноги» – стр. 3



#### СИМПОЗИУМ

Жизнь после инфаркта  
миокарда – стр. 7

#### ВАШЕ МНЕНИЕ ВАЖНО ДЛЯ НАС

Просканируйте QR-код  
и ответьте на несколько  
вопросов о газете.

Будем рады вашим  
комментариям!



## ПО МЕТОДИКЕ TIPS

Хирурги ГКБ № 15 ДЗМ спасли пациентку с кровотечением из пищеводных вен.



Пресс-служба ГКБ № 15 ДЗМ

78-летняя пациентка была доставлена по скорой помощи в ГКБ № 15 имени О. М. Филатова с кровотечением из прямой кишки. Учитывая тяжесть состояния, женщину госпитализировали в реанимационное отделение, где было выполнено лигирование и клипирование вен. К сожалению, через день в колопроктологическом отделении оно возобновилось.

Выполнена мультиспиральная компьютерная томография, которая подтвердила неровность контуров печени, увеличенный диаметр воротной, селезеночной, верхней и нижней брыжеечных вен. Следующим шагом стала контрольная карбоксипортография, показавшая, что градиент давления крови в портокавальной системе в десятки раз превосходил

нормальные значения. Врачебный консилиум принял решение о необходимости проведения трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS). Это вторая операция по новой методике в клинике. Врачи создали искусственный канал в печени, который обеспечил отток крови из воротной вены в нижнюю полую вену, минуя пораженный участок.

«При открытой операции соединение вен друг с другом занимает много времени и само вмешательство достаточно травматичное, у пациента могут возникнуть осложнения. Теперь у нас есть возможность выполнить подобную операцию эндоваскулярно. Без глубокого наркоза через вену на шее в печень вводится специальный проводник. После операции TIPS улучшается отток крови», – поясняет заместитель главного врача по хирургии ГКБ № 15 Виктор Аносов. Больная В. после операции достаточно быстро пошла на поправку, прекратилось кровотечение, исчезли отеки на ногах, и она была выписана домой. **ММС**

## МНЕНИЕ



**Игорь Хатьков,**  
главный внештатный  
специалист-онколог ДЗМ,  
директор МКНЦ имени  
А. С. Логинова ДЗМ

Правительством Москвы и ДЗМ уделяется большое внимание развитию здравоохранения, в частности онкологии – одного из приоритетных направлений медицины. Онкологическая служба города включает в себя три основные составляющие: хирургию, лекарственное обеспечение и лучевую терапию.

Ведущие стационары, где оказывается хирургическая помощь онкологическим больным, оснащены по самым современным стандартам, уровень профессиональных компетенций медицинских сотрудников не уступает лучшим мировым практикам, а по некоторым направлениям превосходит их. К примеру, в МКНЦ порядка 70 % операций онкобольным выполняется с использованием малоинвазивных доступов. Наши хирурги проходят стажировки в ведущих мировых клиниках; в свою очередь, зарубежные специалисты приезжают к нам на обучение.

Лекарственное лечение онкобольных сегодня основывается на самых последних научных разработках, которые быстро внедряются в клиническую практику. Развивается таргетная терапия, иммунотерапия, но это тяжелая финансовая нагрузка на бюджет стран. В Москве руководством города этой теме уделяется большое внимание, финансирование лекарственного обеспечения постоянно растет. Мы первыми в стране, на несколько лет раньше, чем это предусмотрено законом, начали работать по новым клиническим рекомендациям, ввели шесть нозологий в лекарственное обеспечение через ОМС.

Что касается лучевой терапии, это, пожалуй, самый трудный вопрос в плане быстроты его решения. Развитие данного направления требует серьезных технических решений, закупки высокоточной и сложной аппаратуры. Разработан проект оснащения ведущих онкоклиник Москвы самым современным оборудованием, но потребуются время на его реализацию.

С 2020 года обеспечение лучевой терапией онкологических пациентов осуществляется за счет тех возможностей, которые есть в федеральных центрах, расположенных на территории города, и частных клиниках. Пациенты получают современные виды лучевой терапии, и мы продолжаем развивать этот вид помощи.

Среди ближайших перспектив – централизация оказания онкологической помощи пациентам, создание амбулаторно-стационарных комплексов, что позволит обеспечить преемственность в лечении на амбулаторном этапе, в стационаре и при последующем наблюдении пациентов, а также реформа патоморфологической службы города, создание централизованных патоморфологических лабораторий, где будет проводиться весь комплекс необходимых исследований для адресного подбора лекарственной терапии. **ММС**

## ПЕРВЫЙ ТЕЛЕМОСТ

Врачи ДГКБ имени З. А. Башляевой ДЗМ запустили телемедицинский проект по консультированию врачей в регионах.

В рамках проекта «Телемедицина» специалисты больницы будут сотрудничать с врачами из регионов, участвовать в медицинских консилиумах в экстренных и диагностически сложных случаях. Также планируется проводить дистанционное обучение и повышение квалификации медицинских работников. «Благодаря налаживанию межрегионального сотрудничества повышается доступность, оперативность и качество оказания медицинской помощи для наших маленьких пациентов. Мы давно сотрудничаем с коллегами из других городов России: проводим врачебные консилиумы и выездные консультации, диагностические дни для пациентов, выполняем операции в региональных больницах, устраиваем мастер-классы для медиков и всячески делимся накопленным опытом и нашими возможностями. Ведь в московском здравоохранении применяются самые передовые мировые технологии», – рассказывает главный врач ДГКБ им. З. А. Башляевой, главный специалист-педиатр Москвы Исмаил Османов.

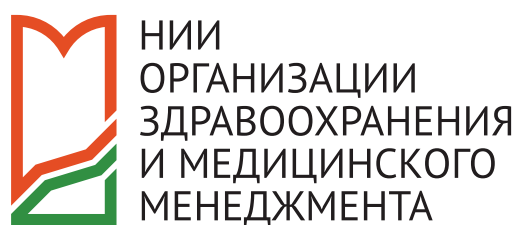


Пресс-служба ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ

Сеансы видеосвязи будут проводиться два раза в месяц. В пилотном режиме московские врачи сотрудничают с двумя региональными клиниками – Губкинской городской больницей Ямало-Ненецкого автономного округа и Орловской областной клинической больницей. В ближайшем будущем к программе планируется подключить и другие региональные

клиники. Темы врачебных консилиумов будут определяться сложностью клинических случаев. Детей со сложными диагнозами, нуждающихся в специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, будут переводить в больницу им. З. А. Башляевой. Лечение будет проводиться в рамках программы ОМС. **ММС**

## ИТОГИ «ЛИТЕРАТУРНЫХ ЧТЕНИЙ ВРАЧЕЙ»



**НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА**

На сайте НИИОЗММ ДЗМ подведены итоги голосования за участников конкурса «Литературные чтения врачей».

В течение нескольких месяцев участники присылали видео, в которых читают стихи – своего сочинения и известных авторов. Организаторы расширили геогра-

фию конкурса, принимая видео от медработников всей государственной системы здравоохранения. Заявки приходили из Долгопрудного, Рязани, Иваново, Бийска и даже Хабаровска и Владивостока.

Победителем в номинации «Исполнение собственных произведений (поэзия)» стал врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине ГКБ им. В. М. Буянова ДЗМ Денис Галанов и его стихотворение «Бессонница». На втором месте – заведующий научно-исследовательским отделом микрохирургии уха НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ Евгений Гаров с произведением «Поцелуй меня». Замыкает тройку лидеров врач-методист

отдела по организационно-методической и научной работе Долгопрудненской ЦГБ Александр Климай и его работа «Онегин и княгиня Н.».

В номинации «Исполнение произведений известных авторов (поэзия)» было всего два участника: ординатор МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала НМИЦ радиологии Минздрава России Владислав Поставнев («А все-таки») и врач-уролог ГКБ имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ Виген Малхасян («Облако в штанах»). Они набрали одинаковое количество голосов, разделив первое место. Информация о церемонии награждения появится позже на сайте niioz.ru. **ММС**

# ЛЕОНИД ФАРБА: «В ОРТОГЕРИАТРИИ ВАЖНО БЫСТРО ПОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТА НА НОГИ»



Травмы у пожилых людей остаются одной из значимых проблем современной медицины. Часто следствием неудачного «приземления» становятся переломы в области тазобедренного сустава. О том, что такое травма в пожилом возрасте, и о современных подходах к хирургическому лечению этой патологии рассказал врач-травматолог высшей категории травматологического отделения ГКБ № 13 ДЗМ, заместитель председателя по развитию сообщества Российской секции Ассоциации остеосинтеза, обладатель почетного статуса «Московский врач» Леонид Фарба.

циплинарный подход к решению клинической задачи. У нас в больнице сформирована такая команда. Ведь, по сути, перелом бедра у пожилого человека – это угрожающая жизни ситуация, такая же, как и прободная язва или аппендицит в общей хирургии. Нами сформулированы четкие протоколы обследования и лечения таких больных, протоколы, которые основываются на опыте лучших мировых клиник. В частности, нами используется модель оказания помощи пожилым пациентам, принятая Британской ассоциацией травматологов-ортопедов. Главное – это быстрое обследование и оптимизация общесоматического статуса пожилого больного для проведения операции в течение 24–48 часов с момента его поступления в стационар. Мы прекрасно понимаем, что в преклонном возрасте у больного имеется масса сопутствующих болезней помимо перелома бедра, с которым он и поступил к нам в клинику. Вылечить все эти болезни невозможно в принципе, но мы можем именно «оптимизировать» пациента для проведения ему щадящей, малоинвазивной операции для стабилизации перелома бедра в случае вертельного перелома или для замены тазобедренного сустава в случае перелома шейки бедренной кости.

**– Кто входит в команду специалистов?**

– В этой команде, по сути, находится вся больница! Если серьезно, то все специалисты, начиная с приемного отделения, заканчивая оперирующими травматологами-ортопедами, вся параклиника, лаборатория, консультанты и средний медперсонал, методисты лечебной гимнастики. Однозначно в этой команде одну из ведущих ролей играют анестезиологи-реаниматологи, без которых в принципе невозможно провести оперативное пособие. И в нашей больнице работают замечательные специалисты анестезиологи-реаниматологи в отделении, которое возглавляет доктор Ирина Парибак. Задача всей команды – спасти травмированного пожилого больного. Наша больница обеспечена всем необходимым для реализации такого современного подхода: менее чем за 24 часа полностью обследовать и подготовить пожилого пациента к операции, которая проводится с применением самых современных технологий, а затем провести первичную реабилитацию. Ежегодно в травматологическом отделении ГКБ № 13 получают высококвалифицированную помощь около 400 пациентов пожилого и старческого возраста с переломами в области проксимального отдела бедренной кости.

**– В чем особенности операций в преклонном возрасте?**

– Основная особенность оперативной техники у больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра – это так называемая one shot surgery (хирургия одного удара). Это значит, что у нас есть только один-единственный шанс прооперировать такого больного, и сделать это нужно так, чтобы не пришлось что-то исправлять впоследствии. Безусловно, хирургическая техника должна быть малотравматичной. Для этого в травматологии пожилого возраста необходимо использовать современные фиксаторы, позволяющие из минимальных доступов фиксировать самые сложные переломы так, чтобы разрешить пожилому человеку сразу наступать на прооперированную ногу. Ведь бабушке или дедушке практически невозможно объяснить, что такое дозированная нагрузка на ногу.

**– То есть вы делаете операции из небольших разрезов? Как же удается фиксировать перелом в правильном положении, если вы его не видите?**

– Тут в помощь травматологам приходят современные цифровые рентгеновские аппараты, или С-дуги, как их еще называют. Наша клиника благодаря прошедшей модернизации была оснащена необходимым оборудованием. Так что мы на самом деле оперируем пожилых больных из мини-доступов, контролируя весь процесс операции на экране С-дуги.

**– Почему пожилые люди часто ломают шейку другого бедра повторно?**

– У каждого травматолога есть такие постоянные пациенты. Проблема повторных переломов имеет несколько причин. Во-первых, это низкое качество кости у пожилого больного. К сожалению, к врачам пожилые пациенты не приходят с жалобами на плохое качество кости – остеопороз не болит.

А вот тяжелейшие последствия этой болезни в виде переломов – это то, с чем мы сталкиваемся каждый день. По данным ВОЗ, один такой перелом при отсутствии надлежащей терапии остеопороза обязательно приведет к следующему перелому – так называемому каскаду переломов. В какой-то мере увеличение распространенности «возрастных» заболеваний является своеобразной расплатой за увеличение продолжительности жизни. Недостаточное потребление кальция, белка, дефицит витамина D, низкая физическая активность, вредные привычки (в особенности курение) в молодом возрасте приводят к плохому набору костной массы. А в пожилом возрасте, когда своеобразная защита женских и мужских половых гормонов значительно снижается и обмен костной ткани сдвигается в сторону повышенного разрушения, резко увеличивается риск переломов. Серьезный вклад в это заболевание вносят наследственность, эндокринные заболевания, а также прием некоторых лекарственных препаратов.

**– И все-таки: перелом шейки бедра – это приговор?**

– Раньше перелом проксимального отдела бедра на самом деле был практически смертельным приговором пожилому человеку. По меткому выражению профессора Мориса Мюллера (Швейцария), одного из величайших хирургов-травматологов современности, «перелом шейки бедра был последним ярким событием в жизни пожилого больного». Сейчас мы говорим, что пожилой пациент с переломом – это не «проблема», а вызов команде специалистов, которые берутся за его лечение. Переломы у пожилых – это прямое показание к госпитализации пациента в стационар, где его быстро обследуют, прооперируют и в прямом смысле поднимут на ноги. Во всяком случае, у нас именно так и поступают. **МММ**

Наиля Сафина

**«Наша больница обеспечена всем необходимым для реализации такого современного подхода: менее чем за 24 часа полностью обследовать и подготовить пожилого пациента к операции, которая проводится с применением самых современных технологий, а затем провести первичную реабилитацию».**

**– Леонид Яковлевич, от чего погибают пожилые люди с переломом в области тазобедренного сустава?**

– Как правило, больные с переломом в области тазобедренного сустава (а это как переломы шейки бедра, так и переломы вертельной области) не умирают от самого перелома. Причина смерти – гиподинамия и связанные с ней осложнения: тромбозы вен нижних конечностей, тромбоэмболии, гипостатические пневмонии и пролежни. Поэтому основная задача в лечении травмы у пожилых больных – это как можно раньше поднять их на ноги, дать возможность вернуться к той активности, которая была у них до падения. Падения являются главной причиной переломов у пожилых людей, и это очень серьезная проблема. Причем если молодому человеку, чтобы сломать бедро, нужно упасть с большой высоты или попасть в тяжелую автомобильную аварию, то пожилому достаточно упасть со стула или с высоты собственного роста – это так называемая низкоэнергетическая травма.

**– Когда вы заинтересовались травмой у пожилых?**

– Так сложилось, что я всю свою профессиональную жизнь занимаюсь травматологией пожилого возраста. Сейчас в мире этот раздел общей травматологии принято называть ортогерией. В 2011 году по своей инициативе я посетил курсы травматологии пожилого возраста в Эрфурте (Германия), и вот там-то у меня произошел переворот в сознании в смысле подхода к этой проблеме. Мне запомнились слова одного профессора: «Если раньше считалось, что пациент с переломом бедра слишком стар, чтобы его оперировать, то теперь мы считаем, что пациент слишком стар, чтобы его НЕ оперировать». Вот с тех пор уже 9 лет мы в нашей больнице придерживаемся современного подхода к лечению пожилых больных с переломами.

**– И что же это за подход?**

– Главное в травматологии пожилого возраста, или ортогерии, – междис-

&gt;&gt; Окончание. Начало на стр. 1

# МАРЬЯНА ЛЫСЕНКО: «Когда есть победы – это драйв необыкновенный»



Главный врач ГКБ № 52, доктор медицинских наук, влюбленный в свою профессию счастливый человек – так говорит она сама. И сразу видно, что рядом с таким человеком всем хочется спасать людей, сворачивать горы и делать невозможное. С днем рождения, доктор Марьяна!

**– Марьяна Анатольевна, почему медицина, почему вы не на телевидении?**

– О, это было абсолютно мое решение. Я была довольно часто болеющим ребенком, и с детства все эти вопросы меня «за-разили». В 14 лет я решила стать врачом и объявила об этом родителям. Они были в шоке. В первую очередь мама. И она сразу начала выстраивать мою медицинскую жизнь наилучшим образом, хотя полагала, что делает прямо противоположное.

**– И что происходило?**

– Был такой замечательный хирург, ученый, очень известный в хирургическом мире, Николай Николаевич Каншин, он возглавлял отделение гнойной хирургии в НИИ Склифосовского. Со всего Союза сюда везли людей с самыми серьезными гнойными осложнениями. Такой страшной категории больных я больше никогда не видела. До сих пор в гнойной хирургии используется масса дренажей и систем «по Каншину». Мама была с ним знакома – она

работала в Институте патентной экспертизы, а у него было очень много патентных изобретений, заслуженно много. И мама пожаловалась, что, мол, дочка выжила из ума, решила идти в медицину... Николай Николаевич ответил: «Валечка, не расстраивайтесь. Пусть придет к нам в отделение посмотреть, что такое медицина, из нее это желание быстро улетучится». Я училась тогда в 7-м классе, мама меня туда привела, и... я оттуда больше не ушла.

**– Гнойная хирургия не напугала?**

– Нет. Мало того, там был совершенно необыкновенный коллектив чудесных людей, которые все, от врачей до санитарок, были абсолютно привержены специальности. Все те санитарки и медсестры в результате выучились и стали врачами. И там было как в семье, и в постоянной борьбе за чью-то жизни – удивительный медицинский круг преданных своей профессии людей. Они, конечно, заразили и меня безвозвратно этой «инфекцией». И каждый день

после школы я ехала в Склиф, а через два года оформилась на работу

**– Прямо школьницей?**

– Да, и это было очень сложно. В советское время работать могли дети только из неблагополучных семей. И маме пришлось заняться переводом меня в разряд неблагополучных: договорились с детской коммунной милицией, чтобы меня поставили на учет. Такими окольными путями в без чего-то 16 лет мне оформили трудовую книжку, и там первая запись: санитарка. За те два года я много чему научилась, много чего разрешали попробовать сделать своими руками. Я была чрезвычайно горда собой, чувствовала себя причастной ко всему, что там происходило. К сожалению, было очень много трагедий. Я еще застала многократные капельницы, многократные шприцы, тупые иглы – много такого, чего современные доктора, даже ненамного моложе меня, не видели и не представляют. Так и продолжалось. Отчасти в связи с этим я благополучно провалилась в институт, слишком была увлечена практикой. А вскоре все отделение переехало в новую клинику в Зеленограде, и туда уже родители меня не пустили, «иначе никогда не поступишь в институт». И я устроилась в 13-ю больницу, тоже санитаркой. Там и определилась с профессией: я работала в отделении хирургической реанимации и поняла для себя, что там я и хочу «жить».

**– Видимо, внутренняя потребность – быть на грани, на последнем рубеже...**

– Да, это невероятный драйв. Почему все хирурги вожделяют пойти в операционную, вместо того чтобы сесть и нормально записать историю болезни? Точно так же реаниматологу надо в реанимацию. Здесь включается очень сложная психологическая история: ты как бы становишься причастным к борьбе высших сил, и можно заиграться в попытку быть богом... Но когда есть победы, это драйв необыкновенный. Ты понимаешь, ради чего трудиться, не спишь, изводишь и себя, и окружающих.

**– Почему окружающих?**

– Я «несла» домой всех своих тяжелых больных, не в буквальном смысле, конеч-

но. Дома все были в курсе, что у меня происходит, кому лучше, хуже, спрашивали: «А как сегодня?» Очень важно, когда есть понимание, за что ты бьешься, и что ты можешь выйти победителем из почти фатальных ситуаций. А главное (для меня, во всяком случае) – профессия реаниматолога не предполагает очень длительного процесса. Ты все время бежишь и очень быстро принимаешь решения из очень небольшого набора вариантов.

**– Расскажите, пожалуйста, самый запомнившийся случай из вашего первого опыта.**

– Много было историй, и трагичных, и счастливых, и ты все помнишь... Наверное, первая такая история у меня была еще в Склифе, когда я однозначно решила, что не уйду. У нас погиб молодой человек, практически мальчик. Единственный ребенок в семье. Футбол, травма, гангрена. Папа у него работал на крупном закрытом заводе, и тогда мы впервые увидели готовый импортный антибиотик. У нас то были всевозможные пенициллины, и надо было трясти изо всех сил флакон, чтобы что-то растворилось и можно было набрать... Но, к сожалению, мальчику ничто не помогло. Мама этого юноши, естественно, очень страдала и как-то очень вовлекала меня, ей нужно было с кем-то говорить, а я не могла ничего сделать и думала: ну как же так, кто-то же должен помочь! Я очень верила в тех, кто там был, что они смогут, спасут, что они волшебники, что-нибудь придумают... Но не получилось. Я безумно рыдала. Мои взрослые коллеги сомневались, приду ли я на следующий день. Все-таки еще ребенок... Но я решила, что теперь я просто должна там быть, должна что-то такое придумать... Конечно, потом еще была масса трагедий. И я помню всех своих ушедших. Да, это всегда боль, попытка анализировать, что ты не так сделал, почему так вышло, особенно по молодости. Это всегда рубцы. Но счастье, что большинство моих пациентов живы и здоровы. И очень многие, особенно тяжелые, до сих пор со мной, мы общаемся, переписываемся, они меня помнят, и я их помню... Вообще, они дают колоссальную позитивную энергию. Такой формат взаимоотношений – на всю жизнь.



Это уже и не благодарность, а какие-то подружеские взаимоотношения.

**– Вы поработали санитаркой в 13-й больнице и поступили со второй попытки?**

– Да, поступила в первый мед, бесконечно переименовывавшийся в период моего обучения. Если бы мне сейчас сказали: «Давай тебе снова будет восемнадцать и ты вернешься туда?» – нет! Ни за что. Даже с доплатой и даже при условии «восемнадцать лет». Очень тяжело было первые два года. Никакого свободного времени, бесконечная необходимость что-то учить, зубрить, читать, заниматься дополнительно. Но через два года основные фундаментальные дисциплины были сданы, началась уже медицина, что было уже чрезвычайно интересно. Я считаю, мы выросли в еще очень серьезной медицинской школе, российской, советской, которая учила заниматься пациентом. Мы были в то время не очень продвинуты с точки зрения технологической базы, каких-то лекарственных и инструментальных возможностей, но у нас было то, что сейчас, на мой взгляд, утрачено в системе обучения: студентов перестали учить общаться с пациентом. Не просто поговорить, чтобы он не жаловался, а поговорить, чтобы понять, чем он болен, и хотя бы предположительно поставить диагноз.

**– А студенческая жизнь?**

– Конечно, все было! Здорово, что большая часть однокашников так или иначе где-то рядом, в зоне досягаемости, все состоялись, мы с удовольствием общаемся и вспоминаем юность. Я рада, что некоторые из них работают во вверенном мне учреждении.

**– Куда вы после института пошли работать?**

– Сначала окончила интернатуру, ординатуру и вышла на работу в Эндокринологический научный центр, где и проработала до 2008 года, пока не пришла сюда.

**– И тем временем защитили две диссертации?**

– В Эндокринологическом научном центре у Ивана Ивановича Дедова не рассматривался никакой формат работы, кроме как работа плюс наука. Это даже не обсуждалось. Там было очень много интересных, редких направлений, много такого, что можно было бы изучать и менять. Обе мои работы посвящены ведению больных с гормонально активной опухолью надпочечника – феохромоцитомой.

Когда-то много лет назад это был высший пилотаж для анестезиолога – работать на такой операции, потому что у человека неуправляемая гемодинамика, давление летает с 200 до 0, и так каждые несколько секунд, с сердцем все непросто. Очень немногие брались за такие задачи. И вот мы начали этим заниматься, изучать, защитили патент – и пациентов стали готовить определенным образом к оперативному лечению. Оказалось, не так уж все и страшно в конечном счете. Нашли путь, и постепенно он стал рутинной.

**– Как у родителей трансформировалось восприятие вас в профессии?**

– Они, конечно, уже свыклись с ситуацией и всегда меня поддерживали, но все же были недовольны: ну зачем? Работа 24 на 7, 365 дней в году... Мама, естественно, всегда жалела и жалеет. Папа, наверное, начал мной гордиться. По меньшей мере, я надеюсь.

**– У вас есть еще врачи в семье?**

– Нет. И, видимо, не будет, если только внуки. Сын категорически против. Он с уважением относится к тому, что я делаю, но это не его. Он больше в папу. Медицина – отдельный мир. Если ты уже попал в этот мир и принял его, а главное, он тебя принял, то вырваться невозможно. Многие меняли профессию в 90-е годы, и это были трагедии. Как будто тебя выгнали из дома на необитаемый остров. Просто вышвырнули из жизни, на другую планету.

**– Как и в каком качестве вы пришли в 52-ю больницу?**

– Получилось так, что в 2008 году я столкнулась с Андреем Петровичем Сельцовским, который тогда возглавлял московский Департамент здравоохранения. Причем «столкнулись» мы в негативном смысле. Я резко высказалась в отношении некоторых коллег. Он меня позвал и спросил: «А ты не хочешь быть главным врачом?» Я переспросила: «Вы делаете мне такое предложение в связи с моим не вполне корректным поведением?» Он ответил: «В том числе. Ты, наверное, переросла формат заведующей». Не скажу, что я была готова к предложению возглавить огромную больницу... Но пока я приходила в себя по дороге домой, я уже была назначена. Рисковый поступок с его стороны и совершенно сумасшедший – с моей... Но я же реаниматолог, не могу сказать: нет, я боюсь... Поэтому пришлось делать вид, что не боюсь и что я очень опытный управленец.

**– И каковы ваши управленческие успехи? Как вы сочетаете медицину с административной работой?**

– Если ты врач, ты все равно остаешься врачом, ты же должен понимать процессы, которые происходят внутри. Кроме того, наше сообщество устроено таким образом, что если тебя не уважают как врача, то добиться авторитета в коллективе крайне проблематично. Я с наслаждением «подкапываю» знаний по направлениям медицины, которые мы развиваем. С удовольствием слушаю коллег, стараюсь участвовать во всех клинико-анатомических конференциях, а иногда ухожу в реанимацию – мне там хорошо. Отдыхаю душой.

**– А как вы отдыхаете вне реанимации и вообще успеваете ли?**

– Мой самый любимый способ отдыха – куда-то ехать. Очень люблю путешествовать. Для меня безумное счастье и радость уже предвкушение самой поездки. Как правило, мы ездим большой компанией, с детьми, с друзьями, и я обычно выполняю роль туроператора, несмотря на занятость, с удовольствием буду даже в ночи планировать поездку. Мы часто ездим на машинах, так что это долгая история, с приключениями. Но дорога впереди – это для меня счастье.

**– Вы пришли сюда уже больше десяти лет назад. Что изменилось для вас, для больницы?**

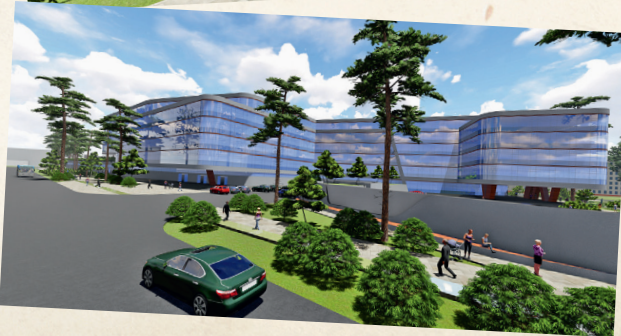
– Лично я обогатилась огромным объемом знаний по поводу погонажа труб, укладки асфальта, вырубки зеленых насаждений, отопления, лежаков, стояков и т. д. В этом тоже должен ориентироваться руководитель. А больница подросла, к нам присоединились роддом и три женские консультации. Кое-что интересное нам удалось сделать. Я очень благодарна коллегам, что сформировали такой коллектив, что мы не останавливаемся, несмотря ни на что. Я горжусь своим коллективом и каждым в отдельности. У нас почти 3000 сотрудников, и все не могут быть одинаковыми, но по большей части здесь нет равнодушных людей. Для меня это принципиальное качество в медицине – не быть равнодушным. Тогда очень многое можно принять, чему-то обучить. У нас существенно поменялся коллектив в последние годы. Мы настоятельно просим всех, особенно молодых сотрудников, развиваться, заниматься наукой, знать иностранный язык, уметь и прочесть, и выступить на нем, быть достойным представителем нашего отечества и нашего учреждения.

**– Какие у вас планы по развитию больницы? Мечты? Идеи?**

– На самом деле многое, о чем мечтали, уже сделали. У нас работают городские центры компетенций по очень серьезным направлениям: гематологии, нефрологии (это исторически сложившаяся традиция в нашей больнице), системным заболеваниям, аллергологии, ЭКМО. И когда у нас появился роддом, мы и новым коллегам покоя не дали, они, наверное, уже забыли, что такое нормальные физиологические роды. То есть, конечно, все помнят, только рожают у них барышни либо с пересаженными органами, либо они чем-то серьезным больны. Мы втянули наших акушеров в знания по гематологии, нефрологии, различным тяжелым заболеваниям. Мы начали заниматься трансплантацией костного мозга. Создали центр экстракорпоральной мембранной оксигенации. Искусственные легкие разрабатывались когда-то для борьбы с гриппом H1N1, сейчас это жизненно спасающая технология. Это отделение, по-моему, просто «реанимация мечты»: с цветами на потолке и т. п. У нас теперь работают четыре главных внештатных специалиста ДЗМ. У нас очень продвинутые урологи, которые оперируют трансплантированные почки, не удаляют, а оперируют, потому что трансплантированные почки тоже болят. В общем, мы не ищем легких путей.

Но мечта у нас есть! Всей больницей мечтаем о новом корпусе (на фото ниже 3D-модель «корпуса мечты» – ред.). У нас очень много технологически зависимых направлений, а здания 70-х годов постройки не вмещают необходимый сегодня объем оборудования и не дают возможности комфортного размещения ни пациентов, ни врачей, не обеспечивают логистики – мы катаем больных, даже с ЭКМО, по улице, потому что нет переходов. Но у нас космические результаты, несмотря на некоторые недостатки архитектурных и бытовых условий. Мы очень благодарны за то, что есть чем работать, а теперь хочется, чтобы еще было где. Есть даже проект: 3D-план корпуса с учетом самых современных экологических идей в архитектуре и строительстве. И есть уже пятно застройки. Вот тогда здесь действительно будет «город-сад». С новым современным корпусом мы однозначно станем еще эффективнее, сможем создавать и внедрять новые технологии на благо наших пациентов. **ММС**

Алина Хараз



# ТРЕВОГИ БОЛЬШОГО ГОРОДА



## НАУЧНАЯ ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Самоповреждающее поведение (или селф-харм, от англ. self-harm) – это нанесение себе повреждений по внутренним причинам. Самоповреждения наносятся для того, чтобы справиться с тяжелыми переживаниями, болезненными воспоминаниями, ситуациями, которые трудно пережить, или когда невозможно контролировать свою жизнь. Самоповреждение выступает в качестве симптома многих психических расстройств. Надо понимать, что самоповреждения могут быть нанесены как с целью самоубийства, так и без нее. Но важно помнить, что такое поведение вне зависимости от конечной цели довольно рискованное, небезопасное и нуждается в коррекции. Причины для селф-харма очень индивидуальны, нет определенного типа людей, которые причиняют себе вред, а возраст предрасположенных к такому поведению людей варьируется от 9 лет до 60 и выше. Особенно ярко феномен проявляется среди подростков.

## БЕСПОЩАДНАЯ СТАТИСТИКА

В последние 15 лет в мире наблюдается устойчивый тренд на снижение числа самоубийств. Но, по данным отчета Детского фонда ООН, в России ежегодно уходят из жизни до 500 детей в возрасте до 14 лет и 2,5 тысячи подростков от 15 до 18 лет. Примерно каждый 12-й подросток совершает покушение на самоубийство. Похожие показатели наблюдаются в Латвии, Литве, Новой Зеландии, Словении и Финляндии.



«Наибольшее число суицидальных попыток происходит в возрасте 16–24 лет. При этом до 13 лет суицидальные попытки чрезвычайно редки. С 14–15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16–19 годам», – рассказывает Михаил Александров.

Медицинские психологи заметили, что суицид в подростковом и юношеском возрасте является столь актуальной общественной проблемой, что в молодежном сленге даже появился специальный термин «эскейп», который означает «красиво уйти из жизни».

## НЕ ПРОПУСТИТЬ СИГНАЛ

В рамках биопсихосоциального подхода основным клиническим фактором суицидального риска является наличие психических расстройств, ухудшение настроения вплоть до депрессивных состояний. В качестве основных психологических факторов суицидального поведения у подростков выступают личностные аномалии, проблемы социальной и гендерной идентичности, а также внутриличностный конфликт, трудности взаимодействия с людьми. Большую роль играет когнитивный фактор, а именно проблемы в системе убеждений и установок подростков, их представления о смерти.

Среди социальных факторов суицидального поведения выделяют семейные характеристики: наличие семейного суицидологического анамнеза, особенности отношений, привязанности, наличие конфликтов в семье.

В развитии такого поведения играют роль и взаимоотношения со сверстниками, включая истории преследования и буллинга со стороны одноклассников.

На эмоциональный фон подростка влияют также средства массовой информации и социальные сети.



«Более 60 % суицидентов воспитывались в неполных семьях, – обращает внимание Анастасия Ильина. – Сильнее всего от развода родителей страдают дети дошкольного возраста, особенно если это событие характеризовалось обилием явных и скрытых кон-

суицидальное поведение у детей и подростков – одна из наиболее острых проблем не только медицины и психиатрии, но и общества в целом. О том, откуда у детей появляется склонность к самоповреждающему поведению, что делать родителям и как не пропустить тревожные признаки, рассказывают медицинские психологи Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ Анастасия Ильина и Михаил Александров.

фликтов. Неслучайно 80 % попыток самоубийств совершается дома, притом в дневное или вечернее время, то есть это просьба о помощи, адресованная прежде всего близким». Основными мотивами суицидального поведения признаны протест, призыв, избегание, самонаказание, отказ от жизни.

В подростковом возрасте чаще встречаются «протест» и «призыв» в качестве смыслов суицидального поведения. Советский психиатр, профессор Андрей Личко к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относил потерю любимого человека, состояние переутомления, уязвленное чувство собственного достоинства, разрушение

Особое место в работе с суицидальными пациентами занимает включение родителей и других близких родственников в занятия с семейным психологом или психотерапевтом с первых дней госпитализации, что позволяет понизить уровень тревоги у ребенка и уменьшить ощущение беспомощности, растерянности у родителей. Они учатся понимать механизмы суицидальной активности. Такая организация помощи дает возможность комплексно подойти к оценке состояния ребенка, рисков его безопасности, создает предпосылки для качественных изменений в профилактике, лечении, дальнейшей реабилитации и социальной адаптации детей с суицидальными проявлениями. **ММС**

“**Причины для селф-харма очень индивидуальны, нет определенного типа людей, которые причиняют себе вред. Особенно ярко это проявляется среди подростков».**

защитных механизмов личности из-за употребления алкоголя или гипногенных психотропных средств и наркотиков. Некоторых на такой поступок толкает отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство, а также различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

## ПОМОЩЬ ПОДРОСТКУ

Отношение самих подростков с суицидальным поведением к суициду в основном амбивалентно: с одной стороны, принимается решение покончить жизнь самоубийством, а с другой – подросток чаще всего совершает поступки, которые говорят о том, что он ждет спасения. Внутренне они готовы к тому, что им окажут помощь.

Центр имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ – единственное учреждение в системе ДЗМ, где в Клинике кризисной помощи оказывается специализированная помощь детям и подросткам с различными суицидальными проявлениями.

Это круглосуточный стационар с боксированной частью и общими палатами. После выписки подростки переводятся в дневной стационар, они могут получать консультации врача, участвовать в психологических тренингах и реабилитационных мероприятиях, посещать школьные занятия. Для всех пациентов клиники после выписки из круглосуточного стационара предусмотрены консультации врача-психотерапевта, врача-психиатра, психологов в кабинете постгоспитального сопровождения.

## ПАМЯТКА

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СУИЦИДАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ У ПОДРОСТКОВ ЧАСТО ЯВЛЯЮТСЯ:

- непосредственные и косвенные высказывания о смерти;
- повышенный интерес к теме самоубийства в социальных сетях;
- записки и посты о самоубийстве;
- стремление к рискованным действиям;
- раздача личных вещей, символическое прощание;
- апатия, склонность к уединению и отчуждению;
- резкие изменения во внешности и поведении;
- побег из дома;
- злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- угрызения совести, чувство безнадежности, самобичевание;
- возбужденное или агрессивное состояние;
- тревога, депрессия, плач без причины;
- проблемы со сном, потеря аппетита;
- неспособность концентрировать внимание;
- утрата интереса к любимым занятиям;
- неожиданный ухудшение успеваемости, непосещаемость школы;
- членство в группировке или секте и др.

# ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Пациентам, которые перенесли инфаркт миокарда, нужно тщательно пересмотреть свой образ жизни, однако это вовсе не означает, что человека ждут одни лишь ограничения. Как вернуться в рабочий ритм, от каких привычек стоит отказаться, а какие, наоборот, привить, рассказали пациентам на лекции «Есть ли жизнь после инфаркта?» врачи Первой градской больницы им. Н. И. Пирогова ДЗМ. Мероприятие прошло при информационной поддержке НИИОЗММ ДЗМ.



**Алексей Свет, главный врач Первой градской больницы им. Н. И. Пирогова ДЗМ, отметил:** «В Москве хорошо развита программа сосудистых центров, благодаря чему уже

в остром периоде инфаркта миокарда проводится высокотехнологичное лечение. В результате этого инфаркт миокарда перестал быть приговором. Тем не менее он представляет собой серьезную клиническую ситуацию, при которой после выписки требуется продолжение лечения и вторичная профилактика. Человек, у которого произошел инфаркт миокарда, не знает, можно ли ему ходить на работу, заниматься спортом, как ему правильно питаться и т. д. На все эти вопросы может ответить врач, занимающийся кардиореабилитацией. Наша задача – предпринять все усилия, чтобы предотвратить развитие повторного инфаркта миокарда и сохранить качество жизни пациента. Огромная роль в профилактике сердечно-сосудистых катастроф принадлежит физической активности. Причем если раньше, до 50-х годов XX века, после острого инфаркта миокарда пациентам назначали строгий постельный режим на два месяца, то сейчас мы рекомендуем возобновлять физическую активность в гораздо более ранние сроки. Для этого после инфаркта миокарда пациенты должны быть включены в программу кардиореабилитации, основу которой составляют дозированные тренировки под медицинским наблюдением. Такой вид физической активности позволяет снизить риск повторного инфаркта на 20 %, что сопоставимо со снижением риска, достигаемым при приеме лекарственных препаратов. Кардиореабилитация показана всем пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в первую очередь пациентам, перенесшим острый инфаркт миокарда, аортокоронарное шунтирование, стентирование или ангиопластику коронарных артерий, пересадку сердца, пациентам со стенокардией или хронической сердечной недостаточностью, пациентам с избыточной массой тела или повышенным уровнем липидов крови. В большинстве случаев восстановление физической активности и улучшение самочувствия наблюдается уже через 6–8 недель после начала тренировок. В то же время сроки восстановления у разных людей могут различаться и зависеть от многих факторов».

Алексей Свет отметил необходимость соблюдения назначенной врачом схемы приема препаратов и предупредил, что отменять лекарства самостоятельно ни в коем случае нельзя, даже если кажется, что здоровье значительно улучшилось. О том, какие группы препаратов должен получать пациент, перенесший инфаркт



миокарда, и какие еще существуют методы вторичной профилактики, рассказала кардиолог, врач функциональной диагностики, заведующая кабинетом вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Первой градской больницы им. Н. И. Пирогова ДЗМ Дарья Регушевская: «Оперативное вмешательство устраняет клинические проявления болезни, но полностью вылечить от атеросклероза не может. Высокий риск повторного инфаркта миокарда может сохраняться несколько лет, поэтому для снижения этого риска пациент должен принимать определенный набор препаратов. Практически всем пациентам необходимы антиагреганты, препятствующие образованию тромбов, бета-блокаторы, снижающие артериальное давление и частоту сердечных сокращений, и статины, снижающие уровень холестерина и стабилизирующие атеросклеротические бляшки. Для всех этих классов препаратов доказано снижение смертности после инфаркта. Существует ряд факторов, которые повышают риск инфаркта миокарда, наиболее значима роль дислипидемии (повышения уровня холестерина в крови) и курения. Нужно обратить внимание, что препараты для снижения холестерина (чаще всего это статины) после инфаркта нужно принимать постоянно и не отменять их даже при нормальном уровне липидов. Что касается курения, надо помнить, что безопасного количества сигарет нет и ни одна из форм курения не является безвредной. У курящих людей продолжительность жизни снижается на семь лет, риск повторного инфаркта миокарда увеличивается в два раза. Резкое прекращение курения, которое так пугает многих людей, на самом деле не влечет за собой никаких нежелательных последствий. Более того, у пациентов, бросивших курить, риск смерти снижается на 36 %. Врачи, занимающиеся кардиореабилитацией, также объясняют пациентам, в каких дозах можно употреблять алкоголь, что подразумевает собой здоровое питание, какие физические нагрузки нужны после инфаркта и в каком количестве. В частности, доказано, что наиболее эффективны в снижении сердечно-сосудистых рисков динамические, то есть аэробные нагрузки, причем для снижения рисков человеку необходимо 150 минут умеренной или 110 минут интенсивной нагрузки в неделю».

Доктор затронула и такую важную тему, как половая жизнь после инфаркта миокарда. Дарья Регушевская отметила, что это относительно безопасный вид физической активности, не сопровождающийся значимым повышением нагрузки на сердце, и при неосложненном

инфаркте возобновление половой жизни возможно уже через две недели. В то же время пациентам, у которых был осложненный инфаркт миокарда, для оценки рисков необходимо проконсультироваться с врачом и пройти нагрузочное тестирование.



Тему рациона питания глубже раскрыла врач-диетолог, руководитель Клиники коррекции веса и диетологии Первой градской больницы им. Н. И. Пирогова ДЗМ Светлана Исакова. Здоровое питание является важнейшим компонентом профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. По мнению диетолога, лучше всего для этих целей подходит средиземноморская модель питания, в которой основную часть рациона составляют овощи, фрукты, злаки и рыба. Рыбу и морепродукты рекомендуется есть два раза в неделю, тогда как употребление красного мяса лучше сократить. «Пациентам с дислипидемией животные жиры нужно заменить растительными. Стоит полностью отказаться от фастфуда. Фрукты, овощи, пищевые волокна нужно есть в большом количестве – около пяти порций в день. Очень важно снизить потребление соли – в день ее должно быть не больше чайной ложки. Соль можно заменять томатным соком, приправами, соком лимона. Количество молока и молочных продуктов должно быть достаточным, причем их жирность не обязательно должна быть минимальной – так, вполне допускается молоко 2,5–3,2 % жирности. Потребление сахара, как и соли, нужно уменьшать. Сахар можно заменить натуральными сиропами или стевией. Нужно стараться исключить употребление сладких напитков – газировки и пакетированных соков».



Жизнь пациента не должна состоять из запретов, просто нужно знать больше о своем организме, подчеркнул кардиолог, один из ведущих специалистов в области кардиореабилитации, Илья Гиверц. На этом пути важно полу-

чить поддержку от компетентных врачей. «Пациент выписывается из больницы, острый этап пройден. Но он не излечился. Куда ему дальше идти? Скорее всего, он пойдет в поликлинику, где врачи очень ограничены во времени: длительность поликлинического приема составляет всего 10–15 минут. Отделение кардиореабилитации может служить местом силы, где есть возможность постоянного взаимодействия между врачом и пациентом, своевременной коррекции медикаментозной терапии и выявления осложнений. В кардиореабилитации задействованы врачи разных специальностей: кардиолог, психолог, диетолог, эндокринолог, при этом функцию координатора в этой команде выполняет врач-кардиолог. В то же время даже при участии нескольких специалистов выполнение программы кардиореабилитации и восстановление невозможны без усилий самого пациента».



Руководитель Регионального сосудистого центра Первой градской больницы им. Н. И. Пирогова ДЗМ Алексей Нестеров рассказал, что ограничений после инфаркта миокарда становится все меньше и меньше. Например, можно пить кофе, только в разумных количествах. Также нет запрета на употребление алкоголя, необходимо только помнить о его безопасной дозе и принимать его не слишком часто. «Можно ходить в баню и сауну, единственное, что при этом не стоит допускать резкой смены температур».

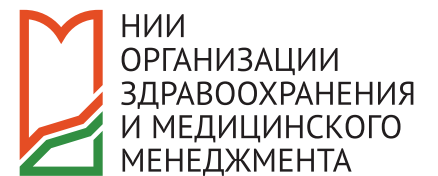
Алексей Свет обратил внимание на то, что занятия в кабинете кардиореабилитации пока что не включены в систему ОМС, но всем пациентам важно получать разумную физическую нагрузку, которую можно считать дополнительной, но необходимой таблеткой. Двигательная активность, отказ от курения и соблюдение назначенной врачом терапии сделают жизнь после инфаркта миокарда максимально полноценной, долгой и позволят не потерять ее качество. Пациент сможет остаться в социуме, продолжая работать и выполнять свою роль в обществе. **MMC**

Евгения Воробьева



# ТЕРРИТОРИЯ АСПИРАНТУРЫ

Набор в аспирантуру НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ по направлению подготовки 32.06.01 «Медико-профилактическое дело», направленность (профиль) 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» (заочная форма обучения) состоялся в декабре прошлого года. На сайте института была размещена вся необходимая информация и условия приема. Вступительные испытания включали в себя иностранный язык, философию и профильную дисциплину. Зачисление состоялось в январе 2020 года.



«В аспирантуру поступили те специалисты ДЗМ, которые целенаправленно шли к этому долгие годы и имеют за плечами уже большой опыт работы. Обучение в аспирантуре идет строго по учебному плану, и подбор специалистов-преподавателей не случаен: это сотрудники нашего института, все они имеют научную степень кандидата или доктора наук. Мы желаем аспирантам успехов в творческой работе, новых достижений, новизны в их исследованиях и, конечно, результата – успешной защиты кандидатской диссертации», – рассказывает доктор философских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отдела организации здравоохранения НИИ Галина Петрова.

Учебные занятия стартовали в феврале 2020 года. Аспиранты знакомятся с методологией научных исследований на лекциях и семинарских занятиях первого семестра. Одна из особенностей обучения состоит в том, что все лекции записываются на видеокамеру и в дальнейшем доступны к просмотру в электронно-образовательной среде. «Мы ведем видеосъемку всех учебных занятий и размещаем видеоматериалы на портале „Электронная образовательная среда“ с доступом для наших аспирантов и преподавателей. Таким образом, аспиранты могут в любое удобное время обратиться к учебному материалу, еще раз его проработать и еще лучше его усвоить. Можно сказать,



что это наше образовательное ноу-хау в подготовке аспирантов», – объясняет начальник отдела аспирантуры и ординатуры НИИ Алла Федулова и добавляет, что помимо специалистов московского здравоохранения и сотрудников НИИОЗММ в аспирантуру также поступили два врача из другого региона – города Сургут ХМАО.

Аспиранты отмечают впечатляющий объем знаний, который они получают в удобной, понятной и современной форме, и в целом отличную организацию учебного процесса. Одна из аспиранток, врач-методист Дирекции по координации деятельности медицинских учреждений ДЗМ Наталья Рибун, рассказала, что давно размышляла о необходимости поступления в аспирантуру, пока не увидела объявление на сайте НИИОЗММ ДЗМ о начале приема документов для заочного обучения в ней. «Довольна ли я процессом обучения? Оправдались ли мои ожидания? Да. При таком высокопрофессиональном



подходе к преподаванию и желании преподавателей передать свои знания и опыт аспирантам мы не только научимся проводить научные исследования, но и в последующем сможем преподавать сами. Лекции и семинарские занятия проходят с учетом новых, современных подходов к обучению. С уверенностью могу сказать, что обучением я довольна, могу смело рекомендовать его медработникам, которые имеют желание обучаться в аспирантуре», – считает Наталья. Еще одним несомненным плюсом обучения является возможность обмена опытом между врачами – слушателями курса, работающими в разных организациях городской системы здравоохранения. В свою очередь, Наталья Шахова, врач-статистик ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова ДЗМ, уверена, что полученные знания помогут ей в дальнейшем занять руководящую должность в лечебном учреждении. «Я всегда хотела учиться в аспирантуре, развить свои управленческие навыки благодаря приобретенным знаниям», – говорит Наталья.

Такой подход близок и ее коллеге, врачу-статистику ГП № 23 ДЗМ Полине Оболеневой: «Меня всегда больше привлекала научная работа, чем общение с пациентами. В своей диссертации хотела бы сравнить российскую и зарубежные системы



здравоохранения, чтобы иметь возможность предложить к использованию в нашей стране лучшие зарубежные практики и рассказать о наших открытиях коллегам из других стран». Девушка уже выбрала для себя любимые предметы: английский язык и биоэтику. И хотя она достаточно хорошо владеет английским, считает, что занятия в аспирантуре открывают перед ней новые горизонты его использования при написании научных работ. Актуален для нее и такой предмет, как биоэтика, поскольку связан с новыми медицинскими технологиями и этическими аспектами их применения. «Рекомендую поступать в нашу аспирантуру всем, кто хочет получить качественные знания от харизматичных лекторов», – говорит Полина.

Программа обучения рассчитана на четыре года. По окончании аспирантуры слушатели курса получают диплом с квалификацией «Исследователь. Преподаватель-исследователь». Специалистами НИИОЗММ ДЗМ также разработаны образовательные программы для трехлетней очной формы обучения. В конце марта этого года будет объявлен прием на очное отделение аспирантуры. Занятия начнутся в сентябре. **МММ**

Ирина Степанова



Фото: Александр Плисенко/НИИОЗММ ДЗМ

## 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. Потеекаев,  
Д. Ю. Пушкар, М. В. Синицын, С. В. Сметанина,

И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева,  
М. Ш. Хубутия, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов

### Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

### Шеф-редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

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

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

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно.

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

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

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

