

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 22 июля 2019 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 27 (80)
www.niioz.ru

ШЕФСКАЯ ПОМОЩЬ

Заслуженный деятель науки России, лауреат премий мэра Москвы, д. м. н., профессор Михаил Богомилский всю жизнь занимается оториноларингологией и обучает врачей. Он рассказал, как работают зарубежные коллеги и доктора в регионах.

>> читайте стр. 4

Свыше **100**
тысяч москвичей
прошли обследование в павильонах
«Здоровая Москва».

Более 4 000 из них проверили свои легкие в мобильных флюорографах. «Женщины традиционно относятся к своему здоровью внимательнее, чем мужчины. Они приходят в павильоны примерно в два раза чаще. Кроме того, за это время в павильонах было зафиксировано порядка 90 случаев, когда горожанам по показаниям даже потребовалась скорая и неотложная помощь», – привел данные статистики министр правительства Москвы, руководитель ДЗМ Алексей Хрипун.

Он добавил, что чаще всего у москвичей диагностируют повышенное артериальное давление, повышенный уровень глюкозы в крови, нарушение сердечного ритма. Алексей Хрипун напомнил, что если эти болезни обнаружить на ранней стадии, то их можно успешно лечить. Всего в городе функционируют 46 павильонов «Здоровая Москва». Самые посещаемые расположены в парках «Ходынское поле», «Красногвардейские пруды», «Южное Бутово», в сквере возле станции метро «Чертановская» и в зоне отдыха «Площадь Юности». [ММС](#)

СПАСИТЕЛЬНЫЕ БАКТЕРИОФАГИ

Способ лечения больных инфекциями, устойчивыми к антибактериальным препаратам, разработали сотрудники ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ совместно с коллегами из Московского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского. Лекарства изготавливаются на основе бактериофагов. «Запатентованный метод предназначен для лечения инфекций, вызванных возбудителями с множественной лекарственной устойчивостью. В отличие от обычных инфекционных заболеваний данные инфекции устойчивы к антибиотикам и требуют оказания персонализированной медицинской помощи», – пояснил главный врач ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ Андрей Шкода. [ММС](#)

КОНКУРС «ВРАЧИ ПОЮТ»

На сайте Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ стартовал конкурс «Врачи поют». Участникам предлагается продемонстрировать свои таланты: записать видео с исполнением любимого известного хита или песни собственного сочинения. Ролик нужно выложить на видеохостинг YouTube, добавить хештег #КонкурсВрачиПоют и прислать ссылку на электронную почту: redaksiya_mm@mail.ru. В теме письма указать «Конкурс „Врачи поют“». Всего предложено две номинации: «Лучшая авторская песня» и «Лучшая кавер-версия». Каждый участник может предложить по одной видеоработе для них. Предусмотрен специальный приз в номинации «Лучший клип». Его получит автор самого интересного видеоряда. Заявки на участие принимаются до 8 августа, а открытое голосование на сайте НИИОЗММ стартует 10 августа. [ММС](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Олег Топилин: «Технология 3D-моделирования очень помогает в работе»
Интервью с экспертом – стр. 3



Опасный мототуризм
Случай из практики – стр. 5



Мини-госпиталь на колесах
Лекторий – стр. 7

УНИКАЛЬНАЯ «ОТКРЫТАЯ КЛИНИКА»



На сайте НИИОЗММ ДЗМ стартовал уникальный видеопроjekt «Открытая клиника», который позволит максимально близко познакомиться с нюансами выполнения той или иной операции или процедуры. Изображение на видео можно вращать с помощью курсора на 360°, что позволяет рассмотреть всю окружающую обстановку до мельчайших подробностей.



Проект познакомит зрителей с самыми передовыми подходами к организации работы медицинских организаций. В сюжетах «Открытой клиники» покажут новые технологии, уникальные операции и другие новшества столичного здравоохранения.

Так, в первом сюжете подробно показан маршрут пациента, которому удаляют пупочную грыжу в стационаре кратковременного пребывания (СКП). Видео помогает получить полное представление об особенностях лечения. СКП начали открываться не так давно, и у пациентов часто возникают вопросы, чем они отличаются от привычных стациона-



ров. Заведующий СКП по профилю «Хирургия» ГКБ № 52 ДЗМ Михаил Негребов поэтапно объясняет, как проходит лечение от момента поступления в стационар и до выписки.

Посмотреть видеоролики можно на сайте www.niioz.ru. К участию в проекте приглашаются все медицинские организации ДЗМ. **ММС**

МНЕНИЕ

СПАСИТЕ СУСТАВЫ



Дмитрий Каратеев,
главный внештатный ревматолог МЗ
Московской области, профессор кафедры
терапии ФУВ МОНИКИ, д. м. н.

Псориатический артрит – болезнь, которая требует активной позиции общества и врачей. Очень многие пациенты не идут к доктору, если у них болят суставы. На это есть разные причины: потому что не верят врачу или симптоматическое лечение уменьшает боли, и человек этим довольствуется, хотя разрушение суставов идет дальше. Часто путь от начала боли в суставах до реальной помощи, ликвидирующей не симптоматику, а причину, занимает не месяцы и даже не годы. К сожалению, известны случаи, когда пациенты десятки лет не могут найти своего доктора для постановки правильного диагноза. Необходимо активное выявление и ведение больных псориатическим артритом, ведь это довольно сложная патология.

С точки зрения ревматолога псориатический артрит – ревматическая болезнь, сопровождающаяся хроническим воспалением позвоночника, суставов, связок и сухожилий. Согласно общепринятым международным критериям может быть установлена ментальность псориатического артрита без присутствия псориаза у пациента. Вообще, псориатический артрит по своим клиническим проявлениям – одно из самых разнообразных заболеваний человека. Его можно сравнить с красной волчанкой, поражающей разные органы и системы организма. При псориатическом артрите бывает ассоциация с воспалительными заболеваниями глаз или кишечника, помимо того что воспалительными процессами поражаются позвоночник, суставы, ногти, связки и сухожилия. Эта болезнь имеет тенденцию к очень быстрому прогрессированию и образованию эрозии костей, нарушению целостности суставов и иногда даже полному рассасыванию костной ткани. С другой стороны, может происходить сращение между позвонками как при болезни Бехтерева, вплоть до полной неподвижности позвоночника (зачастую такое патологическое состояние образуется в первые два года с момента возникновения заболевания). Именно поэтому важна ранняя диагностика. Промедление даже на один год чревато серьезными последствиями для здоровья. Псориатический артрит часто сопровождается очень большим количеством сопутствующих видов патологий, таких как артериальная гипертензия, наличие хронических инфекций, ожирение, депрессия, тревожность, метаболический синдром, злокачественные опухоли... У 42 % пациентов с псориатическим артритом при тщательном обследовании обнаруживается более трех тяжелых сопутствующих заболеваний. Это означает, что очень высок риск смертельного исхода. Продолжительность жизни таких пациентов сокращается примерно на пять-семь лет.

При псориатическом артрите зачастую бывает сложно понять, в чем истинная причина плохого самочувствия пациента. Ревматологи оценивают активность болезни с помощью специальных опросников. Наблюдают ответ организма на проводимую терапию, выявляют объективные признаки воспаления по данным рентгенографии и магнитно-резонансной томографии. К сожалению, и лечение этой болезни затруднено, потому что политика государства такова: дорогие современные лекарства получают только пациенты с инвалидностью. Совершенно очевидно, что это нелепость. На самом деле мы должны лечить пациентов, для того чтобы они сохраняли трудоспособность. Надеюсь, эта болезнь попадет в зону внимания медицинских властей. В Москве пациентам с псориатическим артритом проще получить своевременные качественные диагностику и терапию, в регионах наблюдаются большие проблемы. **ММС**

ТРОМБОЗ У ДАЧНИЦЫ

Отдых на даче для 77-летней москвички едва не закончился трагедией. Женщина внезапно почувствовала себя плохо, родственники вызвали скорую помощь. В больнице установили диагноз «тромбоз артерии левой ноги». Необходимое оперативное вмешательство в стационаре обеспечить не смогли, а дорога до московского сосудистого центра заняла бы несколько часов. За это время состояние пациентки могло ухудшиться настолько, что потребовалась бы высокая ампутация ноги. Это поставило бы жизнь пациентки под угрозу.



цинской бригады. Перелет занял всего 20 минут. Еще через 3 минуты ее доставили с вертолетной площадки в стационар. Сотрудники больницы быстро оценили состояние пациентки. «Тромб вызвал непроходимость артерии, которая кровоснабжает левую нижнюю конечность, это грозило развитием гангрены и потерей конечности», – рассказывает заведующий отделением сосудистой хирургии ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ Феликс Хамитов.

Операция была выполнена максимально быстро. Сердечно-сосудистый хирург к. м. н. Казбек Чельдиев экстренно провел тромбэкстракцию. Кровообращение восстановилось, и ногу удалось спасти. Теперь женщина может самостоятельно ходить, ее состояние стабильно. **ММС**

Поскольку женщина живет в Дмитровском районе Москвы, ее родственники решили обратиться за по-

мощью в больницу им. В. В. Вересаева ДЗМ. Пациентку доставили к докторам на вертолете авиационной меди-

СОХРАНИТЬ КОНЕЧНОСТЬ

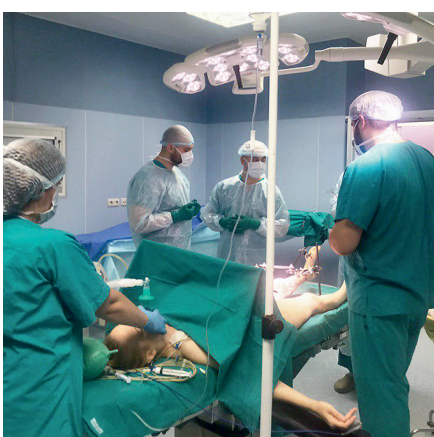
В больницу им. С. П. Боткина ДЗМ поступила 41-летняя пациентка, находящаяся в тяжелом состоянии после аварии. Женщина ехала на мотоцикле по трассе и столкнулась с грузовой машиной. Передние и задние колеса автомобиля проехали по ноге москвички. Женщина была на грани жизни и смерти, в состоянии травматического шока. Врачи установили сильнейшие повреждения мягких тканей ноги и гнойно-септические осложнения. За жизнь женщины боролась мультидисциплинарная бригада. Операцию выполнил ведущий гнойный хирург-травматолог, заведующий 21-м отделением гнойной травматологии Олег Подкосов.

«Пациентка находилась на волоске от смерти. Выбор стоял между ампутацией и сохранением конечности. Честно скажем, хирурги чаще выбирают ампутацию, потому что так выше вероятность избежать развития сепсиса и сохранить жизнь пациента. Но мы принимаем решение быстро и объективно, потому что применяем для оценки международную шкалу повреждения конечностей MESS», – делится Олег Подкосов.

Шанс на спасение конечности был мал, но врачи решили его ис-

пользовать. Кожу сохранили с помощью специальной технологии – одномоментной пластики раневых дефектов полнослойным лоскутом. Врачи Боткинской больницы единственные в Москве применяют эту методику. Сепсис удалось победить, мягкие ткани ноги начали восстанавливаться.

Сейчас пациентка занимается лечебной физкультурой под руководством инструкторов ЛФК и постепенно возвращается к полноценной жизни. **ММС**



ОЛЕГ ТОПИЛИН: «ТЕХНОЛОГИЯ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЯ ОЧЕНЬ ПОМОГАЕТ В РАБОТЕ»



– *Олег Григорьевич, как удалось найти способ сохранить легкое малышу?*

– Случай был очень необычный и редкий. Вокруг легкого образовалось так называемое сосудистое кольцо, которое вызывало нарушение их вентиляции. У ребенка наблюдалась одышка во время двигательной активности, часто возникали обструктивные бронхиты. Родители консультировались в разных клиниках, и везде им говорили, что легкое подлежит удалению. Хирурги просто не предполагали, что сложившаяся комбинация взаимоотношений между органами и сосудами может привести к подобным проблемам. При первом обследовании мы тоже пришли к выводу, что единственный вариант – пульмонэктомия. Видно было, что есть порок, сдавление бронха крупными сосудами, которые трогать нельзя, то есть никаких обходных вариантов анастомозов (развившееся в результате патологического процесса сообщение между полыми органами) тоже предложить было нельзя. Но нам помогло 3D-моделирование. Не так часто, но в сложных ситуациях для наглядности и определения взаимоотношений органов и тканей мы используем модель. Изготовили ее в масштабе 1:2. Так мы увидели, чем образовано сосудистое кольцо, и поняли, что его рассечение освободит бронх от компрессии. Был собран консилиум, и вместе с кардиохирургами мы обсудили все этапы операции, наметили план оперативного лечения. Обозначили триггерные точки. У нас были споры о том, каким доступом оперировать ребенка. Модель помогла все расставить на свои места. Мы решили проводить операцию торакоскопически, то есть через небольшие проколы, хотя знали, что ему уже делали торакотомию и нам придется иметь дело со спайками.

– *Сколько времени продлилась операция?*

– Всего 4 часа, для операции такой сложности немного. Для наглядности могу привести пример: пространство для маневров у нас было размером со спичечный коробок. Действовать нужно было предельно аккуратно, ведь аорта и легочный ствол – самые важные сосуды. На второй день после операции ребенка перевели из реанимации, на шестой он уже бегал по коридору. Убедившись, что восстановление

В отделение торакальной хирургии Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ поступил трехлетний ребенок с аномалией расположения аорты, сужением левого главного бронха и вздутием левого легкого. Родители малыша обращались за помощью к разным врачам, но везде специалисты выносили неутешительный вердикт: легкое придется удалить. И только врачи Морозовской больницы нашли способ сохранить целостность органа юного пациента. О современной методике 3D-визуализации и других передовых технологиях, которые применяются при операциях, рассказал заведующий отделением торакальной хирургии Морозовской ДГКБ, врач высшей категории Олег Топилин.

проходит хорошо, малыша выписали домой. Спустя месяц снова провели необходимые обследования, которые подтвердили, что легкое начало восстанавливаться. Конечно, говорить о победе можно очень осторожно, нужно продолжать следить за состоянием здоровья ребенка. Если ориентироваться на литературные данные и опыт хирургов, надежда на восстановление достаточно большая.

– *Расскажите подробнее о методе 3D-визуализации. Как изготавливается модель?*

– Существует специальная программа, в которую импортируются данные компьютерной томографии с контрастным усилением. Можно внести результаты всех исследований, которые есть. Программа их обрабатывает и рассчитывает параметры для реконструкции. Чтобы сделать модель, не нужны специальные медицинские 3D-принтеры, достаточно промышленных. На изготовление уходит примерно 6–8 часов. Сейчас у нас есть компания-партнер, которая делает такие модели. Со временем будем располагать своим принтером, но пока в этом нет принципиальной необходимости.



У нас собраны все перспективные технологии, которые существуют. Среди них есть те, которые уникальны для России, но давно используются в развитых европейских странах.

– *В каких случаях требуется 3D-модель?*

– При сложных операциях на средостении или тех, исход которых сложно спрогнозировать. Например, использовали 3D-модель при опухолях средостения сложной локализации, когда очень сложное взаимоотношение органов и их кровоснабжение. Еще при лечении пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки. Основной эффект этой операции зависит от того, где ты проведешь пластину, в каком межреберье. 3D-модель позволяет точно спрогнозировать результат работы. Вообще, эти операции мы изначально выполняли за счет собственного опыта. Образное мышление нарабатывается постепенно. На Западе часто используют 3D-модели как элемент нейровизуализации. Это важно для психологической подготовки к операции. Могу сравнить

модель с шахматами: представлена сложная партия, ты видишь поле действия, можешь просчитать ходы и их последствия. На сегодня это лучший способ подготовки хирурга к операции. К сожалению, в России такая практика мало применяется.

– *Какие еще передовые технологии применяются в отделении торакальной хирургии Морозовской больницы?*

– У нас собраны все перспективные технологии, которые существуют. Среди них есть те, которые уникальны для России, но давно используются в развитых европейских странах. Используем лазер, аргон, высокочастотную вентиляцию, специальную коагуляцию сосудов (так называемая «варка»), в том числе и крупных. Применяем технологии, связанные с ультразвуком. У нас есть аппарат, который используется при тяжелых пневмониях с большими гнойными образованиями в плевральной полости. Ультразвук специальной длины и частоты волны очищает легкое, совершенно не травмируя здоровые ткани. Примерно 75–80% операций у нас выполняется эндохирургическим доступом. Мы активно изучили все, что есть в нашем распоряжении, и используем на 100%.

ние на экране. Врач не ощущает глубину, не чувствует расстояние. Конечно, приспосабливаешься со временем. Если честно, я об этих сложностях даже не задумывался никогда – настолько все достигло автоматизма. Когда я попробовал оперировать при помощи 3D-очков, это показалось мне игрушкой. Преимущество начинаешь понимать спустя несколько операций.

– *Расскажите о самом отделении торакальной хирургии в Морозовской больнице. Чем оно отличается от других хирургических отделений и почему потребовалось его организовать?*

– Наше отделение на 20 мест открылось полтора года назад. Раньше в Морозовской больнице были торакальные койки, выполнялись небольшие операции. Больных не так много, но у нас очень сложная локализация. Мы занимаемся пищеводом, легкими, диафрагмой, в некоторых операциях нужны великолепные знания абдоминальной хирургии. Подобные отделения функционируют только в крупных центрах. В Москве их три: это детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова, детская городская клиническая больница Святого Владимира и наша.

– *А в других странах такие отделения встречаются чаще?*

– На Западе торакальная хирургия не делится на взрослую и детскую. У них есть специальность кардиоторакальная хирургия. Российский торакальный хирург сочетает в себе очень много специальностей.

– *Какие планы по развитию отделения?*

– В перспективе хотим заняться трансплантацией легких. Это очень сложная тема, которая требует подготовки специалистов. Пока мы стремимся быть готовыми к этому. Существует еще много других перспективных направлений. На самом деле планов очень много. Больше люблю говорить о том, что сделано. За прошлый год по отчету выполнено свыше 800 больших операций и около 350 малых, которые не занимают операционного времени более часа. Конечно же, несерьезных операций не бывает. Иногда сама по себе манипуляция несложная, но из-за индивидуальных особенностей организма может стоить жизни пациенту. Все очень индивидуально. Мои учителя говорили: даже к самой небольшой операции нужно готовиться как к большой. Настрой должен быть всегда самым серьезным. **ММГ**

Евгения Воробьева

ШЕФСКАЯ ПОМОЩЬ



О начале карьеры

Я стал детским оториноларингологом, так же как и мой отец, Рафаил Богомилский. Учась на первом курсе, пришел в кружок оториноларингологии при лор-кафедре лечебного факультета, которая располагалась на клинической базе в Первой Градской больнице имени Н. И. Пирогова. Когда началась учеба по специальности, моим педагогом стал академик Борис Сергеевич Преображенский. Это был обаятельный человек с очень четкими жизненными принципами, которыми я до сих пор руководствуюсь как в профессии, так и во всех жизненных ситуациях. С 1957 года я 25 лет проработал на кафедре лечебного факультета в Первой Градской больнице им. Н. И. Пирогова. А кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России я веду с 1986 года. Знаю тут, как говорится, каждую мышку.



Об истории кафедры

Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России открылась на базе отделения оториноларингологии Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ в 1973 году. Сегодня тут работают 9 преподавателей, 7 из которых – профессора и доктора медицинских наук. Есть и один академик РАН Владимир Поляков. Занимается он не собственно оториноларингологией, хотя по образованию лор, а онкологией. Сейчас Владимир Поляков – главный детский онколог Минздрава России. У нас на кафедре он читает лекцию «Ранняя диагностика онкологических заболеваний лор-органов». Благодаря этому наши студенты и врачи начинают понимать, что столкнулись с первыми симптомами рака, если в практике появляются такие случаи. Это очень ценно. Оториноларинголог не должен пропустить первые симптомы рака гортани или другую форму этого заболевания.

Здесь каждый педагог – лучший в своей области. Они передают важные знания следующим поколениям студентов и докторов.

Михаил Богомилский, заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН, лауреат премии мэра Москвы, д. м. н., профессор, зав. кафедрой детской оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, прошедшей весной отметил свое 85-летие. Он рассказал о том, как менялась оториноларингология, как работают зарубежные коллеги и врачи в регионах России.

О детской оториноларингологии

Со времен начала моей карьеры методы диагностики и лечения, конечно же, изменились значительно. В случае обследования ребенка отсутствует один очень важный признак, по которому ставится диагноз. Это анамнез. Ребенок же не рассказывает ничего по ряду причин. Например, еще не умеет разговаривать, не может описать свое состояние, стесняется, притворяется, играет... Нужно иметь объективные методы, которые работают вне зависимости от сознания малыша. Например, как исследовать слух совсем маленького ребенка, если ему меньше трех лет? Он же не скажет, слышит или нет. Раньше брали стакан, в него помещали дробь и трясли над ухом у младенца. Если он начинал моргать, значит, слышит. Это, конечно, примитив, но долгое время других способов проверки слуха не было. Сейчас появилось компьютерное исследование мозга, основанное на очень сложной электрофизиологической методике. Электрические ответы анализируются в компьютере,

и выдается точный результат. Теперь, как только родился ребенок, можно провести такой анализ и достоверно узнать, слышит он или нет.

Еще одна проблема для оториноларингологов – удалить инородное тело из пищевода, гортани и трахеи. Раньше для этого использовался бронхоскоп – металлическая труба, которая вводилась в трахею, через нее вводились щипцы, при помощи которых и захватывали предмет. Это очень неповоротливая конструкция. Иногда ребенка приходилось буквально «складывать пополам», чтобы провести бронхоскопию. А сейчас появились фиброскопы. Это такая труба из стекловолокна, она хорошо гнется и, кроме того, освещает горло или полость носа. Для детской оториноларингологии современная техника, физика и химия очень важны. Они сыграли колоссальную роль в развитии практических направлений. Операции стали проще, а значит, и дети переносят лечение легче.



О зарубежных коллегах

В технике мы в какой-то степени уступаем за границе. У них новинки появляются раньше. Но есть и те области, в которых мы превосходим иностранцев: это импровизация и умение действовать практически в любых условиях. Могу привести пример. Я по приглашению заведующего кафедрой прилетел в Нью-Йорк посмотреть, как иностранная коллега выполняет операцию по шунтированию уха. У нее специальная компьютерная аппаратура, которая помогает делать все расчеты. Как только все анатомические данные получены, ей подают шунт с идеально подходящими размерами. Врачу остается его только установить. А с чего начинали мы? Спрашиваешь у операционной

сестры, что у нас с шунтами? Она озвучивает размеры, которые совсем не подходят. Тогда ищешь выход. Например, есть системы по переливанию крови, состоящие из тонких трубочек. Их можно использовать и в виде шунта. Это приучает хирурга к тому, что бывают нестандартные ситуации. Если все идет гладко, то опыт практически не нужен. Робот все знает. Но как только возникают проблемы, которые не вписываются в общий алгоритм, иностранцы теряются. Еще один пример. В Японии операции поминутно распланы. Доктор точно знает, что ему делать на каждом этапе. Но если вдруг случается то, что не предусмотрено инструкцией, они знают, что делают? Русских зовут.

О региональных специалистах

Столичная оториноларингология и региональная, конечно, сильно отличаются. Есть регионы, в которых все хорошо, где очень талантливые, крупные специалисты, не уступающие столичным. Нужно, чтобы администрация больше интересовалась, что происходит со здравоохранением. Есть больницы, в которых не хватает современного оборудования, это как-то объяснимо, но не только в этом дело. Проблема еще и в том, что региональным оториноларингологам не хватает современных знаний. Мы начали с поездки в Калужскую область. Местные врачи с жадностью поглощали ту информацию, которую мы с коллегами им привозили. Надеюсь в ближайшее время продолжить подобного рода шефскую помощь, как раньше называли, помощь молодым врачам. **МММ**



Евгения Воробьева

ОПАСНЫЙ МОТОТУРИЗМ

Уж сколько раз доктора предупреждали байкеров, что езда на мотоцикле опасна. Но адреналин в крови не дает стоять на месте отчаянным. На их счастье, есть в московской травматологии врачи золотые руки, которые помогут даже в самых тяжелых случаях.



На трассе под Смоленском Алексей попал в аварию. Мотоцикл вылетел на обочину. В результате аварии железный конь ударил Алексея по верхней трети бедра. Случился чрезвычайный перелом.

В одной из московских больниц Алексею выполнили операцию по установке штифта. Через четыре месяца врачи разрешили ходить с палкой. Но спустя еще полтора месяца штифт сломался. Следующую операцию Алексей перенес тяжелее, но надежды сестры за руль не покидали. Шло время, но кость упорно не срасталась, и о мотоцикле приходилось только мечтать...

Из-за сложности ситуации и необходимости уже третьего оперативного вмешательства от непростого пациента отказался ряд больниц. Алексей был в отчаянии. Друзья-байкеры, которые частенько попадали в ДТП, посоветовали врача, спасшего многих из них. Так Алексей оказался в ГКБ № 17 у врача-травматолога Сергея Новикова. Доктор тщательно подошел к предстоящему лечению – собрал консилиум, поскольку из-за малоподвижного образа жизни у Алексея накопились со-

Алексею 40 лет, из них более 20 лет он увлекается мототуризмом. Ник Зомби, под которым он известен другим байкерам, пожалуй, наиболее точно передает всю меру его нешуточной страсти. Он объездил немало стран. В позапрошлом году возвращался из поездки по Белоруссии.

путствующие проблемы: сахарный диабет, больное сердце, нездоровые легкие... Врачи разных специальностей готовили пациента к операции. А Алексей по-прежнему мечтал, что после нее он вновь сядет на мотоцикл.

«Лечение пациентов с несросшимися костями и ложными суставами – большая травматологическая проблема, – рассказывает Сергей Новиков. – Особенно непросто помочь пациенту, если перелом случился на крупных костях, к которым и относится бедренная. И чрезвычайно сложны пациенты, если они прошли не один стационар, перенесли не одну травматологическую операцию, выдержали не один остеосинтез... Тем не менее, когда Алексей обратился в нашу больницу, мы с врачами отделения решили, что этот случай нам интересен и мы сможем прооперировать мужчину. А задача была трудной. После двух остеосинтезов у Алексея сформировался ложный сустав верхней трети бедра с остеолитомом, произошла миграция металлоконструкции. Сломанные винты находились в бедренной кости. Для того чтобы как-то зафиксировать кость, необходимо было удалить предыдущие конструкции, которые плотно срослись с костной тканью, а некоторые из них были в очаге остеолитизиса».

Врачи ГКБ № 17 ДЗМ подготовили пациента к операции, подобрали для него нужные металлоконструкции. Все, что запланировали, сделали. «Был выполнен реостеосинтез правой бедренной кости пластиной и винтами с костной пластикой аутокостью, – комментирует доктор. – Пациент благополучно встал



на ноги. На третьи сутки после операции начал ходить при помощи ходунков с частичной нагрузкой на больную ногу. Через неделю был выписан под наблюдение травматолога.

После операции прошло более двух месяцев. Конструкция стоит в прежнем положении, четкое костное сращение определяется по снимкам, пациент чувствует себя хорошо, у него исчезли отеки и боли, спит спокойно, активно занимается ЛФК».

Недавно Алексей приезжал на консультацию в больницу уже на мотоцикле. Правда, с боковой коляской. Полную нагрузку на прооперированную ногу пока давать нельзя. Но у него уже много планов: дача, рыбалка, а в августе вместе с приятелями собирается в мотопоход по Крыму.

Легкой дороги желают Алексею и его друзьям-байкерам врачи-травматологи ГКБ № 17 ДЗМ. [ММС](#)

Светлана Чечилова

“ Пациент благополучно встал на ноги. На третьи сутки после операции начал ходить при помощи ходунков с частичной нагрузкой на больную ногу. Через неделю был выписан под наблюдение травматолога.





ДАВЛЕНИЕ ПОД КОНТРОЛЕМ

Заведующая терапевтическим отделением городской поликлиники № 69 ДЗМ, кандидат медицинских наук, врач-терапевт высшей категории Лариса Илюхина советует пациентам постоянно контролировать уровень артериального давления.



НАДО ЗАПОМНИТЬ

Всем пациентам с АГ рекомендуется снижение АД, оно не должно превышать значения 140/90 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости значения АД могут быть ниже 130/80 мм рт. ст., но не ниже 120/70 мм рт. ст. Пациентам с АГ старше 65 лет рекомендуется поддерживать верхний показатель АД в диапазоне 130–139 мм рт. ст.

Пороговые уровни АД (мм рт. ст.) для диагностики АГ при самоконтроле: больше или равно 135 и/или больше или равно 85. Если показатели выше – это верный признак заболевания!

ТЕХНИКА

Пациент и его родственники могут измерять АД самостоятельно с помощью автоматических или полуавтоматических «бытовых» приборов для измерения АД.

Обязательное условие выбора тонометра – это наличие манжеты, которая накладывается на плечо над локтевым сгибом.

Нельзя использовать тонометры с манжетой на запястье, на палец, так как они дают неточные показатели!

МЕТОДИКА

Пациент и члены его семьи должны владеть методикой измерения АД, уметь вести дневник АД с фиксацией цифр в ранние утренние часы, днем, вечером.

АД измеряется:

- в покое после 5-минутного отдыха. В случае если процедуре измерения АД предшествовала значительная физическая или эмоциональная нагрузка, период отдыха следует продлить до 15–30 минут;
- сидя в удобной позе, руку держать на столе на уровне сердца;
- манжета накладывается на плечо, нижний край ее на 2 см выше локтевого сгиба.

Рекомендуется:

- исключить употребление кофе и крепкого чая в течение 1 часа перед измерением АД;
- не курить в течение 30 минут до измерения АД;
- не применять симпатомиметики, включая назальные и глазные капли.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Артериальная гипертония – это хроническое заболевание.

Препаратов, позволяющих на долгое время стабилизировать давление, не су-

ществует. Это распространенное ошибочное мнение. Нигде в мире не существует курсовых приемов препаратов, которые нормализуют АД.

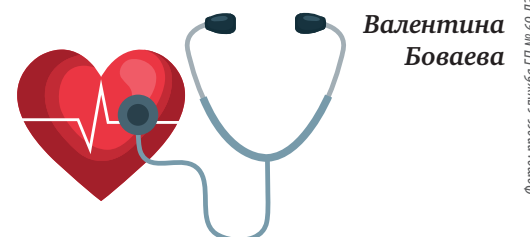
Все назначения по медикаментозной терапии должен делать только врач.

Принимать лекарства для снижения АД необходимо ежедневно в течение всей жизни! Перерывов в лечении АГ быть не может.

НАДО ЗАПОМНИТЬ

Масса тела должна приближаться к идеальной, тогда эффективность антигипертензивной терапии возрастет. Самый доступный метод контроля веса – измерение окружности талии в положении стоя. Для мужчин окружность талии не должна быть больше 94 см, а у женщин – 80 см.

АГ и избыточная масса тела тесно связаны.



Валентина Боваева

Артериальная гипертония (АГ) – преимущественно бессимптомное заболевание. Только 50 % людей с повышенным артериальным давлением (АД) знают, что имеют артериальную гипертонию, поэтому всем взрослым лицам необходимо измерять артериальное давление.

Уровень АД обязательно необходимо регистрировать в амбулаторной карте.

Скрининг АД следует проводить в зависимости от исходных его значений. Если при первом измерении АД меньше 120/80 мм рт. ст., то далее следует измерять его по крайней мере каждые 5 лет и чаще. Во всех остальных случаях – измерять раз в год.

МИНИ-ГОСПИТАЛЬ НА КОЛЕСАХ

В этом году Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова ДЗМ исполняется 100 лет. О том, как устроена система скорой помощи в столице и что необходимо делать в ожидании приезда врачебной бригады, рассказал на лектории «Бегу к врачу» заведующий отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова ДЗМ Алексей Безымянный.



Сегодня московская скорая помощь – самая быстрая в Европе и одна из самых оперативных в мире. Она объединяет в одно целое 60 подстанций и 11-тысячный коллектив сотрудников. В круглосуточном режиме врачебные бригады дежурят на 106 постах, расположенных на крупных транспортных магистралях города. Ежедневно в диспетчерский пункт Станции поступает около 16 тысяч обращений, ее бригады выполняют 12 тысяч выездов. Среднее время прибытия машины скорой помощи на экстренный вызов составляет 11,7 минуты, на ДТП бригады приезжают в среднем через 8 минут – этот показатель лучше, чем в таких мегаполисах, как Лондон, Торонто и Берлин.

«Скорую медицинскую помощь оказывают врачи, фельдшеры, медицинские сестры. Это высококвалифицированные специалисты, обладающие необходимым набором профессиональных навыков и знаний, которые позволяют спасать жизни людей или улучшать состояние их здоровья, когда речь идет не о жизнеугрожающих состояниях, – отметил Алексей Безымянный. – Есть специализированные бригады: реанимационные, педиатрические, психиатрические, а с октября 2017 года в структуре Станций скорой помощи организовано 11 отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению».

Скорая медицинская помощь оказывается пациентам в экстренных ситуациях: ДТП, инфаркты миокарда, инсульты. Бригада неотложной медицинской помощи выезжает к пациентам с обострениями хронических заболеваний: повышение артериального давления, температуры тела, боли при установленном заболевании, дорсопатии. Все вызовы принима-

небулайзерами, электрокардиографом, реанимационные бригады оснащены аппаратом для проведения сердечно-легочной реанимации, аппаратами искусственной вентиляции легких и многим другим. По сути, это мини-госпиталь на колесах.

«В прошлом году произошла интеграция информационных систем скорой помощи и поликлиник города (ЕМИАС). Это позволяет специалисту, который отправляется на вызов, посмотреть на планшете выписку из электронной медицинской карты пациента, с какими жалобами он обращался в поликлинику, какое было проведено лечение и т. д. Таким образом, медик приезжает к пациенту уже подготовленным, полученная информация помогает ему предварительно выбрать тактику диагностических и лечебных мероприятий. После выполнения вызова вся информация поступает в ЕМИАС и становится доступна лечащему врачу пациента, что позволяет ему впоследствии скорректировать лечение», – пояснил Алексей Безымянный.

При серьезных заболеваниях и травмах только врач может поставить диагноз и осуществить лечение, но в жизни каждого из нас бывают случаи, когда приходится действовать оперативно. Тепловой удар, отравление, ожог – в этих и других критических ситуациях первую помощь может оказать любой человек, оказавшийся рядом с пострадавшим. В ряде случаев пациенты нуждаются в дистанционной консультации, в том числе когда бригада скорой уже направлена по вызову. Это может быть психологическая поддержка, рекомендации по оказанию первой помощи. В такой ситуации диспетчер переключает звонок на врачебно-консультативный пост. Недавно в практике столичной скорой был случай, когда благодаря компетентным рекомендациям врача-педиатра отец ребенка смог провести ему сердечно-легочную реанимацию до приезда врачебной бригады и тем самым спасти ему жизнь.

Но для того чтобы действительно помочь, а не навредить, необходимо соблюдать определенные правила. «Есть четкие



ются круглосуточно по единому телефону 103. Диспетчер по строго разработанному алгоритму определяет профиль бригады, которую необходимо направить к пациенту. Автопарк машин скорой помощи постоянно обновляется. Автомобили укомплектованы медицинскими сумками-укладками с необходимым набором медикаментов и расходных материалов, оснащены самым современным медицинским оборудованием: пульсоксиметрами,



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ОТ АЛЕКСЕЯ БЕЗЫМЯННОГО

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА

- Любая помощь начинается с оценки безопасности работы спасателя
- Нужно изолировать пострадавшего от опасного внешнего воздействия
- Следует определить степень тяжести ситуации: удастся ли осуществить первую помощь собственными ресурсами или нужно вызвать скорую помощь в ожидании ее осуществления необходимые действия до ее прибытия
- В сколько-нибудь тяжелых ситуациях (артериальные кровотечения, переломы, сильные ожоги, сильная боль в животе, раны живота, потеря сознания, подозрение на ядовитый укус, сильные аллергические реакции и т. д.) немедленно вызывайте скорую помощь по телефону 103
- В случае подозрений на ядовитый укус или перелом необходимо обеспечить неподвижность соответствующих частей тела

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ

- Мыть руки и продукты, потребляемые без серьезной термообработки
- Защищать кожу и голову
- Избегать резких перепадов температур, перегревания или переохлаждения
- Иметь при себе противоаллергенные препараты и другие назначенные врачом лекарства в случае хронических заболеваний
- Не использовать лекарства, назначенные кому-то другому
- Исключить алкоголь вблизи водоемов или во время занятий спортом
- Использовать защитную экипировку при занятиях экстремальными видами спорта

правила оказания первой помощи, и о них лучше узнавать не из телевизионных сериалов. Можно выделить пять базовых принципов: обеспечение безопасности оказывающего помощь, вызов бригады скорой медицинской помощи по телефону 103, изолирование пострадавшего от опасного воздействия, оказание первой помощи и последующее обращение к врачу для лечения», – резюмировал Алексей Безымянный. **ММС**

Ирина Степанова



ПАПЫ ЖЕЛАЮТ ЗНАТЬ

В роддоме № 4 при городской клинической больнице им. В. В. Виноградова ДЗМ открылась школа для отцов «Я – папа!».



Курсы не случайно стартовали именно 8 июля в День семьи, любви и верности. Главный врач медицинского комплекса, профессор Ольга Шарапова напомнила мужчинам, что этот праздник нацелен на рождение здоровых детей, поддержание в семье любви и взаимоуважения. Конечно же, важно еще помогать друг другу во всем. Поэтому будущих отцов решили научить всем премудростям ухода за младенцами.

«В Москве и в России ничего подобного еще не было. Занятия прежде всего практические. Для нас очень важно, чтобы папа был партнером в родах и в воспитании, потому что мы выступаем за грудное вскармливание. А чтобы мама сохранила свое молоко и кормила ребеночка хотя бы до года, необходимо создать условия, чтобы она жила в комфорте, могла высыпаться и нормально питаться», – объяснила пришедшим Ольга Шарапова.

В первый месяц жизни ребенка родители сталкиваются с множеством хлопот, и основная их масса обычно ложится на плечи женщины. Мужчины рады бы помочь, но часто не знают, как обращаться с малышом, боятся сделать что-то неправильно, сломать ручку или ножку. Будущих отцов успокоила старшая медицинская сестра отделения неонатологии Татьяна Козлова: «У детей все очень мудро продумала природа. Не нужно бояться, сломать у младенцев при обычных манипуляциях ничего невозможно». Но пока что будущие папы робеют даже в обращении с куклами. На первое занятие Татьяна Козлова принесла в качестве наглядного пособия пупсов Василия и Федора. С их помощью старшая медицинская сестра показывает, как правильно пеленать младенцев, по ходу дела развеивая мифы, которые поддерживаются бабушками.

«Раньше считалось, что чем туже ребенка запеленаешь, тем ровнее и стройнее будет его ноги. Ничего подобного. Красота ног зависит от генетики. Тугое пеленание вредно. Из-за него кровь плохо циркулирует, ребе-

нок лишается возможности двигаться и удобно лежать», – объяснила она.

Кстати, педиатры совсем не против, чтобы родители с первых дней одевали детей в ползунки и распашонки. Однако пап заинтересовало именно искусство пеленания. Желающие попрактиковаться тут же нашлись. С виду простая задача по одеванию куклы вызвала затруднения. У мужчин возникли вопросы: как держать голову, зачем между ножек нужно подкладывать пеленочку, как правильно надевать памперс... При этом специалист напомнила, что настоящие малыши, конечно же, не будут спокойно лежать, как кукла. Они двигают ручками и ножками, могут расплакаться. Но призвала ко всему относиться спокойно и с пониманием: «Все дети обладают своими желаниями и индивидуальным характером. Не всегда наши мнения совпадают с теми, что у ребенка. Поэтому задача отца не просто помочь маме, но и уметь психологически распознать желания малыша».

Следующий секрет ухода касался купания. Татьяна Козлова показала, как правильно держать младенца. Рассказала, сколько воды нужно наливать и как проводить закаливание. Банная процедура показалась папам более сложной, чем пеленание. Но продемонстрировать свое мастерство решил опытный отец, который пришел послушать курсы перед появлением в семье второго ребенка. И даже у него появились затруднения, когда Татьяна Козлова попросила помыть малышу спинку. Папа не знал, как правильно распо-



ложить руки таким образом, чтобы было удобно и ему, и ребенку.

Больше всего вопросов прозвучало о различных приспособлениях по уходу за младенцами. Практические умы отцов заранее ищут, как облегчить жизнь себе и жене при помощи новых технологий и изобретений. Конечно же, еще папам хочется вырастить ребенка крепким и спортивным. Один из участников спросил, можно ли самостоятельно учить малыша плавать и нырять в домашней ванне. Бытует мнение, что у младенцев очень хорошо развиты дыхательные рефлексы, поэтому не нужно бояться, что они захлебнутся. Но Татьяна Козлова поспешила развеять этот миф: «Сначала инструктор должен научить родителей, как вытаскивать малыша из воды, чтобы он не успел вдохнуть воду. Да, природой заложено, что детям нравится плавать, но это не значит, что он сам вынырнет и все будет хорошо. Нужно знать методику и уметь ее применять».

В конце занятия старшая медсестра напомнила папам, что очень важно почаще гулять с ребенком. Балкон не может заменить прогулку. И судя по появившимся лукавым искоркам в глазах отцов, они о такой ловке размышляли.

«Вокруг ухода за детьми бытует много домыслов. Во всем этом без опыта сложно разобраться. Первое занятие позволило многое расставить по своим местам», – сказал один из участников клуба отцов.

Большинство мужчин сошлись во мнении, что будут продолжать ходить на занятия. Кстати, записаться можно на любой заинтересовавший урок. Мероприятия бесплатные, но количество мест для участников ограничено. Контактный телефон и расписание занятий можно найти на сайте городской клинической больницы им. В. В. Виноградова ДЗМ. [MMC](#)

Евгения Воробьева

Календарь событий 2019 г.

24 июля	Лекция «Послеродовой период. Грудное вскармливание» ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ, ул. Дубравная, д. 41.
24 июля с 14:00 до 15:00	Лекция «Особенности психоэмоционального состояния беременной» ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ, филиал «Женская консультация Северное Тушино», ул. Героев Панфиловцев, д. 37 корп. 1.
25 июля с 12:00 до 13:00	Лекция «Докорм, прикорм. Правила поведения» ГКБ № 17 ДЗМ, посел. Внуковское, пос. Внуково, ул. Маяковского, д. 1.
25 июля с 14:00 до 15:00	Лекция «Диабетическая стопа» ГКБ № 4 им. ДЗМ, ул. Павловская, д. 25.
25 июля с 17:00 до 18:00	Лекция «Если ваш близкий болен: разговор с психологом» Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ, ул. Николаямская, д. 20, стр. 1.
26 июля с 13:00 до 14:00	Лекция «Школа выживания: грибы, рыбалка, охота» ИКБ № 2 ДЗМ, 8-я ул. Соколиной горы, д. 15, корп. 2, конференц-зал на 1-м эт.
26 июля с 15:00	Лекция «Заболевания сердца у детей» ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ, ул. Героев Панфиловцев, д. 28
26 июля с 15:00 до 16:00	Лекция «Профилактика инфаркта миокарда и инсульта» ГКБ № 68 им. В. П. Демикова ДЗМ, ул. Шкулева, д. 4, стр. 7, конференц-зал.
30 июля с 11:00 до 11:30	Лекция «Рак матки» ГКБ № 13 ДЗМ, ул. Трофимова, д. 26, стр. 8, 2-й эт.
30 июля с 16:30 до 17:30	Лекция «Подвижные игры на свежем воздухе – нескучная нейрокоррекция. Счастливого лето» Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ, 5-й Донской пр-д., д. 21а, корп. 20, 4-й эт.
31 июля с 14:00 до 15:00	Лекция «Подготовка к партнерским родам» ГКБ № 67 ДЗМ им. Л. А. Ворохобова, ул. Героев Панфиловцев, д. 37 корп. 1.

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. Потеев, Д. Ю. Пушкарь, М. В. Синецын, С. В. Сметанина, И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева, М. Ш. Хубутия, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

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: редакционный отдел «Московская медицина». Научный редактор: Джамал Бешлиев. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Сергей Литвиненко. Корректор: Ирина Зубкова. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова. Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно.

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

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

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

