

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 3 августа 2020 года
Департамент здравоохранения Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 29 (131)
www.niioz.ru

СИЛА ТЯЖЕСТИ

Заведующий отделением опухолей головы и шеи ГКБ имени братьев Бахрушиных ДЗМ Николай Кривонос – о том, чем опасна эта группа заболеваний, тактике ведения пациентов и онконастороженности.

>> читайте стр. 4

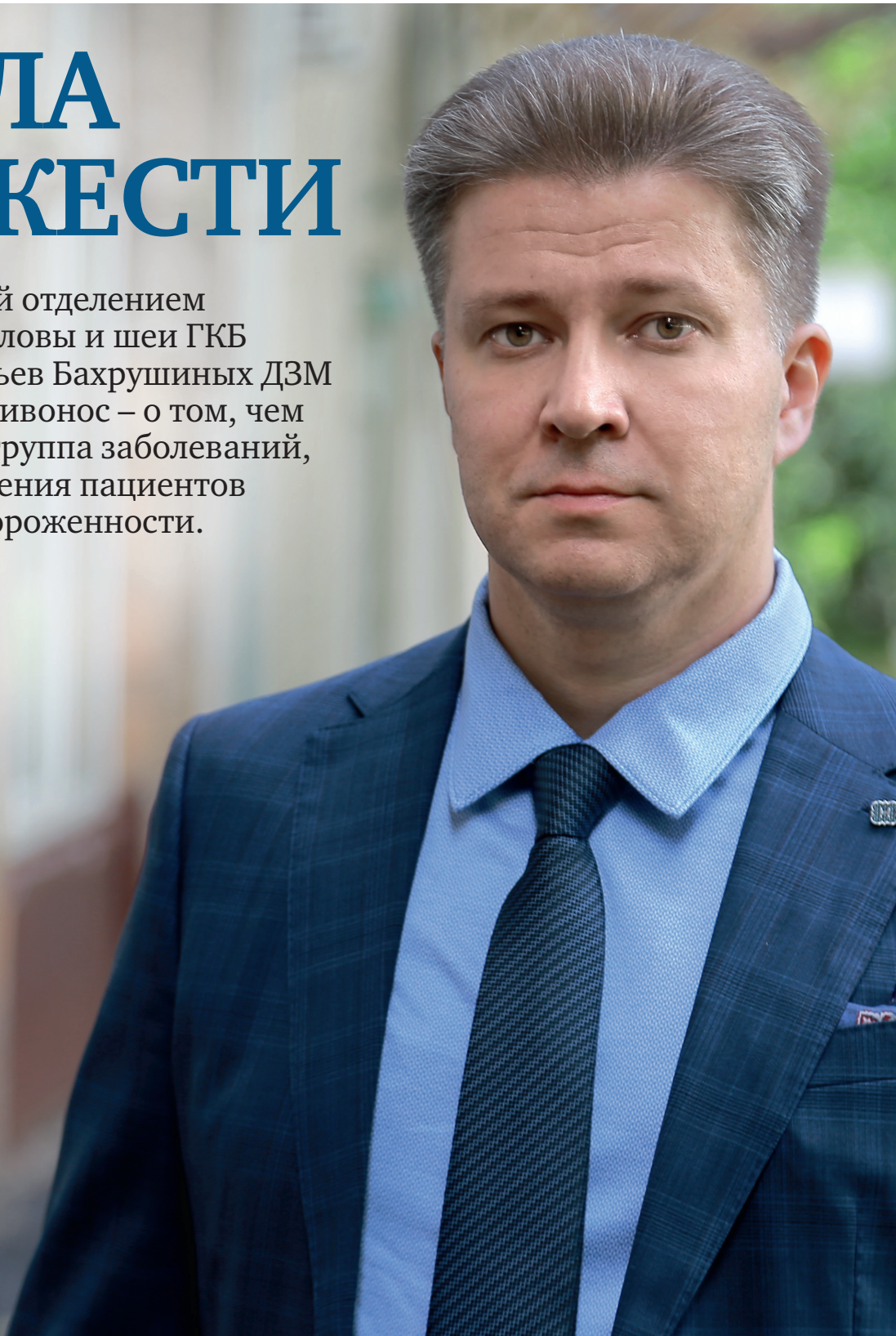


Фото: Александр Плосницкий/НИИОЗМ ДЗМ

ТЕСТ ДОНОРАМ

Свыше 7 тыс. москвичей заполнили анкету донора, которая была размещена на сайте ДЗМ 22 июня. Ответы на вопросы помогают узнать, нет ли противопоказаний к донорству крови. «Москвичи активно пользуются новым сервисом. В анкете содержатся самые частые вопросы, которые задают перед процедурой, – ответив на них, человек может понять, есть ли у него временные или абсолютные противопоказания к процедуре. Это удобно и экономит время на поездку в пункт сдачи крови. В анкете также есть вопросы для выздоровевших после COVID-19, желающих сдать плазму с антителами», – отметила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Для людей, переболевших COVID-19 и желающих сдать плазму с антителами к инфекции, ежедневно с 9:00 до 19:00 работает горячая линия: +7 (495) 870-45-16. [MMC](#)

КАПНОГРАФЫ В СКОРЫХ

Для машин Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова ДЗМ закуплены 53 капнографа, сообщила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. Бригады, получившие современные портативные аппараты, будут выезжать к пациентам с тяжелой дыхательной недостаточностью, остановкой сердца, тяжелой пневмонией или бронхиальной астмой. «Капнографы позволят врачам быстрее диагностировать причину нарушения дыхания и, как следствие, быстрее начать терапию», – отметила заместитель мэра. На дисплее прибора отображаются все ключевые параметры, показывающие обмен углекислого газа, который выделяет человек. Он присоединяется к устройству, через которое дышит человек, и улавливает выдыхаемый воздух. Ранее такая диагностика была возможна только в стационарах. [MMC](#)

ПОМОЩЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Более 150 тыс. радиологических снимков грудной клетки обработал искусственный интеллект с начала апреля 2020 года. Работа ведется в рамках эксперимента по внедрению компьютерного зрения в лучевой диагностике. «Во время пандемии основной задачей технологий искусственного интеллекта и компьютерного зрения стала помощь врачам-рентгенологам в условиях увеличенного потока пациентов. Конечно, искусственный интеллект не может заменить врачей, только они могут дать заключение. Однако такие цифровые системы являются полезным подспорьем для рентгенологов», – объяснил на сайте ДЗМ главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике ДЗМ, директор Научно-практического клинического центра диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ Сергей Морозов. Искусственный интеллект анализирует результаты, полученные при проведении компьютерной томографии, рентгенодиагностики, маммографии и флюорографии. Технологии помогают врачам в поиске пневмонии, рака легкого, других легочных патологий и рака молочной железы. [MMC](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



ЕЛЕНА ОБЕЛЬЧАК: «Я всегда говорю мамам – работаем вместе!»
Интервью с экспертом – стр. 3



КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ МАЛЫШАМ
Репортаж – стр. 5



КСЕНОН ОТ ТРЕВОГ МАЛЫШАМ
Технологии – стр. 6

МОСКВИЧИ В ХАБАРОВСКЕ

Бригада из 19 московских медиков, возглавляемая заместителем главного врача по хирургической помощи Госпиталя для ветеранов войн № 1 ДЗМ, выехала в Хабаровск для помощи коллегам в борьбе с COVID-19.



В состав мультидисциплинарной команды вошли: рентгенологи, эпидемиолог, врач-хирург, пульмонолог, инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи, специалист кислородно-газификационной службы, медсестры-анестезисты, врачи лабораторной диагностики. Специалисты представляют различные медицинские организации ДЗМ.

Для поддержки хабаровских врачей в регион будет доставлен медицинский груз, в который входят аппараты искусственной вентиляции легких, пульсоксиметры, анализаторы кислотно-щелочного состояния, экспресс-тесты, средства индивидуальной защиты и др. С начала мая по поручению мэра Москвы Сергея Собянина столичные медики оказывают помощь регионам страны, также бригады специалистов были направлены в Казахстан в рамках международного сотрудничества. **МММС**

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» состоится 11–13 августа 2020 года в Гостином дворе.

ДЗМ поделится на форуме опытом быстрого и качественного реагирования московских больниц в условиях пандемии COVID-19 и представит подходы к организации централизованной волонтерской помощи. Стенд будет разделен на две зоны для экспозиций двух медицинских организаций. ГКБ им. В. П. Демикова ДЗМ представит копию нового автономного стационара инфекционного профиля, построенного за 34 дня. На интерактивной тащ-панели размещена вся информация по строительству, особенностям здания



и другим деталям проекта. Сотрудники ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ покажут на макете и интерактивных материалах, как за 10 дней проводилось перепрофилирование перинатального центра под прием больных с подозрени-

ем на COVID-19. Также силами сотрудников Московского научно-практического центра наркологии ДЗМ и Молодежного совета ДЗМ организована площадка здорового образа жизни и отказа от вредных привычек. На ней состоятся консультации специалистов, анонимное тестирование на зависимости. В рамках форума пройдет круглый стол «Открытый диалог об опыте Москвы в подготовке и работе медицинских волонтеров в учреждениях здравоохранения в условиях коронавируса». Цель – поделиться с регионами московским опытом организации волонтерской работы в «красных» зонах и тем, какую помощь пациентам и врачам могут оказать добровольцы без медицинского образования. **МММС**

СПАСЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

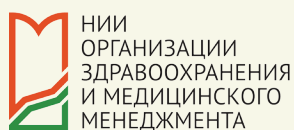
Врачи ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ в один день спасли двух старшеклассников, неудачно нырнувших на мелководье в прудах, находящихся в разных районах Подмосковья.

Оба подростка сильно ударились головой о дно водоемов. Тела позвонков лопнули и раскололись. Межпозвоночный диск сместился в позвоночный канал, и произошло кровоизлияние в спинной мозг. Пациентов спасала команда, воз-

главляемая нейрохирургами Сергеем Горчаковым и Юлией Дивилиной. Во время операции подросткам освободили сдавленные нервные структуры спинного мозга, заменили разрушенные позвонки, закрепили их титановой пластиной, поставив подвздошную кость. В результате у пациентов появилось движение в руках, улучшилась чувствительность ног. Они продолжили реабилитацию в НППЦ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ. **МММС**



Фото: пресс-служба ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ



Ценность здоровья

Руководитель отдела медико-социологических исследований НИИОЗММ ДЗМ Игнат Богдан принял участие в секции «Человек и его здоровье», которая прошла на X Грушинской социологической конференции. Эксперт рассказал, как в период пандемии изменилась ценность здоровья, трансформировались повседневные практики заботы о нем и какие уроки могут быть вынесены из этого периода. В основе выступления Игната Богдана лежат результаты исследования, которое проводилось совместно с ВОЗ. Оно было посвящено информированности и поведенческим аспектам, связанным с COVID-19.

«Мы задавали респондентам ряд вопросов, связанных с эмоциональным самочувствием в период пандемии, и зафиксировали положительную тенденцию на фоне снятия ограничений, улучшение эмоционального состояния респондентов. Снижались страхи, связанные с коронавирусом, улучшалась оценка ситуации среди ближайшего окружения. Запрос на квалифицированную психологическую помощь был, но крайне небольшой. По нашим данным, только 3 % населения обращались за психологической помощью в связи с негативными состояниями во время пандемии. И когда мы спрашивали респондентов о причинах, прослеживалась некая стигматизация психологической помощи», – отметил Игнат Богдан.

Подробнее о докладе – на niioz.ru.



Конкурс молодых исследователей

На сайте НИИОЗММ ДЗМ открылся прием работ на конкурс молодых исследователей, который второй год проходит в рамках форума с международным участием «Социология здоровья». Мероприятие состоится в ноябре 2020 года. Цель конкурса – создать условия для развития и совершенствования профессиональных навыков исследователей социальных процессов и организаторов здравоохранения в контексте повышения качества медицинской помощи и доверия специалистов и населения к системе здравоохранения. Заявки с приложенными работами принимаются до 15 октября 2020 года на сайте socforum.niioz.ru.

Подробнее о требованиях к конкурсантам – на niioz.ru.



МНЕНИЕ

РЕПРОДУКТОЛОГ – МОЛОДАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ



Дарья Широкова, репродуктолог, член Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) и Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE)

Во Всесоюзном научно-исследовательском центре по охране здоровья матери и ребенка в 1986 году был рожден первый в СССР младенец, зачатый методом ЭКО. И все пациенты, на тот момент обреченные бесплодием, получили шанс все изменить.

Это был мощный прорыв в наших технологиях. С тех пор прошло чуть больше 30 лет. За это время действительно очень многое изменилось, наша специальность освоила высокотехнологичные методы медицинской помощи, фармацевтической промышленности.

Раньше репродуктологи получали ооциты лапароскопическим доступом, теперь мы имеем высокоточные ультразвуковые аппараты с доплерометрией, которые снижают риск осложнения при этой манипуляции. От использования таблетированных и ампулированных препаратов благодаря развитию фармацевтической промышленности мы перешли к удобным для пациентов шприц-ручкам, а также препаратам депонированного применения. При получении эмбрионов благодаря генетическому тестированию имеем возможность получить здоровое потомство.

Вокруг юной специальности – репродуктолог – возникает очень много споров. Незнание тонкостей нашей работы приводит к невежеству среди пациентов. Но не надо их обвинять. Наши коллеги, врачи других специальностей, должны своевременно доносить информацию об используемых методиках.

Противостоять общественному невежеству можно благодаря успехам репродуктологии, благодаря счастью материнства и отцовства наших пациентов. Нужна просветительская деятельность, собирающая круг пациентов в медиа и социальных сетях.

Репродуктологи должны отстаивать интересы своих пациентов при использовании любых методов вспомогательных репродуктивных технологий, которых разработано много. И, конечно, отстаивать честь нашей специальности, это очень важно.

Из-за COVID-19, влияние которого еще до конца не изучено, перед вступлением в программу женщины будут проходить более детальное обследование. Ведь у нас нет цели освоить средства ОМС, мы стремимся дать женщине возможность забеременеть, сохранив при этом ее здоровье и здоровье ее ребенка. Призываю коллег, получив информацию о перенесенном заболевании COVID-19, стремиться обследовать пациенток до вступления в программу ЭКО. **МММС**

ЕЛЕНА ОБЕЛЬЧАК: «Я ВСЕГДА ГОВОРЮ МАМАМ – РАБОТАЕМ ВМЕСТЕ!»



В неонатологии слово «пациент» выглядит каким-то слишком... большим, уж очень крохотные эти мальчики и девочки, появившиеся на свет раньше срока. С первых минут рядом с ними врачи, которые борются за каждую маленькую жизнь. О том, каких душевных сил требует эта работа, о современных подходах к выхаживанию новорожденных рассказала Елена Обельчак, врач неонатолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных Роддома № 4 при ГКБ имени В. В. Виноградова ДЗМ.

ями. Применяем сурфактанты у недоношенных и глубоко недоношенных детей. В отделении используются современные реанимационные инкубаторы, которые могут трансформироваться в открытую реанимационную систему, где у ребенка есть возможность контактировать с мамой: она сама может менять ему памперс, сама прикармливать грудным молоком, сцеживая его в ложечку, – мы учим женщин это делать через зонд. Сегодня удается выхаживать детей с экстремально низкой массой тела, глубокой и поздней недоношенностью, тяжелыми асфиксиями и пневмониями, сахарным диабетом, переданным от мамы. Благодаря усилиям врачей и современным технологиям летальность составляет всего 0,1 %. Из почти 900 детей, которые за год прошли через нашу реанимацию, потеряли только двоих: в одном случае была экстремально низкая масса тела, а во втором – врожденные пороки развития.

– С какими патологиями вам сегодня приходится сталкиваться чаще всего?

– Больше стало поздней недоношенности. Операции кесарева сечения составляют сегодня около 30 % всех родоразрешений. А это значит, второго и третьего ребенка женщина тоже, скорее всего, будет рожать таким образом. Второе кесарево делают всегда раньше, потому что уже есть рубец. Третье – еще раньше, женщин приходится оперировать на сроке гестации 35–36 недель. Это значит, ребенок почти со 100 % вероятностью попадет к нам в реанимацию. Ведь любая операция кесарева сечения для ребенка – это как выход в открытый космос. Он не готов, не испытал родового стресса – и нам, реаниматологам, приходится ему помогать.

– Тот факт, что больше стало родов в возрасте «30+», сказывается?

– Да. Поменялся возраст – поменялся общий «индекс здоровья» женщин. Первенцев сегодня рожают в 35 и даже в 42 года. К этому возрасту женщина успевает накопить массу проблем со здоровьем. И даже доношенные дети на таком фоне рождаются с пневмонией, респираторным дистресс-синдромом, сахарным диабетом. А вот глубоких пороков развития плода стало меньше, во многом благодаря более широко и тщательно проводимым внутриутробным скринингам. Если, конечно, женщина не игнорирует необходимость обследований с самых первых недель беременности. Когда беременность запланированная, ребенок желанный, а не спонтанный, – такой небрежности женщина, конечно, не допускает. И таких осознанных беременностей стало больше – наверное, это отчасти связано

и с возрастом рожениц. Старше женщины – больше осознанности, больше ответственности.

– И больше начитанности? Не мешает вам в работе излишняя осведомленность родителей?

– Нет, нам начитанность не мешает. Такое время. Молодежь другая – и женщины, и мужчины. И нам с ними даже интересно: стараемся или опровергнуть какие-то их представления, или, наоборот, говорим: да, вы совершенно все правильно понимаете. Вообще мама – наш первый главный помощник. Я всегда говорю мамам – работаем вместе! Если между врачом и женщиной появилось доверие, снимается масса проблем – по выхаживанию, кормлению. Мы широко используем «метод кенгуру»: всех, даже самых тяжелых детей на аппарате ИВЛ, стараемся выкладывать на грудь мамы – чтобы была одна микрофлора у нее и ребенка. Есть специальные кресла для этого. Иногда, когда мама тоже в тяжелом состоянии и находится в интенсивной терапии, мы ребеночка и папе на грудь можем выложить. Это всегда очень эмоциональный и трогательный момент.

– В чем уникальность вашей медицинской специальности?

– Для тех, кто пришел в нашу профессию, каждый ребенок – как свой. И неонатолог не должен жалеть, а должен знать о своих детях все, понимать каждого, чувствовать. Те, кому новорожденные не интересны, не могут здесь работать. Если мы делаем

все правильно и вовремя, если нам удастся не просто адекватно среагировать, а опередить события, которые будут происходить, – тогда мы видим результаты своих усилий. В нашей практике самым маленьким ребенком (всего 530 граммов) была Кристина. Сейчас ей уже 6 лет, она в этом году пойдет в первый класс. У нее нет никаких тяжелых осложнений, очень хорошая и активная девочка. Для нас это большая радость – когда ребенка удалось выхаживать, он живет и растет, как все обычные дети.

– Как вы планируете дальше развиваться?

– Очень ждем открытия на базе нашего роддома нового, комплексного Перинатального центра, это давняя мечта всего нашего коллектива. Там и площади, и возможности будут гораздо больше. Будет создан замкнутый цикл помощи новорожденным, где мамы не будут разлучаться с детьми. Из родильного дома и мама, и ребенок по показаниям будут переводиться в реанимацию Перинатального центра (запланировано размещение 30 реанимационных коек), потом – в отделение патологии новорожденных (оно будет располагаться на двух этажах – по 23 койки на каждом) тоже вместе. В структуре Перинатального центра также будет функционировать отделение катмнеза – динамического наблюдения за нашими пациентами после выписки. **МММ**

Елена Аверченко

«У ребенка много способов «сказать» о том, что он чувствует, – главное, уметь его понять, расшифровать эти сигналы.»



САМОЕ ГЛАВНОЕ – РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА



Злокачественные новообразования головы и шеи – одни из самых опасных и тяжелых видов опухолей, но сегодня их научились успешно лечить.

О том, что представляет собой эта группа заболеваний, современных подходах к диагностике и терапии рассказал заведующий отделением опухолей головы и шеи ГКБ имени братьев Бахрушиных ДЗМ, врач-онколог, кандидат медицинских наук Николай Кривonos.

О диагностике

В онкологии существует прямая корреляция: чем раньше диагностировано заболевание, тем успешнее оно поддается лечению. Большинство онкопатологий головы и шеи относится к опухолям визуальной локализации, однако в 50–60 % случаев пациенты обращаются к врачу на поздних стадиях заболевания, когда нередко уже имеется запущенный распространенный опухолевый процесс и метастатическое поражение. И эта ситуация характерна не только для нашей страны, но и в целом для всего мира. Столичным Департаментом здравоохранения многое делается, чтобы переломить ситуацию. В частности, ежегодно проводятся мероприятия в рамках Европейской недели ранней диагностики рака головы и шеи. В этой акции могут принять участие все желающие, она включает доклинический осмотр у профильного специалиста-онколога, при необходимости применяются методы инструментальной диагностики. Мы постоянно участвуем в этих мероприятиях, и в нашей практике были случаи, когда

в ходе осмотра удалось обнаружить опухоли кожи и щитовидной железы.

Определяющим при выборе тактики лечения является морфологическая верификация опухолевого процесса. При подозрении на злокачественное поражение берется биопсия или соскоб для проведения гистологического и цитологического исследований, которые подтверждают или опровергают предварительный диагноз. В некоторых случаях для диагностики проводится полное удаление опухолевого поражения. В сложных ситуациях, когда опухоль неясного генеза, проводится иммуногистохимическое исследование.

Современные возможности ультразвукового и эндоскопического исследований, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также методика позитронно-эмиссионной томографии позволяют с высокой точностью проводить дифференциальную диагностику между опухолевыми и неопухолевыми поражениями и определять распространенность опухолевого процесса.

О болезнях

Опухоли головы и шеи – разнородная группа доброкачественных и злокачественных заболеваний, которые объединены прежде всего принципом локализации. К ней относятся злокачественные новообразования губы, различных отделов полости рта (щека, языка, дна полости рта, десны, твердого и мягкого неба), гортани, глотки, полости носа, придаточных пазух и среднего уха. В нашу компетенцию также входит лечение опухолей щитовидной железы, слюнных желез и злокачественных поражений кожи.

В последнее десятилетие, за исключением рака губы, по всем этим нозологиям отмечается серьезный рост заболеваемости. Лидируют опухоли кожи лица и шеи (базальноклеточный, плоскоклеточный рак, меланома). Также отмечается рост числа пациентов с раком щитовидной железы: в данной группе заболеваемость выросла практически в полтора раза. Многие злокачественные опухоли головы и шеи обладают высоким индексом метастазирования, растут достаточно быстро – в течение нескольких месяцев у большинства пациентов отмечается кратное увеличение опухоли. Но есть и такие опухоли, которые растут очень медленно, редко дают метастазы и часто бывают случайной врачебной находкой. Например, базальноклеточный рак или папиллярный рак щитовидной железы. Словом, не существует общей, схожей картины заболевания и прогрессирования. Все очень индивидуально.

Опухоли головы и шеи составляют 5 % всех злокачественных новообразований, чаще встречаются у людей старшего возраста, однако единичные случаи встречаются и у молодых людей. Вероятность заболеть у мужчин несколько выше, чем у женщин. Среди основных факторов риска – курение, злоупотребление крепкими спиртными напитками, причем при совместном влиянии этих двух факторов вероятность развития заболевания многократно повышается. Инициировать развитие опухолевого поражения также может жевание растительных смесей (нас, бетель). Среди других причин: вредные условия труда (влияние асбеста, различных смол), хроническая травматизация слизистой оболочки полости рта (острыми краями зубов, протезами), некоторые вирусные инфекции. Доказанным этиологическим фактором в развитии рака орофарингеальной локализации является инфицирование полости рта вирусом папилломы человека 16-го типа. Длительное употребление горячей пищи и напитков – еще один из значимых факторов, который может способствовать развитию опухоли.

Об отделении

Наше отделение является структурным подразделением многопрофильной больницы, и в этом большой плюс. Мы сотрудничаем с врачами из химиотерапевтического и радиологического отделений, в больнице имеется мощная патоморфологическая служба. Все это позволяет проводить замкнутый цикл лечения в условиях нашего стационара. Лечебную тактику определяет онкологический консилиум. Если принято коллегиальное решение о необходимости хирургического вмешательства, получено согласие пациента, мы начинаем готовить его к операции. Объем и планирование вмешательства оценивается индивидуально, с учетом рекомендаций, обследования и стадии заболевания. Очень важно на дооперационном этапе сделать все необходимое для того, чтобы утвердиться в диагнозе. И, конечно, личный опыт хирурга, его чутье также имеют определяющее значение в этом плане.

В отделении проводится весь спектр хирургических вмешательств при опухолях головы и шеи, в том числе в рамках высокотехнологичной медицинской помощи с применением различных методов реконструктивно-пла-



О симптомах

Стоит обращать внимание даже на небольшие проблемы: воспаление в ротовой полости, появление язв, красных и бледных пятен во рту, осиплость голоса, заложенность носа. Такие симптомы, как боль при глотании в области глотки, языка, уха, чаще всего носят односторонний характер. Опухоль на шее, вздутие, «шишка», как нередко говорят больные, также может быть «тревожным звонком» в отношении развития опухолевого заболевания. Дополнительными специфическими симптомами являются кро-

стической хирургии, электрохирургической и волновой хирургии. Ежегодно у нас проходят лечение около 1,5 тысяч пациентов со злокачественными новообразованиями и около тысячи пациентов с доброкачественными патологиями. Выполняется порядка 600 реконструктивно-пластических операций, а также типовые вмешательства: тиреоидэктомия, тиреоидэктомия с лимфодиссекцией, резекция щитовидной железы, ларингэктомия, удаление опухоли глотки и полости рта, паротидэктомия и другие.

Бывают ситуации, когда проведенные методы инструментальной диагностики, пункционная биопсия не дают четкого понимания структуры опухоли. К нам на лечение поступает много пациентов с плеоморфной аденомой околоушной слюнной железы. При этой патологии предоперационная диагностика иногда бывает затруднена. Операция удаления новообразований слюнных желез требует тонкого знания хирургической анатомии и особенностей техники ее выполнения. Так, при удалении опухолей околоушной слюнной железы необходимо выделение и сохранение лицевого нерва. С учетом онконастороженности обязательным компонентом после проведения операции является получение данных гистологического заключения с полной морфологической характеристикой удаленной опухоли и рекомендациями о необходимости дальнейшего лечения. Рецидивы после хирургического лечения случаются редко, но риска нельзя исключать. В течение 5 лет после операции пациенты находятся на динамическом наблюдении в онкодиспансере. Но и наши двери для них всегда открыты, они могут получить консультацию, пройти осмотр, и если обнаруживаются какие-то проблемы, мы решаем их собственными силами.

вохарканье, неприятный запах изо рта, шумное, затрудненное дыхание. Однако наличие всех этих признаков не повод для паники. Но если жалобы не проходят в течение трех и более недель, боль не уходит – это прямой повод обратиться к врачу. Лучше исключить онкопатологию, чем обнаружить ее слишком поздно. Мы все, каждый из нас, должны нести ответственность за свое здоровье. **ММС**

Ирина Степанова

КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ МАЛЫШАМ

В составе перинатального центра ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ 10 отделений на 100 коек, но мощность может быть увеличена до 300 мест. Каждый год врачи принимают около 4 тыс. родов и делают все возможное, чтобы не разлучать мам с малышами, даже если родоразрешение проходило путем кесарева сечения.



В перинатальном центре царят строгие порядки: перед каждой дверью – санитайзер, перед входом в любое помещение нужно обязательно обрабатывать руки. И не важно, что медсестра вышла из одной палаты и направилась в соседнюю, а путь ее занимает всего пару метров. Так, неотступно следуя правилам, медицинский персонал оберегает здоровье мам и малышей в непростой обстановке, продиктованной борьбой с COVID-19. Заместитель главного врача больницы по акушерской и гинекологической помощи Элен Вартанян объясняет, что из-за пандемии многие привычные правила пришлось поменять.

«К сожалению, это сказалось в первую очередь на ограничении посещений. Также введен запрет на партнерские роды, и это наша самая большая боль. Пациентки лишены возможности рожать при поддержке близкого человека», – говорит она.

Также из-за угрозы распространения COVID-19 начался более тщательный сбор анамнеза болезни: берутся мазки на коронавирус и кровь на антитела к нему. «Особенно ценно, что, несмотря на такие ограничения, зеленоградскому перинатальному центру удалось первым в Москве построить свою работу так, чтобы не разлучать мам с детьми, даже после кесарева сечения», – отмечает автор инициативы, главный внештатный специалист неонатолог ДЗМ Валерий Горев. Обычно при оперативном родоразрешении малыша выкладывали к маме на грудь, но после уносили, чтобы родильница прошла интенсивную терапию и восстановилась. Приносили только на кормление. Теперь же мамы и новорожденные могут всегда быть вместе, потому что кроме медицинского поста круглосуточного ухода за женщинами здесь работает постоянный пост детской медсестры.

«Мам контакт с малышом не утомляет, а, наоборот, воодушевляет, они быстрее восстанавливаются. Уже спустя два часа после операции пациентка сама может ухаживать за ребенком под наблюдением медицинских сестер. У женщин, неразлучных с младенцем, сразу запускается



механизм, приводящий к улучшению лактации. А малыш слышит сердцебиение матери и также успокаивается», – улыбается Элен Вартанян.

Как только женщина приходит в себя, начинает вставать, ее вместе с ребенком переводят в послеродовое отделение. Выписка происходит на вторые или третьи сутки, если роды прошли естественным путем, а после кесарева сечения – на 4–5-е сутки.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ МАЛЫШУ

К сожалению, не всех малышей можно так быстро выписывать домой. Если есть физиологические нарушения, которые требуют обширного обследования и лечения, ребенка переводят в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Для недоношенных малышей предусмотрены закрытые кюветы, а для рожденных в срок – открытые. Мамы могут приходить сюда в любой момент дня и ночи. Стандартная мощность отделения – 9 коек, но количество мест может быть увеличено, если потребуются. Помощь реаниматологов ежегодно необходима 300–400 малышам, то есть примерно 10 % от общего числа рожденных в стенах зеленоградского перинатального центра.

ПУТЬ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ

После реанимации малышей переводят на выхаживание в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Также маленькие пациенты поступают сюда, если у них обнаружена какая-то врожденная патология, желтуха новорожденных, церебральные, респираторные нарушения... В отделении предусмотрено совместное пребывание в палатах «мать и дитя», есть две палаты интенсивной терапии – на четыре койки.

«Бывает и так, что ребенка уже перевели в это отделение, а мама находится в послеродовом зале. Конечно же, малыш под присмотром. В этом отделении детки проводят от трех дней до месяца. Дольше всего лечатся глубоконедоношенные, которые прошли этап реанимации, именно они – приоритет нашего отделения», – говорит заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей, врач-неонатолог Татьяна Федорова.

У пациентки Г. как раз такой случай. Малыш родился раньше срока, лежал в

реанимации, а когда состояние стабилизировалось, его перевели в отделение патологии. Ему иногда все еще требуется респираторная поддержка, но мама уже кормит сыночка сама через зонд. Благодаря этому он быстрее восстанавливается. Сама Г. отмечает, что уже не хуже врачей понимает, когда ребенку нужна респираторная поддержка. Распознать тревожные симптомы помогает монитор, на который выводятся показания датчиков.

«Как только что-то меняется в худшую сторону, я сразу же могу обратиться за помощью. Но медсестры и врачи и сами регулярно приходят и проверяют показания приборов», – рассказывает пациентка.

Татьяна Федорова отмечает, что все манипуляции и обследования проводятся на базе отделения и ребенка не нужно куда-то возить. Есть свой процедурный кабинет, где берут анализы, вводят лекарственные препараты, есть кабинет функциональной диагностики, где проводятся УЗИ и рентгеновские исследования, ЭКГ.

Цель врачей – не просто выводить новорожденного, но и обучить родителей ухаживать за ребенком. Особенное внимание уделяется грудному вскармливанию. Если у женщины есть какие-то проблемы в этой сфере – на помощь приходит специалист, он разбирается в причинах и помогает наладить процесс лактации.

Руководитель филиала, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории Анна Доброва отмечает, что зеленоградскому перинатальному центру есть куда расти: «Деток, например, рожденных с хирургическими пороками сердца и некоторыми другими заболеваниями, пока что приходится перевозить в Москву. В будущем этот вопрос тоже будет решен, когда в Зеленограде откроется новый многопрофильный детский стационар».

Педиатры и неонатологи перинатального центра наблюдают малышей весь первый год жизни. Они тесно сотрудничают с коллегами из детских поликлиник: проводят обучающие курсы для педиатров, делятся опытом ведения недоношенных детей. Ведь цель у коллектива перинатального центра ГКБ им. М. П. Кончаловского и у специалистов амбулаторного звена одна – сделать все, чтобы их маленькие пациенты были здоровы и росли на радость близким. **ММС**

Евгения Воробьева



КСЕНОН ОТ ТРЕВОГ

Ксенотерапия появилась еще 80 лет назад и используется для восстановительного лечения в хирургии, неврологии, кардиологии, наркологии. О том, как технология применяется в психиатрии, рассказывают специалисты ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ.



ИСТОРИЯ ТЕРАПИИ

Ксенон – это благородный газ без цвета, запаха и вкуса. Его доля в атмосферном воздухе мала. Для терапии используется не чистый ксенон, он смешивается с кислородом. Для наркоза нужна смесь не менее 70 % ксенона с 21 % кислорода, для анестезии соотношение составляет 50 на 50, для терапии тревожных расстройств используется концентрация ксенона в смеси от 15 до 30 %.



«До того как начать исследовать целебные свойства ксенона в отношении тревожных расстройств, его применяли в качестве обезболивающего анестезирующего препарата. Тогда в 1940-х годах профессор Военно-морской медицинской академии Николай Лазарев



в 1990-х – в начале нулевых ксенон попал в клинику наркологии как обезболивающее. Специалистам больше всего понравился его эффект противотревожности и вегетостабилизации. Началось исследование газовой смеси уже в отношении тревожных расстройств. В последние

годы с появлением современных аппаратов, позволяющих работать по закрытому контуру с минимальным потоком свежего газа, стало возможным широкое внедрение ксенона в клиническую практику, в том числе в психиатрии.

«В современном обществе с высоким темпом жизни очень часто формируются различные формы тревожно-фобических расстройств, которые нарушают качество жизни, затрудняют коммуникацию, и вследствие этого у социально активных людей формируется спрос на немедикаментозную, психотерапевтическую поддержку, психологическую коррекцию. Чаще всего пациентам, испытывающим чувство хронической усталости, и тем, у кого появляются эпизодически или неоднократно панические атаки, чувство тревоги

или чувства, связанные с эмоциональным выгоранием, назначают всевозможные антидепрессанты и транквилизаторы. Теперь появилась возможность воспользоваться таким современным методом, который уже хорошо себя зарекомендовал и достаточно широко используется, как ксенотерапия. Этот метод не заменяет терапию лекарствами, но может ее дополнять. Однако кому он необходим – решает врач, а не сам пациент. Специалист дает рекомендации для проведения и длительности курса», – говорит Лариса Бурьгина.

Востребованность в лечении тревожных состояний у людей специалисты больницы выявили благодаря обратной связи от слушателей информационно-просветительского проекта «Только без паники!», который сейчас походит в режиме онлайн. Записи вебинаров можно посмотреть на piioz.ru.

Востребованность в лечении тревожных состояний у людей специалисты больницы выявили благодаря обратной связи от слушателей информационно-просветительского проекта «Только без паники!», который сейчас походит в режиме онлайн. Записи вебинаров можно посмотреть на piioz.ru.

Востребованность в лечении тревожных состояний у людей специалисты больницы выявили благодаря обратной связи от слушателей информационно-просветительского проекта «Только без паники!», который сейчас походит в режиме онлайн. Записи вебинаров можно посмотреть на piioz.ru.

ТОНКОСТИ ПРОЦЕДУРЫ

Преимущество ксенотерапии в том, что перед процедурой допускается прием воды и пищи не менее чем за два часа.

«Врач-психотерапевт собирает анамнез у пациента, выслушивает жалобы. После психотерапевтической сессии пациент ложится на кушетку и дышит смесью ксенона и кислорода. В среднем процедура занимает 4 минуты. Курс длится от 7 до 10 сеансов в зависимости от показаний лечащего врача», – уточняет врач-психотерапевт Мария Земляная.



Врач-психиатр, нарколог, психотерапевт, к. м. н. Александр Добровольский добавляет, что план такого лечения должен учитывать предыдущие лекарственные назначения. Иногда требуется коррекция доз применяемых психотропных препаратов.

«Ксенотерапия никаким образом не продвигается как некая альтернатива стандартным методам лечения, у человека есть возможность выбора. Обратившимся в клинику по показаниям на безвозмездной основе будет оказана психологическая и психотерапевтическая помощь. Мы уделяем внимание обратной связи при лечении пациента. Если у него есть опасения по поводу терапии, доктор выясняет все ощущения, фиксирует состояние, определяет график лечения, а при наступлении улучшений закрепляет эффект», – объясняет он.

Для терапии используется лицензированный прибор российского производства. Все комплектующие безопасны. Ингаляции происходят через кислородную маску, чтобы усилить эффект от поступающей смеси газов. В результате с приме-

нением ксенотерапии снижается уровень тревоги и вегетативный компонент ослабляется, то есть прежние яркие переживания пациента теряют свою актуальность. Он активнее работает с психотерапевтом.

«Сочетание двух методов – психотерапии и ксенона – дает синергетический эффект. Ксенон избавляет от вегетативного шторма при выраженной тревоге, то есть происходит десенсибилизация к посттравматическому переживанию, что сокращает период лечения до недели», – подчеркивает Александр Добровольский.

КСЕНОН – НЕ ПАНАЦЕЯ

Однако не при всех заболеваниях ксенотерапия одинаково хороша. Она назначается только в том случае, если наблюдается не психотический, а невротический уровень расстройства. Существуют и прямые противопоказания: острый инфаркт миокарда, дыхательная и сердечная недостаточность, пневмоторакс, приступы стенокардии, острые инфекционные заболевания, острые психотические состояния.

Состояние пациента улучшается при ксенотерапии, если наблюдаются различные формы тревожных расстройств, панических атак, синдром хронической усталости, синдром эмоционального выгорания, различные состояния невротического уровня (бессонница, головные боли, головная боль напряжения, повышение артериального давления на фоне психоэмоциональной нагрузки). Все эти симптомы говорят о повседневной эмоциональной нагрузке, связанной с высокой интенсивностью интеллектуального труда, с высоким ритмом жизни, с накопившимися проблемами, внутрисемейными негативными событиями.

«В обществе сформирован стереотип “пошел к психиатру, дали много таблеток, после которых превратился в человека безвольного, не способного самостоятельно существовать, требующего некоего ухода”. Это представление у людей нужно менять. В силу разных обстоятельств требуется обращаться к врачу своевременно, что позволит улучшить прогноз, скорректировать состояние максимально оперативно. Поэтому в том числе использование немедикаментозной современной терапии с доказанной эффективностью очень актуально в наши дни», – говорит Лариса Бурьгина.

Она отметила, что ксенотерапия находится на стадии развития. Ведутся различные исследования ее эффективности в разных странах, чтобы доказать, что это – не эффект плацебо, а реальная помощь пациентам. **ММС**

Евгения Воробьева

Ксенотерапия никаким образом не продвигается как некая альтернатива стандартным методам лечения, у человека есть возможность выбора.

КАРИЕС: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

С развитием кариеса сталкивается каждый человек начиная с раннего возраста. Это основное стоматологическое заболевание, которое приводит к различным осложнениям, сопровождающимся ранней потерей зубов и заболеваниями пародонта. О причинах возникновения заболевания и современных методах лечения рассказывают ведущие специалисты – стоматологи ДЗМ.



ЗУБНОЙ БИЧ

Кариес – сложный патологический процесс, протекающий в твердых тканях зуба и развивающийся в результате комплексного воздействия различных неблагоприятных факторов, который характеризуется деминерализацией эмали, то есть потерей ионов кальция. На начальной стадии кариозного процесса происходит разрушение кристаллов гидроксиапатита, которое приводит к образованию пористости в структуре эмали и в дальнейшем к формированию кариозной полости.

Стоматологи выделяют две группы факторов развития кариеса: местную и общую. К местной относятся: неудовлетворительная гигиена полости рта, употребление в большом количестве легко ферментируемых углеводов и сахаров, нарушение свойств и состава слюны. Общие факторы – это неполноценное питание, соматические заболевания, сдвиги в функциональном состоянии органов и систем, экстремальные воздействия на организм, наследственность, обуславливающая полноценность структуры и химический состав тканей зуба.



«Кариесогенные факторы могут быть различной интенсивности и характера, разные варианты их взаимодействия способствуют

возникновению кариеса, однако ведущим фактором является микрофлора полости рта», – объясняет главный внештатный специалист стоматолог ДЗМ Александр Митронин.

Существенную роль в возникновении кариеса играют микроорганизмы и кислотообразующие штаммы стрептококков. Они размножаются в кислотной среде, которая образуется в полости рта при употреблении углеводов.

ЭМАЛЬ ПОД УГРОЗОЙ

Разрушение твердых тканей зуба происходит в два этапа: деминерализация неорганической составляющей – апатитов и разрушение органического матрикса. В дальнейшем микроорганизмы с помощью протеолитических ферментов, продуцируемых ими, разрушают и органический матрикс эмали. Длительное воздействие органических кислот на ткани наблюдается при плохой гигиене полости рта, когда на эмали формируется зубная бляшка. Именно под ней создается кислая среда как продукт ферментативной деятельности огромного количества микроорганизмов, способных идеально усваивать углеводы, задержавшиеся в полости рта. Это ведет к формированию кариозной полости.

«При хорошей омываемости зубов ротовой жидкостью и редких приемах сахара местный сдвиг pH быстро нивелируется. Однако в зонах плохого доступа слюны при частом приеме сладкой пищи процесс деминерализации может превалировать над процессом реминерализации», – предупреждает Александр Митронин.

СПАСИ МОЛОЧНЫЕ ЗУБЫ



Заместитель главного внештатного специалиста стоматолога ДЗМ (детская сеть) Лариса Кисельникова рассказывает, что в последние

годы во всем мире отмечается рост заболеваемости кариесом у детей в возрасте до 3–4 лет. Нередко уже спустя три-четыре месяца после появления первых зубов родители замечают налет на эмали у ребенка.

«И это – повод для тревоги, особенно если налет имеет желтоватый или оранжевый оттенок. Такой цвет говорит о том, что налет содержит большое количество кариесогенных микроорганизмов. При-

чем, как правило, микробы, вызывающие кариес, попадают в ротовую полость малышом от взрослых, которые пренебрегают элементарными правилами гигиены – облизывают детские пустышки или пробуют еду из детской посуды», – говорит специалист.

Лариса Кисельникова предупреждает, что кариес молочных зубов развивается очень быстро, так как до трех-четырех лет во рту у детей отсутствуют определенные антитела, иммуноглобулины и полезная микрофлора, препятствующие размножению кариесогенных микроорганизмов. Кроме того, первые годы после прорезывания зубов характеризуются и слабой минерализацией эмали, соответственно их кариесовосприимчивость выше. Еще один фактор, который приводит к формированию раннего кариеса, – неправильное грудное вскармливание.

«Основная ошибка мам состоит в том, что они слишком буквально понимают термин “кормление по требованию” и дают грудь в режиме беспорядочного, а порой и постоянного, ночного кормления. Но дело в том, что грудное молоко содержит лактозу – молочный сахар, который, попадая в полость рта, приводит к выделению большого количества кислоты. В норме эта кислота нейтрализуется слюной. Но ночью, когда ребенок спит, все процессы в организме замедляются, слюны выделяется меньше, и кислота начинает разрушать зубную эмаль», – говорит она.

Специалист объясняет: кормление по требованию подразумевает, что время приема пищи малышом может быть сдвинуто, однако при этом все равно необходимо устраивать длительный ночной перерыв между кормлениями. При этом удлинять период грудного вскармливания до двух-трех лет нежелательно. Ведь после года малыш уже получает полноценный прикорм, и лишний сахар, даже молочный, ему ни к чему.

КАК СОЗРЕВАЕТ ЭМАЛЬ

В молодом возрасте интенсивность поражения зубов кариесом более высокая, чем у взрослых. Данный факт объясняется недостаточной минерализацией эмали зуба, недавно прорезавшегося в полость рта. Созревание эмали продолжается более двух лет, и только полноценная минерализация обуславливает ее большую устойчивость к воздействию кислот. После прорезывания зуба созревание эмали начинается в области режущих краев и бугров зубов. Поэтому кариозный процесс возникает на тех участках, где созревание эмали протекает более длительно, а именно в фиссурах (естественных щелевидных углублениях на жевательной поверхности зуба), на контактных поверхностях (места соприкосновения соседних зубов) и в пришеечной области.

«КИТЫ» ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

С раннего детского возраста нужно удалять зубной налет и восстанавливать

структуры поврежденной эмали. Кроме того, требуется:

- соблюдать тщательную гигиену полости рта;
- регулярно посещать врача-стоматолога для профилактического осмотра, подбора индивидуальных средств гигиены, проведения профессиональной гигиены рта, местной фторидпрофилактики, герметизации фиссур зубов;
- своевременно лечить зубы;
- рационально питаться, контролируя поглощение углеводов;
- вести здоровый образ жизни;
- проводить регулярную реминерализующую терапию.



«Среди местных средств профилактики кариеса в домашних условиях наиболее эффективными признаны различные средства индивидуальной гигиены полости рта. Зубные пасты, как и зубные щетки, мануальные или электрические, должны соответствовать возрасту и клинической ситуации.

Также можно пользоваться зубными нитями, ершиками, ирригаторами и другими средствами», – перечисляет заведующий организационно-методическим отделом по стоматологии НИИОЗММ ДЗМ Александр Еремин.

Он отмечает, что усилить действие зубных паст можно при помощи реминерализующих гелей. Они укрепляют эмаль зубов и способны вылечить кариес на начальных стадиях.

ВАКЦИНА ПРОТИВ КАРИЕСА

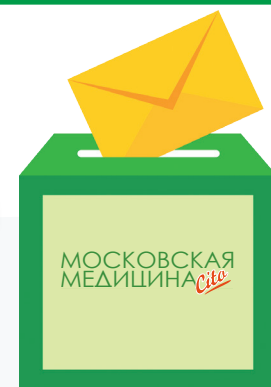
Вакцина против кариеса, вызванного *Streptococcus mutans*, изучается в течение последних 40 лет. В последние годы были разработаны и испытаны на животных некоторые перспективные вакцины, однако требуются многоцентровые совместные исследования и клинические испытания на людях. Поэтому говорить о повсеместном использовании вакцины пока рано. **ММС**

Евгения Воробьева

ПО ДАННЫМ ПОСЛЕДНЕГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ 2018 ГОДА:

- к 6 годам 83 % российских детей страдают от кариеса временных зубов, а среднее количество пораженных зубов у таких детей – от 4 до 5;
- у взрослого населения Центрального федерального округа России распространенность кариеса составляет 99–100 %. В среднем у пациентов 35–44 лет имеется 13,2 пораженных зуба, в дальнейшем этот показатель неуклонно растет, в основном за счет увеличения количества удаленных зубов;
- к 65 годам кариес поражает 23 зуба.

В Год памяти и славы, приуроченный к 75-летию победы в Великой Отечественной войне, историей о своих родных-фронтовиках делится руководитель отдела внебюджетной деятельности ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ Георгий Кокая.



ВОЕННОЕ ПРОШЛОЕ

вов Бийского городского Совета народных депутатов. А в 1962 году удостоена нагрудного знака «Отличник здравоохранения», который в то время присуждался указом Министерства здравоохранения СССР. В тот же год Лариса Шахрай уехала из Бийска. Дело в том, что ей и самой потребовалось серьезное лечение, которое оказать в Бийске в те годы не могли. Пришлось ехать в Москву. Но даже во время реабилитации в столице местные медики много раз приглашали ее на сложные операции в качестве консультанта. Это, конечно же, говорит о высоком уровне профессионализма, который признали коллеги.

командиром лыжной роты. Потом его перебросили на Степной фронт, где он был командиром воздушно-десантного батальона. А потом попал на Калининский фронт, где и встретил свою судьбу – Ларису Ивановну.

За мужество и героизм дедушка был награжден орденами Красной Звезды, Отечественной войны 2-й степени, пятью медалями. Мы гордимся тем, что он был дружен с маршалом Георгием Жуковым. В моей семье хранится подаренный им сигнальный (то есть пробный) вариант книги «Воспоминания и размышления».

Прошел всю войну и супруг бабушкиной сестры – Алексей Субботин,

эту категорию работников приравнивали к участникам войны.

И все-таки наша семья, имея столько славных предков, следует по стопам Ларисы Шахрай. Медицина – одна из главных наших профессий. Моя супруга Инга – кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог. Она возглавляет роддом при ГКБ № 52 ДЗМ. Ее мама, Альбина Карл, до пенсии работала медсестрой в детской инфекционной больнице Барнаула, ее трудовой стаж 52 года. Муж моей дочери Ксении – Дмитрий Вишневецкий – врач-гинеколог, работает в больнице № 67 в Москве. Его отец, Феликс Вишневецкий, тоже врач-гинеколог, сейчас на пенсии. Мы надеемся, что наша внучка Ева тоже станет врачом. А иначе и быть не может, ведь вся ее семья посвятила себя медицине! **MMC**

Георгий Кокая

“ Я родился в тот год, когда не стало моей бабушки – Ларисы Шахрай. Но рассматривая сохранившиеся треугольники с фронта, ее награды, слушая рассказы о военном прошлом, о людях, спасенных ею в мирное время, уже в начальной школе всем говорил: «Обязательно буду врачом».

Конечно, я не знал бабушку, но мои родители – Лилия и Георгий Кокая – много рассказывали о ее жизни и характере. Для них она навсегда осталась в памяти добрым, интеллигентным, выдержанным человеком, умеющим незамедлительно принять решение и помочь тому, кто в этом нуждается. Портрет бабушки мы проносим по Красной площади в рядах «Бессмертного полка» с 2014 года. Для нас это стало доброй традицией. Но не только бабушкин портрет несет наша семья, есть у нас и другие фронтовики, о которых тоже хочется упомянуть.

Участником войны был и мой дед – Георгий Кокая. Он проходил службу в Вооруженных силах СССР в 1939–1946 годах. Начинал красноармейцем, затем стал курсантом Белоцерковского стрелково-пулеметного училища, далее – заместителем командира батальона, старшим инструктором ВВС. После очередного ранения даже был начальником военной столовой. А оправившись, воевал на Северо-западном фронте, где был

коренной москвич. Он был призван в армию в июле 1941 года. Служил в технических войсках: командиром взвода, затем заместителем командира батальона по технической части. Был уволен в запас в 1946 году. За службу награжден орденами Красной Звезды, Отечественной войны 2-й степени, многими медалями.

Надо сказать, что и бабушка со стороны моей мамы – Анна Бухман – была работником тыла, имела правительственные награды. В эвакуации в Акмолинске (ныне – Нур-Султан) она, будучи корректором по специальности, все годы войны проработала начальником канцелярии в госпитале. Впоследствии

“ И все-таки наша семья, имея столько славных предков, следует по стопам Ларисы Шахрай. Медицина – одна из главных наших профессий.



Фото: пресс-служба ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ и личный архив Георгия Кокая

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. Жилаев, В. А. Зеленский, О. В. Зайратьянц, Т. И. Курносова, А. И. Крюков, Н. Н. Камынина, А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова, И. А. Назарова, Е. Л. Никонов, А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе, А. Н. Плутницкий, А. В. Погонин, Н. Н. Потекаев, Д. Ю. Пушкарь, 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.
 Корректоры: Елена Малыгина, Вера Монахова.
 Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова.
 Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно.
 Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБПОУ «ММТ им. Л. Б. Красина».
 Адрес типографии: г. Москва, ул. Кировоградская, д. 23.
 НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

