

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 13 июля 2020 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 26 (128)
www.niioz.ru

ХРУПКИЙ ОРГАН

Академик РАН Алевтина Федоровна Бровкина – основоположник отечественной школы офтальмоонкологии, лауреат Государственной премии СССР и премии Правительства РФ, автор более 420 научных работ – недавно отметила юбилей.

>> читайте стр. 3



ОБНОВЛЕНИЕ БОТКИНСКОЙ

Мэр Москвы Сергей Собянин осмотрел ход работ по капитальному ремонту корпусов Боткинской больницы.

«Не дожидаясь окончания пандемии, мы продолжили модернизацию Боткинской больницы – крупнейшей и одной из лучших в стране. До этого привели в порядок четыре корпуса, сейчас начали реконструкцию еще четырех. В следующем году, надеюсь, приступим к оставшимся зданиям», – написал он в Twitter.

Сергей Собянин подчеркнул, что в каждом ремонтируемом корпусе создается современная высокотехнологичная клиника. Перед строителями поставлена задача максимально ускорить ремонтные работы. [ММС](#)

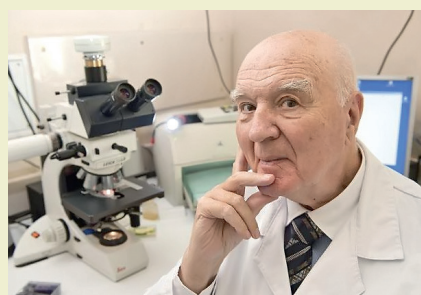
ВОЗВРАЩЕНИЕ ПЛАНОВЫХ КТ

Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова сообщила, что 20 КТ-центров, в которых диагностировали пациентов с подозрением на COVID-19, вернулись к амбулаторному приему.

«Своеобразным ноу-хау в мировой практике была организация на базе поликлиник круглосуточных КТ-центров. Теперь, когда мы видим положительную динамику по сокращению новых случаев заболевания, нет необходимости в такой инфекционной инфраструктуре», – объяснила вице-мэр.

Перед открытием на амбулаторный прием в зданиях проведена дезинфекция помещений, а медицинский персонал прошел все необходимые обследования. [ММС](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



СЛОВО ОБ УЧИТЕЛЕ
Воспоминания – стр. 4–5



ПРАВО НА ЧУДО
Достижения – стр. 6



КЛЕЩИ АТАКУЮТ
Советы специалиста – стр. 7

ДО КОНЦА 2023 ГОДА БУДУТ ОБНОВЛЕНЫ

135 зданий поликлиник
в 78 районах Москвы.

«Посетителями отремонтированных зданий станут более 4 млн горожан, то есть каждый третий москвич», – сказала заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

Она добавила, что отремонтированные поликлиники будут равномерно размещены на карте города. В каждом городском округе появится как минимум четыре обновленных здания.

МАМА РЯДОМ

Перинатальный центр ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ стал первым в Москве акушерским стационаром, где новорожденные остаются со своими мамами, даже если родоразрешение прошло путем кесарева сечения.



Фото: пресс-служба ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ

главного врача ГКБ им. М. П. Кончаловского по акушерской и гинекологической помощи Элен Вартамян.

Основную часть забот о новорожденном с родительницей разделяет детская медицинская сестра.

«Совместное пребывание в принципе положительно влияет на адаптацию женщины и ее ребенка, а в такой уязвимый момент, каким является ранний послеоперационный период, это важно вдвойне. Я благодарен коллективу перинатального центра, это отличный пример политики открытости и заботы о своих пациентах для других акушерских стационаров», – подчеркивает главный внештатный специалист неонатолог ДЗМ Валерий Горев.

В дальнейшем руководство планирует сделать все необходимое для того, чтобы взрослая реанимация стала открытой и для посещения родственников.

«Визиты близких не должны доставлять неудобства другим мамочкам, поскольку в реанимационных палатах одновременно получают помощь несколько родильниц.

Врачи оценивают состояние здоровья родильницы и малыша после оперативного вмешательства и на этом основании принимают решение о совместном пребывании в палате.

«Раньше после кесарева сечения мы были вынуждены разлучать маму и малыша, пока женщины проходили интенсивную терапию», – рассказывает заместитель

К тому же ничто не должно мешать работе медицинского персонала. Но мы считаем важным дать возможность мамам и детям чувствовать поддержку своих родных в такой непростой период и постараемся создать для этого условия», – говорит главный врач ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ Ирина Яроцкая.

Она напоминает, что в мае 2018 года перинатальному центру зеленоградской больницы присвоен почетный статус «Больница, доброжелательная к ребенку». С тех пор грудное вскармливание здесь является основополагающим принципом. Даже когда женщины находились в реанимации, малышей приносили к ним на кормление каждые три часа. Однако более комфортным и полезным для новорожденного является прикладывание к груди по требованию, не говоря уже о постоянной близости и заботе мамы. Она всегда должна быть рядом, и теперь это возможно на всех этапах послеродового пребывания в перинатальном центре ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ. **ММС**

МНЕНИЕ

ВЫЗОВЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ



Андрей Каприн, академик РАН, генеральный директор НМИЦ радиологии Минздрава России, главный внештатный онколог Минздрава России

Из-за распространения вируса COVID-19 нашим европейским коллегам пришлось отменить на время пандемии онкологическую помощь. В основном потому, что все их центры расположены на базе крупных многопрофильных клиник. В свое время нас призывали последовать их примеру и отказаться от специализированных онкодиспансеров и федеральных центров. Зачем перевооружаться? В многопрофильных центрах есть МРТ и КТ, возможность подключения междисциплинарной команды. Но когда возникла пандемия, европейцы были вынуждены закрыть свои отделения как ковидоопасные. Больные остались без помощи. Теперь Европа берет нашу работу в пример. В России онкологическая помощь – это островки, которые можно оборонить от любой пандемии, сделав обсервационные отделения. Наша онкослужба, несмотря на все ограничения, ни на день не приостанавливала своей работы.

Пандемия показала: нас ждет развитие IT-технологий. COVID-19 не получится «выключить», как по мановению волшебной палочки. Теперь мы должны максимально увеличить количество телеконсультаций, создать обсервационные отделения, разработать собственные рекомендации ведения ковидотделений, расширить состав онкологического консилиума, включив туда пульмонолога и инфекциониста. Нужно создать общенациональный регистр пациентов с онкозаболеваниями и COVID-19, а также биобанк, чтобы сохранить для потомков информацию о клеточных мутациях. Ни ВОЗ, ни Международное агентство по изучению рака пока не ведут учет онкопациентов с коронавирусной инфекцией. В России по инициативе НМИЦ радиологии в федеральном регистре уже ввели графу «Сопутствующие заболевания», в которую входит COVID-19.

Также в НМИЦ радиологии работает горячая линия для пациентов, где 30 ординаторов помогают пациентам сориентироваться, преодолеть свои страхи. У пациентов с онкозаболеваниями повышен риск заражения COVID-19, наиболее вероятно развитие тяжелых осложнений на фоне инфекции. В особой зоне риска те, кто недавно перенес операцию по поводу рака легкого, дыхательных путей, гортани, брюшной полости. Вероятность обширного поражения легочной ткани представляет для них большую опасность. Но есть интересное наблюдение за двумя сотнями пациентов с лимфомами, получающими химиотерапию, которое показывает, что они мягко переносят вирусную атаку. **ММС**

ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ

В НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ стартовал онлайн-прием документов на программы целевого обучения по квотам ДЗМ.

Применение дистанционных технологий обусловлено мерами по предотвращению распространения COVID-19. Данные вносятся в электронную информационную систему «Регистр целевого приема Департамента здравоохранения города Москвы» на сайте niioz.ru.

«Приглашаем всех желающих расширять свои профессиональные и познавательные компетенции вместе с НИИОЗММ ДЗМ. Образовательные программы, разработанные НИИОЗММ ДЗМ, включают сотрудничество с учеными и практиками разных стран (США, Германии, Дании, Италии и др.), среди которых – ведущие профессора, научные руководители организаций здравоохранения различного уровня. Сотрудничество с нами интересно профессору Йельского университета, научным сотрудникам Чикагского университета, профессорам Университета Флорен-



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

ции, практикующим врачам Пармского госпиталя и миланского госпиталя Сан-Раффаэле. Мы постоянно расширяем

международные контакты и сейчас ведем переговоры с рядом университетов Бельгии, Финляндии, Великобритании. Лекции зарубежных ученых сопровождаются переводом на русский язык», – рассказывает начальник отдела аспирантуры и ординатуры НИИОЗММ ДЗМ Алла Федулова.

Направить заявление, приложив копии всех необходимых документов, можно через личные кабинеты ресурса «Целевые места на обучение ДЗМ». Также кнопка для подачи заявки расположена на главной странице сайта НИИОЗММ ДЗМ. Документы принимаются до 31 июля 2020 года включительно. Подробности – на niioz.ru. **ММС**

НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



ЭПИДЕМИИ



Директор НИИОЗММ ДЗМ, д. э. н., к. п. н., профессор Елена Аксенова на заседании круглого стола «Технологическое лидерство России: уроки истории» выступила с докладом на тему «Самые страшные эпидемии, оказавшие влияние на мир технологий». В презентации показано, как агрессивное распространение инфекционных заболеваний в мире отразилось на технологическом прогрессе и какие выводы были сделаны для глобального здравоохранения. Подробности на niioz.ru.

Доступен к скачиванию атлас «Патологическая анатомия COVID-19» – уникальное и пока единственное в мире издание с морфологическими иллюстрациями тяжелейших, часто необратимых патологических изменений разных органов и тканей, связанных с новой коронавирусной инфекцией. Издание по результатам 2000 вскрытий подготовил главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ Олег Зайратьянц. Электронная версия атласа – на niioz.ru.

ПАТОЛОГОАНАТОМАМ



Доступен к скачиванию атлас «Патологическая анатомия COVID-19» – уникальное и пока единственное в мире издание с морфологическими иллюстрациями тяжелейших, часто необратимых патологических изменений разных органов и тканей, связанных с новой коронавирусной инфекцией. Издание по результатам 2000 вскрытий подготовил главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ Олег Зайратьянц. Электронная версия атласа – на niioz.ru.

ЛФК ДЛЯ ДЕТЕЙ



Командой главного внештатного детского специалиста по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению ДЗМ Светланы Валиуллиной и специалистами отделения реабилитации НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ разработаны и сняты на видео комплексы упражнений по лечебной физкультуре для детей, перенесших COVID-19. О том, кому подходят комплексы ЛФК, а также ссылка на видеоролики, – на niioz.ru.

АЛЕВТИНА БРОВКИНА: «МЕДИЦИНА НЕ ИМЕЕТ СТОПРОЦЕНТНЫХ МЕТОДОВ»



Рабочий график академика Бровкиной, как и прежде, расписан буквально по минутам. Она продолжает оперировать, консультировать больных, преподавать, потому что не мыслит себя без любимого дела. Алеvtина Федоровна рассказала о том, как развивалось это клиническое направление, о современных подходах к лечению онкологических заболеваний глаз и своем отношении к профессии.

мологическую клиническую больницу. В 2014 году больница вошла в состав ГКБ им. С. П. Боткина и получает в настоящее время статус Московского городского офтальмологического центра, в рамках которого продолжает работу городской центр новообразований органа зрения.

– Какие злокачественные заболевания глаз наиболее распространены?

– Традиционно все опухоли делят на доброкачественные и злокачественные, последние из которых могут угрожать не только зрению, но и жизни больного. Наиболее часто встречаются злокачественные опухоли придаточного аппарата глаза, из них 90 % приходится на базальноклеточный рак кожи век. Среди всех опухолей органа зрения, пожалуй, только эту форму рака удается полностью излечить, но на ранней стадии заболевания, когда опухоль еще маленькая, не более 10 мм. К сожалению, многие пациенты приходят к врачу слишком поздно. Дело в том, что рак «не болит», и человек может годами жить с небольшой язвой на веке и не придавать этому значения. Иногда опухоль бывает случайной врачебной находкой.

Среди других распространенных патологий – злокачественные опухоли сетчатки (ретинобластома) и хориоидальная меланома. Развитие ретинобластомы обусловлено генетической поломкой, это заболевание встречается у детей младшего возраста. Но бывают и эксклюзивные случаи. В моей практике было два взрослых пациента с этой патологией. Хориоидальная меланома наиболее сложна в лечении, рано метастазирует, ее основная мишень – печень. Раньше это заболевание звучало как приговор, но сегодня его научились лечить. В 2003 году опухоли органа зрения были включены отдельной строкой в канцер-регистр. Мы ведем свой сегмент, и это дает возможность следить за нашими больными с момента постановки диагноза до их ухода из жизни.

– В чем заключаются особенности лечения таких пациентов?

– Чем меньше опухоль, тем лучше жизненный прогноз – это аксиома при любом онкологическом заболевании. Маленькая опухоль – будет жить и пять, и десять, и пятнадцать лет. Дальше мы не гадаываем. Медицина не имеет стопроцентных методов. Всегда есть риск осложнений. Но я точно знаю: если не пролечить больного, то он умрет. Существуют международные критерии, которые позволяют оценить тяжесть офтальмоонкологического заболевания. Всего их четыре: старший возраст, большой размер опухоли, локализация и морфологический тип. Если у пациента присутствуют хотя бы два из этих критериев, то исход лечения может быть неблагоприятным.

За последние десятилетия достигнут определенный прогресс в лечении злокачественных опухолей органа зрения. В нашей сфере применяются все методы, которые существуют в общей онкологии, за исключением химиотерапии. Но есть и свои определенные сложности, ведь мы работаем с очень малыми размерами. У нас нет быстрых операций. Необходимо удалить опухоль и одновременно провести реконструктивную пластику, закрыть возникший дефект. Разработаны многочисленные авторские методики, которые уже стали рутинной практикой.

Сегодня офтальмоонкологические пациенты рассредоточены по разным федеральным клиникам, от этого страдает статистика, мы не имеем полной картины заболеваемости. Конечно, москвичи должны лечиться в специализированном центре, и объясню почему. Наше главное преимущество заключается в том, что больные со злокачественными опухолями глаз находятся у нас на пожизненном диспансерном наблюдении. Пациент регулярно наблюдается у своего лечащего врача, после каждого приема ему выдается талон на следующий прием – через три месяца, через год. Ему уже никуда не надо записываться. Все данные о пациентах хранятся в нашей картотеке, в ней более двух тысяч историй болезни. В нашем центре работают семь врачей-офтальмо-

онкологов, каждый из них кандидат медицинских наук. Я очень горжусь своим коллективом.

– Вся ваша жизнь связана с офтальмоонкологией. В чем основная специфика этой профессии?

– Офтальмоонколог – это не массовая врачебная специальность, это «штучный товар», и каждый врач, который хочет работать в этой сфере, должен пройти онкологическую подготовку. Но сейчас в этом плане есть большие сложности. По новым образовательным стандартам послевузовская подготовка ведется в рамках одной врачебной специальности. Но ни один радиолог без знаний в области офтальмологии не сможет облучить 5–20-миллиметровые опухоли, например расположенные по ресничному краю века. В нашей профессии много таких «тонких» нюансов. Не в обиду моим коллегам-хирургам – у нас все кидаются делать то, что модно. А офтальмоонкология – это трудно. Нужно не просто выявить и прооперировать пациента. Каждый больной индивидуален, каждый требует внимания, своего подхода и лечения. Для меня нет неинтересных случаев. Есть задачи, которые надо решить, и решить с максимальной пользой для больного. Это традиции российской школы медицины, которые мы не должны утратить. **ММС**

Ирина Степанова

“ Офтальмоонколог – это не массовая врачебная специальность, это «штучный товар», и каждый врач, который хочет работать в этой сфере, должен пройти онкологическую подготовку.





СЛОВО ОБ УЧИТЕЛЕ

15 июня ушел из жизни выдающийся российский ученый, специалист в области фундаментальных и клинических проблем онкогематологии, академик РАН Андрей Иванович Воробьев. Вся его долгая жизнь была посвящена служению медицине и людям. Воспоминаниями о своем учителе поделился член-корреспондент РАН Владимир Городецкий.

Повисла тяжелейшая тишина. Я pokrылся холодным потом. Идиот! Он же все понял. Как я мог! Эти минуты его молчания для меня казались часами, я их помню всю жизнь. Иосиф Абрамович лежал с закрытыми глазами, потом открыл глаза и спокойно спросил:

– Что вы читаете?

– Справочник анестезиолога.

– Для меня это новая специальность. Когда полностью проснусь, можно будет посмотреть?

– Да, конечно.

Я перевел дух, и дежурство продолжилось.

Когда я с ним переехал в так называемую спецтерапию, где были одноместные палаты, к Кассирскому пошли посетители. Он не всех привечал, так что я всегда предварительно спрашивал, кто и с какой целью, докладывал ему и в зависимости от его решения пропускал. Однажды гостями оказались высокий, рано начавший лысеть человек и маленькая хрупкая женщина.

– Мы к Иосифу Абрамовичу.

– Как сказать, кто вы?

– Андрей Иванович Воробьев и Марина Давыдовна Бриллиант.

– Хорошо.

Возвращаюсь, докладываю. Он сразу встрепнулся, приподнялся на подушке: «Это мой лучший ученик. Пусть идут».

Я набрался наглости, предупредил посетителей, что академик еще слаб и у них не более 20 минут. И сам вышел. Спустя полчаса посетители не уходили. Только я вошел, как Кассирский сам сказал: «Еще 10 минут, и мы расстанемся».

Когда они ушли, я вернулся в палату. Академик явно устал, но лежал очень довольный. Спустя какое-то время он стал сам мне рассказывать про своих гостей, было видно, что он рад их приходу. Так я узнал, как И. А. Кассирский обратил свое внимание на молодого Воробьева, как тот его спасал в тяжелой медицинской ситуации, и многое другое.

Спустя несколько дней я на сидячей каталке вывозил Кассирского к машине, которая отвезла его домой. Когда помогал ему перейти с кровати на каталку, он тихо сказал: «Умирать буду дома».

21 февраля 1971 года Кассирский скончался, завещав кафедру Воробьеву. С осени 1971-го Воробьев практически каждое утро проводил утренние терапевтические конференции. Я, если не был занят в операционной, всегда поднимался на седьмой этаж. Особенно интересно было слушать самого Воробьева и Льва Иосифовича Идельсона. Помню, как меня поразила лекция Воробьева об опухолевой прогрессии.

По вторникам общие утренние конференции вел главный врач, и рядом сидели два профессора – руководители кафедр – Воробьев и Иванов (позже – Ромашов). Воробьев всегда слушал внимательно, уточнял и очень был доволен, если ему показывали ЭКГ или рентгеновский снимок, не говоря уже об анализе крови. Чего греха таить, сдавать дежурство по вторникам не все доктора шли охотно, а мне было интересно. Но все-таки когда ранней осенью 1975 года ко мне подошла ведущая гематологическим отделением

Коновалова и сказала, что Воробьев хочет со мной поговорить, это было для меня неожиданно.

Было начало сентября, бабье лето. Марина Давыдовна Бриллиант сидела на диванчике. Сначала общий разговор: что кончались, семья-дети, чем интересуюсь. Затем главное:

– У нас есть предложение. Видели, наверно, в кабинете переливания крови в углу стоит аппарат.

– Да, стоит какая-то бандура.

– Ничего себе бандура. Это американский сепаратор клеток крови. Всего третий в стране, первый – в Онкоцентре, другой – в Институте биофизики. Не хотите им заняться?

– Но я же анестезиолог!

– Ну и что? Вы молодой, сил много. Нам очень нужно запустить его в работу. Сделать с помощью этого аппарата можно много. Подумайте. Съездите в Онкоцентр. Я договорюсь. С вашим начальством тоже поговорю.

– Хорошо. Можно посмотреть документацию?

– Она на английском языке.

– Ничего, мне помогут.

Так началась моя плотная, практически каждодневная работа с Воробьевым. Я почитал инструкции к аппарату, посмотрел, как проводятся терапевтический и донорский цитаферез в Онкоцентре. В ноябре 1975-го при активном участии сотрудника Института биофизики Селедочкина уже у себя мы провели первые цита- и плазмаферезы у гематологических больных. Все это происходило под постоянным контролем Воробьева, к которому я обращался с самыми различными вопросами, зачастую немедицинского характера. Меня же моя новая деятельность так увлекла, что я пошел в Центральную медицинскую библиотеку почитать, как и зачем применяют эту новую технику за пределами нашей страны. Оказалось, что намного чаще сепаратор

“ Воробьев всегда слушал внимательно, уточнял и очень был доволен, если ему показывали ЭКГ или рентгеновский снимок, не говоря уже об анализе крови. ”

Ушел Андрей Иванович Воробьев. Мой учитель не только по почти полувековой совместной работе в медицине, но и по жизни. Он меня вырастил, выпестовал. Постоянно вспоминаю совместно прожитое и пережитое. Странно, но даже сейчас не все могу передать на бумаге или рассказать. Но рассказывать надо, и не столько мне это нужно, сколько тем, кто столь близко с ним не работал. Я убежден, что Воробьев – личность историческая не только для отечественной медицины, но и для нашего общества в целом. Он велик и по свершениям профессиональным, и по своей гражданской позиции. Это был истинный сын своего Отечества, патриотизм доказывавший делами, а не лозунгами.

За эти дни было сказано много хороших и справедливых слов. Меньше всего мне хочется перечислять его должности, звания, ордена и медали. Скажу только, что все они заслужены ежедневным самоотверженным трудом, свидетелем которого я был на протяжении многих лет.

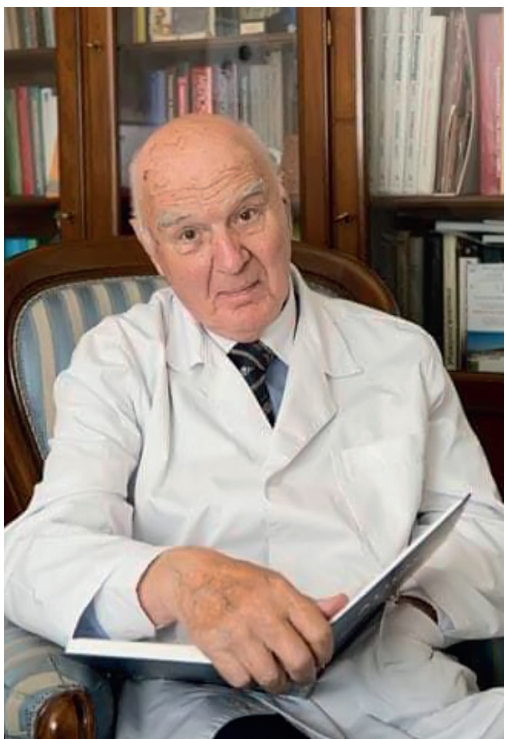
Познакомился я с Воробьевым в конце декабря 1970 года. 17 декабря в Центральной клинической больнице МПС, где тогда базировалась кафедра гематологии, оперировали ее заведующего – академика Иосифа Абрамовича Кассирского. Именно я был кем-то выбран в качестве врача, у которого в это дежурство был только один пациент – Кассирский. Когда он проснулся от постнаркозного сна, сразу спросил: «Вы кто?» Я назвал.

– Вы участвовали в операции?

– Нет. Я пришел, когда она уже закончилась.

– И что мне сделали?

– Наложили гастростому.



клеток крови использовали для донорского цитафереза, в частности для получения терапевтической дозы концентрата тромбоцитов от одного донора за одну процедуру. Вернулся в клинику, рассказываю Воробьеву, он говорит: «Что нам мешает делать донорский тромбоцитаферез?» Говорю, что мы больница, не институт и не станция переливания крови, и такая процедура отсутствует в списке разрешенных манипуляций.

Спустя пару дней Воробьев направил меня к Проховнику – полковнику медслужбы, главному врачу ЦСПК МПС. Прихожу к нему. Далее дословно: «Ты от Андрея Ивановича? Если от кого другого, я бы с тобой и разговаривать не стал. А с ним я работать буду. Сейчас все твои проблемы решим». И действительно, в течение получаса мы выработали алгоритм работы с донорами (обследование, транспортировка, оплата, контроль состояния). Этот пример я привожу, чтобы показать, что уже тогда имя Андрея Ивановича открывало любые двери.

Мы начали проводить донорский тромбоцитаферез, особенно довольны были хирурги, так как под защитой переливаемого донорского концентрата тромбоцитов спленэктомия у больных апластической анемией проходила с минимальной кровопотерей.

Однако нас поджидала другая напасть – заканчивались системы к сепаратору, а его разделительная чаша, которая подвергалась автоклавированию после каждой процедуры, пошла трещинами. Купить новые системы тогда было нереально, разделительную чашу – тем более. Что делать? Я нашел несколько статей, описывающих проведение трехкратного тромбоцитафереза по прерывистой методике. С этим я уже по протоптанной дорожке опять пришел к Проховнику и изложил ему свои идеи. Он выслушал, вызвал инженера, и тот сразу сказал, что у них есть рефрижераторная центрифуга и что он готов ее предоставить. Так рождалась отечественная технология получения терапевтической дозы концентрата тромбоцитов от одного донора.

Благодаря этой технологии мы перестали зависеть от зарубежных поставок расходных материалов. Стали работать в постоянном режиме, усилиями Воробьева нам выделили большое помещение, дали штат, и дело стало почти рутинным. По его совету я начал собирать литературу,

систематизировать и анализировать получаемый материал и его публиковать.

Но жизнь и здесь внесла поправки. 1978 год был для меня очень тяжелым. Очень трудно рождался у меня сын, буквально через месяц после его рождения умер мой папа. После этих событий я, как сейчас понимаю, впал в депрессию, жил на автомате, без эмоций и каких-либо инициатив. Весной 1979 года, выходя из библиотеки, где я брал книги на дежурство, сталкиваюсь на лестнице с Андреем Ивановичем.

– Что-то я вас редко вижу.

– Да так, работаю.

– Знаете, я вам хочу сказать. Если человек, способный подняться на новый уровень, не делает этого, он не остается на прежнем, а опускается ниже. Подумайте и приходите ко мне через неделю.

Я и сейчас помню то чувство ущемленного честолюбия, которое я испытал. Вечером следующего дня я нашел все свои заброшенные материалы и приступил к написанию диссертации. Уверен, что если бы не эти слова Воробьева, которые меня буквально перевернули и встряхнули, не было бы дальнейшей моей карьеры.

В январе 1982 года я успешно защитил кандидатскую, спустя некоторое время был назначен руководителем отделения анестезиологии и реанимации ЦКБ № 2 МПС. К этому времени в реанимационном отделении уже пару лет функционировал отдельный двухместный блок для гематологических больных. Там мы проводили терапевтический плазмаферез при миеломной болезни, начали вырабатывать тактику интенсивной терапии сепсиса у гематологических больных в состоянии миелотоксического агранулоцитоза и тромбоцитопении. Естественно, все это делалось при непосредственном участии Воробьева и его неизменной помощницы Бриллиант.

В апреле 1986-го грянула Чернобыльская катастрофа. И оказалось, что единственным в стране учреждением, владеющим эффективной и легко тиражируемой технологией получения концентрата тромбоцитов, является наша кафедра гематологии. По решению Минздрава СССР все крупные СПК Москвы работали по нашей технологии. От тромбоцитопенической кровоточивости не погиб ни один пострадавший при аварии на ЧАЭС. Думаю, что именно результаты этой работы послужили весомым

основанием вручения коллективу специалистов (руководитель – Воробьев) Государственной премии СССР.

Осенью 1987 года Андрей Иванович был назначен директором Института переливания крови (ЦОЛИПК) и пригласил перейти работать во Всесоюзный гематологический научный центр (так было изменено прежнее название института) своих учеников – Савченко, Домрачеву, Варламову, Тихонову. Я был избран по конкурсу на должность заведующего отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Начался новый этап нашей совместной работы. Никого, кроме Воробьева, я на новом месте не знал. Для многих было удивительным, что на ежедневных утренних конференциях, которыми начинался каждый рабочий день клиники, от Воробьева больше всех доставалось

Спитакском землетрясении впервые в мире при развитии у больных острой почечной недостаточности была применена технология проведения раннего терапевтического плазмафереза с замещением удаленного объема донорской свежзамороженной плазмы. Благодаря этому мы не ампутировали ни одну конечность. С подачи Воробьева решением Правительства Армении в Ереване был организован Республиканский центр интенсивной терапии краш-синдрома, куда поступали больные из пострадавших регионов.

Что было основой эффективности нашей работы? Прежде всего, научное обоснование. Здесь, по моему глубокому убеждению, проявилось величие Воробьева, его способность разглядеть главное. Глубокое понимание значимости синдрома диссеминированного

«Если человек, способный подняться на новый уровень, не делает этого, он не остается на прежнем, а опускается ниже. Подумайте и приходите ко мне через неделю».

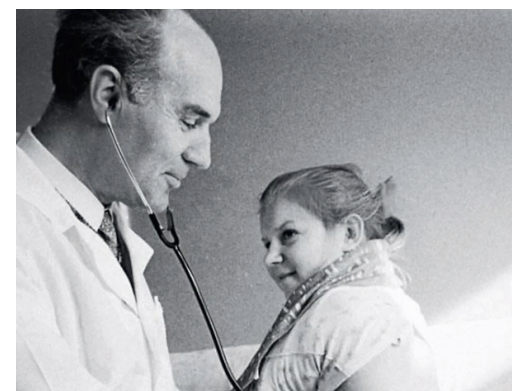
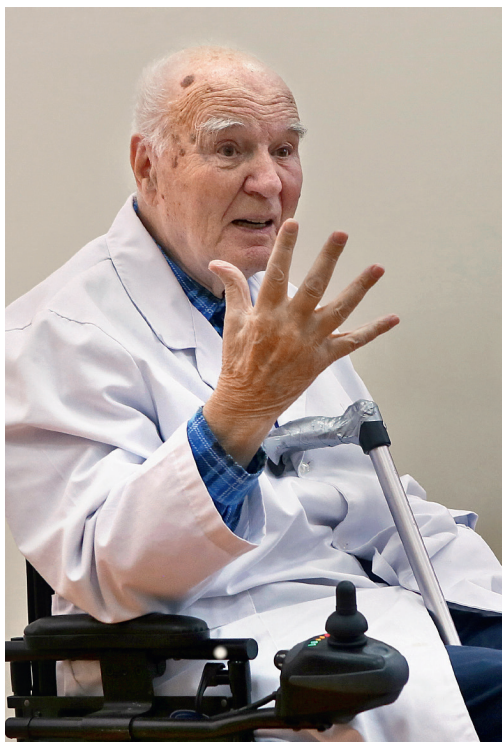
мне и сдающим дежурство анестезиологам. Но после «трепки» меня почему-то не увольняли.

К концу года мы были уже готовы переезжать в новый корпус, но 7 декабря 1988 года случилось землетрясение в Армении. Мы вылетели в Ереван. На большом транспортном самолете АН-22 мы везли с собой не только запасы свежзамороженной плазмы, но и мобильную станцию для ее заготовки, сделанную на базе обычного автобуса. Все это было организовано Андреем Ивановичем в течение нескольких часов, после того как мы узнали об истинном масштабе этой трагедии.

Работая в Ереване, мы практически ежедневно созванивались с Воробьевым, докладывая ему обстановку, наши нужды или предложения. Именно по его совету, не прекращая практической работы, преимущественно в ночное время, была написана Временная инструкция МЗ СССР по лечению синдрома длительного сдавливания. Она была отправлена в Москву и сразу же опубликована. При оказании помощи пострадавшим при

внутрисосудистого свертывания в патогенетической цепочке развития различных критических ситуаций (от острой массивной кровопотери до сепсиса и инфаркта миокарда) привело к созданию выездной гематологической бригады, которая успешно купировала кровотечение в родах и существенно сократила число операций по экстирпации матки. Необходимость антикоагулянтной терапии при COVID-19 вытекает из этой же концепции.

Думаю, что дальнейшая наша работа (Воробьева – директором в Гемцентре, министром здравоохранения в первом Правительстве России; моя – его заместителем с 1996 по 2011 год) не нуждается в столь подробном описании, она проходила у всех на глазах. Я же только хочу в заключение предложить следующее: НМИЦ гематологии должен выступить инициатором своего переименования, он должен называться НМИЦ гематологии и трансфузиологии имени А. И. Воробьева. Никто так не заслужил этого, как Андрей Иванович. Светлая ему память! **ММС**



ПРАВО НА ЧУДО

Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ отмечает седьмую годовщину с начала работы. Оно было создано в июле 2013 года, и за этот период медицинскую помощь здесь получили 3500 новорожденных с самой сложной патологией.



ОПТИМАЛЬНЫЕ СХЕМЫ

Основная особенность заключается в том, что это единственное отделение в городе, куда поступают дети до 28 дней жизни не только из родильных домов и детских городских больниц, но и из дома. Сюда госпитализируют новорожденных в критическом состоянии. Это дети с множественными врожденными пороками развития органов и систем, нарушениями системы гемостаза, орфанными и инфекционными заболеваниями, поражением центральной нервной системы, вызванным, как правило, кровоизлиянием в головной мозг. 80 % малышей имеют тяжелую дыхательную недостаточность и нуждаются во вспомогательной респираторной терапии.

«В процессе лечения любой ребенок может потребовать внимания сразу нескольких врачей-специалистов смежных медицинских дисциплин. Благодаря возможностям многопрофильного стационара при необходимости обследование и ле-

чение маленьких пациентов проводится совместно с эндокринологами, гематологами, нейрохирургами, генетиками, офтальмологами, кардиохирургами, неврологами, хирургами. Современное оснащение отделения и в целом больницы позволяет в короткие сроки проводить лабораторные и функциональные исследования. Своевременная и точная диагностика, а также мультидисциплинарный подход в лечении дают возможность подобрать эффективную терапию и спасти жизнь новорожденным с самыми грозными заболеваниями. Мы учитываем индивидуальные особенности каждого организма и выбираем наиболее оптимальные схемы лечения в рамках федеральных клинических рекомендаций и последних мировых тенденций в неонатальной практике», – отметил заведующий отделением, врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук Константин Чусов.

МАЛЫШИ-ТОРОПЫЖКИ

Одновременно в отделении могут находиться 12 пациентов. Они размещаются в одно- и двухместных боксах-палатах. Каждый из семи боксов оснащен всем необходимым оборудованием для создания максимально комфортных для ребенка условий, позволяющих минимизировать возникновение дополнительного стресса у новорожденного. Это открытые и закрытые кюветы, мониторы, специальные приборы для подачи питания, кислорода, медицинских препаратов. На высоком уровне оснащены все помещения отделения: в реанимационном зале оборудованы современные места для интенсивной терапии, а в процедурном кабинете установлен аппарат, который позволяет в абсолютно стерильных условиях собирать инфузионную среду (инфузия, антибактериальные препараты, парентеральное питание) для детей.

«Порядка 70 % госпитализированных новорожденных – недоношенные с низкой и очень низкой массой тела. Вес таких деток – от 500 грамм до полутора килограммов. Помимо лечения основного заболевания они нуждаются в особой заботе и выхаживании. Поэтому в кюветах закрытого типа для глубоко недоношенных детей поддерживается атмосфера, максимально приближенная к внутриутробной: температура и влажность воздуха устанавливаются в соответствии с возрастом и весом ребенка, а защитные фартуки предупреждают попадание света. Самый маленький пациент, который поступил в отделение, весил всего 480 грамм. Мальчику оказали всю необходимую помощь. Когда его состояние стабилизировалось, он продолжил лечение в неонатологическом отделении. Малыш успешно набрал вес и был выписан домой», – сообщил Константин Чусов.



СЕАНСЫ КЕНГУРУ

Средний срок нахождения ребенка в отделении реанимации составляет 7 дней. В том случае, если малыш в стабильном состоянии, мама может находиться вместе с ним и помогать в уходе. Если по медицинским показаниям совместное размещение невозможно, родители могут посещать новорожденного. По словам врача, положительно зарекомендовали себя так называемые «сеансы кенгуру», когда малыша выкладывают на грудь матери. Также созданы условия для поддержки грудного вскармливания. Мама может принести сцеженное грудное молоко из дома или воспользоваться молокоотсосом в специальной комнате.

«В нашем отделении работает 8 врачей и 19 медицинских сестер. Условия труда для персонала в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных – одни из самых не-

простых в медицине, и не каждый способен выдержать такой напряженный ритм. Но за эти годы у нас сформировался сплоченный коллектив: каждый врач и медицинская сестра работают с огромной отдачей, вниманием и ответственностью. Хотел бы особо отметить работу медсестер, на чьих плечах лежит около 80 % успеха в лечении любого пациента», – подчеркнул Константин Чусов.

Профессиональная подготовка медицинских кадров, оснащенность отделения медицинским оборудованием и лекарственными препаратами, чуткое отношение к детям обеспечивают успех проводимого лечения. И многие родители спустя время не забывают врачей и медицинских сестер отделения и делятся с ними достижениями своих крох. Так появилась доска «Выпускники ОРИТН», глядя на которую медицинские сотрудники черпают силы для спасения самых маленьких пациентов. **ММГ**

КЛЕЩИ АТАКУЮТ

На сайте НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ вышел новый ролик из цикла «Это должен знать каждый», в котором рассказано, как обезопасить себя от укуса клеща и что делать, если этого не удалось избежать. Советами делится заведующая Организационно-методическим отделом по инфекционным болезням ДЗМ, к. м. н. Елена Кардонова.



Кровососания проходит 1–2 часа, потому что, попадая на одежду с травы или низких кустарников, клещ ползет вверх, цепляясь за одежду. Подходящее для присасывания место он может искать 2–3 часа. Паразиту нравятся спина, голова, подмышки и пах. Если клещ инфицирован, заражение человека или животного происходит в первые минуты присасывания. Клещи могут стать разносчиками целого букета заболеваний. Среди самых распространенных: клещевой энцефалит и болезнь Лайма (боррелиоз). Симптомы клещевого энцефалита проявляются примерно через 1–3 недели после заражения: это головные боли, рвота, потеря сознания на фоне повышенной до 39–40 °С температуры тела. При развитии болезни Лайма, как правило, на месте присасывания клеща появляется красное кольцевидное пятно диаметром от 5 до 10 см. Первые симптомы похожи на грипп: слабость, лихорадка, головная боль, боли в мышцах и суставах. Они появляются через 10–30 дней после заражения. Но на самом деле заболеваний, передаваемых через укусы клеща, намного больше, и подвержены им все люди вне зависимости от пола или возраста.



КАК ПОНЯТЬ, ПРИСОСАЛСЯ ИНФИЦИРОВАННЫЙ КЛЕЩ ИЛИ ОБЫЧНЫЙ?

На глаз отличить клеща-носителя инфекционных болезней от здорового невозможно. Разобраться в этом поможет специалист в лаборатории. Нужно сохранить извлеченного клеща и отдать его на исследование. Кстати, наиболее неблагоприятные регионы по заболеваемости клещевым энцефалитом из ближайших к Москве – два района Московской области: Талдомский и Дмитровский, еще из близлежащих территорий опасны Тверская и Ярославская области. На территории Москвы и Московской области есть опасность заразиться клещевым боррелиозом. С перечнем эндемичных территорий по клещевому энцефалиту можно ознакомиться на официальном сайте Федеральной службы Роспотребнадзора.



КОГДА КЛЕЩИ НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ?

Клещи активны только в теплое время года с повышением температуры до +3–5 °С. Наибольшая вероятность встретиться с паразитом – в мае и июне, когда люди стремятся вырваться на природу. Клещи любят влажную погоду и тенистые места. Есть заблуждение, что они обитают на деревьях. Но клещи не умеют летать или прыгать и живут на невысоких растениях. Особенно много паразитов в траве возле лесных дорожек. Ученые выяснили, что в эти места клещей привлекает запах животных и людей.



МОЖНО ЛИ ПОЧУВСТВОВАТЬ УКУС КЛЕЩА?

Слюна насекомого содержит анестетик и действует как обезболивающее средство, поэтому обнаруживают клещей на ощупь или при тщательном осмотре тела. Ссадины и зуд на месте присасывания могут возникнуть спустя 6–12 часов. Чаще всего паразита удается обнаружить до того, как он наестся и сам отвалится от жертвы. С момента попадания клеща на одежду человека до начала



МОЖНО ЛИ ПРЕДУПРЕДИТЬ РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНОСИТ КЛЕЩ?

Если позаботиться о профилактической прививке заранее, продумать элементарную защиту, то можно значительно снизить риск самых неприятных последствий от встречи с клещом. Меры специфической профилактики клещевого вирусного энцефалита включают профилактические прививки, которые делаются в прививочных пунктах на базах поликлиник, медсанчастей, оказывающих данную услугу, после консультации врача. Делать это необходимо за 1–1,5 месяца до предполагаемой даты выезда на неблагоприятные по клещевому энцефалиту территории или ввести иммуноглобулин за 24–48 часов до выезда в эндемичный район, но не позднее 96 часов после укуса клеща.



КАК ЭКИПИРОВАТЬСЯ ДЛЯ ПРОГУЛКИ В ЛЕСУ, ЧТОБЫ НЕ ОСТАВИТЬ КЛЕЩУ ШАНСОВ ПРИСОСАТЬСЯ К КОЖЕ, И НА ЧТО СТОИТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ ПОСЛЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ ДОМОЙ?

- В лесу носить однотонную и светлую одежду, чтобы облегчить быстрый осмотр для обнаружения;
- брюки заправлять в сапоги, гольфы или носки с плотной резинкой, верхнюю часть одежды – в брюки;
- манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке;
- ворот рубашки и брюки должны быть без застежки или иметь плотную застежку, под которую не может проползти клещ;
- на голову надевать капюшон, пришитый к рубашке, куртке, заправлять волосы под косынку, шапку;
- применять акарицидные средства индивидуальной защиты от клещей;
- проводить осмотры тела каждые 10–15 минут;
- не садиться и не ложиться на траву;
- стоянки и ночевки в лесу устраивать на участках, лишенных травяной растительности, или в сухих сосновых лесах на песчаных почвах;
- после возвращения из леса или перед ночевкой снять одежду, тщательно осмотреть тело и одежду;
- не заносить в помещение свежесобранные растения, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи;
- осматривать собак и других животных и удалять паразитов при помощи пинцета.



КАК ПРАВИЛЬНО САМОСТОЯТЕЛЬНО СНЯТЬ ПРИСОСАВШЕГОСЯ КЛЕЩА?

Чем раньше клещ будет удален, тем ниже риск заражения. Но лучше доверить эту задачу врачу в травматологическом пункте в поликлинике. Снимать клеща следует очень осторожно, чтобы не оборвать хоботок, который глубоко и сильно укрепляется на весь период присасывания. Но если нет возможности обратиться в медицинское учреждение, то удалить клеща можно в домашних условиях. Для этого следует захватить клеща пинцетом или обернутыми чистой марлей пальцами как можно ближе к его хоботку. Держать строго перпендикулярно поверхности укуса и, повернув тело клеща вокруг оси, извлечь его из кожных покровов. Клеща поместить в какую-либо емкость со смоченным кусочком марли или ваты, чтобы отправить в лабораторию. Руки вымыть с мылом. Место укуса требуется продезинфицировать 70 % спиртом, 5 % раствором йода, одеколоном или другим имеющимся подходящим средством. Если клеща не удалось аккуратно удалить, у него оторвалась головка или хоботок, то их нужно оставить на коже и обработать 5 % раствором йода. Позже произойдет естественная элиминация – отмирание и удаление с кожных покровов.



ЧТО БУДЕТ, ЕСЛИ В ЛАБОРАТОРИИ ОБНАРУЖАТ, ЧТО КЛЕЩ ИНФИЦИРОВАН?

Если при обследовании в насекомом будут обнаружены возбудители заболеваний, врач назначит профилактическое лечение. Лечение также будет рекомендовано в случае, если клещ утерян или провести лабораторный анализ носителя невозможно. **ММС**

Евгения Воробьева



Наибольшая вероятность встретиться с паразитом – в мае и июне, когда люди стремятся вырваться на природу. Клещи любят влажную погоду и тенистые места.

ДЕБЮТ ХИРУРГА

ГКБ № 17 ДЗМ была перепрофилирована для оказания помощи пациентам с новым типом коронавирусной инфекции в апреле. Врачи, медсестры и младший персонал работали на износ: они забыли о выходных, долгое время не видели своих детей. Многие оказались на больничном еще в самом начале перепрофилирования учреждения. Отделение общей хирургии «оголилось» буквально за день перед открытием больницы в новом статусе. Из основного состава врачей осталось трое: молодые хирурги практически без опыта административной работы. Срочно нужна была кандидатура исполняющего обязанности заведующего отделением. Выбор пал на хирурга Дмитрия Омеляновича.



вать изменение состояния больного», – объясняет исполняющий обязанности заведующего отделением.

Он вспоминает, что порой самые тяжелые пациенты с четвертой степенью поражения легких выходили из больницы планомерно, а более легкие, без серьезных сопутствующих заболеваний, вдруг на глазах начинали слабеть, требовать кислородной поддержки. Конечно же, к этому тоже нужно было привыкнуть и всегда держать ухо востро.

Первый месяц персоналу отделения пришлось работать без выходных – ежедневные смены по 12 часов. Тяжело, но ответственность и внутренняя необходимость знать все, что происходит в отделении, не давала расслабиться. Быстро сориентироваться и рассортировать пациентов по тяжести состояния помогал годами нарабо-

и эффективно наладил систему взаимодействия в отделении, привлек молодых специалистов, ординаторов, очень вдумчиво и внимательно, но в то же время оперативно ранжировал поток пациентов. Отлично наладил работу, которая принесла замечательный результат. Можно только гордиться такой сменой!»

Совсем недавно клиника снова обрела многопрофильный статус, и наставник Дмитрия Омеляновича, заведующий отделением, к. м. н. Андрей Сушко уже вернулся к своим обязанностям. Но отличный дебют молодого врача не остался незамеченным, указом президента России он награжден Почетной грамотой. **ММС**

Татьяна Левачева

“Самым сложным было даже не принять и оформить в одночасье весь поток больных, обследовать и назначить им лечение, а проследить за изменением состояния каждого пациента.”

Молодой человек оказался не из робкого десятка, быстро вник во все поставленные руководством задачи.

«Когда узнал о своем назначении, переживал, конечно, но и, безусловно, понимал всю ответственность, которую на меня возложили: такое доверие нужно было оправдать и отстоять честь своего отделения! Облачился в защитный костюм и пошел работать», – рассказывает Дмитрий Омелянович.

Заполнилось отделение молниеносно: за первые 18 часов приняли 65 пациентов, а через сутки их было уже 88. Справиться с ними при дефиците кадров было очень непросто. Но на помощь пришли коллеги из других отделений больницы, за что Дмитрий Омелянович очень благодарен им.

«В таких ситуациях понимаешь, что значит взаимовыручка! Самым сложным было даже не принять и оформить в одночасье весь поток больных, обследовать и назначить им лечение, а проследить за изменением состояния каждого пациента. Вирус характеризуется зачастую необъяснимым скачкообразным поведением, каждый организм по-своему реагирует на одну и ту же терапию... и важно не пропустить ухудшение, своевременно скорректировать комплекс лечения, спрогнозиро-

ванный опыт хирурга: кому необходимо постоянное внимание, того мониторили как минимум раз в три часа. Тех, у кого начинались симптомы дыхательной недостаточности, – быстро переводили в реанимацию. Пациентов с отчетливым продвижением к выздоровлению на четвертый-пятый день выписывали на амбулаторное лечение.

«Хоть больница и была перепрофилирована, мы были готовы оказать срочную хирургическую помощь. И таких случаев было немало: необходимость в экстренном оперативном вмешательстве возникала у пациентов стационара. Крайне неудобно оперировать в защитных костюмах, в масках, при полном отсутствии вентиляции, потому что в инфекционных стационарах она запрещена и отключена, но когда идет речь об угрозе человеческой жизни, не приходится задумываться», – говорит Дмитрий Омелянович.

И добавляет, что, несмотря на все неудобства и трудности, медицинские сотрудники не жалуются. Все их жертвы будут оправданы, когда вирус окончательно отступит.

О дебюте Дмитрия Омеляновича с уважением и гордостью говорит заместитель главного врача по хирургии ГКБ № 17 ДЗМ, д. м. н., профессор Сергей Ларичев: «Он очень достойно справился с нелегкой задачей: быстро



Фото: пресс-служба ГКБ № 17 ДЗМ

“Несмотря на все неудобства и трудности, медицинские сотрудники не жалуются. Все их жертвы будут оправданы, когда вирус окончательно отступит.”

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, 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. Синец, С. В. Сметанина,

И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева,
М. Ш. Хубутия, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов
Главный редактор
Алексей Иванович Хрипун
Шеф-редактор
Оксана Анатольевна Плисенкова

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

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.
Над выпуском работали: управление коммуникаций НИИОЗММ ДЗМ. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Алина Хараз.
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:

