

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 28 сентября 2020 года
Департамент здравоохранения Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 37 (139)
www.niioz.ru

МЕДИЦИНА И СТАТИСТИКА

Об особенностях работы
статистиков в медицинской
сфере и подготовке кадров –
руководитель аппарата
Российской ассоциации
статистиков
Елена Пономаренко.

>> читайте стр. 3



фото: mos.ru

НАГРАДА БОРЦАМ

Мэр Москвы Сергей Собянин наградил столичных врачей за борьбу с пандемией COVID-19. Группе врачей вручили почетные знаки «Заслуженный врач города Москвы» за большой вклад в совершенствование и развитие здравоохранения, плодотворную работу по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией. «Когда десятки тысяч москвичей заболели коронавирусом, более того, тысячи оказались тяжело больными, то, конечно, все взоры были обращены на врачей. Речь шла не просто о болезни, а о здоровье и жизни людей. Самых людей и их родных и близких. В этой ситуации то, что вы сделали, – это, конечно, можно назвать подвигом», – сказал Сергей Собянин. Кроме того, несколько специалистов получили звания «Почетный медицинский работник города Москвы», «Почетный работник здравоохранения города Москвы». Медработникам мэр вручил почетные грамоты Правительства Москвы и объявил благодарность мэра Москвы. Списки награжденных размещены на mos.ru. [MMC](#)

ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ

Звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» присвоено заведующему кафедрой госпитальной хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, врачу-хирургу ГКБ № 31 ДЗМ, д. м. н., профессору Сергею Шаповальянцу. Награда присваивается в том числе за заслуги в разработке приоритетных направлений науки и техники и за развитие и осуществление научно-исследовательской деятельности в образовательных организациях высшего образования Российской Федерации с привлечением к работе студентов, аспирантов и молодых ученых. [MMC](#)

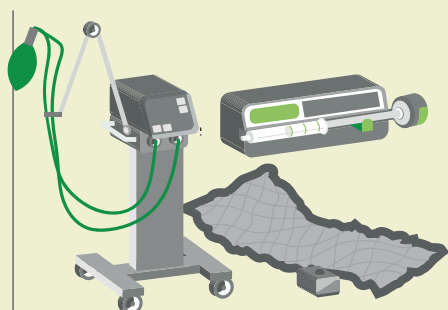
ВОЗМОЖНОСТИ ЭМК

Мэр Москвы Сергей Собянин в личном блоге рассказал о расширении функций электронной медицинской карты (ЭМК). «В будущем мы планируем запустить “сигнал тревоги” – в случае серьезных отклонений от нормы ЭМК подает знак, что нужно срочно обратиться к врачу. В наших планах – дальнейшее расширение функционала и возможностей ЭМК – сервиса, который улучшает и продлевает жизнь. В прямом смысле этого слова», – написал мэр. Пользователям ЭМК уже доступна функция автоматической передачи показателей здоровья с гаджетов. Синхронизация мобильного приложения с сервисом настраивается в «ЕМИАС.ИНФО». Информация будет отображаться в разделе «Мои дневники». [MMC](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



«ДЕТАЛИ» СЕРДЦА
Случай из практики – стр. 4



ПОМОЩЬ НА ДОМ
Памятка – стр. 6



МУЖСКАЯ БОЛЕЗНЬ
Советы специалиста – стр. 7

ПОМОЩЬ УЗБЕКИСТАНУ

35 врачей ДЗМ вылетели в Узбекистан, чтобы оказать консультативно-методическую и практическую помощь в лечении пациентов с COVID-19 местным коллегам.

Медицинскую бригаду возглавляет врач-хирург ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ Константин Покровский, который уже имеет опыт подобных командировок во Владикавказ и Республику Тыва. Мультидисциплинарная бригада состоит из врачей-инфекционистов, анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, врача лабораторной диагностики, медицинских сестер – анестезистов, эпи-



Фото: mosgazd.ru

демиологов, начальника кислородно-газификационной службы, пульмонологов и терапевтов. Специалисты работают в ведущих столичных стационарах и детских инфекционных больницах ДЗМ. По-

ездка в Узбекистан стала вторым межгосударственным сотрудничеством в борьбе с COVID-19 для столичных врачей. Так, в июле подобная мультидисциплинарная бригада посещала Казахстан. **МММС**

РОБОТИЗИРОВАННАЯ АПТЕКА

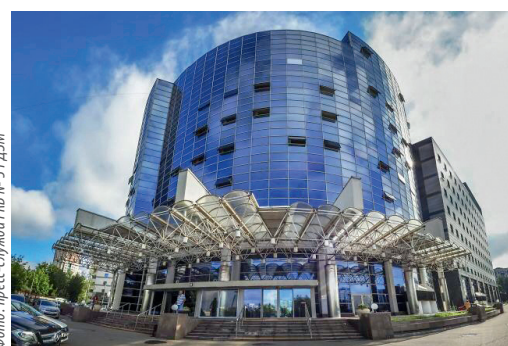


Фото: пресс-служба ГКБ № 31 ДЗМ

На территории ГКБ № 31 ДЗМ построят травматолого-ортопедический корпус с первой в столице роботизированной аптечной системой. Строительство завершится в 2022 году.

Корпус будет рассчитан на 40 коек в отделении ортопедии и 60 коек в двух отделениях травматологии. Также в нем разместят травмпункт на 50 посещений в сутки, отделение реанимации, физиоте-

рапии и восстановительного лечения, два операционных блока. Роботизированная аптечная система будет оснащена функцией интеллектуального автоматизированного хранения медикаментов с момента их приема продукции до выдачи пациенту в палате, реанимации или операционной. Она позволит оптимизировать и уменьшить запасы лекарств в отделениях, ускорить их выдачу. Корпус будет находиться по адресу: ул. Лобачевского, д. 42. **МММС**

ТРАВМА МОТОЦИКЛИСТА

Специалисты травматологического отделения ГКБ № 17 ДЗМ провели сложную операцию мужчине, попавшему в аварию на байке. Пациент получил перелом костей правого бедра и правой голени.

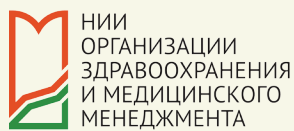
Многочисленные операции не приносили успеха – металлофиксаторы на большеберцовой кости ломались в зоне несросшегося перелома. В результате сформировался ложный сустав средней трети костей правой голени. Развился иммобилизационный остеопороз костей



Фото: пресс-служба ГКБ № 17 ДЗМ

голеней с нарушением питания большеберцовой кости в зоне установленной пластины – при таком диагнозе кости

становятся хрупкими. Пациент обратился за помощью к заведующему отделением травматологии ГКБ № 17 Сергею Новикову. «В ходе четырехчасовой операции нам необходимо было очень аккуратно, не нарушая биологию кости, через минимальные разрезы над головками винтов извлечь сломанный фиксатор. Затем установить новый», – объяснил Сергей Новиков. В ходе операции был применен метод трансплантации аутокости. После реабилитации к пациенту вернется привычное качество жизни. **МММС**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Пандемия и кадры

Аналитики отдела организации здравоохранения НИИОЗММ ДЗМ – д. э. н. Ольга Александрова и к. э. н. Наталья Аликиперова – в рамках проекта «Научно-методическое сопровождение профессионального роста специалистов и прогноз развития кадрового обеспечения государственной системы здравоохранения города Москвы» опубликовали научную статью «Анализ профессиональной подготовки и востребованности среднего медицинского персонала в условиях современной политики здравоохранения» в журнале «Экономика и предпринимательство». В работе представлены результаты исследования, посвященного образовательному и кадровому потенциалу медицинских сестер столичных орга-

низаций здравоохранения. Рассмотрены вопросы перемещения персонала в обычных условиях труда и во время пандемии, а также проблемы кадрового обеспечения и другие аспекты. Подробнее на niiroz.ru.



Доступ к научной базе

Сотрудникам организаций, подведомственных ДЗМ, открыли доступ к 14 международным базам научных работ. Российский фонд фундаментальных исследований предоставил НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ сублицензионный доступ к научным электронным ресурсам в сфере медицины, медицинских технологий и смежных областях. Это позволит московским медикам бесплатно пользоваться библиотеками научных публикаций. На постоянной основе

открыт доступ к коллекции журналов издательства Elsevier за 2016–2020 гг. (более 2500 наименований) и ресурсам издательства Springer Nature. В тестовом режиме открыты 12 ресурсов.

«В процессе взаимодействия НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ и РФФИ для российских врачей был организован бесплатный доступ к крупнейшим базам научных знаний. Коллекции журналов и базы данных станут современными инструментами для осуществления научной деятельности, поиска, анализа и систематизации актуальной мировой научной информации по различным направлениям медицины и смежным областям», – рассказал эксперт аналитического отдела НИИОЗММ ДЗМ Сергей Горбатов.

Получить доступ к базам можно, кликнув на название необходимого ресурса в разделе «База знаний врача» на сайте niiroz.ru.



МНЕНИЕ

БЕЗОПАСНОСТЬ В МЕДИЦИНЕ



Дмитрий Сычев,
ректор РМАНПО,
член-корреспондент РАН,
профессор, доктор медицин-
цинских наук

Системы подготовки врачей по вопросам безопасности медицинской деятельности активно развиваются в разных странах мира. Центральное внимание уделяется подготовке преподавательских кадров – будущих проводников общей методологии и культуры обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях.

Всемирная организация здравоохранения обозначила наиболее актуальные цели и направления обучения таких специалистов, на основе которых развиваются национальные образовательные программы.

В феврале 2020 года на совещании ректоров медицинских вузов министр здравоохранения Михаил Мурашко подчеркнул, что назрела необходимость включения в образовательные программы вопросов безопасности медицинской помощи, в том числе безопасного применения лекарственных средств и медизделий. В этой связи необходимо понимать, какие компетенции необходимо сформировать у врачей различных специальностей в медицинских организациях. Среди них: системный подход к безопасности, междисциплинарное взаимодействие, доказательная медицина и наука о внедрении протоколов обеспечения безопасности пациентов. Извлечение уроков из неблагоприятных событий – еще один очень важный компонент и принцип непрерывного медицинского образования в этой области. И, конечно, специальные вопросы, к которым относятся лекарственная и хирургическая безопасность, инфекционный контроль, безопасное пребывание пациента в медорганизации (профилактика падений, пролежней и т. д.).

В РМАНПО разработана концепция образовательного проекта по формированию компетенций у медицинских работников в области безопасности. Она в том числе направлена на внедрение вопросов безопасности в программы высшего образования (ординатуру) и дополнительного профессионального образования (программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов). В настоящее время разработаны и реализуются четыре программы по разным направлениям обеспечения безопасности пациентов, проводятся научные исследования, образовательные мероприятия в рамках НМО, в том числе с международным участием, разработаны интерактивные образовательные модули. Опыт в области образования по вопросам безопасности мы активно будем транслировать в наших филиалах и активно двигаться вперед к решению новых задач. **МММС**

ЕЛЕНА ПОНОМАРЕНКО: «МЕДИЦИНСКИЙ СТАТИСТИК ДОЛЖЕН ХОРОШО РАЗБИРАТЬСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ДИСЦИПЛИНАХ»



8–9 октября пройдет Второй съезд «Статистика здравоохранения нового времени». В преддверии этого знакового для столичного медицинского сообщества мероприятия об актуальных проблемах статистики в целом и в медицине в частности рассказала руководитель аппарата Российской ассоциации статистиков Елена Пономаренко.

Если говорить о статистике, то «болезней» точек тут несколько. Первая уходит корнями в наше советское прошлое и касается статистического образования в целом. Экономистов по специальности «Статистика» для работы в системе государственной статистики всех республик СССР, а также для социалистических и многих развивающихся стран готовил Московский экономико-статистический институт (МЭСИ). Это была очень сильная школа, хотя и специфичная, рассчитанная на реалии плановой советской экономики. Отраслевые вузы читали курсы по статистике для других специальностей, так или иначе связанных со сбором и обработкой статистических данных. Среди прочих направлений там присутствовали и элементы медицинской статистики, она также служила интересам государства. Медицинская статистика того времени – это скорее элементы статистического учета, сводка отчетных данных, а не их анализ и выявление закономерностей.

После распада СССР и ликвидации плановой экономики система некоторое время просуществовала, но масштабы ее постоянно сокращались. Затем МЭСИ был фактически ликвидирован, а сама специальность «Статистика» исчезла из перечня направлений высшего образования. Потребовалось несколько лет, чтобы восстановить специальность на новой основе, но, к сожалению, статистика за это время ушла из учебных планов многих вузов.

Вторая важная проблема – в новых реалиях сама статистика становится совершенно другой. Это уже не наследие советского планового хозяйства. Мы вслед за другими странами воспринимаем статистику как междисциплинарную специальность, связанную со сбором, обработкой и анализом массива данных во всех отраслях знаний. При этом данные собираются не только и не столько из отчетности предприятий, сколько из специальных исследований, административных источников, так называемых больших данных. Вузы – технические в том числе – начинают получать лицензию на «новую» статистику.

– А нужна ли вообще такая специальность, как «медицинский статистик»?

– Строго говоря, этот вопрос стоит задать непосредственно медикам, им в их ежедневной работе нужны достоверные данные о факторах, влияющих на заболеваемость, о статистических параметрах воздействия на человеческий организм лекарственных средств, о предупреждении заболеваний и множестве других смежных вопросов. Статистики здесь играют второстепенную роль, они «подносят патроны»: правильно собирают данные, анализируют с помощью фор-

мальных математических методов, визуализируют и выдают результат.

Но как показывает современная ситуация, запрос на специалистов в области медицинской статистики в обществе есть. Да, существуют общие для статистики правила и методы. Но только человек имеющий специальную медицинскую подготовку может в полной мере интерпретировать полученные данные, касающиеся здоровья людей. Статистик должен понимать, для чего что делается, чтобы корректно организовать исследование. Медицинская статистика – это гораздо шире, чем подсчет и методология. Это обоснование. Это обеспечение прогресса медицины.

– Какими компетенциями и знаниями должен обладать студент, чтобы стать медицинским статистиком?

– Медицинский статистик должен владеть не только методологией сбора и обработки данных, но и хорошо разбираться в медицинских дисциплинах. По этой причине вопросы подготовки кадров в области медицинской статистики сегодня отданы на откуп медицинским вузам, именно они определяют необходимость введения такой специализации в свои учебные планы.

Но и здесь есть свои сложности, например, срок обучения студентов по специальности «медицинский статистик». Когда мы говорим о практикующем оперирующем враче, которого учат шесть лет и который потом регулярно проходит повышение квалификации, мы понимаем, для чего предпринимаются такие усилия как со стороны преподавательского состава, так и со стороны обучающихся. Требуется время для приобретения профессии, для наработки «профессионализма», так как цена ошибки в данном случае – здоровье и жизнь человека.

Но понятно и другое: медицинскому статистiku такое обучение избыточно. Конечно, в работе медицинских статисти-

ков много своих нюансов, но, в общем, для овладения базовым статистическим инструментарием в предметной области, возможно, достаточно бакалавриата, а может быть, и, в отдельных случаях, среднего профессионального образования. Медицинская практика как таковая здесь, вероятно, тоже не нужна. Полноценного традиционного образования врача статистику не требуется. Какие есть пути решения этой проблемы – пока непонятно, здесь необходимо плотное взаимодействие не только с руководством вузов, но и с Минздравом и Правительством РФ. Эти вопросы сегодня в приоритете для Российской ассоциации статистиков.

– В октябре пройдет II Съезд медицинских статистиков, представители Российской ассоциации статистиков будут модераторами одной из секций. Какие темы планируется затронуть?

– Предстоящее мероприятие на этапе становления статистики как междисциплинарного направления очень важно. Это площадка для диалога, для встречи и дискуссий различных специалистов. В связи с тем, что статистику удалось перевести в междисциплинарную область, появилась возможность развития специалистов внутри отрасли, переквалификации на месте. Нужно привлечь внимание к теме подготовки кадров, необходимости разработки профессиональных стандартов статистиков для системы здравоохранения, имеющимся проблемам и поиску возможных путей их решения. Спорных вопросов много. Нужно ли готовить медицинских статистиков, на какой базе, каким должен быть их уровень подготовки? И даже более глобально – что будет рентабельнее: обучить врача статистическим методам или математику преподавать основы медицинских знаний? Очень рассчитываем на конструктивный диалог и плодотворное сотрудничество. **ММС**

Наталья Епифанова



8 И 9 ОКТЯБРЯ В ОНЛАЙН-ФОРМАТЕ ПРОЙДЕТ II СЪЕЗД МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ МОСКВЫ «СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ».

Второй съезд медицинских статистиков посвящен поиску путей оперативной трансформации статистики здравоохранения в новое время. На пленарное заседание приглашены представители

Министерства здравоохранения РФ, Департамента здравоохранения Москвы, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федеральной службы государственной статистики, Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, ведущих профильных вузов.

За участие в съезде начисляются баллы для аккредитации в системе непрерывного медицинского образования. Зарегистрироваться для участия можно на сайте **medstat.nioz.ru**.



«ДЕТАЛИ» СЕРДЦА

Кардиохирурги ГКБ имени В. В. Вересаева ДЗМ выполнили сложнейшую операцию на сердце. Ее уникальность заключается в том, что протезирование аортального клапана проведено пациенту с врожденным пороком сердца: крайне тяжелым стенозом и критическим снижением сократительной функции левого желудочка.



Скорая помощь доставила в больницу Вересаева пациента 62 лет с жалобами на сильную одышку при любой, даже минимальной, физической нагрузке, потере сознания, давящие боли за грудиной. У мужчины с рождения был порок сердца – двустворчатый аортальный клапан. Створки его кальцинировались и практически не раскрывались, что препятствовало нормальному току крови из левого желудочка в аорту. Диаметр отверстия, через которое прокачивалась кровь, был очень узким, и из-за неправильной работы мышечного органа (фракция выброса левого желудочка составляла 15 % при норме 55–65 %) кровоснабжение тканей всего организма было критически недостаточным, что, в конечном итоге, грозило летальным исходом.

Наличие любых пороков сердца приводит к тому, что сердечная мышца быстро изнашивается и перестает должным образом выполнять свою функцию. В критических ситуациях, когда декомпенсация порока не лечится вовремя лекарствами и операциями, развивается тяжелая сердечная недостаточность, которая способна привести к летальному исходу. Поскольку сердце пациента длительное время работало с перегрузкой, прокачивая кровь через отверстие размером с кончик пинцета, стенки его гипертрофировались – значительно увеличились в размерах и потеряли сократительную способность. При таких показателях проведение полостной операции сопряжено с большими рисками – сердце после остановки на время операции могло пострадать и не запуститься вновь.

После проведения консультаций с коллегами из федеральных медицинских центров кардиохирургического профиля Москвы было решено проводить щадящую операцию через бедренную артерию – вальвулопластику аортального клапана с одномоментным эндоваскулярным протезированием (TAVI). Однако в связи с прогрессивно ухуд-

шающимся состоянием пациента, жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца, нарастающими дозировками препаратов, поддерживающих его функцию на врачебном консилиуме было принято решение о проведении неотложного гибридного вмешательства в условиях больницы Вересаева: эндоваскулярной вальвулопластики с последующим отсроченным открытым кардиохирургическим вмешательством – протезированием аортального клапана.

Критические показатели работы сердечной мышцы предопределили сложность проведения хирургического вмешательства. Операция проводилась

в условиях вспомогательного кровообращения, функцию сердца на этом этапе заменил аппарат ЭКМО с его периферическим подключением. Но манипуляция привела лишь к кратковременному эффекту. В течение суток показатели функции клапана и левого желудочка стали опять снижаться. Тогда было принято решение о срочном выполнении открытого оперативного вмешательства, сопряженного с большим риском. В условиях искусственного кровообращения на остановленном сердце произведено протезирование аортального клапана механическим протезом.

Операция прошла успешно. Функция клапана была восстановлена, и сердце заработало вновь, не ощущая препятствия. Для поддержания его работы в связи с критическим исходным состоянием вспомогательное кровообращение продолжалось еще в течение двух суток. К этому времени состояние пациента стабилизировалось: улучшилось функциональное состояние сердца, фракция выброса левого желудочка составляла 42 %. Вспомогательное кровообращение было прекращено. Пациент более не нуждался в поддержке и был выписан после курса восстановительного лечения.

По прошествии трех месяцев после операции показатели функции сердца вернулись к значениям обычного человека (фракция выброса левого желудочка – 56 %). И в настоящее время больной приступил к трудовой деятельности с полной физической активностью. **ММС**

Эльвира Чеснокова

Наличие любых пороков сердца приводит к тому, что сердечная мышца быстро изнашивается и перестает должным образом выполнять свою функцию.



ПРЯМАЯ РЕЧЬ



Василий ТЕРЕЩЕНКО,
заведующий
кардиохирургическим
отделением,
сердечно-
сосудистый
хирург

“ У пациента, которому провели операцию, сердце оказалось настолько изношено, что сама возможность операции вызывала сомнения у медиков, ее исход мог быть разным. Ранее мужчина уже обращался за помощью, но тяжесть его состояния, сложность ситуации не позволяли специалистам решиться на необходимую манипуляцию. Зачастую прогрессирование патологии оказывается внезапным и не зависит от степени сознательности самого пациента. Проблема в уязвимости самой “детали” сердца».



Михаил СТРУЦЕНКО,
заведующий
отделением рентгенохирургических
методов лечения,
эндоваскулярный
хирург

“ Пациент был в крайне тяжелом состоянии. Сразу открытую операцию делать было опасно. Коллективно было решено первым этапом выполнить баллонную вальвулопластику кальцинированного клапана. Это малоинвазивное вмешательство через прокол в бедренной артерии, когда баллонный катетер раскрывается в кальцинированном аортальном клапане. Благодаря этой операции увеличилась подвижность створок аортального клапана и площадь его отверстия, что быстро улучшило гемодинамику пациента и дало возможность дальше выполнить открытую операцию по замене клапана».



Заур ШОГЕНОВ,
заведующий
отделением анестезиологии-реанимации
для лечения
больных кардиологического
профиля, кардиолог,
реаниматолог

“ Человек с пороком сердца должен находиться под наблюдением специалиста, который будет контролировать его состояние и при необходимости сможет вовремя принять решение об оперативном вмешательстве. Сложность заключается в том, что эти больные не всегда выявляются в раннем периоде и в большинстве случаев попадают к врачу, когда уже возникают осложнения. Тактика ведения пациентов с пороком сердца может быть разной и зависит от степени выраженности патологии».

ВЫЗОВЫ ФТИЗИАТРИИ

Пандемия коронавирусной инфекции «заморозила» многие процессы профилактической и терапевтической медицины. Из-за закрытия планового лечения снизился контроль за туберкулезом. Ограничения поставили фтизиатрической службе новые вызовы, которые обсудили на пресс-конференции в ТАСС «Уроки COVID-19: не допустить новой эпидемии туберкулеза».



Директор НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, президент Российского общества фтизиатров и Ассоциации фтизиатров, главный внештатный

специалист фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева рассказала, что туберкулез ежегодно уносит жизни около 1,5 млн человек. Эта инфекция считается убийцей № 1: «Ежегодно заболевает 10 млн людей по всему миру. До конца 1940-х годов туберкулез был неизлечимым заболеванием. С появлением первых противотуберкулезных препаратов и в дальнейшем с созданием новых началось снижение смертности во всем мире. Наилучшие минимальные показатели по заболеваемости и смертности были достигнуты к 1990 году. Хорошо была выстроена противотуберкулезная система профилактики, диагностики и лечения. Но случилась социальная катастрофа – развалился СССР. Туберкулез остро реагирует на социальные проблемы. Началась эпидемия, на которую ушел десяток лет (микобактерия туберкулеза, или палочка Коха, медленно размножается – один раз в сутки, поэтому и эпидемия развивалась годами). За это время заболеваемость и смертность от туберкулеза выросли в три раза. И только в последние годы отмечается выраженный тренд на снижение. Но мы остаемся в списке стран с высоким бременем туберкулеза. На Россию приходится наибольшая доля выявления больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом среди новых случаев (заболевание выявляют в 99 % случаев от оценочного числа заболевших – лучший показатель в мире). Туберкулезу подвержены любые больные, где уязвим иммунитет: ВИЧ, ревматические заболевания, и болезни, из-за которых нужны препараты, подавляющие иммунитет».

Ирина Васильева сказала, что фтизиатры сравнили COVID-19 и туберкулез по влиянию на здоровье мирового населения. И хотя коронавирусная инфекция

оказала огромное влияние, по смертности населения лидирует туберкулез. Например, в России каждый день от этой инфекции умирает около 16 человек. Главный внештатный специалист Минздрава России обратила внимание на то, что из-за пандемии были приостановлены профилактические скрининговые мероприятия, а это значит, что многие вновь заболевшие не были выявлены. Такое положение дел может повлечь существенный прирост заболеваемости и смертности уже к концу 2020 года. В этих условиях в программу по профилактике и лечению туберкулеза необходимо встроить и программы по коронавирусной инфекции. В борьбе с заболеванием важны все компоненты: профилактика, диагностика, лечение, новые технологии, внимание общественности и финансирование.



О положении дел в лечении туберкулеза у детей рассказала **руководитель отдела детско-подросткового туберкулеза НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, главный внештатный детский специалист фтизиатр Минздрава России Валентина Аксенова**: «Отдельно создана дорожная карта по детскому туберкулезу, где рекомендовано завершить глобальную эпидемию к 2030 году. Все мероприятия по борьбе с туберкулезом у детей пересмотрены с учетом современных тенденций. Мы добились приближения стабилизации ситуации по заболеваемости туберкулезом у детей и подростков. Снижение показателей есть во всех регионах, даже в Сибири и на Дальнем Востоке, где их уровень всегда был высоким. Детский туберкулез не имеет клинических признаков, характерных для туберкулеза у взрослых: у детей нет мокроты, бактериовыделения. Их можно выявить только систематическим осмотром при проведении профилактических мероприятий. Ребенка при рождении должны обязательно вакцини-

ровать в условиях родильного дома. Потому что до второй вакцинации он может успеть инфицироваться. Необходимо усилить санитарно-просветительную работу в женских консультациях и роддомах, так как большое место занимает вопрос «отказников» – детей, родители которых отказываются от проведения всех профилактических мероприятий. Отменять вакцинацию новорожденных при большом количестве эпидочагов заболевания среди взрослых в ближайшие 10 лет нельзя. Важно определить при помощи иммунодиагностики группы высокого риска среди детей и проводить профилактические мероприятия. Наш метод систематического скрининга по современной методике в 2018 году внесен в сборник ВОЗ как лучшая практика по борьбе с туберкулезом среди детей и подростков».

Валентина Аксенова тоже отметила негативные последствия отмены профилактических осмотров. В период эпидемии практически перестали работать стационарная и санаторная службы. Полностью были отменены иммунодиагностика и флюорографическое обследование детского населения, была запрещена вакцинация за пределами родильного дома. Теперь все меры возвращены в практику. Эксперт подчеркнула, что в оставшиеся месяцы 2020 года необходимо наверстать положенный охват профилактическими осмотрами. Но нельзя совмещать иммунодиагностику на туберкулез и прививку против гриппа. После вакцинации должен пройти минимум месяц. Но можно делать прививку сразу после проведенной иммунодиагностики.



Специальный представитель Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в России Мелита Вуйнович отметила, что в 2020 году внимание всего мира было приковано к коронавирусной инфекции, потому что никто не знал, какие последствия повлечет новая инфекция, какой будет смертность населения: «На пандемию мир ответил карантином, прерыванием всех систем профилактической и терапевтической медицины. Последствия уже видны и продолжают исследоваться специалистами. ВОЗ заботит проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза. Если сейчас не диагностировать заболевание, мы можем ожидать роста смертности. Ситуация очень тревожная, и об этом надо говорить. Предполагается, что у людей, переболевших сразу туберкулезом и COVID-19, – исход будет хуже. Даже за детьми нужно очень внимательно смотреть, какие осложнения у них могут последовать. Россия выделяет беспрецедентные средства на исследование ковида, но требуется исследовать и туберкулез. Обеспечение лекарственными средствами против туберкулеза в России до пандемии шло очень хорошо как на фе-

деральном, так и на региональном уровнях. Не нужно расслабляться, требуется срочно оценить, что произошло, есть ли нехватка в каких-то регионах».

Мелита Вуйнович призвала пациентов не избегать вакцинации – главного достижения медицины в области защиты людей от специфических инфекционных угроз. Представитель ВОЗ в России попросила родителей не доверять любительским статьям, говорящим о вреде прививок, а обращаться к системе здравоохранения и задавать вопросы специалистам.



Глава Департамента по борьбе с туберкулезом ВОЗ Тереза Касаева подчеркнула, что российское сообщество фтизиатров осведомлено обо всех мировых тенденциях, хорошо владеет всей статисти-

кой: «Российские эксперты вовлечены во все возможные экспертные мировые площадки по туберкулезу, участвуют в разработке рекомендаций. Важно, что Россия не только своевременно получает информацию, но и активно делится опытом с другими странами. На основании эпидемиологического моделирования, проведенного группой экспертов, уже в этом году прогнозируется рост заболеваемости вплоть до 1,9 миллиона смертей от туберкулеза в мире. Прогресс в лечении туберкулеза наблюдался перед пандемией коронавируса. Но он был недостаточным. Причин тому несколько. Туберкулез – социально значимое заболевание, и оно идет рука об руку с социально-экономическими потрясениями. Для того чтобы туберкулез вспыхнул, нужен совершенно небольшой временной промежуток. Буквально в течение года ситуация может измениться самым драматичным образом. Но для того чтобы вернуться в нормальное русло, потребуются десятилетия. В ближайшее время нужно обновить и внедрить стратегию по борьбе с туберкулезом с новыми акцентами и приоритетами при достаточном финансировании. Вложения в помощь больным туберкулезом – это инвестиции, которые окупаются очень быстро, так как заболеванию подвержены люди самого трудоспособного возраста».

В завершение пресс-конференции Ирина Васильева призвала россиян регулярно тестировать себя на латентную туберкулезную инфекцию, так как в начальной стадии заражения человек может себя хорошо чувствовать и не подозревать о развивающемся заболевании. Пока профилактические осмотры, диагностика и лечение туберкулеза включены только в методические рекомендации и не входят в систему ОМС. Но регионы имеют право принимать свои собственные решения по проведению расширенного скринингового осмотра с помощью флюорографии и диагностических тестов. **MMC**

Евгения Воробьева

ПОМОЩЬ НА ДОМ

Мэр Москвы Сергей Собянин подписал Постановление о внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Согласно ему, пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи на дому, будут бесплатно обеспечивать медицинскими изделиями с 2021 года.

30–35 тыс. горожан, нуждающимся в паллиативной помощи, нововведение позволит улучшить качество жизни.



Нюта Федермессер,
директор Московского
многопрофильного
центра паллиатив-
ной помощи ДЗМ

У Центра паллиативной помощи около 13 тысяч пациентов, и большая часть хотели бы получать помощь – как от медицинских, так и от социальных служб – дома в полном объеме. За годы болезни люди устают от больниц и, если есть такая возможность, всегда предпочитают получать помощь в родных стенах. Раньше, из-за отсутствия нужного оборудования, лекарств или средств ухода, получить качественную помощь дома было очень сложно.

Постановление Правительства Москвы, которое утверждает новый порядок помощи паллиативным пациентам, позволит нам оставлять дома очень многих из тех пациентов, которые устали от казенных стен и белых халатов. При такой поддержке родственникам не придется больше самим тратить деньги на функциональные кровати и противопролежневые матрасы, ходунки, подъемники, перевязочные материалы, кислородные концентраторы и даже аппараты искусственной вентиляции легких. Оборудование, с одной стороны, сестринская и врачебная помощь – со стороны службы помощи на дому, и социальная поддержка – с третьей стороны, помогут оставаться дома, где и стены лечат.

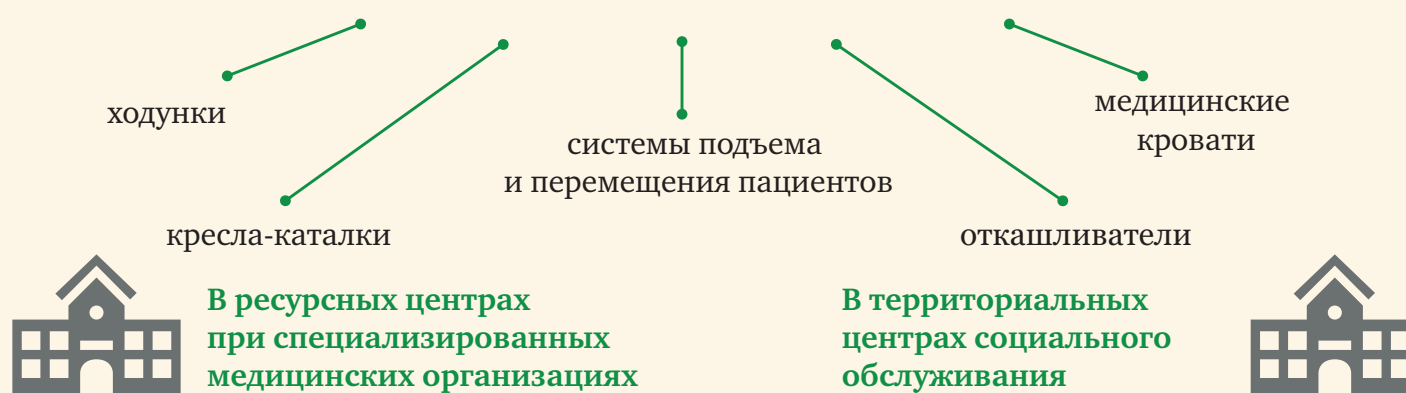
Также важно, что оборудование теперь смогут получить все паллиативные пациенты, в том числе те, у кого не оформлена инвалидность. Мы в Москве проводили опрос по всем больницам, где есть пациенты, получающие паллиативную помощь, и выяснили, что почти половина из них юридически не являются инвалидами. Не успели заняться оформлением инвалидности, а значит, они не имеют права на законные льготы. Новое постановление ориентируется на потребности этих людей, а не на их юридический статус. Теперь отсутствие статуса «инвалид» не может быть основанием для отказа в помощи.

Важно понимать, что от решения до его реализации пройдет некоторое время. Потому что на выделенные деньги надо закупить оборудование – это несколько месяцев, надо создать ресурсные центры при медицинских организациях и наладить совместную работу с организациями социальной защиты – для быстрой и без лишней бюрократии передачи всех пунктов списка нуждающимся. Нужно организовать систему доставки и ремонта оборудования, разработать юридические документы для передачи его в безвозмездное пользование, обучить родственников пациентов. Но не боги горшки обжигают, справимся. **ММС**

Что входит в перечень бесплатных медицинских изделий:



Во временное пользование пациентам будут предоставлять



Обеспечение медицинскими изделиями можно получить:

- независимо от наличия статуса инвалида*;
- с наличием или без индивидуальной программы реабилитации (абилитации).

*Не все паллиативные пациенты оформляют инвалидность из-за преклонного возраста или скорости развития заболевания.

МУЖСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), или, как ее еще называют, аденома простаты, – одна из самых распространенных мужских болезней. О том, что включает в себя диагностика и лечение этого недуга и какие симптомы не стоит игнорировать, рассказал врач-уролог, председатель молодежного совета Госпиталя для ветеранов войн № 2 ДЗМ Дмитрий Кожухов.



К факторам риска также относятся:

- **ОЖИРЕНИЕ.** Наличие избыточной жировой ткани в организме способствует снижению уровня тестостерона и, как следствие, развитию аденомы.
- **ГЕНЕТИКА.** Если у родственников первой линии в анамнезе имеется ДГПЖ, то риск ее развития увеличивается в разы.
- **ПИТАНИЕ.** Повышенное потребление жирной пищи также увеличивает риск развития данного заболевания.
- **НАЛИЧИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.** Повышенный уровень глюкозы и инсулинорезистентность ускоряют развитие ДГПЖ.



КАК ЗАПОДОЗРИТЬ БОЛЕЗНЬ?

На первом этапе развития болезни наиболее характерные признаки – учащенное, затрудненное мочеиспускание малыми порциями, ослабление струи мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Позывы становятся чаще, что провоцирует частые походы в туалет в ночное время. Порой сдержать позыв к мочеиспусканию нет никакой возможности, что вызывает не только физический дискомфорт, но и в ряде случаев социальные проблемы. При этом очень часто мужчины стесняются обратиться за помощью, а болезнь продолжает прогрессировать. Со временем при дальнейшем ее развитии, в результате застоя мочи, присоединяются инфекция мочевыводящих путей и камнеобразование. В конечном итоге аденома может полностью заблокировать мочеиспускательный канал, что приводит к задержке мочи, нарушению функции почек и требует принятия экстренных медицинских мер.



КАКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СУЩЕСТВУЮТ?

Сегодня существует масса методик лечения аденомы простаты со своими плюсами и минусами. В целом их можно разделить на консервативное и хирургическое лечение. Выбор метода зависит от ряда факторов, таких как объем гиперплазии, степень обструкции, выраженность симптомов, а также наличие сопутствующих заболеваний. В арсенале урологов есть масса современных медикаментов, способных победить симптомы ДГПЖ и даже привести к уменьшению опухоли. Но если ситуация зашла слишком далеко и возможности консервативной терапии исчерпаны, применяются оперативные методы, такие как трансуретральная резекция простаты (ТУР), лазерная энуклеация аденомы простаты, открытая аденомэктомия.

Безусловно, эндоскопические методы наиболее предпочтительны для пациента, так как значительно облегчают послеоперационный период, не имеют косметических дефектов и позволяют гораздо раньше вернуться к обычному образу жизни. Если объем предстательной железы не превышает 70 куб. см, то золотым стандартом хирургического лечения будет ТУР предстательной железы. При данной методике через мочеиспускательный канал с помощью электрической петли производится резекция гиперплазированных узлов, препятствующих нормальному оттоку мочи. На следующий день пациент уже может вставать

и ходить, а через 4–5 дней выписаться из отделения. Полное восстановление функций мочеполовой системы происходит через 1–2 месяца.

При больших объемах аденомы применяются трансуретральная лазерная энуклеация простаты и открытые вмешательства. При использовании лазерного метода возможно удалить аденому единым блоком, с последующим его фрагментированием в мочевом пузыре и дальнейшей эвакуацией, что позволяет заметно снизить уровень интраоперационной кровопотери. Открытые вмешательства являются традиционными вариантами лечения и также применяются у ряда пациентов. Они не требуют наличия специального оборудования.

Не стоит бояться хирургического лечения. Современная техника вмешательств, медицинское оборудование, а самое главное – квалификация и опыт врачей позволяют снизить риски операции до минимума, а также избежать тяжелых последствий болезни. Как и при любом заболевании, запущенную форму лечить гораздо сложнее и травматичнее для организма. В нашей клинике подобные вмешательства проводятся ежедневно и с хорошими результатами. При своевременном лечении прогноз данного заболевания для жизни, безусловно, благоприятный. Большинству пациентов для восстановления нормального мочеиспускания достаточно консервативного лечения, и лишь 30 % требуется хирургическое вмешательство.



КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ БОЛЕЗНЬ?

В случае возникновения перечисленных выше симптомов не нужно ждать критической ситуации, а стоит обратиться к врачу-урологу. Доктор проведет ряд исследований, которые включают в себя пальцевой ректальный осмотр, УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря, урофлоуметрию (измерение скорости потока мочи), анкетирование по опроснику IPSS, и назначит лечение.

Следует отметить, что есть ряд заболеваний, симптомы которых могут быть очень похожими на ДГПЖ. Самое грозное из них – рак предстательной железы. Чтобы его не пропустить, каждому мужчине после 40 лет рекомендуют сдавать кровь для определения уровня онкомаркера ПСА. При повышении данного показателя пациенту будет рекомендована биопсия предстательной железы, по результатам которой подтверждается диагноз.

Еще одним заболеванием со схожими симптомами, а иногда и сопровождающим ДГПЖ, является хронический простатит. Это одно из самых известных урологических заболеваний, наиболее часто звучащее в рекламе и обросшее множеством мифов. Особенностью данной патологии является воспаление ткани предстательной железы вследствие застойных явлений в органе и присоединения инфекционного агента, поэтому для лечения требуются применение антибактериальной, противовоспалительной терапии, а также мероприятия, направленные на улучшение кровообращения в органах малого таза. Наличие заболеваний с похожими симптомами еще раз говорит о том, что не нужно заниматься самолечением, а лучше сразу прибегнуть к помощи специалиста. **ММС**

Ирина Степанова



На поздних стадиях наличие аденомы может иметь тяжелые последствия для организма.



ЧТО СОБОЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ АДЕНОМА ПРОСТАТЫ?

Аденома предстательной железы – это доброкачественная опухоль, развивающаяся из железистого эпителия и стромы предстательной железы. Суть заболевания заключается в том, что в предстательной железе образуются узелки, которые постепенно разрастаются и сдавливают просвет мочеиспускательного канала, тем самым вызывая нарушение нормального оттока мочи. Как следует из названия, данное образование носит доброкачественный характер, но при этом может значительно ухудшать качество жизни пациентов, а в запущенных случаях нести тяжелые последствия для организма.



В ЧЕМ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

Механизм развития ДГПЖ не до конца изучен, но большинство ученых полагают, что аденома развивается вследствие возрастного изменения гормонального фона у мужчин. Постепенно уровень мужского гормона – тестостерона – снижается, а уровень дегидротестостерона растет. Поэтому аденома предстательной железы является преимущественно болезнью зрелого и пожилого возраста. По статистике, около 30 % мужчин старше 50 лет сталкиваются с аденомой простаты. А уже в 80 лет порядка 80 % мужского населения имеет те или иные симптомы данного заболевания.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Современные трансплантационные технологии дают возможность женщинам, перенесшим трансплантацию, выносить и родить здоровых малышей. На наиболее часто задаваемые специалистами вопросы по теме беременности и родов отвечают заведующий ОМО по трансплантологии НИИОЗММ ДЗМ, к. м. н. Алексей Пинчук и врач-нефролог НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ Ирина Кандидова.



ВОЗМОЖНО ЛИ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ?

В данном случае кормление грудью противопоказано. Это обусловлено тем, что все вещества в организме матери поступают в той же концентрации через грудное молоко ребенку.

ЕСТЬ ЛИ РИСК ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ С ТРАНСПЛАНТАТОМ ПОСЛЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ?

Еще 5 лет назад женщины после трансплантации почки рожали только при помощи кесарева сечения, и это давало возможность врачам сделать лигирование маточных труб, если пациентка более не планировала беременность. Сейчас при нормальном течении, отсутствии гестоза и показаний со стороны плода женщины с трансплантатом рожают самостоятельно.

НАСКОЛЬКО СЛОЖНО ВЫНОСИТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ, ЕСЛИ У ЖЕНЩИНЫ ДВА ПЕРЕСАЖЕННЫХ ОРГАНА (ПОЧКА И ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА)?

Вести беременность у женщины с сахарным диабетом – непросто, а после трансплантации поджелудочной железы – вдвойне. Но такая беременность возможна – имеются и специалисты с подобным опытом. Принимать решение о беременности, имея диабет и несколько пересадок, необходимо только после консультации с врачом.

КАКИЕ СЕРЬЕЗНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ, ЧЕГО СТОИТ ОПАСАТЬСЯ ЖЕНЩИНЕ С ПЕРЕСАЖЕННЫМ ОРГАНОМ БОЛЬШЕ ВСЕГО?

Самое серьезное осложнение – преэклампсия. Раньше ее называли нефропатией беременности. Ее симптомы очень похожи на симптомы отторжения органа, или возвратного гломерулонефрита трансплантата. У беременных женщин с пересаженными органами могут повышаться давление, уровень мочевой кислоты и уровень креатинина, появляется белок в анализах мочи, отеки.

От женщины после трансплантации требуется большое внимание к своему здоровью, чтобы вовремя заметить преэклампсию или же отторжение транс-



плантата. В сложных случаях врачи делают биопсию трансплантата, которая дает возможность вовремя начать лечение пересаженного органа. У врача, ведущего такую беременность, три непростые задачи: сохранить здоровье и жизнь будущей мамы, малыша и трансплантата. Если в течение всей беременности трансплантолог внимательно отслеживает результаты анализов, контролирует терапию, неожиданностей можно избежать.

ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ОРГАНА МОЖНО ПЛАНИРОВАТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ?

Планировать зачатие мужчинам следует не ранее чем через год, но не позднее чем через 5–7 лет после трансплантации. Это определяется следующими соображениями: через год после пересадки органа и при минимальной супрессии трансплантат выполняет свою функцию стабильно, на фоне проведенной вирусной профилактики.

Иммуносупрессивные препараты, принимаемые мужчинами-реципиентами, не влияют на закладку органов эмбриона. Однако могут влиять противовирусные препараты, которые мужчины после трансплантации получают в течение 6 месяцев, а иногда дольше. По рекомендации ВОЗ нецелесообразно планировать зачатие и беременность, если прошло менее 90 дней со дня окончания курса.

Женщинам планировать беременность также стоит не раньше чем через год, но и не позже 5–7 лет после трансплантации. Этот срок оптимален, потому что после его истечения есть вероятность формирования хронической трансплантационной нефропатии, которая включает в себя и хроническое отторжение органа. Существует также опасность возвратных болезней. Таким образом, повышается вероятность того,

что через 5 лет болезнь вернется. Также через 5 лет множество трансплантатов имеет сниженную функцию за счет хронической трансплантационной нефропатии.

КАК ПРОХОДИТ БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМИ ОРГАНАМИ?

В 1–2-м триместрах увеличивается скорость клубочковой фильтрации (фильтрации крови через почку). Это происходит за счет гормонов беременности: объем циркулирующей крови приводит к падению уровня креатинина. Более того, гормоны беременности в первом триместре могут вызывать снижение давления, если оно было повышенным до беременности, и развитие гипотонии.

Поэтому, как правило, первые два триместра проходят неплохо, что зачастую приводит к потере бдительности. Так называемое улучшение – мнимое, оно возникает благодаря гормонам беременности. Из наиболее частых спутников беременности: анемия, вызванная недостатком эритропоэтина (у 70 % женщин); гестационный пиелонефрит, или обострение хронической уроинфекции трансплантата; артериальная гипертензия; преэклампсия (гестоз или нефропатия беременных), которая встречается значительно чаще, чем у женщин основной популяции.

КАКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ СУЩЕСТВУЮТ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ?

Показаниями к беременности являются: удовлетворительная функция трансплантата; соблюдение сроков от года до 5–7 лет; отсутствие артериальной гипертензии (она должна быть не больше 140); минимальная протеинурия; отсутствие хронического отторжения.

Среди противопоказаний: активный пиелонефрит; активная хроническая инфекция, например туберкулез или токсоплазмоз; нарушение психосоциального статуса; обструктивные пиелонефриты, связанные с нарушением оттока мочи; хроническая трансплантационная нефропатия.

В любом случае эти противопоказания рассматриваются как относительные, а не абсолютные. Однако, учитывая ответственность данного процесса, стоит соблюдать осторожность и консультироваться с лечащим врачом. [MMC](#)



© MMC-shutterstock

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. Жилиев, В. А. Зеленский, О. В. Зайратьянц, Т. И. Курносова, А. И. Крюков, Н. Н. Камынина, А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова, И. А. Назарова, А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе, А. Н. Плутницкий, А. В. Погонин, Н. Н. Потекаев, Д. Ю. Пушкарь, М. В. Сеницын, С. В. Сметанина,

И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева, М. Ш. 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:

