

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 27 января 2020 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 3 (105)
www.niioz.ru



ПАХОВАЯ ГРЫЖА – «БЕЗОБИДНАЯ» БОЛЕЗНЬ

О современных подходах к хирургическому лечению грыж рассказал заместитель главного врача по хирургической помощи ГКБ имени братьев Бахрушиных ДЗМ, д. м. н., профессор Григорий Баранов.

>> читайте стр. 3

ПЕРВЫЕ В ГОДУ

Завершилось строительство первой очереди одной из крупнейших клиник России – медицинского центра в Коммунарке. Строители приступают к следующему этапу работы.



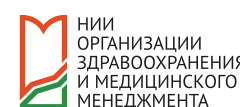
«В медицинском центре в Коммунарке будет все для лечения любых заболеваний: от сосудистых до онкологических», – рассказал на странице в Twitter мэр Москвы Сергей Собянин. Он добавил, что в радиусе 10 км от медицинского центра проживают около 5 млн человек. При этом около полумиллиона пациентов – из Новой Москвы. А в Тропарево-Никулино открылся новый филиал ДГП № 131 ДЗМ. Он находится на улице Академика Анохина. Врачи начали прием пациентов. В поликлинике предусмотрено все для комфортного пребывания как посетителей, так и персонала. В здании есть комнаты отдыха, зоны ожидания, санузлы, удобные и для людей с ограниченными возможностями здоровья. [ММС](#)

ЛЕКАРСТВА ЛЬГОТНИКАМ

Правительство Москвы приняло решение расширить запущенный в марте 2019 г. пилотный проект, в рамках которого пациенты могут получать денежную компенсацию, если полагающийся им препарат отсутствует в пунктах выдачи лекарств. С 2020 г. в эксперимент будут также включены пациенты с диагнозом «муковисцидоз». «К сожалению, прогноз при муковисцидозе до настоящего времени остается неблагоприятным. Теперь благодаря тому, что возможность получения денежной компенсации будет распространена на пациентов с этим заболеванием, они смогут максимально быстро приобрести подходящее лекарство и начать необходимое лечение», – прокомментировала заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

Эксперимент понравился жителям – около 2 тыс. человек получили компенсацию, было отпущено более 12 тыс. упаковок лекарств на сумму 229 млн рублей. Уникальность этого эксперимента заключается в том, что пациент с диагнозом «муковисцидоз» сможет получить денежную компенсацию вне зависимости от наличия или отсутствия препарата в аптечном пункте выдачи. Подав заявление на компенсацию на приеме у врача, пациент в течение пяти дней получит деньги на свою банковскую карту и затем на эти средства сам сможет купить нужный препарат в любой удобной аптеке города. [ММС](#)

ПОСЛУШАЙТЕ ВРАЧА



На сайте НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ продлен прием заявок на участие в конкурсе «Литературные чтения врачей» до 18 февраля. Для участников предусмотрено шесть номинаций: исполнение прозаических или поэтических произведений известных авторов, антреприза, декламация собственного прозаического или поэтического произведения. Все условия конкурса описаны на сайте niioz.ru [ММС](#)

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Easy Go: встань и иди
Технологии – стр. 4



Распознать ХОБЛ
Лекторий – стр. 6



Людмила Михайловна Михалева
Моя философия – стр. 7

ВЕРНУЛИ СЛУХ



Фото: пресс-служба НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ

19-летний житель столицы с детства страдает односторонним хроническим гнойным средним отитом. Последнее обострение наступило летом 2019 года. Тогда молодой человек отметил сильное головокружение, которое сопровождалось тошнотой и рвотой. Эти симптомы усиливались с каждым днем. Результаты компьютерной томографии показали односторонний хронический гнойный отит с распространенной холестеатомой, разрушением стенки горизонтального полукружного канала (структура внутреннего уха) и стенки канала лицевого нерва.

«Хронический отит требует своевременной диагностики и лечения. Только так можно избежать развития грозных и необратимых осложнений», – констатирует заведующий научно-исследователь-

ским отделом микрохирургии уха НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ Евгений Гаров. У пациента воспалительный процесс привел к разрушению костной стенки полукружного канала. Именно это стало причиной появления выраженного головокружения. Хирургам отдела микрохирургии уха НИКИО удалось полностью удалить холестеатому, провести эрадикацию воспалительного процесса, а также восстановить структуры внутреннего уха. Врачи укрыли разрушенную стенку при помощи имплантов из аутоканеи и восстановили цепь звукопроводения. Сразу же после операции пациент отметил, что его слух улучшился, а головокружение прошло. На пятые сутки молодого человека выписали домой. **ММС**

Анна Рычкова

В НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ прооперировали пациента, переставшего полноценно жить из-за обострения хронического отита.

ТРОМБОЗ ПУПОВИНЫ

В лечебно-диагностическое отделение ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ обратилась пациентка. Женщина была на 34-й неделе беременности, ей показалось, что в последнюю неделю плод стал меньше двигаться.



Фото: ДЗМ

Пациентка обращалась с этой жалобой в женскую консультацию по месту жительства, но мониторинг КТГ отклонений не выявил. Женщина решила перестраховаться и обратилась к другому специалисту. Врач ультразвуковой диагностики ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ Павел Широких провел тщательное обследование на аппарате экспертного класса. Он обнаружил, что в пуповине всего два сосуда, хотя в норме их должно быть три. Специалисты предположили, что виной

образовавшейся патологии стал тромб серьезных размеров – около 10 см длиной. Пациентку оставили в родильном отделении для дальнейшего наблюдения. Затем снова был проведен мониторинг КТГ, который выявил монотонное сердцебиение плода с уменьшением частоты сокращений до 90 ударов в минуту. Кроме того, специалисты диагностировали плацен-

тарную недостаточность. Врачи приняли решение об экстренном кесаревом сечении. Оказалось, что пуповина четыре раза туго обвилась вокруг шеи ребенка, образовав истинный узел пуповины. Тромбоз сосуда пуповины подтвердился. Несмотря на эти осложнения, родилась здоровая девочка с весом 2500 г. При сроке гестации 34 недели ребенок был достаточно развит, чтобы самостоятельно дышать.

«Если бы патологии не выявили вовремя, то все могло бы кончиться очень печально», – прокомментировал ситуацию заместитель главного врача ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ по акушерско-гинекологическому профилю Николай Иванников.

Пациентку вместе с дочкой выписали домой на 4-е сутки после операции. **ММС**

ПОПУЛЯРНАЯ УРОЛОГИЯ



Фото: НИИОЗМ ДЗМ

ДЗМ Дмитрий Пушкарь рассказал, какие преимущества есть у столичных пациентов.

«Отличаются ли москвичи от других людей? Нет, конечно. Отличается ли московский урологический больной? Нет. Но в Москве нами, специалистами-урологами, сделано очень много, чтобы московский больной отличался, и в лучшую сторону. Организована московская урологическая школа. Каждый врач, посещающий московскую урологическую школу, прошел дополнительное образование по определенному стандарту», – обращается к зрителям Дмитрий Пушкарь.

Эксперт рассказал, что 12% столичных урологов прошли экзамен на получение статуса «Московский врач». Благодаря постоянному самосовершенствованию специалисты научились решать проблему почечной колики всего за 2,5–3 часа. А усилиями ДЗМ в ОМС появилась графа оперативного лечения недержания мочи у женщин. Этому недугу подвержены около 50% жителей мегаполиса. Также Дмитрий Пушкарь рассказал о том, как в Москве развивается онкоурология. Подробности на niioz.ru. **ММС**



ПЕРВЫЕ ВЫПУСКНИКИ

В НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ 25 декабря завершился цикл повышения квалификации по программе «Экспорт медицинских услуг». Выпускниками стали 25 специалистов – представителей различных учреждений ДЗМ.

Программу повышения квалификации вместе с ведущим научным сотрудником отдела организации здравоохранения НИИОЗМ ДЗМ Галиной Петровой разра-

ботала и внедрила директор НИИОЗМ ДЗМ Елена Аксенова. Выпускники защитили разработанные ими индивидуальные проекты по экспорту медицинских услуг. Работы принимала экспертная комиссия. В результате выпускники получили удостоверения, официально став специалистами в сфере медицинского туризма. «Вы сделали отличные проекты, каждый из которых, безусловно, полезен и будет внедрен в ваших учреждениях», – сказала выпускникам Галина Петрова. **ММС**



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗМ ДЗМ

МНЕНИЕ

БУДУЩЕЕ ПАТАНАТОМИИ



Георгий Франк, главный внештатный специалист по патологической анатомии Минздрава России, академик РАН, д. м. н., профессор

Мы переживаем трудные времена по всем позициям. Сдвиги достаточно яркие, понятные и показательные. В Москве строятся новые больницы, открываются новые отделения, появляется огромное количество новой аппаратуры. Это замечательно, только нас очень беспокоит, что к этой аппаратуре должен быть и соответствующий подход. Потому что даже самые замечательные машины сами по себе ничего не сделают. У нас до сих пор большие проблемы с кадрами и большие проблемы со стандартами. Потому что без соблюдения стандартов, касающихся всей нашей работы – преаналитической, аналитической, постаналитической, – качество падает.

Сегодня патанатомия, прежде всего в онкологии, да и не только в ней, становится одной из ведущих специальностей. И это влечет за собой ряд проблем для наших руководителей, администраторов. Дело тут не только в оборудовании и лабораториях, но и в принципиальных подходах к нашей работе. Год назад был создан центр качества иммуногистохимических исследований. Министр здравоохранения России заявила, что в 2020 году будет наложен мораторий на лаборатории, которые не будут участвовать в этой работе. Их не аккредитуют для использования клиницистами, и прежде всего онкологами. Создается регистр лабораторий, которые прошли и будут регулярно проходить контроль качества. Это очень важно, во всех развитых странах без этого уже невозможно. Создаются национальные референсные центры, потому что министр заявила, что каждый пациент вне зависимости от его социального положения, места жительства и прочих условий должен получать качественную медицинскую помощь. Пока этих центров не так много, они расположены преимущественно в Москве и Санкт-Петербурге, но, по-видимому, уже в 2020 году будут основаны региональные референсные центры. Все условия располагают. В ряде региональных учреждений нашей страны необходимые возможности существуют.

Но развиваться нужно осторожно и разумно. У патологоанатомов до сих пор много проблем с тем, что не везде понимают специфику специальности и до сих пор существуют риски слияния патанатомии с судебной медициной и клинической лабораторной диагностикой. Нам не следует этого делать: у каждого направления – свои дела и проблемы и, самое главное, возможности. Наши возможности сегодня касаются прежде всего прижизненной диагностики. В этом направлении и будет развиваться патанатомия в ближайшие годы. **ММС**

ГРИГОРИЙ БАРАНОВ: «ЕДИНСТВЕННЫЙ СПОСОБ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ГРЫЖИ – СДЕЛАТЬ ОПЕРАЦИЮ»



Паховые грыжи – одно из наиболее распространенных заболеваний в хирургии. О том, что такое паховая грыжа, чем она опасна, и об основных подходах к оперативному лечению рассказал заместитель главного врача по хирургической помощи городской клинической больницы имени братьев Бахрушиных ДЗМ, доктор медицинских наук, профессор Григорий Баранов.

ущемлении грыжи отмечаются в 4–11 % случаев. Наиболее уязвимы в этом плане пациенты старшего возраста. Экстренная госпитализация позволяет оказать необходимую помощь. Однако операция при ущемленной грыже всегда сложнее планового вмешательства и часто сопровождается осложнениями. Необходимо понимать: если грыжа сформировалась, то самостоятельно она уже не исчезнет. Единственный способ от нее избавиться – сделать операцию. Чтобы избежать возможных осложнений, лучше сделать ее в плановом порядке.

– Имеются ли какие-то противопоказания к проведению подобной операции?

– Операции не подлежат пациенты с так называемыми абсолютными противопоказаниями. Еще в конце XIX века немецкие хирурги сформулировали принципы противопоказаний к плановой операции по поводу грыжи: «слишком молодой», «слишком пожилой» и «слишком больной». Так и до сих пор младенцы, люди преклонного возраста и пациенты с декомпенсированными заболеваниями и состояниями не подлежат плановому хирургическому лечению. В этих случаях консилиумом специалистов решается вопрос об избираемой тактике. Консервативное лечение у взрослых заключается в ограничении физических нагрузок, соблюдении диеты, регулировании стула, ношении бандажа.

– Какие существуют подходы к хирургическому лечению грыж?

– Традиционные операции с устранением грыжи и ликвидацией слабых мест с применением собственных тканей имеют огромную историю. Существует более 300 способов проведения подобных операций. Прогресс развития хирургии только за последние 40 лет позволил разработать еще около 50 новых способов, которые направлены на уменьшение частоты возможных рецидивов и осложнений лечения. Активно развивается лапароскопическая хирургия. Сегодня в нашей больнице

порядка 50 % операций по поводу паховых грыж выполняется лапароскопическим путем. Благодаря высокому техническому оснащению и возможности тренинга со специальным оборудованием и инструментами все хирурги нашего стационара освоили лапароскопические операции и совершенствуются в их исполнении.

Современным и эффективным методом пластики грыжи является применение сетчатых имплантов. При проведении операции они вшиваются в брюшную стенку и создают каркас, который впоследствии обрастает собственными тканями организма и укрепляет ее (операция по Лихтенштейну). Использование этих материалов позволяет добиться быстрой реабилитации пациента и снижает частоту рецидивов заболевания. Европейским геронтологическим обществом в настоящее время рекомендованы и лапароскопические способы пластики грыжевых дефектов. Это ненапряжные виды пластики, при которых имплантируется сетчатый протез над или под брюшину под оптическим контролем с использованием лапароскопической технологии. В нашей больнице применяются все эти методики. В содружестве с коллегами из Университетской клиники МГМСУ им. А. И. Евдокимова, расположенной на базе больницы, мы разрабатываем и внедряем новые способы хирургического лечения различных заболеваний. В этом году нами получен патент на совместную разработку по способу фиксации специальной сетки при лапароскопическом лечении паховой грыжи. Применение его на практике позволило не только оптимизировать хирургическое лечение паховых грыж, но и сэкономить значительные бюджетные средства.

– Как при таком огромном количестве методик можно выбрать оптимальный для пациента способ выполнения операции?

– Сложности у специалистов возникают часто при лечении рецидивных и гигантских паховых грыж. В этих случаях выбор техники операции должен быть

тщательно оценен с учетом всех нюансов. В 2006 году во время стажировки в Берлине в клинике профессора Уве Баера, будучи участником операций и наблюдая за проведением консилиумов по выбору методики операции, я видел, как скрупулезно при полном техническом арсенале выбирается немецкими коллегами способ операции. Оценивается все: сложность пластики брюшной стенки, ожидаемая длительность операции, возможный процент рецидива, операционно-анестезиологический риск. Все эти факторы в совокупности определяют объем предстоящей операции и методику, о чем обязательно информируется пациент. Данная практика внедрена и у нас, что позволяет обоснованно разрешать возникающие вопросы. На медицинских консилиумах, в которых наряду с хирургами участвуют другие профильные специалисты: терапевты, неврологи, реаниматологи, кардиологи, – коллегиально выбирается тактика лечения и наиболее оптимальный для каждого конкретного пациента способ выполнения оперативного вмешательства.

– Как вы считаете, почему многие россияне все же предпочитают выполнять операции за рубежом?

– Действительно, некоторые сограждане делают выбор в пользу заграницы. Почему? Располагая немалыми средствами, они едут лечиться из соображений анонимности, за эксклюзивными методиками, а также к конкретным специалистам, о которых имеют привлекательную информацию. Но сегодня в столичном регионе концентрация сил и средств вполне достаточна для оказания любых видов специализированной медицинской помощи. В масштабах больницы мы располагаем примерами, когда наши коллеги, имеющие родственников в дальнем зарубежье и возможность организовать свое лечение в западных клиниках, однозначно делают выбор в пользу московских клиник. Во-первых, известен высокий уровень нашей оснащенности и подготовленности медицинских кадров; во-вторых, нет отличий по итогам лечения, в-третьих – комфорт пребывания в родной языковой среде очевиден, и в-четвертых – нет расходов на трафик, действует наш страховой полис и доступна самая разнообразная высокотехнологичная медицинская помощь. Важно и то, что можно выбрать для себя наиболее привлекательное лечебное учреждение на основании объективной открытой некоммерческой информации. **ММС**

“ Чрезмерные физические нагрузки, недозированные силовые упражнения с нагрузкой на живот, болезни кишечника, сопровождающиеся запорами, – все это может послужить причиной возникновения грыжи.

– Григорий Александрович, что такое паховая грыжа и почему она возникает?

– Этот недуг известен еще с давних времен. Основная причина появления паховой грыжи – длительно существующее несоответствие между силой внутрибрюшного давления и сопротивлением ему определенных участков брюшной стенки. В результате возникает растяжение мышечных тканей. Через отверстия в брюшной стенке внутренние органы (чаще всего петли кишечника) выходят из живота под наружный покров тела или в другую полость. К естественным отверстиям брюшной стенки относится паховый канал, где часто и формируются так называемые паховые грыжи. Чрезмерные физические нагрузки, недозированные силовые упражнения с нагрузкой на живот, болезни кишечника, сопровождающиеся запорами, – все это может послужить причиной возникновения грыжи. Пол, возраст, особенности телосложения также являются предрасполагающими факторами для формирования этой патологии. Говоря о приобретенных паховых грыжах, следует отметить, что они возникают в основном у взрослых мужчин в результате тяжелой физической работы, связанной, в частности, с поднятием тяжестей.

– Насколько распространено это заболевание?

– Паховая грыжа – очень распространенная патология. В структуре плановых операций в общей хирургии пластика паховой грыжи стоит на первом месте. Пока грыжа поддается вправлению, ситуация не критическая. Но достаточно часто возникает ущемление грыжи (сдавление) в области грыжевых ворот, через которые происходит выпячивание внутренних органов из брюшной полости. Это очень опасное состояние, которое может привести к омертвлению тканей и воспалению брюшной стенки. Фатальные исходы при

EASY GO: ВСТАНЬ И ИДИ

В повседневную практику нейрохирургов ГКБ имени В. В. Вересаева ДЗМ вошла новая медицинская технология – малоинвазивная хирургия позвоночника – эндоскопическое удаление грыж межпозвоночных дисков по методике Easy Go под перидуральной анестезией. Оперативное вмешательство выполняется с использованием эндоскопа, что позволяет минимально травмировать ткани. В результате пациент получает быстрое и практически безболезненное решение своей проблемы.



На поясничный отдел позвоночника приходится основная нагрузка массы тела. С возрастом она только увеличивается за счет того, что люди ведут малоподвижный образ жизни, набирают вес и уделяют мало внимания физическим упражнениям на укрепление мышц поясницы. Поэтому этот отдел позвоночника наиболее подвержен дегенеративным заболеваниям, таким как остеохондроз, спондилоартроз, патологические процессы в межпозвоночных дисках. Одним из таких процессов является формирование грыж межпозвоночных дисков и стенозы позвоночника. В 80–85 % случаев это грыжи между L4-L5 и L5-S1 позвонками. Заболевание проявляется выраженными болями в пояснице и ногах, онемением, может приводить к слабости в нижних конечностях, нарушениям ходьбы. Без должного лечения грыжа межпозвоночного диска может стать причиной инвалидизации. В тех случаях, когда лечение и реабилитация под наблюдением невролога не приводит к стойкому улучшению состояния, решается вопрос об оперативном вмешательстве.

Сегодня в сообществе хирургов, которые занимаются лечением проблем спины, конкурирующих методик по удалению грыж позвоночника две: хирургия под микроскопом и эндоскопическая хирургия – это видеоассистированная методика, она малоинвазивна, малотравматична, позволяет быстро возвращать пациентов к привычной жизни.

Чтобы в достаточной степени осветить оперируемый под хирургическим микроскопом участок позвоночника, необходим довольно большой разрез, поэтому удаление грыжи сопровождается серьезной кровопотерей и более длительным реабилитационным периодом, нежели при использовании эндоскопа. Хирургия позвоночника во всем мире, и в больнице имени В. В. Вересаева ДЗМ в том числе, идет по пути развития малоинвазивных методик.



«При эндоскопическом вмешательстве источник света вместе с видеокамерой можно подвести к грыже через прокол. За счет специальной оптики обзор становится феноменальным. Поэтому для хорошего обзора достаточно разреза в 1–2 см, – рассказывает заместитель главного врача больницы им. В. В. Вересаева ДЗМ по внутреннему контролю качества оказания медицинской помощи, врач-нейрохирург высшей категории, к. м. н. Валерий Кривецкий. – Происходит минимальная травматизация за счет того, что ткани не рассекаются, а раздвигаются. После выполнения операции они соединяются обратно – и рубцов внутри не остается».

Кровопотеря при эндоскопическом удалении грыж также минимальна – пациент теряет от 10 до 200 мл крови в самых сложных случаях. Таким образом, дополнительного восполнения крови не требуется.

Операция по методике Easy Go длится около часа под перидуральной анестезией: пациент либо находится в сознании, либо погружается в медикаментозный сон. Такое обезболивание организм переносит гораздо легче, чем общий наркоз. Рана ушивается внутрикожным косметическим швом, который малозаметен после заживления.

«Многие люди панически боятся операций на позвоночнике. Малоинвазивная хирургия может развеять этот страх, –

считает Валерий Кривецкий. – По методике Easy Go мною прооперировано около 1500 пациентов. Есть классификация, которая позволяет оценить достигнутые результаты: они бывают отличные, хорошие и плохие. Плохие – когда пациенты возвращаются с болевым синдромом, это примерно 5 % от числа прооперированных. Хороших около 15–17 %, а с отличным результатом почти 80 %. Это подразумевает, что после операции человек становится независим от медикаментов и возвращается к привычному образу жизни».

Специалисты отмечают, что эндоскопические операции должны проводиться строго по показаниям – они не способны решить всех проблем с позвоночником. Пациентам нужно пройти обследование на догоспитальном этапе, а приходиться на консультацию к нейрохирургу следует с результатами анализов и данными обследований.



«Обследования включают в себя МРТ поясничного отдела позвоночника, дополнительно может понадобиться КТ и рентген поясничного отдела позвоночника, в ряде случаев проводится электронейромиография для оценки уровня поражения нерва. Все эти диагностические методы позволяют уточнить, какими именно процессами вызвана компрессия нерва, что приводит к нарушению его функций и болевому синдрому у больного, а также в каждом конкретном случае определить индивидуальный объем оперативного вмешательства», – перечисляет заведующий нейрохирургическим отделением ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ, к. м. н. Евгений Сосновский.

Если у больного подтверждается необходимость эндоскопической операции по удалению грыжи или устранению стеноза позвоночного канала и отсутствуют противопоказания, пациент госпитализируется в стационар и оперируется уже на следующий день. Противопоказания минимальны: у человека не должно быть выраженной сердечной недостаточности, риска тромбоэмболии и тяжелых соматических заболеваний.

«Эндоскопическая методика Easy Go малотравматична, кровопотеря и риск развития воспалительных осложнений

минимальны, пациенты быстро восстанавливаются и возвращаются к привычному образу жизни. Помимо этого в нашей клинике используется специальная анестезия. Пациенту вводится эпидуральный катетер в позвоночный канал выше места операции, и после введения специального анестетика нижняя половина тела теряет все виды чувствительности, становится обездвиженной, и мы можем спокойно выполнить операцию в полном объеме, – рассказывает Евгений Сосновский. – Все эти положительные моменты позволяют нам расширить показания для операции и провести оперативные вмешательства тем пациентам, которым ранее не могли их выполнить. Это важно для пожилых больных с сопутствующими заболеваниями сердца и легких, перенесших ранее инфаркт или острые нарушения мозгового кровообращения, при которых проведение операций под наркозом может быть опасно».

Недавно в больнице имени В. В. Вересаева ДЗМ произошел интересный случай – пациент поступил на плановую операцию по поводу грыжи, но при обследовании у него обнаружили тромб в правом предсердии и аритмия. Был проведен консилиум, на котором специалисты решили отсрочить операцию на позвоночнике. Вместо этого первым, подготовительным этапом провели кардиологическое лечение и тромболитическую терапию. Через две недели больному повторно выполнили эхокардиографию, при которой обнаружили, что тромб полностью лизировался, а аритмия прекратилась и сердечный ритм восстановился. Тогда больной был госпитализирован в 57-е отделение нейрохирургии ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ, где ему провели операцию по эндоскопическому удалению грыжи. Сейчас пациент выписан домой, боль его теперь не беспокоит, он вернулся к привычному образу жизни. Такие операции нейрохирурги больницы им. В. В. Вересаева ДЗМ стали проводить в ежедневном режиме. Эндоскопическая методика позволяет избежать ограничений в послеоперационном периоде. Уже в день удаления грыжи пациентам разрешается вставать, ходить и сидеть, а выписка домой обычно происходит на 3–4-е сутки. **ММС**

Ольга Байбулова





СЧАСТЬЕ ВНУТРИ: О ЖИЗНИ БЕЗ ЗРЕНИЯ, ТВОРЧЕСТВЕ И СИЛЕ ДУХА

Екатерина выглядит счастливой и улыбается. Не сразу становится понятно, что она не видит. Зрение молодой женщины начало ухудшаться из-за сахарного диабета еще в 19 лет, а из-за неудачной операции в 26 лет она полностью ослепла. Впоследствии болезнь поразила и почки. Помогла трансплантация.

Диабетом я болела еще со школьных лет, а эта болезнь, как известно, поражает зрение и почки. В моем случае так и произошло – в 19 лет мне поставили диагноз «катаракта», а в 26 я полностью ослепла из-за неудачной операции. Еще через три года у меня обнаружили хроническую почечную недостаточность (ХПН) и

впоследствии перевели на диализ. Из-за процедур у меня было настолько измотанное состояние, что ни на что не оставалось сил. Я жила абсолютно одна, и нужно было вести домашние дела, но после сеанса я могла только доползти до кровати. Максимум – приготовить себе поесть. При этом я очень творческий

человек, всю жизнь занималась живописью и фотографией, поступила в один из лучших московских художественных вузов и рисовала до тех пор, пока совсем не перестала видеть; писала стихи. В моем случае на диализе ни о чем таком не шло и речи. Поэтому моей целью была подготовка к пересадке.

О двойной трансплантации

Об операции

Мне рассказали, что при диабете можно сделать двойную трансплантацию – почки и поджелудочной железы. Пересадка почки избавляет человека от ХПН, а поджелудочной – от диабета. Это позволяет почке прожить намного дальше. Я узнала об Алексее Валерьевиче Пинчуке из НИИ СП им. Н. В. Склифосовского, который выполняет такие операции. Многие рекомендовали мне именно Склиф, поэтому в мае 2015 года я приехала на прием, чтобы узнать, как мне попасть в лист ожидания на пересадку. Доктор, консультировавший меня, заверил, что если будут сомнения, то операцию отменяют даже в последний момент. Такое ответственное отношение внушало доверие, и в июне меня внесли в список на трансплантацию.

Операция длилась 12 часов. Ее провели Пинчук Алексей Валерьевич и Балкаров Аслан Галиевич. Я от всего сердца благодарна им и восхищаюсь тем, что они делают: для меня это на грани фантастики.

Я проснулась уже в реанимации и сразу спросила, как все прошло. Оказалось, что поджелудочная железа заработала прямо на операционном столе, и врачам даже пришлось вводить глюкозу, потому что сахар стал падать. Почка тоже работала хорошо. В реанимационном отделении я провела семь дней. Конечно, постоянно хотелось пить и была слабость, но я старалась не обращать на это внимания, все думала о положительных изменениях, которые меня ждут.



До сих пор помню свои ощущения, когда меня перевели в палату. За окном стоял гул машин, в воздухе витал запах лета.

Находясь в клинике, я была настолько удивлена теплым и внимательным отношением врачей и медсестер, что полностью изменила свое мнение о докторах и медицине. В других больницах я с таким не сталкивалась. Меня выписали через три недели после операции, но, конечно, я продолжала наблюдаться у врачей, через месяц приехала на УЗИ. По сей день я бываю здесь на приеме с радостью. Даже когда просто еду мимо, улыбаюсь. А 3 июля – в день своей трансплантации – отмечаю второй день рождения.

О жизни

Три года не было никаких новостей. Наконец 2 июля 2018 года поздно вечером раздался долгожданный звонок. Врач из Склифа спросил меня, могу ли я приехать, так как появился донор. Сначала я даже не знала, пересадят ли мне оба органа или только один. Но чувствовала, что на этот раз все сложится. А когда сообщили, что все-таки сделают двойную трансплантацию, сразу появилось ощущение предстоящей новой жизни.



После пересадки я изменилась: появились уверенность и уважение к себе, ведь я прошла такие испытания. Пропал страх мечтать и строить планы на будущее, ведь теперь у меня впереди долгая, интересная и счастливая жизнь! В какой-то момент, несмотря на отсутствие зрения и многолетний перерыв, я решила попробовать снова рисовать. Начинать было страшно. Но когда я написала первую картину, был огромный восторг от того, что я смогла! Некоторые из первых картин я подарила дорогим мне людям – и вскоре получила первый заказ. Мне помогли сделать аккаунт в социальной сети, чтобы люди могли увидеть мои работы. Надеюсь, они принесут радость и кого-то вдохновят.

Теперь я понимаю, что без всех этих испытаний я не стала бы собой, не научилась бы ценить самые простые вещи и чувствовать счастье внутри себя здесь и сейчас. Я могу прожить без зрения, моя жизнь от этого не будет ме-

чи не рекомендуют рисковать. А ведь каждая женщина мечтает когда-нибудь стать матерью. Я безмерно благодарна моим замечательным врачам за этот бесценный шанс. Каждый день я молюсь за них. [ММС](#)



**Благодаря трансплантации
я наконец чувствую себя здоровой.**

нее интересной и радостной. Но если у меня появится шанс снова видеть, то я буду безгранично благодарна такому врачу! На правом глазу структура сохранена, и мне может помочь пересадка сетчатки, но в России пока не проводят таких операций. Через полгода после трансплантации врачи обнаружили много новых нервных волокон и крошечный участок живой сетчатки. Организм теперь постоянно обновляется, растут здоровые клетки. Сейчас я переписываюсь с зарубежной клиникой, и там, возможно, врачи смогут взяться за мой случай.

Благодаря трансплантации я наконец чувствую себя здоровой. Мой лечащий врач сказал, что через два года после пересадки я смогу родить детей! Думаю, это важный момент для многих молодых девушек с ХПН, так как на диализе вра-



Виктория Черемушкина



РАСПОЗНАТЬ ХОБЛ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – представляющая угрозу для жизни неинфекционная болезнь. О внешних симптомах и способах лечения в прямом эфире радиопрограммы «Московская медицина» поговорили ведущий, заместитель главного внештатного специалиста по скорой медицинской помощи ДЗМ, врач-терапевт высшей категории Алексей Безымянный и врач-психотерапевт Центра профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей Московского научно-практического центра наркологии ДЗМ, к. м. н. Валерий Лыков.



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ранее в медицине существовало понятие ХНЗЛ – хронические неспецифические заболевания легких. В него входили бронхит, эмфизема, астма, бронхиолит, бронхоэктаза, муковисцидоз, биссиноз, хроническая пневмония. Список был пересмотрен, в нем остались только бронхит и эмфизема, и появился термин ХОБЛ. Возникновение этих болезней связано с экологическими факторами – загрязнением окружающей среды поллютантами, в число которых входит табачный дым.

«ХОБЛ опасен, он находится на втором месте по распространенности среди неинфекционных заболеваний. Люди умирают от него ежедневно. Более того, качество жизни многих пациентов, страдающих этим заболеванием, ухудшается изо дня в день. Страдают мышление, физическая активность, настроение (одним из проявлений симптомов ХОБЛ является депрессия). Конечно же, ХОБЛ – заболевание, которое может передаваться генетически, но чаще всего развивается из-за пагубных привычек, а именно курения», – объясняет Алексей Безымянный.

РАЗВИТИЕ ХОБЛ

В основе ХОБЛ лежит бронхообструкция, которая возникает в результате закупорки бронхов комком слизи либо из-за спазма бронхов. Нарушается проходимость воздуха. Бронхообструкция бывает двух видов:

- обратимая (астматический тип) – длится недолго до откашливания мокроты;
- необратимая (бронхитический тип) – затянувшийся процесс болезни.

Основным патогенетическим фактором ХОБЛ является гиперпродукция слизи, которая у здорового человека вырабатывается в основном в трахее и крупных бронхах и гораздо меньше в мелких брон-

“**Эмфизема легких – один из тяжелейших итогов хронического бронхита, нередкий финал жизни курящего человека, если он успеет до него дожить, а не умрет от инфаркта или рака. В данной стадии легких уже нет, они погибли.**”

хах. Под воздействием табачного дыма мелкими бронхами вырабатывается большое количество слизи, она закупоривает бронх, вызывая постоянный кашель. Это ведет к формированию «клапанных ловушек», разрыву альвеол и формированию эмфиземы. Формируются буллы, легкие просто разрываются на части с формированием полостей, вплоть до возникновения спонтанного пневмоторакса, и развитием в некоторых случаях подкожной эмфиземы.

«Курение провоцирует не только ХОБЛ, но и атеросклероз, формируется тканевая гипоксия. Самый главный парадокс в том, что больному человеку субъективно становится лучше после курения. Вот такой обман из-за наркотического эффекта, создающего иллюзию оживления – очень краткосрочного, возникающего буквально на минуты. А потом идет спад не только психологический, но и на уровне всего организма. И за счет тахикардии увеличивается доставка никотина, смол, канцерогенов во все ткани. Это вызывает воспалительную реакцию в сосудах человека, из-за чего в разы увеличивается риск атеросклероза сосудов, инфаркта, инсульта, астмы и онкологических заболеваний. Курение сокращает жизнь минимум на пять лет», – предупреждает Валерий Лыков.

ПРИЗНАКИ ХОБЛ

У больных ХОБЛ могут быть следующие симптомы: кашель, одышка, приступы удушья, сухие хрипы, цианоз, снижение толерантности к физической нагрузке, нарушение сна, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, бочкообразная грудная клетка, слабость дыхательной мускулатуры.

«По внешнему виду различают два типа больных ХОБЛ: „синюшные отечники“ и „розовые пыхельщики“, – рассказывает Алексей Безымянный. – „Синюшные отечники“ – цианотичны из-за выраженной гипоксемии и имеют периферические отеки как проявление сердечной недостаточности. При обследовании обнаруживаются признаки хронического бронхита и „легочного сердца“. Одышка незначительна, основные проявления болезни – кашель с гнойной мокротой, цианоз, головная боль, беспокойство, тремор, спутанность речи за счет выра-

образуются трофические изменения. Изменения газового состава крови при этом минимальны».

СПАСЕНИЕ ДЛЯ ЛЕГКИХ

Состояние больного в любой стадии заболевания (чем раньше, тем лучше) при отказе от курения улучшается уже через год. Вследствие так называемого макрофагального паралича двигательная и функциональная активность макрофагов – клеток, отвечающих за очищение легких от вредных факторов, – снижена не только в период курения, но и на протяжении почти полугода после прекращения курения. Зато потом клетки начинают возвращаться к жизни и потихоньку «разгребать завалы» из угольной пыли, созданные курением.

«Как же бросить курить? Если речь идет о самопомощи, то существуют никотинозаместительные устройства и добавки, повышающие вероятность отказа от курения примерно в два раза. Это могут быть таблетки, бластеры, жевательные резинки, спреи. С помощью этих средств количество отказавшихся от курения возрастает до 25–30%, в то время как без них успешно справляются с вредной привычкой только 20%. Немногие могут бросить курить самостоятельно. Нужно обращаться за помощью. Пока наша система помощи курильщикам построена таким образом, что на поток это может быть поставлено только наркологом», – обозначает проблему Валерий Лыков.

Попасть на консультацию к наркологу в Центре профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей МНПЦ наркологии ДЗМ просто. Достаточно взять с собой полис и записаться на консультацию к врачу. Медицинская организация работает по будним дням с 8:00 до 20:00, в субботу с 9:00 до 14:00. [ММС](#)

Евгения Воробьева





ЗАВЕДУЮЩАЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ГКБ № 31 ДЗМ, ЗАВЕДУЮЩАЯ ЛАБОРАТОРИЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МОРФОЛОГИИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА, ДИРЕКТОР НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА, Д. М. Н., ПРОФЕССОР

ЛЮДМИЛА МИХАЙЛОВНА МИХАЛЕВА



Я всегда отслеживаю, как складывается карьера моих учеников. Обучением ординаторов и аспирантов занимаюсь с 1991 года.

РАНЬШЕ БЫЛО ВПЕЧАТЛЕНИЕ, ЧТО ЕСЛИ ПЛОХО УЧИШЬСЯ, ТО ТЕБЕ НЕ СВЕТИТ НИ АКУШЕРСТВО, НИ СТОМАТОЛОГИЯ, НИ УРОЛОГИЯ, ТЫ ПОЙДЕШЬ В ПАТАНАТОМИЮ КАК ДВОЕЧНИК. В 1985 году после окончания Первого ММИ им. И. М. Сеченова многие не поняли моего решения стать патологоанатомом. Но сегодня интерес к нашей профессии вновь восстановлен.

МНЕ ПОСЧАСТЛИВИЛОСЬ РАБОТАТЬ С УНИКАЛЬНЫМИ АКАДЕМИКАМИ-ПАТОЛОГОАНАТОМАМИ. Академик АМН СССР Александр Павлович Авцын, основатель НИИ морфологии человека АМН СССР, первый директор института, – интеллигентный, высокообразованный и умнейший человек, который знал несколько языков, прекрасно разбирался в живописи, читал стихи. Молодые специалисты смотрели на него с открытым ртом. И рядом с ним были такие же: академики А. М. Вихерт, Н. К. Пермяков, А. В. Смольяников, А. И. Струков, Д. С. Саркисов. Это был период высочайшего развития отечественной патанатомии. В каждом центре был достойный академик – основоположник своей школы.

К СОЖАЛЕНИЮ, СЕГОДНЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕФИЦИТ ПАТОЛОГОАНАТОМОВ. Основоположники отечественной патологической анатомии покинули нас, а академиков – последователей нашей специальности, сделавших очень много для патологической анатомии, в Москве только три человека: академик РАН Михаил Пальцев, академик РАН Георгий Франк, специализирующийся по онкоморфологии, и член-корреспондент РАН Лев Кактурский. Мы нуждаемся в развитии нашей специальности, появлении достойных имен в отечественной патанатомии.

В НАЧАЛЕ 2000-Х ГОДОВ ПОЧТИ НЕ БЫЛО СТУДЕНТОВ, ЖЕЛАЮЩИХ К НАМ ПРИЙТИ: мы перетягивали, уговаривали, убеждали, с выпускниками ходили и общались. Сейчас никого уговаривать не нужно, к нам охотно идут. Сегодня на одно место в ординатуре уже четверо желающих и есть возможность выбрать из тех, кто имеет качественные общемедицинские знания, способны к обучению. В ординатуре я присматриваюсь к постдипломникам, есть ли у них склонность к научному подходу.

Я ВСЕГДА ОТСЛЕЖИВАЮ, КАК СКЛАДЫВАЕТСЯ КАРЬЕРА МОИХ УЧЕНИКОВ. Обучением ординаторов и аспирантов занимаюсь с 1991 года.

В ОБУЧЕНИИ МОЛОДЫХ НУЖНО НЕ ТОЛЬКО ИХ УЧИТЬ, но и получать от них положительный заряд, новую информацию и жажду знаний. Такой настрой должен быть у всех патологоанатомов.

БЫЛ ТАКОЙ СЛУЧАЙ СЕМЬ ЛЕТ НАЗАД. Сижу, работаю. Заходит (а я не очень хорошо вижу вдаль, я вижу лучше в микроскоп) некий молодой человек: «Здравствуйте, Людмила Михайловна!». А я его не знаю.

Спрашиваю: «А почему вы ко мне пришли?». Он отвечает, что сам из Беларуси, нашел информацию про меня через Интернет и понял, что хочет работать в Москве, в нашей больнице. Составило больших трудов все дипломы провести через Минздрав России, потом его взяли на испытательный срок и окончательно трудоустроили. За этот период он стал врачом высшей категории, кандидатом медицинских наук и сегодня – один из ведущих врачей нашего отделения. Блестяще знает опухоли желудка, так как темой его научного диссертационного исследования был ранний рак желудка.

ГОТОВИТЬ ПАТОЛОГОАНАТОМА – ЭТО ПОШТУЧНОЕ, ЭКСКЛЮЗИВНОЕ ДЕЛО. Если гинекологов, хирургов очень много, то в Москве чуть больше 200 патологоанатомов. Мы всех поименно знаем, и каждый специалист уникален.

ПАТОЛОГОАНАТОМ, ЗАНИМАЮЩИЙСЯ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКОЙ, по оплате труда конкурирует с кардиохирургом. Настолько тяжелая специальность! Нужно бесконечно работать над собой, читать, ничего не упускать – много стресса. От нашего заключения зависит дальнейшая судьба пациента.

ВАЖНО, ЧТОБЫ К ПАТОЛОГОАНАТОМАМ ОБРАЩАЛСЯ КЛИНИЦИСТ, а патологоанатом должен поддерживать контакт с клиницистом. От этого зависит правильное понимание болезни, патологоанатомической трактовки. Не только патологоанатом должен постоянно читать специализированную литературу, следить за выходом новых классификаций, но и клиницист не должен отставать от нашей специальности, иначе будут трудности в понимании морфологического субстрата заболевания. Когда мы работаем в контакте – это высший пилотаж.

КОГДА ХИРУРГИ ПРИХОДЯТ К НАМ С ВОПРОСАМИ – МЫ С БОЛЬШОЙ РАДОСТЬЮ ОТВЕЧАЕМ, чтобы нас правильно поняли и смогли выработать дальнейшую тактику ведения пациента.

СЕГОДНЯ ЛУЧШИЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ по сравнению с тем, когда я пришла в 1985 году в клиническую ординатуру. Я помню, мне выдавали одни резиновые перчатки на неделю. Я их после каждого проведенного вскрытия вымывала, тальком засыпала, высушивала. То же самое и с фартуком. Он был из плотной клеенки рыжего цвета, а сшила я его сама. Сейчас у нас есть все необходимое для комфортной работы: расходные материалы постоянно пополняются по мере необходимости.

МЕНЯ ТРЕВОЖИТ, ЧТО СЕГОДНЯ ПОЯВИЛОСЬ МНОГО ЧАСТНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ, которые берут колоссальное количество людей-патологоанатомов из разных точек России. Они ставят заключения часто некачественно. Недавно в руки к нам попал препарат с абсолютно несоответствующим заключением. Такое мы встречаем регулярно. При этом частные службы серьезно рекламируются. В Департаменте здравоохранения Москвы над патологоанатомами стоят начальники разных уровней, нас постоянно обучают на курсах, сертифицируют. В частном секторе все находится в свободном плавании. Это очень страшно.

ВЛАДИМИР ПУТИН ДАЛ РАСПОРЯЖЕНИЕ СЕРЬЕЗНО ЗАНЯТЬСЯ ВОПРОСОМ ОНКОЛОГИИ – об этом мечтал весь народ и вся медицина. Если сегодня у пациента развилась опухоль – важно ее правильно диагностировать, знать, кому показать в какой момент, кому можно верить. И самое главное, что делать этому пациенту с полученным диагнозом? Он же может с ним остаться и никуда не пойти. До настоящего времени можно было бегать по онкодиспансерам месяц или два, а процесс развивается, пациент по-прежнему не знает, к кому обратиться на следующий этап лечения.

КАЖДЫЙ ДЕНЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ИГРАЕТ РОЛЬ. ОН МОЖЕТ ИДТИ ВО ВРЕД ИЛИ НА ПОЛЬЗУ БОЛЬНОМУ. Чем быстрее установлен диагноз и принято лечение, тем лучше будет прогноз. Сейчас есть идея, что пациент с онкологическим диагнозом может прийти в центр «Мои документы» и спросить, где ему пройти лечение в зависимости от местожительства и диагноза. В кратчайшие сроки ему помогут определиться с лечением. Это один из важнейших вопросов медицины сегодня.

СЕЙЧАС В МОСКВЕ ОЧЕНЬ ХОРОШИЙ СОСТАВ ЗАВЕДУЮЩИХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ. Раз в две недели проходит собрание московского общества патологоанатомов. Все обсуждают важные вопросы патологической анатомии, новости в нашей специальности, предстоящие конференции и съезды. Наряду с Московским существует Российское общество патологоанатомов, его президентом является член-корреспондент РАН Л. В. Кактурский, а я – вице-президент. У нас каждые четыре года съезды, каждый год – пленумы в разных городах. На них встречаются специалисты со всей России. Мы выступаем с докладами о том, что сделано за соответствующий период, решаем важные вопросы организации патологоанатомической службы.

НАША ПРОФЕССИЯ НЕ ПРО СМЕРТЬ, А ПРО ЖИЗНЬ. Это лозунг патологоанатомов. **ММГ**



Наша профессия не про смерть, а про жизнь. Это лозунг патологоанатомов

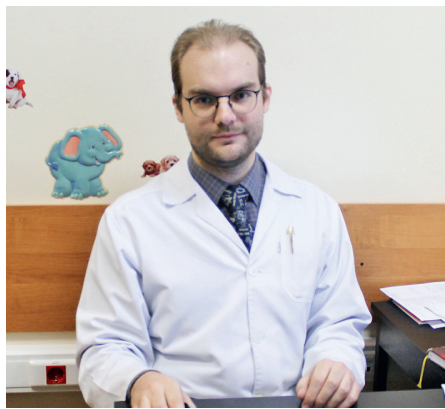
ЗВУКИ ВОЛЫНКИ

Днем аллерголог-иммунолог Игорь Владимирович Образцов ведет прием в Консультативно-диагностическом центре Детской больницы № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ, а вечером всего себя отдает музыке. Доктор выступает сразу в двух группах, играя на шотландском национальном инструменте – волынке. По его словам, у нее особое звучание, которое вызывает чувство счастливого будущего.



Интересно, что судьба детского доктора могла сложиться по-другому. Еще в школе Игорь колебался, кем ему стать: врачом или авиаинженером? По материнской линии многие предки были медиками, по отцовской линии – инженерами. Отец сразу сказал Игорю: «Будешь всю жизнь одну гайку чертить. Скучно. Иди в медики». Вначале, как все мальчишки, Игорь мечтал стать хирургом. Еще будучи студентом медицинского факультета МГУ, Игорь попал на практику в НИИ СП имени Н. В. Склифосовского в отделение пересадки печени. Там же он впервые обратил внимание на работу клинических иммунологов и сделал выбор своей клинической карьеры. Будущий иммунолог прошел ординатуру в НМИЦ ДГОИ имени Д. Рогачева, где много работал в области детской гематологии и трансплантации костного мозга. Кандидатскую диссертацию посвятил иммунологической реконструкции у детей, перенесших острый лимфобластный лейкоз. Экспериментальную часть исследования Игорь провел на базе ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского, а его научным консультантом выступил главный педиатр клиники Андрей Продеус. Вот уже год Игорь работает в больнице, где с коллегами познакомился за годы учебы в аспирантуре.

Через счастливых случайностей вела его и в музыкальном направлении. Еще в три года он увидел в выпуске новостей парад, где играл шотландский военный оркестр. Мальшка поразила чеканный шаг строя музыкантов, их нарядная форма, килты, но больше всего – звучание



незнакомого инструмента. В юности молодой человек был уверен, что музыкой могут заниматься только профессионалы, однако без музыкального образования научился играть на гитаре и губной гармошке, а в 21 год начал осваивать практическую флейту, на которой учатся играть и тренируются волынщики.

«Волынка способна вызывать самые сильные эмоции и чувства, – говорит Игорь. – Нет людей, которые относятся к инструменту безразлично – ее или любят, или ненавидят. На волынке можно играть все что угодно, включая современную эстрадную или даже классическую музыку».

Игорь предпочитает шотландскую музыку, он и сам пишет небольшие пьесы: «Долгая дорога домой», «Александр Лобода и его „Дом Огня“» в честь фолк-группы, в составе которой выступает аллерголог-иммунолог, и ее руководителя. На концертах музыканты «Дом Огня» играют классику кельтского фолка и фолк-рок. А фолк-фьюжн волынщик исполняет с профессиональными джазовыми музыкантами в трио Tulloch Ard

(в переводе с гэльского – «высокий холм»). В старой Шотландии на таких холмах зажигали сигнальные огни для сбора клана в беспокойные времена. Также это и название старинной мелодии-зова XIV века, которую музыканты играют в современной обработке на выступлениях.

Для того чтобы постоянно совершенствоваться исполнительское мастерство, Игорь ежегодно учится у волынщиков-виртуозов на зимних школах шотландского центра волынки. Год назад Игорь сдал экзамен SCQF 4-го уровня (всего национальная ассоциация выделяет их восемь).

Сами волынщики говорят, что они не репетируют, а тренируются, и вместо конкурсов у них – соревнования. Это далеко не фигура речи, ведь из всех музыкальных направлений игра на волынке ближе всего к спорту, потому что музыканту нужно прилагать недюжинные усилия для извлечения звука.

«Игра на волынке даже увеличивает объемные показатели внешнего дыхания, – утверждает доктор Образцов. – Мои соответствуют показателям тренированного лыжника. Интересно, что даже фитнес-браслет распознает музыкальные занятия как бег трусцой! Игра на волынке – это хорошая кардионагрузка. И не стоит забывать о гигиене инструмента: нужно разбирать волынку для проветривания, чтобы плесень не росла».

Как и подобает врачу, Игорь Владимирович содержит свой инструмент в чистоте и уверен в одном: «Музыка нужна для того, чтобы делать людей счастливее. Поэтому нужно нести ее дальше, чтобы она обязательно находила своего слушателя». **ММС**

Лилия Былич



Календарь событий 2020 г.

28 января с 11:00 до 11:30	Лекция «Атеросклероз» ГКБ № 13 ДЗМ, ул. Трофимова, д. 26, стр. 8, 2-й эт., каб. 225.
28 января с 15:00	Лекция «Осложнения сахарного диабета» ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ, ул. Каштановая аллея, д. 2, стр. 1, конференц-зал.
28 января с 16:15	Лекция «Подвижные игры на свежем воздухе – нескудная нейрокоррекция. Зима» НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухарева ДЗМ, 5-й Донской пр., д. 21а, корп. 20, 4-й эт., отделение (РАС).
28 января с 11:00 до 12:00	Лекция «Проблемы созависимости в семьях пациентов, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью» ПКБ № 13 ДЗМ, Юрьевский переулок, д. 20.
29 января с 16:00	Семинар в рамках проекта «Школа инсульта» ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ, ул. Каштановая аллея, д. 2, стр. 1, 3-й эт., конференц-зал.
29 января с 16:15	Лекция: «Зачем идти к нейропсихологу» НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухарева ДЗМ, 5-й Донской пр., д. 21а, корп. 20, 4-й эт., отделение (РАС).
29 января с 12:30 до 13:30	Лекция «Первые часы после родов» ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ, ул. Дубравная, д. 41.
29 января с 15:00 до 18:00	Лекция «Образ жизни пожилых людей» ГКБ № 68 им. В. П. Демидова ДЗМ, ПО «Капотня», 3-й квартал Капотни, д. 27, 5-й эт., конференц-зал.
30 января с 14:00 до 15:00	Школа для родителей «Дыхание и релаксация» ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ, ул. Фортунатовская, д. 1.
31 января с 14:00 до 16:00	Лекция: «Анемия. Причины, лечение и профилактика» ГКБ № 51 ДЗМ, ул. Алябьева, д. 7/33, 1-е терапевтическое отделение, корп. 3, 4-й эт.
31 января с 14:00 до 15:00	Лекция «Послеродовой период» ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ, ул. Родионовская, д. 10, корп. 2.
31 января с 15:00	Школа для родителей «Вегето-сосудистая дистония» ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ, ул. Героев Панфиловцев, д. 28. Конференц-зал (Розовый зал).

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, Т. И. Курносова, А. И. Крюков, А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова, И. А. Назарова, Е. Л. Никонов, А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе, О. В. Зайратьянц, А. Н. Плутницкий, А. В. Погонин, Н. Н. Потеев, Д. Ю. Пушкар, М. В. Синецын, С. В. Сметанина, И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева, М. Ш. Хубутия, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

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. Корректор: Ирина Зубкова. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова. Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно.

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

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

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

