



Фото: Александр Плющин / НИИЗМ ДЗМ

## МАСТЕРСКАЯ ЭНДОУРОЛОГИИ

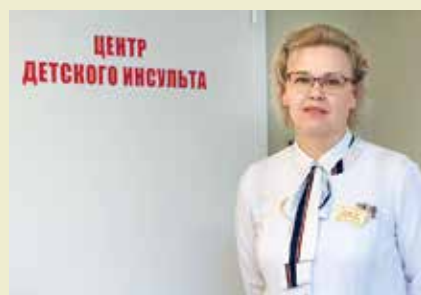
Профессор Алексей Мартов без преувеличения первопроходец. Он в числе тех, кто начинал эндоскопические операции, кто первым стал использовать лазер в эндоурологии. Коллеги его называют «эндогуру». Успел поработать на посту главного уролога страны и заместителя директора по науке в НИИ урологии и все же вернулся в городскую больницу, чтобы лечить людей и учить молодых хирургов. Ведь главное – никогда не останавливаться.

>> стр. 4–5

### СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Флагман психиатрии  
События – стр. 2



Инна Щедеркина: «Дети – самые благодарные пациенты»  
Интервью с экспертом – стр. 3



Восстановление с первых дней  
Технологии – стр. 6

### 100 ЛЕТ СЛУЖБЕ

Амбулаторной службе психиатрической помощи столицы исполнилось 100 лет. Сейчас в Москве работает 25 психоневрологических диспансеров, один из которых находится в Зеленограде. По словам главного внештатного специалиста-психиатра Департамента здравоохранения города Москвы Георгия Костюка, основное достижение города – объединение общемедицинской и психиатрической служб. Напомним, в 2017 году стартовал проект по созданию амбулаторных психиатрических модулей на базе поликлиник. Сейчас в столице их четыре. Пациент может получить медпомощь у врачей разных специальностей, посетив одно учреждение. «Модули психического здоровья появились в столице за короткий период времени. Первый из них, в поликлинике № 121, открылся в конце января 2017 года, а остальные три начали свою работу в 2018 году. Даже сравнительно небольшой период работы данных подразделений показал успешность выбранной стратегии развития амбулаторной психиатрической службы города. Она делает медицинскую помощь максимально доступной. В рамках такой системы пациент может наблюдаться у участковых специалистов и получать медицинскую помощь по направлениям врачей из этих же поликлиник», – отмечает Георгий Костюк. **ММС**



### ПЕРВАЯ В РОССИИ

Хирурги НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ провели первую в России операцию по имплантации искусственного желудочка сердца нового поколения пациенту с тяжелой формой застойной сердечной недостаточности.

«Выполнение такой операции стало возможным благодаря применению оригинальных медицинских методик и инновационных технологических решений в создании новой системы вспомогательного кровообращения, не имеющей аналогов в мире, в первую очередь за счет уменьшения размеров имплантируемых компонентов, что делает возможным широкое применение метода в клинической практике, а также за счет появившейся возможности использования системы не только в качестве левожелудочкового, но и обхода правого желудочка сердца в случае развития тяжелой бивентрикулярной недостаточности. А наличие полностью имплантируемой бивентрикулярной системы вспомогательного кровообращения с возможностью беспроводной передачи энергии, над чем продолжают трудиться специалисты, уже в самом ближайшем будущем сможет стать альтернативой трансплантации сердца», – комментирует директор НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского ДЗМ Сергей Петриков.

Методика, разработанная при участии специалистов Склифа, будет внедряться и в других стационарах и использоваться для лечения пациентов с тяжелыми заболеваниями сердца, при которых ранее была возможна только трансплантация органа целиком. **ММС**

## ФЛАГМАН ПСИХИАТРИИ

Очередной исторический рубеж преодолела психиатрическая клиническая больница имени Н. А. Алексеева ДЗМ – флагману отечественной психиатрии исполнилось 125 лет. Праздничные мероприятия проходили в течение нескольких дней: юбилей больницы совпал со столетием внебольничной психиатрической помощи. Профессиональное сообщество психиатров всего мира смогло убедиться в том, как преобразилась амбулаторная помощь за вековую историю.



18 мая торжественные мероприятия начались с научно-практической конференции «История развития психиатрической службы Москвы», в рамках которой руководство больницы и приглашенные гости рассказали о важных вехах в истории больницы, ее развитии и о творцах ее истории – Николае Александровиче Алексееве, Петре Петровиче Кащенко и других.

Главный врач больницы Георгий Петрович Костюк напомнил гостям, что больница была построена полностью на частные пожертвования, сбор которых организовал московский городской глава Николай Александрович Алексеев. Пожертвования на больницу были собраны как с помощью меценатов и купцов, так и силами простых людей, которым была небезразлична судьба пациентов. Велика была потребность в дополнительном медицинском учреждении для душевнобольных в Москве, поскольку существовавшая в то время Преображенская больница уже не вмещала всех нуждающихся. Аркадий Липович Шмилович, заведующий дневным стационаром ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, рассказал о личности и судьбе Николая Алексеева, имя которого носит больница.

По окончании конференции гостям предложили переместиться в храм «Всех скорбящих радость», расположенный в административном корпусе, где прошел праздничный молебен. А затем в холле главного корпуса состоялось открытие новых мемориальных досок, посвященных главным врачам больницы, под руководством которых коллектив больницы в разные периоды своей истории создавал ее славу (И. Н. Кагановичу, В. А. Тверитину, А. Л. Лаврентьеву, В. М. Морковкину, В. Н. Козыреву),



а также выдающимся психиатрам, деятелям науки, работавшим здесь в разные годы, – П. Б. Ганнушкину, который сыграл немаловажную роль в становлении отечественной психиатрической службы, и А. В. Снежневскому, основателю целого направления в советской психиатрии.

Особенным событием в рамках юбилея стало открытие в больнице бюста Николая Александровича Алексеева. В больнице уверены, что памятник выдающемуся предпринимателю и руководителю города, под чьим началом были построены

больницы, ГУМ, исторический музей, впервые в истории Москвы была проложена канализация и установлено уличное освещение, – это первый шаг к появлению в столице полноценного мемориала. На открытие приехала внучатая племянница Николая Алексеева Наталья Александровна Добрынина. «Низкий поклон Николаю Алексееву за то, что он вложил душу в Москву и в эту больницу», – отметила она и выразила надежду на увековечение его памяти на городском уровне.

Поздравить больницу приехали почетные гости, представители московской и российской психиатрии, зарубежные гости, ветераны, проработавшие в больнице долгие годы, представители Департамента здравоохранения и Департамента культурного наследия города Москвы.

Празднование 125-летия завершилось в Храме Христа Спасителя, где коллективу и сотрудникам ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева в торжественной обстановке были вручены почетные награды от Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы. Для гостей состоялся праздничный концерт с участием Российского государственного симфонического оркестра кинематографии под управлением народного артиста РФ Сергея Скрипки. [MMC](#)

Андрей Пахаренко



## ТОТАЛЬНАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ

В ГКБ имени М. П. Кончаловского ДЗМ полностью модернизировали реанимационную службу.

«Реанимационный блок зеленоградской больницы стал более комфортным для пациентов и их близких – каждый больной изолирован, родственники могут посещать отделение в рамках столичного проекта «Открытая реанимация». Новое оборудование позволит повысить качество оказываемой помощи и расширить возможности медицинского персонала в борьбе за жизни пациентов», – отметил Олег Гриднев, главный врач ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ. Подразделение оснащено аппаратами ИВЛ с интеллектуальным режимом, которые самостоятельно выбирают параметры вентиляции легких в зависимости от состояния пациента. Также используются новые комплексы для электрофизиологических исследований сердца, инфузионные станции, бактерицидные установки и другое оборудование. Установили современный аппарат для гемодиализа, который позволяет выполнять высокообъемные процедуры. В реанимационном блоке больницы также размещена экспресс-лаборатория, которая позволяет полностью обследовать пациента в кратчайшие сроки и контролировать его состояние в динамике. Проводятся все исследования, включая систему гемостаза. Здесь же находится отделение функциональной диагностики с возможностью проведения ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, УЗИ всех органов, сосудов шеи, верхних и нижних конечностей. В реанимации также есть свое эндоскопическое и рентген-оборудование, позволяющее проводить экстренные исследования на месте.

В отделениях установлены новые мониторы наблюдения за состоянием пациентов с выводом данных на центральную станцию сестринского и врачебного постов, современные кровати-трансформеры для легкой смены положения больных. Реанимацию оснастили мониторами-дефибрилляторами экспертного класса и мобильными приборами электроимпульсной терапии нарушений сердечного ритма. Модернизация подразделения позволила увеличить количество боксов в общей реанимации и кардиореанимации. Один из них теперь предназначен для больных инфекционными заболеваниями. Это дало возможность рассредоточить койки и улучшить условия пребывания пациентов. Также реанимационные палаты оснастили изолирующими межкроватьными шторами. Для пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии, в боксах нейрореанимации установлены потолочные рельсовые системы. Они облегчают перемещение лежащих больных и работу персонала при проведении гигиенических процедур. В ходе ремонта в отделениях установили новые консоли для подведения медицинских газов, а также полностью обновлена система вентиляции. [MMC](#)

# ИННА ЩЕДЕРКИНА: «ДЕТИ – САМЫЕ БЛАГОДАРНЫЕ ПАЦИЕНТЫ»



Проект Морозовской ДГКБ «Медицинская помощь детям с цереброваскулярными заболеваниями в единственном в Российской Федерации Центре детского инсульта» стал лауреатом Премии города Москвы в области медицины 2019 года не только по решению экспертного жюри, но и по результатам онлайн-голосования на сайте НИИОЗММ ДЗМ. Проект создавал коллектив авторов: Инна Щедеркина, Матвей Лившиц, Ирина Дроздова, Павел Свиринов, Дмитрий Горохов, Андрей Харькин, Александр Горбунов, Александр Кессель, Елена Петряйкина. С чего начинался проект, как развивался и почему победил, рассказывает руководитель Центра по лечению цереброваскулярных заболеваний у детей и подростков Морозовской ДГКБ ДЗМ, кандидат медицинских наук Инна Щедеркина.



– Как появилась идея Центра детского инсульта? Ведь, казалось бы, «дети» и «инсульт» – это очень далекие друг от друга сферы.

– На самом деле эта идея не могла не родиться. Время пришло. А почему именно у нас – очевидно, потому что больница скоромощная и многопрофильная, кому, как не нам, было увидеть и оценить назревшую необходимость такого центра? Во многом благодаря развитию возможностей лучевой диагностики сегодня возросло количество диагностированных детских инсультов во всем мире. Поэтому в разных странах с абсолютно разными системами здравоохранения происходит формирование центров детского инсульта. Если возвращаться к нам в Морозовскую, конечно, большую работу проделали наши неврологи и нейрохирурги, которые готовили обоснование для Департамента здравоохранения города Москвы, ведь необходимо было экономически просчитать проект, его обоснованность с точки зрения затрат и пользы. И 1 апреля 2014 года вышел приказ, на основании которого и был сформирован наш Центр при Морозовской ДГКБ. Сейчас, по прошествии пяти лет, мы не могли не показать результаты. И очень рады, что их так высоко оценили.

– А каков масштаб проблемы детских инсультов?

– В регистр у нас внесено за эти пять лет 820 детей. Мы учитываем детей не только с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения», в регистр включены пациенты с транзиторными ишемическими

атаками, аномалиями строения сосудов, последствиями инсульта. И, конечно, это не только московские дети – от Калининграда до Владивостока.

– Детских инсультов становится больше?

– Нет. Мы просто смогли их лучше диагностировать. Причем этиологические причины могут быть самые разные: постоперационный период, генетические особенности системы гемостаза и строения сосудов, хронические инфекции, банальные травмы – кстати, зачастую именно так трактовали раньше инсульты у детей, и в результате они просто не попадали в статистику, а дети не получали адекватного лечения. Мало того, количество детей с неутонченным инсультом (причина которого не была установлена) существенно уменьшилось. Если в 2006 году, когда появились первые данные, звучала цифра 64 %, сейчас у нас таких меньше 20 %. Я считаю, что это очень хороший результат. Он абсолютно сопоставим с мировыми данными.

– Расскажите, пожалуйста, как все начиналось, про первые шаги.

– Конечно, вначале было непросто... Много обязанностей, неустоявшаяся структура, неотлаженные процессы – ребенок с инсультом мог оказаться в любом отделении. Основная нагрузка, конечно, легла на неврологов и нейрохирургов, потому что инсульт, и детский, и взрослый, – это прежде всего вопрос быстрой диагностики. Затем мы начали систематизировать работу с отработкой маршрутизации таких пациентов при помощи ведения регистра. Его создание позволило отладить наблюдение за пациентами начиная от этапа скорой помощи. Кстати, службе скорой помощи отдельное спасибо: мы очень плотно взаимодействуем, она нам очень помогает в плане ранней диагностики. Причем они учатся у нас, а мы учимся у них.

Еще один пласт задач, который лежал перед нами, – создание технической базы. Начинали мы с «низкого старта» – возникли трудности с проведением лучевой диагностики в необходимом объеме (24 часа в сутки / 7 дней в неделю, при необходимости с анестезией), требовалось обучение специалистов по программе детского инсульта, поскольку именно нейровизуализация является золотым стандартом для диагностики цереброваскулярных нарушений у детей в острейшем периоде. Однако мы сразу ориентировались на международные стандарты диагностики и лечения с вне-

дрением тромболизиса и тромбоэкстракции в педиатрическую практику. Хотя эти интервенции осуществляются в детской практике в нашей стране не очень часто, мы уже делаем это. Церебральная ангиография стала возможна после появления у нас соответствующих специалистов, оснащения сосудистых операционных и уже поставлена у нас на поток. Интересно, что в 2017 году вышел международный гайдлайн по первичному центру детского инсульта. Эксперты всего мира попытались разложить по пунктам всю помощь, которая должна оказываться в этих центрах по минимуму (обязательно) и по максимуму (возможно). У нас есть все, что необходимо, – по максимуму.

– Это касается именно оборудования?

– Не только! «Иметь под боком» 24 часа в сутки невролога, гематолога, ревматолога, реаниматолога, анестезиолога, лучевого диагноста, инфекциониста, нейрохирурга – это нечто потрясающее даже для западных стран.

– Как будет и будет ли транслироваться ваш проект в другие регионы?

– Нам пока необходимо отладить процессы и убрать «шероховатости». Москва – огромный город с огромной детской популяцией. Поэтому, несомненно, возникнут вопросы адаптации московского опыта в других регионах. Тем не менее мы доложили о наших результатах главному внештатному специалисту – детскому неврологу Минздрава России Гузевой В. И. Следующим этапом будет написание стандартов по оказанию этой помощи детям для всей России. А на практике наши доктора дистанционно консультируют коллег в удаленных регионах, насколько сегодня это

позволяет телемедицина. К сожалению, пока врачи не обладают рентгеновским зрением, поэтому иногда приходится ограничиваться консультациями на уровне медицинской документации. Мы сотрудничаем очень активно со «взрослыми» коллегами и даже включены в Московскую инсультную сеть – очень важно проработать механизмы, как наши пациенты будут переходить во «взрослую» медицину, чтобы наблюдение и необходимая помощь не прекращались.

– Традиционный вопрос – о перспективах и планах.

– Мы много чего хотим. Во-первых, отработать стандарт детского тромболизиса (он может развернуть вспять изменения в результате ишемического инсульта) и поставить его на поток. Во-вторых, сформировать стандарт тромбоэкстракции. В-третьих, развивать генетические исследования по детскому инсульту. В-четвертых, дальше развивать сосудистую хирургию, у нас уже накапливается материал по церебральной прицельной ангиографии в соотношении с клиническими проявлениями. Конечно, очень актуальной для нас является профилактическая работа, которую мы надеемся развивать дальше с главным внештатным специалистом – детским неврологом ДЗМ профессором Батышевой Т. Т. Еще очень хотим наладить у себя, в Морозовской, реабилитацию, сейчас нам в этом активно помогает Научно-практический центр детской психоневрологии. Вообще, дети – очень благодарные пациенты, и наша задача – чтобы они не только не теряли какие-либо навыки, но и продолжали приобретать. [ММС](#)

Алина Хараз



&gt;&gt; окончание. Начало на стр. 1

## АЛЕКСЕЙ МАРТОВ: «Медицина – это обучение всю жизнь, остановился – отстал, потерялся»

Алексей Мартов, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий 2-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ имени Д. Д. Плетнева ДЗМ», заведующий кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А. И. Бурназяна ФМБА РФ, ведущий научный сотрудник медицинского исследовательского центра МГУ им. М. В. Ломоносова, заместитель председателя Российского общества урологов, президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, «эндогуру», рассказывает «Московской медицине» о первых шагах отечественной эндоурологии, о профессиональном братстве и о том, как в один день можно изменить свою жизнь.



– Алексей Георгиевич, не будет преувеличением сказать, что вы, извините за штамп, «стояли у истоков» эндоурологии и эндохирургии в нашей стране. С чего все начиналось?

– Начиналось все с того, что минимально инвазивной хирургии в урологии просто не было. В начале 1980-х один из моих учителей Алексей Владимирович Морозов писал докторскую диссертацию, изучая возможности малоинвазивных методов, тогда они только начинали

входить в практику на Западе. Я к нему попал в исследовательскую группу в ординатуру, и мы стали пробовать выполнять простейшие малоинвазивные урологические вмешательства. На том самом первом этапе они заключались в дренировании почки либо через естественные пути, либо с помощью чрескожного пункционного катетера. Потом через эти же пути мы стали удалять камни, лечить сужения (стриктуры), удалять папиллярные опухоли. За пару десятков

лет все это развилось в целую субнауку, субспециальность – эндоурологию. И сегодня существует Всемирное общество по эндоурологии, Европейское общество по эндоурологии, Российское общество по эндоурологии, президентом которого я являюсь. Мы организуем конгрессы раз в два года, в 2018-м прошел 6-й по счету, съезжаются до 1000 человек.

– Расскажите подробнее о путях становления эндохирургии, ведь ее бурный рост совпал как раз с вашим приходом в профессию.

– Понятно, что эндоскопическая хирургия была задолго до меня. Но я пришел в самую сильную урологическую клинику в СССР – на кафедру Николая Алексеевича Лопаткина. Подготовка там была такая, что уже через два года, еще аспирантом, я легко общался со всеми заведующими отделениями и заведующими кафедрами, которые приезжали на курсы усовершенствования в Первую Градскую к Лопаткину. Такая интеллектуальная, заряженная, насыщенная была атмосфера: конференции, разбор клинических случаев, обсуждение тактики ведения сложных, интересных больных, можно было высказать свое мнение, и к тебе прислушивались. Ты же этим пропитываешься. Мы очень много читали, нас заставляли писать – все это активно стимулирует. И так случилось, что в принципе я начал заниматься одним из первых эндоскопией верхних мочевыводящих путей. Прежде этого не делали.

– Почему?

– Наверное, отчасти потому, что требовался рентгеновский контроль во время операции, и мало кто хотел общаться с рентгеновскими аппаратами. Дальше – больше: появились эндоскопы. А затем постепенно появилось понимание, что эндоскопия в урологии – это, оказывается, неплохо, потом, с накоплением опыта, понимание, что это очень даже хорошо по сравнению с открытыми операциями: менее травматично, быстрее, качественнее. Затем мы стали распространять эти эндоскопические вмешательства на другие нозологии: уроонкологические заболевания, свищи, стриктуры и так далее.

– То есть правильно будет сказать, что эндоскопия прежде всего пришла в урологию?

– Да урология в принципе самая пионерская специальность! Это полигон, на котором как раз «прошли испытания» эндоскопия и лапароскопия. Кстати, и лазеры тоже. Сейчас наш российский тулиевый волоконный лазер проходит европейскую сертификацию – это очень серьезное достижение отечественной науки. У нас вообще такая очень интересная, необычная специальность. Даже робот Да Винчи, о котором сегодня бесконечно говорят, был создан именно для урологической операции – радикальной простатэктомии. А теперь чего только с ним не делают. Но робот в хирургии никогда человека не заменит, он, такой большой и дорогой, лишь прикладной инструмент, как ла-



зер, – способствует, облегчает, улучшает выполнение той или иной операции, но делает ее человек.

**– Тогда, в 1980-е, вы вряд ли думали о подобных перспективах, но продолжали пробовать... Это призвание?**

– Не люблю я пафосные слова. «Призвание... с пеленок мечтал... среди ночи просыпался, обдумывал операцию...» Наверное, у кого-то так, но это юношеские мечты. На самом деле медицина – тяжелейший труд с огромной интеллектуальной нагрузкой, ответственностью, обучение всю твою жизнь, остановился – все, отстал, ты уже не хорош, уже не в профессии, потерялся – out of...

**– Вы выполняете минимум 400 операций в год. То есть, если разложить на год, это почти по две каждый день. А в принципе могли бы сидеть в кабинете, пожинать лавры, писать книги. Почему не так?**

– Для меня все-таки важнее и интереснее врачевание, а не сидение в президиумах. Пока востребован, пока силы есть, я это делаю. Календарь выездных операций до конца года расписан – Краснодар, Якутск, Рязань, Петропавловск, Абакан, Сеул, Берлин, Петербург, Афины, Хальбронн... И еще мне нравится (может быть, это и мазохистский подход) учить молодежь. Меня очень радует, что по большому счету сейчас реально во всех урологических отделениях страны выполняют операции, которые я начинал делать. И большинство оперирующих сегодня урологов приезжали ко мне учиться. Еще в институте урологии (а я проработал там 25 лет), будучи замдиректора, я делал отчет по науке и достоверно знаю: на тот момент через мою школу обучения по эндоурологии прошли 870 человек. Это люди, которые лично ко мне в операционную приезжали осваивать эти методики. Я вообще почти никогда один не оперирую. Всегда сзади есть какие-то глаза, прежде всего это мои молодые ребята – ординаторы, аспиранты...

**– Медицина у вас наследственный «диагноз»?**

– Да, мы сильно «наследственные» доктора, целая династия – с бабушек, деду-

шек, прабабушек и прадедушек. Но хирург я один. В основном терапевты, педиатры, а сестра, например, стоматолог.

**– Как же вы так шагнули в сторону, почему хирургия, урология?**

– Случайность! На самом деле это великий ученый и врач Николай Алексеевич Лопаткин меня просто «совратил». За один день. Как и все в семье на несколько колен, я был «законченным» терапевтом. Даже не представлял себя в хирургии. А урология, где мочой пахнет, – и в голову такое прийти не могло. Но вот столкнула судьба с этим великим человеком, и он за день меня перековал.

**– Что же он такого сказал? Что стало поворотной точкой?**

– Даже и не вспомню деталей. Но произошло это уже на середине 6-го курса, я был в интернатуре, оставалось полгода. После общения с Николаем Алексеевичем стало ясно: мне туда. С огромным трудом в порядке редчайшего исключения меня перевели на хирургию. А дальше пошла ординатура по урологии, аспирантура по урологии, младший научный сотрудник в институте урологии, потом старший, потом завотделом, потом замдиректора по науке... А сейчас я с удовольствием заведу отделением в городской клинической больнице им Д. Д. Плетнева и заведу кафедрой урологии и андрологии ФМБА – чистая практика, «в полях». У нас довольно весело здесь, не скучно, интересно. Очень много больных нестандартных, экспертных, сложных приезжают со всей России и из-за рубежа. Бывает, что в операционной все отделение собирается посмотреть уникальные операции, которых никто никогда не видел и не выполнял. Здорово, что мне как европейскому эксперту присылают инструменты, модели на апробацию. Так что весело, но, конечно, не без трудностей, не без недостатков. Но это жизнь. Мы к ним относимся философски. Нам очень помогает и всячески нас поддерживает наш главный врач – Ирина Александровна Назарова, очень обаятельная и энергичная женщина. Мы когда-то много лет назад с ней оперировали вместе – она давала наркоз, а я оперировал одного ВИП-пациента. Затем жизнь столкнула вновь...

**– Слушая вас, совершенно не могу представить себе вас терапевтом.**

– Да я сам сейчас не могу представить себя терапевтом. Но был им, как мне казалось, до мозга костей. А сейчас я считаю, что самая красивая женщина – это Урология. Из всех хирургических специальностей, да и вообще всех остальных, которые женский род имеют. Мы все так считаем. Не знаю, как в других специальностях, мы едины, друг друга знаем, и я уверен, что если когда-нибудь в каком-нибудь далеком городе я вдруг потеряю деньги, могу зайти в любое урологическое отделение – меня и накормят, и денег дадут. Это братство, и мы учим этому молодежь. Вообще, хирург – особенная специальность. Обязательные условия: знания, опыт, аккуратность и определенная наглость. Конечно, требуется время, и очень-очень нужны хорошие учителя. Самому пройти путь сложно. Я делал это сам, тогда у нас просто не было учителей по тому, чем я в итоге стал заниматься. Читал книжки и делал – честь и хвала моему окружению, которое поддерживало. Были, конечно, и те, кому эти новшества и наша «наглость» не нравились, но они как-то пропадали, отступали, несмотря на звания и регалии. А те люди, которые действительно глобально смотрели на развитие, как, например, Николай Алексеевич Лопаткин, поддерживали, давали возможности, но контролировали, сдерживали, чтобы мы не торопились, не наломали дров. Это было очень лестно и приятно – еще бы! Лопаткин на тебя внимание обратил...

**– Вы выполняете по всему миру показательные операции. Что это значит?**

– Действительно, у меня порядка 3–4 операций за рубежом каждый год. Но самое главное не это: мы можем из своей операционной или любой другой операционной, которая подсоединена к Интернету, транслировать живые операции на всю Россию. Чаще всего с нами работает наша замечательная урологическая компания. От себя мы (из московской больницы) транслировали 5 мастер-классов. Интернет – это не только Россия, у нас довольно большая аудитория. Но не Интернетом единым... В прошлом году у меня было по России 12 мастер-классов в разных городах от Петропавловска-Камчатского и Биробиджана до Грозного, Нальчика и Махачкалы.

Там тоже обязательно идет трансляция. С моей точки зрения, это очень полезно, особенно молодым докторам. Потому что все это потом можно пересматривать в записи. Любая видеопрезентация, монтированные фильмы – это неплохо, но они не отражают всей реальности операции, не показывают ее как она есть. Вот на днях видео-мастер-класс по работе на отечественном лазере. Эти трансляции смотрят студенты, ординаторы, аспиранты, врачи по всей стране.

**– Есть доля зависти к сегодняшним студентам? Вы же о таких трансляциях и видео-мастер-классах и не мечтали, наверное?**

– К сожалению, не могу завидовать. Даже наоборот. Сочувствую им. Конечно, сейчас студентам учиться интереснее, огромный массив открытой информации, много всевозможных компьютерных технологий. Но ведь мы поступали бесплатно, и нам платили стипендию, когда мы хорошо учились. А сейчас, к сожалению, очень многие ребята вынуждены сами платить за обучение. И при этом они не могут подрабатывать просто потому, что рабочих мест нет. Это реальная большая проблема. Учиться в медицинском институте не подарок, одно из самых сложных обучений. Я помню, что сверстники, как и положено, наслаждались прелестями студенческой жизни, а у нас это получалось не так часто, приходилось очень много заниматься. Сейчас легко достать информацию, легко напечататься, не нужно вручную делать на ватмане рисунки и таблицы для презентации – это все стало проще. Но место в жизни свое – стало тяжелее добывать. И это меня немножко огорчает. Хотя мой младший сын собирается идти в медицинский – наследственность...

**– Стремительно изменились подходы в хирургии, каким вы видите ее будущее?**

– Если честно, я был бы рад, если бы, например, появилась такая технология: дали таблетку от камня в почке – и нет камня. Дали таблетку от рака – и нет рака. Конечно, я остался бы без работы. Но я готов этим пожертвовать, пошел бы развозить эти таблетки – у меня и машина есть. Посмотрим... **ММС**

Алина Хараз



# ВОССТАНОВЛЕНИЕ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ

В Детской городской клинической больнице № 9 имени Г. Н. Сперанского ДЗМ открылся профиль по челюстно-лицевой хирургии. Здесь с первых дней жизни оперируют детей с расщелиной губы и неба.



междисциплинарный многопрофильный подход, комфортную и четко выстроенную логистику для эффективного и скорейшего исправления врожденного порока развития. Педиатры обследуют и оценивают общее состояние младенца с анатомическим дефектом лица, затем его к операции подготавливает анестезиолог, он передает ребенка в руки челюстно-лицевого хирурга. После операции, во время которой используются аппараты и оборудование с учетом всех особенностей параметров крошечных пациентов, малыш поступает в реанимацию для новорожденных, откуда возвращается в инфекционное отделение. Уже на второй день после операции у пациента восстанавливается сосательная функция, и он может полноценно вскармливаться на грудном молоке.



«Наша главная задача – устранить анатомический порок, восстановить все необходимые функции и в дальнейшем полностью социализировать ребенка, подготовить к возможности сначала посещать детский сад, а затем своевременно пойти в школу, – говорит челюстно-лицевой хирург, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Сеченовского университета, к. м. н. Юрий Волков. – Ведь важно, чтобы к 3 годам он начал развивать свой речевой аппарат, общался без проблем со сверстниками, рос в коллективе. Перед

школой мы "поправляем рубцы", делая их менее заметными, устраняем деформации. Ведем пациента в дальнейшем, если в этом есть необходимость, до 18 лет, а иногда и после совершеннолетия. Важно, когда вся семья испытывает комфорт и навсегда забывает о пороке. Сейчас мы нацелены на выполнение плановых операций. Наша лечебная деятельность неразрывно связана с научной, направленной на улучшение качества оказания помощи именно этим детям в современных условиях».

**С открытием нового хирургического профиля у детей появилась возможность получения квалифицированной специализированной помощи по челюстно-лицевой хирургии**

В рамках нового профиля оказания специализированной медицинской помощи детям по челюстно-лицевой хирургии специалисты будут расширять спектр своей деятельности и также заниматься травматическими повреждениями и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. **ММС**

Лилия Былич



Сегодня уже на 18–20-й неделях беременности можно выявить врожденный порок развития челюстно-лицевой области у ребенка, и с мамой начинает работать челюстно-лицевой хирург, который объяснит, что это не приговор, не показание к прерыванию беременности – такой анатомический порок исправляется и никак не влияет на интеллект ребенка. Этой проблемой уже много лет занимается челюстно-лицевой хирург, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого МГМУ имени И. М. Сеченова Адиль Мамедов д. м. н., профессор, который принимает самое активное участие в развитии челюстно-лицевого профиля в ДГКБ № 9. Он ведет мам из регионов, которые по договоренности приезжают рожать в столичные роддома, а сразу после родов поступают в инфекционное отделение для новорожденных № 8 детской больницы, где детей с врожденным пороком развития губы и неба обследуют и оперируют в самые первые дни жизни.

Как правило, детей с расщелиной губы оперируют в 3–6 месяцев, а с расщелиной неба – в промежуток от года до полутора лет. В детской больнице № 9 используют

**Уже на второй день после операции у пациента восстанавливается сосательная функция, и он может полноценно вскармливаться на грудном молоке**



С открытием нового хирургического профиля у детей появилась возможность получения квалифицированной специализированной помощи по челюстно-лицевой хирургии. Сегодня это единственная клиническая база в России, где ведется сопровождение детей с расщелиной губы и неба еще до их рождения, а оперируют маленьких пациентов уже с первых дней жизни, чтобы малыши могли оставаться на грудном вскармливании. В год планируется оказывать оперативное лечение порядка 100 пациентам из Москвы и других регионов России по полису обязательного медицинского страхования.

В среднем по России 1 из 750 новорожденных появляется на свет с врожденными пороками развития, связанными с формированием области неба и губы, прежде всего расщелиной губы и неба. В год это около 2400 детей, которым требуется до 10 реконструктивных операций от самого рождения до 18 лет.



# СТРАТЕГИЯ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Спорт, правильное питание, отсутствие вредных привычек – все это простые составляющие здорового образа жизни. Предлагаем читателям познакомиться с исследованиями НИИОЗММ ДЗМ и узнать, кто из москвичей придерживается правил ЗОЖ.



По большей части соблюдают принципы ЗОЖ

Среди людей старше 60 лет – **35 %**

Среди населения до 35 лет – **24 %**

Среди москвичей от 36 до 59 лет – **28 %**

**32 %** среди тех, кто имеет высшее образование

**25 %** среди тех, кто не имеет высшего образования



**Здоровый образ жизни увеличивает продолжительность жизни человека и повышает ее качество**

## Что мешает москвичам вести ЗОЖ



данные в процентах



Следят за своим питанием



**71 %** москвичей с высшим образованием следят за питанием

**58 %** из тех, кто не имеет высшего образования

**73 %** из тех, кто оценивает материальное положение как «хорошее»

**62 %** из тех, кто оценивает материальное положение как «среднее»

**60 %** из тех, кто оценивает материальное положение как «плохое»



**Больше половины населения Москвы (63 %) регулярно или время от времени занимаются физкультурой или спортом**

## Что значит ЗОЖ для москвичей



Чаще ведут спортивный образ жизни москвичи с высшим образованием (**34 %**), чем без него (**25 %**)

**Режим труда и отдыха соблюдает 30 % населения Москвы** (перерывы на работе на отдых, качественный сон и т. д.)



Другие ассоциации (клинические ассоциации, необходимость средств для соблюдения ЗОЖ, закаливание, соблюдение гигиены, долголетие) – **7 %**

Несодержательные ассоциации, включая формальные определения, общие слова – **15 %**



**Игнат Викторович Богдан**, к. полит. н., руководитель отдела медико-социологических исследований ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

«В декабре 2018 г. Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ был проведен опрос москвичей на тему их отношения к ЗОЖ. Было опрошено 800 человек, выборка репрезентативна населению Москвы по полу, возрасту, уровню образования и округу проживания респондентов.

На основании обзора литературы и частоты встречаемости в ответах опрошенных было отобрано шесть основных аспектов ЗОЖ, отношение к которым мы исследовали: питание, физическая активность, режим труда и отдыха, отношение к курению и алкоголю, умение справляться со стрессом. Факторный анализ позволил разбить эти аспекты на две группы: «активный ЗОЖ», требующий активной работы индивида над собой, и «пассивный ЗОЖ», заключающийся в отсутствии определенных пагубных пристрастий.

Статистический анализ данных показал, что хорошее самочувствие из рассмотренных аспектов сильнее всего связано с физической активностью и умением справляться со стрессом, что позволяет рекомендовать данные направления как приоритетные».



К нам в редакцию обратился благодарный пациент Анатолий Тараненко. Он проходил лечение в пульмонологическом отделении ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ и очень хотел, чтобы мы рассказали о том, как врачи помогают ему бороться с тяжелой болезнью.

## ОПЛОТ ЗДОРОВЬЯ

Анатолий Тараненко – пациент особенный. Хронический лимфолейкоз в анамнезе. Пройден не один курс химиотерапии. Иммунитет на таком фоне дал сбой. Почти полгода Анатолий Иванович непрестанно болел. Простуда, кашель, проблемы с дыханием. Куда только не обращался – все безрезультатно. Лечащий врач поликлиники направил мужчину на госпитализацию в больницу и, как выяснилось, очень вовремя.

«У пациента была обнаружена тяжелая пневмония, протекающая на фоне вторичного иммунодефицита, обусловленного онкологическим заболеванием крови.

**«Коллектив в отделении – это одна команда. Каждый работает на общую задачу, не считаясь с формальными обязанностями»**

Ситуация непростая, но вместе с коллегами мы смогли выстроить оптимальную схему лечения, и оно дало отличный результат. В нашем отделении созданы все условия для оказания помощи таким больным. В палатах установлены высокопоточные ингаляторы, осуществляется подача кислорода. Раньше в острый период пациенты, которые имеют сильнейшие проблемы с дыханием, находились в реанимации, что было весьма неудобно, поскольку там все же особый режим. Теперь мы можем их лечить у себя. Плюсов много. Во-первых, это психологический комфорт, во-вторых, ранняя физическая активность и быстрое восстановление, в-третьих, уменьшение рисков вторичной инфекции. Немаловажно также, что при этом расширяются и возможности клиники при лечении тяжелых больных», – рассказал заведующий пульмонологическим отделением ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ Евгений Безлепко.

Спустя 5 месяцев после выписки Анатолий Иванович чувствует себя хорошо. За все это время у него ни разу не повышалась температура. А ведь раньше мучительные симптомы воспаления повторялись еженедельно. Неудивительно, что пациент Тараненко теперь, как он сам выражается,

«упоает на больницу имени М. П. Кончаловского как на надежный оплот восстановления здоровья».

Впрочем, это мнение основано не только на собственном опыте. Просто Анатолий Тараненко – очень наблюдательный человек, который охотно делится своими впечатлениями: «Менее полугодика прошло, а я уже трижды лежал в разных отделениях этой клиники. И каждый раз я отмечаю значительные изменения к лучшему. Что касается пульмонологии, одна особенность меня поразила более всего. Коллектив в отделении – это одна команда. Каждый работает на общую задачу, не считаясь с формальными обязанностями. Не нужно ходить и искать, кто за что отвечает. Все заинтересованы в оптимальном результате. Особенно я благодарен своему лечащему врачу-пульмонологу Екатерине Владимировне Большаковой и заведующему отделением Евгению Александровичу Безлепко. Уют в отделении – отдельная тема. Я бывал в разных больницах – такого нигде не видел. Очень много растений. Настоящий зимний сад, за которым заботливо ухаживает сестра-хозяйка Ирина Трофимовна Михайлова. А доброжелательность и заинтересованность всего персонала этот уют прекрасно дополняют». **МММС**

Ирина Пономаренко



Е. В. Большакова, А. И. Тараненко, Е. А. Безлепко



И. Т. Михайлова



В отделении пульмонологии

### Календарь событий 2019 г.

29 мая  
с 10:00  
до 12:00

**Лекция «Послеродовый период. Грудное вскармливание»**  
ГКБ № 15 им. О. М. Филатова ДЗМ, ул. Вешняковская, д. 23, корп. 2 (роддом), 2-й этаж, конференц-зал.

29 мая  
с 13:00  
до 14:00

**Лекция «Профилактика и раннее выявление туберкулеза»**  
МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ, ул. Тарутинская, д. 2.

29 мая  
с 13:00  
до 14:00

**Лекция «Профилактика ВИЧ»**  
г. Троицк, посел. Вороновское, п. ЛМС, Вороновская больница ДЗМ.

30 мая  
с 9:30

**Семинар «Неотложные состояния в кардиологии»**  
Бизнес-центр «Атмосфера», ул. Сушеская, д. 25, стр. 1, 3-й этаж, конференц-зал «Диалог».

30 мая  
с 14:30

**Лекция «Подготовка к родам. Грудное вскармливание»**  
г. Зеленоград, ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ, ул. Каштановая аллея, д. 2, стр. 6.

30 мая  
с 17:30  
до 19:30

**Тренинг «Психотические расстройства»**  
ПКБ № 13 ДЗМ, ул. Средняя Калитниковская, д. 29.

31 мая  
с 14:00  
до 15:00

**Лекция «Профилактика желудочно-кишечных инфекций»**  
Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ, ул. Стартовая, д. 4.

31 мая  
с 14:00  
до 15:00

**Лекция «Легкие роды»**  
ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ, ул. Родионовская, д. 10, корп. 2.

5 июня  
с 12:00  
до 13:30

**Лекция «Аутогенная тренировка»**  
ПКБ № 13 ДЗМ, Юрьевский пер., д. 20.

### Смотрите на [www.niooz.ru](http://www.niooz.ru)

НИИОЗММ инициировал акцию «День донора: повод знать»



Видеосюжет ко Дню медсестры



### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Председатель**  
Леонид Михайлович Печатников

#### Редакционный совет

Амплеева Т. В., Андреева Е. Е., Анциферов М. Б., Арутюнов Г. П., Бордин Д. С., Богородская Е. М., Брюн Е. А., Васильева Е. Ю., Дубров В. Э., Жилиев Е. В., Зеленский В. А., Курносова Т. И., Крюков А. И., Мазус А. И., Мантурова Н. Е., Назарова И. А., Никонов Е. Л., Оленев А. С., Орджоникидзе З. Г., Зайратьянц О. В., Плутницкий А. Н., Погонин А. В., Потеев Н. Н., Пушкар Д. Ю., Сеницын М. В., Сметанина С. В., Хатков И. Е., Ходырева Л. А., Хубутян М. Ш., Шабунин А. В., Шамалов Н. А.

#### Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

#### Редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

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

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Над выпуском работали: редакционный отдел «Московская медицина». Научный редактор: Джамал Бешлиев. Авторы: Ирина Степанова, Алина Хараз, Сергей Литвиненко, Юлия Карташова. Корректор: Ольга Михайлова. 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:

