



формула жизни

Газета издается при информационной поддержке Департамента здравоохранения города Москвы

Март, 2014, №6



ИНСУЛЬТ В МОСКВЕ ОТСТУПАЕТ

В институт им. Н.В. Склифосовского попадают самые сложные пациенты, и здесь никогда никому не отказывают

Главной Сосудистой Центром для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом открылся в НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. С его появлением в Москве запущена принципиально новая организационная структура оказания экстренной медпомощи больным с сосудистыми катастрофами.

Каждые 15-20 минут в Москве фиксируется новый случай инсульта. Врачи отмечают, что если больной обращается за помощью в течение четырех часов с момента приступа, его можно спасти. Сегодня в столице для этого созданы все условия. К таким пациентам приезжают специализированные кардиологические бригады «скорой» помощи с возможностью проведения догоспитального тромболизиса. После оказания первой помо-

щи их везут в оборудованные по последнему слову техники Сосудистые Центры или отделения.

Согласно программе «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний головного мозга» в городе уже работают 12 региональных сосудистых Центров. Кроме того, в структуру оказания экстренной помощи пациентам с сосудистыми катастрофами войдут еще 19 первичных сосудистых отделений (такие уже открылись и принимают пациентов в 1-ой Градской, Боткинской больницах, ГКБ № 15, 7, 12 и др.). Координировать работу всех этих учреждений будет недавно открывшийся на базе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского головной Сосудистый Центр.

В структуру головного Сосудистого Центра входят несколько отделений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского – неврологии, кар-

диологии, нейрохирургии, нейрохирургической реанимации, сосудистой хирургии. В зону прикрепления нового Центра попадут примерно 150-200 тысяч москвичей. Однако, как отметил в ходе церемонии торжественного открытия головного Центра министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения столицы Георгий Голухов, сюда будут принимать пациентов со всей Москвы и даже России.

Основные задачи нового Центра – оказание лечебно-диагностической помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Кроме того, здесь в круглосуточном режиме будут консультировать больных из других столичных лечебно-профилактических учреждений.

– В Институт Склифосовского попадают самые сложные пациенты, и здесь никогда никому не отказывают. В рамках програм-

модернизации здравоохранения и совершенствования помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга Центр оснащен самым современным оборудованием для лечения таких пациентов, для работы Центра привлечены лучшие врачебные кадры нашего института, что, несомненно, позволит улучшить качество лечебной помощи больным с инсультами в Москве, – говорит главный врач НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Анзор Хубутия.

Сегодня каждого пациента, которого привозят в новый Сосудистый Центр на «скорой» с подозрением на инсульт, отправляют не в приемное отделение, а сразу на компьютерную томографию. Если диагноз подтверждается, человека моментально переводят в реанимацию. По такому принципу работают сейчас все столичные сосудистые Центры.

Продолжение на стр. 2



Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения Георгий Голухов: «Мы выходим на диалог не только с лояльно настроенными по отношению к нам людьми, но и с теми, кто настроен негативно, критично»

стр. 3



Интервью заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонида Печатникова: «Общество должно обсуждать не сокращение коек, а качество оказываемой медицинской помощи»

стр. 4

Зам. главного врача по травматологии и ортопедии ГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова, профессор Виктор Кузин: «Ежегодно мы выполняем около полутора тысяч высокотехнологичных операций по эндопротезированию суставов – и все они совершенно бесплатны для москвичей»

стр. 6

Пластический хирург (медицинский центр «К+31»), профессор, МГМУ им. И.М. Сеченова Рубен Адамян: «Ищите врача с хорошей репутацией и научными работами, а не того, кто научился грамотно пиариться»

стр. 9



Только факты

Начало на стр. 1

Инсульт в Москве отступает

В институт Склифосовского попадают самые сложные пациенты, и здесь никогда никому не отказывают

Техника в реанимации Склифа – на грани фантастики. Здесь даже кровати оснащены функцией взвешивания больных, что очень важно для определения калорийности рациона пациентов с сосудистыми катастрофами. Во время посещения вновь открывшегося Центра, несколько коек были уже заполнены пациентами. Например, на одну из них попал пожилой мужчина с геморрагическим инсультом – врачи рассказали, что он вот-вот отправится на операцию по удалению гематомы.

Особая гордость центра – отделение нейрореабилитации. Столь важная для таких пациентов реабилитация начинается уже с первых минут их поступления – с ними работают психологи и врачи-реабилитологи. На койку ранней нейрореабилитации пациент попадает уже из реанимации. Здесь создана безбарьерная среда – нет порогов, кругом поручни, умывальники двигаются, есть место для массажа. В дальнейшем к услугам пациентов – специальные тренажеры. Например, лесенка с регулирующейся высотой ступенек, которая обучает заново ходить (раньше таких пациентов приходилось учить на обычных лестницах). Или «щадящая» беговая дорожка с удобными поручнями.

В последнее время в столице регистрируют все больше прединсультных состояний – т. н. транзиторных ишемических атак. Такие симптомы, как неожиданное онемение конечностей и временная потеря речи не проходят сами собой. И теперь людей с такими жалобами в Москве госпитализируют и незамедлительно проводят им диагностику сонных артерий. Если причиной атаки стал тромб или сужение артерий, выполняю операцию, которая предотвратит развитие инсульта.

Вот доктор Лайла Хамидова за монитором суперсовременного УЗИ-аппарата экспертного класса. На такой аппаратуре можно без труда обнаружить сужение сонных артерий. Молодая пациентка на койке ждет вердикта врача – если у нее найдут патологию сосудов – предстоит нейрохирургическая операция, которая спасет ей жизнь. А у 43-летней учительницы Оксаны, которая находится в отделении нейрореабилитации, причиной транзиторной атаки стали затяжные стрессы. «Во время урока я почувствовала, что мне все тяжелее говорить. Списала это сначала на брекеты, потом заподозрила аллергию и обратилась к школьному врачу», – рассказывает женщина. А тот сразу вызвал «скорую», которая отвезла ее в реанимацию Склифа.

Оксана всю жизнь занималась спортом, никогда не жаловалась на здоровье и повышенное давление. Поэтому врачи рекомендуют людям, даже не имеющим жалоб, обращать внимание на появившиеся проблемы с речью и онемение конечностей и тут же вызывать «03». «Многие затягивают до последнего – помочь таким людям сложно», – говорит замдиректора института, руководитель Сосудистого Центра Сергей Петриков.

Лечение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения стало одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Ежегодно инсульт переносит более полумиллиона россиян, сегодня это заболевание вышло на второе место в структуре общей смертности в нашей стране и на первое – в структуре инвалидизации. Только за последние десять лет показатели заболеваемости и смертности от инсульта среди трудоспособных россиян выросли на треть. При этом каждый третий пациент, перенесший это острое состояние, нуждается в посторонней помощи, еще 20% не могут самостоятельно ходить, и лишь каждый пятый может вернуться к трудовой деятельности. В Москве, благодаря полному переоснащению столичных клиник, в последние три года удалось добиться снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 17%. И на этом достижении город останавливаться не собирается.



В Новой Москве открываются амбулатории из модульных конструкций

30 января открыта амбулатория, возведенная из модульных конструкций в пос. Первомайское (ТиНАО). В конце марта аналогичная амбулатория открыта в пос. Крекшино. Необходимость открытия новых амбулаторий связана с быстрым приростом населения и необходимостью улучшить качество медицинской помощи. На территории ТиНАО города Москвы в скором времени открываются амбулаторно-поликлинические учреждения из конструкций модульного типа в поселках Фабрики 1 мая, Знамя Октября. В новых зданиях амбулаторий располагаются врачебные кабинеты, оснащенные современным оборудованием и оргтехникой; процедурные кабинеты для взрослых и детей; кабинет стоматолога с дентальным визиографом и современной стоматологической установкой; кабинет функциональной диагностики с электрокардиографом и спирографом; кабинет для забора анализов; молочно-раздаточный пункт. Возведение здания амбулатории из модульных конструкций позволило более чем вдвое сократить сроки строительства. Под модулем понимается основной элемент сборной самонесущей конструкции здания. При обычном способе строительства, на возведение подобного здания требуется 2,5 года. Ускоренный ввод модуля с функциями госпиталя повысил качество здравоохранения и социальных условий жизни в целом.

Машины скорой помощи оснастят комплексами фотовидеофиксации

До 150 московских машин скорой помощи будут оборудованы видеорегистраторами с системой фиксации правонарушений. Видеорегистратор представляет собой несъемное стационарное устройство, которое будет выполнять функции навигации ГЛОНАСС, видеорегистрации в постоянном режиме, принятия решения о нарушении со стороны водителя, который не уступает дорогу машине скорой помощи – все это заложено в техзадании. Таким образом, система будет не только фиксировать факты нарушения водителями, но и пропускать скорую помощь, но и поможет медикам собирать статистику о собственной работе. Скорая помощь может ездить по выделенным полосам, поэтому, возможно, эти камеры будут фиксировать также выезд на «выделенку» автомобилей, которые не имеют на это права. Предполагается устанавливать камеры так, чтобы на снимках была видна ситуация на дороге и сотрудники ГИБДД могли оценить, мог ли в соответствии с дорожной ситуацией, автомобиль пропустить скорую помощь или же ему некуда было свернуть. Правительство Москвы также выступает с предложением повысить штраф для автомобилистов, которые не пропускают «скорую помощь», до 5 тысяч рублей. Сейчас водителю, не уступившему дорогу карете «скорой помощи», грозит предупреждение или штраф в размере 300-500 рублей. Хотя в последнее время водители стали более дисциплинированными и почти всегда пропускают машины «скорой», эти меры необходимы, ведь речь идет о жизни и смерти пациента.

Малыши по программе лечения бесплодия

Более 600 процедур экстракорпорального оплодотворения проведено в роддоме № 17 в 2013 году. В результате родилось почти 200 малышей, из них 21 двойня. Роддом № 17 – один из двух центров в столице, работающих по государственной программе. Он обслуживает супружеские пары из пяти округов столицы – Северо-Западного, Северо-Восточного, Северного, Восточного и Зеленоградского. Программа лечения бесплодия методом вспомогательных репродуктивных технологий существует в Москве с 2007 года, когда Правительство Москвы начало выделять средства для финансирования и реализации Комплексной программы

дополнительных мер по поддержке семей с детьми, для закупки лекарств и прочих необходимых материалов, применяемых при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Встреча с общественными организациями инвалидов

Встреча представителей двух Департаментов Москвы: здравоохранения и социальной защиты города Москвы с общественными организациями инвалидов, состоялась 19 марта в поликлинике № 5 ЦАО, которая была выбрана для такого мероприятия не случайно. На сегодняшний день это учреждение наиболее подготовлено для оказания медицинской помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности и другим маломобильным гражданам.

Были рассмотрены различные вопросы совместной деятельности Департамента здравоохранения Москвы и общественных организаций инвалидов, в том числе наиболее актуальные из них:

- информирование общественных организаций инвалидов о возможностях получения того или иного вида медицинской помощи посредством интернет-ресурсов и печатных изданий;
- приспособление действующих зданий и сооружений медицинских организаций для нужд лиц с ограничениями жизнедеятельности и других маломобильных граждан;
- оснащение медицинских организаций, в том числе и станций скорой и неотложной помощи специальным медицинским оборудованием и приспособлениями (флюорографами, маммографами, рентгенологическими аппаратами) для проведения исследований лиц с ограничениями жизнедеятельности;

- оказание содействия инспекторам Общественной инспекции по делам инвалидов при комиссионном обследовании медицинских учреждений на наличие (создание) безбарьерной среды.

Также обсуждены вопросы взаимодействия общественных организаций инвалидов города Москвы, направленные на совершенствование организации оказания медицинской помощи больным с ментальными нарушениями, стигмизированным пациентам, медицинской реабилитации больных с последствиями перенесенного полиомиелита и другие.

Услуга SMS-уведомлений для посетителей поликлиник заработала в CAO

Новая услуга призвана облегчить процедуру записи и посещения врачей для жителей округа. Теперь напоминания о приеме у врача, а также уведомления о переносе или отмене записи будут приходить на телефон посетителей поликлиник.

При подписке на услугу на мобильный телефон поступит короткое сообщение с указанием места и времени записи, а также имени и специальности врача, что позволит получить доступ к необходимой информации в любой момент. При отказе от записи или изменении ее параметров на указанный номер будут поступать соответствующие оповещения. Подписаться на сервис уведомлений или отказаться от него можно в регистратуре, инфомате в холле поликлиники или в колл-центре по телефону: 8 (495) 539-30-00.

В Москве начала работу единая гематологическая служба

На базе Морозовской детской городской клинической больницы создана единая гематологическая служба Москвы. Создание централизованной городской детской гематологической и онкологической службы в Москве приведет к значительному улучшению результатов лечения, повысит качество оказания медицинских услуг пациентам с гематологической и онкологической патологией и снижению смертности.

В рамках службы будут разрабатываться новые медицинские технологии обследования и лечения детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями и нарушениями, в том числе, с сочетанной патологией. После открытия нового много-

функционального корпуса на территории Морозовской больницы в созданном городском Центре гематологии и онкологии будет проводиться трансплантация костного мозга.

По программе модернизации здравоохранения в 2012-2013 году в отделение гематологии Морозовской больницы поступило новое оборудование. Ежегодно для всех пациентов гематологического отделения больницы базовое химиотерапевтическое лечение осуществляется по закупкам Департамента здравоохранения Москвы. Дефицита специфических лекарств в отделении нет.

Пациентам отделения доступен широкий спектр обследований, как по лабораторным показателям, так и высокотехнологичными инструментальными методами обследования.

Все поликлиники ВАО объединят в единую электронную систему обмена результатов анализов

Жители Восточного округа Москвы получили возможность узнавать результаты анализов уже через сутки благодаря объединению поликлиник в единую электронную систему. Семь поликлиник ВАО уже объединены в единую электронную систему обмена результатов анализов. В течение этого года все медицинские учреждения округа перейдут на эту систему. Таким образом лабораторные исследования стали делать быстрее – как правило, результат готов на следующий день, в сложных случаях – через двое, трое суток. В округе работает Централизованная клиничко-диагностическая лаборатория, через которую может проходить около 2 тыс. анализов в сутки.

Роддом больницы № 29 получил новое оборудование

По программе модернизации столичного здравоохранения в больницу № 29 поставлено новое ультразвуковое оборудование, благодаря которому повторные роды стали безопаснее и для женщин, уже однажды перенесших кесарево сечение, и для их детей. В частности, новая техника позволяет оценить состояние рубца после кесарева сечения и учесть иные патологии. Также внедрены эксклзивные методики грудного вскармливания детей, находящихся на лечении в отделении реанимации вместе с матерями.

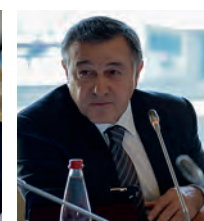
Поликлиники: руководство для пользователей

Департамент здравоохранения Москвы подготовил и издал брошюру «Поликлиники для Вас», ориентированную на москвичей, пользующихся услугами государственных медицинских учреждений столицы. Издание помогает сориентироваться в системе оказания амбулаторно-поликлинической помощи в Москве и поясняет жителям столицы как пользоваться электронной записью к врачам, как выбрать медицинскую организацию, как попасть на прием к специалистам и пройти обследование с использованием КТ, МРТ и другой современной техники, как пройти диспансеризацию, рассказывает о системе лекарственного обеспечения и пр. Издание брошюры «Поликлиники для Вас» лежит в русле большой разъяснительной работы, которую проводит Департамент среди москвичей для их скорейшей адаптации к новым условиям оказания первичной медицинской помощи, сложившимся в результате беспрецедентной по масштабам модернизации столичного здравоохранения, начатой в 2011 году, и внедрения новых стандартов и порядка оказания медицинской помощи, разработанных Минздравом РФ.

Департамент здравоохранения заинтересован, чтобы жители Москвы, как можно скорее приспособились к новым условиям оказания амбулаторно-поликлинической помощи и научились пользоваться теми преимуществами, которые дает обновленная система. Брошюра «Поликлиники для Вас» распространяется в медицинских учреждениях Департамента здравоохранения.

Общественный совет

ИЗВЕСТНЫЕ ЛЮДИ ПОМОГАЮТ СТРОИТЬ НОВОЕ МОСКОВСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



26 февраля 2014 года состоялось очередное заседание Общественного совета при Департаменте здравоохранения Москвы. Совет был создан в 2013 году для обеспечения эффективного взаимодействия ДЗМ с общественными объединениями, религиозными, иными негосударственными, некоммерческими организациями Москвы, представителями деловых кругов, общественными деятелями науки и культуры, представителями профессиональных союзов по актуальным вопросам развития системы здравоохранения города Москвы.

Председатель Общественного совета – главный редактор «Независимой газеты» Константин Ремчуков, сопредседатель – президент ОАО «Акционерная компания по транспорту нефти «Транснефть» Николай Токарев. В состав Общественного совета при ДЗМ входят журналисты, деятели искусства, представители коммерческих структур, а также религиозные деятели и работники здравоохранения, среди них: Агаларов А.И. – предприниматель, президент группы компаний Grosus Group; Аббясов Р.Р. – заместитель председателя, руководитель Аппарата Совета муфтиев России; Винокур В.Н. – народный артист РСФСР; Гольдшмидт П.С. – главный равнин Москвы, председатель Совета раввинов Европы, глава раввинского суда в странах СНГ и Балтии; Гофштейн А.М. – адвокат, партнер адвокатского бюро «Падва и Партнер» Московской городской коллегии адвокатов; Дапкуняйте И. – актриса театра, кино; Крюков А.И. – член Совета главных врачей ДЗМ, главный внештатный специалист оториноларинголог ДЗМ, доктор медицинских наук, профессор; Курцер М.А. – председатель президиума НП «Московского общества акушеров-гинекологов», председатель Совета директоров группы компаний «Мать и дитя», член-корреспондент РАМН, профессор; Лайшев Р.А. – председатель Управляющего совета Центра образования «Самбо-70», заслуженный тренер России, мастер спорта по борьбе самбо; Малышева Е.В. – телеведущая, руководитель программ «Здоровье», «Жить здорово», доктор медицинских наук, профессор; Торкунов А.В. – ректор МГИМО, академик Российской академии наук, Чрезвычайный и Полномочный Посол; Шаффер Л.С. – учредитель фонда имени В.С. Мейерхольда, предприниматель.

Помимо Общественного совета при ДЗМ во всех административных округах Москвы действует в общей сложности 106 Общественных советов. Решение об их создании было принято в апреле 2013 года на расширенном заседании Коллегии ДЗМ с участием представителей общественных, ветеранских организаций, благотворительных фондов, объединений волонтеров. На сегодняшний день при каждой поликлинике и больнице, при каждой окружной Дирекции созданы и активно работают Обще-

ственные советы, в состав которых входят представители местного населения, советов ветеранов, общественных организаций, в том числе организаций инвалидов, многодетных матерей, депутаты, медицинские работники и др.

На Общественном совете при ДЗМ 26 февраля с информацией «Публичная декларация целей и задач ДЗМ» выступил Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения Москвы Георгий ГОЛУХОВ.

– Я убежден, что альтернативы проводимой реформе столичного здравоохранения нет. Все, что делается в Москве для улучшения системы здравоохранения находится в русле европейских и мировых трендов, которые доказали свою эффективность во многих странах. Взаимодействие и взаимопонимание, работа в режиме диалога позволяют нам уже сегодня, с помощью и при поддержке граждан – наших пациентов, строить здравоохранение, отвечающее современным требованиям, сочетающее четкое соблюдение социальных гарантий и достойное качество медицинской помощи. Москвичам жизненно необходима информация о происходящем в столичном здравоохранении, о его новых возможностях. ДЗМ не просто раскрывает свои данные, но и стремится к тому, чтобы как можно большее количество людей их использовало для создания новой, инновационной, конкурентной системы столичного здравоохранения, для развития бизнеса, для контроля граждан за деятельностью ДЗМ. Мы выходим на диалог не только с лояльно настроенными по отношению к нам людьми, но и с теми, кто настроен негативно, критично и даже с теми, кто, к сожалению, не желает искать пути конструктивных решений, – сказал он.

Члены Общественного совета ДЗМ обсудили вопросы развития общественных организаций, проведения независимой системы оценки качества их работы, взаимодействие медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы с социально ориентированными некоммерческими организациями.

Константин РЕМЧУКОВ:

– В городе есть специфические проблемы. Например, люди не знают, что происходит, не знают многих достижений. Мне кажется, что функция Общественного совета двойная: с одной стороны, создать механизм улавливания недовольств людей с тем, чтобы в рамках наших полномочий можно было воздействовать на законодательство. С другой стороны, нужно информировать общество о том, что происходит и у таких авторитетных людей, как члены ОС, есть для этого все возможности.

Араз АГАЛАРОВ:

– Недавно при моем участии построена большая – 72 тыс. кв. м. больница во Владивостоке. Оборудование для нее обошлось слишком дорого – было заплачено 50 млн. \$. Я пытался навязать идею, что оборудование очень дорогое и нужно было покупать его с сопровождением. Была идея создать во Владивостоке учебный центр этого региона. Москва должна поделиться опытом со страной, как вводит в эксплуатацию оборудование, как эффективно на нем работать.

Анатолий ТОРКУНОВ:

– Хотел бы привлечь внимание к очень важному вопросу, связанному со здоровьем студенческой молодежи и людей, связанных с университетской жизнью. На протяжении многих десятилетий в Москве сложилась неплохая практика, когда в университетах существовали и успешно функционировали собственные поликлиники. В последние годы они чаще всего покупали оборудование за свой счет. После того, как решили избавиться от непрофильных активов, эти поликлиники перестали финансироваться. Мне представляется, что неплохо было бы нам создать комиссию для изучения ситуации, которая сегодня сложилась с медицинским обслуживанием студентов среди которых, к тому же, очень много иногородних.

Владимир ВИНОКУР:

– Желая московским медикам хорошего настроения и почаще улыбаться. В московской медицине есть много хорошего. Наша «Скорая помощь» – это лучшая служба в Европе, а может быть и в мире. Я думаю, что со знаменем «московская медицина» стоит пройти по всей России, чтобы в регионах было не хуже, чем в столице.

Марк КУРЦЕР:

– Я работал в лечебных учреждениях Департамента здравоохранения больше 30 лет, и могу сказать, что впервые здесь создан Общественный совет. Жизнь городского здравоохранения, работа Департамента сильно стала отличаться. Я думаю, что это предреволюционные изменения. Происходит объединение лечебных учреждений, изменяются условия работы, работу медицинских учреждений пытаются привязать к конкретным результатам, чтобы они получили за это деньги, вводится финансовая конкуренция между стационарами и поликлиниками для того, чтобы поликлиники были эффективными. Эта реформа может отрезать от финансирования неэффективные, бессмысленные лечебные учреждения, где врачи больше имитируют медицинскую деятельность. В то же время реформа поможет реальным медицинским учреждениям, которые знают, что делать с дорогостоящим медицинским оборудованием, быть более эффективными. Все это вызывает противодействие инертной части общества. Поэтому функция Обще-

ственного совета – поддержать реформы, проводимые Департаментом здравоохранения и Правительством Москвы.

Ингеборга ДАПКУНАЙТЕ:

– Я занимаюсь благотворительностью и наш фонд является примером, как сотрудничать с властями. Фонд «Вера» всегда сотрудничал с городом. Люди собирают деньги, люди хотят делать добро, но нужна просветительская работа для того, чтобы фонды знали, как сотрудничать с государственными учреждениями, чтобы они использовали деньги целенаправленно.

Елена МАЛЫШЕВА:

– Я давно знаю московскую медицину, только программа «Здоровье» идет 16 лет. Сегодня медицина Москвы стала другой и это огромная человеческая и профессиональная радость. Но, безусловно, заблуждение считать, что продолжительность жизни зависит от уровня медицины. Она зависит от медицины ровно на 8%. Во всем остальном продолжительность жизни каждого человека определяется образом жизни и имеющимися привычками, а так же образовательным цензом и достатком. Сейчас у нас совместно с ДЗМ начался проект «Московская медицина для всей России». Наши ближайшие цели – глобальные проекты по профилактике рака груди и инсульта. Это задача не для медицинских учреждений, а, прежде всего, для средств массовой информации.

Александр ГОФШТЕЙН:

– Я хотел бы привлечь ваше внимание к крайне низкому уровню правосознания общества. Применительно к сфере здравоохранения это выливается в то, что врач, зачастую не знает своих прав. К сожалению, медики почти не чувствуют защиту закона или корпорации перед лицом неурядиц. Если речь идет о какой-то общественной деятельности, то она хоть в минимальной части должна быть направлена не только в сторону населения, которое пользуется благами, предоставляемыми государством, но и в сторону тех, кто помогает людям (врачей). Они должны знать, что они отнюдь не только объекты какой-то репрессивной деятельности.

Руслан АББАСОВ:

– Нас волнует ситуация с мигрантами, которые не всегда в какой-то мере являются полноправными людьми, которые могут получить соответствующую медицинскую помощь. Нам очень часто приходится выслушивать негатив в отношении того положения, в котором они находятся. Есть смысл создать некую комиссию, некую горячую линию для пациентов. Второе – это развитие волонтерской помощи. Недавно мы общались с клиникой доктора Рошала. Наши волонтеры готовы сегодня участвовать в таких проектах.

Разговор на чистоту

Заместитель мэра города Москвы по вопросам социального развития Леонид ПЕЧАТНИКОВ:

«НЕОБХОДИМО СОЗДАНИЕ БОЛЕЕ КОМПАКТНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»



В московских поликлиниках сейчас налицо реальная нехватка врачей. Эта проблема создавалась годами, но мы беремся решить ее максимум за два года

— По итогам 2013 года средняя зарплата столичных врачей, работающих в учреждениях ДЗМ превысила 70 тыс. рублей в месяц. Почему же, однако, некоторые врачи утверждают, что не получают таких денег?

— Это происходит из-за большой разницы в зарплатах руководителей некоторых ЛПУ и рядовых врачей. Мы наказывали, и будем наказывать руководство тех больниц, где зарплаты руководителей многократно превышают средние по учреждению. Не должно быть так, что врачи получают по 35 тысяч рублей, а десять заместителей главного врача по 500 тысяч, как это выяснилось при проверке одной из московских больниц. Многократная разница между зарплатой руководства и средним уровнем оплаты труда в том или ином лечебном учреждении является нарушением финансовой дисциплины. Я сторонник принципа: каждый должен получать по труду. Это очень важно для поднятия престижа профессии врача, да и просто для того, чтобы те врачи, которые сейчас увольняются из больниц, могли бы продолжить карьеру в системе столичного здравоохранения, перейдя работать в московские поликлиники. Но для этого они должны быть уверены в том, что будут получать достойную зарплату.

— Этот процесс пошел?

— Да, люди из стационаров, врачи, которые хотят работать, начинают переходить в поликлиники, которые сегодня по-другому оснащены, где работать уже профессионально интересно. Например, у нас очень много дерматологов. Мы переучиваем их за свой счет и после переобучения они могут работать врачами-терапевтами (врачами общей практики) в поликлиниках. Это сложный процесс, но он пошел. Как только терапевтов в поликлиниках будет достаточно, работать станет легче всем.

— Когда же будет решена проблема нехватки терапевтов в московских поликлиниках?

— Сегодня во всех регионах страны приняты свои программы по преодолению кадрового дефицита в системе здравоохранения до 2018 года. В московских поликлиниках сейчас налицо реальная нехватка врачей, причем не только терапевтов, но и узких специалистов. Эта проблема создавалась годами, но мы беремся решить ее максимум за два года. Для этого, в частности, будем снижать нагрузку на городские поликлиники за счет частных медцентров. Например, частные миниполиклиники «Доктор рядом», помимо платных услуг будут обязаны организовывать прием у терапевта и педиатра по полису обязательного медицинского страхования, то есть бесплатно для пациентов. В рамках проекта «Доктор рядом» отобрано 69 нежилых помещений под открытие офисов семейных врачей, заключены договора аренды на 26. В ближайшем времени запланировано открытие 4 офисов.

— Почему некоторые пациенты недовольны порядком приема узкими специалистами в московских поликлиниках?

— Мы ужесточим контроль за выполнением приказа о том, что пациент, желающий попасть на прием к узкому специалисту, не должен повторно ходить к терапевту. Если человек прошел через терапевтический фильтр и попал к специалисту, ходить к терапевту больше не надо. На эту тему неоднократно проводились рабочие совещания, и каждый руководитель поликлиники знает, что пациентам, желающим попасть на прием к узкоспециализированным врачам, необходимо посетить терапевта только один раз. В соответствии с программой государственных гарантий, сегодня, чтобы в плановом порядке попасть на прием к терапевту должно пройти не менее 7 дней. Зачем нужен этот терапевтический фильтр? Человек приходит в поликлинику и говорит: «Мне нужно к кардиологу потому, что у меня болит сердце». Он идет к врачу, кардиолог его осматривает, делает электрокардиограмму, и оказывается, что с серд-

цем у него все в порядке, но присутствует, например, остеохондроз грудного отдела позвоночника. А в этот момент человек в прединфарктном состоянии с реальной стенокардией сидит в коридоре и ждет помощи кардиолога, который занят пациентом с остеохондрозом. И кашель — это не всегда к пульмонологу. Поэтому во всем мире существует терапевтический фильтр. Терапевт должен определить, к какому узкому специалисту нужно направить пациента, если это необходимо.

— Почему столичные власти признали неэффективной работу экспертов страховых компаний в системе городского здравоохранения и фактически передали их функции практикующим врачам?

— Да, теперь решения о том, насколько эффективно работает та или иная больница или поликлиника и сколько денег она в итоге получит, будут приниматься с участием врачей из городских учреждений здравоохранения. Было бы логично, если бы это делали страховые компании, но квалификация врачей-экспертов, которые там работают, настолько низкая, что доверить им это мы не можем. С 2014 года мы тестируем систему виртуального фондодержания. Она предполагает, что у городских медицинских учреждений есть «условный счет». Если они допустили ошибку на своем этапе работы с пациентом, деньги будут списываться в пользу тех учреждений, которым приходится эту ошибку исправлять. Так, столичные поликлиники будут оплачивать лечение в стационарах пациентов, которым они оказали недостаточную профилактическую помощь. А скорая помощь будет платить за пребывание в больнице людей, которых она туда доставила по необоснованным показаниям. Предполагается, что такая система заставит поликлиники более качественно проводить профилактику и не перекладывать работу на стационары, а «службу 03» отучит госпитализировать пациентов, которым это не требуется, например, пожилых людей, которых родственники хотят поместить в больницу только для того, чтобы они были там просто под присмотром врачей. Как начало этой работы можно говорить о цифре снижения роста госпитализаций в минувшем году на 1,5%. По итогам I квартала мы примем решение, как система будет работать дальше и, возможно начнем выписывать штрафы.

— Почему репрофилирование больниц и сокращение коек вызывает беспокойство у части общества?

— Общество должно обсуждать не сокращение коек, а качество оказываемой медицинской помощи. Нам, как воздух, необходимо создание более компактной системы здравоохранения, которая даст возможность укладываться в имеющийся бюджет. Поэтому одним из приоритетных направлений развития московского здра-

вохранения является повышение роли первичной медико-санитарной помощи. Наша цель — создание в общей сложности 84 бригад взрослой неотложной помощи и достижения показателя 1 000 000 вызовов неотложки в год. Большое внимание уделяется развитию стационарзамещающих технологий, в том числе увеличению мощности и повышению эффективности работы дневных стационаров. В 2013 году дополнительно открыто 53 дневных стационара, коечный фонд при этом увеличился на 24% и составил 10,5 тыс. коек, а число пролеченных пациентов — на 36%. При этом расширяются профили дневных стационаров, кроме традиционных терапевтического и неврологического — эндокринологический, кардиологический, офтальмологический, хирургический.

С другой стороны, в результате повышения эффективности работы коечного фонда удалось сократить среднюю длительность пребывания пациента на койке «активного» лечения до 9,4 дней. Наряду с другими факторами, такой шаг вперед стал возможным в результате внедрения новых медицинских технологий, в том числе и роботизированных систем. В 4-х ведущих клиниках города Москвы за 4 последних месяца 2013 года было выполнено 69, а за два первых месяца 2014 года — уже 68 роботизированных операций, которые предполагают быструю выписку пациентов.

Загруженность больниц на сегодняшний день в норме, перегруза в больницах нет! Среднее пребывание больных в стационарах уменьшилось, и составляет 7 дней. Поэтому уже сейчас можно и нужно ликвидировать неэффективно используемые койки. Ведь уровень эффективности использования коек «активного» лечения в стационарах города Москвы на сегодня пока еще отстает от клиник ведущих европейских государств, что является для нас одним из индикаторов при определении приоритетов развития городского здравоохранения.

Кроме того, мы собираемся создать в больницах платные отделения сестринского ухода. Ведь есть такая категория больных, которых не нужно направлять в хосписы, которым высокопрофессиональная медицинская помощь оказана в полном объеме и они по всем показаниям готовы к выписке, но родственники желают, чтобы период послеоперационной реабилитации, выживания происходил в стенах лечебного учреждения, под присмотром профессионального, но уже сестринского персонала. При создании платных отделений сестринского ухода надо учитывать, что плата за услуги должна быть доступной. Население должно иметь возможность воспользоваться платной или бесплатной медицинской помощью.

— На каких направлениях московского здравоохранения в последнее время достигнуты наибольшие успехи?

— Как результат развития ангиологической службы достигнуто двукратное увеличение таких жизненно важных пособий, как ангиопластика и стентирование сосудов сердца. Из 20 центров, в которых оказывается ангиологическая помощь пациентам с острым инфарктом миокарда, 19 работают в круглосуточном режиме. Безусловным приоритетом является охрана материнства и детства. Уровень охвата комплексной пренатальной диагностикой женщин, поставленных на учет в первый триместр беременности, превысил 70%. Нельзя не отметить отрадную динамику: ежегодно уменьшается число абортотворов у женщин фертильного возраста. Традиционно в городе Москве неонатальный и аудиологический скрининг проводится всем новорожденным детям. С положительной динамикой достиг 96% охват патронажем детей первого года жизни. В 2013 г. практически все детское население Москвы было охвачено профилактическими осмотрами.

— В 2013 году на 25% снизилось число обоснованных жалоб граждан в Департамент здравоохранения. В то же время на 65% возросло число благодарностей медицинским работникам.

— Это произошло благодаря увеличению возможностей для жителей по направлению обращений в Департамент и это не повод для благодушия. Московские власти будут реагировать на все жалобы, даже на те, которые являются беспочвенными.

Вопросы министру

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Георгий ГОЛУХОВ:

«ПОКАЗАТЕЛИ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ СЕГОДНЯ НАХОДЯТСЯ НА УРОВНЕ РАЗВИТЫХ СТРАН»

- ▶ Каковы первые результаты реформ?
- ▶ Что будет построено в 2014 году?
- ▶ Как привлечь в медицину новые кадры?
- ▶ Критика в СМИ полезна?

— *Какие результаты осуществления государственной программы развития здравоохранения Москвы на среднесрочный период (2012-2016 гг.) уже можно подвести?*

— Эффективность проведенной модернизации и реструктуризации городского здравоохранения будут оценивать по результатам, достигнутым в наступившем 2014 году. Но уже сейчас можно говорить о том, что в медицинской отрасли столицы произошли большие сдвиги в лучшую сторону: успешная структурная перестройка, техническое перевооружение по самым современным стандартам, внедрение новых информационных технологий, строительство новых и капитальный ремонт медучреждений. Внедряются стандарты оказания медицинской помощи, принятые в развитых странах, улучшились условия труда врачей и медсестер, повышена зарплата. Как следствие отмечается положительная динамика практически по всем показателям здоровья населения. Ожидаемая средняя продолжительность жизни на 8% превышает среднероссийский показатель и по итогам отчетного периода составила 75,8 лет. При уровне рождаемости 11,3 на 1 000 населения коэффициент естественного прироста населения города Москвы в сравнении с 2012 годом вырос на 14% и составил 1,6 на 1 000 населения.

Уровень общей смертности населения города Москвы в 2013 году снизился до 9,7 на 1 000 человек, что на 2% ниже показателя 2012 года, на 11% меньше, чем в 2010 году и на 26% ниже среднего по России. Младенческая смертность в 2013 г. снизилась на 10%.

Продолжилось снижение уровня смертности населения от основных причин. Так, на 2,2%, в сравнении с 2012 годом, снизилась смертность от болезней системы кровообращения, при этом ее уровень по Москве на 17% ниже среднероссийского показателя. На 1,3% снизился показатель смертности от новообразований. Отмечается дальнейшее снижение заболеваемости туберкулезом, которая в целом в 2 раза ниже, чем в РФ. Несмотря на серьезную транспортную загруженность, показатель смертности от дорожно-транспортных происшествий снизился на 15,6%, в результате чего она в 3,7 раза ниже, чем в среднем по России.

Таким образом, в Москве уже в 2013 году достигнуты и улучшены почти все показатели, которые, в соответствии с Указом Президента от 7 мая 2012 года следовало достичь в 2018 году.

Гордостью московской медицины является снижение заболеваемости по таким классам, как осложнения беременности и родов, новообразования, инфекционные болезни. Смертность от болезней системы кровообращения в 2013 г. в Москве составила 538,5 случаев на 100 тыс. населения, что на 24% ниже, чем по РФ в среднем.

Показатели доступности медицинской помощи в Москве сегодня находятся на уровне развитых стран. Время прибытия Скорой помощи на экстренные вызовы снизилось до 14,4 минут, на ДТП — до 8,8 минут. Средние сроки ожидания приема врачом специалистом в плановом порядке в 2013 году составили 10 дней — в 2014 году планируется уменьшить их до 7 дней с момента обращения пациента. При пересчете на принятые в



развитых странах показатели это означает, что более 80% московских пациентов попали к врачу в сроки до 20 дней. Это лучше, чем в развитых странах, где в срок до 30 дней к специалистам попадает от 40% пациентов (Канада), до 80% (Германия).

Среднее время ожидания диагностических исследований КТ, МРТ в 2013 году в плановом порядке составляло до 30 дней, в 2014 году до 20 дней. Этот показатель лучше, чем в Канаде (до 40 дней), однако пока не дотягивает уровня Великобритании (12 дней).

Показатель среднего времени ожидания плановой госпитализации в стационар по хирургическому профилю в Москве составляет в среднем 14 дней. Этот показатель значительно лучше, чем в развитых странах, где он в зависимости от вида вмешательства колеблется от 16-42 дней (Нидерланды) и доходит до 82 (Великобритания) или 100 дней (Канада).

Из этого списка исключения пока составляет показатель доступности участковых врачей. В 2013 году средние сроки ожидания на прием врачом терапевтом в плановом порядке составили 4 дня — в 2014 году планируется сократить их до 3 дней. Среднее время ожидания участкового врача педиатра составляет в Москве 2-3 дня. В развитых странах (Нидерланды, Германия, Великобритания) до 70% пациентов попадает на прием к врачу в день обращения или на следующий день. К 2016 году перед московским здравоохранением стоит задача — на прием к участковому врачу большинство пациентов должно попасть в сроки до 1-2 дней. Это тем более важно, что массовая диспансеризация населения, проводимая в учреждениях ДЗМ с 2013 года выявила тревожные факты: 29% взрослого населения города Москвы нуждаются во внимании со стороны медицинских работников с целью коррекции выявленных факторов риска, а 36% требуется проведение дополнительного обследования и лечения. Причем, ведущими факторами риска развития болезней сердечнососудистой системы являются курение табака, избыточная масса тела, повышение уровня артериаль-

ного давления, дислипидемия, которые по результатам диспансеризации и профилактических осмотров встречаются в 12-26% случаев.

— *Что конкретно планируется сделать в области строительства и оснащения учреждений ДЗМ в 2014 году?*

— За счет средств бюджета Москвы до окончания 2015 года в городе будут построены 22 новые поликлиники или пристройки к ним, а всего до 2017 года планируется закончить возведение 50 таких объектов. В 2014 году планируется открыть детско-взрослую поликлинику в Бутово; лабораторно-аптечный корпус и новый корпус роддома на территории ГКБ № 2 на 8-й ул. Соколиной Горы; патологоанатомический корпус НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. В рамках соглашения с ОАО «Акциянерная компания по транспорту нефти «Транснефть» на территории ТиНАО в 2014 году открываются модульные поликлиники в поселках Знамя Октября, Фабрика 1 Мая. Открытие поликлиник произойдет в первой половине 2014 года. Амбулатории в поселках Первомайское и Крехино уже работают. За счет внебюджетных средств в 2014 году также планируется завершить строительство поликлиники в микрорайоне «Град Московский» поселения Московский в ТиНАО и детско-взрослой поликлиники на ул. Окская.

В 2014 году планируется завершить 36 объектов, в том числе оперблоку НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, корпус № 5 ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, корпуса № 14 и № 21 ГКБ им. С.П. Боткина, оперблоку в ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, акушерское отделение ГКБ № 36, хирургический корпус ГКБ № 55, корпус № 1 ГБ № 56, хирургический корпус № 3а ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, корпус № 2 ДИБ № 6, корпус № 11 ТКБ № 3 им. Г.А. Захарьина, Родильный дом № 5, Центр планирования семьи и репродукции № 2. В соответствии с целевой программой «Социальная поддержка жителей города Москвы» ведутся работы по дальнейшему приспособлению зданий и помещений учреждений ДЗМ для инвалидов и маломобильных граждан.

В 2014 году планируется продолжить оснащение лечебно-профилактических учреждений города современной медицинской техникой. На эти цели предусмотрено более 4,0 млрд. рублей.

К наиболее значимым проектам 2014 года относится поставка трех медицинских вертолетов, двух мобильных лечебно-диагностических комплексов, машин скорой помощи, модуля магнитно-резонансной томографии, модулей климатизированных и встраиваемого специального оборудования для создания современных операционных блоков и палат реанимации и интенсивной терапии.

Особое внимание мы будем уделять развитию лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению, проживающему в Троицком и Новомосковском административных округах. В дополнение к медицинскому оборудованию, закупленному в 2013-м году, будет продолжено оснащение ЛПУ, а также поликлиники-новостройки в поселении Московский.

— *В поликлиниках Москвы не хватает участковых врачей-терапевтов. Что делается для привлечения новых кадров?*

— Для столичных медиков создано множество «плюсов»: полный социальный пакет; стабильный рост заработной платы; бесплатное обучение — повышение квалификации (дополнительное профессиональное образование); возможность получения новой специальности или квалификации (переподготовка) за счет бюджета города Москвы; возможность зарубежной стажировки; участие в российских и международных съездах, конференциях, выставках, проводимых в Москве; гибкий график работы (особенно для женщин, имеющих детей); аттестация (присвоение квалификационной категории) и карьерный рост. В результате информационной революции, которую переживает московское здравоохранение, планируется внедрение непрерывного профессионального образования с использованием интернет технологий, новых образовательных программ, дистанционных методов обучения, создание симуляционных центров.

Для повышения престижа медицинской профессии ежегодно проводится городской конкурс профессионального мастерства «Московские мастера», ежегодный московский фестиваль в области здравоохранения «Формула жизни», целью которого является привлечение внимания общественности к государственным медицинским организациям Москвы и медицинским работникам, внесшим значительный вклад в развитие практической медицины.

— *Как вы относитесь к критике действий, возглавляемого вами Департамента здравоохранения в СМИ?*

— На пути реформ всегда есть острая потребность в конструктивной критике, в грамотном и своевременном информировании людей о целях, смысле и содержании изменений, которые сегодня происходят в отрасли. Поэтому мы очень благодарны тем журналистам, которые профессионально относятся к своей работе, находят, что называется «в теме». И не нужно забывать, что и Департамент здравоохранения столицы и журналисты, специализирующиеся на медицинской тематике, работают ради одного общего дела: чтобы жизнь в Москве стала комфортнее, чтобы наша столица по уровню оказываемой медицинской помощи соответствовала лучшим мировым стандартам.

Все поправимо

ОСЛОЖНЕНИЙ НЕТ: МИРОВОЙ РЕКОРД ПЕРВОЙ ГРАДСКОЙ

Виктор КУЗИН: «Качество хирургических вмешательств и лечения больных у нас сегодня очень высокое»



Виктор Кузин

Эндопротезирование сустава – одна из наиболее распространенных операций в области ортопедии. Если в целом количество осложнений после таких вмешательств в мире оценивается в 1-2%, то в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова (Первой Градской) за последние три года не было ни одного. Причина тому – и мастерство врачей, и современные технологии, которые применяются здесь благодаря проведенной модернизации.

Ежегодно более 3,5 тысяч человек проходит лечение в двух травматологических отделениях Первой Градской. Оперативная активность в среднем составляет около 70%, а общий уровень осложнений снизился до 0,28%. Теперь пациенты проводят в больнице значительно меньше времени (в среднем – 10,4 койко-дня), чем еще три года назад (в 2011 году этот показатель равнялся 14,2 дня). Это произошло за счет широкого внедрения высокотехнологичных методов лечения и более грамотной организации лечебного процесса. «Ежегодно мы выполняем около полутора тысяч высокотехнологичных операций – и все они совершенно бесплатны для москвичей. С гордостью могу сказать, что качество хирургических вмешательств и лечения больных у нас сегодня очень высокое», – говорит заместитель главного врача по травматологии и ортопедии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, профессор, д.м.н. Виктор Кузин.

Как рассказывает профессор Виктор Кузин, в их, казалось бы, рядовую городскую больницу сегодня направляют самых слож-



ных и самых тяжелых больных, которых порой не берутся лечить ни в каких других клиниках. «Мы не отказываем никому», – подчеркивает профессор Кузин.

При этом хирургам двух отделений травматологии, нередко приходится, что называется, исправлять чужие ошибки. Например, проводят сложнейшие ревизионные операции по замене эндопротезов. Иногда у пациентов, которым установили первичный эндопротез, начинаются осложнения, которые приводят к тому, что протез приходится удалять.

– Осложнения бывают не часто. И в разных клиниках их статистика разнится – некоторые сообщают о 5%, однако по мировым данным в среднем их бывает примерно 1%. У нас, кстати, после операций по эндопротезированию суставов уже три года не было ни одного осложнения. Ежегодно в стране выполняется примерно 80 тысяч таких операций – это означает, что осложнения получают не менее 800 больных, и это приличная цифра. Таким пациентам мы сегодня ставим очень дорогие ревизионные



протезы коленного сустава, которые закупает Департамент здравоохранения города Москвы. Они стоят в несколько раз дороже обычных эндопротезов, и в несколько раз сложнее их. Такие конструкции можно устанавливать даже тем пациентам, у которых сустава как такового уже нет, и которые измучены предыдущими операциями. Врачи наших отделений травматологии проводят таким пациентам хирургические вмешательства совершенно другого порядка – подобное умеют делать единичные хирурги в нашей стране, – рассказывает Виктор Кузин.

Чем ревизионная операция отличается от обычной? Тем, что каждый раз она выполняется по-новому, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

– Каждый раз приходится что-то придумывать, составлять новый план вмешательства. Нужно отметить, что и сами ревизионные протезы отличаются большой индивидуальностью по комплектации, – продолжает наш собеседник.

Врачи Первой градской больницы накопили огромный опыт в лечении больных с различными травмами. От 70 до 80% пациентов попадают в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова по линии «скорой» помощи и нуждаются в проведении экстренных операций, которые выполняют им сразу при поступлении. «Сегодня у нас широко практикуются симультантные операции. Это когда одному пациенту одновременно делается несколько хирургических вмешательств. Например, на одном хирургическом столе человеку с сочетанными травмами могут проводить



операцию на позвоночнике, и тут же «собрать» таз, бедро, голень. При этом у нас очень хорошие результаты такого лечения», – продолжает профессор Кузин.

Все чаще в своей практике врачи используют микрохирургическую технику.

– Благодаря проведенной программе модернизации объем наших возможностей существенно расширился, – отмечают врачи. В больнице полностью переоснастили современной техникой, в том числе, навигационной, отделения нейрохирургии, травматологии. «Все операции эндопротезирования коленного сустава у нас теперь делаются под контролем компьютерной навигации, что позволило существенно повысить их точность. В среднем отклонение от заданных параметров составляет сегодня от 0,5 до 1,5 градусов – это суперпоказатель!» – признается Виктор Кузин.

Среди высокотехнологичных операций, которые тут выполняют пациентам, можно упомянуть малоинвазивные эндопротезирования тазобедренного сустава, малоинвазивные остеосинтезы. «Сейчас уже не делают громадных разрезов, и даже при установке пластин обходятся несколькими маленькими разрезами. Раньше, например, при оскольчатом переломе голени приходилось разрезать ногу от голеностопного до коленного сустава, а сейчас выполняется пара разрезов по 3-4 см и несколько проколов. Сегодня мы проводим такие же высокотехнологичные операции в области ортопедии и травматологии, что и в лучших клиниках мира», – продолжает Виктор Васильевич.

Например, недавно здесь выполнили уникальную операцию 26-летнему москвичу, который после тяжелой сочетанной травмы несколько лет находился в лежачем положении в позе «эмбриона». «Мы ему полностью выпрямили правую сторону – сделали эндопротезирование тазобедренного сустава, пластическую операцию коленного. Еще через полгода выпрямим и левую сторону. Его мать счастлива. Мы надеемся, что этот молодой человек сможет ходить после соответствующей реабилитации. Но уже сейчас его жизнь стала гораздо легче», – говорит профессор Кузин.

Доктора Первой Градской не без гордости утверждают, что сегодня в их клинике доступны все современные методики в области травматологии, известные в мире.

– И, слава богу, Департамент здравоохранения позволяет предоставлять их пациентам бесплатно, – подытоживает Виктор Кузин.



Больничный бюллетень

ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО. ВРАЧИ ДВОЕ СУТОК НЕ ОТХОДИЛИ ОТ ПОЛИЦЕЙСКОГО, ЧТОБЫ СПАСТИ ЕМУ ЖИЗНЬ

Врачи Института Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского смогли спасти жизнь полицейскому, тяжело раненому вооруженным десятиклассником в школе № 263. Операция длилась шесть часов, ее проводили две бригады хирургов, которые не отходили от больного в течение двух суток. И уже через три дня пострадавший пришел в сознание и начал говорить. Сейчас мужчина ходит и врачи оценивают его состояние, как удовлетворительное.

Как рассказал корреспонденту «Формулы жизни» главврач НИИ Скорой помощи им. Склифосовского Анзор Хубутия, изначально прогнозы врачей были самыми неблагоприятными, однако, благодаря высочайшему профессионализму хирургов, больной быстро пошел на поправку. Уже на третий день после трагедии он пришел в сознание и даже смог позвонить своей жене.

Из-за тяжелого множественного огнестрельного ранения органов и кровотечения у мужчины развился гемморагический шок третьей степени, кроме того, у него был болевой шок.



— Слава богу, что в Москве хорошо развита санитарная авиация — этого пациента к нам буквально в считанные минуты после ранения доставили на вертолете, тут же сделали компьютерную томографию и отправили в операционную. Операция длилась шесть часов, ее проводили две хирургические бригады — торакальная и

абдоминальная — под руководством заместителя главного врача по хирургической работе Карена Джаграева. Двое суток пациент провел в реанимации. И все это время наши лучшие врачи, реаниматолог и хирург, не отходили от него. Сначала я и сам думал, что у него травма, несовместимая с жизнью. Поэтому когда он очнулся, мы были несказанно рады, — рассказывает Анзор Шалвович.

— На заседании Правительства Москвы нам поручили сделать все возможное для этого пациента, использовать самые дорогостоящие лекарства, — комментирует ситуацию руководитель столичного Департамента здравоохранения Георгий Голухов.

— У нас в институте есть запас очень дорогих медикаментов. Речь идет о лекарствах стоимостью в десятки тысяч долларов, и для этого больного мы их применяли, — добавляет доктор Хубутия.

Сейчас состояние пациента врачи оценивают, как стабильное.

— Он чувствует себя хорошо и в середине марта переведен в относительно удовлетворительном состоянии в стационар. В связи с тем, что недавно у него извлекли пулю (до сих пор это было невозможно), пока его состояние еще не позволяет отпустить его домой. Думаю, это произойдет в самое ближайшее время. Он уже ходит, однако его нужно еще немножко подлечить, — отмечает Анзор Хубутия.

ПЕРВАЯ ГРАДСКАЯ. СЕЛЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС: ПАЦИЕНТА СПАСАЮТ ОТ ИНВАЛИДНОСТИ



Михаил Гиляров

Очень редкий вид эндоваскулярного вмешательства — селективную тромболитическую терапию — провели врачи Первой Градской больницы молодому пациенту с инсультом. Традиционный тромболитический проводить ему было опасно — с момента

приступа прошло много времени. И врачи решились на очень сложную операцию, которая завершилась успешно.

Врачи отмечают, что, к сожалению, большинство пациентов с инсультами обращаются за медицинской помощью лишь спустя несколько часов после первых симптомов заболевания. Тем временем, в такой ситуации счет идет на минуты и чем раньше человек вызвал «скорую», тем больше шансов не только спасти его, но и вернуть ему полноценную жизнь. Тромболитическую терапию (введение препаратов, разжижающих кровь и рассасывающих тромбы) оправданно проводить таким пациентам лишь в первые 4,5 часа после приступа. Исследования показывают, что в дальнейшем такие лекарства приносят больше вреда для здоровья, чем пользы. Неврологический дефицит на их фоне практически не уходит, а побочные эффекты становятся более ярко выраженными. К сожалению, большая часть больных поступает за пределами этого временного срока. И даже в США процент системного тромболитического не превышает 4%.

В случае с 38-летним пациентом Первой Градской больницы системный тромболитический был не показан по той причине, что никто не мог точно сказать, когда у него появились первые признаки нарушения мозгового кровообращения. Молодой мужчина проснулся утром и почувствовал, что у него буквально отнялась вся левая сторона, рука и нога не работали.

Как рассказал «Формуле жизни» заведующий региональным сосудистым центром ГКБ № 1 им. Пирогова, доктор медицинских наук Михаил Гиляров, пациент поступил в больницу по «скорой» помощи с диагнозом «инсульт». По временным срокам ему не было показано проведение системного тромболитического — по оценкам, с момента начала острого состояния прошло не меньше четырех и не больше шести часов. Для начала с помощью компью-

терной томограммы был подтвержден диагноз «ишемический инсульт». А далее, учитывая молодой возраст пациента и довольно выраженный неврологический дефицит (у него был глубокий левосторонний паралич), было принято решение о проведении так называемого селективного тромболитического.

Какой конкретно сосуд поражен, врачи выяснили с помощью ангиографии. Исследование показало: тромб перекрывал просвет одной из средних мозговых артерий справа и блокировал кровоток.

— В процессе селективного тромболитического растворяющий тромб-агент вводится не в вену, а только в тот сосуд, который поражен. Технология малоинвазивная. Пациенту прокалывается бедренная артерия, затем под контролем рентгеновского аппарата находится пораженный сосуд, куда локально вводится очень небольшая доза тромболитического препарата, гораздо меньшая, чем при системном тромболитическом, что значительно снижает количество побочных эффектов, — объясняет смысл операции Михаил Юрьевич.

На фоне введения препарата врачи отметили у пациента восстановление кровотока и, что самое главное, — очень быструю неврологическую динамику. На следующие сутки у него восстановился очень хороший объем движений в ноге и неплохой объем движений в руке. После операции пациент находился в сознании, и, учитывая положительную динамику в его состоянии, можно было глядеть в будущее с оптимизмом. В любом случае без проведенной



процедуры, молодой человек совершенно точно остался бы инвалидом. Теперь же у него появились шансы на продолжение полноценной жизни.

Селективный тромболитический проводят сегодня редко, несмотря на то, что показаний к нему гораздо больше, чем системному тромболитическому.

— На сегодняшний день опыт проведения подобных процедур невелик. Требуется большая работа по уточнению оптимального протокола селективного тромболитического. Есть надежда, что более широкое внедрение данной методики в сочетании с методами экстракции тромба позволит расширить временные границы проведения вмешательства до 6 часов у некоторых категорий пациентов, — считает профессор Гиляров.



ГКБ № 81. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА С ПЛАСТИКОЙ АОРТЫ: СЕРДЕЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬШЕ НЕ ПРИГОВОР

В кардиологическом отделении ГКБ № 81 (САО) под руководством заведующего отделением С.А. Цигельникова успешно проведена операция пациенту с диагнозом септического бактериального эндокардита, вызванного достаточно редким возбудителем — конским стрептококком.

Молодой человек 22-х лет за последние 2 месяца похудел на 10 кг, у него была сильная слабость, повышенная температура тела, бледные кожные покровы. Он обратился в поликлинику по месту жительства. Прослушивались шумы в сердце. После обследования, проведенных в первый же день в больнице, было установлено, что у пациента септический бактериальный эндокардит. В дальнейшем при бактериологическом исследовании выявлена этиология заболевания — конский стрептококк. Бактерии проникли в сердце и фактически разрушили аортальный и митральный клапаны. Это заболевание часто заканчивается летальным исходом. Молодому человеку срочно сделали операцию в региональном сосудистом центре — ГКБ № 81. Она была выполнена в условиях искусственного кровообращения открытым способом.

ГКБ № 81 — один из действующих в Москве медицинских центров, оснащенных ангиографами. Это оборудование позволяет оказывать помощь больным с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения (инсультом). Рентгенэндоваскулярные процедуры, выполняемые в экстренном порядке составляют до 70% от общего количества процедур на коронарных артериях при ишемической болезни сердца. Только за последние полгода в 81-й больнице были проведены уникальные малоинвазивные оперативные вмешательства: 14 случаев эндопротезирования брюшного отдела аорты и 1 случай эндопротезирования грудного отдела аорты; имплантация окклюдера при остром дефекте межжелудочковой перегородки на 4-е сутки острого инфаркта миокарда. (На деле это означает закрытие разрыва сердечной мышцы в остром периоде инфаркта. Раньше у этих пациентов шансов выжить не было); баллонная вальвулопластика при критическом стенозе аортального клапана (2 случая); стентирование почечных артерий у больных с выраженными проявлениями хронической почечной недостаточности с применением газовой ангиографии; коронарные вмешательства у больных с кардиогенным шоком, требующих поддержки устройствами вспомогательного кровообращения. Совсем недавно кардиогенный шок фактически был приговором. До внедрения в практику современных методов лечения инфаркта миокарда (ургентной реваскуляризации, внутриаортальной баллонной контрпульсации) развитие кардиогенного шока обрекало на летальный исход 85-95% всех пациентов.



Больничный бюллетень

ГКБ № 50.

ОПЕРАЦИИ НА ПОЧКЕ – ВРЕМЯ УДАЛЯТЬ КАМНИ

Еще недавно всех пациентов с камнями в почках или мочеточниках ждала серьезная полостная операция, после которой следовало долгое восстановление. Теперь появились современные малоинвазивные методики, позволяющие лечить мочекаменную болезнь, что называется, малой кровью. Новейшие технологии освоили врачи ГКБ № 50.

При мочекаменной болезни, если камень попадает в мочеточник, может случиться приступ острых болей – почечная колика. Часто в таких случаях пациенту требуется экстренное хирургическое вмешательство. После удаления камней у 10% пациентов заболевание может рецидивировать. Современная диагностика позволяет выявлять камни в почках до появления острого состояния. Самый простой способ – УЗИ, однако «золотым диагностическим стандартом» является компьютерная томография. Этот метод позволяет обнаружить 94-100% камней.

Сегодня в отделении рентгенударно-волнового дробления камней (ОРУДК) ГКБ № 50 проводят все виды удаления камней мочевых путей вне зависимости от их размеров, состава и локализации. Современное оборудование позволяет вы-

полнять такие операции малоинвазивными инновационными методами, без разрезов. Как рассказал заведующий отделением, врач высшей квалификационной категории, к.м.н., Игорь Семенякин, с ноября 2012 года в ГКБ № 50 начали выполнять операции чрескожной литотрипсии. Эту технологию называют самой прогрессивной в мире. Через небольшой прокол в поясничной области пациенту вводят под ультразвуковым и рентгеновским контролем специальный инструмент – нефроскоп, который «видит» камни. Новые инструменты позволяют сузить проколы до 5 мм – через такие «дырочки» можно удалять камни размером до 3 см полностью. Когда цель обнаружена, хирурги через нефроскоп подводят к камням зонд литотриптера, с помощью которого дробят их на мелкие части. Крупные фрагменты удаляют при помощи щипцов, а мелкие – вымывают струей воды.

Традиционно такая операция заканчивается дренированием оперированной почки специальной нефростомической трубкой, с которой пациент вынужден жить несколько дней. Однако, хирурги ГКБ № 50 освоили бездренажный метод с применением специального кровоостанавливающего матрикса – этот гель заполняет раневую канал, обеспечивая его герметизацию и предотвращая возникновение кровотечения. При применении кровоостанавливающего матрикса время пребывания пациента в стационаре сокращается на 4-5 дней. За пять последних месяцев хирурги ОРУДК провели уже около 60 таких операций.



В клинике ежегодно выполняют не менее тысячи различных операций по поводу мочекаменной болезни. Здесь применяют дистанционное дробление камней мочевых путей, для этого в больнице закуплены и работают 2 дистанционных литотриптера последнего поколения. Этот метод считается наименее травматичным, поскольку не требует выполнения разрезов и применения каких-либо эндоскопических инструментов. Еще один передовой метод – трансуретральная контактная литотрипсия: доступ к камню осуществляется посредством специального инструмента

– уретероскопа, введенного в мочеточник через мочеиспускательный канал.

– Хотелось отметить усилия нашего главного врача Сергея Переходова, его заместителя по хирургии Михаила Васильченко и заведующего кафедрой урологии МГМСУ Дмитрия Пушкаря, благодаря их совместным с Департаментом здравоохранения усилиям, больница смогла закупить и новый инструментальный, и матрикс. Все операции мы выполняем пациентам бесплатно, по программе ОМС, к нам попадают не только москвичи, но и россияне, – говорит доктор Семенякин.

ПОЛИКЛИНИКА № 48. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР СПАС ЖИЗНЬ ПОДРОСТКУ

При проведении профилактического осмотра врач-эндокринолог филиала № 2 ГБУЗ «ДГП № 48 ДЗМ» Свиस्ताкова Е. В. выявила изменения щитовидной железы у девушки 16-ти лет.

После обследования в специализированном центре у пациентки установлен диагноз рака щитовидной железы. В настоящее время девушка успешно оперирована. По мнению онкологов, бессимптомное течение опухоли через год привело бы к формированию метастазов. Ранняя диагностика рака дала пациентке шанс на выздоровление.

МГМСУ. СОТЯ КРИОАБЛАЦИЯ ПРОСТАТЫ В РОССИИ

Пораженную раком предстательную железу можно не удалять, а замораживать. В клинике урологии им. А.И.Евдокимова состоялось знаменательное событие: недавно была выполнена сотая криоабляция предстательной железы по поводу рака простаты.

Криоабляция простаты и почки используется в клинической практике российскими врачами с 2010 г. К настоящему моменту наибольший опыт в лечении рака предстательной железы и почки методом криоабляции накоплен урологической клиникой МГМСУ, являющейся с 2012 г. сертифицированным европейским тренинг-центром по обучению врачей специально криодеструкции предстательной железы.

– Очень интересным и перспективным направлением в лечении рака простаты является возможность фокальной терапии – замораживания только той части органа, где имеется злокачественная опухоль. Из всех минимально-инвазивных методов лечения для фокального воздействия на предстательную железу криоабляция подходит лучше всего, – отметил доцент кафедры урологии МГМСУ, кандидат медицинских наук Александр Говоров.

Криоабляция простаты представляет собой альтернативный, минимально-инвазивный метод лечения рака простаты у различных категорий пациентов. Он позволяет разрушить опухоль, оставив в ряде случаев неповрежденными здоровые ткани. В опухоль под контролем ультразвука вводят тонкие иглы, и затем через них поочередно пропускают аргон и гелий. Это вызывает циклы заморажива-

ния (до 60-70° С) и оттаивания опухоли, после которых раковые клетки погибают.

Преимущества криоабляции простаты: это менее инвазивный метод лечения по сравнению с радикальной простатэктомией, сопровождающийся меньшим риском кровотечения, более коротким периодом пребывания в стационаре и более быстрым восстановлением после операции. Вместе с тем, криоабляция всей железы показана тем пациентам, которые не заинтересованы в сохранении сексуальной функции.

При неэффективности лечения замораживанием может быть предпринята попытка проведения традиционного хирургического лечения и лучевой терапии.

МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА. УНИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО УДАЛЕНИЮ ОПУХОЛИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕБЕНКУ СПАСЛИ ЖИЗНЬ

В Морозовской больнице врачи хирурги спасли ребенку жизнь. В ноябре 2013 года во время диспансеризации у мальчика 15 лет на рентгенограмме было обнаружено объемное образование переднего средостения.

Ребенок был госпитализирован, проведено КТ грудной клетки и пункционная биопсия данного объемного образования, в результате которого был поставлен диагноз: истинная тимическая гиперплазия. В связи с быстрым ростом опухоли вилочковой железы в отделении экстренной абдоминальной и гнойной хирургии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» была выполнена операция под названием: стернотомия – удаление объемного образования средостения, двухстороннее дренирование плевральной полости и средостения. Операцию проводили опытные хирурги больницы – профессор, д.м.н. Андрей Рябов, заведующий отделением, к.м.н. Владимир Трунов и врач высшей категории Сергей Брилинг. Сложность и уникальность данной операции состояла в больших размерах опухоли 12х10х8см и ее расположении в непосредственной близости к сердцу и магистральным сосудам. Данное образование было удалено полностью и операция прошла успешно без осложнений. Ребенку удалось спасти от нарастающей дыхательной недостаточности и вероятной тампонады сердца. Оборудование, на котором выполнялась данная операция, было получено больницей по программе модернизации московского здравоохранения в 2012-2013 году. Ребенок в настоящее время чувствует себя удовлетворительно,

послеоперационные гемодинамические расстройства отсутствуют. Данное оперативное вмешательство в Морозовской больнице было выполнено впервые, благодаря наличию новейшего медицинского оборудования и высокому профессионализму врачей. Операция выполнена по программе ОМС.

МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ НА СРЕДНЕМ УХЕ: РЕБЕНКА СПАСЛИ ОТ ГЛУХОТЫ И ОСЛОЖНЕНИЙ

Трехлетний ребенок попал в больницу с рутинным диагнозом: острый средний отит. Из анамнеза следовало, что до госпитализации ребенок лечился по поводу данного заболевания в течение года в другом городе, где ему была проведена операция трепанация сосцевидного отростка после которой ребенка также продолжали беспокоить гнойные выделения из уха.

Таким образом, степень заболевания была недооценена. В Морозовской больнице ребенку был проведен полный спектр обследований, в том числе взят посев ушного выделения (синегнойная палочка) и проведена компьютерная томография. На томографе было выявлено, что все области среднего уха затменены за счет патологического субстрата. Сопоставив все данные, было принято решение об операционном вмешательстве, а точнее ревизии костей среднего уха. Была проведена трепанация

всех структур на среднем ухе, которая приходится в височной кости.

Операцию выполнял к.м.н. Иваненко А.М. В ходе операции обнаружено, что у ребенка полностью разрушена вся система среднего уха за счет длительного карисса с образованием холиостеомы. Процессу разложения подверглись практически все системы среднего уха, что угрожало развитием абсцесса головного мозга. Патологический процесс приблизился к лицевому нерву. Ребенку угрожала опасность потерять слух, поскольку холестеатома начала разрушать и слуховые косточки. Благодаря мастерству хирургов холестеатома была успешно удалена. Также врачам удалось санировать всю полость среднего уха заушной области и провести тимпанопластику с сохранением слуха ребенка. Уникальность данной операции состоит в том, что подобная патология встречается очень редко у детей, чаще у взрослых, а сложность – в расположении процесса в непосредственной близости к головному мозгу, ушному лабиринту и лицевому нерву, которые нельзя задевать во время операции. Ребенку удалось спасти от внутричерепных осложнений: менингита и абсцесса мозга. Оборудование, на котором выполняются подобные операции, поступило в больницу по программе модернизации. Для выполнения данной операции требовались также высокая квалификация и профессиональные навыки врача оториноларинголога. Операция выполнена по программе ОМС.



По жизненным показаниям

ВРАЧ С ХОРОШЕЙ РЕПУТАЦИЕЙ

Рубен АДАМЯН: «У каждой эстетической операции есть показания и противопоказания»



Рубен Адамьян

Пластическая хирургия – довольно молодая медицинская специальность. К сожалению, в последние годы именно с ней было связано очень много недовольств пациентов. «В эту профессию попадали люди, имеющие очень поверхностные, базовые знания. Однако теперь все изменится, и уровень подготовки специалистов в этой области серьезно вырастет», – утверждает известный московский пластический хирург, профессор кафедры Первого Московского государственного медицинского университета им. Сеченова Рубен Адамьян, который уже много лет принимает пациентов в медицинском центре «К+31» при Городской больнице № 31.

По словам Рубена Татевосовича непрофессионалов в области пластической хирургии сегодня достаточно. Дело в том, что в последние годы получить сертификат пластического хирурга мог любой врач, окончивший краткосрочные курсы. Но, разумеется, за 140 часов обучения стать профессиональным пластическим хирургом, которому пациенты доверяют не только внешность, но и здоровье, невозможно. – В России долгое время такой специальности, как «пластическая хирургия», официально не существовало. В последние годы в эту профессию во множестве попадали непрофессионалы, по окончании трехмесячных курсов начинавшие практику пластических хирургов. Теперь для подобного нужно будет заканчивать ординатуру или проходить длительные тематические курсы. Последнее касается только врачей-специалистов. Например, лор-врач, прошедший такое обучение, сможет делать только ринопластику. Конечно, это серьезно повысит уровень подготовки пластических хирургов, – говорит Рубен Адамьян.

Сам доктор Адамьян, как специалист, сформировался в стенах известного на всю Россию Центра хирургии имени академика Б.В. Петровского и вот уже несколько лет занимает должность профессора на кафедре пластической хирургии Первого меда, которую возглавляет известный академик РАН Николай Миланов и принимает пациентов в клинике при Городской больнице № 31. Вместе с ним в коллективе работают 3 доктора и более десятка кандидатов медицинских наук, здесь разработали более 15 авторских хирургических методик.

Как уникального специалиста Рубена Адамьяна знают не только в Москве, но и во всем мире: доктор Адамьян – желанный гость на международных медицинских форумах и конгрессах, где он выступает с лекциями и докладами по пластической хирургии, восстановительной хирургии урогенитальной области и пр. «У многих наша специальность ассоциируется, прежде всего, с эстетическими операциями. Однако, на практике пациентов, которые хотят улучшить свою внешность, у нас лишь порядка 15%. Мы выполняем им увеличение и подтяжку груди, пластику носа, подтяжку лица, в том числе, с применением самой современной



эндоскопической техники, абдоминопластику, липосакцию, интимную пластику и другие востребованные пластические операции. Однако пластическая хирургия – понятие гораздо более широкое», – продолжает Рубен Татевосович.

Большинству пациентов пластических хирургов операции необходимы по жизненным показаниям – например, после травм, онкологических заболеваний или из-за врожденных патологий. И тут требуется огромный профессионализм, которого просто невозможно достичь, окончив краткосрочные курсы. Пластический хирург должен уметь восстанавливать кость, проводить сложные микрохирургические операции по шиванию сосудов, по пересадке тканей. «В своей жизни я провел немало операций, в ходе которых приходилось пришивать оторванные конечности, в том числе, половые органы; восстанавливать утраченные ткани в урогенитальной области из-за травм или онкологических заболеваний, как у мужчин, так и у женщин. Приходилось не только отрезать, но и сформировывать новые гениталии. И, конечно, все приобретенные навыки очень пригодились мне, когда я начал выполнять операции по перемене пола», – говорит Рубен Татевосович.

Сегодня Рубен Адамьян считается одним из лучших специалистов в стране по проведению операций у людей, больных трансгендерностью. С 1991 года через его руки прошло уже более 800 таких пациентов. Во всем мире эти пациенты наблюдаются еще и у психиатров в связи с расстройством полового самосознания, за которое отвечают определенные структуры головного мозга. И к доктору Адамьяну они попадают не с улицы, а лишь по направлению врача-психиатра.



– Хирургически мы лечим только крайние, так называемые ядерные, формы трансгендерности. По статистике, если таким пациентам не провести операцию, риск удачного суицида составляет у них выше 70%. В общем, они крайне редко доживают даже до 50 лет. Поэтому, проводя такие хирургические вмешательства, мы выполняем психиатрический заказ – это заболевание, а не прихоть. Наши пациенты перед получением разрешения на операцию проходят комплексную судебно-психиатрическую экспертизу, обследование, в результате которого исключаются заболевания, которые мимикрируют под трансгендерность, например, шизофрения. За рубежом отбор для проведения операций проводится не так жестко. В России на одного мужчину, который хочет поменять пол, приходится 5-6 женщин, желающих стать мужчинами. В мировой статистике – все ровно наоборот. У нас оперируют только в том случае, если больше никакая терапия не помогает. Цель операции – помочь достичь социально-бытовой адаптации. Например, 15-20% пациенток, которым требуется поменять пол, удовлетворены своим состоянием уже после лишения их одного внешнего женского признака, то есть, после мастэктомии (удаления молочных желез). У них всего лишь меняется форма грудной клетки с женской на мужскую – и им этого уже хватает для счастливой жизни. Остальное им не требуется. Но тем, кто остается неудовлетворенным, требуется продолжение. В течение всего периода лечения пациенты наблюдаются у психиатра. Параллельно таким пациентам назначают заместительную гормонотерапию и они наблюдаются у эндокринологов, – продолжает Рубен Адамьян.

Многим пациентам лишь после операции по перемене пола удается наладить личную

жизнь, создать семью и даже завести детей. Конечно, иногда бывает, что люди, прошедшие через такую операцию, начинают жизнь «с чистого листа» и пытаются скрыть правду от своих вторых половинок. Иногда после операции человек выглядит настолько хорошо и, что называется, достоверно, что половой партнер сам ни о чем догадаться не может.

– Мы рекомендуем не скрывать своего прошлого, ведь впоследствии могут возникнуть серьезные проблемы. Например, у женщины, которая когда-то была мужчиной, вдруг диагностируют заболевание предстательной железы. А как она пойдет к мужскому врачу с женским паспортом? Кроме того, многим дамам, которые ждут операции по перемене пола, мы рекомендуем сохранить яйцеклетки в специальных банках. В будущем можно будет провести их искусственное оплодотворение, и, с помощью ЭКО, решить проблему с продолжением рода. Таким образом, у наших пациентов родилось уже четыре ребенка, – отмечает доктор.

Нередко пациенты, которым Рубен Адамьян когда-то сделал операцию по перемене пола, впоследствии приходят к нему и на эстетические процедуры. Кстати, среди них наиболее востребованными сегодня являются подтяжка лица, блефаропластика, изменение формы груди, липосакция, контурная пластика и другие. «Однако у каждой эстетической операции есть как показания, так и противопоказания. И если кто-то захочет поменять нос, показанием может быть или искривленная перегородка, или другой дефект. Некоторым пациентам отказываем или отправляем на долечивание из-за сопутствующих заболеваний – повышенного артериального давления, повышенного уровня сахара крови и других», – продолжает Рубен Адамьян.

Что же касается возраста, в котором возможно проведение эстетических операций, то тут все очень индивидуально. Например, самой пожилой пациенткой Рубена Татевосовича была дама 78 лет – она была абсолютно здорова и пристально следила за своей внешностью. Однако когда ей исполнилось 79, и она решила повторить удачный опыт омолаживающих процедур, пришлось ей отказать: к тому моменту у дамы диагностировали сахарный диабет, при котором такие операции невозможны. А вот слишком юным пациенткам эстетические операции выполняют, прежде всего, по жизненным показаниям. «Например, у меня была 16-летняя пациентка с восьмым размером груди. Это заболевание, эндокринологическое, оно называется гигантомастия. От этого у ребенка развивалась масса проблем – искривление позвоночника, ей было тяжело ходить. Мы выполнили девочке операцию по направлению эндокринолога и с согласия родителей», – говорит доктор Адамьян.

Сегодня в распоряжении пластических хирургов есть множество современных медицинских технологий – развивается лапароскопия, эндохирургия, появляются новые лазерные и радиоволновые скальпели. «Наука не стоит на месте, и в нашей клинике мы активно пользуемся ее достижениями в своей практике», – говорит Рубен Адамьян.

Но гораздо больше, конечно, зависит не столько от техники, сколько от профессионализма врача. Рубен Адамьян советует пациентам при выборе специалиста не ориентироваться на рекламу и не идти в сомнительные учреждения, которые располагаются в подвалах зданий. «Ищите врача с хорошей репутацией и научными работами, а не того, кто научился грамотно пиариться», – говорит пластический хирург.



Зарубежный опыт

МОСКОВСКИЕ МЕДИКИ ПОЛУЧИЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ УЧИТЬСЯ В ЕВРОПЕ

Мария ТАЙМАСКИНА: «Нам важен командный принцип обучения»



Два года назад руководитель Департамента здравоохранения Георгий Голухов впервые ввел в постоянную практику государственную систему стажировок столичных врачей за рубежом. О том, как развивается эта программа сегодня, рассказывает «ФЖ» руководитель организационно-методического отдела международного сотрудничества ГБУ «Научно-практический центр стратегических разработок ДЗМ» Мария Таймаскина.

— Не все строится на деньгах, есть еще профессиональный взаимный интерес. Когда наши стажеры приезжают в зарубежные центры, поверьте, обучение проходит не в форме монолога, а в форме дискуссий и диалогов. Зарубежные коллеги всегда интересуются мнением наших специалистов, спрашивают, какие лечебно-диагностические протоколы и методики применяются при аналогичных случаях у нас, коллегиально с нашими стажерами принимают решения и определяют тактику ведения пациентов. То есть, мы не просители — у нас нормальный равноценный обмен. И, конечно, на такие стажировки мы направляем специалистов высокого профессионального уровня, которые хотят усовершенствоваться, углубить свои знания, расширить свой кругозор, познакомиться с другими методиками.

— **Каковы критерии отбора стажеров?**

— Возраст не более 45 лет; опыт работы не менее 5 лет по специальности; владение иностранным языком и рекомендация главного врача, а также заключение учебного договора. Обучение медработников проводится согласно программе по развитию кадров медицинских организа-

ций государственной системы здравоохранения Москвы.

Мы, в свою очередь, оцениваем и анализируем потребности московской системы здравоохранения в повышении квалификации специалистов в разных областях. Приведу в пример проект по неонатологии. Ирина Солдатова, как главный специалист Москвы в этой области, определяет стратегию развития перинатальной службы в столице. Она совместно с коллегами из-за рубежа разработала комплексную программу повышения квалификации неонатологов Москвы, содержащую теоретическую и практическую части. Были отобраны 25 неонатологов, которые в октябре ездили в университетский госпиталь Тюбингена на теоретический курс по неонатологии. Лекционный курс читали ведущие профессора Европы. После теоретической части команды наших медиков проходили практическую двухнедельную стажировку в 3-х перинатальных центрах Европы.

Перед заключением соглашения мы отыскиваем топовые позиции в зарубежных учреждениях. Например, на этапе освоения роботической хирургии, когда город закупил 4 робота да Винчи, мы организовали тренинг-курсы в Бельгии. Наши врачи вернулись готовыми специалистами и сразу приступили к работе — оборудование не простаивает.

— **Сколько всего московских медиков прошло зарубежные стажировки?**

— Только в прошлом году мы обучили 320 человек. Очень важно, что мы занялись и сестрами. Мы обучили около ста медсестер в Израиле, Бельгии и Герма-

нии (в Израиле сестринские программы проводятся на русском). До прихода в руководство Департамента здравоохранения Москвы Георгия Голухова на государственном уровне системы зарубежных стажировок в Москве не было вообще! Да, некоторые компании — производители оборудования тоже занимаются повышением квалификации врачей. Но уникальность наших программ в том, что у нас не только теория, у нас есть еще и практическая часть.

— **Как программа будет развиваться в дальнейшем?**

— Задачи грандиозные. Это распространение опыта, полученного за рубежом, в Москве. Мы собираемся проводить научно-практические конференции и семинары с участием тех, кто побывал в зарубежных командировках, обучающие международные семинары и научно-практические конференции с участием иностранных экспертов, использовать телемедицину для дистанционного обучения. Например, в ГКБ № 67 работает передовой телемедицинский центр с большими трансляционными возможностями.

К слову сказать, мы тоже вызываем большой интерес у наших зарубежных коллег, некоторые настроены с нами работать, и высказывают желание приехать к нам в качестве стажеров, чтобы обменяться опытом.

— **Зарубежные стажировки наших медиков в 2014 году продолжатся?**

— В этом году планируем обучить за рубежом уже около 600 человек. В наших планах — сотрудничество с Австрией, возможно Швецией и Францией, расширение сотрудничества с Италией. Кроме того, ДЗМ совместно с Медицинским центром «ШИБА» разработал образовательный курс для руководителей медицинских организаций Московской государственной системы здравоохранения. Важной составляющей является соблюдение принципа командного обучения не только на уровне одного учреждения, но и в пределах каждого административного округа Москвы. В основе такого подхода лежит построение трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая сейчас внедряется в Москве.

НЕЙРОХИРУРГИ ОЦЕНИЛИ НЕМЕЦКИЙ ПОРЯДОК

Нейрохирург из отделения спинальной хирургии столичной ГКБ № 67 Виталий Семченко недавно вернулся с международной стажировки в немецкой клинике, организованной Департаментом здравоохранения города Москвы. Впечатлениями об этой практике он поделился с корреспондентом «Формулы жизни».

— **Виталий, почему выбор пал на Вас?**

— Практически каждый врач из нашего отделения по различным программам уже проходил зарубежную стажировку или пройдет вскоре. Эту практику ввел наш Департамент здравоохранения. Я прошел по возрасту (мне 38 лет), кроме того, мое знание английского языка, хоть и не совершенное, оказалось вполне достаточным для общения с немецкими коллегами. Кроме нас с коллегой, в нашей группе было пятеро докторов из Института им. Н.В. Склифосовского, двое — из ГКБ № 4 и один из ГКБ № 19.

— **В каком режиме проходила ваша стажировка?**

— Она длилась две недели. Стажировка включала посещение Травматологического центра в Мурнау под Мюнхеном. Каждое утро в 7.45 мы приходили в клинику на утреннюю конференцию, где обсуждались поступившие пациенты, составлялся график операций на текущий день. Дальше мы шли в операционные — наблюдать за ходом хирургических вмешательств. Во время их проведения мы могли задавать немецким коллегам интересующие нас



вопросы и получать на них ответы, вести дискуссии и проводить короткое обсуждение хода операции. За выделенное время мы успевали посетить несколько операционных (три из них в этом центре работают исключительно по патологии позвоночника). В общем, мы старались посмотреть как можно больше операций — и эндоскопических, и черепно-мозговых. А после обеда мы шли на лекции — их нам читали представители клиники — зав. нейрохирургическим отделением доктор Стравински, доктор Хаук и другие.

— **Чем отличается работа немецких хирургов от московских?**

— Прежде всего — организацией. Это вызвало у нас наибольший интерес. У немцев все четко по времени подачи пациента в операционную, четко отработанная система пробуждения и четкий график, который соблюдается. В операционную попадает уже полностью подготовленный пациент. Например, у них есть т. н. предоперационная или анестезиологическая комната, где анестезиологи проводят интубацию и начинают наркоз. Поэтому, как только пациента подают в операционную, сразу начинается операция, что существенно ускоряет процесс. А после операции пациент сразу же направляется в отдельную

комнату пробуждения, из которой потом и попадает в отделение.

— **Вероятно, и оборот койки в немецкой клинике получается выше, чем у нас?**

— Да, он выше, но это обусловлено уже штатным расписанием. Например, в немецкой клинике на 450 коек — 820 медсестер и около 320 врачей. А у нас на 30 коек две медсестры, таковы федеральные нормативы. Кроме того, в немецкой клинике очень много вспомогательного персонала, санитаров, что, конечно, существенно облегчает работу врача и жизнь пациента.

— **Что из немецкой практики хотелось бы перенять?**

— Что касается профессиональных моментов, то наше спинальное отделение 67 ГКБ работает на очень высоком уровне. И в техническом плане мы как минимум не уступаем немецкой клинике, а в чем-то и превосходим ее. В том числе по набору инструментального оборудования, которое позволяет проводить высокотехнологичные операции. У нас, например, есть интраоперационный компьютерный томограф, благодаря которому можно делать снимки во время операции (в других клиниках контроль проводят уже после операции). А это — гарантия качества и точности операции. Поэтому у немецких коллег в нашу практику мне бы хотелось перенять структуру организационного процесса. И, конечно, штатное обеспечение. В нашей клинике мы стараемся соблюдать преемственность между различными службами и временной регламент движения пациентов. Ведь у нас схожая категория пациентов, а это не менее тяжелые больные, в том числе, с травмой позвоночника, которые требуют хорошего ухода. Что касается методик лечения, то у нас свой подход, у них свой. Мы стараемся решать проблему сразу в один этап — например, не просто удалить грыжу, но и обработать диски, и стабилизировать позвоночник. У немцев все иначе.

День рождения



РОДЫ ВОПРЕКИ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Ольга КОНЫШЕВА: «Мы за классическое акушерство»



Ольга Конышева

Сегодня городская больница № 15 стала одним из крупнейших многопрофильных лечебных центров Москвы. И функционирование в ее составе родильного дома позволяет оказывать помощь будущим мамам с серьезными патологиями. Например, здесь принимают роды у женщин с тяжелыми заболеваниями сердца и сосудов, заболеваниями органов зрения, центральной нервной системы, перенесших инфаркты и инсульты головного мозга. Об особенностях работы этого уникального роддома, аналогов которому нет ни в Москве, ни даже в стране, «Формуле жизни» рассказала заместитель главного врача ГКБ № 15 по акушерской работе Ольга Владимировна Конышева.

Сегодня в состав больницы входят стационар на 1600 коек, консультативно-диагностический центр и родильный дом, в котором после реконструкции открыты два новых отделения – реанимация для новорожденных и реанимация для взрослых.

– Родильный дом, рассчитанный на 170 коек, входит в структуру многопрофильной больницы, что позволяет нам принимать пациенток с различными, в том числе, тяжелыми, экстрагенитальными заболеваниями, – рассказывает Ольга Владимировна. – В 2013 году у нас прошло более 7200 родов, причём, 80% их них – осложнённые.

Основная группа заболеваний, на которых уже многие годы специализируется этот роддом – сердечно-сосудистая патология. На базе учреждения создан Городской центр оказания специализированной помощи беременным, роженицам и родильницам с заболеваниями сердечно-сосудистой

системы. Сюда принимают будущих мам с врожденными и приобретенными пороками сердца, со сложными нарушениями сердечного ритма, сердечной недостаточностью. Здесь рожают даже пациентки с искусственными клапанами! В общей сложности пациенток с патологиями сердечно-сосудистой системы только за прошедший год пролечено около 2000.

В структуру Центра входит родильный дом, стационар и консультативно-диагностическое отделение, где будущих мам амбулаторно наблюдают не только акушеры-гинекологи, но и врачи-кардиологи. «Взаимодействие различных отделений позволяет оказывать помощь пациенткам в условиях одного лечебного учреждения. Иными словами, беременные проходят у нас весь цикл – от наблюдения беременности, лечения и коррекции сопутствующей тяжелой патологии до родов», – продолжает Конышева.

Еще одна большая группа пациенток этого акушерского стационара – женщины с неврологическими заболеваниями, в том числе, болезнями центральной нервной системы, инсультами и опухолями головного мозга. Врачи отмечают, что в последние годы таких пациенток становится все больше. Качество диагностики улучшилось и это позволяет выявлять многие заболевания на ранних стадиях. «Такие пациентки получают у нас лечение в нейрохирургическом отделении и нейрореанимации, часть из них оперируется во время беременности, часть – лечится консервативными методами, что позволяет заканчивать беременность с рождением здоровых детей», – говорит Ольга Конышева.

Кроме того, сюда направляют на наблюдение беременности и роды будущих мам с заболеваниями органов зрения. Около сотни пациенток каждый год оперируются здесь еще во время беременности офтальмологами, а потом рожают «поблизости» – в родильном доме ГКБ № 15. А еще здесь родоразрешается немало женщин с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в том числе, и с искусственными суставами. Некоторые из них стали инвалидами после автомобильных аварий; у других были диагностированы врожденные пороки развития костной системы.

– Современное акушерство не может существовать изолированно – ведь во время беременности у женщины могут проявить-

ся серьезные заболевания, осложняющие её течение, и помощь ей должны оказывать оперативно и профессионально. Больше 80% пациенток к нам поступает с различными экстрагенитальными заболеваниями, что требует консультаций, диагностики, лечения, совместной выработки плана протекновения беременности, методов и сроков родоразрешения. В судьбе беременной и ее малыша участвуют многие врачи разных специальностей, а это возможно лишь в условиях многопрофильной больницы, – подчеркивает Ольга Владимировна.

Аналога такому роддому нет, не только в Москве, но и, возможно, во всей России. Поэтому здесь принимают пациенток не только из столицы, но и из других регионов. «География наших пациенток обширна. Пожалуй, на карте России нет такой области, жительницы которой не рожали бы у нас. Пациентки с тяжелыми заболеваниями попадают к нам по направлению из женских консультаций или органов здравоохранения, областных или российских. Фактически, мы выполняем роль, не только городского центра, но и российского. И всех лечим бесплатно, потому что мы работаем в системе ОМС», – рассказывает Ольга Владимировна.

Естественно, здесь принимают и нормальные физиологические роды, но все же основная задача этого акушерского стационара – оказание помощи беременным с различными заболеваниями органов и систем. Иногда это бывают экстренные случаи, требующие мобилизации усилий многих служб, отделений и высококвалифицированных специалистов больницы. Но нередко тяжелобольные женщины идут на роды вполне осознанно. Врачи признаются, что немало женщин с тяжелыми заболеваниями решаются на беременность даже тогда, когда им это противопоказано. Например,



Главный врач ГКБ № 15 Екатерина Тюлькина

очень рискованно рожать женщинам с искусственным клапаном сердца, с рассеянным склерозом, инсультом или инфарктом головного мозга. «Но мы уважаем решение пациенток и прикладываем все усилия, чтобы их беременности заканчивались благополучно», – говорит доктор Конышева.

Некоторые пациентки во время беременности оперировались на открытом сердце, иным даже приходилось заменять сердечный клапан. Бывали и случаи, когда женщины родоразрешались одномоментно с операциями на головном мозге по поводу инсульта. «У нас было немало пациенток, которые рожали здоровых детей после перенесенного во время беременности операции инсульта и даже операции на головном мозге», – рассказывают врачи.

С тяжелыми недугами во время беременности помогают бороться и новые технологии. Тем более что по городской программе модернизации учреждение получило огромное количество современной медицинской техники, в том числе, аппарат МРТ, новое рентген-оборудование, аппараты для УЗИ последнего поколения, реанимационные системы для новорожденных и пр. Полностью переоснащены реанимационные отделения больницы. Выполнять высокотехнологичные операции, в том числе, на открытом сердце, также помогает техника последнего поколения. Но не менее важны высокий профессионализм, самоотверженность сотрудников: врачей, акушеров и санитаров, а также хороший психологический климат в больнице и акушерском стационаре!

Важно, что здешние врачи не стремятся выполнять тяжелым пациенткам кесарево сечение во всех случаях. «У нас направленность на классическое, не агрессивное акушерство, но с использованием современных методов диагностики и лечения, что позволяет прогнозировать возможные осложнения, своевременно принимать решение о сроках и методах родоразрешения в интересах матери и ребенка, минимизируя перинатальные риски. Мы считаем, что, в большинстве случаев, роды должны проходить естественным путем», – говорит Ольга Владимировна. И нет ничего более естественного, чем когда мама рождает здорового малыша.

Хирурги Боткинской

НОВАЯ ЭРА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Алексей ШАБУНИН: «Оснащение столичных клиник сегодня не отличается от лучших больниц Европы»

Боткинская больница давно считается одним из лучших медицинских учреждений в Москве. Однако столичная программа модернизации дала новый толчок ее развитию. Боткинская оказалась в числе четырех клиник города, куда поступила хирургическая робототехника последнего поколения – робот Da Vinci. Этот суперагрегат позволяет оперировать пациентов с филигранной точностью, сводя риск неверных движений к нулю.

Роботическая система Da Vinci создана по образу человеческого запястья, но обладает большим объемом движений, чем рука живого хирурга. Роботические инструменты позволяют накладывать швы быстро и точно. Для пациентов операции, проведенные с помощью робототехники, максимально безопасны и минимально травматичны, благодаря им снижается риск кровотечения, инфицирования, боли, осложнений во время и после операции. Уменьшаются сроки госпитализации и время реабилитации больных. «Пациенту делают лапароскопические проколы и устанавливают троакар, через который вставляются разные инструменты, присоединенные к рукам манипуляторов робота. Хирург при этом сидит за консолью и управляет роботом на расстоянии, не прикасаясь к пациенту», – поясняет главный врач ГКБ им. С.П.Боткина Алексей Шабунин.

Робот поступил в клинику в декабре, но за это время врачи уже успели провести на нем более трех десятков операций, в том числе – уникальных. Изначально техника Da Vinci разрабатывалась под проведение урологических хирургических вмешательств, в основном, простатэктомий. Однако, врачи Боткинской больницы уже смогли серьезно расширить спектр возможностей такой техники.

– Мы стали делать на робототехнике резекции кистозных опухолей печени, сложные реконструктивные операции при механической желтухе, вызванной опухолями, желчнокаменной болезнью – в таком состоянии у пациента желчь не поступает в кишечник. Во время таких операций из кишечника «выкраивается» новый желчный проток и подшивается к печени и кишечнику. Раньше подобные хирургические операции были полостными, теперь же, с помощью Da Vinci, мы проводим их лапароскопически. То, что человек делает за консолью, робот повторяет в несколько раз виртуознее. Руки человека на такое просто не способны. К тому же у робота 4 руки, а у человека – 2; у робота рука изгибается в четырех плоскостях, а у человека – только в двух. И диаметр руки робота – всего 8 миллиметров. С помощью современной 3D оптики руки робота могут попадать в самые труднодоступные места. Кроме того, робот не устает работать без перерыва целый день, – рассказывает Алексей Шабунин.

По мнению доктора Шабунина, столь активное освоение робототехники произошло благодаря тому, что в то время, пока эту технику только закупали, бригада докторов клиники, которая имела большой опыт лапароскопических операций (урологи, проктологи, гинекологи, хирурги) уже проходила обучение работе на ней, причем в лучших клиниках мира.

– Благодаря программам стажировки Департамента здравоохранения, мы смогли отправить наших врачей на междуна-



родные стажировки в Бельгию, Америку, Южную Корею. Поэтому, как только робот поступил к нам, он тут же включился в работу. Приятно и то, что такая уникальная техника закуплена не для «галочки», в одну клинику города, а сразу в четыре – и ее освоение сейчас началось повсеместно. Могу констатировать, что тем самым открыта новая эра лапароскопической хирургии в городе Москве, – отмечает доктор Шабунин.

Хирургия всегда была одним из самых сильных направлений ГКБ им. С.П. Боткина. В общей сложности здесь 1057 хирургических коек (это не считая 84 реанимационных и 20 диагностических в приемном покое). В хирургическом секторе работают 17 докторов и 112 кандидатов медицинских наук, 120 врачей высшей категории. В составе больницы функционирует хирургическая клиника на 235 коек, где врачи виртуозно выполняют практически весь спектр операций на брюшной полости и грудной клетке. При этом процент малотравматичных эндоскопических вмешательств постоянно растет (в прошлом году проведено 3437). «Сегодня в хирургии мы делаем акцент на проведение малокровных операций с использованием ангиографической техники, эндоскопов, лапароскопов. Они дают меньше осложнений, после них пациенты быстрее восстанавливаются и раньше выписываются. С каждым годом таких вмешательств всё больше – у нас постоянно обучаются доктора, закупается новое эндоскопическое оборудование. Кроме того, мы применяем современную сшивающую аппаратуру, коагулирующую технику, высококачественные шовные материалы, что также уменьшает риск развития осложнений», – рассказывает Алексей Шабунин.

В отделении хирургии печени и поджелудочной железы сегодня проводят немало уникальных операций. Например, некоторым онкобольным, которые раньше считались неоперабельными, сегодня проводят т. н. радиочастотную абляцию – опухоль буквально выжигают с помощью специальной современной аппаратуры. Кроме того, местные хирурги разработали операции по увеличению объема печени. В тех случаях, когда новообразование занимает большую часть печени, проводят эмболизацию сосуда, который кровоснабжает пораженный участок печени и в итоге здоровая часть органа растет, а атипичные ткани отмирают. У неоперабельных больных, например, с опухолью поджелудочной железы или пищевода, выполняются стентирование желчных протоков, пищевода, и тем самым восстанавливают отток желчи или пассаж пищи. Ежегодно в Боткинской больнице проводят не менее 150 рентгенэндоваскулярных операций на печени и поджелудочной железе или еще около 300 чрезкожных и эндоскопических стентирований.

На всю страну Боткинская славится и своими урологами. «Мы – одни из лидеров в России и даже в Европе по количеству операций по поводу опухолей почки. 56% из них – органосохраняющие. Раньше таким пациентам удаляли всю почку и в будущем, если опухоль распространялась на вторую почку, их ждали либо гемодиализ, либо смерть. Сейчас прогноз таких пациентов значительно улучшился», – продолжает главный врач больницы.

Отделение урологии ГКБ им. Боткина считается одним из лидеров в стране по операциям на предстательной железе, в том числе, по поводу опухолевых процессов.



Алексей Шабунин

Все чаще такое лечение проводят пациентам эндоскопически – в том числе, и с использованием уже упомянутого робота Da Vinci. Кроме того, пациентам здесь делают брахитерапию, когда в опухоль под УЗИ контролем непосредственно вводится радиоизотопный препарат, уничтожающий атипичные клетки.

Клиника травматологии и ортопедии на 208 коек принимает пациентов круглосуточно. И большинство больных (60%) попадают сюда в экстренном порядке по «скорой». Для их лечения также применяют самые современные технологии. Например, сложные переломы фиксируют с помощью медицинских пластинок, которые вводятся под контролем интраоперационного рентгена через небольшие проколы (раньше такие операции были полостными). А вот гипс тут называют материалом устаревшим – от него современная травматология постепенно отходит, заменив его по показаниям на пластмассовую иммобилизацию. Вместо него также нередко применяют современные погружные внутрикостные системы. В прошлом году во входящем в состав Боткинской больницы Московском центре эндопротезирования выполнено около 900 эндопротезирований крупных суставов, в том числе, с использованием современных технологий компьютерной навигации (что позволяет выбрать место для искусственного сустава с максимальной точностью). Москвичам такие дорогостоящие операции выполняют совершенно бесплатно.

По праву гордится Боткинская больница и Клиникой нейрохирургии на 170 коек. Больных сюда принимают как экстренно (пострадавшие с черепно-мозговыми травмами, повреждениями позвоночника), так и планово (например, с опухолями и сосудистыми поражениями головного мозга). Методы эндоскопического лечения также широко применяются в практике нейрохирургов, например, проводят операции при аденомах гипофиза с доступом через носовые ходы. Кроме того, им помогают специальные микроскопы с сильным увеличением – с их помощью даже при операциях на головном мозге можно обойтись небольшими разрезами. А современные навигационные системы минимизируют доступ при проведении таких операций – компьютер рассчитывает, как «достать» глубинные опухоли наиболее оптимальным и наименее травматичным путем, а потом удалить их, не повреждая здоровых тканей, с помощью микроскопа.

– У нас работают одни из лучших в Москве специалисты в области нейрохирургии. Они могут выполнять уникальные операции у пациентов, которые ранее считались безнадежными и неоперабельными. Например, у нас разработаны уникальные операции на продолговатом мозге – в нашей стране они выполняются в единичных институтах нейрохирургии, – продолжает Алексей Шабунин.

Врачи отмечают, что без современной техники современная хирургия существовать не может. Важно и диагностическое оборудование (компьютерные и магниторезонансные томографы, аппараты УЗИ, ангиографы), и хирургическое (в том числе, робототехника). Благодаря разработанной Департаментом здравоохранения Москвы программе модернизации оснащение столичных клиник сегодня ничуть не отличается от лучших больниц Европы.

Лучевая терапия

ОТДЕЛЕНИЕ РАДИОЛОГИИ ДОЖДАЛОСЬ НОВОГО ОБОРУДОВАНИЯ СПУСТЯ 14 ЛЕТ

Ирина НАЗАРОВА: «Лечение для каждого вида опухолей теперь будет проводиться на разных аппаратах»



Дмитрий Бондарь

Несколько лет назад, врачи большинства радиологических отделений Москвы работали на устаревшем и практически полностью изношенном оборудовании. И, если бы не программа модернизации здравоохранения, в столичных больницах так и продолжали бы делать лучевую терапию пациентам «наощупь». Сейчас ситуация изменилась кардинально. В апреле в ГКБ № 57 открывается полностью переоснащенное радиологическое отделение.

Лучевая терапия – один из трех основных методов лечения в онкологии. Приблизительно 75% онкобольных нуждаются в проведении лучевой терапии в том или ином объеме. «В 2011-м году только через наше отделение прошло более 1700 пациентов, поэтому потребность в таком виде лечения огромная», – рассказывает «Формуле жизни» заведующий радиологическим отделением ГКБ № 57 Дмитрий Бондарь.

Однако в последние годы врачи были вынуждены лечить пациентов с помощью радиологического оборудования выпуска прошлого века. «Самый старый аппарат у нас был 1972 года производства, а самый молодой – 1991 года. И такая ситуация являлась для Москвы типичной – практически во всех радиологических отделениях было примерно такое же оборудование», – продолжает Дмитрий Викторович.

Тем временем, гарантированный срок эксплуатации такой техники составляет... десять лет. «Сроки службы приходилось неоднократно продлевать, и на это мы шли не потому, что нам очень нравилось так работать, а от безысходности. Ситуация была аварийная, какой быть не должно. Методики, которые нам приходилось использовать в лечении больных, были актуальны в конце прошлого века. Лечить пациентов мы были вынуждены буквально вслепую, основываясь на интуиции. А с учетом того, что совет-

ская медицинская промышленность тоже не была передовой, от западных коллег мы отставали, по меньшей мере, на 30-40 лет», – признается Дмитрий Бондарь.

Оборудование было настолько устаревшим, что могло в любой момент остановиться – а запчастей для него уже было не отыскать. Если честно, такая техника была эффективной только для предотвращения рецидивов. Планировать объемы проведения на нем лучевой терапии было практически невозможно. Поэтому приходилось рисковать: была вероятность, что объем облучения превысит размеры опухоли, и пострадают здоровые ткани. Если же доза оказывалась меньшей, чем требуется, опухоль развивалась дальше, – добавляет главный врач ГКБ № 57 Ирина Назарова.

Однако в 2011-2012 году Департамент здравоохранения Москвы начал масштабную реорганизацию городского здравоохранения, включающую в первую очередь его модернизацию. На замену устаревшего оборудования были выделены колоссальные средства. В итоге специально созданные рабочие комиссии, проведя оценку состояния техники в радиологических отделениях больниц, тут и там приходили к выводу о необходимости их полного переоснащения.

В нашем отделении были разработаны очень сложные, трудоемкие проекты переоснащения. Новое оборудование чрезвычайно дорогостоящее и его нельзя поставить в неподготовленное помещение. Поэтому проекты предусматривали частичную реконструкцию здания, усиление радиационной защиты, прокладку новых энергетических мощностей, полную повсеместную замену систем вентиляции, водоснабжения и отопления. Иными словами, была проведена комплексная работа, которая затрагивала все здание – от крыши до подвала, – рассказывает главный врач ГКБ № 57 Ирина Назарова.

Модернизация была проведена в поразительно короткие сроки – отделение за-

крылось на реконструкцию в октябре 2012 года и уже в апреле 2014 года врачи начнут полноценную работу на новом оборудовании. «По опыту других городов такой переход длится от 2,5 до 5 лет, мы же уложились чуть больше, чем в полтора года. В общей сложности мы получили 8 единиц современного высокотехнологичного оборудования, отвечающего всем мировым стандартам качества лечения», – рассказывает Дмитрий Бондарь.

Сегодня в отделении представлены практически все виды радиологического оборудования. Все технические новинки сосредоточены в едином лечебно-диагностическом комплексе. Новая техника позволяет лечить опухоли всех локализаций и на любой стадии. «Конечно, мы не всеисильны, но возможности применения нового оборудования расширились в разы. В том числе, с точки зрения показаний к лечению. К тому же значительно повысилась точность подведения дозы в очаг опухоли, а, следовательно, мы прогнозируем значительное, буквально в разы, снижение побочных эффектов лечения. В состав оборудования входит специализированный компьютерный томограф с системой модельных лазеров, что позволяет чрезвычайно точно определять размеры, локализацию опухоли, соотношение ее со здоровыми тканями. Планирование лучевой терапии будет осуществляться с помощью специализированных компьютерных программ, позволяющих лечить только опухоль, не затрагивая здоровых тканей. Раньше мы были вынуждены занижать дозу, чтобы не навредить пациенту, а теперь будем работать полностью по международным стандартам», – констатируют врачи отделения.

Лечение для каждого вида опухолей теперь будет проводиться на разных аппаратах. Мы сможем проводить лучевую терапию не только при новообразованиях органов и тканей, но и при артритах, артрозах, коллоидных рубцах, пяточных шпорах. Теперь у нас есть лазерная установка и система планирования лучевой терапии. Например, больному выполняют КТ, выявляющее площадь опухоли; одновременно врачи делают разметку и, с помощью лазерной установки, направляют луч на опухоль прицельно, – добавляет Ирина Назарова.

Бесконтактный метод проведения лучевой терапии (она будет выполняться дистанционно, на гамма-аппаратах и линейных



Ирина Назарова

ускорителях пучками фотонов или электронов) также позволит минимизировать радиационную нагрузку на пациента. Кроме того, врачи смогут выполнять внутривенную и внутритканевую лучевую терапию. В первом случае источник излучения вводится в полость тела (бронхи, пищевод, просвет кишечника, просвет матки и пр.) и облучает опухоль изнутри; во втором – с помощью специальных очень тонких игл попадает в ткань опухоли и облучает ее, избегая повреждения здоровых тканей. «У нас теперь есть и оборудование для короткодистанционной рентгенотерапии, которая предназначена для лечения поверхностных опухолей, прежде всего, опухолей кожи. Особенно актуально применение этого аппарата при опухоли на коже лица – это лечение позволит избежать косметических дефектов», – говорит Дмитрий Бондарь.

Кроме того, есть аппарат для интраоперационной лучевой терапии. Он позволяет проводить облучение непосредственно в момент операции на ложе удаленной опухоли – а значит, пациент избежит длительного курса лучевой терапии в послеоперационном периоде. Получили врачи и специальные аппараты для проведения брахитерапии опухоли простаты с помощью радиоактивного йода.

Весь этот комплекс оборудования позволяет проводить лечение чрезвычайно бережно, увеличивая поглощенную дозу в очаге и минимизируя повреждение здоровых тканей. Кроме того, у нас увеличится пропускная способность отделения – то есть, мы сможем помогать значительно большему количеству больных, чем раньше. Работать теперь стало гораздо проще и интереснее, – говорит Дмитрий Бондарь.

Лучевая терапия часто является обязательным, а иногда – даже единственным методом лечения опухолей органов и тканей. Приобретение самого современного поколения различного вида установок для лучевой терапии очень важно для московского здравоохранения, а самое главное – для наших пациентов. Монтаж заканчивается, мы обучаем специалистов работе на новом оборудовании. Штат уже укомплектован профессионалами – физиками, химиотерапевтами, инженерами высокой квалификации. Ну, а в апреле мы уже примем первых пациентов, – подытоживает руководитель больницы Ирина Назарова.



Экстренный вызов

МОСКОВСКАЯ СКОРАЯ РАБОТАЕТ ПО ПРАВИЛУ ЗОЛОТОГО ЧАСА

Евгений ЧЕРНЯКОВ: «Любые сомнения трактуются в пользу больного»



Организацию системы «скорой помощи» в столице называют одной из лучших в мире. И это – отнюдь не преувеличение. Заместитель главного врача Станции скорой и неотложной помощи им. А.С. Пучкова Евгений Черняков рассказал «Формуле жизни» о том, какие нововведения в работе службы «03» появились в последние годы. Все они позволяют оказывать медицинскую помощь быстро и качественно, что собственно и является основным критерием оценки эффективности работы.

С 2008 года в Москве начали появляться первые специализированные бригады для выездов на ДТП. Они дислоцируются в непосредственной близости от МКАД, на пересечениях с крупными магистралями города – там, где бывает больше всего аварий. Начиналось всех с 2-3 бригад, а к настоящему моменту их уже более 20 – этого количества вполне достаточно для оперативного выезда на ДТП на кольцевой автодороге и выездах из Москвы. Разумеется, количество аварий здесь зависит и от времени суток, и от времени года, и от погодных условий. «Но прогнозировать ситуацию всегда сложно. Казалось бы – зимой, в гололед, обращаемость по поводу ДТП должна вырасти, но это не всегда так. Водители начинают уважительнее относиться к правилам дорожного движения и стараются соблюдать скоростной режим. А вот

летом, при хороших погодных условиях, количество ДТП нередко возрастает. Так что предугадать, сколько аварий будет сегодня, невозможно», – рассказывает Евгений Владимирович.

Время прибытия бригады к пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на МКАД сократилось с 19 минут в 2008 году до, чуть более 10 минут, в целом же по городу данный показатель составляет 8,8 минут. «Время доезда уменьшилось и за счет применения средств навигации и благодаря тому, что бригады располагаются ближе к местам возможных ДТП. Все врачи знают о так называемом правиле золотого часа: чем раньше пациент получает медицинскую помощь, тем больше у него шансов на выздоровление. Бригады для выездов на ДТП – это общепрофильные врачебные бригады, имеющие в своем распоряжении все необходимое оборудование – иммобилизационные щиты для эвакуации пациентов с места ДТП, дополнительные комплекты шин, усовершенствованную нарочно-дыхательную аппаратуру, позволяющую оказывать медицинскую помощь непосредственно на месте происшествия», – продолжает Евгений Черняков.

Ежедневно такая бригада выполняет 10-17 вызовов. Причем, это не обязательно только ДТП. Если окажется, что бригада находится близко к месту «рядового» вызова к пациенту, которому стало плохо на улице

или в общественном месте, она будет направлена туда.

Кстати, сегодня логистика выездов «скорой» к пострадавшим отлажена в Москве до мелочей. Если раньше бригады направлялись на вызовы по территориальному принципу, то есть, обслуживали лишь закрепленные за подстанцией районы, то теперь современная техника и высокотехнологичные навигационные системы позволяют выстроить оптимальные маршруты «скорой» до пациента. На вызов направляется именно та бригада, которая в данный момент времени находится ближе всего к больному. Полную картину расположения всех бригад операторы наблюдают на мониторах в режиме «он-лайн» – что позволяет выбрать ближайшую бригаду СМП. «Сегодня каждая бригада имеет абонентский комплект. Это устройство работает и как телефон, и как рация, и как навигатор. Именно на него бригада, которая находится вне подстанции, получает вызов. Навигатор же помогает проложить до места вызова оптимальный маршрут. Кроме того, через устройство можно связаться с оператором и узнать все детали вызова. Диспетчер же видит расположение каждой бригады на навигационной карте. Иногда бригада СМП может просто проезжать мимо адреса, откуда поступил вызов на пульт «03» – и тогда время прибытия к больному минимально», – продолжает Евгений Владимирович.



Еще одна гордость столичной «скорой» – кардиологический консультативный дистанционный пульт, являющийся структурным подразделением Станции, где круглосуточно работают врачи-кардиологи. В основном врачи кардиологи работают с общепрофильными фельдшерскими бригадами, с целью оказания консультативной помощи и выборе тактики ведения пациента. Врач-кардиолог проводит консультации при необходимости проведения тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом или антиаритмической терапии. В оснащении общепрофильной фельдшерской бригады есть кардиопередатчики, с помощью которых происходит передача данных ЭКГ исследования на кардиопульт Станции из разных концов Москвы. Врач-кардиолог оценивает ситуацию с профессиональной точки зрения, руководит действиями бригады для того, чтобы пациент получил квалифицированную помощь в кратчайшие сроки.

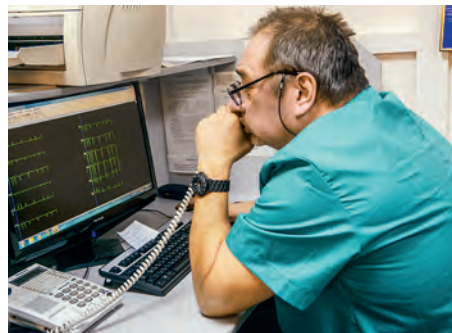
На сегодняшний день на Станции работают и специализированные бригады СМП – педиатрические, бригады анестезиологии и реанимации, как для взрослого, так и для детского населения. Они работают на территории всего города, включая Новую Москву, которая перешла под юрисдикцию столицы с 1 июля 2012 года.

– Сейчас на территории ТиНАО работают 34 бригады столичной «скорой». Эти бригады оборудованы точно так же, как и в любом другом районе Москвы. Среднее время прибытия бригад на территории Новой Москвы сократилось с 19,8 минут в 2012 году до 19, 2 минут в 2013 году. В «старой» Москве среднее время прибытия сегодня составляет порядка 14 минут, – отмечает наш собеседник.

Московскую «скорую» доктор Черняков считает одной из самых лучших в мире: «Она лучше западной хотя бы потому, что она – доступна и помогает бесплатно. У нас прекрасное оснащение, позволяющее оказывать всю необходимую медицинскую помощь больным на догоспитальном этапе. Кроме того, в составе наших бригад работают врачи, а не парамедики. И если основная задача бригад в других странах – доставка больных в стационар к врачу, то у нас врач приезжает к больному сам и подход к каждому дифференцированный. При необходимости мы оказываем пациенту помощь на месте и оставляем под наблюдение врача поликлиники или врача отделения неотложной медицинской помощи для взрослого населения, а если есть экстренные показания для стационарного лечения – пациент доставляется в профильный стационар».

Доктор Черняков считает, что каждый вызов, как и сам больной – строго индивидуален и бригада на месте принимает решение, есть ли показания к транспортировке пациента. Ну, а обращаться на «03» можно в любых случаях, если человек обеспокоен состоянием своего здоровья или своих близких. При необходимости врач проконсультирует больного и решит вопрос о направлении к нему бригады СМП. «Любые сомнения в состоянии здоровья больного, всегда трактуются в пользу больного», – говорит Евгений Владимирович.

Но в любом случае пациента не оставляют без помощи. Тем более, что сегодня в городе работают бригады неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению при поликлиниках, которые выполняют вызовы при заболеваниях, не требующих экстренной медицинской помощи.



Операции без разрезов

ИНСТИТУТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ ЖИВЕТ ЗАВТРАШНИМ ДНЕМ

Роман ИЗРАИЛОВ: «Надежды на дальнейший прогресс лапароскопической хирургии связаны с применением роботизированных комплексов»



Московский Клинический Научно-практический Центр (МКНЦ) образован в июле 2013 года на базе Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (ЦНИИГ). Недавно он отметил 40-летие. Многие годы директором института был академик Анатолий Сергеевич Логинов, известный гастроэнтеролог, пионер лапароскопии в нашей стране, которому в 2014 г. исполнилось бы 90 лет. В рамках празднования в марте прошла юбилейная 40-я научная сессия «Дискуссионные вопросы в гастроэнтерологии», на которую приехали специалисты со всей России и стран СНГ, чтобы обменяться опытом и новыми разработками в области гастроэнтерологии.

Во время научной сессии 6 марта состоялась прямая трансляция операции лапароскопического удаления пищевода (эзофагэктомия, операция Льюиса) с одномоментным его замещением желудочной трубкой из хирургического корпуса МКНЦ, которую провел заведующий хирургическим отделением, профессор Роман Израйлов. Роман Евгеньевич рассказал об оперируемом больном и деталях оперативного вмешательства. Летом 2013 года больной – 33-летний мужчина выпил бытовую жидкость, содержащую щелочь. В результате у него возникла ожоговая стриктура (то есть сужение) пищевода протяженностью около 9 см, которая не позволяла ему употреблять пищу. Поэтому больной питался только жидкой пищей. Необходимо было удалить пищевод и заменить его желудочной трубкой, сформированной из ткани желудка, что позволило бы мужчине принимать пищу и жить полноценной жизнью.

Особенностью операции стало то, что она выполнялась лапароскопическим методом, то есть методом малоинвазивного, малотравматичного вмешательства. Как рассказал Роман Израйлов, многие хирурги используют привычный, традиционный доступ – выполняют разрез грудной стенки в межреберье справа протяженностью приблизительно 25-30 см. Это достаточно травматично для больного, поэтому негативно влияет на течение послеоперационного периода. МКНЦ обладает технологиями, позволяющими выполнять тораколапароскопические вмешательства на пищеводе через небольшие (5-10 мм) проколы на животе и груди. В один из проколов помещается видеокamera с высокой разрешающей способностью, в два других доступа – специальные сложные инструменты, с помощью которых работают хирурги.

Таким образом, вмешательство выполняется с минимальной травматизацией больного, который достаточно быстро восстанавливается после операции. Минимальная травматизация брюшной и, особенно, грудной стенок способствует снижению числа

легочных и раневых осложнений, что в сочетании с другими общеизвестными преимуществами эндовидеотехнологии, делает данный способ достойной альтернативой традиционному вмешательству и позволяет надеяться на более активное его распространение в будущем.

– Такие операции выполняются не только при доброкачественных заболеваниях пищевода, например, при ожоговой стриктуре, но и при злокачественных заболеваниях, – рассказал Роман Израйлов. – Мы имеем опыт выполнения подобных операций у больных с раком пищевода, когда опухоль перекрывает его просвет, и больные не могут принимать пищу и воду. Технически операция больного с раком пищевода отличается от той, которую мы выполняем сейчас, так как удаляется не только пищевод, но и окружающие ткани и лимфоузлы. Такой подход обусловлен особенностью распространения опухоли.

Несмотря на значительный мировой опыт, внедрение лапароскопических методов хирургии в российских клиниках идет достаточно медленно. Это обусловлено не только технической сложностью таких вмешательств но и, нередко, нежеланием освоения непривычных навыков. МКНЦ освоил лапароскопические методы полностью. На сегодняшний день клиника входит в пятерку мировых лидеров по числу подобных вмешательств. Вся эндоскопическая хирургия в институте выполняется специалистами, имеющими большой опыт операций самой высокой категории сложности. По многим позициям этот опыт является уникальным в нашей стране, и сопоставим с опытом ведущих мировых центров.

– Чуть более года назад наш Центр возглавил профессор Игорь Евгеньевич Хатьков, который стремится развивать хирургическое направление именно с использованием высоких технологий, – рассказал Роман Евгеньевич. – Большинство хирургических вмешательств мы выполняем лапароскопическим способом. В нашем хирургическом отделении в день выполняется около девяти хирургических вмешательств, и практически всегда мы стремимся использовать лапароскопические методы.

Сейчас в МКНЦ выполняют операции с помощью, установленного здесь в 2013 году, роботизированного комплекса – на предстательной железе, толстой кишке, поджелудочной железе, на печени и желчных протоках. При хирургических вмешательствах на органах, расположенных в труднодоступных отделах брюшной полости, лапароскопические методы несут в себе определенный риск. Поэтому новые надежды на дальнейший прогресс лапароскопической хирургии связаны с применением роботизированных комплексов. Такие операции имеют ряд преимуществ при отсутствии отличий в стоимости инструментария.

В МКНЦ более чем в 80 процентах случаев расширенные операции на пищеводе,



желудке, толстой, тонкой кишке, печени, поджелудочной железе и селезенке у онкологических больных выполняются полностью лапароскопическим способом или с помощью робота. Основными преимуществами применения в основном только малоинвазивных технологий являются более быстрый период выздоровления, сокращение продолжительности пребывания больных в стационаре в послеоперационном периоде, возможность быстрого начала химиотерапевтического лечения у онкологических больных, идеальный косметический эффект. Хирургическое отделение имеет большой опыт лечения доброкачественных заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Отработана техника проведения малотравматичных операций при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пищеводе Барретта, ахалазии кардии и кардиоспазме. Хирургическая коррекция лишнего веса и сахарного диабета у пациентов с ожирением также выполняется только лапароскопическим способом. Для удаления желчного пузыря, по поводу желчнокаменной болезни, а также при ряде других патологий используют-

ся современные технологии, позволяющие проводить операции через один прокол в области пупка (SILS-технология, однопортовая холецистэктомия, хирургия единого доступа). Такой подход избавляет пациента от нежелательных рубцов на передней брюшной стенке, минимизируя при этом операционную травму.

Пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, суживающими его просвет – при механической желтухе, обтурационной кишечной, дуоденальной, пищеводной непроходимости, а также при деструктивных поражениях поджелудочной железы, кистах печени, забрюшинного пространства в клинике выполняются малотравматичные вмешательства под контролем ультразвука, компьютерной томографии и эндоскопии. По показаниям в область сужения могут быть установлены специальные приспособления – стенты, материал которых имеет память формы, что позволяет им расширяться при температуре тела в области патологического сужения до первоначально заданного диаметра. Это восстанавливает проходимость в зоне, ликвидируя клинические проявления, и нередко позволяет подготовить пациента к дальнейшему лечению.

Клиника является не только научно-практическим, но также и образовательным центром. На базе Московского Клинического Научного Центра проводятся обучающие круглые столы экспертов, мастер-классы с трансляциями вмешательств из операционной. Сотрудники хирургического отделения выступают в качестве ведущих операторов и преподавателей на учебном портале лапароскопия.рф, где можно увидеть лапароскопические вмешательства в прямом эфире.





Формула жизни

День памяти

Участники конференции, посвященной 70-летию полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады, попробовали на вкус блокадный хлеб



29 января в Центральном музее Вооруженных сил РФ прошла студенческая конференция, давшая старт фестивалю московских медиков «Формула жизни-2014». Конференция была посвящена 70-летию освобождения Ленинграда от фашистской блокады. Среди гостей были ветераны войны, пережившие блокаду Ленинграда, начальник отдела Управления правового обеспечения и кадровой политики Департамента здравоохранения Москвы Ирина Сокорева, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения Москвы Галина Шведова.

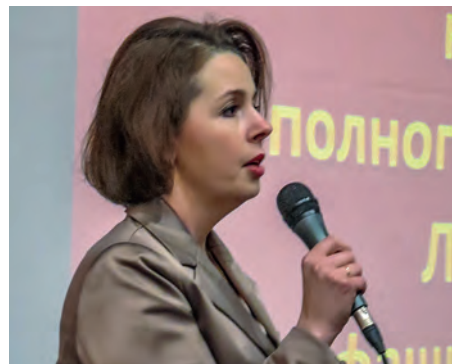
— Отраднo, что молодые люди помнят и гордятся теми людьми, которые прошли



через военные события на территории Российской Федерации в сороковые годы прошлого столетия. Хочется пожелать ветеранам крепкого здоровья, терпения и долгих лет жизни. Московское здравоохранение всегда открывает перед вами двери и постарается решить все ваши проблемы, — такими словами приветствовала участников конференции Ирина Сокорева.

Студенты медицинских училищ и вузов подготовили концертную программу, рассказывающую о жизни людей в блокадном Ленинграде. Военная Комендатура города Москвы представила Боевые Знамена гвардейских дивизий, принимавших участие в боях за освобождение Ленинграда. Изюминкой торжества стала акция «Вкус блокадного хлеба». Студенты Медицинского колледжа № 6 испекли черный хлеб по рецепту времён Великой Отечественной войны. Корочки «блокадного» хлеба попробовали все гости мероприятия. Хлеб — как символ голодного военного времени — напомнил о том, в каких непростых условиях сражались за Родину наши предки.

В заключение представитель Центрального музея Вооруженных Сил РФ Ольга Тихомирова поблагодарила медиков за их работу и подвиги во время Великой Отечественной войны.



Учителя за здоровый образ жизни

XIII Спартакиада руководителей и преподавателей государственных профессиональных образовательных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы

7 февраля 2014 года в рамках Московского фестиваля в области здравоохранения «Формула жизни» в медицинском колледже № 7 состоялась XIII Спартакиада руководителей и преподавателей профессиональных образовательных учреждений ДЗМ.

Ставшая уже традиционной, в этом году Спартакиада руководителей и преподавателей — особенная: ее проведение было приурочено к знаменательному событию в новейшей истории России — открытию XXII зимних Олимпийских игр в Сочи. В 2014 году Спартакиада собрала рекордное количество участников: в соревнованиях приняли участие команды всех 24 образовательных учреждений ДЗМ!



По решению Оргкомитета Фестиваля в 2014 году на Спартакиаде были представлены шесть видов состязаний: волейбол; баскетбол; настольный теннис; шахматы; шашки; дартс.

Среди почетных гостей Спартакиады — председатель Московского городского физкультурно-спортивного общества «Спартак», мастер спорта В. Я. Мишурич, ветераны спорта.

После торжественного открытия Спартакиады состоялась жеребьевка участников и начались соревнования. Их участники продемонстрировали прекрасную физическую форму и здоровый дух, болельщики активно поддерживали команды. Для спортсменов, завершивших соревнования, студенты нашего медицинского



колледжа № 7 организовали прекрасный концерт в актовом зале.

Нелегко пришлось и судейской коллегии: большое количество заявленных участников от всех образовательных учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, и разница всего в несколько баллов в общекомандных зачетах финалистов!

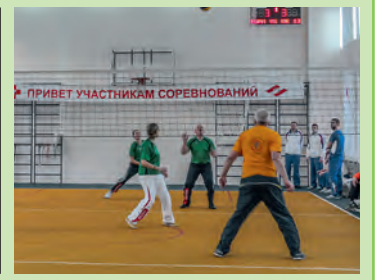
По итогам Спартакиады первое место в общекомандном зачете занял медицинский колледж № 7! Победы в волейболе, шахматах, дартсе и обеспечили ему пальму первенства в итоговом зачете.

Второе место досталось команде медицинского училища № 19, а третье — команде фармацевтического колледжа!

Теплая, дружеская атмосфера ощущалась всеми участниками



и гостями Спартакиады. Коллеги — преподаватели и сотрудники образовательных учреждений ДЗМ — получили возможность встретиться и пообщаться в непринужденной обстановке, обсудить не только спортивные, но и рабочие вопросы. В этот день преподавателей объединило стремление к здоровому образу жизни — это хороший пример для их студентов.



Учредитель — ЗАО «СВР-Медиапроект»
Газета «Мосгорздрав.ру.Формула жизни» зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, (Роскомнадзор) — свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-52128 от 07.12.2012 г.

Редакция и издатель — ЗАО «СВР-Медиапроект»

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Зам. мэра в Правительстве г. Москвы — Л.М. ПЕЧАТНИКОВ; руководитель Департамента здравоохранения г. Москвы — Г.Н. ГОЛУХОВ; 1-й зам. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы — Н.Ф. ПЛАВУНОВ; зам. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы — А.И. ХРИПУН; председатель Совета главных врачей г. Москвы, главный врач городской больницы №57 — И.А. НАЗАРОВА; главный врач 1-й ГКБ им. Н.И. Пирогова — А.И. ШАБУНИН; главный врач Онкологической больницы №62 — А.Н. МАХСОН; главный врач НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского — М.Ш. ХУБУТИЯ; главный врач ГКБ №15 — Е.Е. ТЮЛЬКИНА; главный врач ГКБ №14 им. В.Г. Короленко — Ш.М. ГАЙНУЛИН; главный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения г. Москвы — М.А. КУРЦЕР; главный врач детской ГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского — А.А. КОРСУНСКИЙ; главный врач инфекционной ГКБ №1 — Н.А. МАЛЫШЕВ.

Шеф-редактор — Элина НИКОЛАЕВА, ответственный секретарь — Татьяна ШЕВАЛОВСКАЯ, дизайн — Валерий ДОРОХИН
Материалы подготовили: Наталья ГРИДНЕВА, Мария КУТАЕВА, Ольга ПЕТРОВА, Олег КИРЮШКИН (фото)

Адрес редакции:
125167, г. Москва,
пр-д Аэропорта, д. 11
тел/факс: (495) 981 6836
Отдел рекламы: (495) 638 5263,
факс: (495) 650 5488,
reklama@argumenti.ru
www.argumenti.ru

Общий тираж — 33 000 экз.
Номер 1(6) подписан — 15.03.2014 г., 16.00.
Время подписания в печать по графику — 16.00,
фактически — 16.00. Дата выхода в свет —
19 марта 2014 года.
Отпечатано в типографии
ОАО «Полиграфический комплекс
"Пушкинская площадь"»,
109548, г. Москва, ул. Шоссейная, дом. 4д
Заказ № 14-2010