



Фотос: НИИОЗММ ДЗМ

Территория открытости и доверия

21 июня в городской клинической больнице им. С. С. Юдина прошло публичное обсуждение социально значимого проекта НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента «Открытые реанимации». Пациенты, находящиеся в отделении интенсивной терапии, нуждаются в поддержке родных и близких. В некоторых случаях право на посещения больных – это возможность в последний раз поддержать руку родного человека. Почему нужно пускать родственников в отделения реанимации, рассказал в ходе открытой дискуссии главный специалист по анестезиологии-реаниматологии, главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. С. Юдина ДЗМ» Денис Проценко. >> стр. 4–5

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Операция в прямом эфире
События – стр. 2



Дмитрий Скрыпник: «Сохранить жизнь пациенту, оставив его в тяжелом состоянии, – не такая уж большая победа»
Интервью с экспертом – стр. 3



Детский доктор – хороший аналитик
От первого лица – стр. 6



ВЫБРАЛИ ЛУЧШИХ

В проекте «Активный гражданин» москвичи выбрали лучших участковых терапевтов, врачей общей практики взрослых поликлиник, а также лучших педиатров и медсестер детских поликлиник 2017 г. В номинации «Лучший врач-терапевт, врач общей практики – 2017» проголосовали 222 563 участника проекта «Активный гражданин». Большинство проголосовало за врачей поликлиники № 107 (СВАО). На втором месте – городская поликлиника № 9 (ЮВАО) и диагностический центр № 5 (СВАО). Замыкает тройку лидеров филиал № 1 поликлиники № 36 (ЮВАО). В десятку победителей вошли врачи с наивысшим средним баллом. Первое место делят Рождественский Андрей Владимирович (ГП № 68, ЦАО) и Чухнова Анна Александровна (ГП № 62, САО), причем в число победителей она попадает уже второй раз. [ММС](#)

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

В сентябре начнет работу пилотный образовательный проект для сотрудников НИИ скорой помощи им. Склифосовского. Специалисты Центра корпоративного развития ДЗМ разрабатывают специализированную программу по повышению эффективности работы приемного отделения. Это первый проект, разработанный для стационарных организаций Москвы. «Особое внимание будет уделено профилактике профессионального выгорания среди сотрудников, управлению стрессом, а также этике общения с пациентами», – рассказал руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. [ММС](#)



СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ № 2

НИИОЗММ ДЗМ выпустил второй сборник научных трудов. В него включены доклады Международной научно-практической конференции «Вопросы формирования здорового образа жизни», статьи по качеству медицинского обслуживания пациентов, стандартам сестринской деятельности, реформированию первичной медико-санитарной помощи, охране репродуктивного здоровья, профилактике неинфекционных заболеваний, вакцинации, телемедицине и другим темам. Авторами являются сотрудники НИИОЗММ ДЗМ, научные и педагогические работники российских и зарубежных вузов, специалисты-практики. [ММС](#)

ОПЕРАЦИЯ В ПРЯМОМ ЭФИРЕ

20 июня в Университетской клинике урологии МГМСУ на базе ГКБ № 50 им. С. И. Спасокукоцкого прошел девятый Всемирный роботический хирургический образовательный марафон. Операцию по удалению предстательной железы, пораженной раковой опухолью, провел главный внештатный уролог ДЗМ и Минздрава России, д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН Дмитрий Пушкарь.



В ходе Всемирного роботического хирургического образовательного марафона свои передовые техники и достижения продемонстрировали 14 ведущих центров по робот-ассистированной хирургии с четырех континентов. Все желающие могли наблюдать онлайн прямую трансляцию из Швеции, Англии, Бельгии и США.

Сохранение эректильной функции с учетом онкологической ситуации – одна из главных функциональных целей при проведении радикальной простатэктомии. С помощью установки da Vinci врач может выполнять операции с высокой точностью. Новая технология существенно улучшила понимание хирургической анатомии малого таза мужчин. «При проведении робот-ассистированной радикальной простатэктомии важно свести к минимуму любое натяжение. Благодаря 10-кратному увеличению и объемному 3D-изображению, гарантировано щадящее разделение нейроваскулярных структур в перипростатической области, что сохраняет важные для эрекции структуры. Спустя 5 дней после операции паци-



ент сможет вести полноценную сексуальную жизнь», – рассказал хирург-уролог, сотрудник кафедры Университетской клиники урологии МГМСУ Яков Макаров.

По мнению специалистов, учебная операция представляет большой интерес для хирургов различного профиля. «Робот-ассистированное вмешательство позволяет минимизировать количество кровопотери. При подобной полостной операции пациент мог потерять около 2 л крови, что в 10 раз больше, чем при операции с помощью установки da Vinci, – пояснил

Яков Макаров. – Продолжительность операции составляет 2 часа».

Роботическая система повторяет все движения хирурга, который выполняет операцию. Подвижная установка может ассистировать, как и любой инструмент, разница лишь в специфике подготовки к работе. «Если ножницы можно просто простерилизовать, то здесь нужно настроить оптику, балансировку света и другие параметры, – пояснил ответственный за робототехнику ГКБ № 50 им. С. И. Спасокукоцкого Константин Колтарев. – В целом подготовка системы к работе занимает около 15 минут».

В сутки врачи отделения урологии ГКБ № 50 им. С. И. Спасокукоцкого проводят по 3–4 подобных робот-ассистированных вмешательств, среди которых простатэктомия, миомэктомия, цистэктомия, резекция почки. За 2 года в больнице проведено более 500 роботических операций. Возможности высокотехнологичной хирургии позволяют избавить пациентов от самых сложных урологических и гинекологических заболеваний. **МММС**

ЗДОРОВЫЕ ЛЕГКИЕ

16 июня состоялась пресс-конференция, посвященная проблемам заболеваемости бронхиальной астмой.



По данным, озвученным главным внештатным специалистом-пульмонологом ДЗМ Андреем Станиславовичем Белевским, сегодня 300 млн людей страдают этим заболеванием, из них 250 тысяч ежегодно погибают. В Москве примерно 170 тысяч больных астмой. «Это регистрационный показатель. Серьезных оснований думать, что экология в Москве как-то влияет на заболеваемость бронхиальной астмой, нет. Сезонные колебания действительно характерны», – отметил он в своем выступлении. По мнению эксперта, сегодня основная задача – образование врачей и пациентов. «Необходимо усовершенствовать программы повышения ква-

лификации врачей-терапевтов, аллергологов и пульмонологов, а также повысить знания пациентов с бронхиальной астмой о своем недуге. Эффективный контроль над заболеванием с использованием современных методов терапии позволяет пациентам работать и жить полноценной жизнью», – подчеркнул специалист. Особое внимание в ходе реализации программы «Здоровые легкие» уделяется школам для пациентов с бронхиальной астмой.

«Большое количество пациентов страдает легкой формой бронхиальной астмы. Она опасна тем, что пациент не идет к врачу и не получает базисную терапию. Это приводит к постановке диагноза на поздней стадии болезни», – сказал заведующий отделом клинической физиологии и клинических исследований ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России Заурбек Айсанов.

Смертность от бронхиальной астмы в России существенно снизилась за последние 20 лет, говорят эксперты. В этом большая заслуга успешного взаимодействия

российских и зарубежных специалистов в разработке клинических рекомендаций по лечению больных бронхиальной астмой, которые были внедрены в практику российского здравоохранения. Своевременно поставленный диагноз и следующее за ним эффективное лечение позволяют пациентам работать и жить полноценной жизнью. Специалисты уверены, что ранняя диагностика и правильно подобранная лекарственная терапия позволяют значительно сократить общие государственные затраты на ведение одного пациента. «Образованность и непрерывное медицинское образование должны быть обязательны для каждого доктора. Тогда мы сможем серьезно претендовать на то, что было задумано: обеспечить связь доктора, медицинского учреждения и тех структур, которые обязаны помогать больным бронхиальной астмой», – подытожила первый заместитель председателя Комитета Государственной думы РФ по охране здоровья Наталья Санина. **МММС**

МНЕНИЕ



Дмитрий Юрьевич Пушкарь, главный внештатный специалист-уролог МЗ РФ и ДЗМ

«24-часовая живая роботическая хирургия» – одно из важнейших образовательных событий в мире робот-ассистированной хирургии, которое проходит уже в 9-й раз. Для всего профессионального сообщества это уникальная возможность наблюдать за работой лучших мировых хирургов в режиме реального времени. Количество подключений к прямому эфиру составило несколько сотен тысяч специалистов, что в очередной раз доказывает востребованность трансляции в медицинском сообществе. Столичные эксперты в области урологии входят в число лидеров роботической хирургии, поэтому наши опыт и практика будут полезны для специалистов во всем мире.

Традиционно марафон «Всемирной роботической ассоциации» повторяется каждые полгода. Онлайн-операция транслировалась в prime time с учетом географического времени на 24 часовых пояса. Таким образом, за ходом робот-ассистированной радикальной простатэктомии наблюдали коллеги не только в России и Европе, но и во всем мире. Для прямого эфира мы никогда не отбираем пациентов специально. На этот раз на операционном столе был 62-летний больной с диагнозом «аденокарцинома предстательной железы T1cN0M0». При трансректальной биопсии предстательной железы были обнаружены признаки значимой опухоли простаты: ПСА увеличился до 6,48 нг/мл. В 8 из 12 фрагментов выявлена ацинарная аденокарцинома.

Робот-ассистированная радикальная простатэктомия по праву считается одной из сложных операций. По анатомическим причинам выделение предстательной железы было затруднено, но это техническая особенность, которая представляет важность для специалистов. Уже много лет мы работаем на одной из последних моделей робота da Vinci SI – системе с наличием изображения высокого качества. Хирургическая система представляет собой сложную роботическую платформу, предназначенную для расширения возможностей хирурга. Надеюсь, что в скором времени у нас появится отечественный роботизированный хирургический комплекс. Приятно, что действия 24-часового урологического марафона проходят на базе университетской клиники и центра роботической и реконструктивной хирургии Московского медико-стоматологического университета, расположенного в городской клинической больнице им. С. И. Спасокукоцкого. Когда университетская клиника находится на базе действующего стационара, происходит симбиоз науки и практики.

Отмечу, что мы провели стандартное вмешательство: операция выполнена по намеченному плану. **МММС**

ДМИТРИЙ СКРЫПНИК: «СОХРАНИТЬ ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТУ, ОСТАВИВ ЕГО В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ, – НЕ ТАКАЯ УЖ БОЛЬШАЯ ПОБЕДА»

На прошедшем 20–21 апреля 2018 года конгрессе ICCA STROKE 2018 московские специалисты представили результаты работы городской инсультной сети за 2017 год. О ключевых моментах доклада и реакции зарубежных коллег рассказывает заместитель главного внештатного специалиста-кардиолога ДЗМ по эндоваскулярной диагностике и лечению Дмитрий СКРЫПНИК.



– Дмитрий Владимирович, как встретили представленные вами результаты работы сети коллеги?

– На удивление позитивно и заинтересованно. Мой доклад был всего на 10 минут, а обсуждение заняло минут 20. Акцент был сделан нами именно на результатах работы центров инсультной сети. Мы смогли представить данные по работе за год, и некоторые ключевые показатели были сопоставимы с аналогичными в международных клинических исследованиях. При этом в таких исследованиях пациентов отбирают очень тщательно, у нас же результаты работы сети в реальных, «полевых» условиях. И реальная жизнь показала такую же долю хорошего восстановления пациентов, как и в клиническом исследовании. Сеть работает. И 307 пациентам сделана тромбэкстракция в Москве за 2017 год. Мало регионов, которые показывают сопоставимые цифры. Москва – лидер в этой области. На втором месте – Санкт-Петербург, около 250 операций, остальные меньше, с гигантским отрывом.

Коллеги активно предлагали транслировать наш опыт в другие клиники и регионы. Совершенно неожиданно для нас мы получили сертификат Международной федерации лечения больных инсультом WIST, подтверждающий соответствие инсультного центра в ГКБ имени И. В. Давыдовского международным стандартам оказания такого вида медицинской помощи. Это позволяет нашему центру выступать в качестве образовательного центра для специалистов этого профиля.

– Получается, в ГКБ им. И. В. Давыдовского пока единственный сертифицированный центр в Москве?

– Да и в России тоже, думаю. Если я не ошибаюсь, всего около 10 клиник в этом году в мире получили такой сертификат.

– К вам обращаются из других городов за опытом?

– Да, конечно. Недавно прошли обучающие специалисты из Кемерово. Приехала представительная делегация: анестезиологи, неврологи, ведущие интервенционные специалисты Кемеровской области. Из Твери также приезжали к нам на обучение.

– Когда говорят о результатах работы инсультной сети, приводят показатель летальности пациентов. Вы тоже опирались на него, анализируя проделанный за год объем операций?

– Да, это важный показатель, но самое главное в лечении больных инсультом – добиться функционального восстановления мозговой деятельности. Сохранить жизнь пациенту, оставив его парализованным и в тяжелом состоянии, – не такая уж большая победа. За ним нужен уход, ломается жизнь всей семьи. Людям подчас приходится бросать работу, чтобы ухаживать за отцом или матерью. Это серьезная проблема. Поэтому наша задача – вернуть к полноценной жизни максимальное количество пациентов. И именно здесь мы достигли очень неплохих результатов, сравнимых с аналогичными в Европе.

Важно, что в данном случае мы говорим не обо всех инсультах, а об остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) с тромбозом церебральной артерии. Если у пациента закрыта верхняя часть базилярной артерии, то шансов выжить у него очень мало. Тридцатидневная летальность составляет более 90%. Большинство таких больных раньше были практически обречены, тромбозис почти неэффективен. Поэтому результаты, получаемые в связи с применением тромбэкстракции, совершили буквально переворот в сознании неврологов. Мо-

сковские показатели сравнимы, а в чем-то и выше европейских! По шкале инсульта Национального института здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS): 0 – отсутствие симптомов нарушения мозговой деятельности, 1 – есть симптомы, но они не мешают выполнению сложных работ, 2 – последствия инсульта мешают выполнять сложные профессиональные задачи, но человек полностью себя обслуживает. Пациентов, которые выписываются из больницы с NIHSS в диапазоне от 0 до 2, в Европейском исследовании Mr Clean 32,5%, а у нас – 30%. Но тех, у кого по шкале показатели 0 или 1, то есть практически полностью излечившихся, у нас больше. При этом в контрольной группе пациентов, которые получили стандартное медикаментозное лечение – тромболитис, восстановились только 6%.

– Эти результаты – заслуга хирургов, или важна организация всего процесса – от отбора пациента до оперативного вмешательства?

– Безусловно, хорошие результаты возможны только при отлаженной командной работе. Отбор пациента для операции – важнейшая составляющая успеха. Невролог должен отобрать самых проблемных пациентов вместе со специалистами по КТ и МРТ. Важно понять не только, есть ли у пациента окклюзия крупной артерии, но и какова степень поражения ткани мозга, и оперативно принять решение, есть ли смысл выполнить тромбэкстракцию. В команде должен быть высококлассный анестезиолог, чтобы во время наркоза сохранить хрупкую ткань мозга, которая и так поражена ишемией. Это большое искусство. Если команда плохо работает, то даже при отлично выполненной операции пациент не восстановится. Быстрота и слаженность работы важны и в случае с инфарктом миокарда, но с инсультом они еще критичнее.

Важнейшая часть работы инсультной сети – отбор пациентов на догоспитальном этапе. В Москве используется шкала LAMS, позволяющая отобрать больных для специализированного инсультного центра. Задача службы скорой помощи состоит в том, чтобы пациента привезти в тот стационар, в котором ему окажут помощь наиболее быстро и эффективно. Сейчас максимальное количество пациентов попадает в нужный стационар. Это при том, что догоспитальная селекция при инсульте – более сложная процедура, чем аналогичная при отборе пациентов для инфарктной сети. В целом догоспитальная селекция направлена на то, чтобы отобрать пул пациентов, среди которых будут и пациенты с обширной окклюзией церебральной артерии. Ее наличие уточ-

няет внутриспитальная селекция: если окклюзии нет, то используются другие способы лечения. Если она есть, необходимо подтвердить, жив ли мозг? Если мозг погиб, то смысла в операции практически нет.

– В мире еще есть сети центров, подобные московской?

– Мы были одними из первых, кто начал это делать в масштабах крупного мегаполиса. Наша инсультная сеть заработала в начале 2017 г. Сейчас подобные сети создаются в США и в Европе, но везде своя специфика. Например, если на территории региона, а речь идет не только о городах, один крупный медицинский центр и много небольших стационаров, удобнее, чтобы пациент сначала попал в ближайший стационар, где его максимально полно обследуют, а потом транспортируют в крупный центр на операцию. Это основной принцип маршрутизации пациентов во многих европейских странах. Но в Европе существует проблема: скорая помощь не представляет собой централизованную и единую службу, как у нас. Например, в районе немецкого города Аахена находится крупная университетская клиника, в которой работают пионеры тромбэкстракции. Они ее выполняли, когда еще не была доказана ее клиническая эффективность. Но зачастую пациента с явными показаниями к проведению тромбэкстракции могут отвезти не в головную клинику, а в ближайшую. Там его обследуют, подтверждают диагноз, но оперировать все равно надо везти в Аахен. Часто это время транспортировки критично.

В крупных же мегаполисах, таких как Лос-Анджелес, выстраивают работу на принципах, схожих с теми, что лежат в основе у нас.

– В Москве более 20 инфарктных центров, а инсультных – всего 9. Этого достаточно?

– По нашим расчетам, в Москве должно выполняться около 1,5 тыс. тромбэкстракций в год. Такова предполагаемая потребность. Но мы не знаем, сколько их будет на самом деле. Если информированность населения низкая, то количество пациентов, которые вовремя вызовут скорую помощь, также будет малым. Мы не можем полностью экстраполировать на Москву зарубежный опыт. Даже в Европе от региона к региону отличается доля больных инсультом, которым по критериям необходима тромбэкстракция. На сегодняшний день существующие в городе стационары сосудистой сети хорошо справляются с нагрузкой. Справятся они и с пятикратным увеличением потока. Но он должен расти постепенно. **ММС**

>> окончание. Начало на стр. 1

ТЕРРИТОРИЯ ОТКРЫТОСТИ И ДОВЕРИЯ



Реанимация городской клинической больницы им. С. С. Юдина – одна из первых в Москве, куда начали пропускать родственников. Главный врач учреждения не просто разрешает родственникам находиться рядом с больным, а рекомендует это делать.

«В этих стенах отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) было открыто для посещения еще с начала 80-х годов. Все наши палаты укомплектованы новейшим высокотехнологичным оборудованием – мобильной аппаратурой и навигационными устройствами, – рассказал Денис Проценко. – Отмечу, что все визиты родственников происходят не только по согласованию с лечащим врачом, но и с самим пациентом».

Эксперт обращает внимание на то, что теперь определить открытое реанимационное отделение несложно. «Если на входе в стационар вас встречает наклейка «Открытые реанимации», можно быть уверенным, что это отделение абсолютно открыто для родственников», – пояснил Денис Проценко.

Порой пребывание в реанимации затягивается на длительный срок, поэтому здоровье больного должно находиться в руках одной команды, состоящей из врачей и родных. Ведь посещение близких – это лучшее лекарство для пациента, попавшего в палату интенсивной терапии, поскольку состояние тяжелобольных людей требует максимально бережного ухода и пристального внимания.

В рамках проекта «Открытые реанимации» городская клиническая больница им. С. С. Юдина предоставила возможность волонтерам благотворительных

фондов провести дежурство вместе с бригадой медсестер и врачей, чтобы увидеть процессы всесторонне. «В нашей практике было множество случаев, когда пациенты, которых навещали близкие, быстрее шли на поправку. Необходимо понимать, что даже самый заботливый медицинский персонал не в силах заменить присутствие близкого человека – родной голос и тепло прикосновений, – пояснил эксперт. – Кроме этого, родственники существенно снижают нагрузку медицинского персонала, ведь часть процедур по уходу за пациентами они берут на себя».

В 2017 году в городской клинической больнице им. С. С. Юдина пролечили более 80 тысяч пациентов. По словам специалистов, койки работают здесь с

максимальной нагрузкой. Таким образом, в 2017 году зафиксировано 22,4 % летальных исходов, что на 4 % меньше аналогичного показателя работы стационара в 2016 году. Кроме того, 56 % пациентов пролечено в экстренном порядке.

Несмотря на положительные аспекты, полностью проблему недопуска близких в отделения интенсивной терапии пока не решили. Сегодня одна из главных задач проекта состоит в распространении идеологии открытости и доверия к людям, чьи близкие попали в реанимационное отделение.

«Необходимо избавить посетителей палат интенсивной терапии от необоснованных отказов на просьбу навестить своих родственников. Чтобы снятие таких запретов стало общей практикой, мы будем заниматься дальнейшим информированием общественности о социальной значимости проекта «Открытые реанимации», – подчеркнул Денис Проценко.

По словам эксперта, врачей, отрицающих необходимость посещения ОРИТ родственниками, больше всего волнует безопасность пациентов. Для того чтобы обезопасить родственника пациента при посещении ОРИТ, специалисты НИИОЗМ ДЗМ подготовили наглядные инструкции по посещению ОРИТ, где подробно расписаны все аспекты. «Перед входом в отделение родственники должны ознакомиться с ними для понимания того, что при себе нужно иметь и как себя вести», – пояснил Денис Проценко.

Чтобы навестить близкого человека, попавшего в отделение интенсивной терапии, достаточно придерживаться некоторых несложных правил. При входе в палату необходимо отключить мобильный телефон, а самое главное – не прикасаться к медицинским приборам и не

мешать медперсоналу. Кроме этого, от визитов в реанимационное отделение надо воздержаться лицам, имеющим инфекционные заболевания, а также не достигшим 14 лет. При посещении ОРИТ родственниками необходимо учитывать и психологические аспекты. Ведь визит морально неподготовленного человека в ОРИТ может стать серьезным потрясением. В этих целях на базе городской клинической больницы им. С. С. Юдина предусмотрен штат медицинских психологов, которые занимаются подготовкой к встречам близких пациентов.

Тем не менее с каждым годом проект «Открытые реанимации» набирает все больше сторонников среди представителей медицинского сообщества и общественных деятелей. Мэр Москвы Сергей Собянин также выступил в поддержку свободного доступа родных к пациентам ОРИТ. «У меня у самого была ситуация, когда я держал за руку свою мать, у которой шансов на выздоровление практически не было, и она меня не узнала, но при этом крепко держала мою руку. Вопреки всему, врачи сами были в крайнем удивлении, без всякой медикаментозной терапии она вернулась, по сути, с того света, и через несколько недель ее выписали из больницы», – написал мэр на своем персональном сайте.

Напомним, что впервые публично о проблеме закрытых реанимаций заявили еще в 2016 году. Во время «Прямой линии» актер Константин Хабенский рассказал президенту РФ Владимиру Путину о значимости посещения ОРИТ для родственников. В результате чего ведомство выпустило рекомендацию в соответствии с ФЗ № 323, разрешающие допуск родных в ОРИТ. [ММС](#)

Ирина Слободян



НИИОЗМ ДЗМ приглашает московские больницы, клиники федерального, регионального и ведомственного подчинения и частные медицинские организации присоединиться к проекту «Открытая реанимация». Если вы разделяете инициативу, оставьте заявку на сайте niioz.ru или напишите на ChkoniyaMA@zdrav.mos.ru.



«Я ВИДЕЛА: ЗДЕСЬ ДЕЛАЕТСЯ ВСЕ, ЧТОБЫ СПАСТИ МУЖА»

В отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГКБ им. С. С. Юдина постоянно поступают тяжелые пациенты, которым нужна срочная помощь. Сегодня через отделение реанимации в сутки проходит от 10 до 20 машин скорой помощи, рассказывают врачи. Из автомобиля бригады СМП, который заезжает в здание больницы через эстакаду, пациент сразу попадает в шоковый зал.



«С момента поступления мы стараемся как можно скорее диагностировать все причины, вызвавшие критическое состояние, – рассказывает врач отделения Андрей Олегович Быков. – Например, к нам поступает пациент с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Мы обследуем его как можно скорее, промываем желудок, приглашаем хирурга и других специалистов по необходимости и обязательно бригаду эндоскопистов для проведения срочной гастроскопии. Если пациент после проведенного обследования не нуждается в интенсивной терапии (нет продолжающегося кровотечения и риск рецидива кровотечения очень низкий), то по согласованию с хирургами его переводят в профильное отделение. Но если у пациента была массивная кровопотеря или риск кровотечения остается высоким по тем или иным причинам, то он остается в отделении реанимации, и ему проводится интенсивная терапия, до тех пор пока его состояние не будет полностью стабилизировано».

В основном в отделении реанимации и интенсивной терапии поступают пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, требующем незамедлительных мероприятий, направленных на спасение жизни. «На самом деле причин, вызывающих жизнеугрожающие состояния, очень много, но чаще мы встречаем пациентов с тяжелыми сочетанными травма-

ми, – говорит Андрей Быков. К примеру, это пациенты, пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях, с комами различной этиологии (например, тяжелые отравления), также это могут быть тяжелые пневмонии и так далее».

В основном в отделение реанимации и интенсивной терапии поступают пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, требующем незамедлительных мероприятий, направленных на спасение жизни

Один из пациентов попал в отделение реанимации и интенсивной терапии по скорой. Он находился в коме, причина которой была неясна. Жена пациента Светлана рассказывает: «У мужа в 59 лет случился тяжелейший приступ (эпистатус). Скорая доставила его в ГКБ имени С. С. Юдина в состоянии комы в выходной день. В приемном отделении после короткой беседы со мной мужа тут же отправили на обследование. Часа через полтора мне сообщили: подозрение на инсульт снято, а с завтрашнего дня с 13 до 14 часов

я могу пообщаться с врачами и посетить его в ОРИТ 2».

В отделении интенсивной терапии пациент провел 13 дней. Состояние было очень тяжелое: последствия гипоксии и отека головного мозга, аспирационная пневмония, почечная недостаточность... Светлана говорит, что выписной эпикриз с результатами всех обследований, которые проведены за время его нахождения в ОРИТ, читать страшно. «Каждый день поднималась в отделение, боясь услышать самые плохие новости. Ежедневное ожидание часа дня, когда открывались двери отделения и к родственникам выходили врачи, – это, конечно, испытание», – вспо-

минает она. – Очень помогало то, что врачи, в первую очередь лечащий врач А. Быков, и дежурные врачи в выходные дни с готовностью шли на контакт, отвечали на все без исключения вопросы».

«Я в больнице работаю 5 лет, – рассказывает Андрей Быков. – Здесь всегда была такая политика, что родственник имеет право пройти в отделение, узнать, как чувствует себя пациент. Я знаю, что сейчас чаще всего в регионах люди сталкиваются с такой проблемой, когда в реанимацию не пускают. У нас такого нет. Мы понимаем, что каждый человек хочет знать, как чувствует себя в реанимации его родственник, чтобы ему по-человечески рассказали, что происходит. Это норма. Хотелось бы, чтобы и в регионах так было. Однако тут многое зависит от администрации больницы и в частности главного врача».

По мнению специалистов клиники, родственникам пациента, который оказался в ОРИТ, очень важно услышать слова поддержки. Общаясь с родственником, нужно дать ему выговориться, не перебивать его. На это не нужно много времени: всего 10–15 минут хватает, чтобы человеку все пояснить, успокоить его, написать контактные номера на истории болезни, показать человека. Когда родственник видит пациента, не возникает конфликтных ситуаций, человек успокаивается. У нас царит абсолютная пациентоориентированность и открытость, отмечают врачи.

«Рискну предположить, что именно в этой больнице и именно в этом ОРИТ сложились такие цивилизованные отношения с посетителями, поскольку сюда пускать не стыдно – все очень современно, пациенты очень ухожены, – резюмирует Светлана. – Этим был впечатлен, кстати, даже друг моего мужа, сам врач, доктор наук, когда посетил его в ОРИТ. Так что отдельная благодарность среднему медперсоналу (мужа даже брилли!). Ну, а по большому счету – менеджменту, так организовавшему работу отделения, что даже в том эмоциональном ужасе, в котором я просуществовала эти недели, я видела, что здесь делается все, чтобы спасти человека».

Пациент через 2 месяца выздоровел и вышел на работу. **ММС**

Оксана Плисенкова



ДЕТСКИЙ ДОКТОР – ХОРОШИЙ АНАЛИТИК



Фото: ДЭМ

Перинатальный центр при ГКБ № 70 им. Е. О. Мухина – уникальная медицинская организация, где оказывают все виды медицинской помощи женщинам и детям. Ежегодно в акушерском стационаре Центра происходит свыше 5000 родов, а лечение в педиатрическом стационаре получают более 1500 новорожденных – не только рожденных в Центре, но и поступивших из других роддомов Москвы. Мы беседуем с руководителем Центра, заведующей кафедрой госпитальной педиатрии № 2, деканом педиатрического факультета РНИМУ, д. м. н., профессором, заслуженным врачом РФ Лидией Ивановной Ильенко.

1. О перинатальной медицине

Перинатальная медицина – это уникальная сфера на стыке акушерства и гинекологии с педиатрией. У специалистов центра особый профессиональный взгляд, направленный не только на будущую мать, но и на внутриутробного пациента. Для нас еще не родившийся ребенок – пациент. Наблюдение начинается еще до наступления беременности, затем, если возникает угроза прерывания беременности, пациентку направляют в отделение патологии. Здесь наша задача – максимальное продление срока беременности. Особое внимание уделяется случаям неблагоприятного вхождения в беременность. Число этих случаев не уменьшается. Далее ребенок родился. И, если это преждевременные роды или какое-либо другое осложнение, ему нужна особая помощь. Для этого у нас есть хорошо оснащенные реанимационные отделения. То есть из родильного дома детей при необходимости сразу переводили в отделение реанимации, потом – патологии и затем – реабилитации. Транспортировка ребенка из одного стационара в другой – это, по сути, медицинская эвакуация, для любого пациента она протекает достаточно тяжело и сопряжена с рисками, не говоря уже о новорожденных. А перевод ребенка в другое отделение той же больницы проходит сравнительно безболезненно, практически «с рук на руки». Кроме того, мы делаем все возможное, чтобы на всех этапах обеспечить совместное пребывание в стационаре матери и ребенка. Это позволяет наладить грудное вскармливание, дать матери все необходимые знания. И вот наш маленький пациент стабилизирован, он уже может самостоятельно дышать, набирает вес, но ему все еще нужно пристальное внимание и особая медицинская помощь. Тогда он оказывается в отделении реабилитации, где он лежит вместе с мамой и где используется весь комплекс современных методик для его блага. Уже выписавшись домой, ребенок остается под нашим наблюдением, далее он приходит к специалистам в наш КДЦ, его наблюдают врачи, которые уже все знают о том, каким он родился, с какими трудностями ему пришлось справиться.

2. О центре

Основной принцип центра – профессиональный, современный подход к лечению, доброжелательное отношение к пациентам и их родителям и, конечно, максимально индивидуализированный подход к выхаживанию детей. Существуют отработанные рекомендованные стандарты лечения маленьких пациентов, но не существует единой тактики по выхаживанию и реабилитации, созданию условий, двигательному режиму, так как у каждого ребенка свой сценарий развития, связанный с множеством разных факторов, в том числе и перинатальных.

В частности, в настоящий момент все подразделения нашего центра готовятся к тому, чтобы получить международное звание ЮНИСЕФ – Учреждение доброжелательного отношения к ребенку. Причем звание будет присвоено не одному отделению, а всему перинатальному центру. Для получения почетного звания необходимо, во-первых, создание условий для совместного пребывания ребенка с матерью, во-вторых, поддерживание естественного вскармливания минимум у 85 % маленьких пациентов.

В нашем центре мы стараемся максимально сократить назначение антибактериальной терапии новорожден-

ным, выбираем наиболее мягкие и прогрессивные методы помощи: акупунктурное воздействие, фитотерапию, последние эффективные методики кинезиологии и физиотерапии.

Естественно, в перинатальной медицине основная задача – это комплексная поддержка всей семьи. Начинается эта поддержка с умения врачей правильно говорить с каждым членом семьи. Хороший детский доктор способен спрогнозировать последствия каждого своего слова. Крайне важно, чтобы у «сложного» ребенка были оба родителя. Это одна из актуальных задач наших врачей – сохранить для ребенка команду поддержки в виде полной семьи. Своих докторов, ординаторов и студентов мы учим по-разному говорить с папой и мамой. Например, для мужчины, как правило, ценнее всего факты, поэтому все рекомендации, прогнозы и указания мы переводим в цифру и максимально четкую инструкцию. В разговоре с мамой допускаем больше эмоций, стараемся ее воодушевить, переместить центр тяжести переживаний в продуктивную деятельность программу.

И хотя мы не ведем статистику спасенных семей, но сотрудники нашего центра отлично знают, что такие достижения у нас тоже есть.

3. О недоношенных детях

Из года в год статистика по недоношенности в Москве остается стабильной. Но сегодня мы можем сделать многое для того, чтобы максимально сохранить здоровье преждевременно рожденного ребенка. К счастью, недоношенность сегодня – это не приговор. При правильном наблюдении и стратегическом подходе дети, рожденные с экстремально низкой массой тела, с различными патологическими состояниями, к школьному возрасту могут уже частично справиться с целым рядом проблем и, например, пойти в общеобразовательный класс.

У всех недоношенных разные стартовые возможности. Это очень гетерогенная группа пациентов не только по весу и росту, но и по тому потенциалу, с которым они входят в жизнь. Многое зависит от конкретной ситуации в родах, от условий внутриутробного существования ребенка. Бывает, что преждевременные роды наступают в ходе вполне благополучной беременности – тогда у ребенка гораздо больше шансов и возможностей. Другое дело, если этим преждевременным родам предшествовало интенсивное сохранение беременности, борьба с различными патологическими

состояниями. И хотя стартовые возможности у всех детей разные, наша задача – учесть все эти возможности в каждом конкретном случае и дать каждому ребенку максимальный шанс на полноценную, здоровую жизнь. И здесь успех и неуспех во многом зависят от того, как и кто наблюдает ребенка в первые месяцы и годы жизни. Слаженные, активные действия команды медиков-профессионалов и ответственных родителей существенно увеличивают шансы каждого ребенка.



4. О рисках развития

Одна из основных проблем недоношенного ребенка – риск развития ретинопатии – заболевания сетчатой оболочки глаза. Часто развивается у малышей, которые после рождения в течение длительного времени находятся на аппарате искусственной вентиляции легких. В нашем центре мы стараемся придерживаться принципов щадящей реанимации и, если состояние ребенка позволяет, делаем выбор в пользу системы СРАР (прогрессивный метод создания постоянного положительного давления в легких). Эта методика дает хорошие показатели! Статистика показывает, что, хотя частота случаев ретинопатии в нашем центре выше, чем в других больницах Москвы (а это вполне естественно, ведь недоношенные – это наш профиль),

зато частота тяжелых форм ретинопатии значительно ниже: в среднем по городу это 26,3 % случаев, а у нас – 11,4 %. Мы показываем стабильное снижение частоты тяжелых форм ретинопатии. Частота такой тяжелой формы ретинопатии, как плюс-болезнь, составляет всего 9,5 % по сравнению со средним по Москве значением – 24,4 %. Соответственно, и частота лазеркоагуляций, сделанных детям с ретинопатией, в нашем перинатальном центре составляет 11,4 % (достаточно низкий показатель). Наши пациенты, рожденные на сроке более 32 недель и с массой тела при рождении более 1500 г, чаще не нуждаются в лазеркоагуляции.

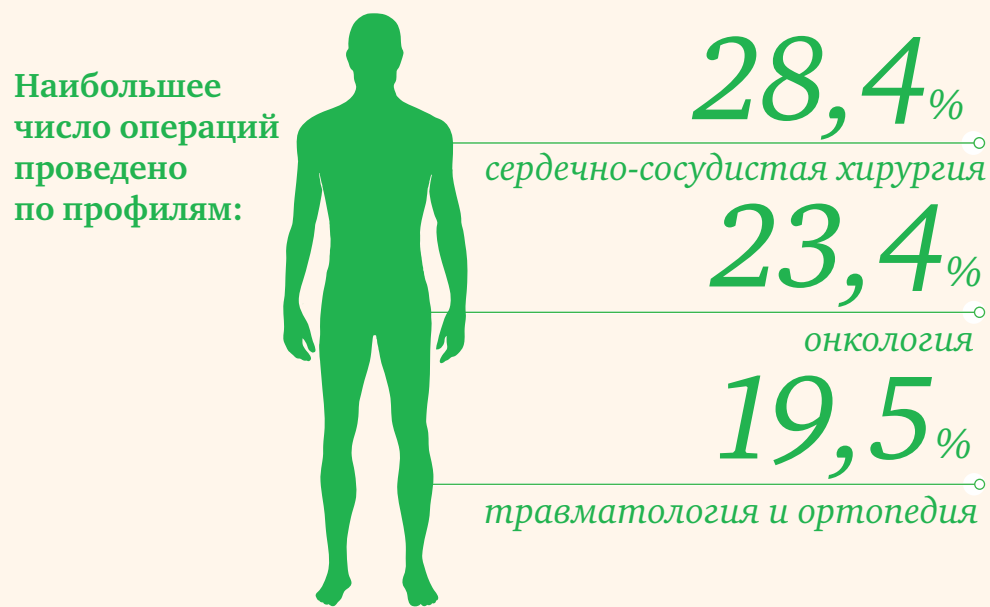
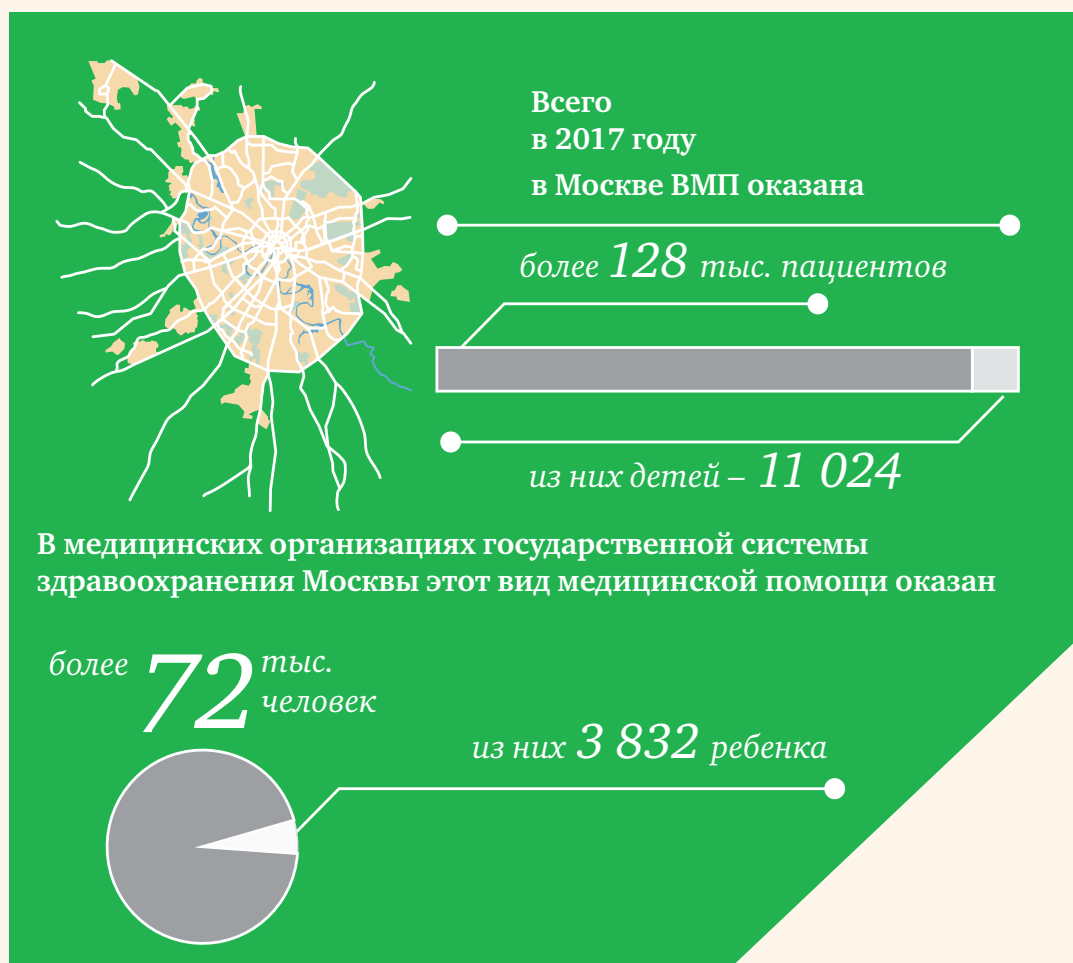
Для нас также является большим достижением, что многие наши пациенты, родившиеся с экстремально низкой массой тела и страдающие в дальнейшем от бронхолегочной дисплазии, не являются кислородозависимыми. Они дышат сами, качество их жизни практически не снижено.

Хороший детский врач – хороший аналитик. Он умеет оперировать большими массивами знаний, прогнозировать, экстраполировать, разрабатывать стратегию для каждого случая, для каждого отдельного пациента. В нашем деле индивидуальный подход необходим как воздух. **ММС**



ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ В СТОЛИЦЕ

В городе Москве пациенты сегодня могут получить ВМП по 20 профилям медицинской помощи с применением практически всех высокотехнологичных методов лечения. В 2018 году ВМП оказывают 48 стационаров государственной системы здравоохранения города Москвы. Это число по сравнению с 2010 годом увеличилось в 3 раза. С 2010 года число пациентов, ежегодно получающих ВМП, в Москве возросло в 4 раза.



Проводятся хирургические операции с использованием роботизированных комплексов da Vinci. Этот роботизированный хирургический комплекс является уникальным инструментом, которым управляет хирург. Робот использует «компьютерное зрение» (3D-камеры). Благодаря возможности увеличения изображения и плавности движения «манипуляторов» он позволяет хирургу максимально сберечь ткани органов и выполнить операцию с машинной точностью и минимальным количеством осложнений.



Количество оперативных вмешательств с применением робототехники ежегодно увеличивается.

Сегодня высокотехнологичная помощь с применением робототехники доступна москвичам в 4 медицинских организациях:

- 1 Городская клиническая больница им. С. П. Боткина
 - 2 Городская клиническая больница ГКБ № 31
 - 3 Городская клиническая больница им. С. И. Спасокукоцкого
 - 4 Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова
- Рассматривается вопрос закупки роботизированных хирургических комплексов еще в 2 стационара:
- городскую клиническую больницу № 1 им. Н. И. Пирогова
 - Морозовскую детскую городскую клиническую больницу.



на da Vinci выполнено операции

682

(в 2015 г. – 424)

за 9 месяцев 2017 г. проведено

746

операций

В этом году впервые правительство Москвы направило дополнительно более 2 миллиардов рублей в Фонд ОМС.

Благодаря этим средствам будет значительно увеличен объем лучевой терапии в формате 3D и 4D. Это современный метод лечения, при котором высокая доза излучения попадает точно в раковую опухоль, не поражая при этом соседние ткани и органы. Раньше такая процедура назначалась не всем пациентам, а только тем, кому это было жизненно необходимо.

Теперь пройти лучевую терапию по полису ОМС больные смогут не только в бюджетных, но и в частных клиниках, где имеется соответствующее оборудование.



С 2016 года в Москве на базе НИИ СП им. Н. В. Склифосовского для москвичей стала возможной методика стереотаксической радиохирургии («гамма-нож», «кибер-нож»). Аппарат «Гамма-нож» позволяет удалять внутримозговые образования (опухоли) без трепанации черепа и других хирургических манипуляций.

Количество урологических операций (неробот-ассистированных) за 5 месяцев 2018 года в ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого :

1029

женщины



268

мужчины



Среднее время проведения операции радикальной простатэктомии*:

по ВМП
по обычным методикам
примерно одинаковое

*Об этой операции вы можете прочитать на 2 стр.

ПРОФЕССИЯ СО ВКУСОМ

Врачи ГКБ № 64 им. В. В. Виноградова раскрыли свой секрет. В свободное от работы время они любят готовить изысканные блюда, обмениваться рецептами их приготовления и соревноваться за звание самого искусного повара на ежегодном конкурсе кулинарного мастерства «Весенняя капель».



Свои таланты в приготовлении вкусной и здоровой пищи демонстрируют сотрудники родильного дома № 4, прикрепленные женские консультации и отделения больницы. Всех охватывает особый азарт, ведь важно сделать оригинальное и, конечно, вкусное блюдо, а еще лучше – накрыть целый стол.

Тема для создания кулинарных шедевров каждый год новая: «Сказ о вкусной и здоровой пище», «Широка страна моя родная»... Тут можно проявить свою фантазию. Сотрудники больницы не только готовят кулинарные шедевры, но и стараются все это подать красиво, украсить стол и сделать своеобразный мини-спектакль, представляя блюдо. С богатой фантазией и неожиданными сочетаниями элементов оформляются не только блюда, но и костюмы участников. Коллектив больницы им. В. В. Виноградова очень любит этот праздник и с большим энтузиазмом к нему готовится, каждый раз поражая жюри своим мастерством в приготовлении вкуснейших блюд.

В состав жюри входит главный врач ГКБ № 64 им. В. В. Виноградова Ольга Викторовна Шарапова и ее заместители. Строгие, но справедливые эксперты выбирают победителей сразу по нескольким номинациям:

«Самое здоровое блюдо», «Вегетарианская еда», «Самое оригинальное», «Самое вкусное», «Самая интересная подача», «Самый лучший костюм».

Труд каждой команды оценивается по достоинству: проигравших в этом конкурсе нет. Домашняя атмосфера,



смех, улыбки, соревновательный дух, море вкусной еды и неформальное общение друг с другом – все это отлично объединяет, позволяет медикам перевести дух, насладиться не только вкусной едой, но и живым общением.

Но это далеко не единственный талант врачей. В рамках II Московского фестиваля «Медицина как искусство» в театре им. Станиславского и Немировича-Данченко специалисты приняли участие в шуточном конкурсе-дефиле на лучший современный костюм медработника.

Участники подошли к разработке дизайна наряда очень ответственно: многофункциональность и эргономичность представленных моделей, без сомнения, могут послужить основой для создания концепта медицинской одежды будущего.

Ведь это удобно: врач приходит к пациенту и тут же может выполнить рентгеновское и ультразвуковое исследования, эти возможности элегантно встроены в конструкцию халата! Плюс весь необходимый инструмент под рукой – мечта! Такая модель была предложена Молодежным советом и Советом старших сестер городской клинической больницы (ГКБ № 64) им. В. В. Виноградова. А представляли ее на подиуме медбрата Арам Хербекян и Евгений Устинов.

В состав компетентного жюри была приглашена главный врач городской клинической больницы (ГКБ № 64) им. В. В. Виноградова Ольга Викторовна Шарапова. Выбрать было непросто! Единогласным решением победила дружба, так как из 36 костюмов отметить несколько лучших оказалось невозможным. Все участники дефиле получили памятные призы. **ММС**



Календарь событий 2018 г.

- 2 июля в 14:00** **Лекция для беременных женщин в рамках проекта «Школа будущих мам»**
Тема лекции: «Режим и питание во время беременности». Проведет лекцию врач акушер-гинеколог О. А. Соколова. При себе иметь паспорт и полис ОМС. Адрес: ГКБ им. М. П. Кончаловского, филиал «Родильный дом», женская консультация, акушерско-гинекологическое отделение № 2 г. Зеленоград, корп. 911, 4-й этаж, холл.
- 3 июля в 12:30** **День открытых дверей в роддоме**
Адрес: ГКБ им. Н. Э. Баумана, роддом № 29, Госпитальная площадь, д. 2, стр. 29.
- 4 июля в 12:00** **Школа здоровья для родителей**
Тема: «Профилактика и раннее выявление туберкулеза у детей».
Адрес: Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, филиал по ЮАО Детская городская поликлиника № 1290, филиал № 1, ул. Ялтинская, д. 1, корп. 2.
- 4 июля в 14:00** **Лекция «Современные методы диагностики туберкулеза у детей». Без предварительной записи**
Адрес: Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, филиал по ЦАО и ЗАО, ул. Радио, д. 18.
- 4 июля в 16:00** **День открытых дверей для беременных и их родственников**
Адрес: городская клиническая больница им. Д. Д. Плетнева, обособленное подразделение родильный дом, ул. Верхняя Первомайская, д. 57.
- 5 июля в 14:00** **День открытых дверей в родильном доме**
Адрес: ГКБ № 52, родильный дом, ул. Сосновая, д. 11. Сбор в справочной.
- 6 июля с 14:00 до 16:00** **День открытых дверей**
Адрес: ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, роддом № 25, ул. Фотиевой, д. 6, конференц-зал.
- 7 июля** **Акция «День семьи». Гинекология. Урология**
Адрес: Городская клиническая больница им. С. И. Спасокукоцкого, ул. Вучетича, д. 21, корп. 1.
Для участия в акции нужно заранее записаться на прием. Предварительная запись в рамках акции обязательна! Справки и запись по телефону: 8 (495) 611-04-47; 8 (499) 760-76-76 с 8:00 до 20:00 в будни.
- 7 июля в 11:00** **Школа молодых родителей**
Адрес: ГКБ им. Д. Д. Плетнева, родильный дом, ул. Верхняя Первомайская, д. 57, 1-й этаж, конференц-зал.
- 7 июля в 12:00** **Школа матерей**
Адрес: ГКБ им. В. В. Вересаева, ул. 800-летия Москвы, д. 22, вход через подъезд № 4.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Т. В., Андреева Е. Е., Анциферов М. Б., Арутюнов Г. П., Бордин Д. С., Богородская Е. М., Брюн Е. А., Васильева Е. Ю., Дубров В. Э., Жилиев Е. В., Зеленский В. А., Колтунов И. Е., Конопляников А. Г., Курносова Т. И., Крюков А. И., Мазус А. И., Мантурова Н. Е., Мухтасарова Т. Р., Назарова И. А., Никонов Е. Л., Нурмухаметова Е. А., Орджоникидзе З. Г., Орехов О. О., Плутницкий А. Н., Погонин А. В., Потеев Н. Н., Пушкарь Д. Ю., Хатъков И. Е., Ходырева Л. А., Хубутя М. Ш., Шабунин А. В., Шамалов Н. А.

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Заместитель главного редактора

Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов

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

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

Над выпуском работали: отдел управления коммуникаций НИИОЗММ ДЗМ. Редактор: Оксана Плисенкова. Научный редактор: Джамал Бешлиев. Авторы: Ирина Степанова, Ирина Слободян. Корректор: Ольга Михайлова. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова.

Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 50 000 экз. Распространяется бесплатно.

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

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

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

