



ПОЗДРАВЛЯЕМ!



Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

От всего сердца поздравляю вас с наступлением 2026 года! Пусть этот новый год станет новым этапом жизни, принесет в каждый дом тепло, радость и благополучие, энергию для смелых свершений и уверенность в завтрашнем дне.

Подводя итоги прошлого года, необходимо отметить наши достижения: Пироговский Университет подтвердил статус одного из флагманов высшего образования России, войдя в число 13 вузов — лидеров программы «Приоритет-2030». Эта победа — важный, стратегически значимый

Ректор Пироговского Университета,
председатель Ученого совета д.б.н., академик РАН Сергей Анатольевич Лукьянов

этап в развитии Пироговского Университета, который определит будущее Пироговского Университета на десятилетия вперед.

2026 год — особенный год для нашего Университета. В этом году мы празднуем 120 лет со дня его основания. Все 120 лет наша организация была флагманом медицинской науки страны, наши врачи и преподаватели активно участвовали в общественной жизни, спасали жизни людей и готовили новых врачей, порой в очень тяжелых условиях. Нам есть что вспомнить и есть чем гордиться.

Сегодня мы ясно видим свою миссию: изменить парадигму в лечении самых тяжелых, ранее считавшихся неизлечимыми заболеваний. И это направление уже обретает конкретные черты в наших стратегических проектах. Я абсолютно уверен, что мы реализуем все эти амбициозные планы. Потому что сила нашего Университета сегодня — это прежде всего сильная, сплоченная команда лучших ученых, врачей, педагогов и самых талантливых студентов. Команда, которая способна соединить фундаментальное открытие с практической медициной, а прорывную технологию — с качественным образованием.

Пусть ваша работа приносит вам глубокое удовлетворение, а личная жизнь наполняется гармонией и счастьем. Сделаем 2026 год временем новых прорывов во имя жизни и здоровья людей.

С наступившим Новым годом!



СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ

2
стр.

УНИВЕРСИТЕТ

Служение делом:
красивая улыбка —
каждому ребенку

3
стр.

УНИВЕРСИТЕТ

Вехи истории в названиях
улиц

7
стр.

ОБРАЗОВАНИЕ

Не просто пломба,
а произведение
искусства: студенты
осваивают современное
микропротезирование

8
стр.

ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

Бариатрическая хирургия
как шанс начать жить
по-новому

9
стр.

НАУКА

Синдром карпального
канала — только травма
или что-то большее?

10
стр.

ИННОВАЦИИ

Современные
научные подходы
в реконструктивной
хирургии лицевой
зоны: от компьютерного
моделирования до
клеточных технологий

12
стр.

ИННОВАЦИИ

Как новое изобретение
российских ученых
возвращает возможность
дышать полной грудью

14
стр.

КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ

Евгений Иванович Гусев:
«Доктор и пациент — это
единый фронт»

УНИВЕРСИТЕТ

Служение делом: красивая улыбка — каждому ребенку

В 2010 году в Институте стоматологии Пироговского Университета был создан волонтерский клуб «Федеративная республика здоровой молодежи: территория детских улыбок», в рамках которого родился благотворительный проект «Красивая улыбка — каждому ребенку». Проект был поддержан директором Института стоматологии профессором Игорем Сергеевичем Копецким, который с самого начала увидел в нем не разовую акцию, а важное направление воспитания будущих врачей. Благодаря его поддержке проект стал многолетней и живой традицией Института стоматологии.

В профессии врача-стоматолога лечить — это не только точно восстанавливать зубной ряд, но и поддерживать, вселяя доверие. Ведь именно там, где появляется доверие, начинается настоящее врачебное дело.

Цель проекта «Красивая улыбка — каждому ребенку» — разработка и внедрение санитарно-просветительских и индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий для детей дошкольного и школьного возраста. Основная задача — оказание профилактической медицинской помощи детям.

Проект выполняет также важную образовательную функцию. Участие в программе студентов позволяет им формировать клиническое мышление, закрепляет навыки коммуникативного взаимодействия с пациентами, помогает в освоении методик санитарно-просветительской работы, развивает компетенции межпрофессионального взаимодействия, формирует эмпатию и ответственность, а также усиливает понимание роли врача в обществе. Работа клуба неоднократно отмечена различными наградами на городском уровне. Проект клуба «Красивая улыбка — каждому ребенку» стал победителем конкурса студенческих и молодежных социальных проектов «Молодежная инициатива — 2012», студенты проводят благотворительные мероприятия «Мир улыбок» в детских домах и приютах для детей, оставшихся без попечения родителей. Инициаторами и бессменными кураторами проекта являются доцент кафедры терапевтической стоматологии Екатерина Григорьевна Михайлова и профессор кафедры терапевтической стоматологии, заместитель директора Института стоматологии Ирина Андреевна Никольская. Многие преподаватели Института стоматологии поддерживают проект, оказывая детям не только высококвалифицированную лечебную и консультативную стоматологическую помощь, но и спонсорскую поддержку.

Началась и продолжается по сей день реализация проекта в Москве. Студенты и преподаватели проводят профилактические осмотры, обучающие программы и театрализованные занятия в детских садах, школах и социальных центрах. За годы работы осмотрено более 6 000 детей дошкольного и школьного возраста в учреждениях ЮЗАО, САО, ЗАО, ЦАО. В рамках программы детей учат не просто чистить зубы, а понимать, зачем это нужно, помогают преодолевать страх перед врачом.

С 2011 года проект расширил географию — волонтерский клуб взял шефство над Переславль-Залесским санаторным детским домом. За 15 лет сотрудничества на наших глазах выросло несколько поколений воспитанников детского дома. Менялись директора и воспитатели, менялся персонал, но наша команда приезжала всегда — неизменно, из года в год. Каждый ребенок знал, что зимой и весной приедут «не просто врачи-стоматологи, а свои врачи, с которыми не страшно». Мы знаем этих детей по именам, а они знают нас. Это не просто помощь и сопровождение стоматологического здоровья, это сопричастность судьбам. Детям дважды в год проводится полный стоматологический осмотр, определяется стоматологический статус, формируются индивидуальные рекомендации, проводится обучение навыкам гигиены. Мы не просто лечим — мы ведем детей годами. И результаты подтверждены динамически: снижается интенсивность кариеса, улучшается гигиенический статус, реже возникают осложнения.

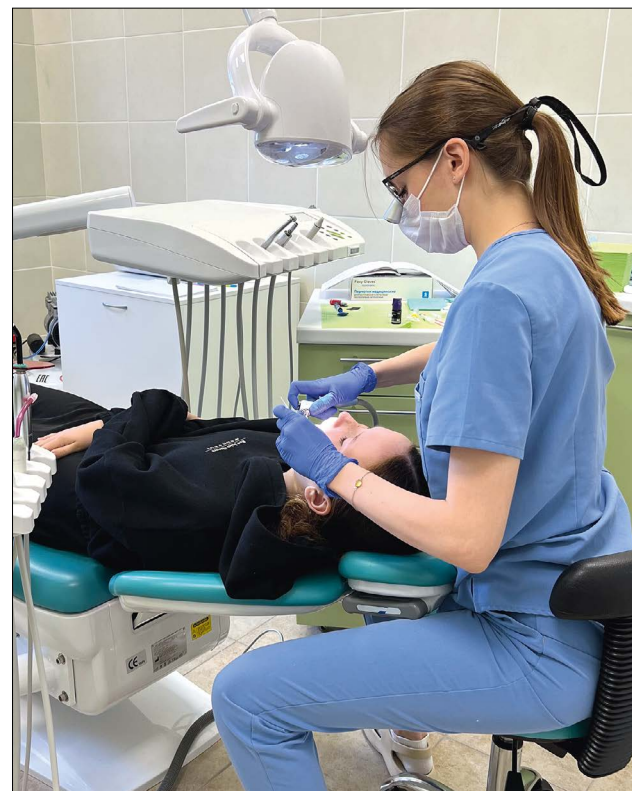
Пять лет назад о нас узнали в монастыре Переславского района и попросили о стоматологической помощи — так проект расширился дальше. К работе добавилось сотрудничество с Николо-Сольбиным монастырем — уникальной обителью, в которой одной из главных социальных миссий является помощь детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию. В детском приюте живут дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Их воспитывают сестры монастыря. Здесь дети полу-

чают не только школьные знания: они занимаются рукоделием, живописью, участвуют в театральной студии и хоровом пении. В колледже девушки осваивают профессии — управление хором, поварское и швейное дело, иконопись и изобразительное искусство. Такое служение — одна из самых глубоких форм монашества в современном мире. Монастырь открыт всегда миру и нуждается в друзьях — в тех, кто готов разделить заботу и труд, кто чувствует в себе силы помогать.

По инициативе настоятельницы при монастыре создан современный медицинский центр, включая современное стоматологическое отделение. Здесь медицинскую помощь оказывают врачи-волонтеры, студенты и молодые специалисты, объединенные общим желанием быть полезными и нужными. На его базе принимают детей и волонтеры Института стоматологии: преподаватели кафедры терапевтической стоматологии ИС и кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ИС. Молодые специалисты, ординаторы и студенты проводят стоматологические осмотры и лечение воспитанников два раза в год вот уже на протяжении пяти лет. Выезды осуществляются при поддержке руководства Пироговского Университета, включая выделение транспорта. Всё остальное оснащение поездки — подарки, сбор средств, покупка стоматологических и расходных материалов — коллектив кафедр обеспечивает самостоятельно. Те преподаватели, которые по обстоятельствам не могут осуществить поездку лично, всегда поддерживают проект материально и подарками для детей.

В проекте участвуют не только сотрудники Института стоматологии — помогают друзья, коллеги, семьи, люди, которые знают о проекте и разделяют его ценности. Отдельную благодарность волонтеры выражают спонсорам, регулярно предоставляющим детские зубные щетки, пасты и обучающие комплекты. Благодаря этому каждый ребенок получает не только консультацию и лечение, но и личный набор для гигиены, с которым он учится ухаживать за своими зубами самостоятельно. Так формируется единая общая работа — профессиональная, человеческая и духовная. Каждый участник важен: кто лечит, кто учит, кто поддерживает.

За одну поездку, как правило, нашим волонтерам удается осмотреть и описать стоматологический статус более 200 детей монастыря. В этот же день около 50 осмотренных детей, наиболее нуж-



дающихся в стоматологической помощи, получают терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение.

Во время и после работы всегда есть время для общения. Мы заранее и с трепетом готовимся к встрече с детьми. Особенно праздничная для нас поездка зимой, когда каждый ребенок ждет новогоднее чудо и подарки! Еще за пару месяцев до поездки студенты пишут сценарий представления, шьют костюмы, репетируют. Когда в зал входят Дед Мороз и Снегурочка, дети узнают их сразу, ведь это те же люди, которые утром держали зеркало и зонд. Дети тоже нас ждут и готовятся, встречая спектаклями и концертами. Когда начинается концерт, невозможно остаться просто зрителем — это всегда обмен теплом. В этот момент сердце замирает от тихой простоты и душевной глубины, и ты понимаешь, что в жизни всегда есть место чуду, особенно в Новый год.

Автор: О.Ю. Гусева, к.м.н., заместитель директора Института стоматологии



УНИВЕРСИТЕТ

Вехи истории в названиях улиц

В 2026 году Пироговский Университет празднует свое 120-летие. Все годы существования Университет воспитывал новые поколения врачей, развивал и внедрял новые технологии диагностики и лечения, формировал медицинские научные школы. Имена его педагогов, ученых и выпускников увековечены сегодня в названиях городских улиц, площадей, больниц. В этом номере газеты предлагаем вниманию читателей путеводитель по некоторым улицам Москвы, названным в честь сотрудников и выпускников нашего Университета.

Улица Академика Бакулева. ЮЗАО, Москва

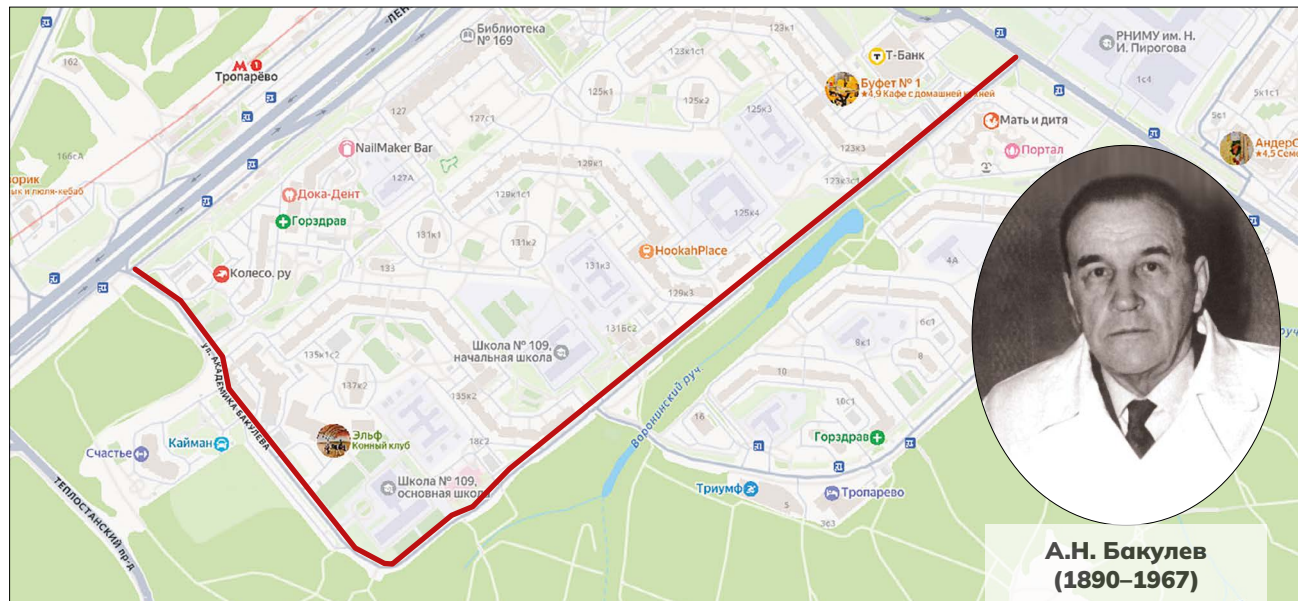
Улица получила имя в 1980 году. Она расположена рядом с главным зданием Пироговского Университета: начинается от улицы Островитянова и тянется вдоль ландшафтного заказника «Теплый Стан» до Ленинского проспекта.

Александр Николаевич Бакулев — выдающийся хирург, ученик С.И. Спасокукоцкого, один из основоположников торакальной и сердечно-сосудистой хирургии в СССР.

Герой Социалистического Труда, академик АМН и АН СССР, дважды лауреат Государственной премии. С 1926 года работал на кафедре факультетской хирургии 2-го Московского государственного университета (2-й МГУ, ныне — Пироговский Университет), где прошел путь от ассистента до профессора. В 1943 году возглавил кафедру, которой руководил до конца жизни.

Во время Великой Отечественной войны А.Н. Бакулев был главным хирургом Резервного фронта и по совместительству главным хирургом эвакогоспиталей Москвы.

Основным вкладом академика А.Н. Бакулева в медицину стало рождение и становление отечественной кардиохирургии: им были выполнены



первые в стране операции на боталловом протоке (1948), при митральном стенозе (1952), резекция аневризмы грудной аорты (1952), операции при врожденных и приобретенных пороках сердца, первые зондирования полостей сердца, электрокардиостимуляция сердца при поперечной блокаде, операции при ишемической болезни сердца

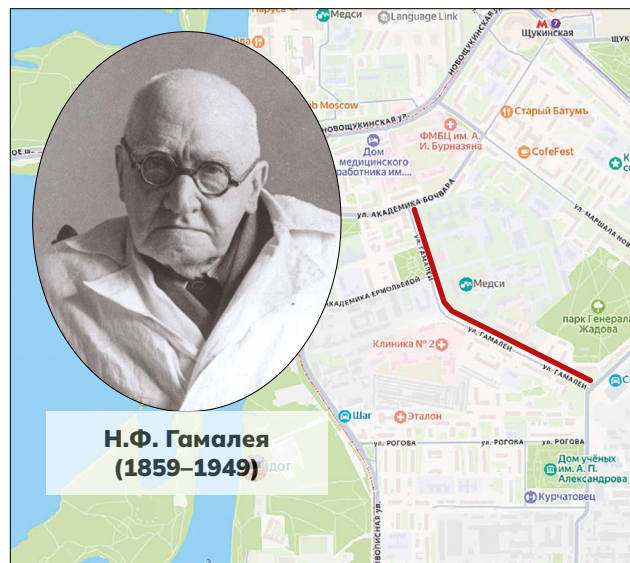
и инфаркте миокарда и многое другое. В 1956 году по предложению А.Н. Бакулева на базе факультетской хирургической клиники был организован Институт грудной хирургии АМН СССР. Сейчас этот институт носит название «Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ) сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева».

Улица Гамалеи. СЗАО, Москва

Улица на северо-западе столицы, рядом с метро «Щукинская», была названа в честь выдающегося микробиолога Н.Ф. Гамалеи в 1964 году. На этой улице расположен Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии, которому также присвоено имя Н.Ф. Гамалеи.

Николай Фёдорович Гамалея — один из основоположников советской микробиологии, академик АМН СССР, почетный академик АН СССР, лауреат Сталинской премии.

С 1938 по 1945 год Николай Фёдорович возглавлял кафедру микробиологии 2-го МГМИ, затем, до конца жизни, работал профессором кафедры. Ученый воспитал целую плеяду советских микробиологов, которые своими трудами и открытиями прославили имя своего учителя.



С именем Н.Ф. Гамалеи связана целая эпоха в развитии бактериологической науки. В 1886 году, при содействии Луи Пастера, он совместно с Мечниковым и Бардахом учредил первую в России (и вторую в мире) бактериологическую станцию и впервые в России осуществил вакцинацию людей против бешенства. Он разработал метод вакцинации от оспы, принятый потом по всей стране, представил противохолерную вакцину, описал гетероморфизм бактерий, одним из первых определил эпидемиологическое значение дезинфекционных мероприятий в борьбе с холерой, дезинсекционных — в борьбе со вшивостью и дератизационных — в борьбе с чумой. В 1942 году им был предложен метод профилактики гриппа путем обработки слизистой оболочки носа препаратами олеиновой кислоты. В последние годы жизни ученый изучал вопросы общей иммунологии и вирусологии, интенсивно разрабатывал проблему специфического лечения туберкулеза.

Площадь Мазурина. ВАО, Москва

Площадь Мазурина находится на востоке Москвы, в районе Восточное Измайлово, на пересечении 15-й Парковой улицы, Измайловского проспекта и Большого Купавенского проезда. Рядом расположен Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова. Площадь получила название в 2021 году в память об Андрее Владимировиче Мазурине — выпускнике 2-го МГМИ, докторе медицинских наук, профессоре, члене-корреспонденте АМН СССР, заслуженном деятеле науки РСФСР, лауреате Государственной премии СССР (1987).

Вся профессиональная жизнь Андрея Владимировича была связана с 2-м МГМИ. После окончания педиатрического факультета он продолжил обучение в аспирантуре на кафедре пропедевтики детских болезней, а после аспирантуры и защиты кандидатской диссертации работал ассистентом, доцентом кафедры. В 1967 году А.В. Мазурин защитил докторскую диссертацию и был избран заведующим кафедрой пропедевтики детских болезней, которой руководил до 1989 года. После он работал в должности профессора кафедры, а в 1999 году стал почетным заведующим кафедрой.

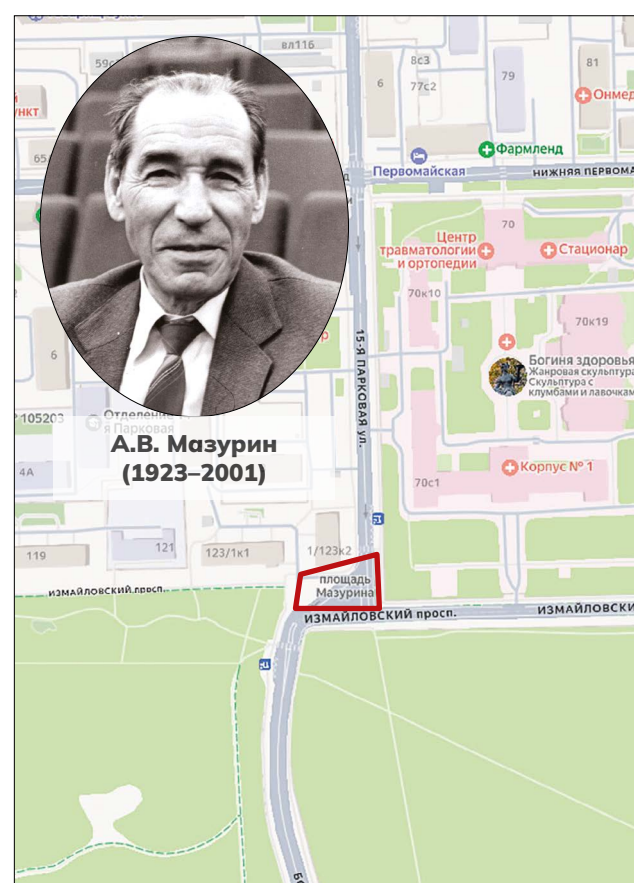
А.В. Мазурин занимался проблемами диагностики и лечения болезней печени и геморрагических заболеваний, гемофилии и нейтропении у детей. По его инициативе на базе ДГКБ № 3 в 1978 году

был организован Детский гематологический центр, в котором ежегодно регистрировалось более восьми тысяч обращений. В нем до сих пор (но уже на базе Морозовской ДГКБ) наблюдаются и лечатся дети с заболеваниями крови.

А.В. Мазурин — основоположник советской школы детской гастроэнтерологии. По его инициативе на базе 3-й ДГКБ в 1971 году было создано первое детское гастроэнтерологическое отделение, а в 1975 году — гастроэнтерологический и эндоскопический центры.

Исключительное диагностическое значение имело внедрение в клиническую практику новых методов диагностики, таких как эзофагогастродуоденоскопия, плановое использование которой в клинике началось с 1973 года. Благодаря новым диагностическим подходам у детей была выявлена высокая частота морфофункциональных изменений гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта (более 70 % всех неинфекционных заболеваний органов пищеварения), что привело к переосмыслению структуры болезней органов пищеварения в педиатрической практике. Также с помощью этих исследований в номенклатуру детских гастроэнтерологических заболеваний были включены гастрит, гастродуоденит и язвенная болезнь, которые считались до этого крайне редкими в детском возрасте.

Продолжение на стр. 4



УНИВЕРСИТЕТ

Продолжение, начало на стр. 3

Абрикосовский переулок. ЦАО, Москва

Этот переулок в Хамовниках расположен между Погодинской улицей и Большой Пироговской улицей.

Современное название получил в 1955 году в честь А.И. Абрикосова — одного из основоположников отечественной патологической анатомии, который долгое время работал в клиниках, находящихся в этом районе.

В переулке расположено здание патолого-анатомического корпуса Сеченовского Университета, перед которым установлен памятник-бюст А.И. Абрикосову (1960 год, скульптор — А.Г. Постол, архитектор — Г.Г. Лебедев), а также кардиологиче-

ский корпус Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского.

Алексей Иванович Абрикосов — профессор, академик АН СССР и АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, Герой Социалистического Труда, лауреат Сталинской премии I степени. Разработал технику вскрытия трупов, протоколирование. Им были написаны первые в стране руководства по технике патолого-анатомических вскрытий, учебник для студентов, подготовлено многотомное руководство для врачей.

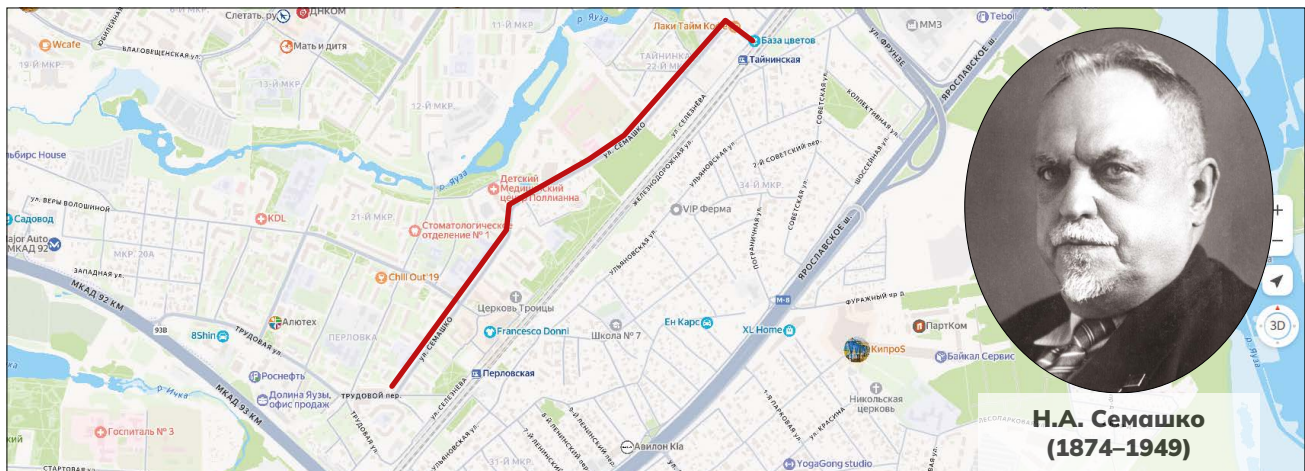
С 1918 по 1924 год А.И. Абрикосов возглавлял кафедру патологической анатомии медицинского факультета 2-го Московского государственного университета (в 1930 году факультет был преобразован в 2-й ММИ).



Улица Семашко. Мытищи, Московская обл.

Николай Александрович Семашко — основоположник системы отечественного здравоохранения, первый нарком здравоохранения РСФСР и первый заведующий объединенной кафедрой социальной гигиены для всех медицинских вузов Москвы (в 1918–1930 годах), включая и медицинский факультет 2-го Московского государственного университета.

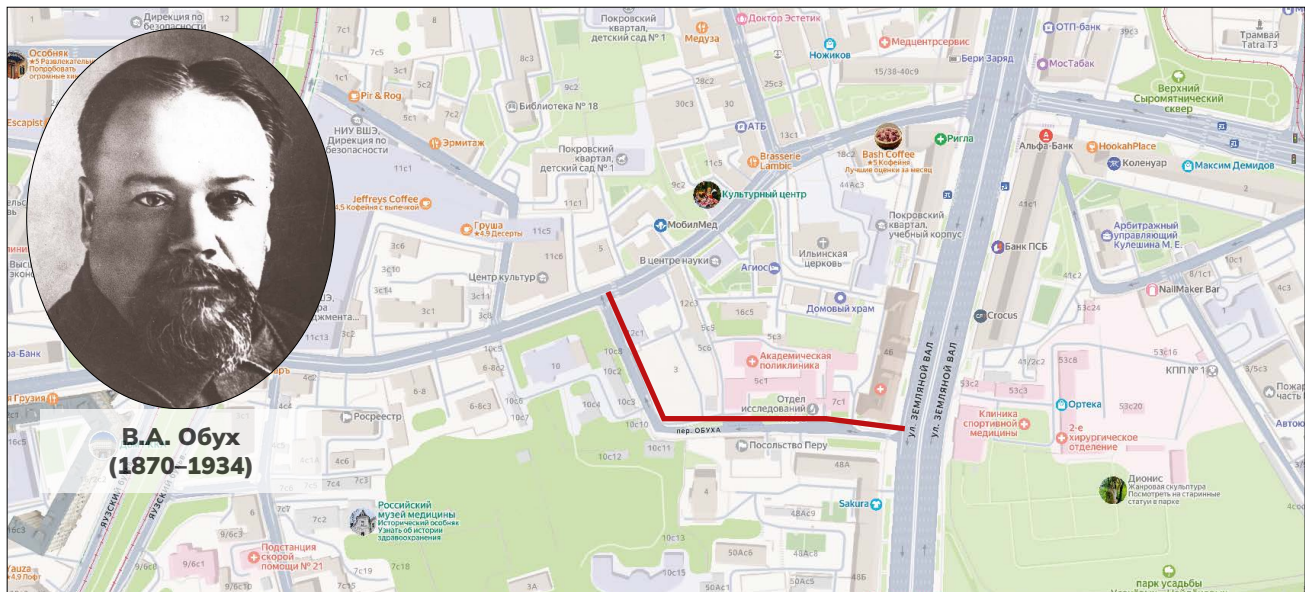
В его честь названы несколько улиц в разных городах России (в Брянске, Липецке, Владимире, Нижнем Новгороде и т. д.). Ближайшая к Москве улица Семашко находится в городе Мытищи. Ранее (в 1949–1993 годах) имя Семашко носил и Большой Кисловский переулок в Москве.



Переулок Обуха. ЦАО, Москва

Владимир Александрович Обух известен как активный организатор здравоохранения СССР, по инициативе которого была впервые внедрена массовая диспансеризация, организованы диспансеры по борьбе с туберкулезом, венерическими болезнями, наркоманией, консультации по охране материнства, диетические столовые, создан первый в СССР Институт гигиены труда и профессиональных заболеваний. В 1928–1930 годах В.А. Обух возглавлял кафедру социальной гигиены медицинского факультета 2-го МГУ (ныне — кафедра общественного здоровья и здравоохранения имени академика Ю.П. Лисицына Института профилактической медицины имени З.П. Соловьева).

Переулок Обуха расположен в Таганском районе, между улицами Воронцово Поле и Земляной Вал. Он получил название в 1954 году по соседней улице Обуха (ныне — улица Воронцово Поле).



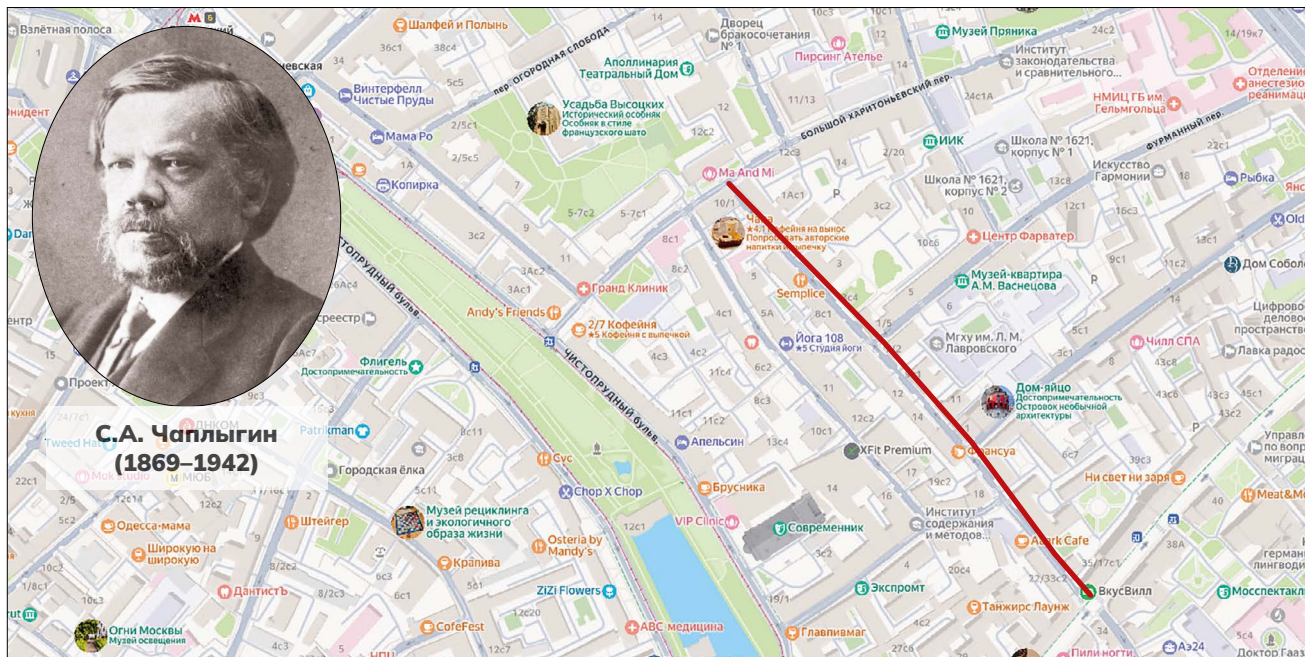
Улица Чаплыгина. ЦАО, Москва

В честь директора Московских высших женских курсов (МВЖК, 1905–1918) и ректора 2-го МГУ (1918–1919) Сергея Алексеевича Чаплыгина названа улица в центре Москвы, в Басманном районе, между Большим Харитоньевским переулком и улицей Покровкой. Имя присвоено улице в 1942 году.

С.А. Чаплыгин — один из основоположников современной аэромеханики, академик АН СССР, Герой Социалистического Труда, заслуженный деятель науки РСФСР. В Москве установлен бюст Чаплыгина (1961), а на территории Центрального аэрогидродинамического института — памятник (1959). Его имя также носят улица в Новосибирске, аэродинамическая лаборатория ЦАГИ, кратер на обратной стороне Луны.

Организация медицинского отделения МВЖК в 1906 году, от которого ведет историю наш Университет, строительство корпусов курсов, в том числе здания Анатомического театра, где сейчас располагается кафедра судебной медицины Пироговского Университета, — во многом заслуга Сергея Алексеевича.

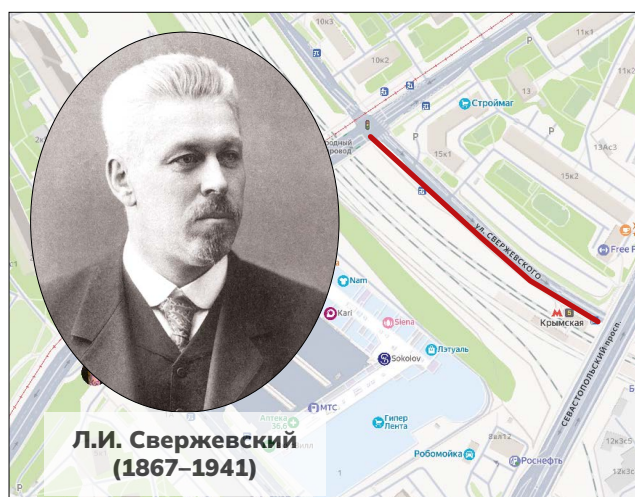
Известная история: на строительство Анатомического театра была выделена территория, но не было денег на строительство. Для решения проблемы выдающийся математик Сергей Алексеевич



Чаплыгин проявил себя как предприниматель со знанием банковского дела. Он заложил в Земельном банке участок, отведенный под постройку зданий. Полученные под этот залог средства позволили приступить к строительству. Далее под незаконченную постройку Чаплыгин смог получить ссуду

в Городском обществе взаимного кредита, что дало возможность завершить строительство. Отделку же зданий провели на средства, полученные под залог закладных бумаг. Полностью готовые здания были заложены Чаплыгиным в Государственном банке, что позволило расплатиться со всеми кредиторами.

УНИВЕРСИТЕТ



Улица Свержевского. ЮАО, Москва

Улица Свержевского находится в Донском районе Москвы и идет от Загородного шоссе до Севастопольского проспекта.

Она получила название в 2018 году в честь одного из основоположников российской оториноларингологии Л.И. Свержевского. На этой улице расположен Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии имени Л.И. Свержевского.

Людвиг Иосифович Свержевский — доктор медицины, заслуженный деятель науки РСФСР, основатель и первый руководитель кафедры лор-болезней МВЖК и 2-го МГУ (ныне — кафедра оториноларингологии имени академика Б.С. Преображенского

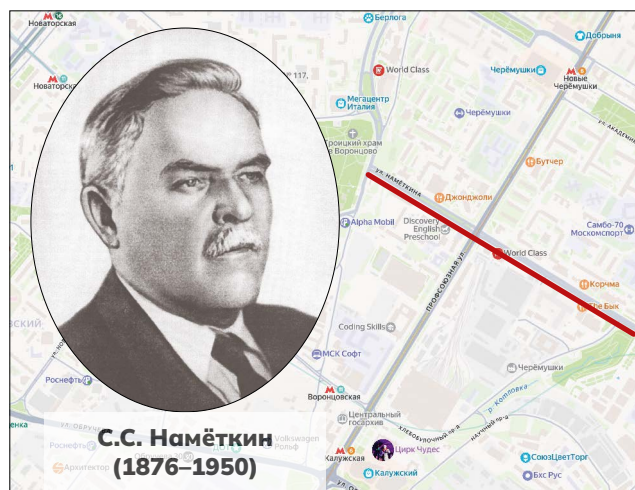
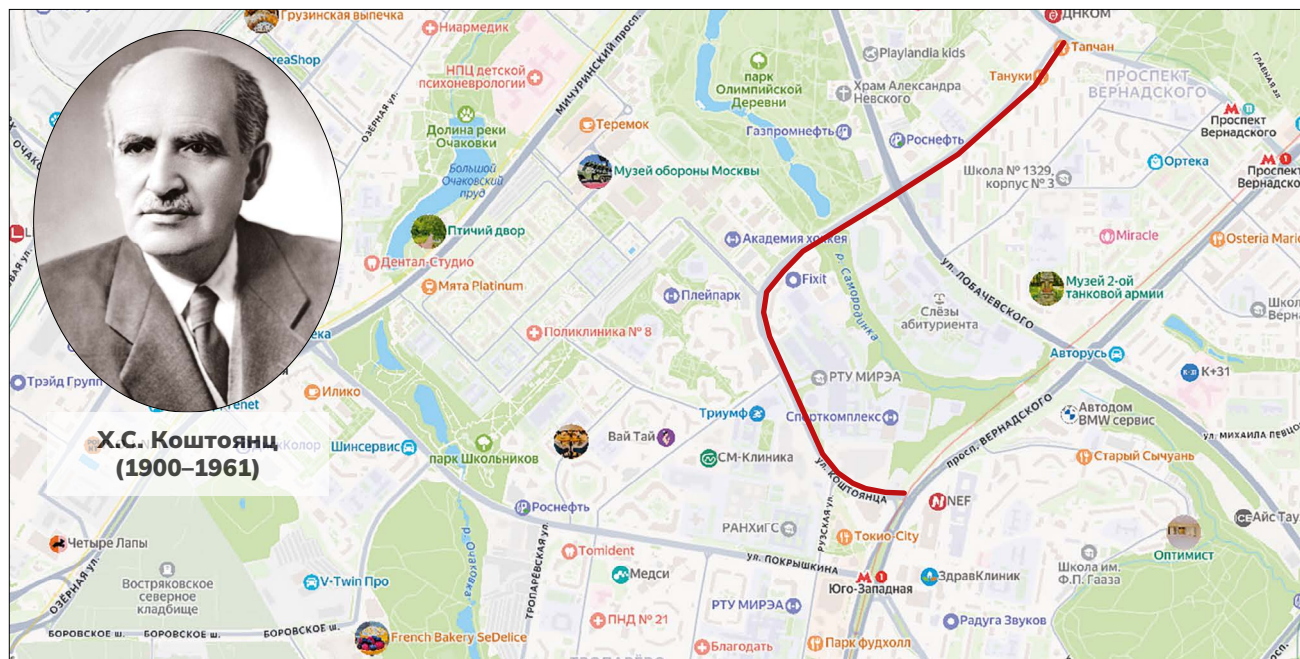
Института хирургии Пироговского Университета). Л.И. Свержевский одним из первых в России показал связь между заболеваниями полости носа и слезоотводящих путей, в частности, отметив высокую частоту встречаемости искривлений перегородки носа, гипертрофии нижней носовой раковины, фарингитов у больных со слезотечением.

Он также провел анатомические исследования устья носослезного протока, выделив четыре типа его строения в зависимости от взаимоотношений костного носослезного канала и мягкого носослезного протока, предположив, что в случае преобладания мягкотканной части в области устья носослезного протока высока вероятность риногенного слезотечения, связанного с закупоркой путей слезоотведения.

Улица Коштыянца. ЗАО, Москва

Улица начинается от улицы Удальцова, приблизительно в 1 км от станции метро «Проспект Вернадского», затем пересекает улицу Лобачевского, проходит мимо жилого микрорайона Олимпийская Деревня и примыкает к проспекту Вернадского рядом со станцией метро «Юго-Западная».

С 1962 года улица носит имя выдающегося физиолога Хачатура Седраковича Коштыянца — выпускника медицинского факультета 2-го Московского государственного университета, профессора, члена-корреспондента АН СССР, академика АН Армянской ССР. Х.С. Коштыянец — один из основателей сравнительной физиологии, разработчик энзимохимической теории возбуждения нерва. Его исследования сыграли важную роль в формировании современного представления о химической основе механизмов нервной деятельности. После окончания вуза работал в МГУ им. М.В. Ломоносова, в 1946–1953 годах был директором Института истории естествознания АН СССР.



Улица Намёткина. ЮЗАО, Москва

Улица Намёткина проходит от улицы Архитектора Власова на юго-восток, пересекает Профсоюзную улицу, с юго-запада к улице примыкает Хлебобулочный проезд, с северо-востока — Новочерёмуш-кинская улица.

Улица получила свое название в 1965 году в память о Сергее Семёновиче Намёткине — выдающемся химике-органике, академике АН СССР, заслуженном деятеле науки и техники РСФСР, лауреате Государственной премии СССР.

С.С. Намёткин начал работу на МВЖК в 1912 году в должности профессора. В 1914–1918 годах был деканом физико-математического отделения кур-

сов, в 1918–1930 годах — заведующим кафедрой органической химии 2-го МГУ. Одновременно с руководством кафедрой в 1919–1924 годах был ректором Университета. С 1930 года работал в Московском институте тонкой химической технологии, с 1948 года возглавлял Институт нефти АН СССР.

Основные труды С.С. Намёткина посвящены теоретической химии углеводов, научным и практическим проблемам химии нефти. Он исследовал состав и свойства нефти и природного газа СССР, создал методику определения непредельных углеводов в нефтепродуктах; участвовал в разработке каталитической ароматизации нефтяных фракций. Открыл камфеновую перегруппировку второго рода.

Улица Бориса Петровского. САО, Москва

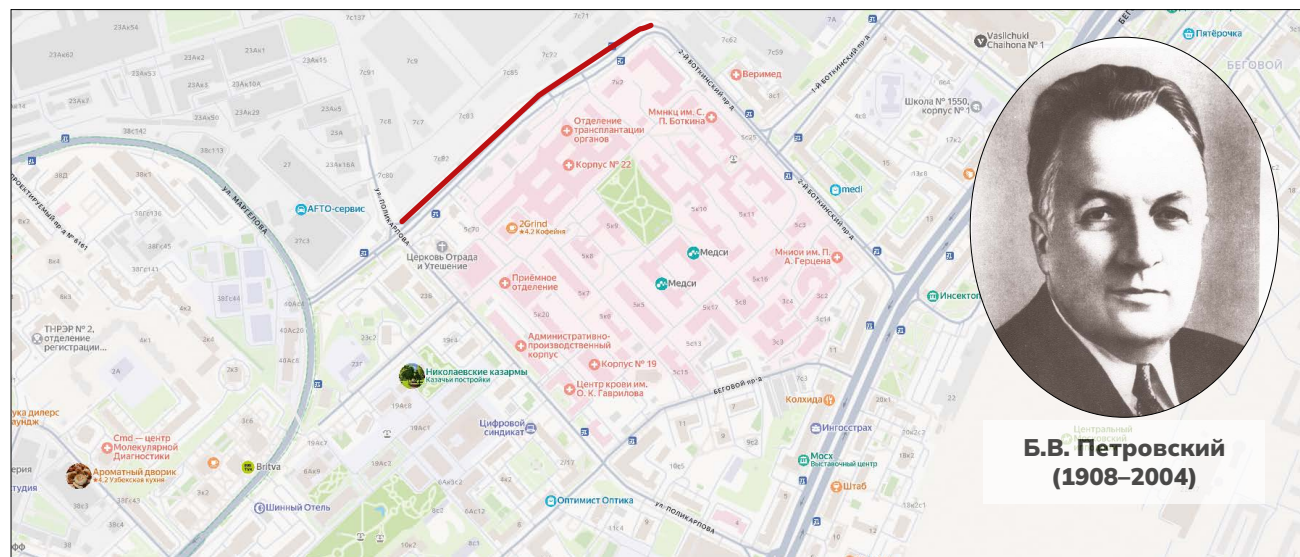
Улица Бориса Петровского в Хорошёвском районе начинается от улицы Маргелова, проходит на северо-восток, пересекает улицу Поликарпова и выходит на 2-й Боткинский проезд. Название улице присвоено в 2017 году.

Борис Васильевич Петровский — академик АН СССР и АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, Герой Социалистического Труда, лауреат двух государственных премий, кавалер ордена Святого апостола Андрея Первозванного.

С 1941 года Борис Васильевич работал доцентом, затем, с 1948 года, — профессором кафедры общей хирургии 2-го МГМИ, в 1951–1956 годах руководил кафедрой факультетской хирургии 2-го МГМИ.

Во время Великой Отечественной войны Б.В. Петровский был ведущим хирургом эвакогоспиталей в действующей армии. Он внедрил в практику новые методы переливания крови через сонную артерию, а затем непосредственно в грудную аорту.

В 1956 году Б.В. Петровский перешел на работу в 1-й ММИ имени И.М. Сеченова и одновременно (с 1963 года) работал директором Всесоюзного научно-исследовательского института клинической



и экспериментальной хирургии. В 1965–1980 годах был министром здравоохранения СССР. В 1964 году Б.В. Петровский выполнил первую успешную операцию протезирования митрального клапана сердца с механической (бесшальной) фиксацией, а в 1965 году впервые в СССР успешно осуществил пересадку почки человеку.

Рядом с улицей Бориса Петровского расположены ММНКЦ имени С.П. Боткина и Центр крови, носящий имя выпускника военного факультета 2-го МГМИ — Олега Константиновича Гаврилова. Но это уже другая история...

ОБРАЗОВАНИЕ

Медицинское гуманитарное знание: опыт кафедры медицинского права, этики и антропологии

Ключевая задача всей системы медицинской помощи — охрана здоровья, в том числе психического и социального. Кафедра медицинского права, этики и антропологии Института мировой медицины (ИММ) Пироговского Университета была основана в 2018 году как кафедра ЮНЕСКО и имела исходно междисциплинарный посыл: изучение этико-правовых аспектов отношений «врач — пациент», их внедрение на всех уровнях подготовки врачей (от абитуриентов до непрерывного образования) и даже в широкую аудиторию. Школа, которая успела сложиться за эти годы, сочетает биомедицинское знание с философией, психологией, этикой и правом. Внедрение гуманитарного знания в практическую врачебную деятельность способно изменить взгляд пациента на проблемы здоровья и болезни и помочь ему эффективнее справляться с недугом.

Понятие здоровья включает в себя не только физическое благополучие, но также психологическое и социальное. Это указано в определении Всемирной организации здравоохранения и в главном российском законе об охране здоровья.

Современная медицина глубоко научна и достигла потрясающих успехов благодаря естественно-научному знанию: биологии, химии, физике. Физическая часть здоровья изучена довольно хорошо, а методы его восстановления и сохранения продолжают совершенствоваться.

Но остаются еще психологическая и социальная составляющие. Клиническая медицина исторически подчеркивает важность включения пациента в процесс его лечения. Деонтологический императив, то есть представление об идеальной фигуре врача, включает в себя тезис: «Лечить не болезнь, но больного». Как делать это методически верно и так же профессионально, как это делает современная биомедицина с физическим здоровьем? Ответ дают гуманитарные науки, применяя имеющийся корпус практических знаний в отношении психологического и социального здоровья, которое зачастую остается «слепым пятном» для оптики, заданной логикой классических подходов.

Гуманитарное знание принципиально отличается от естественно-научного. Природа устроена по непреложным законам: редукция «ткань — клетка — молекула — атом» помогает понять устройство и механизмы работы тела, выявить связи и закономерности функционирования организма на разных уровнях, создать способы управлять этими процессами. Гуманитарное знание предлагает иную точку зрения. Оно строится на законах человеческого мышления и коммуникации, подчеркивая уникальность каждого человека, который сам по себе является законом. Психология, например, помогает соединить биологическое с отражениями социального, изучая материальный субстрат мышления и механизмы поведения в обществе. Для практической медицины это становится ключевым аспектом, выводящим ее на качественно новый уровень.

Человек биосоциален, целостен, его физические процессы определяют психические и социальные. Верно и обратное — наша физическая сущность реагирует на то, что происходит с нами в обществе. Стресс и тревога — лучшие примеры таких взаимосвязей, а всё возрастающая роль психосоматической патологии подтверждает некоторое бессилие узкобиомедицинского мышления перед соматизацией невзгод и переживаний людей.

Роль врача меняется в направлении помощи пациенту в формировании конструктивного отношения к ситуации заболевания (или шире — к ситуации медицинской помощи). Понятие нарративной медицины предполагает, что в повествование жизни человека — в его биографический нарратив — внедряется проблема экзистенциального уровня, способная полностью изменить течение жизни. Нарратив болезни внедряется в общий жизненный нарратив, и именно врач — тот человек, который обладает правом и авторитетом управлять этим нарративом. Известен афоризм: «Плох тот врач, после разговора с которым больному не стало лучше». Довольно много говорится об ободрении и надежде, но качественная клиническая коммуникация не всегда должна даровать именно их. Иногда необходимо нечто иное — конструктивное совладание с ситуацией, внутри которого найдется место и для надежды.

Быть врачом значит не только быть хорошим специалистом в области биомедицины, но и иметь навыки вербальной и невербальной коммуникации, навыки внутренней работы для предотвращения собственного выгорания и ресурс для принятия этически сложных решений.

Всё это в совокупности помещает гуманитарные компетенции врача по их сложности на уровень, сопоставимый со знанием анатомии, физиологии, патологии, клиники. Но современная система обучения биомедицинскому знанию существенно опережает таковую для гуманитарного знания в медицине — *medical humanities*. К примеру, этическая компетентность традиционно полагается в виде деонтологии,

то есть соответствия клятве врача и иным нормам, в том числе правовым. Но это базовый, минимальный уровень. В реальной практике врачу приходится постоянно принимать решения. Выпускник вуза становится врачом, когда начинает принимать решения и нести за них ответственность.

Этическая компетентность включает в себя навыки коммуникации, умение понять пациента, безэмоционально рассмотреть его точку зрения (потому что человек — и есть точка зрения, выработанная его жизнью), при необходимости повлиять на нее, сумев оценить этическую сторону самого такого влияния. Сложный комплекс философских, психологических и правовых аспектов делает гуманитарное знание для медицины важнейшим инструментом, способным через поведенческие механизмы существенно влиять на течение заболевания. И еще более важную роль он играет на уровне «функциональных расстройств», то есть психосоматики, которая пока не перешла на уровень морфологических изменений.

На кафедре медицинского права, этики и антропологии ИММ гуманитарное знание для медицины интегрируется на всех уровнях обучения: в рамках доступных дисциплин образовательных программ, в студенческом научном кружке, на уровне кадров высшей квалификации, в рамках курсов для слушателей непрерывного профессионального образования. Заведующий кафедрой — врач, посвятивший десять лет параллельному с клиническим опытом освоению гуманитарного знания. Коллектив кафедры включает преподавателей с двумя специальностями (врач и юрист, юрист и философ, политолог и юрист), а также философа, культуролога, юриста, практикующего психолога. Кафедра изучает отношения «врач — пациент», чтобы вырабатывать не догматическое, но сущностное (на уровне понимания, а не алгоритмов) умение врача быть «рулевым» в формировании нарратива здоровья пациента. Ведь каждый человек уникален.

Автор: Е.О. Таратухин, заведующий кафедрой медицинского права, этики и антропологии Института мировой медицины



ОБРАЗОВАНИЕ

Не просто пломба, а произведение искусства: студенты осваивают современное микропротезирование

В стенах нашего Университета, где теория всегда подкрепляется практикой, студенты-стоматологи продолжают осваивать самые современные методы лечения. На этот раз — в области восстановления зубов с помощью керамических вкладок, одного из передовых видов микропротезирования.

Что же такое керамическая вкладка? Многие пациенты, услышав этот термин, представляют себе нечто сложное и пугающее. На самом деле это современная и высокотехнологичная альтернатива обычной пломбе. Если кариозная полость слишком велика и установка большой пломбы может привести к тому, что зуб расколется, на помощь приходит вкладка. Ее можно назвать «микропротезом»: она не покрывает зуб полностью, как коронка, а точно, как пазл, вкладывается в него, восстанавливая анатомическую форму и прочность.

Чем же вкладка лучше? Во-первых, она обладает прочностью и долговечностью. Современная керамика по твердости и износостойкости близка к естественной эмали зуба. Во-вторых, вкладка отличается высокой эстетикой. Она идеально подбирается по цвету к соседним зубам, не окрашивается от кофе или чая и не теряет со временем свой блеск. В-третьих, для вкладки характерна точность прилегания. Она изготавливается в зуботехнической лаборатории по цифровому или традиционному слепку, что гарантирует плотное прилегание к тканям зуба и предотвращает развитие кариеса под ней.

Именно этой ювелирной технологии мы обучаем наших студентов на курсе «Зубопротезирование». Путь к пациенту начинается с долгих часов тренировок на фантомах — специальных моделях челюстей. Здесь будущие врачи оттачивают каждый этап: от препарирования полости до снятия оттиска.

И вот наступает самый ответственный момент — работа с пациентами в клинике Университета. Под нашим, преподавательским, контролем студенты полностью проводят всю процедуру установки керамической вкладки. Они самостоятельно выполняют местную анестезию, аккуратно препарируют зуб, убирая все поврежденные ткани, и обеспечивают идеальные условия для будущей конструкции.

Особое внимание мы уделяем работе с коффердамом. Это специальная латексная салфетка, которая изолирует зуб от полости рта. Использование коффердама — это мировой стандарт качества в стоматологии, который гарантирует сухость и чистоту рабочего поля, защищает пациента от попадания растворов, а врачу обеспечивает прекрасный обзор.



Студенты на кафедре ортопедической стоматологии Института стоматологии Пироговского Университета

Мы гордимся, что наши студенты с самого начала привыкают работать по самым высоким протоколам.

После подготовки зуба студенты снимают точный оттиск, по которому в лаборатории будет изготовлена индивидуальная керамическая вкладка. А спустя неделю, на следующем приеме, происходит финальный и самый приятный этап — фиксация готовой конструкции на специальный стоматологический цемент.

Для нас, как для преподавателей, большая гордость — видеть, как наши студенты, волнуясь, уверенно проводят сложную процедуру, а затем — счастливые глаза пациентов, которые получили не

только качественное лечение, но и красивый и естественный результат.

Такая практика — бесценный опыт, который закладывает фундамент будущей профессиональной карьеры студентов. Она доказывает, что в Пироговском Университете готовят не просто врачей, а специалистов, владеющих самыми современными и эффективными технологиями для сохранения здоровья и улыбок наших пациентов.

Авторы: Рахим Муталлим оглы Кулиев, ассистент кафедры ортопедической стоматологии;
Светлана Владимировна Проскокова, д.м.н.,
заведующий кафедрой ортопедической стоматологии



Этапы лечения:

- 1 — зубы до лечения;
- 2 — готовые керамические вкладки из лаборатории;
- 3 — изоляция рабочего поля и подготовка к фиксации керамических вкладок;
- 4 — фиксация керамических вкладок;
- 5 — финальная полировка зубов с новыми вкладками

ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

Бариатрическая хирургия как шанс начать жить по-новому

Ожирение — одно из самых распространенных и сложных заболеваний современности. Когда диеты и спорт бессильны, на помощь приходит бариатрическая хирургия. Что это за метод, кому он может помочь и как меняется жизнь человека после операции? На эти и другие вопросы для нашей газеты ответил Армен Эдуардович Абагян, к.м.н., врач-хирург высшей квалификационной категории, заместитель главного врача Российского геронтологического научно-клинического центра Пироговского Университета.

— Армен Эдуардович, давайте начнем с основного. Что такое бариатрическая хирургия и кому она показана?

— Бариатрическая хирургия — это раздел хирургии, который занимается хирургическим лечением морбидного ожирения. Для понимания нужно сначала рассказать, что такое вообще ожирение. Это заболевание, которое сопровождается избыточным отложением жировой ткани, что влияет на все органы и системы организма.

Есть три степени ожирения, морбидное — это ожирение третьей, самой высокой, степени, когда индекс массы тела 40 и выше. Кроме того, морбидным называют и ожирение второй степени при наличии некоторых сопутствующих и связанных с ним заболеваний, таких как сахарный диабет второго типа, синдром обструктивного апноэ сна, артроз крупных суставов. Дополнительным показанием является невозможность пациента удержать вес после похудения. Если у пациента был индекс массы тела больше 40, он похудел, но опять набирает массу, это может быть показанием для операции.

— Какие существуют виды операций в бариатрической хирургии и каковы различия между ними?

— Бариатрические операции делятся на три основные группы. Первая группа — это рестриктивные операции, которые уменьшают объем желудка, ограничивают количество потребляемой пищи. Вторая группа — это шунтирующие операции, когда выключается определенная часть тонкой кишки из процесса пищеварения, соответственно, путь пищи становится короче, а питательных веществ всасывается меньше. Как самостоятельные операции эта группа практически не применяется. И третья группа — это комбинированная операция, когда и уменьшается рабочая часть желудка, и выполняется шунтирование того или иного участка тонкой кишки.

В основном мы делаем операции первой и третьей групп. Также, бывает, применяется установка внутрижелудочного баллона. Это не является операцией, это эндоскопическая процедура. Баллон вставляется на шесть месяцев и ограничивает объем потребляемой пищи. Это показано при начальных стадиях ожирения, когда оперировать еще рано, но человек самостоятельно не справляется и ему нужна помощь. Также баллон можно ставить на этапе подготовки к операции для первоначального сброса веса, это особенно актуально при сверхожирении.

— Как проходит подготовка пациента перед операцией?

— Подготовка состоит из нескольких этапов. Первый — это, конечно, консультация, где обсуждаем жалобы, выясняем анамнез. Второй этап — это полноценное обследование, инструментальное и лабораторное. Необходимо отличить ожирение, вызванное избыточным потреблением пищи, от симптоматических форм, когда ожирение осложняет течение каких-либо заболеваний. После того как мы выяснили, что показания к операции четкие, а противопоказаний нет, наступает третий этап — небольшой сброс веса перед операцией. Сброс веса показан всем с индексом массы тела больше 45. Человек должен похудеть на 5–10 % от исходного веса. Это значительно снижает операционные риски. Во многих странах, если человек не может похудеть перед операцией, то считается, что человек не в состоянии выполнять рекомендации.

— Есть ли какие-то возрастные ограничения для проведения операции?

— По национальным клиническим рекомендациям кандидатами являются лица от 18 до 60 лет, страдающие морбидным ожирением. Но в более старшей возрастной группе также возможно оперативное лечение по решению консилиума. Мы стараемся людям старше 70 лет таких операций не выполнять. Показания к ним должны быть очень жесткие.



Также во всем мире потихонечку внедряется бариатрическая хирургия у детей, но окончательно этот вопрос еще не решен.

— Насколько эффективны методы хирургического лечения ожирения?

— Хирургическое лечение морбидного ожирения на сегодня является самым эффективным методом, который дает долгосрочный результат и положительно влияет на течение многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой и эндокринных систем. После операции 100 % людей теряют до 80–90 % лишнего веса и 85 % пациентов удерживают его в долгосрочной перспективе. Ни один другой метод лечения не может похвастаться такими результатами.

Но самый удивительный эффект — это резкое улучшение здоровья практически во всех аспектах. При похудении практически у 90 % прооперированных сахарный диабет второго типа уходит в полную ремиссию. Гипертоническая болезнь в очень большом проценте случаев уходит в полную ремиссию. Люди, которые ранее жили на таблетках, просто перестают их принимать. У многих пациентов прекращаются боли в суставах. Бариатрическая хирургия в разы снижает риск острой смерти от сердечных заболеваний. Полностью нормализуется сон, люди, которые не высыпались годами из-за ночного апноэ, снова могут спокойно спать и проснуться отдохнувшими.

Многие после операции смогли забеременеть (ожирение — доказанный фактор риска женского и мужского бесплодия). И это еще не весь список болезней, которые просто исчезают с уходом лишнего веса. И знаете, я не перестаю удивляться положительным преобразованиям людей после операции.

— Какие риски связаны с проведением бариатрических операций? И насколько часто они встречаются?

— Как и в любой другой хирургии, совсем без послеоперационных осложнений не обходится. Знаете,

среди хирургов есть такое выражение: «Осложнений не бывает только у тех, кто не оперирует». При этом благодаря лапароскопии бариатрическая хирургия потихонечку становится одной из безопасных областей хирургии. По статистике, осложнения случаются в 1,5–2,5 % случаев.

— Надо ли пациентам проходить повторные операции после первичного вмешательства?

— Исходно мы настраиваем людей на то, что первая операция должна стать окончательной. Однако, к сожалению, существуют те самые 15 %, которые не меняют пищевые привычки. Сам ограничительный эффект операции длится около двух-трех лет. Если игнорировать рекомендации, возможен рецидив веса. Повторные операции называются ревизионными и выполняются для усиления эффекта первичной операции.

— Как долго длится период восстановления после операции?

— Наиболее трудные первые четыре недели, когда питание должно быть максимально щадящее, до семи-восьми раз в день маленькими порциями. Через месяц уже человек переходит на твердую пищу, четыре-пять раз в день. Через месяц после операции мы разрешаем такие физические нагрузки, как плавание, ходьбу на тренажере. Через три месяца можно заниматься спортом, но по согласованию с врачом, чтобы не навредить себе. Спортсменам заниматься нужно и настоятельно рекомендуется.

— Должен ли человек после операции соблюдать какую-то строгую диету?

— Я не очень люблю слово «диета». Это скорее образ питания. Категорических запретов практически нет. Мы устанавливаем ограниченный объем питания, и в рамках него можно питаться всем, чем хочешь. Нет запретных продуктов, есть запретное количество.

— Может ли операция негативно повлиять на здоровье зубов, волос или кожи?

— В период интенсивной потери веса возможна потеря волос. Все волосы, конечно, не выпадают. Это всё восстанавливается через 12–18 месяцев после операции. Да, возможно появление избытков кожи, и очень часто пациенты нуждаются в пластических операциях. Однако трудно предсказать, столкнется ли человек с этим. В плане же отрицательного влияния на другие органы — скорее нет, наоборот, есть положительный эффект. Зубам ничего не угрожает, если вы адекватно принимаете кальций.

— А как меняются пациенты после операции психологически?

— Они расцветают. Многие говорят, что началась вторая жизнь. Им нравится свое отражение в зеркале, они намного увереннее себя чувствуют. Очень сильно повышается самооценка. Наши пациенты — это люди, которые измучены лишним весом и, как правило, многолетней борьбой с ним. Конечно, избавление от него крайне положительно влияет на психоэмоциональный фон.

— Какие современные методики и разработки Вы и Ваши коллеги используете?

— В первую очередь это лапароскопия. Операция выполняется через несколько проколов, что позволяет сделать ее малотравматичной. Современные лапароскопические стойки оснащены видеосистемами очень высокого качества, что позволяет визуализировать малейшие детали оперируемых органов в необходимом увеличении. Мы также используем сшивающие аппараты последнего поколения. Кроме того, современные электрохирургические девайсы делают операцию практически бескровной. Также активно развивается эндоскопическое ушивание желудка (через гастроскоп), но эта методика в России только на этапе внедрения.

Интервью записал: Иван Коротков

НАУКА

Синдром карпального канала — только травма или что-то большее?

Карпальный туннельный синдром — одна из самых распространенных патологий периферической нервной системы. Появление патологии может быть связано не только с травмами кисти, но и с системными заболеваниями. Ученые и врачи Пироговского Университета изучают причины развития карпального туннельного синдрома и приглашают на обследование пациентов, страдающих от этого заболевания.

Синдром карпального канала — это заболевание, при котором происходит сдавление срединного нерва в узком анатомическом пространстве — карпальном канале в области запястья. Синдром проявляется онемением, чувством «покалывания», болью в области ладонной поверхности первого, второго, третьего и половины четвертого пальцев рук.

Клиническая симптоматика зависит от степени и длительности сдавления срединного нерва. Для тяжелых случаев характерны ограничение движений пальцев, снижение силы сжатия, атрофия мышц кистей, отсутствие возможности взять в руки мелкие предметы, застегнуть пуговицы, использовать мелкую моторику. Всё это заметно ухудшает качество жизни пациента.

Причины возникновения синдрома

Считается, что первопричиной всему является острая травма в области лучезапястного сустава или хроническая микротравматизация.

Если с определением «острая травма» всё ясно, что же подразумевается под термином «хроническая микротравматизация»?

Имеются в виду многолетние и многократно повторяющиеся движения сгибания-разгибания в области лучезапястного сустава, частые несоизмеримые нагрузки в области карпального канала. Подобные движения характерны для представителей мно-

гих профессий, например для скрипачей, пианистов, грузчиков, монтажников, медсестер, а также для работ, связанных с гаджетами, компьютерами, длительной вибрацией, холодом и др. Карпальный туннельный синдром занимает шестое место в мире среди профессиональных заболеваний и является самым распространенным среди патологий периферической нервной системы.

Пациенты с данным заболеванием часто попадают в поле зрения неврологов, травматологов и хирургов. Диагноз подтверждается с помощью электронейромиографии, которая выявляет снижение проводимости волокон срединного нерва.

Основным и действенным вариантом лечения синдрома в настоящий момент остается декомпрессия и невролиз срединного нерва путем оперативного вмешательства, во время которого иссекают карпальную связку и освобождают от сдавления срединный нерв.

Кроме травматизации, к развитию синдрома карпального канала могут приводить некоторые заболевания внутренних органов: сахарный диабет, гипотиреоз, ожирение, хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, системные воспалительные заболевания, амилоидоз.

При адекватном лечении можно избежать появления и прогрессирования данного синдрома.

Как заболевания внутренних органов и тканей могут приводить к развитию карпального туннельного синдрома?

Ожирение

При избыточной массе тела увеличивается количество подкожной жировой клетчатки, которая может дополнительно приводить к сдавлению срединного нерва. При поддержании нормального веса риск возникновения карпального синдрома намного меньше.

Гипотиреоз

У пациентов с гипотиреозом происходит накопление муцинозной жидкости в оболочках нервов и в близлежащих тканях, что также приводит к развитию карпального туннельного синдрома. При поддержании функции щитовидной железы возможен регресс симптомов сдавления срединного нерва.

Сахарный диабет

У пациентов с сахарным диабетом вследствие отложения глюкозы в стенках мелких сосудов нервных волокон нарушается их кровоснабжение, питание и происходит разрушение нейронов (диабетическая периферическая полинейропатия). Помимо этого, в области карпального канала происходит

Продолжение на стр. 11

Строение карпального канала (источник: vecteezy.com)

Атрофия мышц кисти (атрофия тенара кисти указана синей стрелкой) при тяжелом карпальном туннельном синдроме

Тыльная поверхность

Ладонная поверхность

- лучевой нерв
- срединный нерв
- локтевой нерв
- медиальный кожный нерв предплечья
- латеральный кожный нерв предплечья

Схематическое изображение зон чувствительной иннервации кисти

ИННОВАЦИИ

Современные научные подходы в реконструктивной хирургии лицевой зоны: от компьютерного моделирования до клеточных технологий

В обзоре представлен всесторонний анализ ключевых научных направлений и достижений в области реконструктивной хирургии лица. Основное внимание уделено таким инновационным областям, как трансплантация лица, основанная на принципах «теории верного вектора» и цифрового морфоденситометрического анализа, разработка биомедицинских клеточных продуктов, внедрение робот-ассистированных и микрохирургических технологий, а также создание новых хирургических инструментов. Подчеркивается роль междисциплинарного подхода, интегрирующего математическое моделирование, искусственный интеллект и тканевую инженерию для создания персонализированных стратегий лечения пациентов с обширными повреждениями лицевой зоны.

Актуальность развития научных исследований в области реконструкции лицевой зоны обусловлена необходимостью решения социально значимых задач здравоохранения РФ. К ним относятся реабилитация пациентов после боевой травмы, направленная на их социализацию и восстановление эстетических функций, а также повышение качества жизни растущей прослойки лиц пожилого возраста. В ответ на эти вызовы сформировалось несколько ключевых научных направлений, среди которых наиболее актуальными являются:

- трансплантация лица;
- создание новых биомедицинских клеточных продуктов (БМКП);
- изучение механизмов регенерации тканей;
- исследование роли робот-ассистированных технологий;
- совершенствование микрохирургических техник;
- разработка инновационных хирургических техник и инструментов.

Трансплантация лица: от концепции до клинической реализации

Научное направление в трансплантации лица включает создание математических компьютерных моделей с использованием искусственного интеллекта, реализацию концепции «искусство в рамках модели» и разработку алгоритмов персонализированных технологий.

Основой для планирования вмешательств стала «теория верного вектора», демонстрирующая феномены, связанные с физическим перемещением тканей в разных плоскостях, что позволяет добиться максимальной функциональности кожного лоскута при его направленном перемещении. Алгоритм создания модели комплекса пересаживаемых тканей включает последовательные этапы:

1. Определение зон, нуждающихся в восстановлении.
2. Визуализация и реконструкция повреждений костных тканей.
3. Визуализация и реконструкция повреждений мягких тканей.
4. Моделирование алгоритмов восстановления поврежденных областей.

Для этого выполняется трехмерная визуализация на основе серий снимков КТ и МРТ, обработанных в специализированном ПО. Важным инструментом является разработанный метод цифрового морфо-



денситометрического анализа для оценки состояния тканей по изображению, защищенный патентом.

В 2022 году была успешно проведена первая в России трансплантация композитных тканей лица. Успех операции был обеспечен предложенной персонализированной стратегией активации медиатор-иммуносупрессивного эффекта для конкретных воспалительных состояний с контролем воспалительного каскада и универсальной оценкой цитокинового профиля.

В рамках научных исследований было проведено более 40 экспериментальных аллотрансплантаций для совершенствования методик и минимизации иммуносупрессивной нагрузки. Применялись технологии 3D-лазерного сканирования для точного анатомического позиционирования аллотрансплантата. Долгосрочное наблюдение показывает, что восстановление основных функций (дыхание, речь, прием пищи) достигает 85–90 % к двум — четырем годам, что соответствует мировым данным.

Биомедицинские клеточные продукты и регенеративная медицина

Перспективным направлением является создание новых БМКП для реконструкции лицевой области по определенному алгоритму.

1. Клетки донорской ткани высеваются на каркас.
2. Зрелая ткань получается в биореакторах.
3. Клетки удаляются, оставляя внеклеточный матрикс для легкого хранения.
4. После имплантации клетки реципиента мигрируют в матрикс, формируя новую ткань.

Исследования в области регенерации сфокусированы:

- на изучении способов коррекции рубцовых дефектов кожи;
- на исследовании механизмов регенерации при местных лучевых повреждениях (лучевые язвы и фиброзы);
- на разработке алгоритмов устранения рубцовых деформаций (врожденных, приобретенных, посттравматических, послеоперационных);
- на внедрении инновационных методов регенерации тканей у пациентов со склеродермией.

Широко применяется инъекционная трансплантация жировой ткани (липофилинг), демонстрирующая стабильные результаты через шесть месяцев и через год после операции. Метод эффективен для устранения рубцовых деформаций (в том числе за шесть этапов) и коррекции протрузии титановых имплантатов.

К перспективам развития регенеративных технологий относятся:

- изучение регенераторного потенциала тканей для создания персонализированных стратегий лечения;
- лечение рубцовых деформаций и лучевых повреждений с использованием клеточных (БМКП, ММКП — минимально манипулированные клеточные продукты) и постклеточных продуктов (экзосомы);
- применение тканевой инженерии (3D-биопринтинг) для устранения посттравматических и послеоперационных дефектов.

Робот-ассистированные технологии в хирургии лица

Мы начали выполнять роботические операции на системе VERSIUS. Этот робот появился в мире в 2018 году, в Россию его завезли в 2021 году. В 2022 году в Институте пластической хирургии и косметологии сделали первую роботическую абдоминопластику. Роботические операции используются преимущественно в эндоскопической хирургии для формирования доступа без широких разрезов. Робот предоставляет более широкие возможности в технике ушивания диастаза, в перемещении тканей. Также это позволяет сократить время операции.

Преимущества робот-ассистированного подхода:

- превосходная визуализация (HD, 3D, масштабируемость изображения);
- расширенная свобода движения (отсутствие тремора, масштабируемые движения);
- комфорт хирурга;
- повышение точности и снижение травматичности, что особенно важно для работы в труднодоступных анатомических областях.

Послеоперационный период характеризуется быстрым снижением отека и болевых ощущений уже к первому месяцу и активным восстановлением подвижности тканей.

Дальнейшие направления исследований:

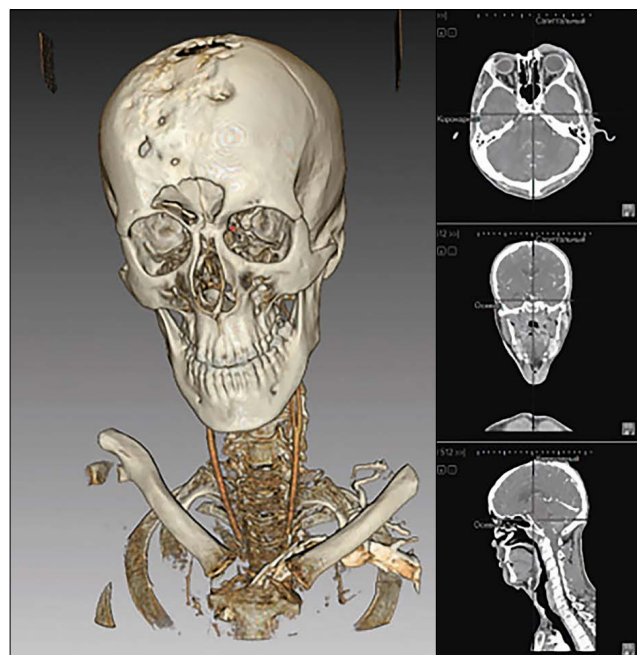
- расширение показаний для робот-ассистированных вмешательств в пластической хирургии;
- разработка новых специализированных роботических инструментов для работы с лицевыми структурами;
- снижение риска осложнений и повышение точности операций за счет интеграции технологий ИИ в системы управления роботами.

Микрохирургические техники: восстановление сложных дефектов

Изучение микрохирургических техник направлено на решение следующих задач:

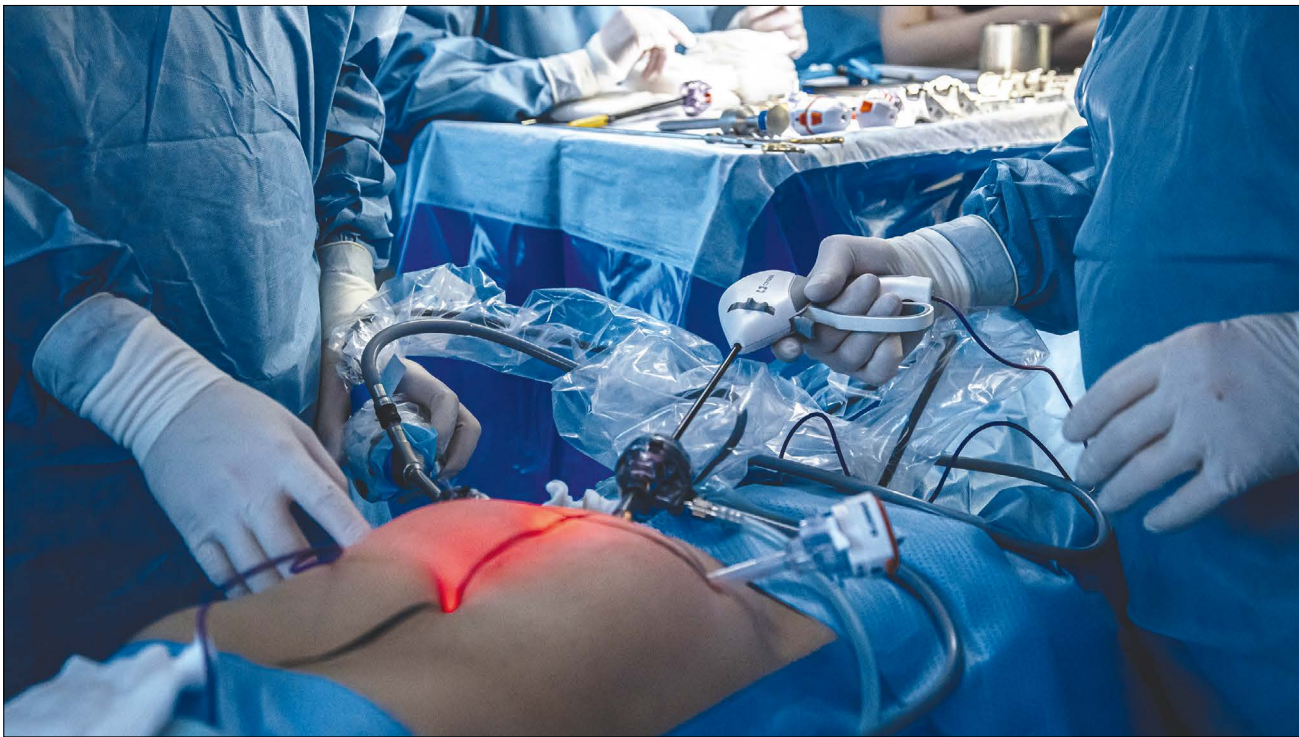
- разработка алгоритмов поэтапного восстановления формы и функции утраченных тканей с использованием алло- и аутоотрансплантатов;
- формирование сосудистых анастомозов для питания пересаженных тканей;
- исследование особенностей приживаемости лоскута.

Клинические случаи демонстрируют успешное устранение сложных огнестрельных и комбинированных дефектов. Например, дефект нижнего



Создание трехмерной модели области восстановления мягких тканей лица

ИННОВАЦИИ



Проведение роботической абдоминопластики



Троакары для лапароскопических операций

отдела лица, включающий нижнюю челюсть, губу и мягкие ткани, был устранен с использованием реваскуляризованных аутоотрансплантатов малоберцовой кости и передней-наружной поверхности бедра с применением индивидуальных хирургических шаблонов.

Другие примеры включают:

- этапное устранение дефектов носа с формированием внутренней выстилки из реваскуляризованного кожно-фасциального лоскута, каркаса из реберного хряща и наружного покрова из парамедиального лоскута со лба;
- устранение комбинированных дефектов свода черепа с помощью пропеллерных лоскутов на основе лоскута передненаружной поверхности бедра с двумя кожными перфорантами;
- восстановление функции мимической мускулатуры при повреждении лицевого нерва методом переключения на жевательный нерв и кросс-пластикой со вставкой из сурального нерва.

Разработка инновационных хирургических инструментов и методик

Ключевой стратегией является разработка и внедрение новых инструментов, таких как:

- анатомически адаптированный инструмент для лифтинга, упрощающий технику, сокращающий время операции и предотвращающий послеоперационные осложнения;
- хирургические нити с индивидуальным подбором материала в зависимости от ткани и области вмешательства, повышающие надежность и скорость заживления;
- инструменты для надежной фиксации шва, предотвращающие его ослабление;
- многоуровневая анатомически ориентированная методика с последовательным устранением деформаций лица и шеи.

Проведенный анализ демонстрирует значительный прогресс в области реконструктивной хирургии лица в России. Достижения в области трансплантологии, подкрепленные фундаментальными разработками в области компьютерного моделирования и иммуносупрессии, успешное внедрение роботических систем, активное развитие клеточных технологий и микрохирургических методов, создание новых хирургических инструментов формируют комплексный научно-практический подход.

Важнейшим фундаментом для этих достижений стала масштабная работа по систематизации и развитию специальности «Пластическая хирур-

гия» в России, включающая введение профессионального стандарта, открытие кафедр в 18 регионах, создание РОПРЭХ, увеличение срока обучения в ординатуре, открытие диссертационного совета и подготовку национальных руководств. Дальнейшая интеграция междисциплинарных исследований обещает новые прорывы в восстановлении формы и функции лицевой зоны, возвращая пациентам не только внешность, но и качество жизни.

Нами был представлен авторский подход к планированию и проведению пластических операций на лице. Суть метода заключается в использовании пластическим хирургом знаний из области изобразительного искусства для получения эстетически верного результата и сохранения естественности и индивидуальности наших пациентов: проведение хирургических манипуляций должно производиться с учетом метроритмических взаимодействий в структуре лица. Гармоничный визуальный результат операции достигается не только за счет безупречной хирургической техники, но и с учетом определения верного вектора перемещения мягких тканей.

Автор: Н.Е. Мантурова, д.м.н.,
заведующий кафедрой пластической, реконструктивной
хирургии, косметологии и клеточных технологий ИНОПР
Пироговского Университета

НАУКА: СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

Продолжение, начало на стр. 9

отложение продукта метаболизма глюкозы — сорбитола, который может приводить к сдавлению срединного нерва. При контролируемом течении сахарного диабета и достижении целевых цифр гликированного гемоглобина можно избежать развития поражения срединного нерва.

Системные воспалительные заболевания

Причиной синдрома карпального канала у пациентов с ревматоидным артритом, системной склеродермией, подагрой, псориатической болезнью, системной красной волчанкой может быть воспаление сухожилий мышц в области карпального канала, а также воспаление лучезапястного сустава, отек тканей. При системных васкулитах возникает прямое поражение нервных волокон из-за нарушения кровоснабжения при воспалении сосудов, питающих нервы. При системной склеродермии характерно разрастание соединительной ткани (фибрина) в области карпального канала. При подагре могут происходить отложения мочевой кислоты, что также способствует сдавлению срединного нерва. При грамотном введении и лечении можно избежать возникновения данного осложнения.

Амилоидоз

В настоящее время выявлено 36 типов амилоидоза, которыми занимаются разные специалисты. Наиболее часто встречаются AL-амилоидоз,

AA-амилоидоз и ATTR-амилоидоз. При любом типе амилоидоза у пациентов во всех органах и тканях, в том числе в области карпального канала, откладывается патологический белок — амилоид. Синдром карпального канала часто является первым проявлением этой тяжелой патологии. Операции по декомпрессии срединного нерва пациентам с этим заболеванием недостаточно. Эти пациенты обычно остаются недоисследованными и попадают в поле зрения клиницистов при развитии серьезных осложнений — тяжелой сердечной недостаточности и выраженного повреждения почечного фильтра.

Такая ситуация складывается из-за того, что не все специалисты проводят скрининг на амилоидоз как на причину поражения органов и тканей. Кроме того, не всегда имеются возможности проводить дополнительные обследования, например, гистологическое исследование биоптата ткани с использованием специальной окраски (Конго красный) для выявления амилоида, не проводится и генетическое тестирование для определения наследственного ATTR-амилоидоза.

На кафедре пропедевтики внутренних болезней № 2 Института клинической медицины Пироговского Университета (на базе Городской клинической больницы № 31 имени академика Г.М. Савельевой) в сотрудничестве с Научно-исследовательским институтом морфологии человека имени академика А.П. Авцына и кафедрой неврологии Пирогов-

ского Университета проводятся обследования для выявления причин развития карпального туннельного синдрома, подтвержденного результатами электронейромиографии.

В отделении микрохирургии под руководством опытных хирургов проходят операции по декомпрессии срединного нерва. Дополнительно проводится биопсия карпальной связки для проведения гистологического исследования, включая определение амилоида, а также генетическое исследование сухих пятен крови на выявление/исключение наследственного ATTR-амилоидоза.

При совместном усилии микрохирургов, терапевтов, кардиологов, функциональных диагностов, неврологов пациенты проходят более тщательное обследование и ведение, находятся под наблюдением специалистов. Совместные усилия команды врачей позволяют индивидуально подходить к каждому пациенту и оптимизировать ведение заболевания.

Авторы: А.А. Ковалёва, Е.В. Резник,
кафедра пропедевтики внутренних болезней № 2
Института клинической медицины

Кафедра пропедевтики внутренних болезней № 2 Института клинической медицины приглашает пациентов, у которых был выявлен синдром карпального канала, на консультацию в ГКБ № 31 имени академика Г.М. Савельевой.

ИННОВАЦИИ

Как новое изобретение российских ученых возвращает возможность дышать полной грудью

Хронический рубцовый стеноз гортани и трахеи остается одной из наиболее сложных проблем современной оториноларингологии, представляя собой серьезный вызов для хирургов-реконструкторов. Новая система анатомически адаптированных силиконовых стентов, разработанная сотрудниками Института хирургии Пироговского Университета в соавторстве с коллегами из научно-исследовательского отдела (НИО) реконструктивной хирургии полых органов шеи Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии (НИКИО) имени Л.И. Свержевского — это принципиально новый подход к восстановлению дыхательных путей, позволяющий обеспечить стабильный физиологичный дыхательный просвет с одновременной минимизацией травматизации слизистой оболочки.

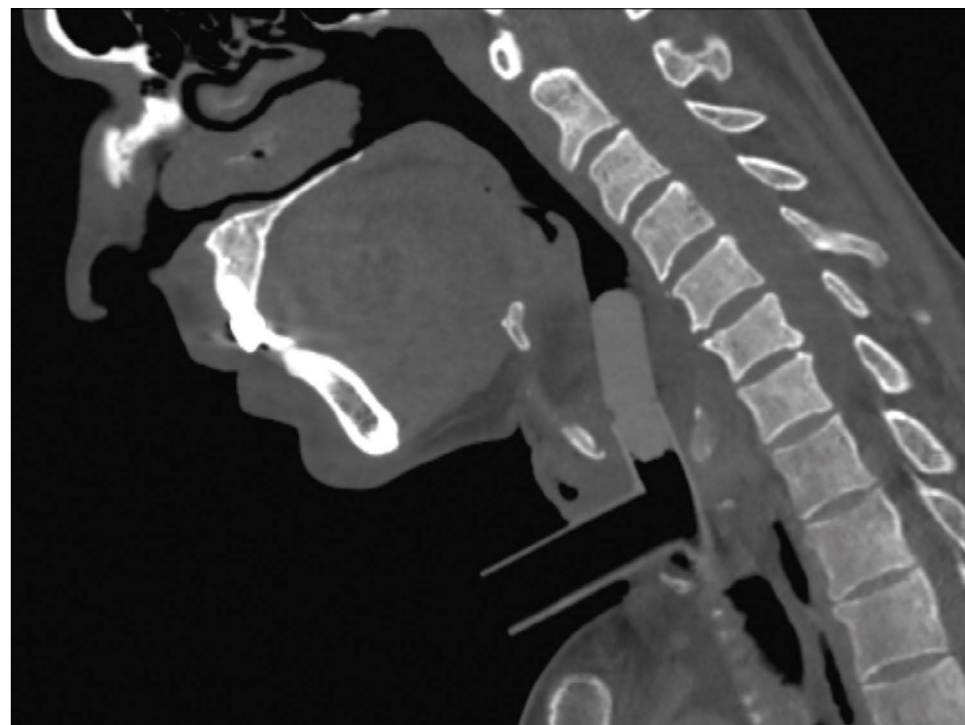
Хронический рубцовый стеноз гортани и трахеи — тяжелое заболевание, при котором возникает стойкое сужение просвета дыхательных путей вследствие разрастания плотной соединительной ткани. Это приводит к развитию дыхательной недостаточности различной степени выраженности. Данная патология может развиваться как осложнение после длительной искусственной вентиляции легких, неправильно выполненной трахеостомии, травматических повреждений шеи, химических или термических ожогов.

Особенность заболевания заключается в том, что симптомы нарастают постепенно: сначала пациент отмечает одышку лишь при физической нагрузке, затем затруднение дыхания становится более выраженным, возникает изменение голоса. Это приводит к тому, что пациенты не сразу обращаются за специализированной помощью. Зачастую заболевание диагностируют только после того, как возникает тяжелая одышка, требующая наложения трахеостомы. Пациенты с рубцовым стенозом гортани и трахеи испытывают значительное снижение качества жизни. Социальная значимость заболевания обусловлена тем, что большинство пациентов — люди молодого и среднего возраста. Необходимость постоянного ношения трахеостомической трубки создает серьезные психологические и социальные проблемы: возникает коммуникативный барьер, отмечаются сложности с трудоустройством и ограничение социальных контактов. Длительное лечение, многократные госпитализации и сложные хирургические вмешательства приводят к значительным экономическим затратам для системы здравоохранения.

Основной метод лечения протяженного рубцового стеноза — хирургические вмешательства, направленные на восстановление проходимости и функции дыхательных путей. Заживление раневой поверхности ввиду особенностей анатомического строения гортани и трахеи продолжительное, и нередко реконструированная область подвержена рестенозированию — повторному сужению просвета дыхательных путей после проведенного хирургического лечения, обусловленному избыточным неконтролируемым рубцеванием. Для предотвращения этого осложнения используются различные методы стентирования. Однако до недавнего времени не существовало стентов, полностью удовлетворяющих потребностям оториноларингологов.



Соавторы изобретения (слева направо): Р.Ф. Мамедов, старший научный сотрудник НИО реконструктивной хирургии полых органов шеи НИКИО им. Л.И. Свержевского; Е.А. Кирасирова, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии имени академика Б.С. Преображенского ИХ Пироговского Университета, заведующий НИО реконструктивной хирургии полых органов шеи НИКИО им. Л.И. Свержевского; В.А. Трусов, ассистент кафедры оториноларингологии имени академика Б.С. Преображенского ИХ Пироговского Университета



Разработанные анатомически адаптированные стенты для формирования физиологичного просвета гортани и трахеи в послеоперационном периоде

ИННОВАЦИИ

Сотрудники кафедры оториноларингологии имени академика Б.С. Преображенского Института хирургии Пироговского Университета совместно с сотрудниками НИКИО им. Л.И. Свержевского предложили принципиально новый подход к решению этой проблемы: использовать систему анатомически адаптированных силиконовых стентов — медицинских устройств для дилатации дыхательных путей, конструкция которых учитывает морфофункциональные особенности различных отделов гортанно-трахеального комплекса. Выбор материала обусловлен его уникальными свойствами: он обеспечивает необходимую упругость для формирования стойкого и физиологического просвета дыхательных путей в сочетании с минимальной травматичностью. Гидрофобные поверхности силикона значительно снижают бактериальную адгезию. Конструктивные особенности стента позволяют точно позиционировать его в зоне реконструкции и обеспечивать стабильную фиксацию при сохранении физиологической подвижности структур гортани. Надежная фиксация и точное позиционирование стентов в просвете дыхательных путей реализуются путем их крепления на стандартной силиконовой Т-образной трахеостомической трубке.

Важное преимущество новой разработки — это то, что пациенты могут сами ухаживать за трахеостомой. После обучения они могут осуществлять гигиенические процедуры и при необходимости устанавливать стент без помощи медицинского персонала.

На основании комплексного анализа клинических данных был разработан усовершенствованный алгоритм лечения пациентов после реконструктивных операций, который включает: тщательное предоперационное обследование с оценкой коморбидного фона; проведение мультиспиральной компьютерной томографии гортани и трахеи; трехмерную реконструкцию органов для точного определения протяженности стеноза; дифференцированный подбор стента с учетом точной локализации и протяженности стеноза; персонализированное определение сроков стентирования.

Для объективной оценки динамики заживления была разработана шкала индекса покрытия фибриновым налетом (ИПФН) — стандартизированного полуколичественного показателя для оценки выраженности фибриновых наложений на раневой поверхности в послеоперационном периоде, который рассчитывается на основе оценки площади покрытия и толщины/плотности налета.

Клиническая эффективность новой методики подтверждена значительным увеличением частоты успешной деканюляции (последнего этапа хирургического лечения, заключающегося в удалении трахеостомической трубки и восстановлении самостоятельного дыхания) и уменьшением частоты повторных вмешательств по сравнению с существующими стентами.

Таким образом, разработанная современная лечебная тактика лечения хронического рубцо-

вого стеноза гортани и трахеи является примером целостного и научно обоснованного подхода к решению сложной медицинской задачи.

Комплексный метод, включающий не только уникальный стент, но и продуманный алгоритм ведения пациента (от предоперационной подготовки до амбулаторного наблюдения) с использованием динамического эндоскопического контроля, позволяет значительно улучшить функциональные результаты лечения. Разработанные стенты защищены патентами Российской Федерации и были отмечены в числе финалистов конкурса «Успешный патент» Роспатента в 2024 году. Полученные результаты убедительно доказывают, что использование разработанных стентов в сочетании с комплексным алгоритмом ведения пациентов обеспечивает не только высокую клиническую эффективность, но и значительное улучшение качества жизни пациентов. Данная методика представляет собой пример успешного внедрения современных научных разработок в клиническую практику и может быть рекомендована для широкого использования в специализированных медицинских учреждениях. Интеграция современных научных достижений позволяет оказывать эффективную помощь даже в самых сложных случаях, возвращая пациентам возможность вести полноценную жизнь.

Автор: В.А. Трусов, ассистент кафедры оториноларингологии имени академика Б.С. Преображенского ИХ Пироговского Университета

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Врачи РДКБ спасли семимесячную девочку от тяжелого поражения головного мозга

Специалисты Российской детской клинической больницы (РДКБ) — филиала Пироговского Университета провели успешное лечение семимесячной девочки с редкой врожденной патологией — очаговой формой гиперинсулинизма. Чтобы спасти ребенка от тяжелого поражения головного мозга, команда хирургов провела сложнейшую реконструктивную операцию на поджелудочной железе, сохранив ее функции.

Заболевание у маленькой пациентки из Челябинской области проявилось сразу после рождения. Уже на пятые сутки жизни у ребенка была выявлена критически низкая концентрация глюкозы в крови — гипогликемия.

Врачи по месту жительства установили диагноз — врожденный гиперинсулинизм. При этом состоянии поджелудочная железа вырабатывает чрезмерное количество инсулина, что приводит к опасному падению уровня сахара и необходимости постоянного введения глюкозы. Как объяснила Елена Степановна Демина, заведующий детским эндокринологическим отделением РДКБ — филиала Пироговского Университета, к.м.н., такая ситуация создает риски тяжелого поражения головного мозга — от судорожных синдромов до задержки развития и других нейродегенеративных симптомов.

В возрасте семи месяцев ребенка госпитализировали в РДКБ. Мультидисциплинарная команда врачей установила, что гиперинсулинизм у девочки протекает в очаговой форме и обусловлен аномальным скоплением бета-клеток, которые бесконтрольно вырабатывают инсулин. Данная форма заболевания позволяет провести хирургическое лечение, не требующее тотального удаления поджелудочной железы.

Перед хирургами стояла сложнейшая задача — удалить патологический очаг, сохранив как можно больше здоровой ткани органа.

«Поджелудочная железа тесно связана с жизненно важными структурами и магистральными сосудами. Патологический очаг располагался в самом труднодоступном месте — на границе «головки» и «хвоста» органа. Мы выполнили одну из самых сложных операций в панкреатохирургии — удалили центральную часть железы, где находился очаг, а для сохранения функции оставшихся «головки» и «хвоста» железы провели масштабную реконструкцию», — рассказал Дионисий Александрович Петров, к.м.н., руководитель Междисциплинарного



Врачи хирургического отделения РДКБ

центра реконструктивной и восстановительной хирургии брюшной полости РДКБ.

Хирурги герметизировали «головку», сохранив ее сообщение с двенадцатиперстной кишкой для отвода панкреатического сока. А к «хвосту» подшили петлю из тонкой кишки, создав новый путь для сока в кишечник. В итоге у девочки остались две отдельные функционирующие части железы.

Это позволило сохранить максимальный объем здоровой ткани и способность поджелудочной железы выполнять две ключевые функции: участие в пищеварении и выработку инсулина.

Результаты послеоперационных обследований показали, что уровень сахара в крови девочки нормализовался, поэтому в постоянном введении глюкозы больше не было необходимости.

Специалистам РДКБ — филиала Пироговского Университета благодаря слаженной работе удалось добиться очень редкого достижения в эндокринологии — полностью вылечить заболевание за счет хирургического устранения его источника.

Врачи не только устранили угрозу для развития ребенка, но и сохранили важнейшие функции организма для полноценной жизни.

Автор: Иван Комаров



КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ

Доктор и пациент — это единый фронт

Профессиональный путь Евгения Ивановича Гусева — готовый сценарий для вдохновляющего фильма: выпускник 2-го МГМИ имени Н.И. Пирогова (ныне — Пироговский Университет), начавший лечебную и научную деятельность главным врачом в сельской больнице в Калужской области, создал одну из ведущих неврологических школ мира. Почетный заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Института нейронаук и нейротехнологий Пироговского Университета академик РАН Евгений Иванович Гусев рассказал о «пироговском духе», важности контакта с пациентами и главных принципах в медицине.

— Евгений Иванович, спасибо за то, что нашли время, чтобы поговорить. Начнем с самых истоков. Почему Вы решили поступать именно в медицинский университет? Что в тот момент стало главным мотивом — пример семьи, интерес к науке, романтика профессии? Были ли у Вас сомнения или альтернативные варианты?

— Думаю, я здесь не скажу ничего сверхъестественного. Мне просто хотелось быть полезным для людей, для пациентов, облегчать их страдания. Помогать. И детям, и взрослым. Именно поэтому я посчитал целесообразным поступать на педиатрический факультет: там не только дети, но и взрослые изучаются, во всех аспектах. И в плане физиологии, и в плане патологических изменений, и, конечно, с точки зрения возрастного подхода. Такое всестороннее обучение, как мне кажется, стало основой, фундаментом, который позволил мне с самого начала двигаться по правильному пути.

— Почему Ваш выбор пал именно на 2-й Московский медицинский институт? В чем, на Ваш взгляд, проявляется «пироговский дух», отличающий выпускников нашего вуза?

— Я думаю, ответ на оба этих вопроса можно сформулировать так: здесь с самого начала прививают особое, целостное отношение к пациенту. В Пироговском Университете — и тогда, и сейчас — учат учитывать всё: специфику болезни, возраст, социальную среду, условия жизни. Именно этот подход, эта школа видеть пациента как личность, а не просто как случай болезни, и формирует тот самый «пироговский дух». Пациенты чувствуют эту разницу — когда лечение подобрано с учетом индивидуальных нюансов, оно становится по-настоящему своевременным и эффективным.

Кроме того, «пироговский дух»... сложно выразить в одном предложении. Это, безусловно, высочайшая требовательность к себе и своим знаниям. Это культ клинического мышления, когда пациент воспринимается как целая вселенная для анализа. Это ответственность, которая воспитывается с первых курсов. И конечно, это особая солидарность,



взаимовыручка. Мы чувствовали и чувствуем себя частью большого и серьезного дела.

— Что из университетской программы и студенческой жизни того времени оказалось для Вас самым ценным «багажом», который пригодился в будущем?

— Самым ценным багажом для меня стала школа междисциплинарного мышления. Ведь очень часто

бывает необходим консилиумный подход, объединение знаний разных специалистов для выбора оптимальной тактики. Этот принцип коллегиальности и комплексного взгляда на пациента я пронес через всю свою практику. И второй момент — это, конечно, общение с преподавателями. Видеть, как мыслят великие клиницисты, как они подходят к каждому пациенту индивидуально, как они разгадывают каждый случай, — это бесценный опыт, который формирует тебя и остается с тобой на всю оставшуюся жизнь.

— Среди Ваших наставников кого бы Вы назвали своими главными Учителями с большой буквы?

— Это были выдающиеся клиницисты и ученые. Это Левон Оганесович Бадалян, который блестяще знал неврологию и тонко понимал возрастные особенности пациентов — от самых юных до пожилых. Это Юрий Евгеньевич Вельтищев, чье имя сейчас носит научный институт, легендарный педиатр и клинический биохимик. Это Александр Николаевич Коновалов, один из ведущих нейрохирургов мира, чья помощь в самых сложных случаях была неоценима.

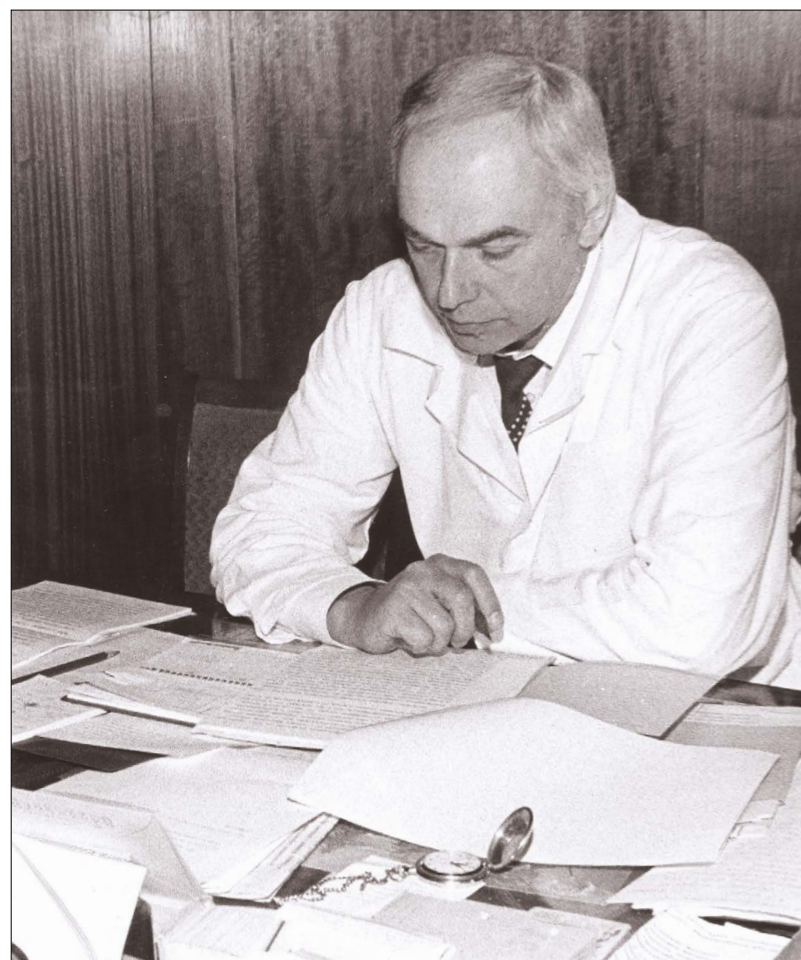
Многих из моих учителей, корифеев медицины, сегодня с нами уже нет, но их дело живет — в спасенных жизнях, в учениках, в самой методологии подхода к пациенту. Я благодарен им, они никогда не отказывали в совете и щедро делились опытом. Например, я на всю жизнь усвоил, что нельзя слепо следовать за новым препаратом. Нужно понимать его точное место в комплексной стратегии лечения, учитывая все индивидуальные особенности пациента.

— Под Вашим руководством защищены десятки диссертаций, Ваши ученики возглавляют кафедры. По каким ключевым признакам Вы различаете в молодом враче потенциал?

— Главный признак — это глубинное внимание к пациенту как к личности. Такой врач понимает, что болезнь — это динамичный процесс, а лечение — это союз с пациентом и его семьей. Он видит цель своей работы не в получении каких-то регалий, а в реальном вкладе в практику, а своей главной задачей считает помощь пациенту. Такой специа-



На студенческой конференции, 1970-е годы



В рабочем кабинете, 1990-е годы

КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ



Марина Раульевна и Евгений Иванович Гусевы



В.В. Путин, Т.А. Голикова и С.С. Собянин в неврологической клинике Городской клинической больницы № 1 имени Н.И. Пирогова, 2011 год

лист осознает, что доктор и пациент — это единый фронт. Вот именно на это я обращаю внимание.

— Ваша дочь также связала жизнь с медициной, стала профессором кафедры, защитила кандидатскую диссертацию. Как Вы считаете, профессиональная династия — это больше преимущество или ответственность для детей?

— Это очень тонкий вопрос. Здесь нет такой четкой границы. Это и преимущество, и огромная ответственность. Преимущество — в возможности перенять не только знания, но и этические принципы, подход. А ответственность — в том, что нельзя останавливаться, нужно соответствовать высокой планке, продолжать дело, нести его дальше.

— Среди Ваших учеников наверняка есть истории особого успеха. Кем Вы гордитесь больше всего?

— Надо сказать, что у нас все очень достойные люди, многие из них сейчас занимают высокие и важные должности. Я горжусь тем, что многие стали отличными специалистами, настоящими лидерами. Они все — продолжение общего дела.

— Если бы Вам нужно было дать три главных совета амбициозному молодому студенту, который задумывается о серьезной карьере в медицине, что бы это было?

— Первый и главный — сохранять в себе желание помочь своему пациенту. Помочь. Всё начинается с этого. Второе — никогда не терять внимания

к деталям и к динамике процесса болезни. И третье — уметь работать вместе: с пациентом, с коллегами, с представителями других специальностей.

— Есть ли такой случай из Вашей практики, который Вы считаете самым поучительным?

— Поучительных случаев много. Но самый главный урок, который повторяется из раза в раз, — это важность того самого «единого фронта». Когда не только врач бьется за пациента, но и пациент, его семья полностью включаются в процесс, верят, выполняют рекомендации, внимательно наблюдают и сообщают о малейших изменениях — результат

«Когда лечение подобрано с учетом индивидуальных нюансов, оно становится по-настоящему своевременным и эффективным».

”



Участники конференции Российско-Германского неврологического общества, Германия, 1993 год

всегда принципиально иной. Это касается и острых состояний, и хронических болезней. Случаи, где удавалось вытащить человека с самого края, часто были связаны с прочным союзом врача, пациента и его родных.

— Как, по-Вашему, должно быть устроено взаимодействие между фундаментальной наукой и клинической практикой, чтобы рождались прорывные идеи?

— Должно быть адекватное, тесное взаимодействие. Нельзя просто взять и применить новое средство потому, что оно есть. Нужно понимать его место в общей картине лечения конкретного человека, учитывать всё: от наследственности до условий жизни. Мы всегда должны прислушиваться к данным науки, но проверять и корректировать их на практике.

Часто самые важные вопросы для фундаментальной науки рождаются из нерешенных клинических проблем. И наоборот, открытия в лаборатории должны как можно скорее проходить проверку на применимость в клинических условиях.

— Ваши коллеги отмечают Вашу невероятную работоспособность и энергию. В чем Вы находите источник сил и вдохновения для такой многогранной работы на протяжении всей жизни?

— Источник — в самой работе. Когда видишь, что твои знания, внимание, усилия действительно меняют ситуацию, облегчают страдания, возвращают человека к жизни, — это дает мощный заряд энергии. Когда видишь, как студент превращается в мастера, как сложный диагноз становится ясным, как отчаявшийся пациент обретает надежду, — всё это невероятно вдохновляет и дает силы.

Интервью записал: Иван Коротков



Сайт: alumni2med.ru



[alumni2med](https://vk.com/alumni2med)

СПОРТ

Новые вершины «Эвереста»: от триумфа на льду к покорению новых высот

Зимние виды спорта по-своему красивы и обворожительны и пользуются большой популярностью в нашей стране. Пироговский Университет — не исключение, спортсмены из числа студентов и сотрудников развивают различные направления, среди которых фигурное катание, лыжный спорт и хоккей.

Фигуристы Пироговского Университета

Жизнь у наших фигуристов действительно насыщенная: четыре тренировки в неделю, которые посещают около 60 спортсменов. Секция существует уже не один год, в сентябре 2021 года прошли первые тренировки, а в декабре 2022-го было поставлено первое ледовое шоу, ставшее уже традиционным. В декабре минувшего года шоу также состоялось и увенчалось невероятным успехом. Но останавливаться на этом наши фигуристы не планируют, и сейчас все силы направлены на постановку ледового шоу «Алиса в Стране чудес», которое пройдет в апреле. О секции фигурного катания в Пироговском Университете говорят уже по всей Москве, а всё благодаря презентации Ассоциации студенческих спортивных клубов России (АССК) России, которая прошла в конце 2025 года. Ведущие студенческие спортивные клубы Москвы презентовали лучшие кейсы в рамках своей деятельности, и от спортивного клуба «Эверест» выступили Адель Сунгатуллин и Любовь Сотникова. Коллеги из других клубов отметили уникальность такой секции и сразу предложили варианты сотрудничества и коллабораций. Таким образом, упорный труд тренера, капитана и остальной команды секции не остался незамеченным, а мы желаем им еще больше побед и красочных шоу.

Новый год — новые планы

Активисты спортивного клуба «Эверест», отдохнувшие и свежие, входят в новый год с грандиозными планами. Январь полон праздников, и среди них — День студента и именины всех Татьян. В честь Дня студентов Ассоциация студенческих спортивных клубов проводит ежегодный проект «Спортивная студенческая ночь». Студенты



московских вузов собираются вместе, чтобы посоревноваться в спортивной эстафете на льду, поболеть за своих спортсменов и обязательно попасть на массовое катание. Это место станет и точкой притяжения активистов спортивного клуба «Эверест», осталось только взять с собой свои любимые коньки. А любители лыж уже знают: скоро пройдет традиционный лыжный поход «Метелица». Никакая погода не станет помехой для этого мероприятия, в прошлом году ребята нашли выход из ситуации с отсутствием снега и переформатировали поход на лыжах в пеший поход с лыжными палочками. Как бы то ни было, «Метелица» любима студентами, так как приурочена ко Дню защитника Отечества и завершается возложением цветов к памятнику в честь погибшей летчицы Келлы Борисовны Уральской и к монументу защитникам Москвы. Эти и другие мероприятия могут стать отличной подготовкой к одному из флагманских соревнований для медицинских вузов: Всероссийскому фестивалю спорта студентов медицинских и фармацевтических вузов России «Физическая

культура и спорт — вторая профессия врача». Прошлый год принес медали Пироговскому Университету как на зональном, так и на всероссийском этапе, а в 2026 году спортсмены настроены кратно увеличить количество первых и призовых мест.

Новое поколение спортивных журналистов

В декабре 2025 года завершилась школа «СпортМЕДиа», в которой прошло обучение по восьми направлениям: аудиоподкастам, видеоподкастам, блогерству, видеосъемке, интервью, комментаторству, фотосъемке и ведению социальных сетей. Студенты прошли полноценный курс, получили ценные знания от экспертов в области медиа и даже уже перешли к созданию собственных проектов. Ученики группы «Аудиоподкасты» презентовали собственный проект «У подножия», в котором рассказывали, что планируют начать записывать подкасты на тему спорта в медицинском Университете и нести для слушателей основную идею, что здоровье пациента начинается со здоровья врача, а в этом студентам

Пироговского Университета как раз и помогают занятия спортом. Капитанов футбольной команды и сборной по гребному спорту — Александра Дмитренко и Георгия Шаманова — ждет большая работа по запуску этого проекта. Надеемся, что в 2026 году в наушниках у студентов по пути на пары будет звучать очередной аудиоподкаст от активистов спортивного клуба.

Пожелание от председателя студенческого спортивного клуба «Эверест» Федора Колзина:

«Дорогие спортсмены, активисты и члены спортивного клуба «Эверест». Мы завершили год, полный побед и незабываемых моментов. Каждый из вас достиг своих целей и стал лучшей версией себя! Вспомните 2025 год: тренировки под дождем и солнцем в УСОК «Конаково», личные рекорды, которые казались невозможными, поддержка друзей и тренера в самые сложные моменты. Мы доказали себе и всем, что «Эверест» — это не просто название. Это символ нашей решимости и нашего духа. В новом году перед нами стоят новые, еще более высокие вершины. Это не только призы и награды, но и личностный рост, совершенствование мастерства, укрепление нашего спортивного сообщества. Помните главный закон спорта и жизни: побеждают не те, кто никогда не падает, а те, кто встает снова и снова, кто не сдается. Вера в себя, честный труд и преданность идеалам — вот наше настоящее оружие. В 2026 году давайте будем смелее, целеустремленнее и добрее. Давайте поддерживать друг друга на каждом этапе. Давайте вместе покорим все вершины, которые нас ждут!»

Авторы: Кирилл Смышляев, Анастасия Васина, Федор Колзин



Газета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова «Университетская газета». Выходит с 1932 года.
Учредитель и издатель:
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет).

Адрес редакции и издателя:
117997, г. Москва,
ул. Островитянова, д. 1.

E-mail:
pr-rnmu@rsmu.ru

Главный редактор:
Г.Г. Надарейшвили.

Над номером работали:
Е.А. Богданова, Ю.В. Корчагина,

Н.В. Колосова, М.В. Соколова,
Н.Е. Мантурова, С.О. Лукьянова,
О.Ю. Гусева, Е.О. Таратухин,
Р.М. Кулиев, С.В. Просокова,
И.С. Коротков, А.А. Ковалёва,
Е.В. Резник, Е.А. Кирасирова,
В.А. Трусов, И.А. Комаров,
К.А. Смышляев, А.Д. Васина,
Ф.М. Колзин, А.А. Филатов,
М.Д. Зайцева, М.А. Майоров.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Материалы принимаются к публикации без выплаты авторских гонораров.
Рукописи не возвращаются и не рецензируются.
При перепечатке ссылка на «Университетскую газету» обязательна.

Газета распространяется бесплатно.
Отпечатано в типографии ИП Кольцов П.И., г. Воронеж.
Подписано в печать 12 января 2026 г.
Тираж 999 экз.
Выход в свет 19 января 2026 г.
© Пироговский Университет

