

Выпуск №3

LECH DAILY

↗ @studsovet_lech

02 День белорусской
науки

05 Генетические заболевания
ХОБЛ

10 Сколиоз в акушерской
практике

13 Интервью с
деканом



День белорусской науки

Ежегодно в последнее воскресенье января в Республике Беларусь отмечается День белорусской науки, официально установленный в 1993 году.

Наука во все времена являлась мощным ресурсом экономических преобразований, важнейшей составляющей национального богатства, движущей силой технического прогресса. Белорусская наука имеет богатую историю. Уже в десятом веке на территории современной Беларуси существовали образовательные центры, где изучались различные научные дисциплины. Впоследствии, с созданием Белорусской академии наук в 1929 году, научная деятельность в стране получила официальное признание и стала развиваться еще быстрее.

По сложившейся традиции деятелей науки поздравляет Президент Беларуси, а в рамках праздничных мероприятий, посвященных Дню белорусской науки, проводятся научные конференции, выставки, дни открытых дверей в научных, научно-производственных организациях и учреждениях высшего образования.

Также проводится республиканское собрание научной общественности, в ходе которого вручают награды представителям академической, вузовской и отраслевой науки, внесшим наиболее значимый вклад в развитие научной, научно-технической и инновационной деятельности.

На 2023 год в Республике Беларусь 448 организаций выполняли научные исследования и разработки. В Беларуси успешно работают авторитетные научные школы мирового уровня по ряду фундаментальных направлений, включая оптику, квантовую электронику и фотонику, математику, теплофизику и энергетику, материаловедение, машиностроение, геологию, генетику и цитологию, биоорганическую химию, аграрные и общественные науки.

За 2023 год внедрены в организации Минздрава 685 новых методов оказания медицинской помощи. В минувшем году проведено 77 научных мероприятий, среди них 7 форумов и конгрессов, 31 семинар, 13 научно-практических республиканских конференций и 26 научно-практических конференций с международным участием.

К наиболее значимым разработкам организаций Минздрава Республики Беларусь можно отнести следующие:

1. Использование среды виртуальной реальности для лечения пациентов с головокружением.

Разработан и реализован способ количественной оценки состояния функции равновесия в среде виртуальной реальности и определения количественных параметров устойчивого равновесия. Достоинства разработанного способа: комфортность обследования; высокая чувствительность, позволяющая оценить реакцию на физические и психические воздействия; автоматический расчет основных параметров с возможностью динамического контроля. Установлено улучшение состояния равновесия у пациентов с вестибулярной дисфункцией на 60 % после курса тренировок в среде виртуальной реальности.

2. Метод медицинской профилактики недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией.

Метод лечения и медицинской профилактики тяжелых форм бронхолегочной дисплазии использовался у 8 детей,

родившихся в сроке гестации от 22 до 32 недель. Возраст детей на момент первого введения — $30,4 \pm 10,4$ суток жизни, срок гестации $32,3 \pm 1,2$ недели. У детей, получивших клеточную терапию, тяжелых форм бронхолегочной дисплазии не развилось.

3. Метод лечения нарушений психоневрологического развития у недоношенных детей.

Клеточная терапия показала свою эффективность и при лечении нарушений психоневрологического развития у недоношенных детей, родившихся в сроке гестации от 22 до 32 недель. Пролечены 20 пациентов. В возрасте полутора лет дети, получившие стволовые клетки пуповины, имели нормальный уровень развития тонкой, грубой моторики, перцепции, соответствовали возрастной норме в довербальном и социальном развитии. Пациенты наблюдаются в течение 4 лет. Реакций, побочных эффектов и неблагоприятных отдаленных последствий клеточной терапии не выявлено.

4. Технология получения девитализированного бесклеточного матрикса печени человека.

Предложенная технология обеспечивает практически полное удаление клеточного компонента из нативной ткани без повреждения экстрацеллюлярного матрикса. Разработанная технология позволяет создавать прототипы искусственной печени в том числе для применения в клинической практике.

5. Исследование анти-CD19 CAR-T-клеточной терапии при В-лимфобластном лейкозе.

С 2021 года в РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии начато одноцентровое открытое проспективное пилотное клиническое исследование анти-CD19 CAR-T-клеточной терапии при рефрактерном/рецидивирующем остром В-лимфобластном лейкозе у детей и молодых взрослых. На конец 2023 года пролечено 10 пациентов детского возраста, 7 из которых живы и достигли ремиссии.

6. Лечение позвоночника с применением титановых имплантов с кальций-фосфатным покрытием.

Метод хирургического лечения позвоночника при его тяжелых повреждениях и заболеваниях с применением титановых имплантатов с кальций-фосфатным покрытием. Применение метода позволит снизить риск несостоятельности металло-конструкции в отдаленном периоде и повысить эффективность спондилодеза.

7. Лечение пациентов с расстройством психологи-ческого развития транскраниальной магнитной стимуляцией с нейротренингом.

Метод лечения пациентов с общим расстройством психологического развития и специфическим расстройством речи и языка в возрасте 4–10 лет транскраниальной магнитной стимуляцией с нейротренингом. Нейрокогнитивный тренинг направлен на психокоррекцию нейропсихологического дефицита и несформированности когнитивных и речевых функций у детей с системными нарушениями речи и расстройством аутистического спектра. Нейротренинг проводится параллельно с курсом транскраниальной магнитной стимуляции.

*Источник Досина М., Наука в цифрах/URL:
<https://medvestnik.by/news/nauka-v-tsifrakh>
Редактор Ничипорович Злата, гр. 1221*



Генетические заболевания далеко не редкость

Генетические заболевания – это большая группа болезней человека, вызванных патологическими изменениями в генетическом аппарате. В настоящее время известно более 7 тысяч синдромов с наследственным механизмом передачи. Нарушения в генах и хромосомах являются одной из частых причин бесплодия, осложнений беременности, а также появления на свет ребёнка с тяжёлой генетической патологией.

Поговорим более подробно о муковисцидозе. **Муковисцидоз** — распространённое наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленное мутацией гена CF муковисцидоза в 7 аутосоме и характеризующееся нарушением секреции экзокринных желез жизненно важных органов, прежде всего дыхательной и пищеварительной систем, а также тяжёлым прогрессирующим течением.

Важным открытием 1950-х годов явилось обнаружение повышенного содержания хлоридов в поте пациентов с муковисцидозом. Потовый тест, разработанный Гиббсоном и Куком, стал «золотым стандартом» диагностики. Результатом этой мутации являются структурно-функциональные изменения кодируемого им белка — муковисцидозного трансмембранного регулятора (белка CFTR — cystic fibrosis transmembran regulator), играющего роль одного из ионных каналов в клетке, обеспечивающих активный транспорт ионов хлора.

В первую очередь, ещё во внутриутробном периоде, вследствие повышенной вязкости секрета происходит закупорка выводных протоков поджелудочной железы, что в дальнейшем вызывает перерождение её ткани изначительные нарушения пищева-

рения, особенно переваривание жиров. Одновременно патологический процесс вовлекаются органы дыхания с преимущественным поражением слизистой оболочки трахео-

бронхиального дерева. Мутация гена CF является причиной увеличения вязкости бронхиального секрета. При этом значительно нарушается эвакуаторная функция мерцательного эпителия, возникает мукоцилиарная недостаточность с избыточным накоплением патологического секрета в различных участках бронхиального дерева.

Клинические проявления муковисцидоза не являются специфичными и полиморфны. Бронхолегочные изменения преобладают и определяют прогноз заболевания у 95% пациентов. В течение первого года жизни появляются респираторные симптомы обычно после вирусных заболеваний: стойкий сухой кашель, приступы удушья, одышка, иногда рвота. Кашель обычно усиливается ночью или при пробуждении.

Мукостаз и присоединяющаяся хроническая бронхиальная инфекция становятся фоном для повторных респираторных эпизодов: бронхолитов, бронхитов, пневмоний.



В дальнейшем основными жалобами являются кашель с большим количеством трудно отделяемой гнойной мокроты, периодическое кровохарканье. Кашель при этом заболевании надсадный, малопродуктивный, часто в виде приступов. В дальнейшем наблюдается формирование бронхоэктазов, которые с течением времени становятся более распространенными и во многом определяют картину заболевания и тяжесть ее течения.

Отмечается бочкообразная форма грудной клетки, деформация позвоночника и изменение дистальных фаланг пальцев в виде «барабанных палочек», одышка, акроцианоз. Клиническим проявлением кистозного фиброза поджелудочной железы является экзокринная недостаточность, которая встречается у 95% пациентов муковисцидозом. В результате плохого усвоения жиров в организме возникает дефицит жирорастворимых витаминов, что обуславливает потерю кальция. Следствием последнего являются остеопороз и мышечная гипотония.

Возможно развитие пеллагры и других авитаминозов. Нарушается функция не только поджелудочной железы, но и желез желудка с повышением секреции соляной кислоты и пепсина.

Анализ крови или иных образцов ДНК на мутации гена муковисцидоза, положительный тест про пота — виды диагностикина сегодняшний день.

Вся терапия направлена на симптоматическую поддержку пациента, восстановление дыхательной и пищеварительной функций организма. Лечение является пожизненным и включает: прием препаратов, пищевую диету, оксигенотера-

пию, комплекс физических упражнений.

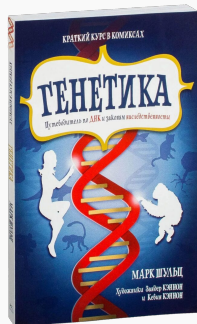
Автор Ничипорович Злата, гр. 1221

Предлагаем изучить подборку книг по генетике:



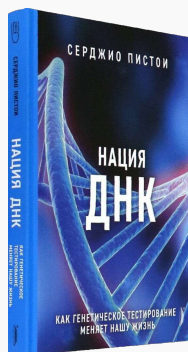
Ларри Гоник
«Генетика»

Созданный в соавторстве с известным американским микробиологом Марком Уилисом комикс, объясняющий важнейшие концепции классической и современной генетики, не только научит многому, но и развлечет. Под этой обложкой найдется все — от детальной, соответствующей современным научным представлениям визуализации основных понятий и доступных объяснений до веселых шуток и безобидных вольностей.



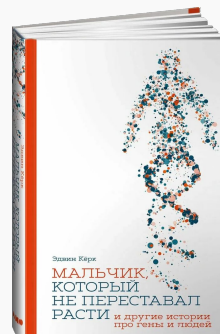
Марк Шульц
«Генетика»

Графический путеводитель по генетике в наглядной и запоминающейся форме рассказывает о возникновении жизни на Земле, об основных клеточных и молекулярных механизмах, особенностях ДНК и эволюции человека, о главных закономерностях наследственности и изменчивости. Вы узнаете об ученых, сделавших важнейшие открытия в генетике, и о применении этих открытий на практике, о расшифровке генома человека, генной инженерии и другом.



Серджио Пистои
«Нация ДНК»

Это отлично написанный полный гид по тому, что могут и не могут генетические тесты, особенно те, которые обещают рассказать, риски каких заболеваний у вас повышены и что вам есть, чтобы быть здоровее.



Эдвин Кёрк

«Мальчик, который переставал расти»

Это книга про то, как достижения генетики применяются непосредственно в медицине. Сам автор — медицинский генетик. Он общается с пациентами, и историй из его практики в книге полно. Опыт практикующего врача и ученого в сочетании с даром рассказчика позволили автору написать великолепный обзор истории медицинской генетики и оценить ее перспективы, проясняя на реальных примерах самые сложные вопросы для всех желающих постичь тонкости этой новой науки.

ХОБЛ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в области пульмонологии. Выделяют экзогенные факторы: вдыхание токсических веществ, курение, загрязнение воздушного бассейна, социальный и экономический статус, профессиональные факторы риска, характер и статус питания, а также эндогенные факторы, к которым относятся генетика, пол, реактивность дыхательных путей.

Установлено, что с повышением в атмосфере концентраций диоксида серы, монооксида углерода, диоксида азота, которые являются наиболее патогенными в отношении респираторной системы, и других повреждающих факторов увеличивается риск обострений ХОБЛ, которые требуют госпитализации. За счет особенностей строения дыхательной системы поллютанты, поступающие ингаляционным путем, способны оказывать воздействие на органы-мишени, не подвергаясь предварительной инактивации и дезинтоксикации в аэрогематическом барьере. Патогенетическая основа включает в себя хронический воспалительный процесс трахеобронхиального дерева, легочной паренхимы и сосудов, при котором выявляются повышенные количества макрофагов, Т-лимфоцитов и нейтрофилов, продуцирующих большое количество медиаторов, которые способны повреждать структуру легких и поддерживать нейтрофильное воспаление. Патогенез возникновения обострения ХОБЛ при попадании триггерных веществ объясняется тем, что воспаление локализовано в мелких дыхательных путях, после распространяется на интерстициальную ткань, паренхиму лёгких, и осуществляется деструкция эласти-

ческого каркаса стенок альвеол, формируется эмфизема лёгких.

Происходит аккумуляция нейтрофилов, цитотоксических CD8+Т-клеток и макрофагов. При морфологическом анализе в трахеобронхиальном дереве выявляются воспалительные клетки, инфильтрирующие поверхностный эпителий; возрастает число бокаловидных клеток, что ведет к гиперпродукции слизи и нарушению функции мерцательного эпителия, развивается бронхиальная обструкция, которая приводит к формированию эмфиземы легких, нарушению газообмена, дыхательной недостаточности и развитию легочного сердца. В мелких бронхах, бронхиолах воспалительный процесс происходит со структурным ремоделированием бронхиальной стенки, за счет повышения содержания коллагена и образованием рубцовой ткани, что приводит к обструкции дыхательных путей. Кроме этого, в патогенезе имеют значение дисбаланс протеолитических ферментов, антипротеиназ и оксидативный стресс.

Таким образом можно обозначить, что ХОБЛ — результат хронического бронхита, длительного бронхоспастического синдрома и/или эмфиземы легких и других паренхиматозных деструкций (в том числе врожденных), связанных с уменьшением эластических свойств легких.

Как отмечалось ранее, курение является одним из факторов развития хронической обструктивной болезни лёгких, помимо этого курение вызывает многочисленные болезни сердца, рак, сахарный диабет, остеопороз и многое другое. Избавление от этой вредной привычки можно назвать одной из мер профилактики хронической обструктивной болезни лёгких.

Потребление табака является серьезной медико-социальной проблемой ввиду вы-

сокой заболеваемости, инвалидности и смертности.

Из 1,3 миллиарда потребителей табака в мире 80% проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. В 2020 году табак употребляли 22,3% населения планеты: 36,7% мужчин и 7,8% женщин. Внушительные цифры заставляют задуматься. В современной медицине табакокурение рассматривается как вариант токсикомании, а в Международной классификации болезней МКБ-10 определяется как вид психического и поведенческого расстройства, вызванные употреблением табака. Опросы показали, что 69% курильщиков, выразивших желание отказаться от табака, нуждаются в медицинской помощи.

Понимание нейробиологических механизмов формирования никотиновой зависимости лежит в основе медикаментозной терапии табакокурения. Никотин поступает в лёгкие с вдыхаемым табачным дымом, проникает в лёгочной, а затем артериальный кровоток, доходит до головного мозга спустя несколько секунд. Никотин связывается и активирует никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, в особенности подтипа $\alpha 4\beta 2$, приводит к высвобождению ряда нейромедиаторов, в частности дофамина в мезолимбической области, полосатом теле и коре лобной доли головного мозга. Именно высвобождение дофамина из стимулированных никотином корковых образований прилежащего ядра, расположенного в вентральной области покрышки среднего мозга, является причиной ощущения удовлетворения и удовольствия, вызванное потреблением табака. Дофаминовый нервный путь из покрышки среднего мозга в прилежащее ядро играет важную роль в развитии никотиновой зависимости.

Есть и другие нейромедиаторы: норэпинефрин, ацетилхолин, серотонин, гамма-аминомасляная кислота, глутамат и эндорфины, которые также выделяются в результате нейрохимических реакций при активации никотиновых рецепторов и определяют различные когнитивные поведенческие эффекты никотина. При регулярном воздействии никотина происходят процессы нейроадаптации и увеличение никотиновых рецепторов.

Считается, что увеличение количества клеточных структур происходит в ответ на десенситизацию рецепторов под действием никотина, что играет важную роль в формировании толерантности и зависимости от никотина. При прекращении потребления развивается синдром отмены, выражающийся раздражительностью, беспокойством, тревогой, бессонницей, чувством голода.

Никотинзаместительная терапия — это метод лечения табачной зависимости с доказанной эффективностью, способный удвоить шансы курящего бросить курить, включающий никотиновые пластыри, жевательные резинки, таблетки для рассасывания, ингаляторы и назальные спреи.

Источник «Роль поллютантов в патогенезе хронической обструктивной болезни легких. Связь заболеваемости населения города Минска сконцентрацией поллютантов в атмосферном воздухе»

*Авторы Труханович Яна, гр. 1413
Будько Оксана, гр. 1301*

Сколиоз в акушерской практике

Сколиоз позвоночника — сложная многоплоскостная деформация позвоночного столба, которая приводит к деформации ребер и грудной клетки, обезображивает туловище пациента, нарушает работу сердца, легких и нервной системы. В большинстве случаев развитие заболевания приходится на период полового созревания, то есть 10–15 лет, что доказывает связь сколиоза с процессами роста. Наиболее быстрое прогрессирование искривления при сколиозе отмечают у девочек в возрасте 7–8 и 11–13 лет и, соответственно, в 8–10 и 13–15 лет у мальчиков: в период интенсивного роста позвоночника в длину.

Отмечается, что при отсутствии лечения прогрессирование сколиоза наблюдается в 50 % случаев. Специалисты предполагают генетическое наследование заболевания. Сколиоз значительно чаще диагностируют у девочек и женщин, чем у мальчиков и мужчин, — в соотношении от 3:1 до 6:1. Отсюда вытекает проблема рождения детей с аналогичной вертеброгенной патологией более выраженной, чем у матери, и в 91% случаев это девочки. Как прогнозируют врачи, девочек с прогрессирующей формой заболевания в ближайшее время станет порядка 4–4,5 тысячи.

Существует несколько вариантов классификации сколиоза позвоночника. В зависимости от состояния позвонков выделяют структурный и неструктурный виды. Первый обусловлен нарушением структуры позвонков (врожденные сколиозы), второй развивается на фоне сохранения их анатомии (приобретенные сколиозы). В зависимости от происхождения структурные сколиозы могут быть:

- **травматические:** возникают после травм позвоночника или других отделов опорно-двигательного аппарата;
- **рубцовые:** связанные с разрастанием рубцовой ткани, деформирующей позвоночный столб;
- **миопатические:** развиваются из-за нарушения работы мышц (миопатия, мышечная дистрофия);
- **нейрогенные:** обусловлены неврологическими нарушениями (синдром миеломиелинома, полиомиелит, нейрофиброматоз);
- **метаболические:** связаны с патологиями обмена веществ, чаще всего, рахитом;
- **остеопатические:** являются следствием аномалий развития позвоночника;
- **идиопатические:** сколиоз с невыясненной причиной; в рамках этой группы выделяют также инфантильную (формируется в возрасте 1-2 года), ювенильную (образуется в 4-6 лет) и подростковую (возникает в 10-14 лет) формы

Среди неструктурных сколиозов выделяют:

- осаночные: возникают на фоне нарушений осанки;
- рефлекторные: связаны с позой пациента (например, из-за сильной боли);
- компенсаторные: развиваются на фоне разной длины ног;
- истерические: имеют психогенную природу.

Рентгенологическая картина позволяет выделять 4 степени заболевания:

- 1 степень: угол отклонения не превышает 10 градусов;
- 2 степень: угол отклонения составляет 11-25 градусов;
- 3 степень: отклонение 26-50 градусов;
- 4 степень: позвоночник смещен на 50 градусов и более относительно нормального положения.

Пациентов со сколиозом принимают в РНПЦ травматологии и ортопедии для уточнения диагноза, постановки на учет, согласования рекомендаций по лечению и направленного наблюдения. Выбор метода лечения позвоночника у взрослых пациентов зависит от причины заболевания, степени деформации позвоночника, выраженности субъективных и объективных симптомов, а также состояния организма. В основе консервативной терапии лежит специальная гимнастика, которая особенно эффективна, если угол искривления не превышает 15 градусов. Упражнения подбираются в индивидуальном порядке. При отклонении 30 градусов и более требуется ношение специального корсета или ортеза, которое составляет 21 час в сутки, включая сон. От болей в спине пациенту могут быть назначены хондропротекторы, глюкокортикоиды, препараты кальция и другое. При сколиозе 4-й степени проводят хирургическое лечение.

В нашей стране оно проходит с помощью специальной конструкции — эндокорректора-фиксатора позвоночника универсального, который врачи часто называют «спинальным Lego». Конструкция из титанового сплава позволяет проводить дорсальную коррекцию и стабилизировать позвоночник на уровне грудного, поясничного и крестцового отделов в зависимости от анатомических особенностей и параметров выраженности деформационного поражения. Таким способом прооперированы уже более 1 300 человек. После операции пациент продолжает курс лечебной гимнастики, массаж, физиопроцедуры. У беременных вертебро-висцеральные симптомокомплексы являются патологическими и чреваты осложнениями беременности и родов.

Наличие у беременной сколиотической деформации грудного отдела позвоночного столба 2-й, 3-й степени тяжести с дугой противоискривления в поясничном отделе или сколиоза грудопоясничной и поясничной локализации — фактор высокой степени риска нарушения маточно-плацентарного кровотока в 3-м триместре беременности. При беременности наблюдается прогрессирование идиопатического сколиоза. Есть данные о том, что у каждой 10-й женщины из числа первобеременных вертеброгенная деформация к концу срока гестации увеличивается на 10 градусов, таким образом, если до беременности у женщины был сколиоз 1-й степени, то к завершению беременности он может перейти в сколиоз 2-й и даже 3-й степени.

Проведенные исследования показали, что пациенты со сколиозом имеют высокий индекс коморбидности: на каждую беременную пришлось 3,7 сопутствующего заболевания.

Беременность и роды у женщин со сколиозом имеют осложненное течение:

- анемия беременных и угроза прерывания — соответственно у 8 и 4 пациентов из 10;
- количество инфекционных заболеваний — 1,3 на одну женщину;
- хроническая гипоксия плода — в каждой седьмой беременности;
- несвоевременное излитие околоплодных вод — у 27,7 %;
- родовозбуждение и родостимуляция — в каждом четвертом роде;
- родовой травматизм матери — у 7 из 10 женщин с самопроизвольными родами;
- 36 % новорожденных от матерей со сколиозом с особенностями развития при рождении осложнениями раннего неонатального периода.

Звездующая кафедрой акушерства и гинекологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения БГМУ, кандидат медицинских наук, доцент Лариса Небышинец отметила:

«Беременность и роды при сколиозе являются важной проблемой как для пациентов, так и для врачей-акушеров-гинекологов, их курирующих. В отличие от пациентов, имеющих явные визуальные признаки деформации позвоночника, наличие диагноза сколиоза 1–2-й степени нередко остается без внимания врачей специалистов и вносится в документацию беременной с ее слов, не подтверждается дополнительной консультацией врачей-ортопедов и соответствующими рекомендациями, которые могли бы помочь в составлении индивидуального плана ведения беременности у женщины со сколиозом».

*Источник Кривенкова Е., Сколиоз в акушерской практике/URL: <https://medvestnik.by/konspektvracha/skolioz-v-akusherskoj-praktike>
Редактор Ничипорович Злата, гр. 1221*



доцент Лариса Небышинец

Интервью с деканом лечебного факультета,

доктором медицинских наук, доцентом,
Михаилом Юрьевичем Ревтовичем.

Окончив в 1998 году Минский государственный медицинский институт, Михаил Юрьевич прошёл обучение в клинической ординатуре по специальности «Хирургия» на кафедре хирургических болезней № 2 БГМУ. После защиты диссертации работал в должности ассистента на кафедре хирургических болезней № 1 БГМУ. С марта 2007 года работал в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова в качестве старшего научного сотрудника, а затем ведущего научного сотрудника отдела абдоминальной онкопатологии. С сентября 2015 года Ревтович М.Ю. работал врачом торакальным хирургом онкологического отделения гастроэзофагеальной патологии РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова. В сентябре 2020 года назначен главным научным сотрудником лаборатории торакальной онкопатологии РНПЦ. С января 2021 года по август 2023 года работал в должности профессора кафедры онкологии Белорусской медицинской академии последипломного образования.

— Почему выбрали именно медицину?

— «Интерес к медицине присутствовал всегда, начиная с 9-10 класса стало интересно изучать анатомию не только по школьным учебникам, а более углублённо, так и появилось желание связать жизнь с медициной».

— Почему выбор пал на онкологию, в чём специфика этой специальности?

— «Хирургические операции в онкологии интересны с точки зрения своей сложности для начинающего хирурга. Ведь чем операция сложнее, тем она интереснее. Сложность работы заключается в трудности сообщения диагноза пациенту и родственникам, выявлении прогноза



лечения. Нужно выработать определённую подготовку, чтобы не ранить, дать надежду. Работа с пациентами — это не только выполнение операций и стандартных назначений. Лечение онкологических заболеваний многоэтапно и длительно, поэтому должно быть взаимопонимание между врачом и пациентом, следует ориентировать его на длительное лечение, которое потребует времени и серьёзного отношения к своему здоровью. Исход лечения будет зависеть от избранной тактики и сознательного отношения пациента ко всем рекомендациям. Сообщение диагноза требует от врача собранности, но впоследствии это становится рутинной процедурой. Важно помнить о том, что это обязанность, которая закреплена на законодательном уровне».

— Как проходила первая операция, были ли сложности? Каковы основные принципы работы в онкохирургии?

— «Первая операция проходила под руководством опытного хирурга, всё закончилось благополучно. В онкологии, как и в хирургии, редко бывают типовые операции, есть масса нюансов у каждого пациента. Перед операцией намечается план и рассматриваются всевозможные исходы событий, команда врачей обычно мультидисциплинарная. Основной принцип работы — коллегиальность».

— Как проходила работа врачом-торакальным хирургом онкологического отделения гастроэзофагеальной патологии в РНПЦ им. Н.Н. Александрова?

— «Всем врачам нужно стремиться совмещать научную деятельность и практические навыки, при работе в РНПЦ такая возможность существовала. В данном учреждении всё гармонично переплетено. Врач, имея желание, может заниматься и наукой, и практикой. Поэтому, работая в онкологическом отделении гастроэзофагеальной патологии, после восьми лет работы в онкологическом абдоминальном отделении ведущим научным сотрудником, завершил работу на докторской диссертации в качестве врача-ординатора. Стремиться нужно к тому, чтобы в работе было сочетание и науки, и практики».

— Получается ли абстрагироваться от работы?

— «В отношении лечебной работы права на ошибку нет, поэтому думать о пациентах приходится много. Иногда можно пропустить ночью и начать анализировать рабочие моменты. Касаемо работы в деканате такие моменты случаются нечасто».

С полной версией подкаста «Медики на связи» можно ознакомиться в нашем tg-канале: @studfm_bsmu

*Интервью Девятковой Александры, гр. 1515,
Шестаковой Ольги, гр. 1533,
Орловской Карины, гр. 1107*