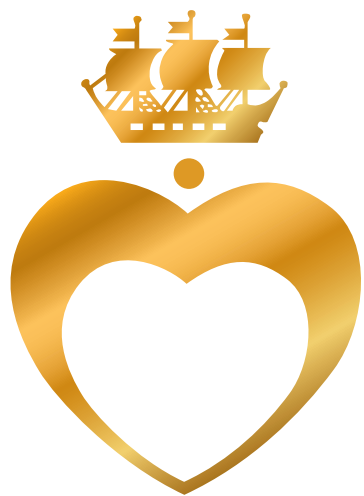




НОВОСТИ ALMAZOV CENTRE NEWS Центра Алмазова

№ 1 (65)

www.almazovcentre.ru

январь 2016

Новые методики лечения патологии сердца в Центре Алмазова

В СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова успешно запущены новые операции по лечению больных с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью. Одну из передовых технологий — имплантацию устройств для модуляции сокращения сердца «Оптимайзер» — хирурги-аритмологи Центра начали выполнять первыми в России. Подробнее рассказывает заведующий НИО аритмологии д.м.н., профессор Дмитрий Сергеевич Лебедев.

— Я всю жизнь занимаюсь лечением нарушений ритма сердца. В Центре Алмазова этому направлению в текущем году исполнится 30 лет. Поскольку аритмология — бурно развивающаяся область и многие вопросы с нарушениями ритма мы уже решили, нашему подразделению было интересно расширить сферу деятельности. Например, мы занялись профилактикой эмболических нарушений мозгового кровообращения, связанных с фибрилляцией предсердий (иначе — мерцательная аритмия) путем имплантации окклюдеров ушка левого предсердия. Внедрению в клинику этой дорогостоящей методики помогла программа Минздрава России по клинической апробации.



Рентгенооперационная Центра оснащена новейшим оборудованием. Оперирует заведующий НИО аритмологии, д.м.н., профессор Д. С. Лебедев.

Мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий) — наиболее распространенное нарушение ритма сердца, ее частота в общей популяции составляет 1–2 %. Она характеризуется хаотическим и нескоординированным сокращением предсердий.

Фибрилляция предсердий приводит к расширению полости левого предсердия, нарушению его сократительной функции, замедлению кровотока в полости левого предсердия, активации системы свертывания крови, нарушению функции эндотелия (внутренней оболочки сердца). Все эти факторы способствуют формированию тромбов в полости левого предсердия, поэтому основными осложнениями мерцательной аритмии являются тромбоэмболии. Тромбы могут попасть в сосуды головного мозга. Мерцательная аритмия увеличивает риск инсульта в 5 раз. Мелкие тромбы, попадая в сосуды головного мозга, ухудшают интеллект и память. Так же отделившиеся тромбы могут попасть в сосуды внутренних органов и конечностей, вызвав некрозы и гангрены.

Более 90 % тромбов локализуются в ушке левого предсердия.

— В чем суть данного метода? Каковы его преимущества?

— Мы можем лечить фибрилляцию предсердий как аритмию, но не всегда это решает вопрос с угрозой инсульта. Основной источник инсульта в этом случае — тромб, который формируется в ушке левого предсердия и, отрываясь от сердца, попадает в мозговые сосуды и вызывает инфаркт мозга, часто — обширный. В этом случае мы путем окклюзии (изоляции) левого ушка сердца можем значительно снизить риск инсульта. Для этого с помощью быстрой щадящей внутрисосудистой операции мы имплантируем в ушко пациента устройство небольших размеров — окклюдер. Такие операции мы стали делать совсем недавно, но они уже

показали свою эффективность. Если операция прошла успешно, то пациенту можно отменить антикоагулянтную терапию (применение препаратов, препятствующих свертыванию крови и образованию тромбов). Антикоагулянтная терапия эффективна для многих пациентов, но для ряда больных противопоказана, поскольку может вызвать кровотечение, например, у больных язвой желудка.

— А есть ли противопоказания для имплантации окклюдера?

— Как таковых противопоказаний нет. Но есть определенные риски осложнений: когда операция отработана до автоматизма — это 1–2 %. Кроме того, ушко у людей бывает разной формы («куриное крылышко» или

«брокколи»), иногда сложно подобрать подходящий окклюдер.

— Насколько сейчас распространена эта методика?

— Пока это новая технология для России. В европейских странах она уже активно используется; у нас была задержка внедрения в связи с длительной сертификацией метода. Это довольно дорогостоящая методика (одна операция стоит около 600 тысяч рублей). В этом году Минздрав нам выделил деньги на 20 операций, и пока этого хватит. Однако к концу году о новых возможностях узнает больше больных и, возможно, даже сформируются листы ожидания. Мы надеемся, что с каждым годом финансирование будет увеличиваться.

день тысячи людей в России нуждаются в имплантации таких устройств.

— Что такое «Оптимайзер», как он помогает?

— Это небольшое устройство, которое имплантируется пациенту вместе с дефибриллятором. «Оптимайзер» на молекулярном уровне помогает сердцу выполнять нормально все функции. Импульсы аппарата можно контролировать и настраивать с помощью специального внешнего модуля. «Оптимайзер» предназначен для длительной работы, пациенту необходимо лишь ежедневно подзаряжать устройство путем прикладывания зарядного устройства к месту (подключичная область), куда имплантирован прибор. «Оптимайзер» продлевает жизнь и значительно улучшает ее качество самым тяжелым пациентам. Бывает даже, что устройство помогает нормализовать сердечную функцию и потом может быть удалено (конечно, здесь речь идет о нетяжелых формах болезни).

— А насколько пациенты с сердечной недостаточностью могут вернуться после установки «Оптимайзера» к нормальной жизни? Могут ли они, например, играть в футбол?

— Как правило, конечно, люди, которые годами с трудом проходили небольшие расстояния, не очень рвутся играть в футбол. Но почему бы и нет? Всё индивидуально. Мы ограничиваем физическую активность наших

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — это состояние здоровья, при котором сердце неспособно в полном объеме выполнять насосную функцию. Это значит, что органы и ткани организма получают недостаточное количество кислорода и питательных веществ. В результате человеку тяжело выполнять повседневную физическую нагрузку. Это распространенное хроническое заболевание: в настоящее время около 26 миллионов жителей по всему миру страдают ХСН, и это число постоянно увеличивается. В России за 2013 год умерло более 600 тысяч пациентов от сердечной недостаточности.

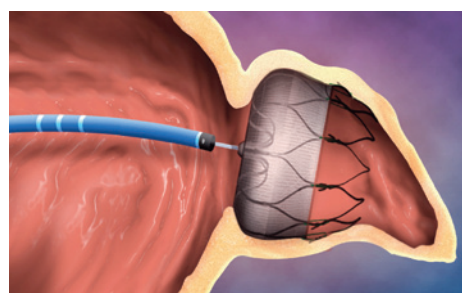
ХСН может развиваться в любом возрасте, но преимущественно наблюдается у людей старше 50–60 лет в большинстве случаев как следствие других сердечно-сосудистых заболеваний, чаще всего — повышенного плохо контролируемого артериального давления, атеросклероза сердечных артерий и перенесенного инфаркта миокарда, болезней сердечных клапанов или заболеваний сердечной мышцы, в результате чего сердечные полости расширяются. Пациенты с врожденными пороками сердца, нарушением обмена веществ, нарушением сердечного ритма или злоупотребляющие алкоголем также находятся в зоне риска.

— Мы первыми в России начали лечить людей с сердечной недостаточностью путем имплантации устройств для модуляции сокращения сердца «Оптимайзер»?

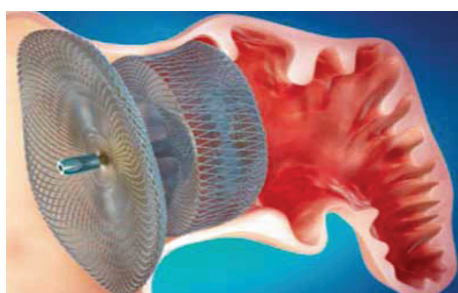
— Да, именно так. Мы выполнили первые две операции в прошлом году. Особенно порадовала пациентка, которая была в очень тяжелом состоянии и после операции пошла на поправку такими быстрыми темпами, каких мы сами не ожидали. На сегодняшний

пациентов только их самочувствием. Недавно был случай: наши врачи играли в футбол с пациентами, перенесшими трансплантацию сердца. Один из пациентов так разыгрался, что нечаянно поставил подножку своему врачу, после чего тот неудачно упал и сломал ключицу. Конечно, это игра, и никто ни на кого не в обиде.

Подготовила
Елена Герун



Окклюдер в сложенном виде доставляют к ушку через сосуды



Раскрывшийся в ушке сердца окклюдер

В Центре Алмазова проводится лечение сахарного диабета второго типа инновационным методом — с помощью хирургических вмешательств на желудочно-кишечном тракте. Еще некоторое время назад в это трудно было поверить, однако, в отличие от консервативной терапии, этот метод во многих случаях позволяет избавиться от применения лекарственных препаратов. Когда и кому показана операция? Безопасно ли это? Куда необходимо обращаться? На эти вопросы мы постараемся ответить в этой статье.



Сахарный диабет представляет собой серьезную медико-социальную проблему, что обусловлено высокой распространенностью этого заболевания, прогрессирующим течением и огромным количеством осложнений.

Наиболее распространенными формами сахарного диабета являются сахарный диабет 1 типа (СД1), связанный с нарушением выработки инсулина β -клетками поджелудочной железы и абсолютной инсулиновой недостаточностью (10 %), и сахарный диабет 2 типа (СД2), обусловленный относительным недостатком инсулина (90 %). В подавляющем большинстве случаев развитие СД2 связано со снижением чувствительности тканей к инсулину.

По данным ВОЗ, сахарным диабетом страдает каждый десятый человек на земле старше 18 лет. Ежегодное увеличение вновь выявленных случаев СД2 достигает 7 %, а общий риск смерти пациентов с диабетом — в два раза выше риска смерти людей того же возраста без него. Одним из основных осложнений СД2 является поражение кровеносных сосудов разного калибра, которое получило название диабетической ангиопатии.

— Какие преимущества хирургического лечения по сравнению с консервативной терапией?

— Как известно, лечение сахарного диабета направлено на достижение нормального уровня глюкозы в крови. Обычно эндокринологи ориентируются на гликированный (гликозилированный) гемоглобин — показатель, который зависит от среднего уровня глюкозы в крови на протяжении срока жизни эритроцитов. Современная консервативная терапия СД2 при условии соблюдения диеты обеспечивает снижение уровня гликированного гемоглобина до нормального уровня, но это требует от пациента постоянного приема препаратов и контроля гликемии. В отличие от консервативной терапии, действие хирургического лечения при СД2 подразумевает достижение нормальных показателей глюкозы крови и отсутствие необходимости в приеме препаратов. То есть важным эффектом хирургического лечения является ремиссия СД2, которая достигается в 76,8 % случаев.

— С чего всё началось?

— В 1995 году известный хирург W. Pories на основании 14-летних наблюдений опубликовал данные о снижении уровня гликемии у 83 % из 146 пациентов, которым по поводу ожирения была выполнена операция желудочно-кишечного шунтирования. Основным выводом исследования стал факт компенсации СД2 уже через 2 недели после операции, т.е. еще до снижения массы тела. Ранее отмечалось влияние бариатрических операций на уровень глюкозы в крови, но связывалось это исключительно со снижением массы тела. Новые данные позволили говорить о наличии дополнительных механизмов, влияющих именно на состояние углеводного обмена.

Официальное признание хирургического метода лечения СД2 произошло в 2011 году. На Втором конгрессе Международной федерации диабета (IDF) ведущими экспертами по диабету и бариатрической хирургии было

опубликовано положение о том, что бариатрическая операция может рассматриваться в качестве общепринятого метода лечения СД2.

— Как это работает?

— Одним из наиболее значимых метаболических эффектов бариатрических операций является стимуляция выработки гормонов ЖКТ и увеличение секреции инкретинного инсулина, которая, по мнению многих исследователей, нарушена у больных СД2. Данный эффект получил название инкретинного, а его уникальные свойства привлекли внимание фармакологов, в результате чего еще в конце XX века на основе гормонов-инкретиннов было создано сразу несколько препаратов, которые с успехом применяются для лечения СД2. Однако необходимо отметить, что в отличие от фармакотерапии, когда необходимо постоянно принимать препарат, после бариатрических операций в организме выделяются собственные инкретины и повышение их уровня происходит согласованно с приемом пищи, что является более физиологичным. Необходимо отметить, что данный эффект гормонов, а соответственно, и операций, не является единственным. Повышение уровня гормонов-инкретиннов приводит к увеличению количества β -клеток поджелудочной железы, вырабатывающих инсулин.

— Правильно ли отождествлять бариатрическую хирургию с хирургией СД?

— На наш взгляд, правомерно употребление обоих терминов. Во-первых, не все больные с ожирением страдают СД2. Во-вторых, у пациентов с СД2 масса тела может варьировать от нормальной до крайних степеней ожирения. При этом следует отметить, что изначально бариатрическая хирургия — это вид хирургии, направленный на снижение избыточной массы тела. Закономерно считать влияние современных бариатрических операций на углеводный обмен и течение СД2 их метаболическим эффектом, тем более что большую часть больных СД2 составляют все-таки пациенты с той или иной степенью ожирения. Однако группа больных СД2 по своей структуре неоднородна, и с каждым годом появляется всё большее количество данных, свидетельствующих об эффективности бариатрических операций у пациентов с СД2 без выраженного ожирения. В данную группу входят пациенты с нормальной, избыточной массой тела или первой стадией ожирения, имеющие индекс массы тела меньше 35 кг/м². Данное разделение не случайно и обусловлено тем, что развитие СД2 у этой группы пациентов обусловлено не столько нарушением восприимчивости тканей к инсулину, сколько вторичным нарушением функции инсулярного аппарата поджелудочной железы. Соответственно, для этих пациентов при хирургическом вмешательстве наиболее значимым является восстановление пула бета-клеток и улучшение секреции инсулина.

— Какие операции Вы предлагаете пациентам с СД2?

— Международной федерацией хирургии ожирения (IFSO) рекомендованы следующие операции:

1) Желудочное шунтирование, которое выполняется с 1966 г. На протяжении многих лет данная операция совершенствовалась и, по мнению большинства хирургов мира, является «золотым стандартом» бариатрической хирургии. Она заключается в себе уменьшение объема желудка, который соединяется с тонкой кишкой, в результате чего питательные вещества в ограниченном количестве минуют большую часть желудка и начальные отделы тонкой кишки. Данная операция —

с комбинированным эффектом, так как за счет исключения из пищеварения начальных отделов тонкой кишки происходит воздействие на клетки, вырабатывающие гормоны, которые стимулируют продукцию инсулина.

2) Продольная резекция желудка является относительно молодой операцией, но уже в 2014 году за счет эффективности и относительной технической простоты она стала наиболее часто выполняемой операцией в мире. Ограничительный эффект этой операции достигается путем формирования из желудка узкой трубки объемом около 150 мл. Являясь анатомически ограничительной, данная операция реализует три физиологических эффекта: ограничение поступления пищи, стимуляция продукции противодиабетических гормонов ЖКТ и, за счет удаления части желудка, снижение уровня в плазме крови гормона, ответственного за чувство голода. Есть еще, на мой взгляд, одно достоинство этой операции — это возможность ее применения как в качестве самостоятельной, так и в качестве первого этапа с возможностью дополнения другим хирургическим компонентом в дальнейшем.

— Приведенные доводы убедительны. Однако не смугит ли пациентов риск осложнений после операции и необратимость изменений анатомии желудочно-кишечного тракта?

— Действительно, после первых бариатрических операций, выполнявшиеся более 60-ти лет назад было большое количество осложнений. Но за это время бариатрическая хирургия совершила свой эволюционный путь. Было предложено более 40 видов различных вмешательств, причем каждое новое поколение операций не только устраняло недостатки предшествующих, но и усиливало их положительные эффекты. Существенно снизить количество осложнений, уменьшить сроки пребывания в стационаре и, соответственно, стоимость лечения во многом позволило внедрение лапароскопических технологий и концепции FastTrack, заключающейся в оптимизации периоперационного периода и активном послеоперационном восстановлении.

Относительно необратимости вызванных операцией изменений необходимо отметить следующее. В настоящее время не только большинство пациентов, но и некоторые специалисты все еще находятся под влиянием стереотипного представления о том, что бариатрическая операция приводит к искажению нормальной анатомии пищеварительной системы. На самом деле это не так. Изменив анатомию с уже нарушенной функцией, мы создаем новые условия, в которых организм возвращается к нормальному, физиологическому функционированию. То есть бариатрическое вмешательство, как и любая хирургическая операция, за счет анатомических изменений восстанавливает ранее утраченную или нарушенную функцию.

— В чём особенности и преимущества выполнения таких вмешательств в Центре Алмазова?

— В Центре работа в области хирургии СД2 идет сразу в нескольких направлениях — научном и клиническом. Научное направление включает работу по изучению механизмов влияния операций на СД2 и разработку новых видов операций, которые позволят более эффективно воздействовать на СД2. Также важным направлением является работа по выбору наиболее оптимального вида бариатрической операции на основании анализа как врожденных, так и приобретенных индивидуальных особенностей пациента, конечно же,

с учетом особенностей течения СД2.

Для более координированной и эффективной работы в Институте эндокринологии создана Научно-исследовательская лаборатория хирургии метаболических нарушений. Работа лаборатории посвящена изучению влияния бариатрических операций на углеводный и липидный обмен, на сердечно-сосудистую, репродуктивную, эндокринную системы и психологическое состояние пациента.

Клиническое направление включает работу с пациентами, проведение круглых столов для пациентов со специалистами, а также обучение пациентов питанию после операции, курсы психологической поддержки. Важной особенностью учреждения является разносторонний подход к пациентам с возможностью дообследования и коррекции сопутствующей патологии и осложнений СД. В Центре Алмазова работает целая команда специалистов, включающая хирургов, эндокринологов, кардиологов, диетологов и психологов, что позволяет добиваться максимальной эффективности и безопасности проводимых вмешательств.

На базе ЛРК-1 создано отделение, специализирующееся на выполнении бариатрических операций, так как для пациентов с выраженным ожирением необходимо специализированное оборудование и инструменты. Кроме этого, проводится научно-практический обучающий семинар для специалистов, с прямыми трансляциями из операционной и возможностью обмена опытом по бариатрической хирургии.

— Кто же всё-таки принимает решение о необходимости операции при СД2 — хирург или эндокринолог?

— В настоящее время в основу работы положен мультидисциплинарный подход, а также опыт зарубежных институтов бариатрической и метаболической хирургии. Решение о методе лечения принимается совместно с эндокринологом, после всестороннего обследования пациента согласно рекомендациям Международной федерации диабета, Международной федерации хирургии ожирения (IFSO) и Российского Общества бариатрических хирургов.



— Что надо сделать конкретно, чтобы получить эту помощь в центре Алмазова?

— Пациент с СД2 может взять направление на консультацию в Центр у эндокринолога или терапевта по месту жительства с полисом ОМС или записаться через отдел платных услуг центра. В поликлинике ЛРК-1 прием пациентов с ожирением и СД2 ведет врач-эндокринолог Е. Н. Кравчук. При наличии показаний к хирургическому лечению пациент направляется на консультацию к бариатрическому хирургу, который вместе с эндокринологом принимает окончательное решение и выбирает методику операции.

С. н. с. НИЛ хирургии
метаболических нарушений,
с. н. с. НИЛ метаболизма миокарда,
к. м. н. О. В. Корнюшин,
С. н. с. НИЛ диабетологии,
к. м. н. Е. Н. Кравчук,
Заведующий НИЛ хирургии
метаболических нарушений,
к. м. н. А. Е. Неймарк

Лишний вес у детей: когда стоит беспокоиться?

СОВЕТЫ
СПЕЦИАЛИСТА

В современном мире, изобилующем жирной высококалорийной пищей, проблема с лишним весом стала очень распространенной, затрагивая людей уже с детского возраста. Взрослым зачастую трудно удерживать своих детей от поедания картошки фри, попкорна или добавочной порции шоколада, когда соблазны подстерегают на каждом шагу. Как уберечь детей от лишнего веса, каковы причины ожирения и в каких случаях нужно обратиться за помощью к специалисту, рассказывает заведующая НИЛ диагностики и лечения патологии детского возраста, к. м. н. И. А. Леонова.



Заведующая НИЛ диагностики и лечения патологии детского возраста, к. м. н. И. А. Леонова.

Факторы риска

Глобально факторы риска избыточной массы тела и ожирения у детей мало чем отличаются от факторов риска у взрослых: это в первую очередь пищевые привычки конкретной семьи, избыточное потребление пищи, богатой рафинированными углеводами и жирами; малая двигательная активность; стрессовые состояния. Имеет место и генетическая предрасположенность (до 25 %).

Худой или полный ребенок — какое из зол меньше?

На самом деле и то, и другое плохо. Как лишний вес, так и его недостаток негативно сказывается на психосоматическом состоянии ребенка. Желательно, чтобы все дети, да и все взрослые, были стройными.

Норма веса

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала специальные центильные таблицы, на которые сейчас ориентируются педиатры. Если масса тела ребенка превышает норму, определяют степень

ожирения. Например, для пятилетнего ребенка в среднем хорошо весить 18 кг, а для 10-летнего — 31–32 кг. Если у вас есть какие-то сомнения по поводу веса ребенка, обязательно проконсультируйтесь со специалистом — это лучше, чем самостоятельно ставить ребенку диагнозы.

Вредные меры

Когда меня спрашивают, нужно ли посадить ребенка на диету, я, в свою очередь, спрашиваю, а что вы понимаете под этим словом? Ребенок — это растущий организм, которому просто необходимы (впрочем, как и взрослому человеку) как белки, так и жиры и углеводы, а также витамины, микроэлементы, одним словом — сбалансированное питание. Не нужно экспериментировать над своим

здоровых детей считают «слишком худенькими» и пытаются накормить чем-нибудь «вкусным», под которым подразумеваются высококалорийные жирные сладости. Это, может навредить в итоге здоровью ребенка и перевести его в категорию детей с избыточным весом.

Полезные советы

Должна быть семейная концепция здорового образа жизни и питания. Если у кого-то в семье есть проблемы с весом, все остальные члены семьи должны поддержать его, помочь ему вернуться к норме. Правила здорового питания нам всем хорошо известны: баланс жиров, белков и углеводов, присутствие овощей и фруктов в рационе, злаковых, кисломолочных продуктов, дробное питание



чадом, например, сажать его на белковую диету. Запреты можно и даже очень нужно вводить только на бесполезные продукты, не представляющие пищевой ценности для человека. К ним относятся чипсы, фастфуд, сладкие газированные напитки, конфеты и т. д.

Хочется также обратить внимание на поведение многих бабушек (иногда родителей), которые зачастую вполне нормальных

(завтрак-обед-ужин + 2 легких перекуса), ужин и полдник должны быть легкими, а не являться основными блюдами в ежедневном меню. И, конечно, одних диетических рекомендаций недостаточно, к этому всему обязательно нужно добавить физическую активность. Недаром говорят, что движение — это жизнь!

21–23 апреля пройдет IV Международный образовательный форум «Российские дни сердца»

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем вас на IV Международный образовательный форум «Российские дни сердца».

Интерактивная программа форума включает представление клинических случаев в свете последних рекомендаций Европейского кардиологического общества, а также лекции, посвященные современным проблемам кардиологии. Ведущие российские и европейские специалисты обсудят наиболее актуальные проблемы, а также ответят на вопросы аудитории. Возможно участие в постерной сессии.

В ходе мероприятия будут рассмотрены вопросы, касающиеся ишемической болезни сердца, острого коронарного синдрома, кардиомиопатий, инфекционного эндокардита, врожденных пороков сердца и катетерной имплантации аортального клапана.

Сопредседатели форума:

- Профессор Michel KOMAJDA (Франция)
 - Академик РАН Е. Шляхто (Россия)
- Члены научного комитета:
- М. Böhm (Германия) / J. Camm (Великобритания)
 - А. Галавич (Россия) / Ю. Карпов (Россия)
 - А. Конради (Россия) / G. Steg (Франция)

Уважаемые молодые ученые и специалисты!

Обращаем ваше внимание на существование программы «Глобальное образование». «Глобальное образование» — это государственная программа финансирования обучения за границей для граждан России, поступивших в один из ведущих зарубежных университетов.

В программе участвуют:

- 32 страны;
- 32 специальности;
- 288 образовательных организаций.

Программа направлена на сохранение и приумножение научных, педагогических, медицинских и инженерных кадров, управленческих кадров в социальной сфере, а также на поддержку граждан Российской Федерации, самостоятельно поступивших в ведущие иностранные образовательные организации, и их последующее трудоустройство.

Более подробно с информацией вы можете ознакомиться на сайте программы:

www.educationglobal.ru



ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России Институт медицинского образования приглашает на обучение

Повышение квалификации (ПК, циклы обучения до 500 часов) и профессиональная переподготовка (ПП, циклы обучения более 500 часов) для лиц с высшим медицинским образованием:

- Акушерство и гинекология (ПК);
- Анестезиология-реаниматология (ПК);
- Гематология (ПК, ПП);
- Детская кардиология (ПК, ПП);
- Детская хирургия (ПК);
- Детская эндокринология (ПК, ПП);
- Диabetология (ПК, ПП);
- Кардиология (ПК, ПП);
- Клиническая лабораторная диагностика (ПК, ПП);
- Лабораторная генетика (ПК, ПП);
- Лечебная физкультура и спортивная медицина (ПК, ПП);
- Неонатология (ПК, ПП);
- Патологическая анатомия (ПК);
- Педиатрия (ПК, ПП);
- Радиология (ПК, ПП);
- Ревматология (ПК, ПП);
- Рентгенология (ПК, ПП);
- Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение (ПК, ПП);
- Сердечно-сосудистая хирургия (ПК);
- Трансфузиология (ПК, ПП);
- Функциональная диагностика (ПК, ПП);
- Эндокринология (ПК).

Циклы усовершенствования и специализации для медицинских работников со средним образованием:

- Анестезиология-реаниматология;
- Рентгенология;
- Сестринское дело;
- Сестринское дело в педиатрии;
- Функциональная диагностика.

Авторские циклы:

- Тромбозы и здоровье женщины;
- Транспицевая эхокардиография;
- Избранные вопросы гинекологической эндокринологии;
- Клиническое применение ЭКМО;
- Диагностика и лечение пациентов с хроническим миелолейкозом;
- Тактика ведения беременности и родов у женщин с соматической патологией;
- Перинатальная медицина как основа будущего здоровья;
- Детская гастроэнтерология и алиментарнозависимые заболевания;
- Школа практической аритмологии;
- Дискуссионные вопросы детской кардиологии;
- Детская андрология — урология;
- Прикроватная диагностика в оценке системы гемостаза;
- Моногенные нарушения секреции инсулина;
- Флуоресцентная гибридизация in situ (FISH) в клинической лабораторной диагностике и др.

Обучение специалистов по программам дополнительного профессионального образования осуществляется с отрывом от работы, без отрыва от работы, по индивидуальным планам обучения.

Объем образовательных программ переподготовки специалистов определяется, исходя из необходимости выполнения государственного образовательного стандарта по соответствующей специальности.



Контактная информация

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Тел./факс: (812) 702-37-84

Эл. почта: education@almazovcentre.ru

«Мистер гипноз» — доктор Эриксон

«Вы можете быть любым. Разрешите себе это!» — утверждал выдающийся американский психиатр и психотерапевт Милтон Эриксон. Его биография — прекрасный пример, чего может достичь человек, мобилизовав всю свою силу духа. Дважды переболевший полиомиелитом, долгое время лишенный возможности передвигаться, не различавший звуки по высоте, страдающий дальтонизмом Эриксон смог подняться над драматическими обстоятельствами собственной жизни и добиться всемирного признания.



Милтон Эриксон

Есть в психотерапии такой метод — эриксоновский гипноз. Он успешно используется в терапии фобий, зависимостей, стрессовых состояний, различных психологических и психосоматических проблем. Это направление носит имя своего основателя — Милтона Эриксона, без сомнения, одного из самых талантливых и самобытных психотерапевтов XX века.

Милтон Эриксон родился 5 декабря 1901 года в маленьком шахтерском городке на западе США, где его отец Альберт Эриксон некоторое время занимался добычей серебра и олова, пока шахта не обанкротилась. Альберт решил вернуться вместе с женой Кларой Минор и недавно родившимся сыном в Висконсин. Там он купил небольшую ферму.

В Лоуэлле (Висконсин) Милтон пошел в начальную школу. Из-за легастении (нарушение процесса чтения) ему вначале было тяжело. Кроме того, Милтон Эриксон от рождения был лишен правильного цветоощущения, не различал звуки по высоте и был не способен воспроизвести музыкальную мелодию. После окончания начальной школы он стал ходить в Хай Скул в Вишфильде. Там его прозвали Дикшенери (словарь), поскольку он часто подолгу читал словарь, не понимая, что слова находятся в алфавитном порядке. Ему приходилось читать словарь так долго, пока не встречалось нужное слово. Из-за

подобных странностей в поведении в детстве его считали умственно отсталым. Это тем более странно, если учесть с какой виртуозностью в более поздние годы он объединял точность языка и просто невероятную способность чувственного восприятия.

Милтон Эриксон закончил Хай Скул в 1919 году. В августе этого же года он заболел полиомиелитом (на тот момент юноше было всего семнадцать лет). Полиомиелит — инфекционное заболевание, при котором вирус повреждает двигательные клетки спинного мозга. В результате происходит резкое снижение тонуса мышц и их атрофия. По преданию, когда состояние мальчика стало практически безнадежным, лечащий доктор Милтона вывел его мать из комнаты и сказал ей: «Я сожалею, мэм, но ваш ребенок не доживет до утра». После этих слов мальчик услышал, как горько зарыдала его мать. Чтобы мама не расстраивалась, он дал себе слово дожить до утра. Радости мамы и взрослых не было предела, когда с утра Эриксон громко сказал: «Мама, я живой!». Увидев радость в глазах матери, он дал себе слово прожить еще один день, следующий день... и так далее.

Эриксону Милтону удалось выздороветь благодаря собственной силе воли и разработанной им самим системе реабилитации. Он пережил инфекцию, но был полностью парализован. Врачи сказали, что остаток жизни он проведет прикованным к постели. Поскольку теперь у него было много времени, он стал тренировать свои чувства, ответственные за восприятие. Он полностью посвящал свое внимание малейшим изменениям. Часами концентрируя внимание на мельчайших импульсах, возникавших в мышцах ног, он сначала добился еле заметных движений. После 11 месяцев он уже мог ходить на костылях и посещать университет в Висконсине. Он решил изучать медицину и психологию. Необыкновенное осознание телесных процессов, которое Эриксон приобрел, будучи инвалидом, впоследствии оказалось весьма полезным для развития новых методов гипноза.

Во время первого года обучения Милтон был физически еще весьма слаб. Врач университета порекомендовал ему пребывание во время каникул в покое. Однако Эриксон уже запланировал сплав на каяке на 1200 миль. К

концу путешествия он добился большого прироста массы тела и укрепления мускулатуры груди и плеч. Возникшие в результате болезни искривления позвоночника исчезли благодаря интенсивной тренировке. Через два года Милтон Эриксон снова мог ходить без костылей, лишь легко прихрамывая на правую ногу.

Эриксон защитил степени бакалавра и магистра психологии и доктора медицины в университете штата Висконсин. Весной 1934 года он переехал в Уэйн Кантри Дженерал Хоспитал в Илоизе (Мичиган). Там уже много лет искали подходящего начальника в отдел психиатрических исследований и обучения. Эриксон, который к этому времени женился (в 1925 году), жил на территории больницы со своей женой и тремя детьми. Перед практикующим психиатром открылось широкое поле деятельности. Для него удовольствием была возможность изучать многочисленные формы человеческого опыта и поведения, отступающие от общепринятых норм.

Также он стал профессором и преподавал.

В 1935 году Эриксон попросил развода. Вскоре после этого он женился вновь. Второй брак оказался более прочным, у супругов родилось пятеро детей. Эриксон был счастливым семьянином.

В июле 1948 года Эриксон с семьей поселился в Фениксе и открыл там частный кабинет.

Одна из характерных особенностей эриксоновского гипноза заключалась в использовании историй в процессе терапевтического сеанса. Рассказывая их, Эриксон самым внимательнейшим образом следил за реакцией слушателя, подмечая малейшие изменения в выражении его лица, улавливая самые незначительные движения его тела.

Эриксон мог битый час рассказывать пациенту о способах выращивания помидоров. Порой, покидая его маленький домик, озадаченный человек искренне недоумевал: за что он, собственно, выложил деньги? Но, вернувшись домой, с удивлением обнаруживал, что его проблема чудесным образом разрешилась. Секрет крылся в том, что, рассказывая истории, Эриксон обращался непосредственно к подсознанию. В свои сказки и метафоры «Мистер гипноз» (как его

часто называли) вставлял зашифрованные послания.

Однажды к Милтону Эриксону пришел алкоголик, который сказал: «Оба моих деда и обе бабушки были алкоголиками; родители моей жены и она сама — алкоголики; мои родители брат — алкоголики. Болен алкоголизмом и я. Можете ли вы чем-нибудь мне помочь, хотя я и понимаю, что это чертовски трудно?». «Что ж, раз вы хотите, чтобы я вам помог, то послушайте мой совет, каким бы странным он вам ни показался. Отправляйтесь в ботанический сад. Посмотрите на кактусы — эти удивительные растения способны по три года обходиться без воды, без капли дождя. И хорошенько поразмыслите», — ответил Милтон Эриксон. Много лет спустя к врачу пришла незнакомая молодая женщина и сказала: «Мне любопытно взглянуть на человека, отправляющего алкоголиков в ботанический сад любоваться кактусами. Во всяком случае, мои родители больше не пьют с тех самых пор, как сходили туда по вашей рекомендации...».

Эриксону всю жизнь приходилось преодолевать многочисленные недуги. В 1953 году его вновь одолел полиомиелит, который к 1967 году окончательно приковал его к инвалидному креслу. Однако сам психотерапевт говорил, что полиомиелит стал его лучшим учителем в познании человеческих возможностей.

Милтон Эриксон умер 25 марта 1980 года. До последних дней он был, как обычно, деятелен. 23 марта неожиданно потерял сознание и уже почти не приходил в себя до самого конца. В час его смерти рядом были близкие — его семья.

«Мистер гипноз» был оптимистом, и его никогда не оставляло чувство юмора. Известность пришла поздно и мало его изменила. Уже будучи знаменитым, он сохранил простоту, способность заразительно смеяться и не опасаться отдавать то, чем владел. Он не нажил большого состояния, потому что главным считал не это (тех, кто не мог заплатить, он нередко принимал бесплатно). Главное его волшебство по-прежнему состояло в убежденности, что творить чудеса в жизни можно — стоит только внимательно присмотреться, прислушаться, вчувствоваться и не бояться действовать.

СПОРТ

Команда ветеранов-волейболистов Центра Алмазова успешно завершила 2015 год. Нас пригласили на 10-й Межрегиональный турнир по волейболу, который проводила администрация и спорткомитет Вологодского района. Это был праздник волейбола, в котором приняли участие сильнейшие мужские и женские команды Центрального и Северо-Западного федеральных округов России в возрасте 18–20 лет. Организаторы провели турнир на высоком уровне, недаром председатель спорткомитета Вологодского района был признан лучшим в России по итогам 2015 года, за что получил заслуженную награду из рук министра спорта России В. Л. Мутко.

Завершал этот турнир выставочный матч нашей команды со сборной командой администрации и депутатского корпуса (нужно отметить, что их возрастной состав был намного меньше, чем у нашей команды — в основном 35–40 лет, средний возраст нашей



Участники выставочного матча

команды — более 65 лет). Команда соперников играла отлично, поэтому игра получилась

очень зрелищной, и победитель определился только в решающей пятой партии — удача

сопутствовала нашей команде. Приятно отметить, что многочисленные зрители тепло принимали игру нашей команды и лестно отзывались о ней.

Нужно отметить, что весь сезон 2015 года был успешным для нашей команды. В начале года игроки команды прошли масштабное медицинское обследование в Центре им. В. А. Алмазова, что позволило нам вовремя вылечить обнаруженные на ранней стадии заболевания, и это способствовало успешному выступлению команды. От игроков команды большое спасибо руководству Центра и всем врачам, принимавшим участие в нашем обследовании и лечении!

Председатель Совета благотворительного Фонда ветеранов спорта «Питер-волейбол»
В. М. Желейкин

Директор благотворительного Фонда ветеранов спорта «Питер-волейбол»,
мастер спорта СССР,
Заслуженный тренер России В. Л. Воронов