



# Учебно-научная подготовка современного хирурга: нужны ли врачу помощники-гуманитарии?

Ольховская Юлия Анатольевна<sup>А</sup>, Зазыбо Николай Александрович<sup>Б</sup>

<sup>А</sup> Институт Этнологии и Антропологии РАН, Москва, Россия [justjuliag@mail.ru](mailto:justjuliag@mail.ru)

<sup>Б</sup> Институт красоты «Галактика», Москва, Россия [zazyboa@inbox.ru](mailto:zazyboa@inbox.ru)

## АННОТАЦИЯ

*Текст подготовлен на основе интервью, записанного в июне 2022 года от пластического хирурга Института красоты «Галактика». Авторы обсуждают проблемы профессионального становления пластического хирурга, его опыт работы в общей хирургии, кардиохирургии, реконструктивной и пластической хирургии. Затрагивается актуальная в современном мире проблема трансгендерных персон и трансгендерного перехода. Рассматривается специфика и результаты учебно-научной подготовки современных специалистов, важность гуманитарной составляющей в образовании и необходимость специалистов «помогающих профессий» в повседневной практике медицинского персонала.*

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

медицина, хирургия, общая хирургия, кардиохирургия, реконструктивная хирургия, пластическая хирургия, трансгендерные персоны, трансгендерный переход, психотерапия, биоэтика, медицинская антропология/этнология

*Проведённые реформы образования 90-х годов пришли к логическому завершению. 6 июня 2022 года Министерство образования сообщило об отказе участия в Болонской системе. Недовольство россиян уровнем знаний специалистов в разных областях потребовало изменений преподавания в высших учебных заведениях. И хотя медицинские вузы давно отказались от системы бакалавриата, эти изменения повлияют на программу специалитета. Поэтому в интервью предложено мнение профессионала, хирурга с более чем десятилетним стажем работы, об изменениях и дополнениях в этот актуальный процесс.*

Юлия Ольховская: Николай Александрович, почему Вы выбрали медицину?

Николай Зазыбо.: В детстве мне нравилось то, чем занимается мой отец, и те школьные предметы, которые фундаментально окружают медицину. Когда я был ребенком, отец часто брал меня с собой на работу. Он работал врачом-реаниматологом в специализированной реанимационной бригаде<sup>1</sup>. С отцом я ездил на вызовы. Уже тогда в сознании отложилось, что медицина и спасение человеческих жизней – это серьезное дело, которому стоит посвятить свою жизнь.

Был такой известный советский писатель Виктор Петрович Астафьев<sup>2</sup>. Отец неоднократно спасал ему жизнь. Они достаточно близко общались. К сожалению, в силу возраста Виктор Петрович уже ушел из жизни. Но в моей домашней библиотеке собраны все книги Астафьева, и все они – с его личными автографами.

Когда я учился в старших классах школы, желание помогать людям, глубоко и фундаментально изучать медицину окончательно укрепилось, и я принял решение поступать в Красноярскую государственную медицинскую академию (КГМА). Мне очень нравилось учиться в академии. Чего только стоили занятия по анатомии. Мы в то время работали на трупном материале, который хранится в формалине. И это было очень впечатляюще! Также не могу не отметить свою работу на кафедре биохимии под руководством тогда уже доктора медицинских наук Салминой Аллы Борисовны<sup>3</sup>. Научная работа была связана с апоптозом<sup>4</sup>. Мы рассматривали процесс апоптоза с точки зрения того, можно ли на него влиять, стоит ли это делать. Именно с результатами этой работы я приезжал выступать с докладом в Москву, на Ломоносовские чтения в МГУ.

Ю.О.: Были мысли, что в будущем Вы станете именно хирургом?

Н.З.: Когда я учился на первом курсе, отец познакомил меня со своим близким университетским другом Юрием Семёновичем Винником. Юрий Семенович был сотрудником КГМА. Во время знакомства он, крепко пожав мне руку, сказал: «Мы сделаем из тебя хирурга!». Я удивился: «Почему именно хирурга? Может быть, я не хочу быть хирургом. Я же только поступил, нужно понять, кем быть». Но, как показала жизнь, Юрий Семенович оказался прав.

Ю.О.: Николай Александрович, как проходило Ваше дальнейшее обучение?

Н.З.: После третьего курса Красноярской государственной медицинской академии, я продолжил обучение в Москве, на факультете фундаментальной медицины МГУ.

Ю.О.: Как Вы определились со специализацией?

Н.З.: Обучение в МГУ дало мне возможность познакомиться с самыми разными направлениями деятельности будущего врача. Одно время я планировал работать в области акушерства и

гинекологии. Также был период, когда я хотел заниматься дерматологией и венерологией. Мне очень нравилась эта дисциплина. Я все сып знал наизусть: какие у них клинические проявления, чем что диагностируется, чем лечится и т.д. В сторону хирургии интерес начал появляться уже после четвёртого курса. К концу шестого года обучения я окончательно определился со специализацией. И дипломную работу писал по сердечно-сосудистой хирургии.

Ю.О.: А что из направлений Вам категорически не нравилось?

Н.З.: Пожалуй, это были лор-болезни и нейрохирургия. Так что я пошёл в хирургию. Причем я выбрал общую хирургию, чтобы за год интернатуры получить документ, а дальше специализироваться в более узкой высокодифференцированной хирургии.

Ю.О.: Скажите, пожалуйста, когда Вы учились в медицинском университете, какую роль в Вашем обучении (и вообще в подготовке студентов) играли гуманитарные дисциплины – философия, история медицины, биоэтика, медицинская этика?

Поясню этот вопрос, исходя из собственного опыта обучения. Во время моей учебы в Российском Государственном Гуманитарном Университете на факультете медицинской психологии в 2012 году нам должны были читать дисциплину «Антропология». Но, к сожалению, занятия были организованы так, что у нас не было ни одной лекции по этому предмету, экзамен мы сдавали рефератом (мы его даже не зачитывали вслух, а просто сдали преподавателю). Часы абсолютно всей антропологии были отданы анатомии и физиологии, так как эти предметы, со слов представителей ректората, были важнее и нужнее. Потом, когда я перевелась в Центральную Государственную Медицинскую Академию, история повторилась. Никакие гуманитарные предметы не читались, все их часы отдавались естественно-научным дисциплинам. Медицинскую Академию я закончила сравнительно недавно, в 2018 году.

Возможно, у Вас был другой опыт, связанный с обучением гуманитарным дисциплинам?

Н.З.: В период моей учебы в университете, гуманитарным дисциплинам также не уделялось большого внимания. Основной упор делался на естественно-научные дисциплины.

Ю.О.: Каково было Ваше отношение к этим предметам тогда и сейчас? Как Вы считаете, насколько они необходимы будущему врачу?

Н.З.: Безусловно, образовательные предметы, расширяющие кругозор, необходимы будущему врачу.

Ю.О.: Вы слышали что-нибудь в период учебы о таком предмете и научном направлении как медицинская антропология? И если да, то с чем у Вас ассоциируется эта наука? Кстати, к какой кафедре относился такой предмет, если он был в системе подготовки университетов?

Н.З.: Во время моей учебы в медицинском университете такого предмета не было. Или же он преподавался аспирантам. Хотя в России и на Западе медицинская антропология рассматривается как самостоятельное научное направление (Добкин де Риос, Раковски 2012: 4). Существует программа курса «Медицинская антропология» проф. Клэрэнса К. Гравли из Университета Флориды (Гравли 2012: 8). В штате Калифорния в Беркли, например, её считают одним из приоритетных направлений работы университета (Питерская 2011: 11).

Ю.О.: Как Вы думаете, пригодились ли бы Вам лично знания по медицинской антропологии (социокультурной) в Вашей последующей работе?

Н.З.: Да, ведь эти знания должны входить в курс по общей врачебной подготовке.

Ю.О.: Николай Александрович, как Вы считаете, что можно сделать в ближайшей перспективе, чтобы прекратить игнорирование в преподавании гуманитарных дисциплин в медицинских вузах?

Н.З.: Как минимум, следовать принятому расписанию в преподавании дисциплин, не отдавая предпочтения одним в обход других. А как максимум – повысить авторитет, значимость гуманитарных предметов, обозначить их важность для будущего врача. Ведь врач – это специалист, сочетающий в себе не только практические навыки, необходимые ему для работы по узкой специализации, но и человек очень образованный, с широким кругозором и этическим отношением к пациентам (Харитоновна, Юдин 2011: 15). А кругозор становится широким как раз благодаря гуманитарным дисциплинам.

Ю.О.: Кстати, о последующей работе: первое место Вашей работы в общей хирургии – это ГКБ№31?

Н.З.: Да. Тут мне тоже, надо сказать, повезло. Факультет фундаментальной медицины МГУ – это великолепная образовательная, научная база. А 31-я больница для прохождения ординатуры – это прекрасная практическая база. Уровень этой больницы на тот период, а, может быть, и сейчас, среди городских государственных больниц, очень высокий. Совершенно новые корпуса оснащены по последнему слову техники, безупречные операционные.

Ю.О.: Вам повезло с учителями, наставниками?

Н.З.: Абсолютно! Мне везло в жизни с наставниками, и я к ним всегда с уважением относился. В 31-й больнице Евгений Дмитриевич Фёдоров<sup>5</sup> — потрясающий эндоскопист и эндоскопический хирург, с которым я ходил на дежурства, научил меня эндоскопии и лапароскопии. Общей хирургии меня обучал Олег Иванович Юдин<sup>6</sup>. Эти два доктора из 31-й больницы до сих пор являются моими друзьями. Можно сказать, что это мои первые хирургические учителя, которых я, безусловно, очень сильно уважаю и по-дружески люблю.

Ю.О.: Как кардиохирургия вошла в Вашу жизнь?

Н.З.: Мне было интересно все, что касалось малоинвазивной хирургии. Вторым курсом ординатуры я закончил у Н.А. Чигогидзе<sup>7</sup>. Я учился рентгенэндоваскулярной кардиохирургии<sup>8</sup>. Большая часть попадавших к нам пациентов была с ишемической болезнью сердца<sup>9</sup>. Это было максимально близко к тому, чем занимался мой отец. Мне грело душу, что я прошел через такой путь, дошел до кардиохирургии и сузился до того, что начал заниматься эндоваскулярной хирургией с теми же пациентами, по сути, которых мой отец доводил до отделения, а я с этого места продолжал их лечить: стенты<sup>10</sup> ставить, баллонную ангиопластику<sup>11</sup> делать в коронарные сосуды или сонные в зависимости от потребности. Такой интересный получился круг. Во время ординатуры я также начал проводить научную работу на стыке медицины, биологии и физики. Практическая часть диссертационной работы выполнялась на базе ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой

хирургии им. А.Н. Бакулева»<sup>12</sup> Минздрава России. Исследование посвящено опыту анализа структуры закрученного потока крови в сердце и магистральных сосудах<sup>13</sup>.

Дело в том, что изменение гемодинамики сопровождается практически любую патологию кровеносной системы. И для оценки состояния пациента, а также прогнозирования результатов лечения большое значение имеет количественная оценка, устанавливающая связь между изменением структуры и функций кровообращения. Формирующийся в центральных отделах кровеносной системы поток отличается по свойствам от ламинарного и от турбулентного течения<sup>14</sup> и является закрученным. Потоки крови в сердце и магистральных сосудах близки по свойствам к смерчеобразным потокам, описываемым точными решениями нестационарных гидродинамических уравнений Кикнадзе–Краснова<sup>15</sup>. Моими научными руководителями были Бокерия Лео Антонович<sup>16</sup> и Городков Александр Юрьевич<sup>17</sup>.

Ю.О.: В каком году Вы пришли в пластическую хирургию?

Н.З.: Я поступил в ординатуру в 2019 году.

Ю.О.: Николай Александрович, при смене направления хирургической деятельности был ли у Вас период переобучения профессиональным навыкам?

Н.З.: Конечно. Я всегда шел по пути малоинвазивной хирургии. То есть все оперативные вмешательства выполняются через отдельные небольшие проколы. И там не нужно было много шить. Будь то лапароскопия<sup>18</sup> или рентген-эндоваскулярная хирургия. В эндоваскулярной хирургии ты заходишь через маленький прокол в сосуде, из бедра добираешься до сердца, все там чинишь под контролем рентгена и уходишь практически бесследно. В пластической же хирургии нужно шить много, потому что качество рубца, качество шва – один из ключевых моментов. В реконструктивной хирургии это тоже важно, например, при пересадке лоскутов.

Ю.О.: Расскажите самый запоминающийся случай из практики, из общей хирургии.

Н.З.: Когда я только пришел в интернатуру по общей хирургии, к нам попала пациентка с язвой желудка. Мы ее прооперировали. Я был

клиническим интерном и помогал на операции. Она была пожилая и терпела, видимо, до последнего, прежде чем обратиться в больницу. Через три дня я прихожу на дежурство и смотрю – она снова попадает к нам в операционную. Оказывается, у нее был рецидив, и поскольку все быстро было организовано, чтобы ей успеть помочь, то она подписывала согласие на операцию у меня на ладони. То есть я взял распечатанное согласие, положил на ладонь, и она подписала, сказав: «Ребята, я на все согласна, главное – не навредите». Но через какое-то время её, к сожалению, не стало. Она была крайне тяжела соматически, и мы не смогли спасти ей жизнь, к огромному сожалению. По сути, меньше месяца прошло после начала моего обучения, и это, конечно, меня очень сильно задело. Потому что, по большому счету, я первый раз столкнулся с реальной смертью на моих глазах – можно сказать, на моих руках.

Ю.О.: Коллеги поддерживали?

Н.З.: Нет, конечно, потому что – кому ты об этом расскажешь? Переживаешь сам. Друзья, может быть, в какой-то степени поддерживали, но пришлось через это самому пройти. И после этого как раз ты начинаешь обрастать блоками. В реальной клинической практике то, что в книжках написано, то, как в университете учат, не работает. Потому что начинает пациент тебе рассказывать многое из своей жизни, про свою семью, про своих родственников, начиная с самого раннего детства. И ты собираешь анамнез два часа. За эти 2 часа ты очень многое узнаешь о жизни пациента, а человек болен. У него хирургическая болезнь, которая требует хирургического лечения. Но душа у человека тоже болит. И очень часто этим пациентам становится легче после того, как ты с ними поговорил те же 2 часа. Но тебе от этого становится не легче, совсем не легче. Я через себя пропускал все судьбы этих людей, с их болями; и мне становилось только хуже от этого. Не знаю, может, я всегда был слишком эмпатичным. И я не могу сказать, что я лишился этого качества до сих пор. Просто я сейчас знаю, в какие моменты поставить блоки: лишний раз что-то не спросить осознанно, зная, что эти сведения мне для лечения не дадут дополнительной полезной информации. И ещё в практике хорошо помогают знания этических стандартов (Гурылёва, Нежметдинова 2011: 11).

Ю.О.: Как Вы считаете, нужны ли психотерапевты в штате? В отделении общей хирургии? Чтобы система была очень чётко выстроена, чтобы все знали, что не нужно

загружать хирурга историями, не касающимися основного заболевания? То есть если бы три раза в неделю приходил психотерапевт или медицинский психолог в отделение и беседовал предварительно с пациентами? Возможно, и самим врачам нужны беседы с психологами/психотерапевтами?

Н.З.: Определенно, да. Потому что я бы сам не отказался пообщаться с кем-то в этот момент, кто мне мог бы помочь понять, что происходит, как с этим можно разобраться.

О.Ю.: Меня интересуют еще два специалиста, которых пока нет в системе российского здравоохранения, в отличие от западных стран: это биоэтик (Харитонов, Харитонов, Хрусталёв 2011: 14) или этический консультант и медицинский антрополог или этнокультурный консультант (в ведение которого входит также консультирование пациентов и их родственников в области социокультурных и религиозных, магико-мистических проблем, а также проблем неконвенциональной медицины). Как Вы считаете, насколько врачам разного профиля, в том числе хирургам (особенно пластическим хирургам, тем, кто специализируется в трансплантации органов, кто работает с вопросами смены пола и т.д.) необходима помощь таких специалистов помогающих профессий?

Н.З.: Если такие специалисты не вмешиваются в лечебный процесс, не мешают врачу проводить свою работу, то почему нет. В моей практике пока не было соответствующих запросов от пациентов.

Ю.О.: А как Вы думаете, насколько помощь таких специалистов, обеспечивающих здоровьесбережение (Харитонов 2016: 4) нужна самим пациентам, их родственникам?

Н.З.: Если такой запрос исходит от самих пациентов и их родственников, то почему нет.

Ю.О.: Давайте вернёмся к пластической хирургии. Расскажите о своей работе в реконструктивной хирургии.

Н.З.: С реконструктивной хирургией я познакомился в ординатуре по пластической хирургии. На базе университетской больницы Первой московской медицинской академии им. И.М. Сеченова я учился восстановлению утраченной или деформированной части тела человека, к примеру, восстановлению груди у

женщин по причине мастэктомии<sup>19</sup>. Одной из самых распространённых операций была реконструкция ДИЕР-лоскутом<sup>20</sup>. Во время операции хирург использует собственные ткани пациента. Задачей было сделать так, чтобы реконструированный орган выглядел максимально естественно.

Ю.О.: Николай Александрович, Вы занимались лишь реконструктивной маммопластикой?

Н.З.: Нет, также я занимался реконструктивной ринопластикой в НМИЦ оториноларингологии ФМБА России. Реконструктивная ринопластика – это операция по восстановлению носа после серьезных травм: аварий, ударов, ожогов, онкологических заболеваний кожи и т.д. Как правило, проблемы пациентов связаны с дефектами мягких тканей, переломами костей, хряща, утратой кожного покрова, а иногда и полным отсутствием носа.

Ю.О.: Как проходит операция?

Н.З.: Технология реконструктивных операций в каждом случае индивидуальна и сильно зависит от последствий травмы. Если разрушен хрящевой каркас носа, хрящ заимствуются из донорской области. Ею чаще всего становится хрящ из ушной раковины или ребро пациента. Хирург выкраивает сегмент хряща, идентичный утраченному, и фиксирует его в заданной области. Операции по восстановлению пропорций носа после травм (например, коррекция седловидной деформации спинки<sup>21</sup> вследствие травмы) сопровождаются также взятием ушного или реберного хряща для трансплантата.

Ю.О.: Николай Александрович, я знаю, что, работая в области реконструктивной пластической хирургии, Вы также проводили операции по смене пола. Не так много хирургов в России проводят такие операции. Расскажите про свой опыт работы с трансгендерными персонами<sup>22</sup>.

Н.З.: Во время обучения в ординатуре на базе Университетской клинической больницы №1 я учился, наблюдал за проведением такого рода операций, за созданием неовагин и неофаллосов. Действительно, стоит отметить, что врачей – хирургов, занимающихся генитальной хирургией, работающих с трансгендерами – в России немного.

Ю.О.: Трансгендерный переход<sup>23</sup> можно совершить и без хирургического вмешательства по смене пола, однако оно все равно остается желанным для некоторых людей. Почему?

Н.З.: Операция позволяет трансперсонам максимально приблизиться к гендеру, с которым они себя идентифицируют. Но, как правило, прежде чем попасть к нам в клинику, пациенты уже проходят длительный путь по феминизации тела, шеи, лица<sup>24</sup> (если мы говорим о переходе из мужчины в женщину). И операция по смене пола становилась завершением пути перехода.

Ю.О.: Как Вы считаете, нужна ли человеку, запланировавшему или уже совершившему трансгендерный переход, психологическая помощь для адаптации в социуме?

Н.З.: Конечно! Ведь это люди с очень непростой судьбой, зачастую они вынуждены скрывать свою половую идентификацию<sup>25</sup> – и нужно им помогать, чтобы они чувствовали себя лучше.

Ю.О.: На мой взгляд, необходимо развивать направление психологической помощи и помощи медицинских антропологов (специалистов, в том числе, по различным мировым культурам, где вопросы отношения к полу, к особым персонам в этом отношении, были различными) (Харитоновна 2016: 4) трансгендерным людям<sup>26</sup>, поскольку её оказание является неотъемлемой частью цивилизованного общества.

Н.З.: Да, согласен с Вами.

Ю.О.: Когда Вы сделали свою первую пластическую операцию, и что это было?

Н.З.: Моя первая операция – наверное, это было липоструктурирование: коррекция контуров тела с помощью перемещения жировых клеток пациента из одного места в другое. Это называется липосакция и липофиллинг. Два в одном. То есть где-то забрали излишки объемов и куда-то перенесли.

Ю.О.: Как Вы считаете, успех в профессии пластического хирурга – это больше талант или навык, или 50 на 50?

Н.З.: Талант важен, однозначно. Есть две важные составляющие. Насколько ты рукастый, и насколько ты эстетически воспитан. Потому что,

даже если ты невероятно квалифицированный хирург и у тебя руки растут из нужного места, можно сделать технически превосходную операцию, но она будет калечащая. Качество операции будет безупречное: швы будут лежать хорошо, ткани смещены, придвинуты, техника на высшем уровне. Но если у тебя не будет развитого эстетического чувства, пациент не получит желаемого результата. А бывает наоборот: ты прекрасно все воспринимаешь, но нет навыка. Середина, наверное, находится в опыте. Никогда не должно заканчиваться образование и обучение.

Ю.О.: Учиться приходится постоянно?

Н.З.: Регулярно, не останавливаясь вообще. Я могу сказать, что пока я в медицине нахожусь, я еще ни дня ни провёл, чтобы что-то новое для себя не открыть. Процесс обучения должен идти бесконечно. Дело даже не в книгах, конгрессах или мастер-классах, а просто в работе над собой каждый день. Сейчас я работаю с Артуром Владимировичем Рыбакиным<sup>27</sup> и также очень многому учусь у него!

Ю.О.: А как Вы относитесь к дополнительному образованию в области гуманитарных дисциплин? Например, в нашем Институте этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН при отделе аспирантуры существует ДПО по неконвенциональной медицине, по медицинской антропологии и смежным с нею дисциплинам (Харитоновна 2016: 4) – Вы не хотели бы послушать такие курсы?

Н.З.: В будущем, возможно, да.

Ю.О.: Что в работе пластического хирурга Вам нравится больше всего?

Н.З.: Мне просто нравится быть пластическим хирургом. Я в свое время долго работал в фармкомпаниях, когда был на этапе накопления денежных средств, чтобы оплатить обучение в ординатуре. У меня дочка уже родилась на тот момент, она была маленькая ещё, а я был близок к тому, чтобы начать заниматься тем, что мне по-настоящему приносит удовольствие, то есть пластической хирургией. И я боялся, что я немножко перескочу тот период, когда она меня впервые спросит: «Папа, чем ты занимаешься? Кем ты работаешь?». Но я всё успел! И сейчас я могу сказать дочке: «Дочка, я работаю пластическим хирургом!»

Ю.О.: Вы счастливы находиться там, где Вы находитесь сейчас?

Н.З.: Абсолютно! Пройдя такой долгий, извилистый путь, работая в различных государственных больницах, в частных клиниках, имея опыт работы в общей хирургии, в сердечно-сосудистой хирургии, в реконструктивной хирургии и т.д., я искренне готов говорить об этом любому человеку. Будь я уставшим, не выспавшимся, не успевающим съездить в отпуск: «Я устаю, но я получаю огромное удовольствие. Мне очень нравится то, чем я занимаюсь!»

## ПРИМЕЧАНИЯ

<sup>1</sup> В России существует несколько видов бригад СМП:

- неотложные, именуемые в народе «неотложка» – врач и водитель;
- врачебные – врач, два фельдшера, санитар и водитель;
- фельдшерские – два фельдшера, санитар и водитель;
- акушерские – акушер (акушерка) и водитель.

В некоторые бригады могут входить два фельдшера или фельдшер и медсестра (медбрат). В состав акушерской бригады может входить два акушера, акушер и фельдшер либо акушер и медсестра (медбрат). Бригады делятся на линейные (общепрофильные) – бывают как врачебными, так и фельдшерскими – и специализированные (только врачебные). Линейные бригады выезжают на самые простые случаи (повышенное артериальное давление, нетяжёлые травмы, нетяжёлые ожоги, боли в животе и т. п.). Линейные бригады бывают врачебные и фельдшерские. Врачебная бригада должна состоять из врача, 2 фельдшеров (либо фельдшера и медсестры/медбрата), санитары и водителя, а фельдшерская бригада — из 2-х фельдшеров или фельдшера и медсестры/медбрата, санитары и водителя. Специализированные бригады. Для возможно более раннего оказания специализированной медпомощи непосредственно на месте происшествия и при транспортировке организованы специализированные бригады интенсивной терапии, травматологические, кардиологические, психиатрические, токсикологические, педиатрические и др. Специализированные бригады непосредственно на месте происшествия и в машине скорой помощи проводят переливание крови, остановку кровотечения, трахеотомию, искусственное

дыхание, закрытый массаж сердца, шинирование и другие неотложные мероприятия, а также выполняют необходимые диагностические исследования (снятие ЭКГ, определение протромбинового индекса, длительности кровотечения и др.). Санитарный транспорт в соответствии с профилем бригады скорой оснащен необходимой диагностической, лечебно-реанимационной аппаратурой и лекарственными средствами. Расширение объема и совершенствование медицинской помощи на месте происшествия и при транспортировке увеличили возможности госпитализации ранее нетранспортабельных больных, позволили уменьшить число осложнений и смертельных исходов во время транспортировки больных и пострадавших в стационары. Специализированные бригады бывают только врачебными. Они делятся на: кардиологические, педиатрические, наркологическая, неврологические, травматологические, неонатальные, акушерские гинекологические, или акушерско-урологические, хирургические, токсикологические.

<sup>2</sup> Виктор Петрович Астафьев (1 мая 1924, село Овсянка, Енисейская губерния, СССР — 29 ноября 2001, Красноярск, Россия) – русский писатель, эссеист и драматург, сценарист. Герой Социалистического Труда (1989). Кавалер ордена Ленина (1989). Лауреат двух Государственных премий СССР (1978, 1991), Государственной премии РСФСР имени М. Горького (1975) и двух Государственных премий РФ (1995, 2003 – посмертно). Член Союза писателей СССР. Участник Великой Отечественной войны.

<sup>3</sup> Алла Борисовна Салмина – д.м.н., проректор по международной деятельности Красноярской государственной медицинской академии. Член-корреспондент Российской академии естественных наук. Специализируется в области патофизиологии, биохимии, молекулярной медицины, нейрохимии, биофизики.

<sup>4</sup> Апоптоз – это регулируемый процесс программируемой клеточной гибели, в результате которого клетка распадается на отдельные апоптотические тельца, ограниченные плазматической мембраной.

<sup>5</sup> Евгений Дмитриевич Фёдоров – профессор, д.м.н., клинический руководитель отделения эндоскопической хирургии. Главный научный сотрудник НОЦ абдоминальной хирургии и эндоскопии кафедры госпитальной хирургии № 2 с

НИИ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО МЗиСР РФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Заведующий отделением оперативной эндоскопии ГКБ № 31. Заведующий элективным курсом эндоскопии ФФМ МГУ и лечебного факультета РГМУ.

<sup>6</sup> Олег Иванович Юдин – к.м.н., врач высшей категории, зам. главврача по хирургии ГКБ № 31.

<sup>7</sup> Николай Автандилович Чигогидзе (23.03.1948 – 06.06.2020) – заслуженный врач РФ, к.м.н., кардиохирург.

<sup>8</sup> Эндоваскулярная хирургия (рентгенохирургия, интервенционная кардиология и интервенционная радиология) – хирургические вмешательства, проводимые на кровеносных сосудах чрескожным доступом под контролем методов лучевой визуализации с использованием специальных инструментов.

<sup>9</sup> ИБС – ишемическая болезнь сердца – это органическое и функциональное поражение миокарда. Патологическое хроническое и острое состояние провоцируется недостаточным кровоснабжением или его полным прекращением.

<sup>10</sup> Стент (коронарный) – это медицинское устройство, представляющее собой каркас в форме металлического цилиндра, устанавливаемый в узкие места в артерии (с холестериновыми отложениями) для их расширения, за счет чего обеспечивает нормальный кровоток.

<sup>11</sup> Ангиопластика, также известная как баллонная ангиопластика и чрескожная транслюминальная ангиопластика, представляет собой минимально инвазивную эндоваскулярную процедуру, используемую для расширения суженных или закупоренных артерий или вен, как правило, для лечения артериального атеросклероза.

<sup>12</sup> ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия.

<sup>13</sup> Магистральные сосуды – это наиболее крупные артерии, в которых ритмически пульсирующий, изменчивый кровоток превращается в более равномерный и плавный. Стенки этих сосудов содержат мало гладкомышечных элементов и много эластических волокон. Магистральные

сосуды оказывают небольшое сопротивление кровотоку.

<sup>14</sup> Ламинарное движение крови (лат. lamina пластинка) – вид движения, при котором частицы крови равномерно движутся по прямым линиям и их движение в общей системе потока происходит с разной скоростью в зависимости от расположения в просвете сосуда. При неппульсирующем потоке с максимальной скоростью движется осевая струя жидкости, с минимальной – слой жидкости, прилегающий к стенке сосуда. Близкая к ламинарному форма движения наблюдается в большинстве сосудов, исключение составляют устье и дуга аорты. Турбулентное движение крови (лат. turbulentus беспорядочный) – вид движения, который наблюдается при переходе от низких скоростей течения крови к высоким. Основными признаками турбулентности являются хаотические флюктуации скорости потока и давления крови. В нормальных условиях турбулентность присутствует в желудочках сердца, устье и дуге аорты, особенно на высоте систолы. Турбулентность возникает в стенозированных сосудах из-за сильного увеличения линейной скорости течения крови в зоне сужения; причиной турбулентности может являться снижение вязкости крови. Образование атероматозных бляшек в сосуде также способствует местному развитию турбулентности в участке, расположенном дистальнее бляшек. Турбулентность движения крови лежит в основе сердечных шумов при аортальных и митральных стенозах и незаращенный боталлова протока (открытый артериальный (боталлов) проток – соустье между аортой и легочным стволом, которое существует во время внутриутробного периода развития плода).

<sup>15</sup> Нестационарные гидродинамические уравнения Кикнадзе–Краснова – это система дифференциальных уравнений, описывающих движение вязкой жидкости. Это одна из семи задач, за общее решение каждой из которых Математический институт Клэя (США) назначил премию в миллион долларов. Таковую же, какую получил за доказательство гипотезы Пуанкаре Перельман.

<sup>16</sup> Лео Антонович Бокерия – советский и российский врач-кардиохирург, изобретатель, организатор медицинской науки, профессор. Академик РАН (2011) и РАМН (1994), член Президиума РАМН (до 2013). Главный внештатный специалист сердечно-сосудистой хирург Минздрава России. Директор НМИЦ ССХ им. А. Н.



Бакулева Минздрава России (1994—2019), президент НМИЦ ССХ им. А. Н. Бакулева с 25 ноября 2019 года. Президент Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации». Заместитель Секретаря Общественной палаты Российской Федерации. Заслуженный деятель науки Российской Федерации (1994). Лауреат Ленинской премии (1976), Государственной премии СССР (1986), Государственной премии Российской Федерации (2002) и премии Правительства Российской Федерации (2003). Полный кавалер ордена «За заслуги перед Отечеством».

<sup>17</sup> Александр Юрьевич Городков – д.б.н., зав. лабораторией моделирования и изучения патологии сердца и сосудов с оперблоком и виварием. В конце 70-х годов XX века работал в лаборатории полимеров НМИЦ ССХ им. А. Н. Бакулева совместно с Геннадием Ираклиевичем Кикнадзе над применением техническими устройствами в вихревых потоках, используемых в кардиохирургии.

<sup>18</sup> Лапароскопия – современный метод хирургии, в котором операции на внутренних органах проводят через небольшие отверстия, в то время как при традиционной хирургии требуются большие разрезы. Лапароскопия обычно проводится на органах внутри брюшной или тазовой полостей.

<sup>19</sup> Мастэктомия – хирургическая операция по удалению молочной железы. Сущность операции: удаление молочной железы, жировой клетчатки, в которой содержатся лимфатические узлы и, в зависимости от варианта мастэктомии, удаление малой и/или большой грудной мышц. Такое вмешательство проводится при лечении рака или для его профилактики.

<sup>20</sup> DIEP-лоскут: операция методом DIEP-лоскута – это иссечение у пациента лоскута кожи вместе с подкожно-жировой клетчаткой, нервами и кровеносными сосудами из области живота и пересадка его в пораженное место.

<sup>21</sup> Коррекция седловидной деформации спинки носа: седловидный нос – это распространенное название эстетического дефекта, когда проседает и западет носовая спинка. Различают врожденные и приобретенные виды деформаций. Причиной последних бывают различные травмы, предыдущие неудачные опыты с пластикой или патологические заболевания. Сложность исправления седловидных

деформаций в том, что данный дефект может быть представлен в самых разнообразных вариациях, затрагивать одновременно хрящевые и костные части органа.

<sup>22</sup> Трансгендерные персоны. Трансгендерность — несовпадение гендерной идентичности или гендерного выражения человека с полом, присвоенным при рождении. Некоторые трансгендерные люди идентифицируют себя с гендером, противоположным полу, присвоенному при рождении, и называются транс-женщины и транс-мужчины соответственно, другие имеют идентичности, выходящие за рамки бинарной гендерной системы (способа общественного устройства, при котором пол и гендер разделяются на две отдельные и противоположные друг другу категории: мужчин и женщин; это один из общих типов гендерных систем).

<sup>23</sup> Трансгендерный переход – процесс приведения гендерной роли и тела человека в соответствие с его внутренним самоощущением – гендерной идентичностью. Трансгендерный переход может включать в себя как социализацию в новой гендерной роли, смену паспортного имени и юридического пола, так и медицинские процедуры по изменению внешних половых признаков. Из-за невозможности изменения гонадного пола (пола половых желёз) при коррекции пола возникает необходимость пожизненного приёма гормональных препаратов, а определённые хирургические операции приводят к бесплодию. Однако не все люди, совершающие трансгендерный переход, прибегают к хирургическому вмешательству. Объём изменений определяется в каждом случае потребностями конкретного человека.

<sup>24</sup> Феминизацией в пластической хирургии называют комплекс операций, целью которых является создание женственной внешности через достижение более мягких черт лица и тела, соответствующих этой гендерной идентичности.

<sup>25</sup> В России трансгендерный переход осложняется трансфобией, которая широко распространена как среди обычных людей, так и среди психологов и врачей, а в последние годы проявляется и на государственном уровне. По данным опросов, многие трансгендерные люди в России не рискуют сделать каминг-аут даже перед самыми близкими людьми, 93 % после каминг-аута сталкивались с негативными реакциями, 23 % – с насилием со стороны родственников и столько же – со стороны

посторонних людей. При этом есть и позитивные истории каминг-аутов.

<sup>26</sup> Психологическая помощь трансгендерам – в России существуют организации, деятельность которых направлена на повышение уровня качества жизни трансгендерных людей. Примером такой организации является инициативная группа «Центр Т».

<sup>27</sup> Артур Владимирович Рыбакин – российский пластический хирург, научный деятель, основатель и главный врач Института красоты Галактика.

## Для цитирования

Ольховская Ю.А., Зазыбо Н.А. (2022) Учебно-научная подготовка современного хирурга: нужны ли врачу помощники-гуманитарии? Медицинская антропология и биоэтика, 1(23). DOI: <https://doi.org/10.33876/2224-9680/2022-1-23/14>

## Библиография

- [1] Гравли, К. К. (2012) Программа курса «Медицинская антропология» проф. Клэрэнса К. Гравли, Университет Флориды, Медицинская антропология и биоэтика, № 1 (3).
- [2] Гурылёва, М. Э., Нежметдинова, Ф. Т. (2011) Введение этических стандартов в практику клинических исследований в Российской Федерации через систему этических комитетов, Медицинская антропология и биоэтика, № 2 (2).
- [3] Добкин Де Риос М., Раковски, Т. (2012) Медицинская антропология как научное направление в России и на Западе, Медицинская антропология и биоэтика, № 1 (3).
- [4] Питерская, Е. С. (2011) Медицинская антропология как одно из приоритетных направлений работы университета шт. Калифорния в Беркли (обзор образовательных программ), Медицинская антропология и биоэтика, № 1 (1).
- [5] Харитоновна, В. И. (2016) Образовательно-профессиональные аспекты обеспечения здоровьесбережения, Медицинская антропология и биоэтика, № 1 (11).
- [6] Харитоновна, В. И., Хрусталёв, Ю. М. (2011) «Биоэтика как учебная дисциплина в системе высшего образования», Медицинская антропология и биоэтика, № 1 (1).
- [7] Харитоновна, В. И., Юдин, Б. Г. (2011) Биоэтика – это не совсем то, что принято понимать как науку, Медицинская антропология и биоэтика, № 1 (1).

## **ОБ АВТОРАХ**



**Юлия Анатольевна  
Ольховская** –  
психотерапевт, аспирантка  
Центра медицинской  
антропологии, ИЭА РАН  
(Москва, Россия)  
[https://orcid.org/0000-0002-  
0183-9356](https://orcid.org/0000-0002-0183-9356)



**Николай Александрович  
Зазыбо** – пластический  
хирург, врач Института  
красоты «Галактика»