

**Интервью с главным внештатным специалистом-неврологом Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, академиком РАН, доктором медицинских наук, заведующим кафедрой неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»
Скоромцом Александром Анисимовичем**



Александр Анисимович, на протяжении многих лет Вы являетесь главным внештатным специалистом-неврологом Санкт-Петербурга. Какие изменения произошли в системе оказания медицинской помощи больным с инсультом в последнее время, а также каких изменений ждете в будущем?

В прошлом году исполнилось 40 лет с тех пор, как я согласился стать главным специалистом-неврологом Санкт-Петербурга (ранее Ленинграда). Тогда по поручению председателя Горздраотдела мною была написана программа модернизации неврологической службы города. В ней нашла отражение идеология поэтапного оказания помощи больным с острой неврологической патологией (болевые синдромы, острые нарушения мозгового кровообращения, нейроинфекция, нейроинтоксикация, черепно-мозговая и спинальная травмы, пароксизмальные расстройства, острая нервно-мышечная патология и др.). Были выделены *догоспитальный этап*, который касался работы скорой и неотложной помощи (внедрение специализированных нейрореанимационных бригад скорой помощи), *госпитальный этап* — преимущественно специализированной помощи (противоболевые центры, инсультные отделения, нейрохирургические отделения и др.), *амбулаторно-поликлинический* и *санаторный этапы* с проведением нейрореабилитационных и профилактических лечебных мероприятий. При некоторых

заболеваниях, в частности при дегенеративных нервно-мышечных, предусматривалось внедрение электрофизиологических и генетических лабораторных исследований. Уделялось внимание районированию лечебно-профилактических учреждений.

Программа обсуждалась в различных структурах здравоохранения 3 года, но при смене председателя Горздраотдела ее пришлось сократить. Однако ситуация фактически повторилась. Более того, по прошествии еще 3 лет выяснилось, что программа модернизации неврологической службы города не подкреплена соответствующими финансовыми вложениями.

Будучи заведующим кафедрой неврологии и нейрохирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова и главным специалистом-неврологом города и Северо-Запада России, я сосредоточил внимание на обучении врачей неврологов. Были проведены научно-практические конференции, выезды специалистов в регионы — от Мурманска и Калининграда до Архангельска и Вологды с чтением лекций по актуальным проблемам неврологии и консультациями пациентов. Кроме того, с использованием спонсорской помощи фармацевтических компаний было организовано стажерство врачей из регионов, подготовлены обширные программы научно-практических конференций, конгрессов и

Школ с приглашением докладчиков из всех вузов нашего региона и других городов России (Москвы, Казани, Екатеринбурга) и ближнего зарубежья.

В последующем, как известно, была создана общественная организация Национальная ассоциация борьбы с инсультом (НАБИ), в масштабах страны в целом разработана система оказания помощи больным с мозговым инсультом. Неврологическая служба получила также поддержку в лице министра здравоохранения РФ — невролога. С этого времени начался новый этап развития помощи указанным группам больных.

Александр Анисимович, расскажите, пожалуйста, о становлении службы помощи больным с инсультом в Вашем регионе.

В нашем регионе в начале 90-х годов была сформирована первая в России мультидисциплинарная бригада по ведению больных как в острой фазе мозгового инсульта, так и на этапе амбулаторно-домашнего реабилитационного лечения.

Во всех муниципальных образованиях были созданы Первичные сосудистые отделения и Региональные сосудистые центры для оказания помощи больным с мозговым инсультом по современным стандартам. В 2010 г. нашему городу Минздрав России выделил финансы на организацию первых 6 специализированных сосудистых отделений. Правительство города также дополнительно профинансировало, и с 2011 г. стали функционировать первых 3 Региональных сосудистых центра и 3 Первичных сосудистых отделения. В последующие годы по мере финансирования были открыты еще по три таких отделений и центров. В 2015 г. в нашем городе работало всего 14 специализированных нейрососудистых отделений: 8 первичных сосудистых отделений и 6 Региональных сосудистых центров всего на 860 коек. Бригадами скорой помощи за 2015 г. с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения» (ОНМК) были направлены 27 217 больных. На этапе приема в стационары у 25,9% из этих пациентов церебральный инсульт был исключен. В период «терапевтического окна» (4,5 ч с момента развития мозгового инсульта) доставлены только 15,3% пациентов. Исходя из общего числа жителей Санкт-Петербурга — около 5 млн человек — в городе должно быть 20 специализированных отделений с реабилитационными койками. Это говорит о том, как много работы предстоит еще сделать.

Вы — эксперт в области спинальных инсультов. Как часто они встречаются? Какие есть особенности ведения таких пациентов?

Коллектив нашей кафедры стал разрабатывать проблему сосудистых заболеваний спинного мозга по инициативе профессора Д.К. Богородинского. Необходимо заметить, что она является относитель-

но новой для клинической неврологии. Потребовалось детально изучить особенности кровоснабжения спинного мозга, выявить патогенетические факторы его расстройств, обосновать классификацию клинических проявлений миелоишемии, создать экспериментальную модель ишемии спинного мозга, чтобы на ней изучать влияние соответствующих лекарственных препаратов. Однако пока нет сведений о таких лекарствах и их эффективности для лечения больных со спинальными инсультами. Между тем число таких пациентов увеличивается по мере улучшения знаний практических врачей и расширения диагностических возможностей (МРТ позвоночника и спинного мозга, селективной спинальной ангиографии, электронейромиографии).

На примере спинальных инсультов подтвердился старый тезис: врач видит на практике только те болезни, которые знает. В качестве примера можно привести наблюдения из практики акушеров-гинекологов. Речь идет о появлении у некоторых беременных женщин слабости ног и признаков поражения нижних отделов спинного мозга (нарушения чувствительности в аногенитальной зоне, расстройства сфинктеров тазовых органов). После родоразрешения эти симптомы обычно регрессируют. Ранее перечисленные признаки расценивали как «миелит беременных». Но после уточнения особенностей васкуляризации спинного мозга и подтверждения важной роли радикулотомедулярных артерий в формировании передней спинальной артерии было установлено, что она является не самостоятельным сосудом с росто-каудальным направлением кровотока, а представляет собой анастомотический тракт нескольких крупных передних радикулотомедулярных артерий с разным направлением кровотока в пределах смежных сегментов спинного мозга. На ангиограммах брюшной аорты у беременных четко выявляются признаки сдавления беременной маткой многих сегментных ветвей аорты. Не трудно понять, что если от такой компримированной ветви брюшной аорты отходит крупная передняя радикулотомедулярная артерия, то кровоток в спинном мозге будет существенно редуцирован и разовьется ишемия нескольких его сегментов. Клинически это будет проявляться признаками поражения спинного мозга и регрессировать после родов в связи с устранением компрессии брюшной аорты беременной маткой. Изменившееся представление о частом «миелите беременных» стало определять патогенетически обоснованную терапию таких наблюдений.

В нашем городе спинальные инсульты составляют около 4% всех острых нарушений кровообращения ЦНС. Лечебная тактика у таких больных индивидуализирована в зависимости от патогенеза спинального инсульта. Нередко требуется устранение компрессии снабжающих спинной мозг сосудов

грыжей межпозвоночного диска как на уровне шейного, так и пояснично-крестцового отделов, где грыжи наиболее часты. Значительно большее число пациентов, у которых ишемия спинного мозга развивается не так остро, как спинальный инсульт, а более замедленно — хронически. Особенно это характерно для нарушений венозного оттока от спинного мозга при грыжах нижних поясничных дисков — с развитием дискогенно-венозной радикуломиелоишемии. Диагностика таких состояний практическими врачами очень важна, так как имеются высокоэффективные лекарственные препараты венотонического действия.

Александр Анисимович, в настоящее время проходит реформа последипломного образования специалистов. Какие Вы видите пути усовершенствования этого направления?

Для нашего отечества была характерна традиционная и хорошо сформированная эффективная система повышения квалификации врачей, включая и неврологов. Имею в виду систему Государственных институтов усовершенствования врачей (ГИДУВ), в которых каждый врач раз в пять лет проходил более чем месячные курсы повышения профессиональной квалификации. Позже при учебных кафедрах для студентов стали формироваться курсы факультета последипломного образования (ФПО). В тех вузах, где кафедры укомплектованы высококвалифицированными кадрами, такая практика оказывалась достаточно эффективной. Например, на руководимой мною кафедре неврологии и нейрохирургии со штатной численностью более 20 сотрудников (из них 12 профессоров) в занятиях по сертификационному циклу для врачей продолжительностью 36 рабочих дней принимают участие все преподаватели, т.е. каждый преподаватель проводит не более 2 дней практических занятий и лекций для врачей-неврологов по наиболее разработанным им темам материала диссертационных исследований. Поэтому курсанты даже на таких студенческих кафедрах получают больше полноценной профессиональной информации по сравнению с кафедрами ГИДУВ, на которых преподавание врачам ведут только несколько человек. ФПО по юридическим соображениям нам удалось выделить в самостоятельную кафедру неврологии и мануальной медицины (зав. кафедрой — профессор Е.Р. Баранцевич), однако фактически в процессе преподавания принимают участие все сотрудники кафедры неврологии и нейрохирургии, а со студентами занимаются преподаватели кафедры ФПО.

В последние годы в практику системы повышения квалификации врачей профессиональными сообществами внедряется система непрерывного медицинского образования (НМО), оценка эффективности которого осуществляется по накоплению

баллов (кредитов) — требуется 144 кредита за 5 лет работы.

Расскажите, пожалуйста, о Ваших образовательных проектах.

Как первый заместитель председателя президиума Всероссийского общества неврологов горячо поддерживаю участие профессиональных сообществ в повышении квалификации практических врачей на научно-практических конференциях, семинарах, конгрессах, школах, участие в которых учитывается в системе НМО.

Более четверти века мы проводим образовательные школы для неврологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона России. Вначале однодневные научно-образовательные конференции проводили в пригороде Санкт-Петербурга — в Зеленогорске — на базе санатория «Северная Ривьера». В последние 13 лет на базе этого санатория, который стал специализированным под реабилитацию неврологических пациентов (после мозговых инсультов, черепно-мозговых травм и др.), проводим более информативную Школу выходного дня. За время работы Школы удается прочитать лекции по всем разделам клинической неврологии и нейрохирургии. К чтению лекций приглашаются ведущие специалисты-неврологи как нашего города, так и Москвы, других университетских городов России, СНГ и дальнего зарубежья, включая Европу и США. С этого года программа Школы лицензирована Комиссией по НМО при Минздраве России с выдачей сертификата с определенным количеством образовательных кредитов. Руководители лечебно-профилактических учреждений имеют право командировать своих сотрудников с оплатой командировочных расходов из средств, выделяемых госбюджетом на повышение квалификации врачей. На занятия в Школу выходного дня собираются более 400 врачей-неврологов.

С 2015 г. в Судаче по поручению Минздрава России Школу выходного дня стали проводить для неврологов Республики Крым и Южного федерального округа. Вторая Южная школа неврологов состоится 21—24 апреля 2016 г.

Кроме того, нами подготовлен первый образовательный модуль по теме «Спондило-ангионеврология», состоящий из 7 лекций. Тематика выбрана не случайно. Она обоснована частотой такой патологии в практической деятельности невролога (нарушения кровообращения в вертебрально-базиллярной системе, различные болевые симптомы в спине, конечностях; нарушения кровообращения спинного мозга и его корешков). Опыт показывает, что примерно у 15% пациентов боль связана с компрессией спинномозгового корешка грыжей межпозвоночного диска, клиника в таких случаях проявляется расстройствами функции миотомов, дермато-

мов и спланхнотомов. У большинства же боль связана с миогенными компрессионно-ишемическими невропатиями. Несомненно различие лечебной тактики у этих групп пациентов. При дискогенной компрессии корешка требуются противоотечные препараты, анальгетики и хирургическое устранение сдавления. При мионевральной патологии важны миорелаксанты и мягкие методики мануальной терапии (миофасциальный релиз, мышечно-энергетические техники и т.п.). Этот образовательный модуль можно включать в программы проводимых региональных научно-практических конференций, и он уже был нами апробирован на форумах неврологов в Перми и Тюмени в феврале 2016 г.

Александр Анисимович, что повлияло на Ваш выбор профессии? Кто были Вашими учителями?

Стимулом получить медицинское образование послужило чувство беспомощности при заболеваниях близких людей и желание им помочь. Что же касается выбора профессии невролога, то это случайность в виде предложения клинической ордина-

туры по этой специальности. Вначале я хотел быть хирургом, но ощутил тремор рук при операции по резекции кишечника, потом освоил психиатрию (работая в студенческие годы медбратом в Психиатрической больнице им. М.И. Балинского), но вакансия поступления в ординатуру была только по неврологии. Мне очень повезло с учителями — в студенческие годы цикл по нервным болезням проводил ассистент Р.П. Баранцевич, который в клинической ординатуре вместе с доцентом Е.С. Кирпичниковой обучили меня основам клинической неврологии. Например, практические навыки по исследованию неврологического статуса я воспринял от нее. Основы же научной неврологии мне заложил профессор Д.К. Богородинский, которого я считаю своим основным Учителем.

Что бы Вы пожелали нашим читателям?

Крепкого здоровья, земных благ, удачливости во всем, оптимизма, любить и быть любимыми. Мирного неба над головой!