

Учить, лечить, искать и внедрять достижения науки в практику!

ХИРУРГ

РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН



ГАЗЕТА РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ХИРУРГИИ им. АКАДЕМИКА Б.В. ПЕТРОВСКОГО РАМН

№ 1 (102) январь — февраль 2009 года

В НОМЕРЕ

2

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ:
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ
Профессор С.Л. Дземешкевич

4

В УЧЕНОМ СОВЕТЕ РНЦХ РАМН

6

В ДИССЕРТАЦИОННОМ СОВЕТЕ РНЦХ РАМН

9

НА ПЯТНИЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ РНЦХ РАМН

12

14

80-летний ЮБИЛЕЙ
АННЫ ИВАНОВНЫ КУКУШКИНОЙ
ЮРИЮ ЕВГЕНЬЕВИЧУ МИХАЙЛОВУ — 70 ЛЕТ

15

СЕРГЕЮ ПАВЛОВИЧУ НЕЛЮБИНУ — 60 ЛЕТ
НОВОСТИ НАУЧНОГО МИРА

16

ПАМЯТНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАТЫ
ПРОФЕССОР П.И. ДЬЯКОНОВ
(К 100-летию со дня смерти)

17

ПРОФЕССОР А.В. МАРТЫНОВ
(К 75-летию со дня смерти)

18

НЕКРОЛОГИ

20

ТЕМАТИЧЕСКИЕ СЕМИНАРЫ И СИМПОЗИУМЫ
План на 1-е полугодие 2009 года

*Поздравляем залучников Отечества
с 23 февраля, а всех дорогих женщин
с праздником весны Международным
женским днем 8 марта!*



РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

У Российского научного центра хирургии есть две миссии в нашем здравоохранении и обе они заключаются уже в названии нашего института.

Первая миссия: Российский — значит национальный, то есть лидер отечественной хирургии.

Вторая миссия также заключена в названии: «Центр хирургии имени Б.В. Петровского». Борис Васильевич однажды сказал, что самое главное, что он сделал за годы своей работы на посту Министра здравоохранения СССР, это то, что после несколь-

ких десятилетий молчания и изоляции он вернул советских хирургов международному сообществу. Я убежден, что Центру необходимо придать настоящее международное звучание, сохранив наши богатые традиции.

Традиции — это люди. Когда я пришел в РНЦХ, нас учили известные всей стране профессора — главный анестезиолог Советского Союза академик РАМН А.А. Бунятян, главный реаниматолог Советского Союза академик РАМН Р.Н. Лебедева, главный рентгенолог Советского Союза член-корр. АМН СССР И.Х. Рабкин, главный хирург 4-го Управления Минздрава СССР академик РАМН Н.Н. Малиновский. Это была знаковая команда, знаковая по всем статьям в отечественном здравоохранении. Может быть, поэтому все те, кто тогда начинал свой путь в науке и практике, впитали в свою генетическую память возможность выполнения выдающихся клинических и исследовательских работ. И поэтому сегодня я уверен, что наш институт как Российский научный центр хирургии должен ставить перед собой не просто задачи, создавать не просто программы.

Самое главное, что отличает нас от других — это способность решить любую хирургическую задачу за рамками общевыполнимого стандарта. В этом также состоит роль лидера хирургии. Многопрофильность Центра, которая была задумана и внедрена в его стенах академиком Б.В. Петровским — залог такой возможности. Не сомневаюсь, что нам нужно вернуться к созданию комплексных научных программ, которые у нас существовали в начале 1990-х годов. Только в комплексной программе могут быть научные исследования, которые опираются на фундаментальные работы в области физиологии, биохимии, морфологии, иммунологии, генетики. Тогда хирургия будет иметь большую наукоемкость.

Научная деятельность Центра подразумевает развитие международных связей с ведущими клиниками мира по обмену опытом и проведению совместных исследований. Но если в каком-либо ведущем центре мира уже созданы и разработаны оптимальные методики, не надо тратить ни время, ни средства на повторение таких исследований. Надо просто брать эти новые методики и внедрять их в практику нашего института. Такой опыт у нас есть. В 1989 году мы начали программу трансплантации сердца и за год вышли на самый высокий международный уровень. Сейчас живы и здравствуют 6 пациентов из той серии операций с максимальным сроком наблюдения от 15 до 18 лет. То есть, уже разработанные полезные методики можно внедрять в практику РНЦХ очень быстро.

Необходимо усилить позиции нашего Центра в работе национальных научных обществ, РАМН, специализированных ученых советов, аттестационных комиссий и редакций ведущих научных медицинских журналов. Без такой активной работы в обществах, советах, редакциях невозможно обозначить мировые приоритеты и поднять престиж РНЦХ.

В кадровой политике РНЦХ есть две проблемы, которые взаимосвязаны, но все-таки они различны. Первая проблема имеет отношение к кадровым сотрудникам нашего Центра. Здесь на первом месте, без всякого сомнения, важнейший приоритет в работе дирекции — обеспечение достойного положения для ветеранов, потому что без прошлого нет и будущего. Вторая проблема заключается в том, чтобы искать и воспитывать талантливых молодых людей не для кого-то, а для себя. Для этого нужно создавать мотивации,

хирург

№1(102) 2009 год

ГАЗЕТА
РОССИЙСКОГО
НАУЧНОГО
ЦЕНТРА
ХИРУРГИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА
Б.В. ПЕТРОВСКОГО РАМН

Главный редактор

Академик РАМН
ДЗЕМЕШКЕВИЧ С.Л.

Редакционная коллегия:

К. м. н.
БОГОПОЛЬСКИЙ П.М.
(зам. главного редактора)

Академик РАМН
БУНЯТЯН А.А.

Д. м. н.
КАБАНОВА С.А.

Академик РАМН
САНДРИКОВ В.А.

Художник проекта
КЛОДТ Е.Г.

Компьютерная верстка
ВОРОБЬЕВА С.А.

Адрес
редакции
газеты «ХИРУРГ»
119991, Москва,
Абрикосовский пер., 2
РНЦХ РАМН

ISSN 0868-9415

Газета отпечатана
в типографии
ООО «ДАР-Принт»
Москва,
ул. Прянишникова, 31 а

Заказ

Тираж 1000 экз.

чтобы люди хотели оставаться работать в нашем Центре. Сегодня в нашем положении готовить высококвалифицированные кадры для других учреждений – это значит разбазаривать средства.

Совсем другое дело – это профессорская и педагогическая деятельность РНЦХ. Наш Центр, если он претендует на роль национального лидера, должен прилагать все усилия для воспитания научных кадров для всей России. У нас для этого есть отличные возможности. Все профессора Центра обладают огромным опытом педагогической работы и это нужно максимально использовать.

Еще одна насущная задача касается последипломной сертификации хирургов. Нужно поставить точку в этом вопросе и от фиктивной сертификации перейти к реальной. К этому процессу нужно привлечь Российское научное общество хирургов, Российскую академию наук, чтобы и юридически, и профессионально такая сертификация была обоснована. Думаю, что наш Центр должен в такой работе принять самое активное участие.

Все вышеперечисленное работать не будет, если не будет продуманной экономической системы. Здесь на первый план выступают несколько важных принципов. Первый и самый главный – наш Центр должен оставаться государственной организацией. Мировой опыт говорит о том, что хирургия развивается только в университетских клиниках и никогда – в коммерческих структурах. Коммерциализация в определенных рамках все-таки возможна и нужна, особенно в наше непростое время, но она должна быть только дополнением к основным доходам Центра.

По-видимому, 2009–2010 годы будут для нас непростыми. Поэтому, если мы не будем искать дополнительные внебюджетные средства финансирования, развивать хирургию нам будет очень трудно.

Воплощение этой программы потребует реорганизации всей финансовой службы Центра. Здесь главных позиций две.

Первая – проведение в конце каждого года пре-доценок экономических затрат каждого подразделения – затрат на работу и затрат на зарплату. Вторая – постоянное мониторинговое в течение года этих затрат, чтобы по принципу солидарности можно было кого-то поддержать, но дотационных отделений в идеале быть не должно. Оплата труда должна быть по принципу: заработал – получи. Надо максимально стремиться к тому, чтобы этот принцип заработал. Это не просто в условиях жестких рамок, которые нам сегодня определяет государство, но это сделать можно. Схемы участия сотрудников в прибылях Центра должны быть прозрачны. Надо максимально использовать и расширять сферу контрактов, потому что без этого очень трудно осуществлять оплату труда научным сотрудникам в клиническом учреждении.

Одна из проблем развития Центра – дефицит площади. В начале 1990-х годов мы с академиком РАМН Б.А. Константиновым активно занимались вопросами возможности реорганизации шестиэтажного корпуса РНЦХ. Сейчас к этому значительные усилия прилагает заместитель директора РНЦХ по научной работе академик РАМН В.А. Сандриков. Без этого нам будет трудно развиваться.

Таким образом, выявляются два принципиальных условия реализации данной программы: первое – это активное участие РНЦХ в национальных правительственных программах по здравоохранению (это прерогатива дирекции); второе условие зависит от всех наших сотрудников – это сплоченность коллектива профессионалов-единомышленников, патриотов Центра.

Пользуясь случаем, поздравляю всех сотрудников РНЦХ с Днем защитника Отечества, а дорогих женщин – с праздником весны Международным женским днем 8 марта!

**Директор РНЦХ РАМН
профессор С.Л. Дземешкевич**

И Н Ф О Р М А Ц И Я *И Н Ф О Р М А Ц И Я *И Н Ф О Р М А Ц И Я* И Н Ф О Р М А Ц И Я

29 января 2009 года на заседании бюро Отделения клинической медицины РАМН тайным голосованием директором РНЦХ РАМН избран доктор медицинских наук профессор Сергей Леонидович Дземешкевич.

В соответствии с результатами тайного голосования приказом по Российской академии медицинских наук от 6 февраля 2009 года проф. С.Л. Дземешкевич назначен директором Российского научного центра хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН.

Коллектив РНЦХ РАМН и редколлегия газеты «Хирург» поздравляют глубокоуважаемого Сергея Леонидовича с назначением на должность директора РНЦХ и желают ему больших успехов на новом поприще!

В УЧЕНОМ СОВЕТЕ РНЦХ РАМН

Заседание Ученого Совета РНЦХ 22 декабря 2008 года проходило под председательством академика РАМН Б.А. Константинова.

Ученый секретарь Совета д.м.н. С.А. Кабанова

По основному вопросу повестки дня с отчетом о научно-исследовательской работе за 2008 год выступил заместитель директора РНЦХ РАМН по научной работе академик РАМН Н.О. Миланов.

В своем выступлении академик РАМН Н.О. Миланов отметил, что в 2008 год в плане научной работы оказался лучше 2007 года.

В РНЦХ работают 76 докторов медицинских наук (в 2007 году было 80), кандидатов медицинских наук 120 (так же, как в 2007 г.), научных сотрудников без степени – 28 (было 29), действительных членов РАМН – 4 (так же, как в 2007 г.), членов-корреспондентов РАМН – 2 (было 3), профессоров 37 (в 2007 году было 36). В состав дирекции РНЦХ входят 4 человека (так же как в 2007 году), руководителей подразделений – 49 (было 48 человек). Главных научных сотрудников – 27 (в 2007 году было 28), ведущих научных – 40 (так же, как в 2007 году), старших научных – 53 (было 55), научных сотрудников – 32 (было 31), младших научных сотрудников – 19 (в 2007 году было 23). Уволились по собственному желанию 17 научных сотрудников, приняты на работу 14.

Таким образом, докторов медицинских наук больше, чем руководителей подразделений, это хорошо, но это означает, что докторам медицинских наук надо давать аспирантов.

В 2008 г. выполнялись 62 научно-исследовательские работы (НИР), исключены из плана работ 2, завершены 21 НИР (из них 3 охраноспособных и 3 фундаментальных), перешли на последующие годы 39 НИР. Из 21 законченных НИР 4 НИР – грантовые.

Основные результаты НИР, завершенных в 2008 году:

– Доказано, что генно-инженерные методы индукции ангиогенеза могут быть эффективно использованы в комплексном лечении пациентов с хронической ишемией нижних конечностей.

– Получены первые данные о влиянии аутологичных мезенхимальных стволовых клеток костного мозга на течение остеорепарации.

– При трансплантации стволовых клеток у пациентов с диффузной эмфиземой легких определяемых клинических результатов получено не было.

– Доказано, что генно-инженерные методы индукции ангиогенеза могут быть эффективно использованы в комплексном лечении пациентов с хронической ишемией нижних конечностей.

– Получены первые данные о влиянии аутологичных мезенхимальных стволовых клеток костного мозга на течение остеорепарации.

– При трансплантации стволовых клеток у пациентов с диффузной эмфиземой легких определяемых клинических результатов получено не было.

– Изучены клиничко-диагностические и хирургические аспекты объёмных образований сердца у детей и подростков.

– Определена эффективность альбуминового диализа при подготовке к трансплантации печени и при дисфункции трансплантата.

– Доказана эффективность конвексной эндосонографии, как самостоятельного метода, в диагностике заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

– Усовершенствована тактика и методика лечения сложных случаев холедохолитиаза.

– Определены оптимальные параметры гемодиализа у детей.

Разработаны:

– Диагностическая программа оценки вариантной анатомии сердца и магистральных сосудов при врожденных пороках сердца.

– Методика интраоперационного мониторинга на основании комбинации пульмональной и транспульмональной термодилуции с расширенным лабораторным анализом у пациентов с нарушениями производительности сердца и диффузной способности легких в торакальной хирургии.

– Методика анестезиологического обеспечения при трансплантации печени.

В 2008 году получено 9 патентов и 10 положительных решений на выдачу патента, подано 8 заявок на изобретение.

В 2008 году сотрудниками РНЦХ опубликовано 8 монографий:

Белов Ю.В., Степаненко А.Б. «Повторные реконструктивные операции на аорте и магистральных артериях».

Белов Ю.В. «Искусство коронарной хирургии».

Дементьева И.И. «Лабораторная диагностика и клиническая оценка нарушений гомеостаза у больных в критических состояниях при хирургических вмешательствах и в отделении интенсивной терапии».

Кабанова С.А. «Антология истории русской хирургии. Б.В. Петровский».

Паршин В.Д. «Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение».

Рагимов А.А. «Трансфузиологическая гемокоррекция».

Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А., Бала-лыккин Д.А. «Болезни искусственного пищевода».

Шимбирева О.Ю. «Формирование медицинских услуг высшего качества в Российской Федерации».

Медицинские технологии, зарегистрированные в 2008 году:

1. «Комбинированная аллотрансплантация панкреатодуоденального блока и почки» (Регистрационное удостоверение ФС–2008/137).

2. «Реконструкция позвоночного сегмента межпозвоночными кейджами при дегенеративных заболеваниях позвоночника» (Регистрационное удостоверение ФС №2008/225).

Необходимо отметить, что с 2005 года Центром зарегистрировано 10 новых медицинских технологий, которые используются в практической деятельности отделений РНЦХ.

В 2008 году опубликованы периодические издания Центра – «Анналы РНЦХ РАМН – 2008» (Выпуск 17) и «Итоги РНЦХ – 2008» – Результаты научных исследований по программной тематике (Выпуск 14). Созданы два видеофильма, посвященные жизни и деятельности академика Б.В. Петровского.

Сотрудниками Центра в 2008 году опубликовано 220 статей, в т.ч. 10 в зарубежных научных журналах, и 486 тезисов, в т.ч. 61 в материалах зарубежных научных конференций и съездов.

В 2008 году в РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН реорганизована деятельность диссертационных советов (приказ Рособнадзора Минобрнауки РФ № 1-3,1-4 от 18 января 2008 г.). В настоящее время работают 2 диссертационных совета по защите докторских и кандидатских диссертаций: **Д 001.027.01** – сердечно-сосудистая хирургия, анестезиология и реаниматология; и **Д 001.027.02** – хирур-

гия, трансплантология и искусственные органы, лучевая диагностика, лучевая терапия. На этих советах в 2008 году защищено 26 кандидатских диссертаций (из них 22 – со-трудниками РНЦХ) и 2 докторских диссертации (сотрудниками РНЦХ).

В 2008 году в РНЦХ было проведено 8 научных форумов: XII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии, Первый (VI) съезд Общества пластических реконструктивных и эстетических хирургов, X симпозиум с международным участием «Новые возможности инструментальной диагностики», Научно-практическая конференция «Редкие наблюдения, ошибки и опасности ультразвуковой диагностики», VI Международная конференция «Актуальные вопросы герниологии», XI и XII Международные интенсивные курсы по пластической хирургии и микрохирургии, Первая международная конференция по торакоабдоминальной хирургии, посвященная 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского.

Также был проведен Актовый день, посвященный 100-летию со дня рождения Б.В. Петровского. Сотрудники РНЦХ участвовали в работе 44 зарубежных научных мероприятий, 2 человека прошли стажировку за рубежом. В командировки по РФ были направлены 82 врача и научных сотрудника.

В 2008 году в РНЦХ закончили академическую аспирантуру 6 человек (из них трудоустроены в РНЦХ 3 человека), на договорной основе – 11. Зачислены в акаде-

мическую аспирантуру 7, в целевую аспирантуру – 1, на договорной основе – 8 человек. Всего обучаются в настоящее время 34 человека. Необходимо отметить, что 2 академических аспиранта 1-го года обучения были отчислены по собственному желанию. Также 4 соискателя не защитили в срок кандидатские диссертации.

Клиническую академическую ординатуру закончили в 2008 г. 16 человек, из них остались в РНЦХ 12 (75%) – 8 трудоустроены в Центре и 4 поступили в аспирантуру. Необходимо отметить, что 3 человека отказались от предложенного трудоустройства в РНЦХ. Ординатуру на договорной основе окончили 35 человек. Зачислены в академическую ординатуру 12, в целевую ординатуру – 1, на договорной основе – 53 человека. Всего обучаются в клинической ординатуре в настоящее время 94 человека. Также в Центре в 2008 году прошли обучение 239 врачей и средних медицинских работников из 78 городов России, ближнего и дальнего зарубежья.

Экспертной комиссией РНЦХ в 2008 году произведена экспертиза: аннотаций диссертаций – 34, законченных НИР – 20, планируемых НИР – 48, внешних отзывов на диссертации – 47, заявок на апробацию диссертаций – 18, научных статей – 20.

В 2008 году в фонд библиотеки поступило 1140 единиц, из них: отечественных книг и брошюр 311, иностранных книг 33, авторефератов 250, диссертаций 33, отечественных журналов 452, иностранных журналов 61.

26 января 2009 года состоялся расширенный Ученый совет РНЦХ РАМН под председательством академика РАН и РАМН В.С. Савельева (в состав Совета были дополнительно введены 12 членов РАМН).

На заседании расширенного Ученого совета были обсуждены две кандидатуры на должность директора РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН – проф. С.Л. Дземешкевич и член-корр. РАМН Н.О. Миланов, каждый из которых выступил со своей собственной программой развития Центра хирургии. После обсуждения и тайного голосования обе кандидатуры были рекомендованы бюро Отделения клинической медицины РАМН для избрания на пост директора РНЦХ РАМН.

Заседание Ученого Совета РНЦХ 24 февраля 2009 года проходило под председательством директора РНЦХ РАМН профессора С.Л. Дземешкевича.

Ученый секретарь Совета д.м.н. С.А. Кабанова

На повестке дня совета два основных вопроса: **отчет по лечебной работе за 2009 год (докладчик – главный врач РНЦХ РАМН д.м.н. З.С. Завенян)** и **отчет о работе патологоанатомического отделения за 2009 год (докладчик – зав. патологоанатомическим отделением РНЦХ к.м.н. Д.Н. Федоров).**

В своем докладе **д.м.н. З.С. Завенян** осветил основные показатели клинической работы РНЦХ в прошедшем году. В поликлинике РНЦХ проконсультировано в 2008 г. – 49 823 пациентов, то есть меньше, чем в 2007 г. (52 611 больных); пролечено в 2008 г. 5 352 пациентов (в 2007 г. – 4 642 больных). Из пролеченных в 2008 г. 5 352 пациентов по бюджету лечились 3 383 (63,2%), по ДМС – 1 969 (36,8%) человек.

В стационар поступило 5 308 человек, пролечено 5 352, оперировано 4 421, без операции выписано 931 (17,4%) пациентов, таким образом, оперативная активность составила 83% (в 2007 году – 79%). При этом хирургическая летальность составила 1,2% (умерло 56 оперированных больных), а общая летальность – 1,3% (умерло 74 больных). Число использованных коек в 2008 году составило 5 330; оборот койки (число использованных коек / 400) – 13,33; суммарное количество койко-дней – 100 235; Занятость койки (к/д / 400) – 281,56; Средний койко-день – 18,73. План по койко-дням в 2008 году выполнен на 93% (в 2007 г. – на 97,5%). Средний койко-день по Центру у опериро-

ванных больных составил 19,71, у неоперированных – 14,06.

Число кардиохирургических операций в 2008 году выросло по сравнению с 2007 г. (1767 и 1603 операции соответственно), однако на этом фоне выросла частота некоторых осложнений, особенно – острой сердечно-сосудистой недостаточности. В большинстве кардиохирургических отделений (исключая отделение приобретенных пороков сердца) повысилась частота инфекционных осложнений. Хирургическая летальность составила 2,2% (в 2007 году – 2,3%).

В корпусе многопрофильной хирургии число операций также выросло (в 2008 году – 3146, в 2007 г. – 2950), но частота инфекционных осложнений в некоторых отделениях также заметно выросла.

В целом по Центру частота инфекционных осложнений в 2008 г. составила 3,7% по сравнению с 3,3% в 2007 году.

Выполнение государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в 2008 г. при плане 2 827 больных пролечено 2929 пациентов (+ 102 больных).

Значительно выросло число эндоскопических оперативных вмешательств в 2008 г. – 759 по сравнению с 720 в 2007 году.

Отделение эндоскопической хирургии в 2008 году выполнило 4849 диагностических исследований (в 2007 г. – 4 398).

Отдел анестезиологии в 2008 году оказал 4 827 анестезиологических пособий (в 2007 г. – 4620).

По отделению трансфузиологии общее количество перелитой крови и кровезаменителей составило 7054,8 л и 8115,1 л соответственно. Количество больных, получавших искусственное лечебное питание, в 2008 г. составило 1135 человек (в 2007 г. – 942 пациента).

О диспансеризации сотрудников. Подлежало диспансеризации в 2008 году – 1 133 сотрудников, прошли диспансеризацию – 1 130 (99,8%). Флюорографическое обследование выполнено 99,8% сотрудников. На учете состоят – 298 (26,3%) сотрудников, из них впервые выявлено 19 сотрудников. Зафиксировано 495 листов нетрудоспособности (7017 дней нетрудоспособности). Привито от гепатита В – 98%, дифтерии – 95%, кори (до 35 лет) – 87%.

После окончания доклада д.м.н. З.С. Завеняна директор РНЦХ профессор С.Л. Дземешкевич отметил слишком большой расход крови в Центре – на 4421 оперированных пациентов пришлось 7054,8 л перелитой крови, т.е., примерно по 1,5 л на человека. Этот вопрос необходимо обсудить.

По второму вопросу повестки дня выступил зав. патологоанатомическим отделением РНЦХ к.м.н. Д.Н. Федоров. В 2008 году в РНЦХ было 74 летальных исхода, в т.ч. 56 летальных исходов после операций. В то же время аутопсий произведено 25 (33,8%), из них 24 аутопсии умерших после операций. Этот показатель снизился по сравнению с 2007 годом (около 40% аутопсий). Без вскрытия в 2008 г. выдано 49 трупов умерших, в т.ч. 33 умерших после операции. Разобрано на клиничко-патологоанатомических конференциях 4 истории болезни.

Расхождений диагнозов в 2008 г. не отмечено, в то же время нераспознанных осложнений на 25 аутопсий было 6, а нераспознанных сопутствующих заболеваний – 3.

Необходимо отметить, что эти недостатки часто бывают связаны с тем, что в историях болезни до сих пор встречается много нерубрицированных диагнозов, сформулированных по давно устаревшим правилам. То есть, не выделяются основное заболевание (сочетанные и конкурирующие заболевания), осложнения и сопутствующие заболевания.

Всего в 2008 г. сделано 34 865 биопсий, из них операционных – 23 093, диагностических – 10896, в т.ч. срочных – 942. Все эти показатели превышают цифры 2007 года (тогда всего было сделано 30736 биопсий), а по сравнению с 2005 годом число биопсий выросло в 2 раза. При том, что патологоанатомическое отделение в течение всего года работало в неблагоприятных условиях ремонта, его сотрудники сумели обеспечить все потребности Центра благодаря своей самоотверженной работе, за что им большое спасибо.

В обсуждении докладов принял участие заместитель директора РНЦХ по научной работе академик РАМН В.А. Сандриков. Он отметил наиболее значимые и болезненные проблемы клинической работы Центра в 2008 году, которые надо избежать в году текущем. Большой дооперационный койко-день – это одна и та же проблема из года в год. Затраты на длительное пребывание больного на койке до операции составляют от 25 до 40% всех затрат на лечение, а примерно 80% обследующихся в стационаре больных могут с успехом пройти такое обследование амбулаторно. Почти тысяча больных у нас лечились и обследовались в стационаре, а затем выписаны без операции. За них мы не получили никаких денег – такое положение необходимо искоренить. Серьезная проблема –

инфекционные осложнения. Причин тут несколько. Во-первых, ослаблен контроль врачей, и больные госпитализируются на оперативное лечение без необходимой санации полости рта. Сами сотрудники также во время не санируются. Нарушаются элементарные правила асептики – сотрудники ходят в операционном белье по клинике, а затем в этой же одежде опять заходят в операционную. А между тем, на каждого больного с серьезным инфекционным осложнением мы вынуждены производить колоссальные затраты, которые нам никто не оплачивает. Следующая проблема – интра- и послеоперационные кровотечения. У всех больных, которые потребовали в 2008 году длительного послеоперационного лечения, была серьезная кровопотеря, отсуды и осложнения. В 2009 году финансирование нашего Центра уменьшается, поэтому надо считать деньги! Суммы контрактов и тендеров в 2009 г. превышают сумму государственного финансирования на 85 миллионов рублей, но этих денег нам не хватит без экономного их расходования.

Директор РНЦХ проф. С.Л. Дземешкевич в своем выступлении отметил, что всю клиническую работу Центра в 2008 году и все выявившиеся проблемы можно разделить на 2 части.

Первая часть касается чисто медицинских аспектов: выполняется огромная и разноплановая хирургическая работа – ее мы с гордостью можем продемонстрировать любой комиссии.

Вторая часть – организационно-экономическая. После докладов и выступления академика РАМН В.А. Сандрикова складывается впечатление о том, что многие сотрудники живут еще в 1993 году: то есть, все всем довольны (только зарплата маленькая), а на самом деле положение почти катастрофическое. Вся страна уже давно живет по-другому. Если посмотреть на госпитальный этап лечения – средний койко-день около 20 – это никуда негодный показатель. Это значит, что мы не сможем оперировать в 2 смены, потому что не обернем койку, а значит – никакая интенсификация нашего труда не получится. Зарплаты увеличатся только тогда, когда мы будем делать не 4000, а 8000 тысяч операций в год, заработать деньги мы должны сами.

По поводу инфекционных и других осложнений. Госпитализацию больных должны осуществлять только заведующие отделениями, они же должны отвечать за это дело. Мы не должны отказывать тяжелым больным, но надо регулировать их поток в зависимости от загруженности отделений. Каждое отделение должно за себя отвечать, а заведующий – контролировать оборот койки. С переливанием крови в институте по-видимому существуют проблемы. Академик Б.В. Петровский в свое время говорил, что школа Петровского – это школа прецизионного гемостаза. Отделение переливания крови создает хирургам просто райские условия, в других учреждениях 9 из 10 больных приводят по 5 родственников и друзей для сдачи крови. А здесь всю эту работу осуществляет само отделение трансфузиологии. Большая периоперационная кровопотеря влечет за собой различные осложнения и увеличение койко-дня. Не должно быть рестернотомий после ряда сердечных операций. Если они бывают, значит, существуют определенные проблемы, значит – рано допускаем к серьезным операциям некоторых недостаточно подготовленных хирургов.

Все эти острые вопросы необходимо тщательно проанализировать и решать их в процессе повседневной работы, потому что в один день ничего изменить невозможно.

В ДИССЕРТАЦИОННОМ СОВЕТЕ РНЦХ РАМН

20 января 2009 года состоялось заседание Диссертационного совета РНЦХ по защите кандидатских и докторских диссертаций Д. 001. 027. 02 под председательством академика РАМН Н.О. Миланова.

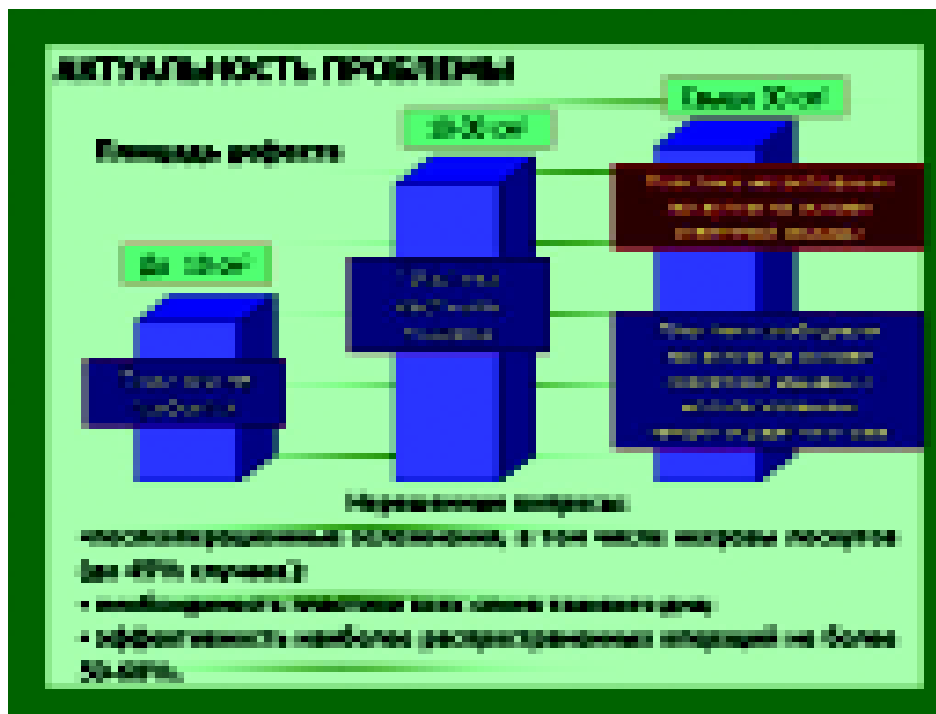
Ученый секретарь совета д.м.н. Э.А. Годжелло.

На повестке дня совета защита кандидатской диссертации соискателя **Рындина Вячеслава Григорьевича** на тему «*Обоснование реконструктивно-восстановительной пластики промежности и заднепроходно-крестцовой области (анатомическое, экспериментальное и клиническое исследование)*». Работа выполнена в ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и соцразвитию». **Научный руководитель диссертации д.м.н. проф. В.К. Татьяначенко.**

В.Г. Рындин в 1982 г. окончил лечебный факультет Ростовского государственного медицинского института, затем интернатуру по хирургии в ЦРБ г. Белая Калитва ростовской области. В 1983–1984 гг. работал врачом-хирургом в Литвиновской номерной больнице, в 1984–1987 гг. – в ЦРБ г. Белая Калитва. В 1988–1990 гг. обучался в клинической ординатуре по хирургии в Ростовском мединституте, в настоящее время работает врачом-хирургом хирургического отделения ЦРБ г. Белая Калитва. В 2004 г. ему присвоена высшая аттестационная категория по специальности «Хирургия». Имеет сертификаты по специальностям «Хирургия» и «Эндоскопическая хирургия». По теме диссертации опубликовал 10 научных работ.

В 20-минутном докладе В.Г. Рындин осветил основные научные положения своей диссертационной работы, цель которой – повышение эффективности лечения больных с обширными дефектами промежности и заднепроходно-крестцовой области путем использования разработанного способа реконструктивно-восстановительной пластики сложным трансплантатом на основе большой ягодичной мышцы.

В основу работы положены анатомические исследования на 60 трупах людей обоего пола различных возрастных групп и разного телосложения, экспериментальные исследования на 20 кроликах и клинические исследования (реконструктивно-восстановительные операции) у 29 пациентов с различными дефектами мягких тканей промежности и заднепроходно-крестцовой области. На разработанный новый способ реконструктивно-восстановительной пластики обширных дефектов промежности и заднепроходно-крестцовой области кожно-подкожно-фасциально-мышечным лоскутом на мобильной сосудисто-нервной ножке и на ос-



нове большой ягодичной мышцы автором получен Федеральный патент на изобретение № 2106813.

Преимуществами разработанного способа являются:

1. Возможность восстановления всех поврежденных элементов мягкого остова промежности и тазового дна;
2. Увеличение диапазона перемещения лоскута в сторону дефекта на 6–8 см и наиболее благоприятное расположение трансплантата и его сосудисто-нервной ножки в седалищно-прямокишечной ямке;
3. Предотвращение атрофии лоскута и перегиба его сосудисто-нервной ножки;
4. Возможность модификации боковых полуокружностей сфинктера прямой кишки и укрепления диафрагмы тазового дна, что препятствует дисфункции замыкательного аппарата кишки и мягкого остова малого таза.

После окончания доклада автору был задан ряд вопросов. *На вопрос д.м.н. проф. Е.И. Трофимова, как автор относится к пластике сфинктера прямой кишки нежной мышцей бедра*, В.Г. Рындин ответил, что подобный вид пластики он в своей практике не использовал.

На вопросы д.м.н. А.С. Зелянина, какова была методика оценки емкости артериального русла перемещенного мышечного лоскута, какова была динамика восстановления микроциркуляции и изучали ли уродинамику у оперированных больных, В.Г. Рындин ответил, что

использовалась доплерография сосудистой ножки лоскута и полярография; в восстановлении микроциркуляции за счет развития сети сосудов отметили 4 периода; у больных отмечались функциональные нарушения мочеиспускания, но специально этим вопросом не занимались.

На вопрос д.м.н. А.И. Черепанина, можно ли с помощью разработанной методики исправлять дефекты передних отделов промежности, В.Г. Рындин ответил, что таких исследований не проводили, но возможность переместить лоскут на 8–10 см от донорского участка по всей видимости позволяет применять его и для подобных целей.

Ученый секретарь Совета д.м.н. Э.А. Годжелло доложила о том, что диссертация послалась на внешний отзыв в Ставропольскую государственную медицинскую академию. Отзыв получен положительный, подписан д.м.н. проф. Лаврюшиным.

Научный руководитель диссертации д.м.н. проф. В.К. Татьяначенко в своем выступлении отметил большую целеустремленность автора в выполнении этой сложной анатомо-экспериментально-клинической работы. В.Г. Рындин сам собрал описанных в диссертации пациентов с довольно редкой патологией, сам их оперировал и тщательно выхаживал, что и позволило получить благоприятные результаты.

Первый официальный оппонент д.м.н. проф. Благодарный Л.А. в своем выступлении подчеркнул актуаль-

ность и сложность изучаемой автором проблемы. К настоящему времени разработано множество пластических операций при дефектах мягких тканей промежности, но их результаты оставляют желать лучшего. Особенно интересны анатомические разработки автора. В клинической части автор больше обращал внимание на устранение дефектов мягких тканей промежности, меньше — на восстановление функции сфинктера прямой кишки. Полученные результаты достоверны, объем клинического материала, научная новизна, практическая значимость данной работы позволяют считать ее соответствующей требованиям п. 8 Положения ВАК РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а сам автор достоин присуждения ему ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия».

Второй официальный оппонент д.м.н. проф. Царьков П.В. в своем вы-

ступлении отметил, что лечение больных с обширными дефектами мягких тканей промежности представляет собой сложнейшую задачу. Часто подобные дефекты сопровождаются недостаточностью анального жома. Традиционные пластические методы с использованием лоскутов из большой ягодичной мышцы не всегда годятся для полноценной реконструкции. Автор предложил хороший выход из тяжелой ситуации. Необходимо также отметить большие достижения автора в изучении анатомии промежности, леватерного дна, прямокишечно-седалищной ямки. Автор тщательно изучил варианты строения ягодичных сосудов и нашел определенные анатомические закономерности. Поэтому анатомическая часть работы выглядит наиболее оригинально. В клинической части желательнее было применить исследования функции мочевыделительной системы, более современные методы оп-

ределения функции сфинктерного аппарата прямой кишки, но эти замечания не принципиальны. Автор уделал этому достаточно внимания и получил благоприятные результаты. Данная работа соответствует всем требованиям ВАК РФ, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а сам автор достоин присуждения ему искомой степени.

По проекту заключения о диссертации у членов Ученого совета замечаний не возникло. Заключение принято единогласно.

Председатель счетной комиссии д.м.н. проф. С.А. Абугов огласил результаты тайного голосования членов Ученого совета. Все 24 бюллетеня «за». Протокол заседания счетной комиссии утвержден единогласно.

Таким образом, Вячеславу Григорьевичу Рындину присуждена ученой степень кандидата медицинских наук.

17 февраля 2009 года состоялось заседание Диссертационного совета РНЦХ по защите докторских и кандидатских диссертаций Д. 001. 027. 01 (сердечно-сосудистая хирургия, анестезиология и реаниматология) под председательством академика РАМН А.А. Бунятяна

Ученый секретарь совета д.м.н. В.В. Никола

На повестке дня совета — защита кандидатской диссертации С.А. Терехина «Стентирование сонных артерий у больных из группы высокого хирургического риска» по специальностям 14.00.44 — Сердечно-сосудистая хирургия и 14.00.19 — Лучевая диагностика и лучевая терапия. Научные руководители работы: руководитель отделения РХМДЛ ГУ РНЦХ им. академика Б.В. Петровского д.м.н. проф. С.А. Абугов и начальник центра РХМДЛ ФГУ «3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России» д.м.н. В.А. Иванов.

С.А. Терехин в 1998 г. окончил лечебный факультет РГМУ, в 1998–1999 гг. прошел интернатуру по лучевой диагностике и лучевой терапии. Одновременно в 1998 г. закончил курсы по рентгенохирургии при РМАПО. С 1999 г. работал врачом-рентгенологом в больнице им. Семашко, в 2001 году поступил на работу в ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны РФ, с 2009 года является заведующим отделением рентгенохирургии. Внедрил в практику работы госпиталя рентгеноэндоваскулярное стентирование сонных, коронарных и подвздошных артерий. Является членом Российского общества рентгенохирургов. По теме диссертации опубликовал 9 научных работ.

В 20-минутном докладе С.А. Терехин осветил основные положения своей диссертации, цель которой — сравнительное изучение эффективности и безопасности методов хирургическо-

го лечения атеросклеротического поражения внутренних сонных артерий (ВСА) в группе больных с высоким хирургическим риском.

Актуальность работы определяется тем, что смертность от ишемического инсульта в экономически развитых странах колеблется в пределах 12–20% от общей смертности. Смертность в РФ от инфаркта мозга в 2005 году составила 15,1%, при неуточненных инсультах — 21,3%. Число прошедших лечение в 2005 году — более 600 000 человек. Симптомный каротидный стеноз ассоциируется с 10% риском инсульта в год и с 40% риском в течение 5 лет. Асимптомный 80% каротидный стеноз ассоциируется с 6% риском развития инсульта в год, при этом 80% больших инсультов возникают без предвестников.

Критерии высокого хирургического риска: ишемическая болезнь сердца (II–IV ФК, острый коронарный синдром) или потребность в реваскуляризации миокарда; недостаточность кровообращения; заболевания легких с дыхательной недостаточностью; окклюзия конралатеральной сонной артерии; предшествующая лучевая терапия или радикальная операция на шее; рестеноз после каротидной эндауректомии; возраст пациента более 75 лет.

На основании обследования и лечения двух групп больных (в каждой



по 94 человека) автору удалось доказать, что каротидная эндауректомия (КЭАЭ) является высокоэффективным методом хирургического лечения атеросклеротического поражения ВСА у больных из группы высокого хирургического риска. Летальность при КЭАЭ и каротидном стентировании (КС) составившая 0,97% против 2,02% ($p > 0.05$), частота неврологических осложнений (2,91% против 2,02%, $p > 0.05$), по данным госпитального периода наблюдения, достоверно не различается. Но частота развития остро-го инфаркта миокарда при проведении операции КЭАЭ достоверно выше, чем при КС (5% и 0%, соответственно, $p = 0,026$). При 6-ти месячном наблюдении достоверных различий в частоте развития неблагоприятных событий между группами больных с КЭАЭ и КС не выявлено. Поэтому у пациентов, имеющих сочетанную патологию сон-

ных и коронарных артерий, КС является методом выбора. КС требует использования систем защиты от эмболии, которые позволяют уменьшить риск неврологических осложнений до 2,9%. У больных с поражением внутрисонных сонных артерий и стенокардией не выше II ФК, выбор метода хирургического лечения зависит от сравнительного опыта эндоваскулярной и хирургической бригад.

После окончания доклада диссертанту был задан ряд вопросов.

На вопросы члена-корр. РАМН А.В. Гавриленко, учитывали ли характер атеросклеротических бляшек у больных со 50% и 70% стенозами ВСА, и каковы, по мнению автора, отрицательные стороны КЭАЭ и стентирования, С.А. Терехин ответил, что характер бляшек не учитывали, так как их морфология не влияет на результаты КС; золотым стандартом хирургического лечения у больных группы низкого хирургического риска является КЭАЭ, в группе высокого риска КЭАЭ мало приемлема. В то же время КС сопровождается повышенным риском эмболических осложнений.

На вопросы проф. В.И. Садовникова, какими лучевыми методами оценивали морфологию стеноза ВСА и каковы критерии включения больных, то есть показания к КЭАЭ и стентированию, С.А. Терехин ответил, что в начале работы обращали внимание на морфологические УЗИ-критерии, затем на основании данных мировой литературы и собственного опыта перестали принимать их во внимание; критерии включения — это наличие стеноза ВСА и хотя бы одного фактора риска выполнения КЭАЭ.

На вопрос проф. А.А. Еременко, почему не выделена еще одна группа больных высокого риска, у которых одновременно выполняют КЭАЭ и АКШ, диссертант ответил, что подобные операции в госпитале прекратили делать после внедрения КС, т.к. летальность при них превышала 10%.

На вопросы проф. А.С. Иванова, почему изучение результатов КС ограничено сроком 6 месяцев, и каков прогноз у больных с мультифокальным атеросклерозом после КС, С.А. Терехин ответил, что более отдаленные результаты пытались изучать, но это оказалось невозможно из-за особенностей контингента больных, приезжающих на лечение со всех уголков РФ; прогноз у больных с мультифокальным атеросклерозом плохой.

На вопросы академика РАМН А.А. Бунятяна, какая эндоваскулярная операция проще — стентирование сонных или коронарных артерий, и в какой степени КС распространено в РФ, С.А. Терехин ответил, что для него проще

коронарное шунтирование; по сравнению с КЭАЭ операций КС на порядок меньше, центров, занимающихся в России эндоваскулярной хирургией ВСА очень мало, причины этого — финансовые проблемы и разрозненность между рентгенохирургами и сосудистыми хирургами.

Ученый секретарь совета д.м.н. В.В. Никола доложил о том, что диссертация С.А. Терехина послалась на отзыв в ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росмедтехнологий, отзыв положительный, подписан членом-корр. РАМН С.В. Готье.

Научный руководитель работы проф. С.А. Абугов в своем выступлении подчеркнул, что С.А. Терехин — один из ведущих и самых известных специалистов в области рентгенохирургии в РФ. Большинству больных группы высокого риска, вошедшим в диссертацию, КС сделал сам автор.

Первый официальный оппонент проф. И.В. Жбанов отметил, что С.А. Терехин — также один из ведущих специалистов и в области коронарной ангиопластики. Его работа включила самый большой опыт КС в стране. Она написана в классическом стиле, очень хорошо скомпонована, читается легко и с большим интересом. Вопрос о сопоставимости двух методов лечения стенозов ВСА сложен, но поставленная автором цель достигнута, задачи решены, выводы работы вполне соответствуют задачам и органически вытекают из содержания работы. Очень ценно то, что автором на большом клиническом материале статистически доказано, что у больных группы высокого риска частота кардиальных осложнений после КС достоверно ниже, чем после КЭАЭ. Принципиальных замечаний по работе нет, она соответствует всем требованиям п. 8 Положения ВАК РФ, а сам автор достоин присуждения ему искомой степени кандидата медицинских наук.

Второй официальный оппонент член-корр. РАМН Л.С. Коков в своем выступлении охарактеризовал работу С.А. Терехина как находящуюся на пике современных актуальных проблем рентгеноангиохирургии. Вопросы, поднятые в диссертации, еще будут остро дискутироваться. Структура диссертации традиционная. Литературный обзор написан очень хорошо, здесь приведен анализ большого числа рандомизированных и мультицентровых исследований, включающих тысячи пациентов. В работу вошли две группы больных по 94 человека в каждой, а ежегодно в этом центре выполняется от 50 до 70 операций КС. Оба метода лечения в данном центре равнозначны, а диссертация отражает очень высокий уровень клинической работы. Имеет-

ся один недостаток, связанный с отсутствием твердого анализа показаний и противопоказаний на основе методов лучевой диагностики. В научном исследовании такой раздел весьма желателен, он значительно украсил бы работу. Но анализ огромного опыта, выполненный автором, искупает этот недостаток. Работа вполне репрезентативна, хорошо оформлена, выводы вполне обоснованы. Принципиальных замечаний по диссертации нет, она соответствует всем требованиям ВАК РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а автор достоин присуждения ему искомой степени.

В качестве неофициальных оппонентов выступили член-корр. РАМН А.В. Гавриленко и проф. Е.П. Кохан.

Член-корр. РАМН А.В. Гавриленко в своем выступлении подчеркнул, что рассматриваемая работа — пионерская и очень своевременная. В сентябре прошлого года во Франции прошел съезд сердечно-сосудистых хирургов, участники которого говорили о необходимости продолжения подобных исследований, так как все точки над «и» еще не расставлены. В этой работе приведен самый большой в РФ материал по КС. Автор четко доказал наличие более высокого риска развития инфаркта миокарда после КЭАЭ по сравнению с КС. Интересно, что из 205 литературных источников, приведенных в диссертации, только 11 отечественных. Это говорит о том, что данная проблема в РФ пока находится в зачаточном состоянии. Работу необходимо поддерживать.

Проф. Е.П. Кохан поблагодарил присутствующих ученых РНЦХ за то, что они в свое время приняли самое активное участие в становлении сердечно-сосудистой хирургии в госпитале им. А.А. Вишневого. Первые операции на магистральных артериях в госпитале выполнил проф. М.Д. Князев, первые рентгеноэндоваскулярные вмешательства — проф. А.С. Абугов. А сейчас защищает диссертацию представитель уже третьего поколения сердечно-сосудистых хирургов госпиталя. Данная работа пионерская, она имеет большое научное и практическое значение. Сам автор — большой мастер рентгенохирургии и очень способный ученый.

Председатель счетной комиссии проф. В.М. Мизиков доложил результаты тайного голосования: все 20 голосовавших члена диссертационного совета поддержали диссертацию С.А. Терехина.

Протокол заседания счетной комиссии утвержден единогласно.

Таким образом, Сергею Анатольевичу Терехину присуждена ученая степень кандидата медицинских наук.

НА ПЯТНИЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ РНЦХ РАМН

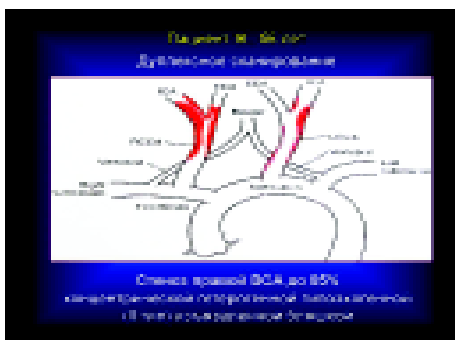
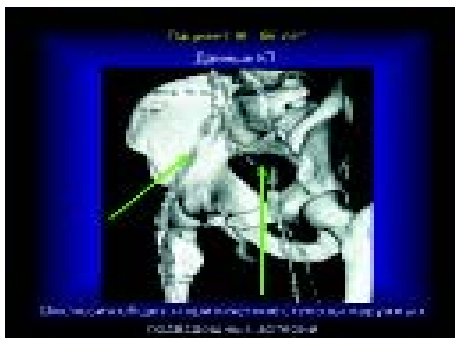
23 января 2009 года конференция проходила под председательством И.О. директора РНЦХ академика РАМН Н.О. Миланова

С отчетом о работе отделения хирургии сосудов выступил его руководитель член-корр. РАМН А.В. Гавриленко.

За период с 12.01.2009 года по 23.01.2009 года выполнено 14 операций, в т.ч. 1 экстренная.

Член-корр. РАМН А.В. Гавриленко рассказал о больном Ж., 56 лет, с диагнозом: «Атеросклероз с преимущественным поражением брахиоцефальных ветвей дуги аорты, брюшного отдела аорты и артерий нижних конечностей. Критический стеноз правой внутренней сонной артерии, глазной ишемический синдром. Оклюзия инфраренального отдела аорты. Критическая ишемия нижних конечностей». Сопутствующие заболевания: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз с нарушением ритма (синусовая брадикардия в исходе). Стенокардия напряжения III ф.к.

Такое сочетание атеросклеротических поражений мантральных артерий очень неблагоприятно, так как риск неврологических осложнений при операциях на брюшной аорте и артериях нижних конечностей у пациентов с выраженным церебральным атеросклерозом составляет от 8 до 12%.



В то же время расстройства центральной гемодинамики после операции каротидной эндартерэктомии у пациентов с критической ишемией нижних конечностей могут приводить к декомпенсации кровообращения по нижним конечностям в 6–15% случаев. Поэтому принято решение выпол-

нить операцию на двух артериальных бассейнах одновременно. В качестве первого этапа больному сделана имплантация временной эндокардиальной электрокардиостимулирующей системы с установкой электрода в правое предсердие. Второй и третий этапы операции состояли в одномоментном выполнении каротидной эндартерэктомии справа и тромбэктомии из аорты с бифуркационным арто-бедренным шунтированием синтетическим протезом. В настоящее время состояние пациента удовлетворительное.

Также член-корр. РАМН рассказал о выполнении экстренной операции больному Ж., 76 лет, с диагнозом: «Тромбоз поверхностной бедренной вены левой нижней конечности с признаками флотации верхушки тромба».



Больной 7 января отметил внезапно возникшие резкие боли и отечность левой нижней конечности. Обратился за помощью в РНЦХ РАМН, где установлен данный диагноз. При ультразвуковом дуплексном сканировании в просвете поверхностной бедренной вены с переходом на общую бедренную вену (выше впадения глубокой артерии бедра на 2,5 см) локализовалась верхушка тромба с признаками флотации. За время транспортировки пациента в отделение и подготовки его к операции длина тромба увеличилась на 5 см (!). Больному выполнена тромбэктомия из поверхностной и общей бедренных вен на левой нижней конечности, перевязка поверхностной бедренной вены и кроссэктомия, что позволило спасти конечность и устранить риск тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Проблема эта весьма актуальна. Так, по результатам исследования VITAE в 7 странах Европы в 2000–2007 гг. ежегодная госпитальная летальность от ТЭЛА достигала 260 000 случаев, негоспитальная летальность — 108 000, количество послеоперационной фатальной ТЭЛА — 62 000 случаев.

С отчетом о работе отдела хирургии сердца за период с 13 по 23 ян-

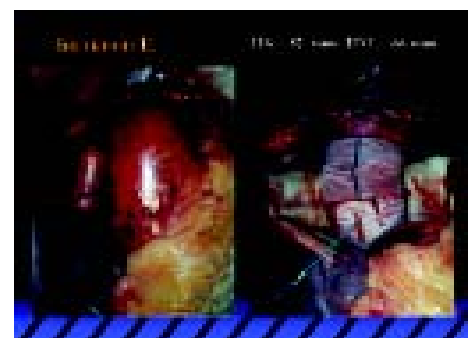
варя выступил член-корр. РАМН Ю.В. Белов.

Всего сделано 37 операций, из них 22 в условиях искусственного кровообращения и 1 — с левопредсердно-бедренным обходом. В отделении хирур-



гии аорты и ее ветвей за то же время сделано 10 операций, из них 4 с ИК и 1 — с ЛПБО. На аорте сделано 6 операций. Член-корр. РАМН Ю.В. Белов начал свой доклад с того, что успех аортальной хирургии зависит в основном от решения двух проблем: это защита органов от ишемии и предотвращение большой кровопотери. Последнее условие напрямую связано с хирургической техникой формирования аортальных анастомозов — стенка аорты при соединительноканной дисплазии и синдроме Марфана очень непрочная. В отделении добились значительного улучшения результатов, используя синтетические прокладки для швов, обработку анастомозов биологическим клеем и новую методику экзопротезирования анастомозов с помощью отрезков синтетических аортальных протезов.

Член-корр. РАМН Ю.В. Белов рассказал о больном Х., 23 лет, с диагнозом: «Посттравматическая мешотчатая аневризма нисходящего грудного отдела аорты». 13.01.2009 г. ему выполнено линейное протезирование нисходящей грудной аорты от перешейка до Th6 синтетическим протезом «Васкутек» 18 мм в условиях ЛПБО с экзопротезированием анастомозов.



Второму больному Е., 45 лет, с диагнозом: «Соединительно-тканная дисплазия. Аневризма восходящего отдела аорты с аортальной недостаточностью 3 степени. Состояние после операции резекции коарктации аорты с анастомозом конец в конец в 1985 году. Артериальная гипертензия 3 ст. Медикаментозный гипотиреоз. Хронический аутоиммунный тиреоидит» 15.01.2009 г. сделано протезирование аортального клапана и восходящего отдела аорты клапан-содержащим кондуитом «Роскардикс» 27 мм с реимплантацией коронарных артерий в бок протеза по ме-



тодике Бенталла ДеБона и экзопротезированием дистального анастомоза.

Оперирована также больная С., 19 лет, с диагнозом: «Стеноз восходящего отдела аорты. Состояние после пластики восходящего отдела аорты синтетической заплатой в 1994 г. Инфаркт головного мозга по типу малого в правой гемисфере от 11.12.08 г. с левосторонним гемипарезом». Пациентке 20.01.2009 г. произведено повторное протезирование восходящего отдела аорты протезом «Васкутек» 20 мм с экзопротезированием дистального анастомоза в условиях глубокой гипотермии и моногемисферальной перфузии головного мозга.

Пятничная конференция 30 января 2009 года проходила под председательством И.О. директора РНЦХ академика РАМН Н.О. Миланова

Академик РАМН Н.О. Миланов объявил о том, что 16 января после продолжительной тяжелой болезни скончался заведующий музеем РНЦХ профессор В.И. Соколов. Конференция почтила память В.И. Соколова минутой молчания. **С отчетом о работе отдела хирургии сердца выступил руководитель отделения хирургии врожденных пороков сердца д.м.н. проф. А.С. Иванов.**

С 26 по 30 января сделано 20 операций, из них 15 в условиях ИК. За этот период в отделении врожденных пороков сделано 12 операций, из них 7 с ИК. Проф. А.С. Иванов рассказал о больном И., 62 лет, с диагнозом: «Комбинированный аортальный порок с преобладанием стеноза, осложненный кальцинозом аортального клапана; не-

сделана экстренная операция – замена аортального клапана механическим протезом «Карбоникс» № 22, декальцинация ФКАК, замена митрального клапана протезом «МИКС» № 29, декальцинация ФКМК, маммарокоронарное шунтирование ПМЖА, аутовенозное орто-коронарное шунтирование ПКА в условиях ИК и ФХКП.

Больная К., 60 лет, диагноз: «Инфекционный эндокардит, стадия ремиссии. Недостаточность митрального клапана 4 степени, Трикуспидальная недостаточность 4 степени. ИБС. Стенокардия напряжения. Легочная гипертензия 2 степени». Этой пациентке была выполнена операция замены митрального клапана протезом «МИКС» № 29 с сохранением аннуло-папиллярного контакта по задней створке, маммарокоронарное шунтирование ПМЖА, аутовенозное орто-коронарное шунтирование ПКА, огибающей артерии в условиях ИК и ФХКП.

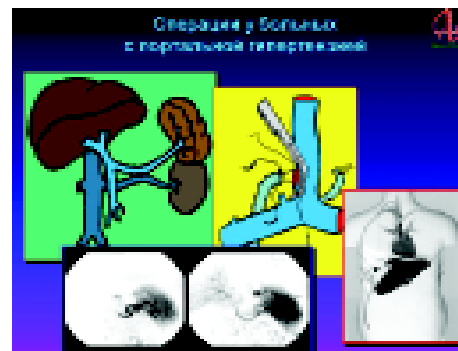
Больной М., 17 лет, диагноз: «Врожденный комбинированный аортальный порок с преобладанием стеноза». 15.01.09 ему было сделано протезирование аортального клапана механическим протезом «Carbomedics reduced» № 23.

Больной К., 29 лет, диагноз: «Посттравматический дефект межжелудочковой перегородки, легочная гипертензия 2 степени. Состояние после ножевого ранения сердца, операции ушивания дефекта правого желудочка от 02.03.2008 г.». Этому больному 22.10.09 г. была произведена пластика дефекта межжелудочковой перегородки швами на тefлоновых прокладках доступом через выходной отдел правого желудочка.

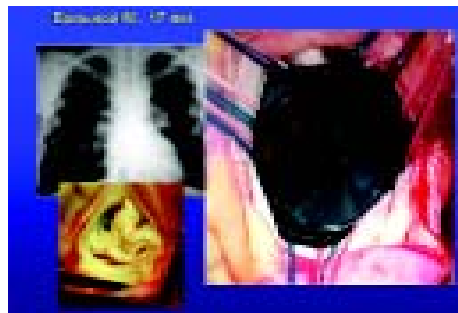
В настоящее время все оперированные пациенты чувствуют себя удовлетворительно.

С отчетом о работе отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии выступил д.м.н. Манукян.

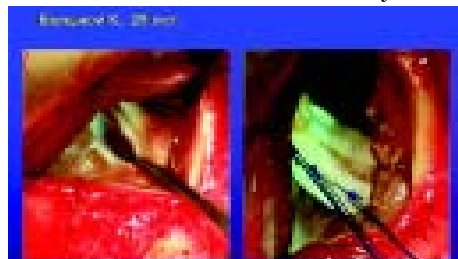
За период с 11 по 30 января 2009 года сделано 129 операций (81 экстренная и 48 плановых), в число которых вошли следующие вмешательства при портальной гипертензии: портокавальное шунтирование, прошивание варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, спленэктомия, редукция селезеночного артериального кровотока, перитонео-венозное шунтирование, а также эндоскопическое склерозирование и лигирование ВРВ пищевода и желудка. Все эти вмешательства выполнялись как в плановом, так и в экстренном порядке.



Наиболее тяжелая группа больных диффузными заболеваниями печени с синдромом портальной гипертензии – это больные с диуретикорезистентным асцитом, развивающимся в результате декомпенсации функции печени. В отделении накоплен опыт хирургического лечения 281 больного с резистентным асцитом, у которых использованы портокавальное шунтирование (ПКШ), лимфеновенозный анастомоз, перитонео-венозное шунтирование, редукция селезеночного артериального кровотока (РСАК). Из них наилучшие результаты получены после операций ПКШ и РСАК.



достаточность митрального клапана 4ст; недостаточность трикуспидального клапана 1–2ст., легочная гипертензия 1 ст. Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, сонных и коронарных артерий. ИБС, стенокардия напряжения, 3–4 ФК по NYHA». Сначала 21.01.09 ему была сделана операция эндартерэктомии из бифуркации левой ОСА, НСА, ВСА. В ночь с 21 на 22 января 2009 года отмечено ухудшение состояния, развитие у больного интерстициального отека легких. В связи с этим 22.01.09 ему была



Пятничная конференция 13 февраля 2009 года проходила под председательством директора РНЦХ РАМН профессора С.Л. Дземешкевича

С отчетом о работе отделения хирургии пищевода и желудка выступил его руководитель д.м.н. Ф.А. Черноусов.

С 11.01.09 по 13.02.09 г. сделано 42 операции, из них 9 — на пищеводе. Д.м.н. Ф.А. Черноусов рассказал о больной Г., 30 лет, с диагнозом: «Ожоговая деформация рото- и гортаноглотки, надгортанника, протяженная рубцовая стриктура пищевода, кахексия». Пациентке успешно выполнена тотальная загрудинная шунтирующая эзофагофарингопластика левой половиной толстой кишки на средней обо-

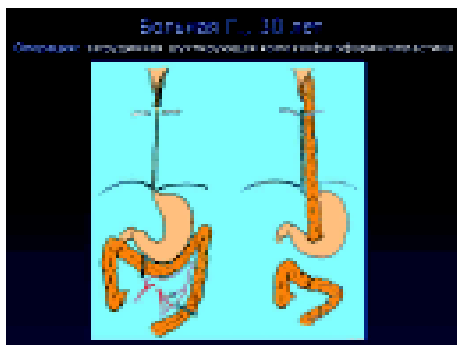
перировали пациента, у которого были 4 дивертикула пищевода.

С отчетом о работе отделения хирургии сосудов выступил его руководитель член-корр. РАМН А.В. Гавриленко.

За период с 26.01 по 13.02.2009 г. выполнено 19 операций. Член-корр. РАМН А.В. Гавриленко рассказал о больном Б., 75 лет, с диагнозом: «Атеросклероз. Субтотальный стеноз правой и левой внутренней сонной артерии. Сосудисто-мозговая недостаточность II ст. Глазной ишемический синдром. Хроническая вертебро-базилярная недостаточность. Гипертоническая болезнь II ст. Хронический бронхит. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность III ст.». Пациенту была успешно выполнена операция каротидной эндартерэктомии справа с использованием временного внутреннего шунта и наложением синтетической заплаты. При этом из правой ВСА была удалена изъязвленная эмбологенная атеросклеротическая бляшка. Положительные изменения гемодинамики в глазничной артерии и центральной

артерии сетчатки после выполнения каротидной реконструкции привели к значительному улучшению зрения.

Каротидная эндартерэктомия снижает риск смерти или мозгового инсульта в 3,5 раза, при этом 5-летняя эффективность операции достигает 98%. Подсчитано, что эффективность этой операции превосходит на 10 лет эффективность медикаментозного лечения. Актуальность данной проблемы подтверждается тем, что ежегодные затраты в РФ на реабилитацию пациентов, выживших после ишемического инсульта, составляют 17.658.000.000 руб.

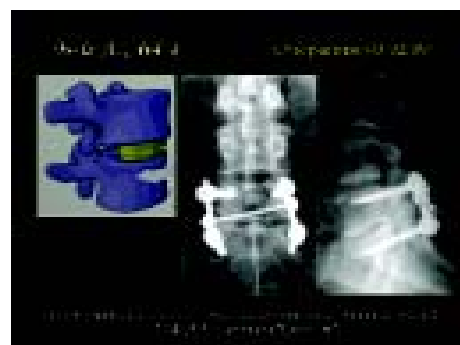
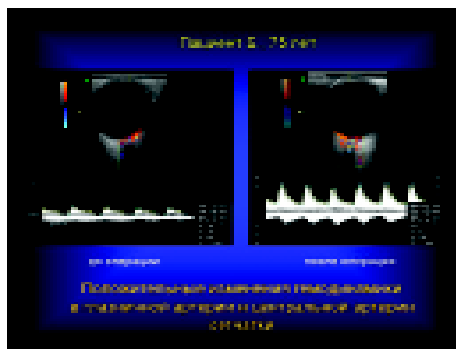
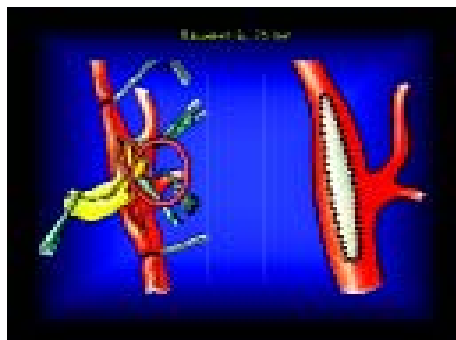
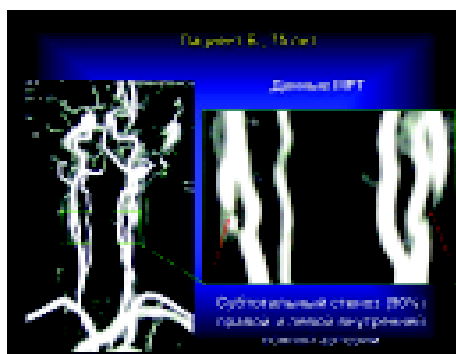


дочной артерии в антиперистальтической позиции по принятой в клинике методике.

Также оперирован больной Г. 23 лет с диагнозом: «Трахеопищеводный свищ». Из шейного доступа ему успешно выполнена операция разобщения широкого трахеопищеводного свища с пластическим укрытием линий швов на пищеводе и трахее с помощью мышечного лоскута на ножке.

Еще одно интересное наблюдение — больная О., 62 лет, с диагнозом: «Дивертикулы нижней трети пищевода». Все 3 больших дивертикула были успешно удалены из правостороннего торакотомного доступа.

На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича, не являются ли множественные дивертикулы пищевода у данной пациентки проявлением врожденной соединительнотканной дисплазии, д.м.н. Ф.А. Черноусов ответил, что других характерных проявлений этого заболевания у нее не отмечено. Несколько лет назад



С отчетом о работе отделения хирургии позвоночника выступил его руководитель проф. А.Г. Аганесов.

За период с 19 января по 11 февраля сделано 14 операций, из них 11 на позвоночнике, 1 операция протезирования тазобедренного сустава. Оперирован больной Л., 64 лет, с диагнозом: «Грыжи дисков L5-S1, вторичный корешковый синдром, нестабильность позвоночно-двигательного сегмента L5-S1». Пациенту выполнена операция дискэктомии L4-L5, L5-S1, установка динамического импланта кейджа «Leopard» в промежуток L5-S1, транспедикулярная фиксация L5-S1 системой «Expidium». После операции бывшие у больного неврологические нарушения прошли.

На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича, что представляют собой динамические импланты и почему они так называются, проф. А.Г. Аганесов ответил, что после удаления диска возникает перегрузка межпозвоночных суставов,

а динамические импланты, устанавливаемые в межостистый промежуток, служат в качестве эластической распорки. Динамические импланты появились в практике хирургов-вертебрологов примерно 8 лет назад, они обеспечивают хорошую разгрузку и подвижность позвоночника. В настоящее время используются в основном силиконовые и титановые импланты.

С отчетом о работе отдела хирургии сердца выступил руководитель отделения хирургии приобретенных пороков сердца проф. В.А. Иванов.

Всего за период с 02. 02. по 13. 02. 2009 г. в отделе выполнено 36 операций, из них 30 в условиях ИК. В отделении приобретенных пороков сдела-



но 9 операций, все с ИК. Проф. В.А. Иванов рассказал о больной Ф., 62 лет, с диагнозом: «Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный порок I группы, IV стадии нарушения кровообращения. Органический трикуспидальный порок. Субтотальный тромбоз левого предсердия. Левая, правая атриомегалия» Пациентке была

успешно сделана операция протезирования митрального и трикуспидального клапанов, тромбэктомия из левого предсердия.

Проф. С.Л. Дземешкевич заметил, что протезирование трехстворчатого клапана часто дает неудовлетворительные результаты, но в данном наблюдении исход хороший.

НОВОСТИ НАУЧНОГО МИРА

XIII Международный курс по пластической и реконструктивной хирургии

11–12 февраля 2009 года в РНЦХ РАМН прошел XIII Международный курс по пластической и реконструктивной хирургии. Основные вопросы, которые были рассмотрены и обсуждены – эндопротезирование молочных желез, комплексное лечение морбидного ожирения, абдоминопластика с липосакцией, бодилифтинг и нек. др. Проф. А.М. Феллер (Германия) сделал две показательные операции маммопластики, которые транслировались в зал заседаний. Участники курса получили сертификат ОПРЭХ и РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН.

Конференция с международным участием

«Диагностика и современные методы лечения ишемической болезни сердца» состоялась в РНЦХ РАМН 25 февраля 2009 года

В конференции приняли участие сердечно-сосудистые хирурги, кардиологи, специалисты по рентгеноэндоваскулярной хирургии, функциональной диагностике, анестезиологи и реаниматологи, инженеры и математики из Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Новосибирска, Бельгии. Специалисты из РНЦХ сделали 7 докладов, касающиеся всех основных аспектов современного хирургического и мининвазивного лечения ишемической болезни сердца и ее осложнений.

80 -летний ЮБИЛЕЙ АННЫ ИВАНОВНЫ КУКУШКИНОЙ

А.И. Кукушкина родилась в Мордовии в поселке Дачный Темниковского района.

После окончания сельскохозяйственного техникума работала бухгалтером.

В 1954 году Анна Ивановна переехала жить в Москву.

В нашем Центре А.И. Кукушкина работает с 1967 года — уже более 40 лет.

Сначала она была старшим инженером в отделе гипербарической оксигенации, а с 1976 года работает сестрой-хозяйкой общеклинического отдела.

У нее двое детей — дочь и сын, три внука, два правнука.

Поздравляем уважаемую Анну Ивановну с юбилеем и желаем крепкого здоровья, счастья и бодрости духа на долгие годы!

ЮРИЮ ЕВГЕНЬЕВИЧУ МИХАЙЛОВУ — 70 ЛЕТ

Ю.Е. Михайлов родился 20 февраля 1939 года в Москве, на Большой Пироговской улице.

В 1961 году он окончил лечебный факультет 1-го ММИ им. И.М. Сеченова, затем в течение 2 лет обучался в клинической ординатуре по терапии на кафедре факультетской терапии 1-го ММИ у проф. В.Н. Виноградова.

В 1964 году Ю.Е. Михайлов поступил на работу в отделение гипербарической оксигенации НИИКиЭХ МЗ РСФСР, которое возглавлял проф. С.Н. Ефунни.

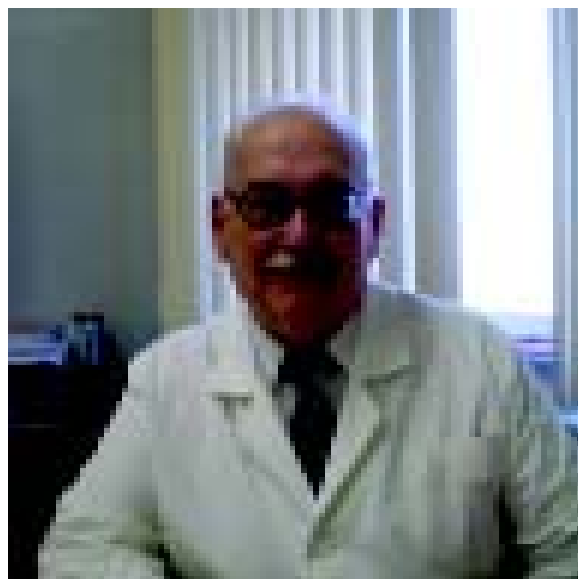
В 1973 году Ю.Е. Михайлов защитил кандидатскую диссертацию о токсическом действии кислорода на ферментный спектр крови при проведении фторотанового наркоза.

С 1973 года Ю.Е. Михайлов — заведующий лабораторией клинической диагностики РНЦХ РАМН. За годы работы Ю.Е. Михайлову удалось создать надежный, хорошо подготовленный коллектив высокопрофессиональных сотрудников.

В настоящее время лаборатория обладает очень высоким потенциалом. Сотрудниками лаборатории получен ряд патентов на изобретения, последний из них — в 2009 году на способ диагностики острого отторжения трансплантата почки по анализу мочи, отличающийся высокой точностью (до 97,5%!).

Под руководством Ю.Е. Михайлова создана компьютерная лабораторно-информационная система, отличающаяся большой точностью, замкнутая на приемное отделение и поликлинику РНЦХ. При этом не только полностью исключены архаичные бумажные технологии, но обеспечен высокий внутренний контроль качества анализов. Лаборатория также участвует в федеральной и международной программах контроля качества.

Горько поздравляем уважаемого Юрия Евгеньевича с юбилеем и желаем богатейшего здоровья, счастья и успехов в его интересной работе!



СЕРГЕЮ ПАВЛОВИЧУ НЕЛЮБИНУ — 60 ЛЕТ

С.П. Нелюбин в 1972 году окончил лечебный факультет Башкирского государственного медицинского института, после чего сначала работал заведующим врачебным пунктом в системе Газпрома, а затем на протяжении 10 лет — сосудистым хирургом в Республиканской клинической больнице (г. Уфа).

После специализации по рентгенологии и ангиографии в РНЦХ РАМН у члена-корр. АМН СССР И.Х. Рабкина до 1985 года С.П. Нелюбин работал врачом-рентгенологом снова в Республиканской больнице (г. Уфа).

С 1985 года он обучался в аспирантуре в РНЦХ РАМН, в 1989 г. защитил кандидатскую диссертацию. После этого С.П. Нелюбин до 2004 года работал доцентом на кафедре рентгенологии и радиологии Башкирского государственного медицинского университета, заведующим курсом повышения квалификации врачей-рентгенологов. С февраля 2004 года С.П. Нелюбин — заведующий отделением рентгенодиагностики РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН.

Основные научные интересы С.П. Нелюбина связаны с рентгенодиагностикой и лечением заболеваний желчных протоков и толстой кишки.

За время работы в РНЦХ С.П. Нелюбину удалось значительно укрепить коллектив отделения рентгенодиагностики, переоснастить отделение новой диагностической аппаратурой, в том числе цифровыми палатными рентгеновскими аппаратами. Все рентгеновские кабинеты РНЦХ сейчас соединены между собой через общенинститутский сервер.

От всей души поздравляем уважаемого Сергея Павловича с юбилеем и желаем крепкого здоровья, счастья, исполнения желаний!

**НОВОСТИ НАУЧНОГО МИРА****В совете молодых ученых РНЦХ**

26 февраля состоялось заседание Совета молодых ученых РНЦХ РАМН под председательством к.м.н. с.н.с. Н.Н. Багмета.

С отчетом о зарубежной командировке для изучения трансплантации легких выступил к.м.н. Д.В. Базаров (отделение хирургии легких и средостения РНЦХ).

С этапным отчетом о проделанной работе над диссертацией выступили соискатели Центра, у которых защита запланирована на 2009 год.

**13-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии
состоится в РНЦХ РАМН 22–24 апреля 2009 года**

Конгресс проводят РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН и Проблемная комиссия «Эндоскопическая хирургия» РАМН.

Тематика конгресса:

1. Оперативная эндоскопия в педиатрии.
2. Бронхоскопическая и торакокопическая хирургия.
3. Эндоскопическое удаление инородных тел из желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей.
4. Возможности лапароскопической хирургии при заболеваниях органов пищеварения, неудачи и осложнения.
5. Диагностическая и оперативная эндоскопия при опухолях желудочно-кишечного тракта.

Информационное письмо с условиями участия будет выслано в марте 2009 года (рассылка электронной почтой производиться не будет).

ПАМЯТНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАТЫ



Петр Иванович Дьяконов родился в Орле 2 июня (по старому стилю) 1855 года в семье адвоката. В 1870 году в возрасте 15 лет он окончил гимназию и поехал в Петербург, намереваясь поступить на юридический факультет. Однако, из-за юного возраста его не приняли в университет, и он вернулся в Орел. В 1871 году он вновь поехал Петербург, но теперь он изменил свои прежние намерения и поступил в Медико-хирургическую академию. В 70-е годы XIX века в студенческую среду проникли идеи народничества. П.И. Дьяконов примкнул к одному из революционных кружков, члены которого занимались просветительской работой среди рабочих и солдат. Дважды (осенью 1874 г. и в конце 1875 г.) студент Петр Дьяконов был арестован по подозрению в антиправительственной деятельности, а весной 1876 г. его сослали в г. Великий Устюг. Весной 1877 г. в связи с началом Русско-Турецкой войны П.И. Дьяконов был мобилизован в армию и как политический ссыльный направлен рядовым в штрафной батальон. За проявленную в бою храбрость П.И. Дьяконов был отмечен командованием и ему разрешили исполнять обязанности фельдшера. После окончания войны П.И. Дьяконову, как особо отличившемуся в боях, было позволено продолжить обучение в Медико-хирургической академии. В 1879 г. он благополучно окончил академию, получил звание лекаря, но в столицах ему жить было запрещено. Поэтому П.И. Дьяконов вместе с женой уехал на родину, в Болховский уезд Орловской губернии, поступив и там на должность земского врача. В июне 1880 г. он переехал в Орел и поступил на должность сверхштатного ординатора Орловской губернской земской больницы, затем стал штатным ординатором и проработал в этой должности

ПРОФЕССОР П.И. ДЬЯКОНОВ*(К 100-летию со дня смерти)*

до конца 1883 г. За время работы в Орле П.И. Дьяконов не только зарекомендовал себя как великолепный врач, в этот период он опубликовал свои первые четыре научные работы в журналах «Врач» и «Медицинское обозрение». Стремясь к настоящей научной деятельности, П.И. Дьяконов добился разрешения проживать в столице под надзором полиции и переехал с семьей в Москву. Здесь он поступил на должность санитарного врача и одновременно стал работать ординатором в глазной больнице. Получив достаточное материальное обеспечение, П.И. Дьяконов с большим рвением приступил к научной работе, сдал докторантские экзамены и начал писать диссертацию. В 1887 г. проф. А.А. Бобров пригласил его на должность помощника прозектора Института оперативной хирургии и топографической анатомии Московского университета. С этого времени начинается блестящая академическая деятельность П.И. Дьяконова. В 1888 г. он защитил докторскую диссертацию «Статистика слепоты и некоторые данные к этиологии слепоты среди русского населения» и получил звание приват-доцента. В феврале 1890 г. П.И. Дьяконов был назначен прозектором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Московского университета и вскоре был допущен к чтению лекций студентам. С этого времени он также становится консультантом по хирургии в нескольких благотворительных учреждениях Москвы. В 1893 г. П.И. Дьяконов был избран заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии и получил звание экстраординарного профессора, став, таким образом, первым в России профессором хирургии из земских врачей. Практической хирургической деятельностью П.И. Дьяконов занимался в Басманной больнице, куда он был приглашен на должность консультанта, и в ряде других больниц Москвы. С 1893 до 1896 гг. он заведовал хирургическим отделением детской клиники Московского университета. В 1896 г. П.И. Дьяконов стал заведующим вновь открытой хирургической клиники Иверской общины сестер милосердия, где также развернул активную хирургическую деятельность. Главными в научной деятельности П.И. Дьяконова стали вопросы хирургии желчных протоков и грыж живота, пластической хирургии, онкологии, урологии, хирургии детского возраста, обезболивания, асептики и антисептики. П.И. Дья-

конов впервые в мире выдвинул и практически разрешил вопросы ранних движений и раннего вставания больных после операции.

В сентябре 1901 г. проф. П.И. Дьяконов возглавил госпитальную хирургическую клинику Московского университета, а в августе 1903 г. он получил звание ординарного профессора. Здесь П.И. Дьяконов со свойственной ему кипучей энергией принялся в первую очередь за организацию клинической лаборатории и расширение рентгеновского кабинета. Он создал замечательный музей патологоанатомических препаратов, значительно пополнил библиотеку. Преподавательскую деятельность П.И. Дьяконов видел не только в чтении лекций студентам. Всюду и везде в его клинике, во всех ее отделениях, в лаборатории, музее, рентгеновском кабинете, на операциях и перевязках преподавание велось непрерывно. Двери госпитальной хирургической клиники были открыты для всех желающих приобрести или расширить свои знания, и все находили здесь радушный прием профессора и его ассистентов. В первом десятилетии XX века хирургическая школа П.И. Дьяконова стала самой мощной и авторитетной в России.

В 1891–1895 гг. П.И. Дьяконов совместно с Н.В. Склифосовским редактировал журнал «Хирургическая летопись», а в 1897 г. основал журнал «Хирургия» и стал его редактором и издателем. П.И. Дьяконов был одним из главных редакторов капитального руководства «Русская хирургия», для которого им были написаны несколько глав. Исключительное место в русской хирургической литературе занимает фундаментальное руководство «Лекции топографической анатомии и оперативной хирургии» П.И. Дьяконова и его учеников Ф.А. Рейна, Н.К. Лысенкова и Н.И. Напалкова (1901–1905 гг.).

Профессор П.И. Дьяконов был деятельным членом Хирургического общества в Москве, его секретарем, товарищем председателя, а затем и председателем. П.И. Дьяконов был одним из инициаторов учреждения съездов российских хирургов. Будучи председателем организационного комитета I съезда российских хирургов (1900 г.), П.И. Дьяконов проделал огромную работу по его созыву.

Умер П.И. Дьяконов 3 января 1909 г. (21 декабря 1908 г. по старому стилю) в расцвете сил в возрасте 53 лет от тяжелого сердечного заболевания.

ПРОФЕССОР А.В. МАРТЫНОВ

(к 75-летию со дня смерти)

Алексей Васильевич Мартынов родился 12 июня 1868 г. (по старому стилю) в деревне Слободка Рязанской губернии в семье врача.

В 1886 г., окончив Рязанскую гимназию с серебряной медалью, А.В. Мартынов поступил на медицинский факультет Московского университета, который в то время блистал именами таких корифеев, как Н.В. Склифосовский, В.Ф. Снегирев, А.Я. Кожевников, Н.Ф. Филатов, А.А. Остроумов, Г.А. Захарьин. В 1891 г. А.В. Мартынов окончил университет, получив звание лекаря. По рекомендации заведующего факультетской хирургической клиникой проф. А.А. Боброва главный врач Басманной больницы П.Н. Федоров (отец крупнейшего российского хирурга С.П. Федорова) принял А.В. Мартынова на работу врачом-экстерном (без денежного содержания). В ноябре 1892 г. А.А. Бобров стал заведовать параллельной кафедрой факультетской хирургии на базе Ново-Екатерининской больницы и пригласил туда А.В. Мартынова на должность сверхштатного ординатора. Здесь А.В. Мартынов впервые начал свою педагогическую деятельность, проводя практические занятия со студентами.

В 1893 г. А.А. Бобров перешел в факультетскую хирургическую клинику на Девичьем Поле, а в Ново-Екатерининской больнице была открыта параллельная госпитальная хирургическая клиника под руководством проф. И.Н. Новацкого. В течение года А.В. Мартынов работал у него ординатором, а в 1895 г. стал ассистентом. К этому времени он уже начал писать диссертацию на тему «Хирургия поджелудочной железы». Эта область хирургии была разработана в России мало, а работ русских авторов почти не было. Изучая анатомию поджелудочной железы, А.В. Мартынов предложил новую схему деления поджелудочной железы на отделы. Защита диссертации состоялась 19 мая 1897 г. В 1898 г. А.В. Мартынов получил звание приват-доцента.

В 1900 г. А.В. Мартынов был командирован за границу для стажировки в лучших европейских хирургических клиниках. По возвращении на родину в 1904 г. А.В. Мартынов недолго работал в Харьковском университете в должности экстраординарного профессора кафедры хирургической патологии, а осенью 1904 г. А.В. Мартынов возглавил параллельную госпитальную хирургическую клинику в Ново-Екатерининской больнице, а в 1910 г. он был избран директором госпитальной хирургической клиники на Девичьем Поле. С этого времени начинается но-

вый этап его деятельности, для которого характерны поиски новых путей в решении актуальных вопросов хирургии. Здесь А.В. Мартынов получил возможность широко развернуть свою научную и хирургическую деятельность и проявить незаурядные способности клинициста и педагога. Основные вопросы, которые привлекали его внимание в течение всей последующей деятельности, были связаны с хирургией грыж, желчных протоков и щитовидной железы.

В августе 1914 г. А.В. Мартынов отправился в действующую армию в качестве хирурга-консультанта. Пробыв на Северо-Западном фронте около трех месяцев, А.В. Мартынов возвратился в Москву. Учитывая нужды военного времени, он провел реорганизацию клиники. Из имевшихся к началу войны 80 койек только 18 были оставлены для больных, а остальные с дополнительно развернутыми 150 койками были заняты ранеными, прибывшими с фронта.

Летом 1916 г. Алексей Васильевич направляется в качестве хирурга-консультанта на Юго-Западный фронт. А.В. Мартынову принадлежит заслуга в создании так называемых травматологических институтов по оказанию специальной помощи больным и раненым воинам. Один из таких институтов был организован в Москве (он размещался в доме № 12 по Зубовскому бульвару). Вплоть до 1921 г. А.В. Мартынов являлся главным его консультантом.

В 1918 г. А.В. Мартынов был избран членом Ученого медицинского совета Наркомздрава РСФСР, а в 1919 г. – деканом медицинского факультета Московского университета. В 1919 г. А.В. Мартынов участвовал в работе по организации в Ташкенте медицинского факультета Туркестанского университета – первого медицинского учебного заведения, организованного при Советской власти. Авторитет А.В. Мартынова как организатора и общественного деятеля значительно вырос. В 1922 г. Наркомпрос РСФСР назначил его председателем Государственной испытательной комиссии на медицинском факультете. В 1925 г. после смерти профессора Ф.А. Рейна, А.В. Мартынов был избран председателем Общества российских хирургов. Он открывал XVIII, XIX, XX и XXI съезды. На XVII съезде (1925 г.) А.В. Мартынов был избран председателем.

Много сил отдавал Алексей Васильевич развитию отечественной медицинской печати. В журнале «Хирургия» А.В. Мартынов сначала сотруди-

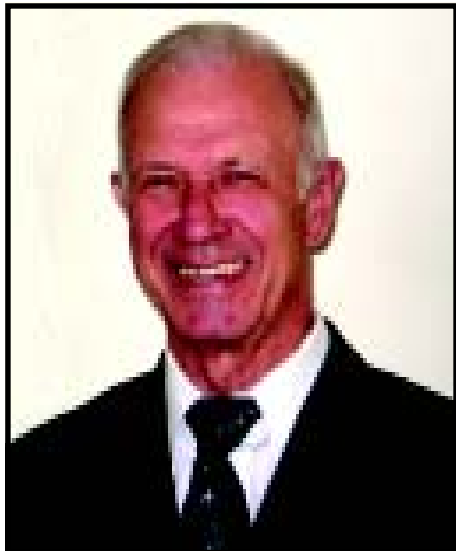


чал в отделе обзоров и рефератов. В связи с тем, что большое число статей по хирургии было разбросано по различным медицинским изданиям, был задуман специальный журнал – «Русское хирургическое обозрение», который возглавили в 1902 г. А.В. Мартынов и И.П. Алексинский. В 1922 г. А.В. Мартынов разделил с И.И. Грековым всю тяжесть забот по основанию и изданию журнала «Вестник хирургии и пограничных областей». А.В. Мартынов также явился одним из основателей журнала «Клиническая медицина» (1924), состоял в редколлегиях других научных периодических изданий.

Наряду с огромной организационной и общественной работой большой размах в 20-е–30-е годы получила научная и лечебная деятельность А.В. Мартынова. А.В. Мартынов был широко известен как хирург-практик. Больные, особенно страдавшие болезнями печени и желчных путей и базедовой болезнью, стекались к нему со всей страны. Весной 1924 г. Алексей Васильевич успешно оперировал по поводу желчнокаменной болезни великого русского физиолога И.П. Павлова, которому тогда было 78 лет.

В последние годы жизни А.В. Мартынов исключительно много и интенсивно трудился. Он развернул работу в руководимом им хирургическом отделении Московского областного клинического института, куда был приглашен в 1932 г. Также Алексей Васильевич принял на себя заведование хирургической клиникой Всесоюзного института экспериментальной медицины. Под его руководством была разработана программа изучения заболеваний щитовидной железы, желчных протоков, а также язвенной болезни.

Алексей Васильевич был полон творческих планов, когда внезапная болезнь оборвала его жизнь. А.В. Мартынов умер 24 января 1934 г. в возрасте 67 лет. Похоронен А.В. Мартынов на Ново-Девичьем кладбище в Москве.



АЛЕКСАНДР КОНСТАНТИНОВИЧ ЕРАМИШАНЦЕВ

7 января 2009 года скоропостижно скончался доктор медицинских наук, профессор, лауреат Государственной премии РФ, Почетный профессор РНЦХ РАМН Александр Константинович Ерамишанцев.

А.К. Ерамишанцев родился в 1938 году.

После окончания в 1963 году 1-го ММИ им. И.М. Сеченова он работал хирургом в Центральном Ордена Ленина Институте переливания крови под руководством проф. М.Д. Пациора.

С 1965 по 1968 г. он обучался в аспирантуре во ВНИИКиЭХ МЗ СССР.

С 1968 по 2009 г., то есть, более 40 лет, Александр Константинович проработал в РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН в отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии, которое с 1970 года располагается на базе ГКБ № 20 г. Москвы.

Проф. А.К. Ерамишанцев был блестящим мастером во всех разделах абдоминальной хирургии, он — ученик профессоров М.Д. Пациора и К.Н. Цацаниди.

Созданное ими отделение проф. А.К. Ерамишанцев возглавлял с 1989 по 2006 г.

Проф. А.К. Ерамишанцевым внедрен ряд новых перспективных направлений в хирургическом лечении больных диффузными заболеваниями печени с синдромом портальной гипертензии.

В 1990 году в РНЦХ под руководством проф. А.К. Ерамишанцева и с его непосредственным участием была выполнена первая в России ортотопическая трансплантация печени.

Проф. А.К. Ерамишанцев — автор более 200 научных публикаций, под его руководством защищены 10 докторских и 20 кандидатских диссертаций.

Необыкновенно добрый и отзывчивый человек, врач от бога, великолепный хирург и педагог, Александр Константинович был совестью нашего института.

Светлая память об Александре Константиновиче Ерамишанцеве навсегда сохранится в сердцах любящих его учеников, всех сотрудников РНЦХ РАМН и ГКБ № 20 г. Москвы.

ВЛАДИСЛАВ ИВАНОВИЧ СОКОЛОВ

16 января 2009 года после тяжелой и продолжительной болезни скончался заведующий музеем РНЦХ РАМН, Заслуженный работник здравоохранения РФ, Лауреат Премии Правительства Москвы, доктор медицинских наук профессор Владислав Иванович Соколов.

В.И. Соколов родился в 1931 году в г. Рославле, на Смоленщине.

В 1949 году он поступил во 2-й МГМИ им. И.В. Сталина, с 4 курса стал заниматься научной работой, а в субординатуре обучался на кафедре факультетской хирургии (зав. проф. Б.В. Петровский) под руководством доцентов Э.Н. Ванцяна и Н.Н. Малиновского.

С 1956 по 1963 г. В.И. Соколов работал зав. хирургическим отделением Солнцевской больницы Московской области. Будучи практическим врачом, защитил кандидатскую диссертацию.

В 1964 году В.И. Соколов стал младшим научным сотрудником отделения хирургии печени и желчных протоков НИИКиЭХ МЗ РСФСР.

В 1972 году В.И. Соколов защитил докторскую диссертацию по хирургии хронического панкреатита, в 1975 году ему присвоено звание профессора.

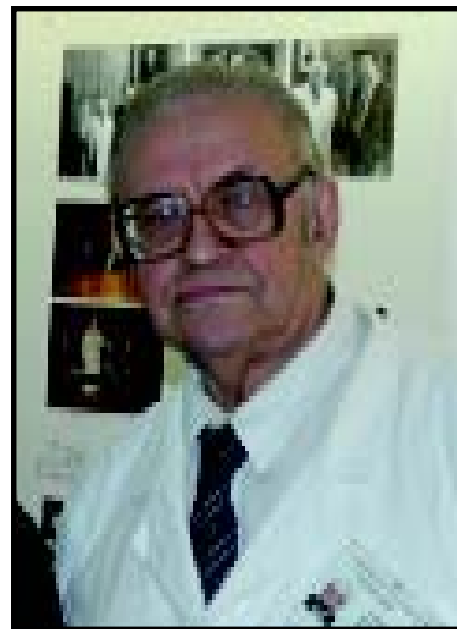
С 1972 по 1980 г. проф. В.И. Соколов был заместителем председателя Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения СССР, а в 1980 году, вернувшись на работу в РНЦХ, возглавил отдел развития научных проблем хирургии, которым руководил по 1989 г.

С 1990 по 2006 г. проф. В.И. Соколов был редактором газеты РНЦХ «Хирург», после смерти проф. Г.Д. Чесноковой он возглавил музей хирургии РНЦХ, много сделал для его расширения и пополнения экспозиции.

Проф. В.И. Соколов награжден Орденом Дружбы народов, он был членом Союза журналистов СССР и Союза писателей РФ, Почетным гражданином г. Рославля.

Проф. В.И. Соколов — автор книг по хирургии, медицинской этике и деонтологии, истории медицины и литературы, краеведению. Владислав Иванович с юных лет увлекался поэзией, он издал ряд сборников своих стихотворений, которые всегда отличались искренностью и добротой.

Светлая память о Владиславе Ивановиче Соколове навсегда сохранится в наших сердцах.





ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ РНЦХ РАМН: ТЕМАТИЧЕСКИЕ СЕМИНАРЫ И СИМПОЗИУМЫ
План на 1-е полугодие 2009 года

16–27 марта

«Актуальные вопросы торакальной хирургии». Рук. — *акад. РАМН М.И. Перельман, д.м.н. В.Д. Паршин.*

«Пластика пищевода при раке и ожоговых стриктурах». Рук. — *д.м.н. Ф.А. Черноусов, профессор В.А. Андрианов.*

«Современные аспекты хирургического лечения заболеваний толстой кишки и промежности».

Рук. — *д.м.н. П.В. Царьков.*

«Современные аспекты реконструктивной хирургии аорты, коронарных и магистральных артерий».

Рук. — *член-корр. РАМН Ю.В. Белов.*

6–17 апреля

«Современные проблемы анестезиологического обеспечения операций на сердце и сосудах».

Рук. — *акад. РАМН А.А. Бунятыян, проф. Н.А. Трекова.*

«Регионарная анестезия в современной клинической практике». Рук. — *проф. В.А. Светлов, проф. С.П. Козлов.*

«Принципы диагностики и терапии острых и хронических болевых синдромов». Рук. — *проф. А.В. Гнездилов.*

«Актуальные вопросы сосудистой хирургии: новые технологии диагностики и лечения».

Рук. — *член-корр. РАМН А.В. Гавриленко.*

Обучение проводится на коммерческой основе. Ориентировочная стоимость — 13 000 рублей. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу РНЦХ или перечислением.

По окончании семинара выдается удостоверение о краткосрочном повышении квалификации (лицензия Рособнадзора Минобрнауки РФ серия А № 166478 рег. № 7362 от 17 июля 2006 г.)

Заявки на участие в семинаре принимаются по телефону или присылаются по почте.

В заявке следует указать Ф.И.О. врача, место работы, должность, адрес учреждения, номер факса, гарантию оплаты за обучение.

Курсанты обеспечиваются гостиницей (только по предварительному бронированию) с оплатой за счет проживающих.

Ориентировочная стоимость проживания — 700 рублей в сутки.

Питание в столовой и кафе Центра за свой счет.

Заявки присылать по адресу:

**119991, г. Москва, ГСП-1, Абрикосовский пер., 2, ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН,
Центр последипломной подготовки медицинских кадров, к. А-711.**

Телефон: (8-499) 246-92-92 Факс: (8-499) 246-89-88



Д.м.н. Ю.Я. Рабинович проводит экскурсию в мемориальный кабинет-музей академика Б.В. Петровского
На фотографиях слева – врачи: Супрунов В.С. (Порт Находка), Нганга Ж.Л. (Республика Конго, Браззавиль), Аристович Р.А. (г. Омск);
справа – врачи: Горбачева А.В. (г. Самара), Терешина О.В. (г. Самара), Черноградский А.И. (г. Якутск).