

ХИРУРГ

РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН



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

№ 5 (106) июль — декабрь 2010 года

С Новым 2011 годом и Рождеством!

16 декабря отделение трансплантации почки и отделение трансплантации печени РНЦХ в аудитории главного корпуса устроили традиционный праздничный новогодний утренник для детей, находящихся на лечении в клинике, и детей сотрудников.



В НОМЕРЕ

2

НАГРАДА КОЛЛЕКТИВА СОТРУДНИКОВ ПОД РУКОВОДСТВОМ ЧЛЕНА-КОРР. РАМН Ю.В. БЕЛОВА
НАГРАДА Д.М.Н. М.А. НЕЧАЕНКО
НАГРАДА КОЛЛЕКТИВА СОТРУДНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

3

ЛАУРЕАТЫ КОНКУРСА «ЧЕЛОВЕК ГОДА 2010» В УЧЕНОМ СОВЕТЕ РНЦХ

8

В ДИССЕРТАЦИОННОМ СОВЕТЕ РНЦХ

9

СОСТОЯВШИЕСЯ НАУЧНЫЕ СОБЫТИЯ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ 2010 года

10

НАУЧНЫЕ СРЕДЫ РНЦХ
ВОЗМОЖНОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ХИРУРГИИ
Д.м.н. М.В. Авксентьева

ТРОМБОФИЛИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ТРОМБОЗОВ, ТРОМБОЭМБОЛИИ И ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Проф. А.Д. Макацария

14

НА ПЯТИЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ РНЦХ

20

ПРЕДСТОЯЩИЕ НАУЧНЫЕ СОБЫТИЯ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ 2011 года

21

НЕЙРОХИРУРГИЯ В РНЦХ
Д.м.н. С.А. Васильев

22

РЕДКИЕ ОПЕРАЦИИ, ИНТЕРЕСНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ: ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТРАХЕИ

23

ОТДЕЛ НАУЧНЫХ ПРОГРАММ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ РНЦХ РАМН

24

ВРАЧИ-КУРСАНТЫ В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ РНЦХ РАМН

НАГРАДА КОЛЛЕКТИВА СОТРУДНИКОВ ПОД РУКОВОДСТВОМ ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА РАМН Ю.В. БЕЛОВА



17 ноября 2010 года на XXIV (87) совместной сессии общих собраний Российской академии медицинских наук и Российской академии образования, посвященной 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова, сотрудники отделения хирургии аорты и ее ветвей РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН ЧЛЕН-КОРР. РАМН Ю.В. БЕЛОВ, Д.М.Н. А.Б. СТЕПАНЕНКО, К.М.Н. Э.Р. ЧАРЧЯН, К.М.Н. Р.Н. КОМАРОВ согласно постановлению Президиума РАМН № 213 от 6 октября 2010 г. были удостоены премии РАМН им. Н.И. Пирогова по медицине в 2010 году с вручением золотой медали за цикл работ в области хирургии аорты («Руководство по хирургии торакоабдоминальных аневризм аорты», «Аневризмы восходящей аорты с аортальной недостаточностью», «Повторные реконструктивные операции на аорте и магистральных артериях»). Эта награда имеет особое значение для наших коллег, так как первые крупные научные работы Н.И.

Пирогова были посвящены анатомии и хирургии аорты и крупных артериальных стволов.

Горячо поздравляем сотрудников отделения хирургии аорты с высокой наградой и желаем успешного продолжения уникальных научных исследований!

НАГРАДА ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК М.А. НЕЧАЕНКО

За активное содействие в оказании высокотехнологичной квалифицированной и специализированной медицинской помощи ветеранам военной службы министерств и федеральных ведомств Российской Федерации, в том числе специальных служб, Российский фонд инвалидов военной службы наградил руководителя отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН доктора медицинских наук НЕЧАЕНКО МИХАИЛА АЛЕКСАНДРОВИЧА общественной наградой — Орденом Гиппократ, девизом которого являются слова «Спасение и милость».

Сердечно поздравляем уважаемого Михаила Александровича Нечаенко с почетной наградой и желаем новых успехов на этом благородном поприще!



ЗВАНИЯ ЛАУРЕАТОВ ПЕРВОЙ ПРЕМИИ

ЖУРНАЛА «АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ»

удостоен коллектив авторов — сотрудников отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии РНЦХ РАМН
за цикл работ
по лечению портальной гипертензии:

А.К. ЕРАМИШАНЦЕВ
(посмертно),

А.Г. ШЕРЦИНГЕР,

В.М. ЛЕБЕЗЕВ,

Г.В. МАНУКЬЯН,

С.Б. ЖИГАЛОВА,

Р.А. МУСИН,

А.И. ДЕМЬЯНОВ,

И.Ч. АБДУЛАЕВ,

Р.В. ЧУБ,

Т.Г. КРАСНОВА,



Е.Д. ЛЮБИВЫЙ,

Е.А. ЛУКИНА,

И.Б. КОРШУНОВ,

Г.Т. СУХИХ,

А.Ш. МАРКАРЯН,

А.Р. АМБАРЦУМЯН,

Д.М. СПИТКОВСКИЙ,

А.М. НЕЧАЕНКО,

Р.С. ГРИГОРЯН

От всей души поздравляем уважаемых коллег с заслуженной наградой и желаем дальнейших успехов в борьбе с этим тяжелым недугом!

хирург

№5 (106) 2010 год

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

Главный редактор

Д. м. н. профессор
ДЗЕМЕШКЕВИЧ С.Л.

Редакционная коллегия:

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

Академик РАМН
БУНЯТЯН А.А.

Д. м. н. профессор
СКИПЕНКО О.Г.

Академик РАМН
САНДРИКОВ В.А.

ЧЕРНЕЦОВА С.А.
(ответственный редактор)

Художник проекта
КЛОДТ Е.Г.

Компьютерная верстка
ВОРОБЬЕВА С.А.

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

ISSN 0868—9415

Газету «Хирург»
можно прочитать
на сайте лаборатории
телемедицины РНЦХ
<http://tele.med.ru>

Газета отпечатана
в типографии
ООО «Промис»
Москва,
ул. Прянишникова, 31 а

Заказ 7717
Тираж 990 экз.

Распространяется бесплатно

ЛАУРЕАТЫ КОНКУРСА РНЦХ «ЧЕЛОВЕК ГОДА 2010»



АМЕЛЬЧЕНКО
Любовь
Александровна
старшая
медицинская
сестра
центрального
стерилизационного
отделения



ВАСИЛЬЕВ
Сергей
Амурабиевич
д.м.н.
руководитель
отделения
нейрохирургии



МАЛИНОВСКИЙ
Николай
Никодимович
академик
РАМН

Редакция газеты «Хирург» от всей души поздравляет замечательных сотрудников РНЦХ — лауреатов почетного звания «Человек года 2010» и желает им крепкого здоровья, счастья и новых успехов в их благородной работе!

В УЧЕНОМ СОВЕТЕ РНЦХ

Ученый совет 27 сентября 2010 года проходил под председательством директора РНЦХ проф. С.Л. Дземешкевича. Секретарь совета — ученый секретарь РНЦХ к.м.н. М.И. Секачёва

НА ПОВЕСТКЕ ДНЯ ДОКЛАД АКАДЕМИКА РАМН ПРОФЕССОРА А.А. БУНЯТЯНА НА ТЕМУ:

«Проблема безопасности и концепция непрерывного профессионального развития в современной анестезиологии и реаниматологии».

За последние 50 лет во всех странах мира мононаркоз канул в прошлое, и сейчас доминирует многокомпонентная анестезия, воздействующая с помощью лекарственных и технических средств на все компоненты наркоза. Рене Лериш сказал: «Хирургия сегодня развивается настолько, насколько ей это позволяет анестезиология». Действительно, благодаря бурному росту анестезиологии получили развитие все самые сложные разделы хирургии, и сегодня практически нет больных, которых нельзя было бы оперировать. Современная общая анестезия из метода, призванного защитить пациента от боли во время операции, превратилась в комплекс мероприятий по защите больного от воздействия хирургического стресса и управлению жизненно важными функциями его организма. Сейчас развивается анестезиология для специализированных направлений хирургии: торакальной, сердечно-сосудистой, нейрохирургии, трансплантационной, детской хирургии и др.

Первая встреча с проблемой безопасности в анестезиологии состоялась в 1848 году. Менее, чем через 2 года после того, как Мортон продемонстрировал действие эфира, и через 2 месяца после применения Симпсоном анестезии хлороформом, в литературе впервые была описана смерть от наркоза. Возникла парадоксальная ситуация, когда от метода, призванного защитить больного от хирургической агрессии или тяжелой политравмы, умирает человек. Поэтому проблема безопасности в анестезиологии в течение 160-лет-

ней её истории была и остается исключительно важной и всегда актуальной, а в последние годы она превратилась в самостоятельное направление научных исследований.

Анестезиологическая летальность за 50 лет снизилась в 22 раза: от 1 случая на 2680 наркозов в 1954 г. (Beecher и Todd, США) до 1:47619 в 2003 г. (Kawashima et al., Япония). Однако, мы не можем этим удовлетвориться. Среди факторов, влияющих на качество анестезии, главными являются: человеческий фактор, уровень образования анестезиологов, практические навыки, физическое и психическое здоровье, ресурсное обеспечение, информационный стресс. Человеческий фактор предполагает: недостаток знаний и клинического опыта, недостаток организации рабочего места, недостаток взаимодействия и понимания между анестезиологом и анестезистом, отсутствие достаточных условий для использования знаний, личные нежелательные качества (невнимательность, суетливость, небрежность, излишнее волнение, паника, упрямство, самонадеянность), усталость и др.

В настоящее время в РФ выявились значительные кадровые проблемы. В нашей стране имеется 41 501 должность анестезиологов-реаниматологов, из них занято физическими лицами 23 561 (56,7 %), т.е. вакансии физических лиц составляют 43,4 %. Таким образом, дефицит анестезиологов составляет 18000 человек. «Естественная ежегодная убыль» анестезиологов (5%) составляет 1200 человек. В то же время клиническая ординатура выпускает ежегодно 350 специалистов. Показательно укомплектованность штатов анестезиологов-реаниматологов ЛПУ г. Москвы: по штату положено 3053 врача, фак-

тически занято 2 922 места, при этом физических лиц всего 1935.

Согласно классификации Nissen (2004), осложнения анестезии подразделяют на манипуляционные (повреждения сосудов, нервов, тканей); лекарственные (ошибки введения, дозирования, анафилаксия и пр.); технические (поломки НДА, мониторов, других аппаратов); человеческий фактор (60–87%).

Важнейшим компонентом безопасности в анестезиологии является мониторинг пациента, который состоит из 7 неразрывно связанных между собой позиций: аналгезия, сон, релаксация, управление дыханием, кровообращением, обменом, рефлексорной деятельностью. Поэтому необходим мониторинг оксигенации, механики дыхания и газоанализа, нейромониторинг и оценка глубины анестезии, мониторинг нейромышечной проводимости. Минимальный набор для мониторинга, обязательный для операционной, должен включать пульсоксиметр, капнометр, прибор для неинвазивного измерения АД и электрокардиограф.

Основой безопасности в анестезиологии и реаниматологии является профессиональное образование. Имеется целый ряд документов, инициирующих создание общеевропейского образовательного пространства. Болонская конвенция (1999) обязывает страны, которые ее подписали, провести к 2010 г. преобразование национальных систем высшего образования. Именно качество высшего образования находится в центре внимания инициаторов и участников Болонского процесса, который предусматривает адаптацию образовательных программ и квалификаций к требованиям европейского и мирового рынков труда. Это означает: обучение в течение всей жизни (!);

принятие системы кредитов – аналогичной европейской системе кредитов (ECTS); стимулирование мобильности и свободного передвижения; развитие европейского сотрудничества в сфере обеспечения качества высшего образования; укрепление связей между общеевропейским пространством высшего образования и научных исследований. Поэтому включение инновационных образовательных технологий в Российскую национальную систему высшего профессионального медицинского образования – это необходимый путь к вхождению в Европейское образовательное пространство.

Здесь уместно привести данные о длительности послевузовского профессионального образования анестезиологов в различных странах. Так, в Армении, Беларуси, Казахстане, Узбекистане этот процесс занимает 3 года; в Болгарии, Италии, Испании, Молдове, США, Эстонии – 4 года; в Греции, Израиле, Латвии, Литве, Нидерландах, Норвегии, Румынии, Словакии, Франции, Чехии, Швеции – 5 лет; в Дании, Польше, Словении, Швейцарии – 6 лет; в Великобритании, Ирландии и Германии – 7 лет. В Российской Федерации послевузовское образование анестезиологов длится от 6 месяцев до 2 лет.

Обсуждая вопрос о привлекательности специальности анестезиолога, целесообразно привести данные о том, каков оклад сертифицированного специалиста в Европе. Так, в Албании,

Беларуси, Болгарии, Румынии, Сербии и Черногории оклад анестезиолога составляет от 100 до 500 евро в месяц. В Боснии и Герцеговине, Латвии, Литве, Польше, Словакии, Эстонии – от 500 до 1000 евро. В Чехии, Словении – от 1000 до 2000 евро. В Израиле, Италии, Мальте – от 2000 до 3000 евро. В Германии, Испании – от 3000 до 5000 евро. Более 5000 евро в месяц составляет оклад анестезиолога в Великобритании, Дании, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Финляндии, Франции, Швейцарии, Швеции.

Объем информации, которой владеет наша цивилизация, удваивается каждые пять лет. Поэтому помимо получения знаний не менее важным становится освоение технологий, с помощью которых можно получать, перерабатывать и использовать новую информацию. Снижение конкурентоспособности традиционных институтов образования, а также недостаточная интеграция науки и производства свидетельствуют о необходимости создания принципиально новых учреждений высшего образования.

РЕЗЮМЕ

Внедрение в жизнь инновационных форм образования дает надежду на реальное улучшение подготовки анестезиологов-реаниматологов, и, таким образом, улучшение результатов лечения, снижение количества осложнений и летальности. Анестезиолог должен быть хорошо подготовлен (минимум –

3 года). Он должен быть хорошо ресурсно оснащен современными лекарствами, оборудованием и средствами мониторинга. Его труд должен быть адекватно оценен. Тогда специальность «Анестезиология и реаниматология» в нашей стране станет привлекательной для молодых врачей.

Председатель совета проф. С.Л. Дземешкевич отметил, что в своем докладе академик РАМН А.А. Бунятян поднял очень важные и болезненные вопросы качественной последипломной подготовки специалистов-анестезиологов. В США человек с институтским дипломом – это еще не специалист, он потом учится своей специальности еще 10 лет. А в нашей стране сейчас большие проблемы не только с последипломным, и с высшим общепрофессиональным образованием. Необходимо создавать профессиональные общества, которые должны, в том числе и сертифицировать специалистов. Программы обучения наших клинических ординаторов и аспирантов необходимо совершенствовать и делать жесткий отбор специалистов, которых мы принимаем на работу в РНЦХ.

Также был обсужден вопрос о поддержке на выдвижение к присвоению звания Заслуженного деятеля науки РФ профессора М.А. Садового из Новосибирского института травматологии и ортопедии и проведены выборы на должности научных сотрудников различных отделений РНЦХ.

.....
Заседание Ученого совета 8 октября 2010 года проходило под председательством директора РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского профессора С.Л. Дземешкевича.

Секретарь совета — ученый секретарь РНЦХ к.м.н. М.И. Секачёва

.....

По первому вопросу повестки дня «План НИР на 2011 год» выступил заместитель директора РНЦХ по научной работе проф. О.Г. Скипенко.

В экспертную комиссию РНЦХ было подано 23 заявки НИР на 2011 г., из них принято без замечаний 19, принято после доработки 2, отложено 2. Научные программы, которые будут осуществляться в 2011 г., следующие:

Программа № 1. Хирургия дисфункций миокарда и сердечной недостаточности. Директора программы – **проф. С.Л. Дземешкевич, проф. А.А. Еременко, проф. Н.А. Трекова.**

Пр. № 2. Хирургия клапанов сердца. Директор – **проф. В.А. Иванов.**

Пр. № 3. Фундаментальные и клинические проблемы патологии аорты. Директор – **член-корр. РАМН проф. Ю.В. Белов.**

Пр. № 4. Хирургия осложненных форм ИБС. Директор программы – **проф. И.В. Жбанов.**

Пр. № 5. Врожденные пороки сердца у взрослых. Директор программы – **канд. мед. наук Ю.В. Фролова.**

Пр. № 6. Хирургическая аритмология. Директор программы – **доктор мед. наук М.А. Нечаенко.**

Пр. № 7. Генетические исследования в хирургии. Директор программы – **д.м.н. Е.В. Заклязьминская.**

Пр. № 8. Современные возможности лечения заболеваний сосудов. Директор программы – **член-корр. РАМН, проф. А.В. Гавриленко.**

Пр. № 9. Фундаментальные основы оценки адаптации организма в условиях патологических перегрузок. Директор программы – **академик РАМН, проф. В.А. Сандриков.**

Пр. № 10. Хирургическая онкология печени и поджелудочной железы. Директор – **проф. О.Г. Скипенко.**

Пр. № 11. Инновационные технологии в колоректальной хирургии. Директор – **проф. П.В. Царьков.**

Пр. № 12. Развитие инновационных технологий в хирургии заболеваний и повреждений трахеи, бронхов и легких. Директор – **проф. В.Д. Паршин.**

Пр. № 13. Трансплантация органов. Директор – **проф. М.М. Каабак.**

Пр. № 14. Торако-абдоминальная хирургия. Директора программы: **проф. А.Г. Шерцингер, проф. Ф.А. Чернусов.**

Пр. № 15. Реконструктивная и пластическая хирургия. Директор программы – **академик РАМН, проф. Н.О. Миланов.**

Пр. № 16. Хирургия заболеваний центральной нервной системы. Директора программы: **проф. А.Г. Аганесов, канд. мед. наук С.А. Васильев.**

Пр. № 17. Проблема безопасности в современной анестезиологии и реаниматологии при обеспечении использования высоких медицинских технологий в хирургии. Директор – **академик РАМН, проф. А.А. Бунятян.**

Пр. № 18. Обеспечение безопасности в трансфузиологии. Директор программы – **проф. А.А. Рагимов.**

Пр. № 19. Инфекция в хирургии. Директор программы – **канд. мед. наук Н.С. Богомолова.**

Внешние соисполнители планируемых НИР: Бернский университет (Швейцария), МГУ им. М.В. Ломо-

носова, НИИ биологии развития им. Н.К.Кольцова РАН, РХТУ им. Д.И. Менделеева, Объединенный институт ядерных исследований, ПМГМУ им. И.М. Сеченова, НИИ неврологии РАМН, НИИ глазных болезней РАМН, ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» (Украина).

Финансирование НИР будет происходить за счет РАМН, гранта Министерства образования и науки РФ, «Швейцарского» гранта, а также внебюджетных средств Центра.

В 2011 году в РНЦХ будут проведены 8 научно-организационных мероприятий.

По поводу подготовки научных кадров: в аспирантуре (академической и целевой) будет подготовлено 9, на договорной основе — 8 научных сотрудников. В клинической ординатуре: (академической и целевой) — 12, на договорной основе — 49 специалистов.

В I квартале 2011 г. будет проведена плановая проверка деятельности РНЦХ за 2006–2010 гг. Оценка результативности деятельности научных организаций проводится по следующим направлениям: научный потенциал и эффективность научных исследований; состояние медицинской и фармацевтической деятельности; вовлеченность научной организации в национальное и мировое научно-образовательное сообщество; коммерциализация и прикладное значение результатов исследования; кадровая и ресурсная обеспеченность научной организации; состояние финансовой деятельности; число монографий и глав в монографиях на 1 исследователя; количество публикаций и цитируемость в РИНЦ и Web of Science; число опубликованных докладов (на российских и международных конференциях) на 1 исследователя; количество полученных патентов на 1 исследователя; число диссертаций, защищенных сотрудниками организации на 1 исследователя; государственные и международные премии, награды, звания.

Заключение

Обращает внимание снижение числа поданных заявок НИР на 2011 г. Поданные темы НИР в своем большинстве носят прикладной характер, сохраняется малое число фундаментально-ори-

ентированных исследований. По-видимому, формируется философия уменьшения общего количества тем с повышением качества планируемых НИР. Необходимо продолжить поиск путей финансирования исследований из внебюджетных источников, а также осуществлять поддержку мультицентровых исследований.

После окончания доклада председатель совета проф. С.Л. Дземешкевич отметил, что была проведена большая работа по формированию плана НИР на 2011 г., но все-таки основная часть тем — из прошлых лет, а около 40% тем были сформулированы заявителями недостаточно конкретно. Ответственных исполнителей этих тем мы будем заслушивать, для этого нужно внимательно изучить методику оценки результатов. Каждая заявка на НИР будет проходить проверку — на какие средства эта тема осуществляется. Сейчас во всем мире научная работа ведется через финансирование на основе получения грантов, а среди всех наших тем только 2 грантовых — по генетическим исследованиям в хирургии. Еще один важный момент — это необходимость планирования комплексов исполнителей этих тем мы будем заслушивать, для этого нужно внимательно изучить методику оценки результатов. Каждая заявка на НИР будет проходить проверку — на какие средства эта тема осуществляется. Сейчас во всем мире научная работа ведется через финансирование на основе получения грантов, а среди всех наших тем только 2 грантовых — по генетическим исследованиям в хирургии. Еще один важный момент — это необходимость планирования комплексов исполнителей этих тем мы будем заслушивать, для этого нужно внимательно изучить методику оценки результатов. Каждая заявка на НИР будет проходить проверку — на какие средства эта тема осуществляется.

Сейчас во всем мире научная работа ведется через финансирование на основе получения грантов, а среди всех наших тем только 2 грантовых — по генетическим исследованиям в хирургии. Еще один важный момент — это необходимость планирования комплексов исполнителей этих тем мы будем заслушивать, для этого нужно внимательно изучить методику оценки результатов. Каждая заявка на НИР будет проходить проверку — на какие средства эта тема осуществляется.

План НИР на 2011 г. был принят всеми членами совета единогласно.
Второй вопрос повестки дня — доклад проф. А.Б. Рябова, руководителя хирургического отделения РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН о создании совместно с отделением трансплантации печени РНЦХ программы и протокола лечения пациентов с гепатобластомой. Цель этой программы, утвержденной на ученом совете РНЦХ, — разработка обширной стратегии для всех центров РФ и СНГ, создание общего регистра больных, так как онкологи и трансплантологи должны вместе решать эти сложные вопросы. Председатель совета проф. С.Л. Дземешкевич отметил большую актуальность этой об-

ширной программы, рассчитанной на проведение в течение 10 лет.

По третьему вопросу повестки дня об участии РНЦХ в качестве соучредителя реабилитационного центра для хирургических больных выступил заместитель директора РНЦХ по научной работе академик РАМН проф. В.А. Сандриков.

Улучшение результатов хирургического лечения больных в РНЦХ во многом зависит от адекватной реабилитации. Необходимость открытия реабилитационного центра при РНЦХ давно назрела. С разрешения РАМН будет создано ОАО, в котором будут участвовать швейцарская строительная компания, Правительство Московской области и РНЦХ, который войдет в этот проект со своими технологиями, но без финансовых вложений. Строительство центра на 100оек будет осуществляться в 10 км от МКАД по Пятницкому шоссе в районе дер. Юрьево. Ученому совету необходимо наделить полномочиями директора РНЦХ проф. С.Л. Дземешкевича для подписания необходимых документов.

После обсуждения доклада академика РАМН В.А. Сандрикова, в котором приняли участие проф. Б.В. Шабалкин, член-корр. РАМН А.В. Гавриленко, проф. В.Д. Паршин, председатель совета проф. С.Л. Дземешкевич в своем заключительном слове отметил, что все ведущие медицинские центры страны в перспективе будут иметь собственные зоны для реабилитации больных. Никакими приказами уменьшить койко-день невозможно, в то же время мы стоим перед необходимостью значительно интенсифицировать нашу работу. Перевод больных на долечивание в реабилитационный центр позволит сократить койко-день, в этом будет состоять основная прибыль РНЦХ.

Все члены совета открытым голосованием поддержали идею создания при РНЦХ реабилитационного центра и также проголосовали за наделение проф. С.Л. Дземешкевича соответствующими полномочиями.

Четвертый вопрос: избрание на должность. Тайным голосованием на должность с.н.с. лаборатории биохимии была избрана к.м.н. О.В. Дымова.

Заседание Ученого совета 29 ноября 2010 года проходило под председательством директора РНЦХ им.акад. Б.В. Петровского РАМН профессора С.Л. Дземешкевича.

Секретарь совета — ученый секретарь РНЦХ к.м.н. М.И. Секачова

Первый вопрос повестки дня — отчет руководителя отделения хирургии аорты и ее ветвей члена-корр. РАМН проф. Ю.В. Белова о выполнении научной темы «Разработка и внедрение оптимальных хирургических

технологий и способов защиты головного, спинного мозга и внутренних органов при операциях на аорте». Над этой проблемой коллектив вместе с сотрудниками других отделений РНЦХ работает в течение 17

лет. Участники НИР: член-корр. РАМН Ю.В. Белов, д.м.н. Э.Р. Чарчян, к.м.н. Р.Н. Комаров, к.м.н. В.А. Гулешов, д.м.н. А.Б. Степаненко, д.м.н. А.П. Генс, проф. Л.С. Локшин, к.м.н. С.А. Федулова.

При обширных операциях на аорте существует проблема, актуальная во всем мире – это защита органов пациента от ишемии. Решение данной проблемы происходит по нескольким наиболее важным направлениям: совершенствуется тактика проведения ИК (профилактика разрыва аорты и мальперфузии органов), используются различные виды гипотермии; разрабатываются меры по снижению длительности пережатия аорты (крупной артерии); применяются различные технологии по сохранению кровоснабжения органов, осуществляется их фармакологическая защита. При выборе метода подключения ИК отдаем предпочтение периферической артериальной канюляции. Данный метод подразумевает и канюляцию правого предсердия через общую бедренную вену. Метод отличается простотой и удобством, однако пока не решен вопрос о возможных осложнениях. При гигантских аневризмах аорты (у 16 больных были гигантские аневризмы восходящей аорты, в 3 наблюдениях – повторные операции) осуществляется активный забор венозной крови при помощи центрифужного насоса «Bio-Medicus pump».

Актуальность проблемы защиты головного мозга (ГМ) при операциях на дуге аорты обусловлена тем, что частота ишемического повреждения ГМ составляет 4–12%, ишемического повреждения внутренних органов – до 30%. Необходимые условия для производства подобных операций: адекватная защита ГМ и внутренних органов; физиологичность защиты органов (сохранение в них кровотока); исключение ограничений по времени для реконструкции; удобство формирования дистального анастомоза (сухое операционное поле и визуализация просвета аорты). К существующим вариантам защиты органов относятся: глубокая гипотермия и циркуляторный арест (ЦА); глубокая гипотермия, ЦА и ретроградная перфузия головного мозга; умеренная гипотермия, ЦА и антеградная перфузия ГМ. У каждого из этих методов существуют свои особенности и имеются характерные осложнения. При глубокой (14°C) гипотермии: 1) ограничение по времени остановки кровообращения 30–40 мин; 2) длительное ИК (охлаждение и согревание); 3) грубые нарушения гемо- и гомеостаза; 4) нарушение оксигенирующей функции легких; 5) полиорганная недостаточность (ПОН). При антеградной перфузии ГМ с умеренной (24–26°C) гипотермией: 1) меньшее ограничение по времени (1–1,5 ч); 2) при увеличении продолжительности операции увеличивается степень повреждения внутренних органов (нет достаточной гипотермии и кровообращения в

виду отсутствия кровотока в нисходящей аорте).

С 1995 по октябрь 2010 гг. всего выполнено 136 реконструкций дуги аорты: 4 – протезирование дуги многобраншевым протезом, 24 – протезирование по методике Борста, 41 – протезирование по методике «полудуги», 67 – протезирование дуги с реимплантацией ветвей на площадке. Были использованы следующие методы защиты ГМ: глубокая гипотермия с циркуляторным арестом – 39 (28,7%); глубокая гипотермия с ЦА и ретроградной перфузией ГМ – 5 (3,7%); умеренная гипотермия с антеградной перфузией ГМ – 92 (67,6%).

Реконструкцию дуги аорты принято выполнять при остановке кровообращения в нисходящей аорте. В результате поиска наиболее удобного и физиологичного метода защиты ГМ и внутренних органов была выбрана умеренная гипотермия с сохранением кровотока во всех органах (головном и спинном мозге и внутренних органах для исключения развития ПОН), что обеспечивает также и удобство для работы хирурга (сухое операционное поле, полная визуализация стенок аорты, отсутствие ограничения по времени).

Для оценки физиологичности защиты ГМ была осуществлена выборка больных по объему вмешательства. **1 группа** – 33 пациента: 1) гипотермия 20–22°C; 2) антеградная перфузия ГМ; 3) остановка кровообращения в нисходящей аорте на время реконструкции дуги аорты. **2 группа** – 10 пациентов («полная» защита): 1) гипотермия 25–28°C; 2) антеградная перфузия ГМ; 3) перфузия нижней половины тела на время реконструкции дуги аорты (оригинальная методика). Для выбора наиболее оптимального варианта перфузии головного мозга использовали такие методы, как бигемисферальная антеградная перфузия ГМ (n= 37); моногемисферальная антеградная перфузия ГМ (n= 55). Внутриаортальная обструкция с помощью баллона была осуществлена у 10 пациентов. В остальных случаях на время реконструкции дуги аорты проводилась остановка кровообращения внутренних органов. Показания к применению пережатия нисходящей аорты включают: отсутствие расслоения нисходящей аорты (II тип расслоения); отсутствие аневризмы нисходящей аорты; «неизменная» стенка аорты; реконструкция по методике «Борста» (баллон внутри протеза).

Были получены следующие результаты. Во 2 группе больных (N= 10) уровни креатинина, мочевины, АЛТ достоверно ниже, чем в 1 группе (N= 33). То же самое касается продолжительности ИК, ИВЛ и длительности периода госпитализации. В группе па-

циентов с умеренной гипотермией (N= 92) по сравнению с группой глубокой гипотермии (N= 39) достоверно меньше продолжительность ИК, длительность ИВЛ, продолжительность операции, общая кровопотеря за сутки, число рестернотомий, период времени нахождения больного в ОРИТ, длительность госпитализации.

Ближайшие (предварительные) результаты. В 1 группе пациентов: частота ПОН составила 5% (у 5 из 33 больных), из них ПОН стала причиной летального исхода в 40% случаев (у 2 из 5 больных). Во 2 группе пациентов: нарушение оксигенирующей функции легких составило 10% (у 1 из 10 больных), ПОН – 0%, летальность – 0%.

Торакоабдоминальные аневризмы аорты (ТАА). Протезирование торакоабдоминальной аорты – одна из самых сложных операций в аортальной хирургии. В РНЦХ РАМН с 1995 г. выполнено 237 операций с летальностью 14%. Защита спинного мозга осуществлялась с помощью мониторинга давления и эвакуации спинномозговой жидкости на этапах протезирования ТАА. Защита органов и сохранение крови – путем использования центрифужного насоса с оригинальной системой реинфузии крови; обход ЛЖ и аорты. Профилактика кровопотери – особая технология шитья аорты при синдроме Марфана, позволяющая всегда достигать герметичности анастомоза. Применение техники «ручка чемодана» в сравнении с классической методикой операции позволяет уменьшить интраоперационную кровопотерю в 2,5 раза (2433,3±924,4 мл vs 6116,3±849,8 мл) (t=2,93, p=0,0047). Защита органов – на этапе прекращения кровообращения во всех внутренних органах человека и спинном мозге применялся оригинальный консервирующий раствор Кустадиол. В 2009 году оперировано 40 пациентов с ТААА/АНГА с летальностью 2,5% (умер 1 пациент после трехэтапного хирургического лечения аневризматической болезни аорты).

При расслаивающей аневризме всей аорты (мегааорте) выполняли двухэтапную замену всей аорты (N = 24), в том числе вместе с аортальным клапаном, а также одномоментную замену всей грудной аорты человека (N = 9).

Совместно с отделением рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения РНЦХ РАМН разрабатываются и внедряются гибридные технологии в лечении аневризм восходящей, дуги и нисходящей аорты – новое перспективное направление в аортальной хирургии. При расслоении аорты 3 типа применяется одноэтапная гибридная хирургия.

Научная продукция отделения за 2005–2010 гг.: статьи – 72, в том числе

за рубежом – 8, тезисы – 26, доклады – 31, патенты РФ – 5, монографии – 6, диплом и медаль РАМН имени Н.И. Пирогова за цикл работ в области хирургии аорты (2010 г.), премия и медаль имени акад. В.И. Бураковского НЦССХ им. А.Н. Бакулева за большой вклад в хирургическое лечение болезней аорты (2010 г.), диссертации: докторские – 3, кандидатские – 3.

На вопросы проф. С.Л. Дземешкевича, на каком уровне находятся подобные исследования в ведущих клиниках США и Европы, и как там обстоит дело с защитой органов при операциях на аорте, член-корр. РАМН Ю.В. Белов ответил, что везде сейчас развиваются гибридные технологии и стентирование аорты; глубокая гипотермия оставлена, и весь мир переходит на перфузионную защиту головного мозга.

На вопрос проф. О.Г. Скипенко, какие клиники в России являются в решении этих вопросов конкурентами РНЦХ, член-корр. РАМН Ю.В. Белов ответил, что интенсивные научные исследования проводятся в Новосибирске, Пензе, Краснодаре, но все хирурги, занимающиеся этой проблемой, обучались в РНЦХ РАМН.

Руководитель отделения кардиоанестезиологии РНЦХ РАМН проф. Н.А. Трекова в своем выступлении отметила, что проблема ишемии головного мозга и внутренних органов при операциях на аорте является актуальной во всех клиниках. Для осуществления доложенного Ю.В. Беловым метода защиты органов необходима длительная однолобная вентиляция, успешно освоенная специалистами РНЦХ РАМН. Полученные результаты уникальны, данную НИР можно считать полностью завершенной.

В своем заключительном слове председатель совета проф. С.Л. Дземешкевич сказал, что он полностью согласен с такой оценкой работы, к тому же доклад сделан на высоком научном уровне. Однако эта тема не закрывается, будут проведены новые этапы этого актуального исследования.

Предваряя второй доклад – проф. В.Д. Паршина, проф. С.Л. Дземешкевич подчеркнул, что к подобным исследованиям должны стремиться все ученые РНЦХ, то есть к международной интеграции научных исследований.

Проф. В.Д. Паршин выступил с докладом на тему: «Трансплантация трахеи, созданной методами регенеративной медицины» (Россия, Италия). Цель исследования: изучить возможности использования трахеи, созданной методами регенеративной медицины, для замещения циркулярных трахеальных дефектов, образовавшихся при тотальном или субтотальном поражении в результате опухолевых

или неопухолевых заболеваний. **Руководители НИР:** проф. Паршин В.Д., проф. Маккиарини П. **Исполнители темы:** Заклязьминская Е.В., Волков А.А., Базаров Д.В., Русаков М.А., Паршин В.В., Солдаткина О.И. Была проведена предварительная работа: изучение современного состояния проблемы, стажировка в центре регенеративной медицины University Hospital Careggi (Флоренция, Италия), создание листа ожидания, обсуждение организационных, правовых и финансовых вопросов. Смысл предлагаемой методики в том, что трупная трахея после специальной обработки теряет все свои белки-антигены (остается только ее хрящевой каркас), а непосредственно во время реконструктивной операции она обрабатывается моноклеарной фазой костного мозга реципиента и вшивается в дефект трахеи или бронха без каких-либо сосудистых анастомозов, причем после операции не требуется иммуносупрессивной терапии. Первая операция такого рода (трансплантация левого главного бронха) была сделана профессором П. Маккиарини 1 октября 2010 г. Операция включала резекцию стенозированного левого главного бронха, подготовку трансплантата, забор слизистой оболочки резецированного левого главного бронха, моделирование трансплантата по размерам левого главного бронха, введение в трансплантат стволовых клеток и факторов, стимулирующих рост клеток, перенос трансплантата в операционную рану, наложение анастомозов. 4 октября 2010 г. проф. П. Маккиарини осуществил трансплантацию трахеи большой с концевой трахеостомой после ларингэктомии с полихимиотерапией по поводу рака, осложнившейся формированием большого трахеопищеводного свища, трахеомалицией. Показания к данному методу лечения: опухолевые и неопухолевые заболевания трахеи, при лечении которых требуется обширная резекция, а традиционные хирургические методы восстановления трахеи невозможны. Предполагается участие РНЦХ РАМН в международном научном проекте, в котором уже задействованы Англия, Испания, Италия и Швеция. Сейчас проводятся такие исследования, как создание легкого при помощи методов регенеративной медицины (в эксперименте), а также трансплантация гортани после ее удаления по поводу рака. Данное направление научных исследований может иметь мультидисциплинарный, многоцентровый характер. Оно невозможно без привлечения возможностей фундаментальных наук.

На вопрос к.м.н. Е.В. Флёрова, планируются ли контакты с телемедицинскими центрами научных учреждений

этих стран, проф. В.Д. Паршин ответил, что это – наименьшая из всех стоящих перед нами проблем.

На вопрос проф. И.В. Жбанова, какова дальнейшая тактика у больной, перенесшей экстирпацию гортани и затем – пересадку трахеи, проф. В.Д. Паршин ответил, что ей придется жить с концевой трахеостомой, так как восстановление гортани сегодня пока невозможно.

Председатель совета проф. С.Л. Дземешкевич сказал о том, что после совещания с проф. Паоло Макиарини, прошедшего летом в нашем Центре, мы получили предложение участвовать в данном международном проекте. Здесь есть еще один новый для нас момент – проф. П. Макиарини является соруководителем данной работы. Если члены ученого совета проголосуют за включение данной темы в план НИР на 2011 год, то проф. П. Макиарини получит право и возможность оперировать в нашем Центре. Все присутствовавшие члены совета поддержали включение данной темы в план НИР открытым голосованием.

Следующий вопрос повестки дня – выдвижение руководителя отделения экстренной хирургии и портальной гипертонии РНЦХ на базе ГКБ № 20 г. Москвы профессора А.Г. Шерцингера на звание Заслуженного деятеля науки Российской Федерации. Вопрос был передан на тайное голосование.

Следующий вопрос – выборы на должность руководителя отделения неотложной хирургии на базе Химкинской городской больницы. Проф. С.Л. Дземешкевич пояснил, что эта крупная современная больница могла бы продолжать служить хорошей базой для подготовки клинических ординаторов и аспирантов РНЦХ РАМН. Документы на конкурс на занятие этой должности подал д.м.н. М.А. Косович, профессор кафедры хирургии и онкологии медицинского факультета Саратовского университета. Также на эту должность претендует к.м.н. М.В. Кузнецов, врач-хирург БСМП № 1 г. Казани. После зачитывания характеристик и ответов на вопросы кандидатуры д.м.н. М.А. Косовича и к.м.н. М.В. Кузнецова переданы на тайное голосование.

Далее были утверждены 2 темы кандидатских диссертаций аспирантов РНЦХ РАМН.

Председатель счетной комиссии проф. И.И. Дементьева сообщила результаты тайного голосования: выдвижение проф. А.Г. Шерцингера на звание Заслуженного деятеля науки РФ поддержали все члены ученого совета единогласно, на должность руководителя отделения неотложной хирургии большинством голосов избран д.м.н. М.А. Косович.

В ДИССЕРТАЦИОННОМ СОВЕТЕ РНЦХ

14 сентября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.01 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук:

Мкртчян Артур Норикович «Дозированная резекция с интимсохраняющим экзопротезированием аорты как вариант хирургического лечения аневризм восходящей аорты» по специальности 14.01.26 – Сердечно-сосудистая хирургия (*научный руководитель – член-корр. РАМН, проф. Ю.В. Белов*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

21 сентября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищены две кандидатские диссертации:

Гурджидзе Теймураз Юрьевич «Результаты лечения пациентов с мягкоткаными дефектами дистальных отделов конечностей свободными микрохирургическим аутооттрансплантатами» по специальности 14.01.17 – Хирургия (*научный руководитель – д.м.н. проф. Е.И. Трофимов*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

Тулина Инна Андреевна «Хирургическая тактика при местнораспространенном раке прямой кишки» 14.01.17 – Хирургия (*научный руководитель – д.м.н. проф. П.В. Царьков*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

5 октября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ защищены две кандидатские диссертации:

Авдеева Анна Павловна «Зависимость регионарного печеночного кровотока и системной гемодинамики от активности алкогольного гепатита у больных циррозом печени» по специальности 14.01.13 – Лучевая диагностика, лучевая терапия (*научный руководитель – д.м.н. проф. А.В. Зубарев, научный консультант: д.м.н. проф. И.О. Иваников*). Работа выполнена в ФГУ Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ.

Сулейманов Муса Умарович «Результаты хирургического лечения больных раком желудка IV стадии» 14.01.17 – Хирургия (*научный руководитель – д.м.н. С.А. Поликарпов*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

19 октября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.01 РНЦХ защищены две кандидатские диссертации:

Ковш Дмитрий Николаевич «Особенности анестезиологического обеспечения эндоваскулярных операций на сердце и аорте» по специальности 14.01.20 – Анестезиология и реаниматология (*научный руководитель – д.м.н. А.Г. Яворовский*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

Толстова Ирина Александровна «Диагностика и коррекция волевических нарушений во время операций реваскуляризации миокарда» по специальности 14.01.20 – Анестезиология и реаниматология (*научный руководитель – д.м.н. А.Г. Яворовский*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

26 октября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук:

Юршевич Эдуард Николаевич «Радикализм и безопасность хирургического лечения возрастных изменений мягких тканей лица» по специальности 14.01.17 – Хирургия (*научный консультант – академик РАМН, профессор Н.О. Миланов*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

2 ноября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук:

Мехтиханова Гэлена Рагимовна «Микрохирургическая аутооттрансплантация тканей в закрытии дефектов покровных тканей кисти» по специальности 14.01.17 – хирургия (*научный руководитель – д.м.н. проф. Е.И. Трофимов*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

9 ноября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук:

Алиев Мушвиг Сархадович «Тактика хирургического лечения больных с паховой грыжей и доброкачественной гиперплазией предстательной железы» 14.01.17 – Хирургия (*научные руководители – д.м.н. А.Л. Шестаков и д.м.н. проф. М.А. Газимиев*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН и ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗиСР.

23 ноября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ защищены две кандидатские диссертации:

Егорова Лилиана Константиновна «Отдаленные результаты хирургического лечения рефлюкс-эзофагита» 14.01.17 – Хирургия (*научн. руководитель – д.м.н. проф. Ф.А. Черноусов*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

Лазарева Ксения Евгеньевна «Коррекция углеводного обмена у больных сахарным диабетом в раннем послеоперационном периоде после трансплантации почки» по специальностям 14.01.24 – Трансплантология и искусственные органы, 14.01.02 – Эндокринология (*научные руководители – д.м.н. проф. М.Ш. Хубутия и д.м.н. Н.Н. Скалецкий*). Работа выполнена в ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет МЗиСР.

30 ноября 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук:

Щедрина Марина Анатольевна «Результаты микрохирургической аутооттрансплантации большого сальника при хронической ишемии нижних конечностей» по специальности 14.01.17 – Хирургия (*научный руководитель – д.м.н. А.С. Зелянин*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

7 декабря 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук:

Калачев Иван Ильич «Тканевая реакция на полипропиленовый протез в условиях терапии антикоагулянтами, иммуносупрессорами и гормонами» по специальностям 14.01.17 – Хирургия и 14.03.02 – Патологическая анатомия (*научные руководители – проф. А.Д. Тимошин и к.м.н. Д.Н. Федоров*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

14 декабря 2010 г. на заседании диссертационного совета Д 001.027.01 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук:

Комаров Роман Николаевич «Пути улучшения результатов лечения больных торакоабдоминальными аневризмами аорты» по специальности 14.01.26 – Сердечно-сосудистая хирургия (*научный консультант – член-корр. РАМН проф. Ю.В. Белов*). Работа выполнена в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

СОСТОЯВШИЕСЯ НАУЧНЫЕ СОБЫТИЯ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ 2010 года

10–12 сентября состоялся XII Всероссийский съезд Федерации анестезиологов и реаниматологов (ФАР), одним из наиболее активных участников которого стал РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. Основная тематика съезда касалась проблемы безопасности в анестезиологии. В работе съезда приняли участие 1106 делегатов из 44 регионов РФ, стран СНГ и дальнего зарубежья. Заседания съезда проходили в бизнес-отеле «Космос». В рамках научной программы съезда были проведены заседание Всемирной федерации анестезиологов с участием представителей Европейского общества анестезиологов и Европейского комитета по образованию в области анестезиологии (СЕЕА), юбилейное (тридцатое) заседание Российско-Германского общества анестезиологов, а также Российско-Белорусский симпозиум по вопросам анестезиолого-реанимационного обеспечения в трансплантологии. Проведен насыщенный лекционный курс с участием отечественных и приглашенных лекторов из Великобритании, Германии, Испании, Канады, Нидерландов, Словакии, США, Франции и Швейцарии. Также состоялась международная школа последиplomного образования на тему «Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений сбалансированными растворами», проведен мастер-класс по вопросам ингаляционной анестезии и ряд сателлитных симпозиумов различных фармацевтических компаний. XII Всероссийский съезд ФАР продемонстрировал высокий уровень научно-практических разработок отечественных специалистов и согласованность действий в рядах анестезиологов-реаниматологов нашей страны.

22–24 сентября в РНЦХ РАМН состоялся симпозиум с международным участием «**Возможности новых технологий в лучевой и функциональной диагностике**». Симпозиум был приурочен к 90-летию юбилею лауреата Государственной премии СССР и Государственной премии РФ профессора В.В. Зарецкого — организатора и первого руководителя отделения клинической физиологии РНЦХ РАМН, одного из ближайших соратников академика Б.В. Петровского. После приветственного слова директора РНЦХ РАМН профессора С.Л. Дземешкевича состоялось чествование проф. В.В. Зарецкого и был показан специально созданный к юбилею документальный фильм о его жизни и деятельности.

Приоритетными направлениями симпозиума стали инструментальные и функциональные исследования сердечно-сосудистой системы; инструментальная диагностика в онкологии; новые направления инструментальной диагностики. Главная новинка — цифровая модель сердца, создаваемая в отделе инструментальной и лучевой диагностики РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН под руководством академика РАМН В. А. Сандрикова совместно с физиками и математиками из МГУ. В результате хирургам стали более доступны самые сложные реконструктивные операции на сердце и больших сосудах грудной полости. В работе симпозиума приняли участие специалисты из городов России и СНГ, а также из Германии, Испании, Латвии, Польши, США, Швейцарии. Пять докладов были сделаны сотрудниками РНЦХ. Во время работы симпозиума проходила выставка медицинского оборудования ведущих отечественных и зарубежных производителей.

27 сентября в РНЦХ РАМН состоялся круглый стол «**Технические, информационные, гуманитарные науки о человеке и процессах интернационализации**» в рамках Международного научно-практического семинара студентов и молодых ученых им. акад. В.И. Вернадского. В работе круглого стола приняли участие более 150 человек из 4 городов РФ и около 20 организаций, специалисты из научных и учебных учреждений Великобритании, Германии, США.

20–21 октября в РНЦХ РАМН состоялась VII конференция «**Актуальные вопросы герниологии**».

В работе конференции приняли участие более 400 специалистов из Москвы, Санкт-Петербурга, различных городов РФ и СНГ, а также из Азербайджана, Грузии, Молдовы, Украины, Германии. В конце конференции состоялись выборы правления Российского общества герниологов. Во время конференции работала выставка современного медицинского оборудования, шовных и пластических материалов.

19 ноября в отеле *Renaissance Moscow Monarch Center* состоялась IV Международная конференция «**Российская школа коло ректальной хирургии**», организованная отделением колопроктологии с хирургией тазового дна РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. Во время первой части конференции участники наблюдали прямую трансляцию трех операций из операционных РНЦХ, затем прошли 2 научных сессии, в которых участвовали специалисты из научных и лечебных учреждений России и СНГ, а также Великобритании, Израиля, Италии, США, Южной Кореи, Японии.

21 и 26 ноября в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН на базе отделения экспериментальных исследований в хирургии совместно с фирмой «*Jonson & Jonson*» (США) состоялась мастер-класс по использованию гемостатических препаратов местного действия в нейрохирургии и сердечно-сосудистой хирургии.

В этом мероприятии участвовали 10 молодых специалистов из РНЦХ и 25 человек из различных регионов РФ.

1–2 декабря в РНЦХ РАМН прошел Второй (VII) съезд Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (РОПРЭХ). Основная тема работы съезда: «**Расширенные операции в пластической хирургии — пределы разумного**». В рамках съезда состоялся пленум проблемной комиссии «Пластическая хирургия и микрохирургия» Межведомственного научного совета по хирургии при РАМН. Также проведено общее собрание РОПРЭХ, на котором были обсуждены организационные вопросы работы РОПРЭХ, в том числе дополнения и изменения Устава общества, принят Этический кодекс РОПРЭХ, изменения структуры и новые задачи РОПРЭХ. Во время работы съезда состоялась выставка медицинского оборудования фирм-производителей, деятельность которых связана с пластической, реконструктивной и эстетической хирургией.

3 декабря в РНЦХ РАМН состоялась научно-практическая конференция «**Гепарининдуцированная тромбоцитопения**». Был рассмотрен и обсужден ряд актуальных вопросов этой проблемы, среди них: этиология и патогенез гепарининдуцированной тромбоцитопении (ГИТ), клинические проявления ГИТ и их особенности, современная диагностика ГИТ, принципы антикоагулянтной терапии у пациентов с ГИТ и др.

ВОЗМОЖНОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ХИРУРГИИ

*Лекция заместителя директора НИИ клинико-экономической экспертизы и фармаэкономики РГМУ
д.м.н. Авксентьевой М.В. 17 ноября 2010 года*

Данная лекция посвящена идеологии доказательной медицины (ДМ) в современной медицинской науке и здравоохранении, а также возможностям использования методов ДМ в хирургии.

Доказательная медицина — это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного. Иными словами, это использование в клинической практике в первую очередь тех вмешательств, эффективность и относительная безопасность которых доказана, т.е. подтверждена в правильно организованных и проведенных исследованиях (с применением современных эпидемиологических методов и адекватного статистического анализа). Теоретической базой и методической основой ДМ являются науки о проведении биомедицинских исследований: эпидемиология и биостатистика. Техническую возможность реализации концепции ДМ обеспечили компьютеры и Интернет. Важно понимать, что концепция ДМ не ограничивается рандомизированными клиническими испытаниями и в равной степени применима ко всем областям медицины. Возможна ли доказательная хирургия? Эта тема сейчас активно обсуждается в мировой медицинской периодике.

Одной из предпосылок использования методов ДМ в хирургии является то, что существуют данные об огромных различиях в частоте хирургических вмешательств между странами и районами в пределах одной страны. Эти различия нельзя объяснить заболеваемостью, демографическими характеристиками населения или доступностью медицинской помощи. К другим предпосылкам возникновения ДМ относятся: недостаток информации о сравнительной эффективности и безопасности хирургических вмешательств; использование операций с неясной и низкой эффективностью; отсутствие согласия по поводу оптимальных методов лечения. Все это приводит к отсутствию уверенности в том, что пациенты получают наилучшую возможную помощь.

В соответствии с основными по-

ложениями ДМ клинические и управленческие решения должны приниматься на основе учета множества факторов, включающих в том числе знание основ патологии, личный опыт, предпочтения пациента (общества) и результаты научных исследований. Имеющиеся в медицине сведения различны по своей достоверности, поэтому необходимо проводить их критический анализ. При расхождении результатов исследований и мнения практиков предпочтение следует отдавать качественным исследованиям, которые принципиально отличаются от медицинской практики: у них разные цели и способы их достижения. При этом одно из важнейших условий качественного исследования — минимизация влияния человеческого фактора на оценку результатов.

Эффективность медицинского вмешательства можно считать доказанной, если есть разница в эффекте у пациентов, получавших и не получавших вмешательство, и если эта разница достаточно велика (превышает некую пороговую величину, ниже которой различия можно считать случайными). То есть, доказательством можно считать хорошее клиническое исследование с однозначными результатами. В то же время доказательством не являются: личный неформализованный (не подтвержденный качественным исследованием) опыт; неформализованный опыт уважаемых коллег, даже если это слова академика. Исключением являются редкие в современной медицине случаи, когда эффект лечения при тяжелом заболевании виден сразу и не вызывает сомнений. Доказательствами также не являются: описанный механизм действия, исследования IN VITRO и IN VIVO, утверждения вроде: «... обладает выраженным антиоксидантным эффектом», «...защищает мембраны клеток от повреждающего действия свободных радикалов», «...улучшает работу капилляров», «...восстанавливает микроциркуляцию крови во всем организме», «...нормализует обмен веществ на клеточном уровне», «... способствует индукции выработки ин-

терферона в культуре клеток ...», в сыворотке крови мышей», и т.д. и т.п. Очевидным доказательством также не является рекламный проспект фирмы.

Ценность научных доказательств для лечебных технологий уменьшается в следующем порядке (от наиболее убедительных к наименее убедительным): систематический обзор, рандомизированные сравнительные клинические исследования (РКИ), нерандомизированные сравнительные исследования, проспективные сравнительные исследования-наблюдения, ретроспективные сравнительные исследования-наблюдения, несравнительные исследования, формализованное мнение экспертов.

Золотым стандартом доказательства эффективности лечебных технологий являются РКИ. Рандомизация — метод случайного распределения больных на основную и контрольную группы (для исключения влияния воли врача в назначении лечения) являются обязательным условием обеспечения сопоставимости групп. Кроме рандомизации, качество лечения обеспечивается четкими критериями включения/исключения пациентов, одинаковыми вмешательствами в обеих группах, плацебо-контролем, «ослеплением», адекватной длительностью наблюдения, использованием клинически значимых окончательных критериев оценки эффекта.

Следует иметь в виду, что исследование диагностических методов проводится с использованием «золотого стандарта» (референс-теста) и включает оценку совпадения результатов исследуемого теста и референс-теста в выборке больных и здоровых людей с последующим определением его чувствительности, специфичности и прогностической ценности.

Одним из результатов распространения идеологии ДМ явилось формирование отдельного вида деятельности оценки медицинских технологий. Специально образованные экспертные структуры оценивают действенность, безопасность, сравнительную эффективность и экономическую приемлемость уже разрешенных к медицин-

скому применению технологий и формируют рекомендации по их использованию в национальных системах здравоохранения. За рубежом накоплен значительный опыт такой оценки. В 1975 г. было организовано Бюро по оценке медицинских технологий при Конгрессе США, 1987 г. – Шведский совет по ОМТ (SBU). В 1990-х гг. это направление распространилось по всей Европе, а затем получило признание со стороны международных организаций.

Что касается оценки хирургических вмешательств, то она сильно затруднена тем, что не существует системы их регистрации, отсутствуют ясные критерии разрешения их к применению, имеются существенные вариации в методиках их выполнения, а их эффективность в большой мере зависит от квалификации оперирующего хирурга и от того, как часто он их выполняет.

Клиническими исследованиями в хирургии могут быть исследования диагностических методов (с использованием «золотого стандарта» или референс-теста), исследования результатов лекарственного лечения, исследования различных вариантов хирургических вмешательств или исследования эффективности оперативного лечения по сравнению с консервативным (где можно, РКИ, где нет, – сравнительные исследования другого дизайна).

Существуют технические сложности в проведении качественного эксперимента в хирургии, поэтому число РКИ результатов оперативных вмешательств хотя и увеличивается, но медленно. Так, доля РКИ среди публикаций *British Journal of Surgery* в 1965 г. составила 0%, в 1975 г. – 7%, в 1985 г. – 9%. В 4 хирургических журналах США и Великобритании за 2004 г. доля РКИ составила всего 5,6%; доля систематических обзоров – 5,2%. В германском хирургическом журнале *Der Chirurg* с 1948 по 2005 гг. было опубликовано всего 90 РКИ.

Исторически сложилось так, что многие оперативные вмешательства введены в практику до начала эры РКИ, во многих случаях эффект не вызывал сомнений и про- верить его сейчас неэтично. Выявляется скептическое отношение хирургов и противодействие хирургического сообщества подобным исследованиям. Также имеют большое значение предпочтения пациентов, сложность получения согласия на участие в исследовании, особенно если хирургическое вмешательство сравнивается с

консервативным лечением. В неотложной хирургии необходимы быстрые решения, поэтому здесь бывает сложно набирать пациентов по правилам проведения РКИ. Кроме того, в РКИ необходима стандартизация методик и тщательный контроль качества проведения вмешательства, что сложно и противоречит практике. При этом в случаях редких заболеваний набор пациентов будет идти слишком долго. Развитие хирургии зачастую идет небольшими шажками, поэтому постепенное совершенствование методик сложно вывить в малых РКИ. Имеет значение также и ограниченное финансирование исследований, зависимость результатов операции от опыта хирурга. Наконец, в хирургии трудно использовать ослепление. Типичными погрешностями в хирургических исследованиях являются: инициация исследования без ясного дизайна и протокола, оценка эффективности в ретроспективных исследованиях, открытая оценка исходов, исключение пациентов из исследования после оценки исходов, некорректная статистическая обработка данных.

Для продвижения идеи доказательной хирургии проводится обучение хирургов клинической эпидемиологии и ДМ, создание доказательных интернет-ресурсов для хирургов, разработка клинических руководств, комплексная оценка оперативных вмешательств с публикацией и распространением отчетов, привлечение средств для финансирования качественных исследований в хирургии; обсуждение способов совершенствования исследовательской практики. В современной исследовательской практике предлагают осуществлять рандомизацию хирургов и клиник, а не только пациентов; введение хирургических исследований 2-ой фазы (проведение РКИ после достижения определенного уровня квалификации в осуществлении вмешательства); документирование процесса выполнения вмешательств (в т.ч. фото, видео); применение тщательно спланированных неРКИ (проспективные сравнительные исследования с подбором пар, регистры пациентов, формализованные методы оценки качества медицинской помощи). Примеры слепых и двойных слепых исследований в хирургии имеются, но обсуждаются их технические и этические аспекты. Самый простой и приемлемый сегодня вариант ослепления в хирургии – это слепая

оценка исходов и слепая обработка данных. Направлениями клинических хирургических исследований в мире являются: оценка связи между объемом производимых операций и исходами; изучение действенности и эффективности новых хирургических вмешательств; оценка экономической приемлемости новых вмешательств по сравнению со старыми; разработка валидизированных методов оценки исходов; изучение качества жизни хирургических больных; изучение вариаций в частоте применения вмешательств; изучение и оценка алгоритмов ведения пациентов; изучение влияния факторов риска на исходы.

Прямо сейчас можно пользоваться результатами уже проведенных РКИ, метаанализов в хирургии (для этого должен быть доступ к базам данных и знание английского языка); можно применять способы построения исследований в хирургии, направленные на минимизацию ошибок, совершенствовать статистическую обработку данных.

Источники информации о ДМ на русском языке.

1. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. *Клиническая эпидемиология*. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 345 с.

2. Власов В.В. *Введение в доказательную медицину*. – М., 2001. – 392 с.

3. Гринхальх Т. *Основы доказательной медицины*. М.: «ГЭОТАР-МЕД». – 2004. – 240 с.

4. *Принципы клинической практики, основанной на доказанном*. Под ред. Г. Гайятта, Д. Ренни. – М.: Медиа Сфера – 2003. – 382 с.

5. Власов В.В. *Эпидемиология*. – М.: «ГЭОТАР-МЕД». – 2004. – 462 с.

6. Вульф Х.Р. *История развития клинического мышления // МЖМП*. – 2005. – № 1. – С. 12–20.

7. *Доказательная медицина (ежегодный справочник)* – М.: Медиа Сфера. – 2002; 2003.

8. *Интернет-ресурсы*.

9. *Общество специалистов доказательной медицины: www.osdm.org*.

10. *Научный центр экспертизы средств медицинского применения*.

11. <http://www.regmed.ru> (Реестр лекарственных средств, реестр цен на жизненно-важные лекарственные средства).

12. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И. В. *Есть ли будущее у рандомизированных исследований в сердечно-сосудистой хирургии в РФ? // Качественная клиническая практика*. – 2002. – № 3.

ТРОМБОФИЛИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ТРОМБОЗОВ, ТРОМБОЭМБОЛИЙ И ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Лекция заведующего кафедрой акушерства и гинекологии 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова профессора А.Д. Макацарии 15 декабря 2010 года

В конце XX века две группы важных открытий оказали значительное влияние на пересмотр патогенеза большого числа различных заболеваний. В 1987 г. Грэхэм Хьюз (G. Hughes) первым предположил, что существует системное заболевание в виде антифосфолипидного синдрома (АФС), который обуславливает возникновение тромбоемболических осложнений. В 1992 г. R.A. Asherson открыл так называемую «катастрофическую» форму АФС. Первой медицинской наукой, которая восприняла эти данные, стало акушерство, и уже к 1990 г. было обнаружено, что невынашивание беременности является одним из проявлений АФС. Широко известно, что такое заболевание системы крови, как гемофилия, передается генетическим путем, но до 1993 г. никто не знал, что наследуется и тромбофилия, которая проявляется инфарктами, инсультами и другими тяжелыми осложнениями. Основными формами тромбофилии являются генетическая, приобретенная и ятрогенная. Формирование понятия генетических тромбофилий связано с работой Egeberg, который в 1965 г. открыл дефицит антитромбина III, и с исследованиями Dahlback, открывшего в 1993 г. мутацию FV Leiden, а также открытием в 1993–2000 гг. мутации протромбина G20210A, полиморфизмов PAI1 4G/5G, t-PA I/D и тромбоцитарных рецепторов. Распространенность генетических тромбофилий и АФС в мире сегодня составляет 15–20%.

Популяционные исследования показали, что мутация FV Leiden встречается с частотой до 15%, особенно у представителей монголоидной и негроидной рас. Клинические (тромботические и тромбоемболические) проявления этой мутации стали часто наблюдаться в XX веке, что было связано с гиподинамией, ожирением, авиаперелетами на большие расстояния. Открытие этой мутации позволило по-новому взглянуть на целый ряд проблем. Например, сотни миллионов женщин принимают гормональные контрацептивы, но у тех из них, кто имеет мутацию FV Leiden, значительно возрастает риск тромбоемболии. Самым неблагоприятным состоянием является сочетание приобретенной и генетической тромбофилии.

Проблема приобретенной тромбофилии (особенно АФС) в последние годы получила значительное развитие.

Еще в середине XIX века французский врач Труссо предположил, что у онкологических больных имеется склонность к тромбозам, поэтому все гемостазиологи считают его своим прародителем. Выдающийся германский хирург Теодор Бильрот первым высказал мысль о том, что тромбофилия является одним из факторов метастазирования злокачественной опухоли. В настоящее время необходимо учитывать, что проведение гормональной, лучевой и химиотерапии у онкологических больных увеличивает риск развития тромботических осложнений, поэтому антитромботическая терапия должна занять важное место в лечении подобных пациентов.

К критериям тромбофилии относят наличие антифосфолипидных антител (АФА), мутаций FV Leiden, протромбина G20210A, гипергомоцистеинемии или их комбинаций; 3 и более гомозиготных генетических полиморфизмов; 5 и более гетерозиготных генетических полиморфизмов. Сегодня твердо установлено, что при тромбозе в 100% случаев имеется тромбофилия и это в 100% случаев сопровождается наличием индуцирующих факторов.

При изучении эпидемиологии тромбоемболических осложнений установлено, что заболеваемость тромбоемболией легочной артерии (ТЭЛА) составляет 96/100 000, тромбозами глубоких вен (ТГВ) – 160/100 000 населения. Тромбозы и эмболии являются третьей по частоте причиной смертности после сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, мозговой инсульт) и злокачественных новообразований. Примерно 1 человек из 1000 умирает от ТЭЛА, а при аутопсии в старшей возрастной группе ТЭЛА выявляется в 60% случаев.

Сегодня стало ясным, что наряду с другими факторами (классическая триада Вирхова) важной причиной возникновения сосудистого тромбоза является и тромбофилия. В условиях тромбофилии характерно наличие таких патологических состояний, как: идиопатические тромбозы; рецидивирующие тромбозы, особенно у лиц моложе 50 лет; отягощенный наследственный анамнез в отношении тромбоемболических осложнений; тромбозы необычных локализаций (синдром Бадда-Киари, мезентериальный тромбоз, тромбоз церебральных вен), тромбоз на фоне приема оральных контрацептивов или заместительной гормо-

нальной терапии (ЗГТ); синдром гиперстимуляции яичников (осложнение ЭКО); акушерские осложнения в анамнезе (тромбоемболия, тяжелый гестоз, отслойка плаценты, внутриутробная задержка развития плода, преждевременные роды, выкидыши, неудачи ЭКО); кожные некрозы на фоне перорального приема контрацептивов.

Молекулярные механизмы тромбозов являются достаточно сложными. Нарушения гемостаза при мутации FV Leiden связаны с тем, что не работает противосвертывающая система крови, и не наблюдается равновесия между свертыванием и противосвертыванием уже в покое, т.е., в физиологических условиях. При гомозиготной форме мутации FV Leiden наблюдается абсолютная резистентность к активированному протеину С или полное выключение функции протеина С, а также снижение резервной фибринолитической активности. При этом клинические проявления могут отсутствовать и развиваться только под действием какого-либо провоцирующего фактора (например, беременности).

Для выявления группы риска развития тромботических осложнений имеет большое значение определение фенотипической резистентности к активированному протеину С (APC). Так, фенотипическая резистентность к APC отмечена у онкологических больных. Следует иметь в виду, что фенотипические исследования не выявляют генетическую тромбофилию, которая в первую очередь нейтрализует естественные антикоагулянты организма.

Современные критерии АФС включают: венозный или артериальный тромбоз; акушерские осложнения (гибель нормального плода при сроке беременности > 10 недель, преждевременные роды < 34 нед.; тяжелые формы гестоза, плацентарная недостаточность, 3 и более выкидышей при сроке беременности до 10 недель при отсутствии гормональных и анатомических причин, хромосомных аномалий); лабораторные критерии: волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину, антитела к b2-гликопротеину I.

Патогенез тромбозов при АФС включает такие звенья, как многогранные эффекты антифосфолипидных антител (АФА) на эндотелиальные клетки, индукция проадгезивного и провоспалительного фенотипа, активация экспрессии тканевого фактора, взаимо-

действие с системой протеина С/S, вытеснение аннексина V с мембран эндотелиальных клеток, влияние на метаболизм эйкозаноидов: ингибирование синтеза простаглицлина, индукция апоптоза. Антифосфолипидные антитела отрицательно влияют на систему протеина С и способны полностью разрушать механизмы регуляции жидкого состояния крови, нанося «тройной удар» по системе гемостаза: ингибирование антикоагулянтной системы, фибринолиза и активация коагуляции.

Основными клиническими проявлениями АФС являются: болезни клапанов сердца, острый инфаркт миокарда, неудачные результаты ангиопластики, внутрисердечный тромбоз, облитерирующий тромбангиит, сетчатое лифедо, дистальная кожная ишемия, гангреноподобные изменения кожи, легочный эмболизм, легочная гипертензия, тромбоз почечной вены, тромбоз мезентериальных сосудов, тромбоз церебральных вен, тромбоз сосудов сетчатки, синдром, подобный рассеянному склерозу, транзиторные ишемические атаки, мозговые инсульты.

Катастрофический антифосфолипидный синдром (КАФС, синдром R.A. Asherson) – это наиболее тяжелая форма АФС. Для него характерно одномоментное развитие множественных тромбозов, высокие титры АФА, полиорганная недостаточность, синдром системного воспалительного ответа (SIRS), ДВС-синдром. Развитие КАФС сопровождается летальностью в 50% случаев. К критериям КАФС относят (по классификации 10-го Международного Конгресса по АФС, Сицилия, 2002): клинические проявления окклюзии сосудов 3 или более органов и/или систем органов; развитие клинических проявлений одновременно или с промежутком не более 1 недели; гистологическое подтверждение окклюзии сосудов мелкого калибра (тромбоз и/или васкулит); серологическое подтверждение АФА (волчаночный антикоагулянт и/или активардиолипины и/или антитела к бета2-гликопротеину I. Диагнозу КАФС соответствует наличие всех 4 указанных критериев, диагноз оценивается как вероятный при обнаружении 3 положительных критериев из 4.

К общим принципам терапии АФС относятся: устранение вероятной причины появления АФА (но это не всегда возможно и далеко не всегда эффективно); противотромботическая терапия; иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоидные, цитостатические препараты); гемодиализ; заместительная терапия свежезамороженной плазмой (при КАФС).

Еще одна недавно описанная форма

АФС – это так называемый «тромботический шторм», феномен, который характеризуется множественными тромбозами, развивающимися в течение короткого периода времени, но без высоких уровней АФА (Ortel T., 2010). Критерии диагностики этого синдрома: 2 и более венозных/артериальных тромбоза/микроангиопатии; атипичная локализация тромбозов (ТЭ); рефрактерность ТЭ к стандартной терапии; наиболее частый триггер – беременность. Причина развития тромботического шторма пока точно не установлена. Возможно, здесь играют роль тяжелые формы мультигенной тромбофилии (2 и более гомозиготные формы высокотромбогенных мутаций) одновременно с повышенными уровнями кофакторов, наследственный или приобретенный дефицит ADAMTS-13.

Необходимо подчеркнуть, что тромбофилию лечить невозможно. Можно только проводить эффективную профилактику и лечение тромботических осложнений. Для этого широко применяется терапия низкомолекулярным гепарином (НМГ) у пациентов с АФС и/или генетической тромбофилией, профилактика эндотелиопатии и гипергомоцистеинемии (препараты фолиевой кислоты). НМГ обладает не только антикоагулянтной, но и противовоспалительной активностью. Антикоагулянтный эффект НМГ обеспечивают: анти-Ха-активность и анти-тромбиновая активность, высвобождение TFPI. Низкомолекулярный гепарин активирует фибринолиз путем увеличения синтеза тканевого активатора плазминогена (t-PA) TFPI, подавления активации тромбоцитов за счет супрессии высвобождения vWF. Противовоспалительная активность НМГ обусловлена такими факторами, как: ингибирование лейкоцитарно-эндотелиальных взаимодействий, антицитотоксические свойства (подавление экспрессии TNF-а), подавление экспрессии TF на эндотелии. НМГ блокирует экспрессию TF на эндотелии, индуцируемую провоспалительными цитокинами (TNF-а, IL-1b), увеличивает активность t-PA как в интактном, так и в индуцированном цитокинами эндотелии.

Тромботические осложнения являются ведущей причиной смерти у онкологических больных. В то же время у 60% пациентов, погибающих от тромбозов, тромбозов являются начальными стадиями опухолевого процесса, и применение адекватной профилактики тромбозов могло бы значительно продлить им жизнь. Часто тромбозы предшествуют клиническому распознаванию опухоли. Важно, что гиперкоагуляция у онкологических больных обусловлена развитием ДВС-синдрома, поэтому любое вмеша-

тельство в механизмы гемостаза (например, хирургическая операция, лучевая и химиотерапия) может повлечь за собой тромботические или геморрагические осложнения. Тромбозы глубоких вен встречаются у онкологических больных в 3–4 раза чаще, чем у пациентов, не страдающих раком. Наличие у раковых больных генетических или приобретенных (АФС) тромбофилий еще более усугубляет предрасположенность к развитию тромботических осложнений.

Характерными чертами тромботических осложнений у онкологических больных являются: идиопатический характер тромбозов (без видимой причины); тромбоз сосудов верхних конечностей; склонность тромбозов к рецидивированию и «мигрированию» (синдром Труссо); «плохой» ответ на стандартную антикоагулянтную терапию; небактериальный эндартериит (артериальный вариант синдрома Труссо); тромбозы сосудов мозга, кишечника, печени, селезенки; билатеральный характер тромбозов верхних и нижних конечностей. Выявлены определенные протромботические свойства опухолевых клеток: экспрессия прокоагулянтов, прямо активирующих свертывание, таких, как тканевый фактор (TF) и раковый прокоагулянт (СР-цистеиновая протеиназа); высвобождение провоспалительных и проангиогенных цитокинов, стимулирующих протромботический потенциал эндотелиальных клеток; экспрессия фибринолитических протеинов, экспрессия молекул адгезии.

Сегодня накапливается все больше данных, свидетельствующих об участии системы гемостаза в прогрессировании ракового процесса. Так, получены данные о роли тромбина и TF в процессах ангиогенеза, роста и метастазирования злокачественной опухоли. Выяснено, что лейкоциты и тромбоциты активно связываются с опухолевыми клетками и обеспечивают их транспорт и взаимодействие с эндотелием сосудистой стенки.

На сегодняшний день препаратом выбора для профилактики тромботических осложнений у онкологических больных является НМГ, влияющий не только на процессы коагуляции, но и обладающий определенной противоопухолевой активностью. Установлено, что НМГ эффективно препятствует адгезии опухолевых клеток и оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. Необходимо отметить, что нормализация системы гемостаза как в послеоперационном периоде, так и после родов происходит не раньше, чем через 6–8 недель, что требует продленной тромбопрофилактики.

НА ПЯТНИЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ РНЦХ

1 октября 2010 года пятничная конференция проходила под председательством директора РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН профессора С.Л. Дземешкевича

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



За период с 1 марта по 30 сентября 2010 г. пролечено 233 пациента, выполнено 212 операций, из них: артериальных реконструкций – 116, операций на ветвях дуги аорты – 38, операций на брюшной аорте и ее висцеральных ветвях – 33, инфраингвинальных реконструкций – 45, операций на венозной системе (в т.ч. пластика венозных клапанов, тромбэктомия и др.) – 83, прочих операций – 14. Летальных исходов не было.

Сегодняшний доклад посвящен хирургическому лечению больных хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК). Общее число пациентов с ХИНК в России составляет 4–5 млн. чел. Среднее число новых случаев ХИНК достигает 1000 чел. на 1 млн. населения в год, причем не менее 20% от этого количества составляют пациенты с т.н. «критической» ишемией конечностей, угрожаемой по выполнению ампутации. В России ежегодно у 140–150 тысяч человек развиваются критические нарушения микроциркуляции нижних конечностей, которые приводят к высокой ампутации и потере конечности у 30–40 тыс. человек. Основная проблема в реконструктивной сосудистой хирургии при ишемии

нижних конечностей – неудовлетворительное состояние дистального артериального русла. Чем хуже состояние дистального русла, тем хуже результаты реваскуляризации у пациентов с окклюзиями бедренно-подколенного сегмента. Операции, выполняемые у пациентов с ХИНК и неудовлетворительным состоянием дистального артериального русла нижних конечностей: 1. бедренно-тибиальные и подколенно-стопные шунтирования; 2. реваскуляризация через глубокую артерию бедра; 3. артериализация венозного кровотока голени и стопы; 4. поясничная симпатэктомия; 5. реваскуляризи-

рующая остеотрпанация; 6. имплантация электронейростимулятора + технологии стимуляции ангиогенеза (в т.ч. генно-инженерные). В настоящее время РНЦХ РАМН для лечения пациентов с ХИНК (в т.ч. с неудовлетворительным состоянием дистального артериального русла) располагает не только всеми самими современными мировыми технологиями хирургических реконструкций, но также новейшими (в частности, генетическими и генно-инженерными) технологиями. Член-корр. РАМН проф. А.В. Гавриленко рассказал о лечении 4 больных, которым были успешно выполнены различные хирургические вмешательства: артериализация поверхностного венозного кровотока правой голени и стопы + регионарное внутримышечное введение генно-инженерного комплекса Ad5 (1); орто-глубокобедренное шунтирование протезом Гортекс на правой нижней конечности, профундопластика справа + реваскуляризирующая остеотрпанация костей правой голени и стопы (1); эндартерэктомия из подколенной и берцовых артерий, бедренно-берцовое шунтирование синтетическим протезом (1); имплантация электронейростимулятора (1).

После окончания доклада председатель конференции проф. С.Л. Дземешкевич отметил, что эта проблема – одна из социально значимых.

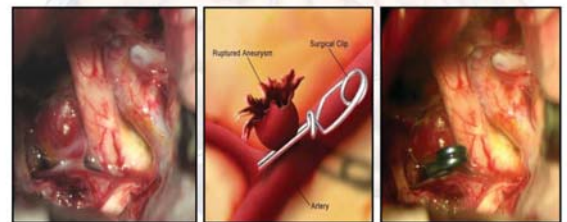
Недавно член-корр. РАМН А.В. Гавриленко сделал на эту тему очень содержательный доклад на заседании ОКМ РАМН. Объем работы в отделении хирургии сосудов очень большой, успешно выполняются очень сложные операции с хорошими результатами.

С отчетом о работе отделения нейрохирургии выступил его руководитель канд. мед. наук С.А. Васильев.

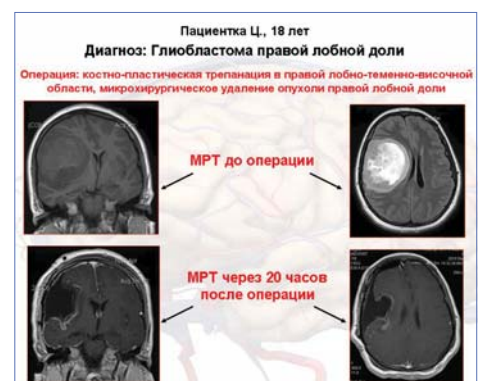
За период с 1 января по 30 сентября 2010 г. пролечено больных – 141, количество операций – 133, количество оперированных больных – 130. Послеоперационная летальность составила 1,5% (2 больных). Среднее количество койко-дней, проведенных одним пациентом в отделении – 14. Койко-день до операции – 4. Среди выполненных опе-

Клипирование аневризм сосудов головного мозга

Костно-пластическая трепанация в левой лобно-височной области, микрохирургическое клипирование аневризмы передней соединительной артерии.



раций: удаление менингиом – 20, удаление внутримозговых опухолей (астроцитомы, метастазы) – 17, трансназальное удаление аденом гипофиза – 15, удаление опухолей задней черепной ямки – 6, операции при сосудистых аномалиях головного мозга (аневризмы, АВМ, каверномы) – 11, удаление опухолей спинного мозга – 2, операции на позвоночнике – 26. Далее к.м.н. С.А. Васильев рассказал о лечении 2 больных. Пациенту с диагнозом: «Аневризма передней соединительной артерии, заполняющаяся слева. Не-



травматическое субарахноидальное кровоизлияние от 22.05.2010» успешно выполнена операция: костно-пластическая трепанация в левой лобно-височной области, микрохирургическое клипирование аневризмы передней соединительной артерии.

Пациентке Ц., 18 лет, с диагнозом: «Глиобластома правой лобной доли головного мозга» успешно выполнена операция: костно-пластическая трепанация в правой лобно-теменно-височной области, микрохирургическое удаление опухоли правой лобной доли. У последней пациентки на 5 сутки после операции регрессировала вся неврологическая симптоматика.

На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича о возможности смещения структур головного мозга после удаления такой большой опухоли к.м.н. С.А. Васильев ответил, что больше имеет значение дооперационное сдавление и смещение. Сразу после удаления опухоли стенки образовавшейся полости обкладываются рассасывающейся гемостатической марлей. После операции постепенно заполняется ликвором, потом на ее месте образуется напряженная киста, при этом структуры головного мозга не смещаются.

С отчетом о работе отделения трансплантации почки выступил его руководитель проф. М.М. Каабак.

Научные приоритеты отделения: трансплантация почки детям младшего возраста, трансплантация панкреатодуоденального комплекса и почки, АВ0-несовместимая трансплантация. С ноября 2003 г. сделано 30 трансплантаций детям до 5 лет. Выживание трансплантатов через 3 месяца и через 1 год $87 \pm 12\%$, через 5 лет — $70 \pm 16\%$.



С октября 2005 года сделано 27 трансплантаций панкреатодуоденального комплекса и почки. Выживание через 3 месяца — 65%, через 3 года — 65% (под наблюдением находятся 12 пациентов). С апреля 2009 по сентябрь 2010 гг. сделано 8 трансплантаций ПДК + почка, три пациента умерло в сроки от 2 до 3 месяцев после Тх.

С декабря 2005 по май 2010 гг. выполнено 27 трансплантаций почки при

несовместимости по АВ0 пациентам в возрасте от 0.9 до 34 лет от родственников, несовместимости по группе крови. Для подготовки к трансплантации у 3 пациентов применяли а-CD20 mab (Мабтера), у 24 — а-CD52 mab (Кэмпас). Один пациент умер на 29 сутки (выживание пациентов 96%), у одного — первично нефункционирующий трансплантат (выживание трансплантатов 92%). Остальные имеют хорошую функцию трансплантата в сроки 682 ± 378 дней после операции: креатинин крови 0.7 ± 0.3 мг %, протеинурия 291 ± 416 мг в сутки.

Проф. М.М. Каабак рассказал о лечении двухлетнего ребенка с диагнозом «Гипоплазия почек», которому 20.03.2010 г. была выполнена трупная трансплантация почки. В данном случае сосудистая анатомия диктовала необходимость расположения почки в перевернутом положении. Нативный мочеточник выглядел неплохо, но не справился с пассажем мочи. Из-за этого 21.04.2010 г. пациент был вновь оперирован, ему успешно сделано замещение мочеточника тунелизированным лоскутом мочевого пузыря по Боари.

На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича, каковы результаты трансплантации почки при несовместимости по АВ0, проф. М.М. Каабак ответил, что до сих пор непонятно, почему такие трансплантаты работают. Пионерами несовместимой по АВ0 трансплантации были японские ученые, которые стали делать подобные пересадки еще 20 лет назад. Тогда большим делом считалось спленэктомию, сейчас мы применяем иммуносорбцию. Сейчас больные ожидают трупную трансплантацию в среднем 5 лет, а в регионах единственной перспективой для них является родственная трансплантация.

После доклада проф. М.М. Каабак председатель конференции проф. С.Л. Дземешкевич отметил, что первая трансплантация почки в СССР была сделана в стенах РНЦХ академиком Б.В. Петровским в 1965 г. У нашего Центра в этой проблеме свои приоритеты, в частности РНЦХ — единственное учреждение в РФ, где выполняют пересадку почки маленьким детям. Трансплантация почки вместе с поджелудочной железой — пока тяжелая и спорная проблема.

С отчетом о работе отделения трансплантации печени выступил его руководитель д.м.н. Э.Ф. Ким.

Спектр выполненных операций: резекция левого латерального бисегмента печени в условиях сохраненного кровообращения у родственного доно-



ра — 12; резекция правой доли печени в условиях сохраненного кровообращения у родственного донора — 9; гепатэктомия с сохранением нижней полой вены, трансплантация левого латерального бисегмента печени — 12; гепатэктомия с сохранением нижней полой вены, трансплантация правой доли печени — 9. Онкология: расширенная гемигепатэктомия справа — 2; центральная резекция — 1. Реконструктивная хирургия желчных протоков — 7; прочие операции — 4. Количество и спектр ОТП: в 2008 году — 17, в 2009 г. — 18, в 2010 г. — 20 операций. В 15% наблюдений выполнена трупная трансплантация печени, в 85% — пересадка от живого родственного донора. Среди реципиентов печени — 65% детей в возрасте от 1 до 18 лет. В отделении разрабатываются новые направления, в частности, связанные с детской онкологией. Цель: создание системы учета и лечения больных детей с гепатобластомами. Задачи: 1. создание единого национального регистра больных с гепатобластомами; 2. унификация полихимиотерапии; 3. стандартизация хирургического лечения; 4. организация службы катамнеза. Глобальная цель: COG (Children Oncology Group). Для реализации этого направления совместно с сотрудниками детского института РОНЦ разработан протокол диагностики и лечения больных детей с гепатобластомами. С осени 2010 г. комплекс лечения с хорошим клиническим эффектом проведен у 2 детей. Также проводятся другие научные исследования. Среди них: изучение вариантной анатомии гепатобилиарной зоны с применением современного диагностического изображения (СКТ, ЯМР) и интраоперационной диагностики. Область применения: совершенствование процедуры получения фрагмента печени от родственного донора; формирование собственной концепции билиарной реконструкции при ОТП; диагностика и хирургическое лечение билиарных и сосудистых осложнений после ОТП; исследование реперфузионного синдрома после ОТП с помощью микродиализа, внутривеночный мониторинг основных показателей метаболизма. Предварительные результаты: эффективный способ ран-

ней диагностики дезадаптации кровотока печеночного трансплантата; возможность мониторинга эффективности иммуносупрессии и интенсивности терапии; прогнозирование тромботических осложнений, разработка способов их ранней диагностики; изучение патогенетических аспектов феномена «7-го дня» и поиск путей его активной профилактики. Изучение патогенетических и морфофункциональных аспектов синдрома «малого» печеночного трансплантата. Область применения: оптимизация подбора пары «реципиент-донор»; разработка оригинальных протоколов фармакологической защиты паренхимы; формирование новых режимов иммуносупрессии у пациентов с функциональной недоста-

точностью печеночного трансплантата.

После окончания доклада проф. С.Л. Дземешкевич отметил, что отделение трансплантации печени работает устойчиво и вышло на выполнение более 30 пересадок печени в год, большая часть которых осуществляется у маленьких детей. Это требует подготовки специалистов по детской анестезиологии, детская хирургия также должна быть представлена в нашем Центре.

Далее профессор С.Л. Дземешкевич сказал о том, что сегодня в Центр пришло много известных людей, чтобы поздравить с 80-летним юбилеем одного из ближайших учеников Б.В. Петровского академика РАМН А.А. Бунятына, с именем которого связано становление современной анестезиологии в нашей стране. Академику

А.А. Бунятыну поступили поздравительные телеграммы от Президента РФ и Президента РАМН. В связи с юбилеем академик А.А. Бунятын награжден почетной грамотой Президиума РАМН. Присутствующие приветствовали академика РАМН А.А. Бунятына аплодисментами, его тепло поздравили: Президент Торгово-промышленной палаты РФ, академик РАН Е.М. Примаков; академик РАМН М.И. Перельман и академик РАМН Н.Н. Малиновский. За выдающийся вклад в развитие отечественной анестезиологии академик РАМН А.А. Бунятын удостоен высшей награды НЦССХ им. А.Н. Бакулева – золотой медали В.И. Бураковского, которую вручил юбиляру директор НЦССХ академик РАМН Л.А. Бокерия.

Пятничная конференция 29 октября 2010 года проходила под председательством директора РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН профессора С.Л. Дземешкевича

Перед началом конференции профессор С.Л. Дземешкевич торжественно вручил диплом профессору руководителю отделения хирургии пищевода и желудка РНЦХ РАМН доктору медицинских наук Ф.А. Черноусову. Присутствующие поздравили проф. Ф.А. Черноусова аплодисментами.

С отчетом о лечебной работе отделения хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы выступил его руководитель проф. О.Г. Скипенко.

жу > 7 суток (Yamashita Y. 2000); дренаж: билирубин > 86 мкмоль/л или превышает сывороточный > 3 раз (Nagano Y. 2003; Li J. 2008); дренаж: билирубин > 20 мг/дл или > 1500 мг/сут; > 2 суток п/о (Tanaka S., 2002). Факторы риска билиарных осложнений: преклонный возраст пациента (Lo C.-M., 1998); периферическая холангиокарцинома (Capusotti L., 2006); холангит до операции (Li S.-Q., 2007); длительность операции (Lo C.-M., 1998; Sadamori N., 2010); операции «высокого риска»: бисегментэктомия 5,8; центральная резекция (сегменты 4,5,8); сегментэктомия 1 (Yamashita Y., 2000); резекции, включающие 4-й сегмент (Capusotti L., 2006). По данным РНЦХ РАМН, к подобным факторам необходимо отнести и внепеченочное пересечение долевого протока при правосторонней гемигепатэктомии (Скипенко О.Г., 2010). Для профилактики применяются разные способы диссекции паренхимы; средства для местного гемостаза; наружное дренирование протоков; большой сальник (оментопластика); тесты на герметичность.

В отношении способа диссекции паренхимы печени опубликован один мета-анализ и 7 рандомизированных исследований (n = 554 операции). При этом сравнение применения зажима против LigaSure, CUSA, водоструйного диссектора, TissueLink, использования РЧА-электрода и скальпеля не по-

казало различий в летальности и частоте осложнений, желчеистечений, гемотрансфузий.

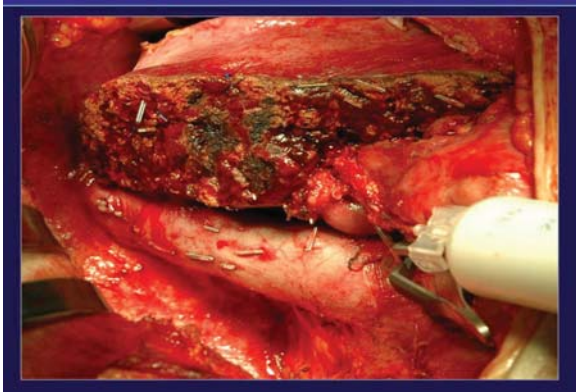
Средства для местного гемостаза. Проведенное рандомизированное исследование (n = 300 операций), в котором были сравнены группа больных с использованием диссекции - CUSA и основная группа с использованием Tissucol и коллагеновой губки, не показало различий в летальности, и частоте осложнений (кровотечение, абсцесс, желчеистечение).

Наружное дренирование желчных протоков по одним данным снижает частоту желчеистечений: 3,6% (1/28) против 26,3% (10/38); p<0,05 [Hotta T. Hepatogastroenterology. – 2003; 50(50):485–90], по другим – не снижает частоту желчеистечений (21,1% (4/19) vs 20% (4/20); NS), но сокращает их длительность (13,3 дня vs 51,3 дня; p<0,05) [Nakai T. Hepatogastroenterology. – 2004; 51(59):1286–8].

Применение большого сальника также по одним данным дает эффект: на 50 «больших» резекций с применением фибринового клея (Veriplast) + большой сальник – нет желчных свищей, кровотечений, абсцессов (нет контрольной группы); по другим – эффекта нет (многоцентровое рандомизированное исследование, n = 167); укрытие среза большим сальником не дало различий по частоте желчеистечений, кровотечений, абсцессов.

Тесты на герметичность: физиологический раствор (многоцентровое рандомизированное исследование; n = 103) – нет различий по частоте желче-

Введение жировой эмульсии через пузырный проток



За II и III кварталы 2010 года всего пролечено 285 пациентов, из них по квотам Минздрава 101, внебюджетных больных 107, по ОМС – 77 пациентов.

Сегодняшний доклад посвящен проблеме осложнений резекции печени. По данным мировой литературы летальность после подобных операций сейчас составляет менее 5%, а частота послеоперационных осложнений достигает 22–45% (в РНЦХ РАМН на 279 операций – 1% и 36% соответственно). Наибольшую группу составляют билиарные осложнения, наблюдающиеся с частотой от 5,5 до 21% (в РНЦХ РАМН – 18,6%). Существуют различные определения наличия билиарных осложнений после резекции печени, например: > 50 мл желчи; > 3 суток п/о (Capusotti L. 2006); желчь по дрена-

истечений (6% vs 4%, NS). По другим данным красители (индоцианин зеленый, метиленовый синий – хорошо видны на срезе, но прокрашивают ткань, не смываются, повторное введение малоинформативно), снижают частоту желчеистечений, но эти работы ретроспективные: 0% vs 4,6%; $p < 0,05$ [Yamashita Y. *Annals of Surgery*. – 2000; 233(1):45–50]; 3,6% vs 7,4%; $p < 0,05$ [Lam C.-M. *World Journal of Surgery*. – 2001; 25:1273–1277]. “White test” (жировая эмульсия для парентерального питания) – хорошо видна, легко удаляется, возможно многократное применение (проспективное контролируемое исследование, $n = 137$) – меньше желчеистечений в группе “White test” (5,3% vs 22,9%; $p < 0,01$).

По данным РНЦХ РАМН, с увеличением количества резекций печени с 9 в 2001 году до 71 в 2009 г. отмечено снижение частоты желчеистечений с 56% до 13% соответственно. При сравнении результатов резекций печени с проведением “White test” у 12 больных с результатами операций у 29 больных без такого теста выяснилось, что летальность в основной группе составила 0 против 1 смерти в контрольной группе (p NS), частота осложнений 50% vs 44,8% (p NS), частота билиарных осложнений – 17% vs 28% (p NS).

Таким образом, можно сделать следующее заключение. Желчеистечение после резекции печени является ведущим хирургическим осложнением. Накопление хирургического опыта ведет к снижению частоты данного вида осложнений. Тесты на герметичность с использованием красителей позволяют снизить частоту желчеистечений, однако исследований с хорошим дизайном не существует. Проба с жировой эмульсией (White test) снижает частоту желчеистечений, однако в нашем исследовании статистически значимых различий достигнуть не удалось (16,7% vs 26,7%, NS). Продолжение исследования с рандомизацией определит эффективность данного метода профилактики желчеистечений.

На вопрос проф. М.М. Кабака, не могут ли приводить тесты на герметичность среза паренхимы печени путем введения в желчное дерево под определенным давлением различных растворов к холангиту, проф. О.Г. Скипенко ответил, что давление при этом очень небольшое, и проведение этих тестов в практике РНЦХ никаких осложнений не вызывало.

На вопрос члена-корр. РАМН проф. А.В. Гавриленко, какие гемостатические пленки лучше предупреждают желчеистечение, проф. О.Г. Скипенко ответил, что более 200 резекций печени сделано с применением пленки «Тахокомб», накладывали ее более 400 раз,

и она зарекомендовала себя очень хорошо, как гемостатическое средство. В РНЦХ была в свое время защищена диссертация на тему о применении «Тахокомба» с целью не только гемостаза, но и холестаза, выяснилось, что на холестаза эта пленка не влияет.

На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича, не влияет ли объем резекции печени на развитие ОПН, проф. О.Г. Скипенко ответил, что частота такого осложнения в РНЦХ не превышает 1%, в других лечебных учреждениях эта цифра значительно выше. Для профилактики этого тяжелого осложнения необходимо, в частности, определенный отбор больных (например, не стоит делать обширные резекции у больных циррозом печени). При нормальной паренхиме печени, если после резекции ее остается примерно 30%, операция более или менее безопасна. Для этого мы предварительно наращиваем массу левой доли печени, и выполняем двухэтапную гепатэктомию. Таких операций с предварительной эмболизацией ветвей общей печеночной артерии у нас наибольшее количество в РФ. Вообще самый большой опыт резекций печени в РФ накоплен в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – с 1985 г. там сделано более 1200 операций. Мы этой проблемой занимаемся только с 2000 г., но темп набора клинического материала у нас выше.

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

С 01.01.2010 г. по 29.10.2010 г. пролечено 339 больных, из них оперировано 197 пациентов. Проф. Ф.А. Черноусов рассказал об операциях у нескольких интересных больных.

Больной Б., 63 лет. Диагноз: «Пищеводно-бронхиальный свищ. Пролезень стента искусственного пищевода в средостение. Состояние после операции типа Льюиса (25.05.05) по поводу рака нижней трети пищевода Т3НОМ0; двукратного стентирования (02.09.09, 04.05.10) по поводу стриктуры пищеводно-желудочного анастомоза». Боль-

ному успешно выполнена операция: трансторакальная экстирпация искусственного пищевода с двумя стентами, гастростомия, эзофагостомия.

Больной К., 62 лет. Диагноз: «Рак выходящего отдела желудка, синдром слабости синусового узла». В анамнезе у больного ИБС, стенокардия напряжения ФК IV. Синдром слабости синусового узла. Мультифокальный атеросклероз с поражением аорты, коронарных, брахиоцефальных и артерий нижних конечностей. Состояние после АКШ в июне 2010. ГБ III ст., 3 ст., риск IV. СД 2 типа. Больному успешно сделана операция: субтотальная резекция желудка по Бильрот-II, холецистэктомия, лимфаденэктомия.

Больной Ш., 64 лет. Диагноз: «Рак субкардиального отдела желудка». Сопутствующие заболевания: ревматоидный артрит, полиартрит, РФ+, поздняя стадия, акт.1, ст.3, ФН2. Миозит с поражением проксимальных отделов групп мышц верхнего плечевого пояса и нижних конечностей, мышц шеи. Полиостеоартроз, узелковая форма. Двухсторонний коксартроз 2ст., артроз плечевых суставов. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Синдром Эрдгейма. Атеросклероз аорты и её ветвей. Синдром Иценко-Кушинга медикаментозного генеза. Первичный гипотиреоз в фазе медикаментозной компенсации. МКБ, конкременты обеих почек. Киста левой почки. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Из анамнеза: в апреле 2008 г. было выполнено протезирование аортального клапана и восходящего отдела аорты, маммаро-коронарное шунтирование ПМЖА, аутовенозное протезокаронарное шунтирование ПКА по поводу аневризмы восходящего отдела аорты с аортальной недостаточностью 2-3 ст. Больному была успешно сделана операция: проксимальная резекция желудка с резекцией абдоминального отдела пищевода, лимфаденэктомия.

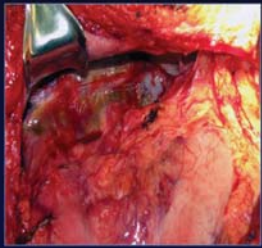
Больная Э., 50 лет. Диагноз: «Рак тела желудка». Анамнез: гепатэктомия с сохранением нижней полой вены, ортопедическая трансплантация правой доли печени от родственного донора по поводу цирроза печени в исходе первичного склерозирующего холангита с портальной гипертензией (спленомегалия), печеночно-клеточной недостаточностью, аутоиммунной цитопенией. Колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, илеостомия (апрель 2008 г.); закрытие илеостомы (июнь 2008 г.); эндовидеорезервуароскопия, трансанальная резервуаропластика, удаление скрепок из зоны резер-



Больная Э., 50 лет

Трансплантант
печени

Законченный
анастомоз по Б-1



вуароанального анастомоза (август 2009 г.). Этой пациентке была успешно сделана субтотальная резекция желудка по Бильрот-I.

Проф. Ф.А. Черноусов отметил, что все эти большие операции были успешно произведены тяжелым больным благодаря отлично поставленной в РНЦХ анестезиолого-реанимационной службе и совместным усилиями специалистов других отделений.

На вопрос проф. В.Д. Паршина, какие меры предпринимаются для того, чтобы в РФ было прекращено использование порочной методики долгосрочного стентирования доброкачественных сужений пищевода, проф. Ф.А. Черноусов ответил, что это теперь повальное увлечение, в то время как держать стент в пищеводе при доброкачественной стриктуре без развития тяжелых осложнений можно не более 1 месяца. По этому поводу будет сделан доклад на Всероссийском съезде хирургов-гастроэнтерологов в начале ноября с.г.

На вопрос члена-корр. РАМН проф. А.В. Гавриленко, как изменилась тактика хирургического лечения рака пищевода со времени организации отделения, когда им заведовал проф. Э.Н. Ванцян, проф. Ф.А. Черноусов ответил, что хирургическая тактика, методика и техника операций с тех пор претерпели большие изменения. Например, давно уже в РНЦХ РАМН не делаются внутриплевральные резекции пищевода типа Гэрлока или Льюиса. Уже в течение многих лет мы выполняем субтотальную резекцию пищевода, в большинстве случаев абдомино-цервикальным доступом, с вынесением анастомоза на шею.

Председатель конференции проф. С.Л. Дземешкевич отметил очень интересные наблюдения, которые необходимо опубликовать, и большой объем проделанной работы. Особенно интересные результаты совместной работы со специалистами из других отделений РНЦХ по лечению больных с сочетанными хирургическими заболеваниями, количество которых нарастает. Это стало возможным только благодаря многопрофильности Центра, прин-

ципа, заложенного основателем РНЦХ академиком Б.В. Петровским.

Сотчетом о работе отделения колопроктологии выступил его руководитель проф. П.В. Царьков.

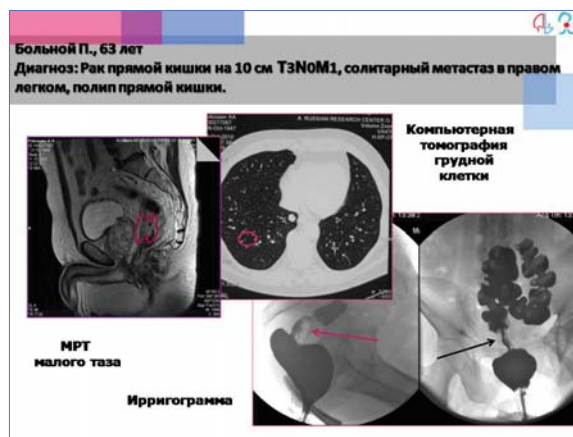
С 01.04. по 29.10.2010 г. всего выполнено 234 операции, из них 106 – при первичных опухолях прямой и ободочной кишки, 8 – при рецидивных опухолях, реконструктивно-восстановительных операций сделано 28, операций по поводу опухолей забрюшинного пространства и органов женской половой сферы – 6, общепроктологических операций – 48, операций по поводу синдрома тазовой десценции – 10, по поводу НВЗ толстой кишки – 4, экстирпация пищевода – 1, гастрэктомия – 1, прочих операций – 24. У 2 больных отмечен летальный исход, осложнения, потребовавшие повторной операции, наблюдались у 5 больных.

Основные направления работы отделения: лечение злокачественных опухолей толстой кишки, в том числе местнораспространенных и рецидивных; расширенные вмешательства при исчерпанном резерве комбинированного лечения; лечение забрюшинных опухолей и опухолей органов малого таза; хирургическая коррекция синдрома десценции тазовых органов с применением современных сетчатых технологий; лечение НВЗ толстой кишки с применением реконструктивных методик; лапароскопические технологии в колоректальной хирургии, внедрение однопортовой лапароскопической технологии; лечение общепроктологических заболеваний; малотравматичные вмешательства.

операции или манипуляции совместно с другими специалистами РНЦХ: кардиохирургия – установка ЭКС, реваскуляризация миокарда, протезирование магистральных сосудов; рентгенохирургия – кава-фильтр, стентирование; торакальная хирургия – резекция легкого; хирургия печени – резекция печени, абляция метастазов, перевязка ветвей воротной вены; микрохирургия – реваскуляризация и реинервация трансплантатов, замещение дефекта тканей; хирургия позвоночника – резекция костных структур; нейрохирургия – удаление вторичных очагов, хирургия параспинальных областей; анестезиология и реанимация – программа лечения пациентов старше 75 лет, а также больных с субкомпенсацией соматических заболеваний; эндоскопическая хирургия – полипэктомия, гибридная хирургия, стентирование опухолевых стенозов; лучевая и МРТ-диагностика, УЗИ-диагностика, служба лабораторных исследований – дифференциальная диагностика заболеваний для разных вариантов лечения, интраоперационная диагностика; трансфузиология – периоперационная нутритивная поддержка.

Пролечено 176 больных с наличием гематогенных метастазов (печень – 107, легкие – 42, печень + легкие – 18, другие органы – 9). Эксплоративная лапаротомия выполнена в 19 случаях (из-за генерализации процесса). Дренирующие операции сделаны 10 больным (при генерализации процесса в сочетании с нарушением пассажа). Удаление первичной опухоли сделано у 10 пациентов (ЛАЭ не выполнялась по причине сопутствующих заболеваний). Удаление первичной опухоли в радикальном объеме сделано 137 больным (с ЛАЭ в традиционном объеме). Таким образом, резектабельность первичной опухоли составила 78%.

За период с 2006 года в отделении пролечены 348 больных пожилого и старческого возраста, из них 73 человека были в возрасте старше 75 лет. Сочетание 2 и более сопутствующих заболеваний отмечено у 271 (64%) больного; ASA = 3 и более у 42 (12%) больных; стадия опухолевого процесса Т3-4 – у 279 (80%); отдаленные метастазы – у 86 (25%), временный ЭКС – 21 (6%) больных. Отказано в лечении – 5 больным. При сравнении общей группы больных с группой пациентов пожилого и старческого возраста предоперационный к/день составил 10,9 и 9,6 к/д, а послеоперационный к/день – 12,2 и 12,9 к/д соответственно. После-



Сегодняшний доклад посвящен мультидисциплинарному подходу в лечении больных злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки, в том числе пациентов с метастатическими поражениями. Такой подход подразумевает различные

операционная летальность составила 1,5% и 1,1% соответственно.

Далее проф. П.В. Царьков рассказал об успешном лечении больного П., 63 лет, с диагнозом: «Рак прямой кишки на 10 см Т3N0M1, солитарный метастаз в правом легком, полип прямой кишки». Также был показан видеофильм с записью операции, выполненной через однопортовую эндовидеохирургическую систему у больной Л., 69 лет, с диагнозом: «Ворсинчатая опухоль купола слепой кишки».

На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича, в

чем преимущества однопортового доступа для эндовидеохирургических операций, проф. П.В. Царьков ответил, что это – развивающаяся технология, ответ можно будет дать после накопления определенного опыта выполнения подобных вмешательств. Но травматичность такого доступа сравнима с эндоскопическими вмешательствами.

В заключительном слове проф. С.Л. Дземешкевич отметил, что во всех трех сегодняшних докладах прозвучал мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с самыми тяжелыми хирур-

гическими заболеваниями, возможный только в многопрофильном центре. По решению РАМН Межведомственный научный совет по хирургии снова возвращается в РНЦХ, который теперь и *de jure* становится головным хирургическим центром нашей страны. Но это и большая ответственность. Академик Б.В. Петровский придавал большое значение научному совету по хирургии и его пленумам. Эти традиции необходимо возрождать и объединять вокруг научного совета самых передовых хирургов нашей страны.

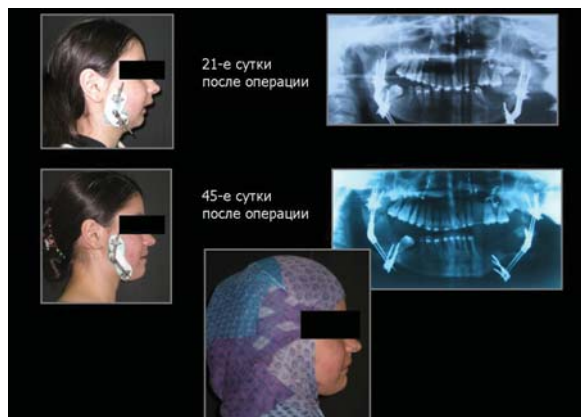
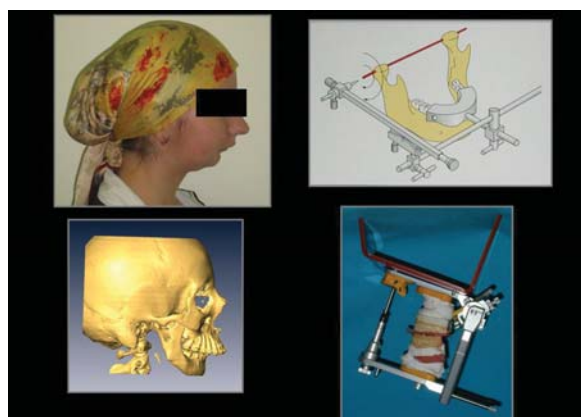
Пятничная конференция 26 ноября 2010 года проходила под председательством заместителя директора по научной работе РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН академика РАМН проф. В.А. Сандрикова

С отчетом о работе отделения пластической и челюстно-лицевой хирургии за последние 7 месяцев выступил его руководитель академик РАМН Н.О. Миланов.

За период с 30 апреля по 26 ноября 2010 г. в отделении выполнено 232 операции, из них 16 микрохирургических аутотрансплантаций различных комплексов тканей.

Академик РАМН Н.О. Миланов рассказал о лечении некоторых интересных пациентов. Больная 24 лет, с диагнозом: «Асимметричная деформация челюстей, микрогения с дефектом ветви и суставных отростков нижней челюсти слева». Такие патологические изменения скелета лица развились у пациентки в течение нескольких лет после экстракции зуба мудрости в подростковом возрасте. Эта небольшая операция осложнилась остеомиелитом

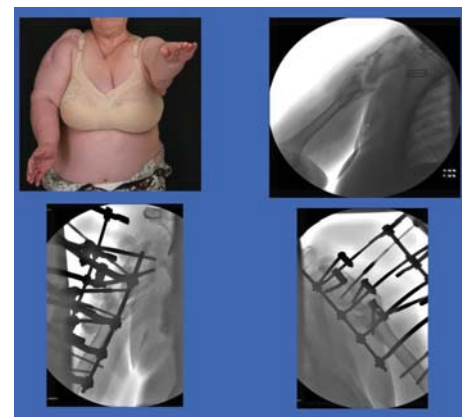
нижней челюсти, и после нескольких последующих хирургических вмешательств результатом стала такая тяжелая деформация. Перед операцией были проведены специальные сложные расчеты (определение индивидуальной лицевой дуги для установления терминальной оси вращения, создание модели верхней челюсти, установка нижнечелюстной модели в артикулятор в центральном соотношении с верхней челюстью и др.). Конечным результатом такого планирования явилось получение числовых значений (до десятых долей мм) перемещения фрагментов верхней и нижней челюсти и создание накусочного шаблона. Точное предоперационное планирование позволило выполнить адекватную реконструктивную операцию, которая состояла в остеотомии верхней челюсти на уровне Ле Фор 1, остеотомии нижней



челюсти и наложении дистракционного аппарата. В итоге получен вполне удовлетворительный анатомический результат, однако окончательным этапом лечения будет ортодонтия, то есть, восстановление зубного ряда. Необходимо отметить, что в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии нельзя все сделать в один этап, только многоэтапное лечение может привести к хорошему результату.

С отчетом о работе отделения восстановительной микрохирургии выступил его руководитель проф. Е.И. Трофимов.

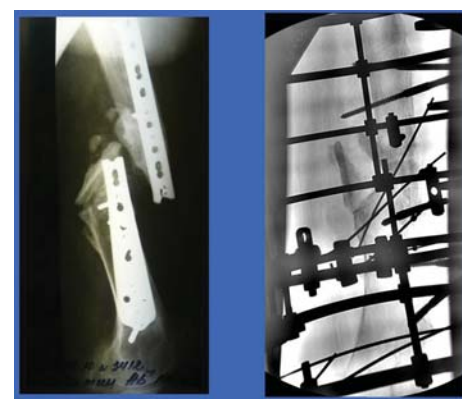
С апреля 2010 г. по ноябрь 2010 г. пролечено пациентов – 118, сделано операций – 130. Сделаны следующие реконструктивные операции: ортопедические – 30; с микрохирургической техникой – 20 (реконст-



руктивные операции на верхней и нижней челюсти – 3, верхних и нижних конечностях – 7; на периферических нервах – 10; операции общехирургического профиля – 80; местнопластические и корригирующие операции – 40. Проф. Е.И. Трофимов рассказал о лечении некоторых интересных больных.

Пациентка Ж-а, 55 лет. Диагноз: «Ложный сустав правой плечевой кости, хронический остеомиелит плеча». В анамнезе травма 26.05.2009 г. в результате ДТП. Пациентка оперирована: ей выполнено открытое сопоставление отломков плечевой кости в правильной позиции, наружная фиксация с помощью аппарата Илизарова.

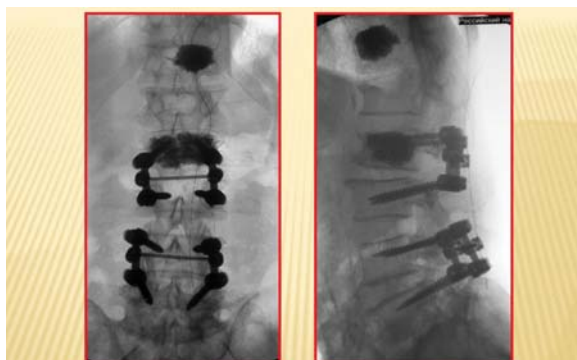
Пациент Х. 42 лет, диагноз: «Ложный сустав левой бедренной кости, перелом металлофиксатора». Анамнез: 08.12.2010г. в результате ДТП пациент



получил закрытый многооскольчатый перелом левой бедренной кости в средней трети со смещением отломков. Этому больному осуществлена реконструкция левой бедренной кости, наружный чрескожный остеосинтез в спице-стержневом аппарате в сочетании с пересадкой свободного реvascularизированного переднего большеберцового надкостнично-кортикального аутотрансплантата в место ложного сустава для стимулирования остеогенеза.

Сотчетом о работе отделения хирургии позвоночника выступил главный научный сотрудник д.м.н. К.Т. Мецхи.

Системы динамической стабилизации



Пациент И. 69 лет, ИБ №27 302346. Операция: краевая резекция дуг L2-L3, L4-L5, декомпрессия, ТПФ L2-L3, L4-L5 системой Legasy, вертеброластика L2, Th11.

С 01.05.2010 по 26.11.2010 гг. всего выполнено 82 операции, из них 51 – по поводу дегенеративных заболеваний позвоночника. Сегодняшний доклад

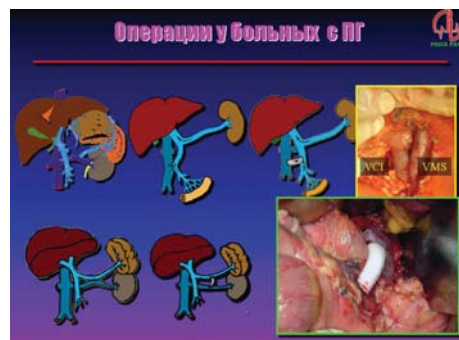
посвящен хирургическому лечению стенозов позвоночного канала. Клиническая картина подобных поражений характеризуется болью в спине (95%), синдромом нейрогенной перемежающейся хромоты (91%), радикулярной болью в одной или двух нижних конечностях (71%), слабостью в одной или двух нижних конечностях (33%). Целями операции являются: декомпрессия, реконструкция позвоночного канала, фиксация, спондилодез. Объем декомпрессии может быть различным и включает: флавэктомию, гемиламинэктомию, фасетэктомию, ламинэктомию. Тактика оперативного лечения подразумевает установку межостистых динамических имплантов, микрохирургическую дискэктомию в сочетании с динамическими имплантами, или жесткую фиксацию, которая включает широкую декомпрессию с протяженной фиксацией и межтеловым спондилодезом. Д.м.н. К.Т. Мецхи

рассказал о лечении нескольких больных. Пациент И., 69 лет, диагноз: «Стеноз позвоночного канала L2-L3, L4-L5, вторичный корешковый синдром, гемангиомы тел L2 и Th11 позвонков». Ему успешно сделана операция: краевая резекция дужек L2-L3, транспедикулярная фиксация L2-L3, L4-L5 позвонков системой «Legasy», вертеброластика L2 и Th11 позвонков.

Сотчетом о работе отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии вступил его руководитель проф. А.Г. Шерцингер.

За 13 месяцев госпитализировано 112 пациентов с портальной гипертензией (ПГ), из них 39 – с внепеченочной ПГ, 73 – с ПГ на почве цирроза печени. Выполнено 112 операций (оперировано 100% больных), из них: прошивание

ВРВПиЖ – 42; ПКШ – 15; ЭЛВРВ – 55. Необходимо отметить, что 70% больных уже были оперированы в других лечебных учреждениях - им была выполнена спленэктомия, что исключило возможность формирования сплено-рениального анастомоза. Однако, эндоскопическое лигирование позволяет у целого ряда больных избежать выполнения тяжелых операций. Необходимо сказать и то, что все это время отделенипортальной гипертензии работало на 6 этаже корпуса многопрофильной хирургии РНЦХ.



За отчетный период в отделении летальности не отмечено, осложнения наступили у 3% больных. К таким необычно хорошим результатам привели прецизионная диагностика (КТ-ангиография, УЗДГ портальной системы), высококлассное анестезиологическое обеспечение и отличное послеоперационное ведение больных в условиях ОРИТ, полноценное обеспечение операций трансфузионными средами.



ПРЕДСТОЯЩИЕ НАУЧНЫЕ СОБЫТИЯ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ 2011 ГОДА

- март:** СИМПОЗИУМ «ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ» (Эльбрус, Черет)
СИМПОЗИУМ «ШКОЛА ВЕРТЕБРОЛОГИИ»
- апрель:** 15 - й МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
- май:** XV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕДКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ОШИБКИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ»
- июнь:** ДНИ НАУКИ В РНЦХ ИМ. АКАД. Б.В. ПЕТРОВСКОГО РАМН, ЗАСЕДАНИЕ БЮРО МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО НАУЧНОГО СОВЕТА ПО ХИРУРГИИ;
ШКОЛА «ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ»;
МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ «МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ КОЛРЕКТАЛЬНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ»;
МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ «РОССИЙСКАЯ ШКОЛА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ».

НЕЙРОХИРУРГИЯ В РНЦХ

Руководитель отделения нейрохирургии РНЦХ д.м.н. С.А. Васильев

Отделение нейрохирургии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН создано применительно к нуждам многопрофильного хирургического центра и уникально тем, что перекрывает весь спектр нейрохирургических операций, выполняемых сегодня не только в нашей стране, но и в мире. Здесь производятся операции по поводу опухолей и сосудистых поражений головного мозга, гидроцефалии, заболеваний и повреждений спинного мозга и др. Необходимость открытия такого отделения возникла с учетом осуществления программы комбинированного лечения злокачественных опухолей – многих больных с мультифокальными поражениями невозможно госпитализировать в другие учреждения. Раньше таких пациентов после выполнения им основного этапа хирургического лечения переводили в нейрохирургические стационары или вынуждены были оставлять недолеченными. Сейчас в отделении нейрохирургии РНЦХ проводится лечение тяжелых больных, которым выполняются вмешательства с учетом состояния первичного опухолевого очага, в зависимости от того, был он оперирован или операция только планируется. Так, оказывается эффективная нейрохирургическая помощь больным раком легкого, печени, толстой кишки, молочной железы с метастазами в головной мозг.

В настоящее время в отделении развиваются 3 главных направления научных и практических исследований: хирургическое лечение опухолей головного и спинного мозга под УЗ-навигацией, криодеструкция опухолей головного мозга, нейростимуляция спинного мозга.

Результаты применения УЗ-навигации показали 98,8% эффективность в определении локализации опухоли, чувствительность данного метода (в сравнении с данными МРТ) составила 99% при 99%-ой специфичности. При проведении контрольного УЗИ у некоторых пациентов можно выявить остаточную ткань опухоли и эффективно ее удалить. Чувствительность УЗИ при выявлении полноты резекции опухолей (в сравнении с послеоперационной МРТ головного мозга с контрастированием) составила 97,7% при 100%-ой специфичности. Таким образом, УЗ-навигация зарекомендовала себя как безопасный, технически надежный метод нейронавигации в режиме реального времени, независимо от размеров и глубины расположения опухоли, исключая проблемы, связанные со смещением мозга.

Выполнением трансназальных (трансфеноидальных) операций при аденомах гипофиза занимаются единичные клиники в РФ. Комплексное лечение пациентов с аденомами гипофиза позволяет улучшить качество их жизни, увеличить показатели выживаемости. Степень удаления опухоли имеет ключевое значение в достижении этих целей. Оптимальной резекции можно достигнуть тогда, когда хирург располагает визуальной и как можно более точной информацией о границах опухоли и взаимоотношении ее с окружающими анатомическими структурами. Поэтому таких больных мы оперируем с использованием УЗИ до операции и интраоперационно. Нигде, кроме нашего отделения, не проводится УЗ-контроль аденом гипофиза – мы можем их идентифицировать даже в «слепых» зонах.

В отделении разработана оригинальная методика проведения интраоперационной сонографии (ИС) при трансфеноидальных операциях по удалению аденом гипофиза. Интраоперационно сонография проводилась по нашей методике с целью уточнения микроанатомии опухоли, выявления ее взаимоотношения с окружающими анатомическими структурами. После удаления опухоли производим УЗ-контроль полноты удаления аденомы гипофиза и, при выявлении остаточной ткани опухоли, эффективно удаляем ее полностью.

С помощью ИС во всех исследованиях удалось оценить степень инвазии опухоли в просвет кавернозного синуса и выявить взаимоотношения опухоли и внутренних сонных артерий. Данные, полученные при проведении ИС, не отличались от данных предоперационной МРТ головного мозга, а в некоторых случаях значительно дополняли их, показывая микроанатомию хиазмально-селлярной области. Основываясь на данных предоперационной МРТ головного мозга и данных ИС, у 80% больных опухоль удалена тотально, даже в тех случаях, когда она распространялась в область кавернозного синуса и вокруг внутренних сонных артерий. У 20% пациентов произведено субтотальное удаление аденомы гипофиза. В 20% случаев после визуального полного удаления опухоли при проведении контрольной ИС выявлена остаточная ткань опухоли, локализуемая в области кавернозного синуса и плотно прилегающая к внутренней сонной артерии. Под контролем ИС эти участки опухоли также были удалены.

В отделении проводятся операции микрохирургического клипирования аневризм сосудов головного мозга – этим занимаются всего 2–3 клиники в Москве и 1–2 клиники в Санкт-Петербурге. Больше всего таких операций сделано в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, на 2 месте – Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

В отделении выполняются операции по поводу заболеваний спинного мозга, таких, как опухоли, кисты, мальформации, врожденные изменения краниального перехода, сирингомиелия. Новым методом является нейростимуляция спинного мозга при повышенной спастичности или болевых синдромах. Данный метод снижает спастические изменения в паретичных конечностях. Для этого производится имплантация подкожного пэйсмэйкера, который отличается от электрокардиостимулятора возможностью регуляции силы и амплитуды тока – сам большой обучается управлять работой стимулятора, в результате чего пациенты с гемипарезом после мозгового инсульта или со спастическим парапарезом после позвоночно-спинальной травмы достигают положительных результатов.

Первым этапом проводим имплантацию временного электрода в заднее эпидуральное пространство спинного мозга по стандартной методике и тестовую электростимуляцию для оценки эффективности дальнейшего лечения. Электроды могут быть установлены на уровень поясничного утолщения спинного мозга, при необходимости – выше (на уровень Th2-Th4 позвонков). При получении положительного результата выполняется второй этап лечения – имплантация цилиндрического четырехконтактного электрода в заднее эпидуральное пространство и подкожного нейростимулятора «Irel 3» по стандартной методике. Все манипуляции выполняются под рентгенологическим контролем. В послеоперационном периоде проводятся сеансы высокочастотной электростимуляции спинного мозга длительностью от 10 до 30 минут 2–4 раза в сутки. Такое лечение дает возможность оказывать помощь пациентам с синдромом оперированного позвоночника. Есть тяжелая группа пациентов после неэффективных операций по поводу грыжи межпозвонкового диска из-за спаянного процесса – им не помогают даже наркотики. Но при проведении электронной нейростимуляции в 30% наблюдений мы получаем удовлетворительный, в 50% хороший и в 75% – отличный результат.

В случаях спастического синдрома отмечено снижение уровня спастичности с 4 до 3 баллов. При постламинэктомическом нейрогенном болевом синдроме отмечено уменьшение тяжести болевого синдрома более чем на 50% от исходного уровня (это оценивалось как хороший результат). При тяжелом нейрогенном болевом синдроме в аногенитальной области отмечено снижение уровня боли на 30% (удовлетворительный результат) и уменьшение потребности в обезболивающих препаратах. В случае постторакактомиического болевого синдрома отмечено полное купирование болей (более 75%, что расценено как отличный результат).

Полученные данные свидетельствуют об эффективности хронической эпидуральной стимуляции спинного мозга для лечения больных с болевым и спастическим синдромами. Применение этой методики приводит к улучшению качества жизни, увеличению реабилитационных возможностей и снижению тяжести инвалидизации. Хроническая эпидуральная стимуляция является перспективным методом, учитывающая малоинвазивность воздействия и отсутствие деструктивного компонента. Кроме нашего отделения, этим занимаются только в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

Еще одним новым и перспективным методом в нейрохирургии является криохирургия. Совместно со специалистами из лаборатории низких температур Института ядерных исследований в Дубне и с коллегами из отделения экспериментальных исследований РНЦХ под руководством к.м.н. И.Л. Жидкова проведена уникальная серия опытов по криодеструкции участков головного мозга с использованием жидкого азота (формирование ледяного шара – iceball, с помощью специального криохирургического прибора) на кроликах и свиньях. Доказана минимальная травматичность данного метода для ткани головного мозга. Дело в том, что в хирургии опухолей головного мозга не применима термоабляция из-за неизбежно возникающего мозгового отека. В то же время низкая температура и ультразвук позволяют разрушить опухоль в заданном объеме. Морфологические исследования головного мозга свиней, проведенные в отделении патанатомии РНЦХ под руководством к.м.н. Д.Н. Федорова, показали тотальный некроз всех клеточных элементов без реакции окружающей зоны, при этом даже капилляры остаются целыми. Эта перспективная миниинвазивная технология может быть применена в

труднодоступных зонах головного мозга, для чего под контролем УЗИ в опухоль вводится зонд диаметром 3–4 мм. Получаются весьма обнадеживающие результаты – ряд опухолей ранее считались неоперабельными из-за того, что сам хирургический доступ вызывал смерть пациента или тяжелые осложнения. Такой метод (криохирургия + УЗИ) пока не используется нигде в РФ. Для этого создан прототип криохирургического аппарата, основанный на пассивной подаче жидкого азота и активной аспирации образующегося паровоздушного азота. Конструкция аппарата позволяет манипулировать наконечником криодеструктора во время операции так, что им можно описать практически полный сферический угол.

В отделении проводятся также ортопедические операции, сочетанные одномоментные или этапные вмешательства, например, одномоментное устранение дефектов трахеи и черепа вместе с торакальными хирургами.

Хорошее оснащение отделения и операционной (ЭОП, операционный микроскоп), высокий уровень специалистов позволяют проводить оперативное лечение всего спектра нейрохирургических заболеваний, в том числе и тех, с которыми не могут справиться и более крупные учреждения.

РЕДКИЕ ОПЕРАЦИИ, ИНТЕРЕСНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Трансплантация трахеи



Проф. П. Маккиарини и проф. В.Д. Паршин

7 декабря 2010 г. в отделении хирургии легких и средостения РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН осуществлена операция пересадки трахеи, созданной методами регенеративной медицины. Больная 24 лет, гражданка Казахстана, поступила в наш институт в тяжелом состоянии с тотальным стенозом трахеи, который развился у нее после тяжелой

черепно-мозговой травмы в 2006 г. и длительной искусственной вентиляции легких. Больная лечилась по этому поводу сначала в КНР, где ей выполнили стентирование трахеи, а затем – в Израиле. Однако лечение оказалось неэффективным, стеноз прогрессировал, из-за чего больная была вынуждена 1 раз в 2–3 недели подвергаться эндоскопической реканализации трахеи под наркозом. Из-за наличия у больной дыхательной недостаточности при поступлении в РНЦХ ей в экстренном порядке выполнена эндоскопическая реканализация трахеи, удаление грануляций из области стента. В результате проведенного обследования установлено, что стандартные операции реконструкции трахеи у данной пациентки невозможны, единственным эффективным методом лечения может быть только трансплантация трахеи. Из-за отсутствия доноров для забора тиреоидного комплекса на питающих сосудах (по методике РНЦХ РАМН) решено пациентке пересадить трахею, созданную с помощью методов регенеративной меди-

цины. Операция выполнена проф. В.Д. Паршиным совместно с проф. П. Маккиарини (Италия).

Удалена вся патологически измененная трахея с трахеобронхиальными углами и вросшим в ее стенку эндолуминальным металлическим стентом. На ее место трансплантирована трахея, обработанная факторами роста и мононуклеарными клетками, заранее выделенными из костного мозга пациентки. Данный метод замечателен тем, что в послеоперационном периоде отпадает необходимость проведения подобным больным иммуносупрессивной терапии. Эта операция выполнена в рамках новой НИР, запланированной в РНЦХ на 2011 г. В данном проекте также участвуют ведущие клиники Великобритании, Италии и Швеции. В настоящее время дыхание у больной полностью восстановлено, состояние ее улучшается.



Подготовка трахеи к трансплантации



Трансплантация трахеи: формирование дистального анастомоза

**В РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН проводится
повышение квалификации врачебных и научно-педагогических кадров
продолжительностью от 72 часов (2 недели) до 500 часов (14 недель)**

ХИРУРГИЯ

Хирургия пищевода и желудка

Рук. – проф. Ф.А. Черноусов

Хирургия печени, желчных путей

и поджелудочной железы

Рук. – проф. О.Г. Скипенко

Колопроктология с хирургией тазового дна

Рук. – проф. П.В. Царьков

Экстренная хирургия и портальная гипертензия

Рук. – проф. А.Г. Шерцингер

Общая амбулаторная хирургия

Рук. – проф. А.Д. Тимошин

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Рук. – проф. В.Д. Паршин

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ

Пересадка печени

Рук. – д.м.н. Э.Ф. Ким

Пересадка почки

Рук. – проф. М.М. Каабак

ПЛАСТИЧЕСКАЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Рук. – акад. РАМН Н.О. Миланов, д.м.н. А.С. Караян

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ

Рук. – проф. Е.И. Трофимов

ХИРУРГИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Рук. – проф. А.Г. Аганесов

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Рук. – к.м.н. С.А. Васильев

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Хирургическое лечение дисфункций миокарда

и сердечной недостаточности

Рук. – проф. С.Л. Дземешкевич

Хирургия аорты и ее ветвей

Рук. – член-корр. РАМН Ю.В. Белов

Хирургия пороков сердца

Рук. – проф. В.А. Иванов

Хирургия ишемической болезни сердца

Рук. – проф. И.В. Жбанов

Сосудистая хирургия

Рук. – член-корр. РАМН А.В. Гавриленко

**РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Рук. – проф. С.А. Абузов

КАРДИОЛОГИЯ

Рук. – акад. РАМН В.А. Сандриков, к.м.н. Ю.В. Фролова

ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ

Рук. – проф. А.А. Рагимов

Гемодиализ

Рук. – д.м.н. В.А. Максименко

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Рук. – акад. РАМН А.А. Бунятян

Общая анестезиология

Рук. – проф. В.М. Мизиков

Кардиоанестезиология *Рук. – проф. Н.А. Трекова*

Искусственное кровообращение

Рук. – проф. Л.С. Локшин

Интраоперационный компьютерный мониторинг

Рук. – к.м.н. Е.В. Флёров

Общая реанимация *Рук. – д.м.н. А.В. Бондаренко*

Кардиореанимация *Рук. – проф. А.А. Еременко*

Терапия болевых синдромов

Рук. – проф. А.В. Гнездилов

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ

Рук. – к.м.н. В.В. Родионов

ЭНДОСКОПИЯ

Рук. – проф. Ю.И. Галлингер, д.м.н. М.В. Хрусталёва

РЕНТГЕНОЛОГИЯ

Рук. – акад. РАМН В.А. Сандриков

Рентгенодиагностика *Рук. – к.м.н. С.П. Нелюбин*

Компьютерная томография *Рук. – к.м.н. В.В. Ховрин*

РАДИОИЗОТОПНАЯ ДИАГНОСТИКА

Рук. – проф. Е.Б. Смиршевский

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

Рук. – акад. РАМН В.А. Сандриков, проф. Ю.Р. Камалов

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Рук. – акад. РАМН В.А. Сандриков, к.м.н. Т.Ю. Кулагина

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Рук. – д.м.н. Т.А. Буравихина

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клиническая биохимия

Рук. – к.м.н. Ю.Е. Михайлов

Экспресс-диагностика

Рук. – проф. И.И. Дементьева

Иммунология и регуляторные механизмы в хирургии

Рук. – проф. Л.И. Винницкий

Профилактика и лечение инфекции в хирургии

Рук. – к.м.н. Н.С. Богомолова

МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА

Рук. – д.м.н. Е.В. Заглязьминская

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Рук. – к.м.н. Д.Н. Фёдоров

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Рук. – к.м.н. В.В. Стекольников

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Рук. – к.м.н. Е.В. Флёров



Врач-анестезиолог-реаниматолог Н.В. Агеев (г. Хабаровск) наблюдает за состоянием больного после операции аорто-коронарного шунтирования.

Врач-лаборант-гистолог А.Н. Зубилевич (г. Воркута) осваивает новые методики гистологических исследований.



Врач-курсант А.В. Бегачев (г. Москва) осуществляет искусственное кровообращение во время операции на открытом сердце.



Врач-курсант кандидат медицинских наук А.В. Новожилов (г. Иркутск) наблюдает за проведением лапароскопической холецистэктомии. Оперирует д.м.н. Г.А. Шатверян.

Врач-курсант Г.А. Кулиева (г. Винница) осваивает методику определения газов крови и электролитов на аппарате АБЛ-200 «Радио-метр».



Врач-курсант К.А. Дьяков (г. Москва) оказывает анестезиологическое пособие во время операции аорто-коронарного шунтирования.



Врач-курсант С.Н. Ларионова (г. Самара) участвует в ультразвуковом обследовании больного после трансплантации почки.



Группа врачей-курсантов во время экскурсии в мемориальный кабинет-музей академика Б.В. Петровского 15 октября 2010 года.

1-ый ряд слева направо: М.А. Яковлева (г. Альметьевск), Г.А. Кулиева, д.м.н. Ю.Я. Рабинович, С.Н. Нестеренко (г. Хабаровск), Н.В. Агеев, Т.В. Баранова (г. Ноябрьск), А.В. Новожилов, Д.А. Николайко (г. Хабаровск). 2-й ряд слева направо: А.В. Бегачев, К.А. Дьяков.

**В РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН проводится подготовка
врачебных и научных кадров высшей квалификации на договорной основе:**

в клинической ординатуре (срок обучения 2 года)

по специальностям:

1. Хирургия
2. Сердечно-сосудистая хирургия
3. Торакальная хирургия
4. Анестезиология и реаниматология
5. Кардиология
6. Эндоскопия
7. Рентгенология
8. Ультразвуковая диагностика
9. Функциональная диагностика
10. Клиническая лабораторная диагностика
11. Патологическая анатомия
12. Трансфузиология

через соискательство (срок подготовки кандидатской диссертации – не более 3 лет,
докторской диссертации – не более 4 лет)

через очную стажировку (срок обучения от 6 месяцев до 1 года)

в очной аспирантуре (срок обучения 3 года)

по специальностям:

1. Хирургия
2. Сердечно-сосудистая хирургия
3. Трансплантология и искусственные органы
4. Анестезиология и реаниматология
5. Кардиология
6. Лучевая диагностика, лучевая терапия
7. Клиническая лабораторная диагностика
8. Патологическая физиология
9. Гематология и переливание крови

в очной докторантуре (срок обучения 3 года)

Для получения подробной информации **обращаться по телефону:** 8 (499) 246–92–92

Адрес: Москва, ГСП-1, 119991, РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН,
отдел научных программ и подготовки кадров, кардиокорпус, 7-ой этаж, каб. № 711.
Факс: 8 (499) 246–89–88 • **E-mail:** ucbeba@mail.med.ru • **Сайт в Internet:** http://www.med.ru