

# ХИРУРГ

РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН



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

№ 3 (104) июль — декабрь 2009 года

*С Новым 2010 годом  
и Рождеством!*

## ПОБЕДИТЕЛИ КОНКУРСА РНЦХ «ЧЕЛОВЕК ГОДА 2009»



**БАТЧАЕВ** Шамиль Сулейманович – м.н.с. отдела информационных технологий



**ГОРЯЧКИНА** Екатерина Николаевна – сестра-хозяйка отделения общей реанимации



**МЕДВЕДЕВА** Людмила Анатольевна – ст.научный сотр. научно-консультативного отдела



**СОРОКИНА** Валентина Ивановна – врач лаборатории профилактики и лечения инфекции в хирургии



**ФИСЕНКО** Елена Полиектовна – ведущий научн. сотрудник отдела инструментальной и лучевой диагностики



**ХМЕЛЕВА** Наталья Александровна – операционная медсестра отделения трансфузиологии



**ХРУСТАЛЕВА** Марина Валерьевна – главный научный сотрудник эндоскопического отделения



**ЩЕКОЛДИНА** Елена Германовна – процедурная медсестра отделения хирургии ИБС

## В НОМЕРЕ

**2**

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ: НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ 2009 ГОДА

**3**

В УЧЕНОМ СОВЕТЕ РНЦХ

**5**

В ДИССЕРТАЦИОННОМ СОВЕТЕ РНЦХ

**7**

### НОВЫЕ ПРОЕКТЫ ЦЕНТРА

НАУЧНЫЕ СРЕДЫ РНЦХ  
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕСАДКИ СЕРДЦА: НАДЕЖДЫ И РАЗОЧАРОВАНИЯ  
*Профессор С.Л. Дземешкевич*

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ  
*Профессор О.Г. Скинченко*

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЛЕГКИХ  
*Профессор В.Д. Паршин*

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ  
*Зав. лабораторией медицинской генетики РНЦХ д.м.н. Е.В. Заклязьменская*

**11**

ПРЕДСТОЯЩИЕ НАУЧНЫЕ СОБЫТИЯ

**12**

НА ПЯТНИЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ РНЦХ

**21**

РЕДКИЕ ОПЕРАЦИИ, ИНТЕРЕСНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

НОВОСТИ НАУЧНОГО МИРА

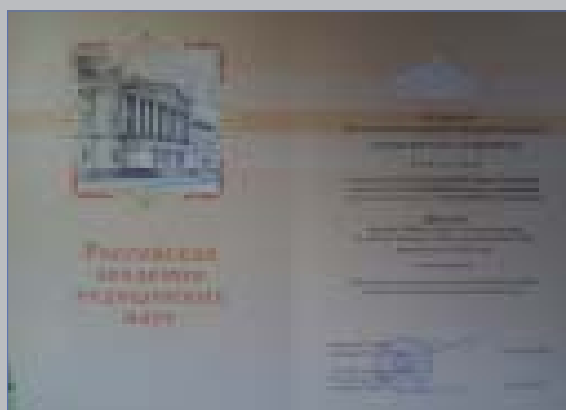
**23**

ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ РНЦХ РАМН: ТЕМАТИЧЕСКИЕ СЕМИНАРЫ И СИМПОЗИУМЫ

**РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ**  
**НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ГОДА**  
 нашими сотрудниками в 2009 году опубликовано 15 монографий



**ПРЕЗИДИУМ**  
**РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК**  
 СВОИМ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ № 216 ОТ 7 ОКТЯБРЯ 2009 ГОДА  
 ПРИСУДИЛ СОТРУДНИКАМ РНЦХ ИМ. АКАД. Б.В. ПЕТРОВСКОГО РАМН  
 АКАДЕМИКУ РАМН Б.А. КОНСТАНТИНОВУ,  
 АКАДЕМИКУ РАМН В.А. САНДРИКОВУ,  
 КАНДИДАТУ МЕД.НАУК Т.Ю. КУЛАГИНОЙ  
**ПРЕМИЮ ИМ. А.А. БОГОМОЛЬЦА**  
**«ЗА ЛУЧШУЮ НАУЧНУЮ РАБОТУ ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ В 2009 ГОДУ»**  
 ЗА МОНОГРАФИЮ  
**«ДЕФОРМАЦИЯ МИОКАРДА И НАСОСНАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА»**



# хирург

№3 (104) 2009 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 «ДАР-Принт»  
 Москва,  
 ул. Прянишникова, 31 а

Заказ 7494

Тираж 2 500 экз.

## В УЧЕНОМ СОВЕТЕ РНЦХ

Заседание Ученого совета РНЦХ 21 сентября 2009 года проходило под председательством академика РАМН В.А. Сандрикова.

Секретарь совета – ученый секретарь РНЦХ к.м.н. М.И. Секачева

ГЛАВНЫЙ ВОПРОС ПОВЕСТКИ ДНЯ СОВЕТА – О ПРОЕКТЕ РЕКОНСТРУКЦИИ РНЦХ.

Докладчик – директор РНЦХ РАМН проф. С.Л. Дземешкевич

**Проф. С.Л. Дземешкевич** в своем выступлении прежде всего отметил, что вопрос этот не только важный, но и экстренный, т.к. осенью с.г. проект реконструкции РНЦХ должен быть завершен и все необходимые документы подписаны, поэтому с данным проектом необходимо ознакомить коллектив Центра.

После посещения всех отделений и большинства операционных Центра сложилось твердое убеждение в том, что везде имеется осязаемый недостаток площадей. Из-за этого, в частности, уровень и показатели работы поликлиники и приемного отделения РНЦХ не соответствуют требованиям сегодняшнего дня. Поэтому шестиэтажный корпус, переход в поликлинику и саму поликлинику планируется реконструировать – архитектурно в едином стиле.

Над шестиэтажным корпусом планируется надстроить еще 5 этажей, площадь каждого этажа составит 3057 кв. м, то есть, увеличится на 860 кв. м.

Одну половину 7-ого этажа займет отделение хирургии сосудов, вторую – кафедры, работающие на базе РНЦХ, аудитории, учебные кабинеты.

На 8-ом этаже планируется открыть клинично-терапевтическое отделение для обследования и долечивания больных, необходимость в котором давно назрела.

Отделение реанимации и интенсивной терапии будет располагаться на 9-ом этаже.

На 10-ом этаже будет оборудован отдельный операционный блок площадью 3070 кв. м, состоящий из 14 операционных (7 общехирургических и 7 специализированных) и необходимых подсобных помещений.

На 11-ом этаже будут располагаться технические помещения, а на крыше – летний сад или вертолетная площадка – и то и другое можно будет обсудить.

На месте перехода в поликлинику планируется построить новое трехэтажное здание, где будут располагаться различные лаборатории.

Планируемая реконструкция позволит получить дополнительно 15000 кв. метров полезной площади.

После окончания доклада проф. С.Л. Дземешкевичу был задан ряд вопросов.

**Проф. А.Г. Шерцингер:** Предусматривается ли открытие отделения экстренной хирургической помощи, реанимационного отделения в приемном покое, планируется ли отделение портальной гипертензии, морг?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** Будет проработана структура каждого этажа, при необходимости мы сможем использовать дополнительные площади для открытия новых отделений. Морга не будет.

**Член-корр. РАМН Ю.В. Белов:** Как впишется в этот проект кардиохирургический корпус и переход из него в корпус многопрофильной хирургии?



**Проф. С.Л. Дземешкевич:** Кардиокорпус и переход будут соответствующим образом отремонтированы и впишутся в общий новый дизайн Центра.

**Проф. Ю.И. Галлингер:** Планируется ли расширение Аллеи жизни для подъезда к приемному отделению и парковки машин скорой помощи?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** У приемного отделения не будет наземного перехода в поликлинику, это

даст возможность более свободной парковки машин скорой помощи.

**Академик РАМН Н.О. Миланов:** Как будет реконструирован корпус ГБО и какова дальнейшая судьба отделения гипербарической оксигенации?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** Этот корпус также органично впишется в общую архитектуру Центра. В скором времени планируется завершить строительство большой стационарной барокамеры.

**Д.м.н. М.А. Чарная:** Какова будет этапность работ по реконструкции Центра и сколько будет функционирующих коек после ее окончания?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** Реконструкция начнется с 6-го этажа корпуса многопрофильной хирургии и строительства поддерживающих колонн вокруг здания. В результате планируемой реконструкции число коек в Центре увеличится, но не намного.

**К.м.н. С.П. Нелюбин:** Насколько увеличатся площади отделений и количество помещений в них?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** Все отделения выиграют в площади в результате этой реконструкции.

**Проф. А.А. Еременко:** Планируется ли создание в Центре отделения гнойной хирургии?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** Нет, но будет оборудована специальная гнойная операционная.

**Член-корр. РАМН А.В. Гавриленко:** Имеются ли какие-либо трудности, которые могут помешать осуществлению этого проекта?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** На данном этапе таковых не имеется.

**Проф. Н.А. Трекова:** Нельзя ли в рамках этой реконструкции построить пандус между 12-м и 13-м этажами кардиохирургического корпуса для более удобной транспортировки больных из оперблока в кардиореанимационное отделение?

**Проф. С.Л. Дземешкевич:** Над этим стоит подумать.

Председатель совета академик РАМН В.А. Сандриков поблагодарил присутствующих за активное участие в обсуждении проекта реконструкции и отметил, что по созданию этого проекта администрация Центра проделала большую работу, но предстоит еще одно важное дело – это набор медицинской техники и оборудования – в этом должны участвовать сотрудники всех подразделений РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.



Заседание Ученого совета РНЦХ 28 сентября 2009 года проходило под председательством академика РАМН профессора В.А. Сандрикова. Секретарь совета — ученый секретарь РНЦХ к.м.н. М.И. Секачева

**По первому вопросу** повестки дня Совета — об изменениях в структуре РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН — выступил директор РНЦХ проф. С.Л. Дземешкевич.

Проф. С.Л. Дземешкевич сказал о том, что на заседании Ученого совета 22 июня 2009 года была доложена и обсуждена концепция структурной перестройки нашего Центра. У всех руководителей отделений проект этой концепции имеется. За прошедшие 3 месяца поступило много предложений, были сделаны определенные коррективы, но принципиальные черты новой структуры Центра не изменились. Основной смысл проводимой работы состоит в том, что она ведет за собой создание нового штатного расписания, а это касается всех сотрудников. В рамках этой концепции работала аттестационная комиссия РНЦХ, особенно с сотрудниками тех отделений, у которых изменяется структура и название. Это связано с некоторыми юридическими проблемами, например, отделения становятся не подразделениями отдела, а самостоятельными структурными единицами, значит — необходимо проведение конкурса претендентов на занятие должностей, с опубликованием соответствующих объявлений в печати. Для чего все это делается?

Перед нами стоит насущная задача — оптимизировать структуру Центра в плане эффективного управления его структурными подразделениями. В свое время была тенденция раздробить отделения, затем другая — объединить их в большие отделы. При этом каждая микроструктура тянет за собой полное штатное расписание, и эффективно управлять такой системой нереально. Бывает так, что в одном отделении пустуют койки, а в другое стоит очередь больных на госпитализацию. Поэтому все 20 клинических подразделений теперь приобретают самостоятельность с прямым подчинением дирекции. В то же время диагностические, лабораторные, научно-поликлиническое, научно-организационное подразделения — работают на весь институт, сохраняя структуру отделов.

После окончания доклада проф. С.Л. Дземешкевичу был задан ряд вопросов и сделаны предложения.

На предложение д.м.н. О.И. Загорулько изменить структуру управления так, чтобы был 1-й заместитель директора и 2 вторых зама — по научной и по лечебной работе, проф. С.Л. Дземешкевич ответил, что на этот счет существует структура, утвержденная РАМН. В ней не предусмотрен 1-й зам. директо-

ра. Если ввести должность главного врача, не будет 2-го зама. Поэтому обязанности заместителей четко оговорены. В качестве 1-го зама работает академик В.А. Сандриков со всеми полномочиями. Целый ряд вопросов, связанных с научной работой Центра (проведение конференций, создание журнала, контроль за педагогическим процессом и др.) — в ведении заместителя по научной работе. Еще один заместитель будет заниматься научной и клинической работой (это функции главного врача, но полномочий больше).

На вопрос проф. В.М. Мизикова, не лучше ли отделение общей анестезиологии и реанимации и отделение кардиоанестезиологии и реанимации назвать отделениями № 1 и № 2, проф. С.Л. Дземешкевич ответил, что от названия отделения зависит многое. То, что указано в скобках (№ 1 и № 2) — это наша внутренняя расшифровка, также как и названия кардиохирургических отделений (от № 1 до № 5).

Далее проф. С.Л. Дземешкевич сказал о том, что хотелось бы услышать вопросы по поводу прошедшей аттестации сотрудников РНЦХ.

Председатель Совета академик РАМН В.А. Сандриков добавил, что это — серьезный вопрос. Была проведена только предварительная аттестация, она еще не закончена. Далее академик РАМН В.А. Сандриков довел до сведения членов Совета, что голосование должно быть открытым, и предложил поддержать предложенную концепцию структуры Центра. Члены Ученого совета единогласно проголосовали за принятие новой структуры РНЦХ.

**По второму вопросу** повестки дня выступил академик РАМН В.А. Сандриков с предложением путем тайного голосования делегировать проф. С.Л. Дземешкевича в члены общего собрания РАМН сроком на 5 лет для того, чтобы он мог представлять наш Центр на сессиях РАМН.

**По третьему вопросу** повестки дня — о создании Научно-образовательного центра (НОЦ) РНЦХ РАМН, выступил и.о. зам. директора по научной работе проф. О.Г. Скипенко. Назрела насущная необходимость поиска дополнительных источников финансирования научных работ. Речь идет о федеральной программе «Инновационная Россия» (2009–2011 гг.). Она направлена на подготовку современных научных кадров, их использование и закрепление, достижение научных результатов мирового уровня, формирование эффективных научных коллективов. Для этого будет проходить отбор 450 на-

учных проектов, на каждый из которых будет выделен грант в размере 5 млн рублей. Попытка получения первого гранта может состояться уже 17 октября с.г. Сейчас в Центре есть несколько программ, которые могут принять участие в конкурсе. Но для доступа к этому и другим грантам в РНЦХ необходимо создать специальный Научно-образовательный центр, разработать и утвердить положение о нем.

На вопрос академика РАМН А.А. Бунытияна, какую тему планируется первой представить на грант, проф. О.Г. Скипенко ответил, что это будет тема по медицинской генетике, сейчас собирается пакет документов.

Председатель Совета академик РАМН В.А. Сандриков пояснил, что имеется несколько положений о получении грантов на научные исследования, в том числе и по той схеме, о которой рассказал проф. О.Г. Скипенко. В этом должны будут участвовать все научные сотрудники, разрабатывающие и возглавляющие конкретные научные направления. Научно-образовательный центр будет объединять эти усилия. Поэтому предлагается поддержать идею создания НОЦ РНЦХ.

Проф. С.Л. Дземешкевич к этому добавил, что база для создания НОЦ в РНЦХ имеется, и для этого не требуется вводить новых ставок. Есть государственный фонд, из которого деньги может получить только НОЦ, а не РНЦХ или отдельные сотрудники. Зарабатываемые всеми сотрудниками Центра внебюджетные денежные средства не будут истрачены на научные исследования, эти деньги должны идти на зарплату и некоторые другие расходы. Поэтому всем отделениям необходимо искать подобные фонды и думать о том, как получить дополнительное финансирование на проведение научных исследований в виде грантов.

Открытым голосованием все члены совета проголосовали за создание Научно-образовательного центра РНЦХ.

**Четвертый вопрос** повестки дня — утверждение темы докторской диссертации к.м.н. О.Ю. Шимбиревой «Роль сложных составных аутоотрансплантатов в восстановительной хирургии». После краткого обсуждения тема диссертации была утверждена.

Председатель счетной комиссии проф. М.М. Каабак доложил результаты тайного голосования: все 39 голосовавших членов Ученого совета высказались за выдвижение проф. С.Л. Дземешкевича в члены Общего собрания РАМН. Протокол тайного голосования утвержден единогласно.

Ученый совет 23 ноября 2009 года проходил под председательством директора РНЦХ профессора С.Л. Дземешкевича. Секретарь совета – ученый секретарь РНЦХ к.м.н. М.И. Секачева.

**Первый вопрос** повестки дня – выборы профессора О.Г. Скипенко на должность заместителя директора РНЦХ по научной работе.

*Проф. О.Г. Скипенко* в своем докладе кратко осветил ключевые вопросы, основные направления и перспективы развития науки в РНЦХ. Большой научный потенциал Центра определяет возможность создания комплексных программ по наиболее приоритетным и значимым проблемам хирургии. Планируется формирование дизайна исследований с позиций доказательной медицины, участие в мультицентровых исследованиях, увеличение числа инициативных пилотных исследований, лежащих в основу НИР. При этом необходима открытость материала и результатов с созданием баз данных, возможностью аудита и своевременной отчетностью по научным исследованиям.

В рамках выполнения плана НИР необходимо проводить поддержку коммерческих научных протоколов, привлекать дополнительные материальные ресурсы для финансирования научных исследований, обеспечивать знакомство сотрудников с новейшими разработками, поощрять приобретение исследовательского опыта молодыми учеными.

Планируется создание специальной аналитической группы, которая будет осуществлять аналитические обзоры актуальных направлений в хирургии, мониторинг научных конференций, статистику и аудит исследований.

Необходимо более тесное взаимодействие с кафедрами, работающими на базе РНЦХ, что даст возможность принимать способных студентов в клиническую ординатуру, привлекать

одаренных врачей-курсантов к научной работе и практической деятельности.

Назрела необходимость повышения качества диссертационных работ. Планируется обсуждать на Ученом совете темы докторских и кандидатских диссертаций, учитывая актуальность исследования, его дизайн, имеющийся задел, сроки выполнения работы.

Организационно-методическая деятельность предполагает участие в Межведомственном научном совете по хирургии, планирование проведения различных научных мероприятий, проведение «пятничных» научно-практических конференций, «Научных сред РНЦХ», Актового дня РНЦХ, а также стажировок и научных командировок.

Большое значение будет придаваться работе Совета молодых ученых РНЦХ. Его цель – повышение научного и профессионального уровня аспирантов и ординаторов, младших научных сотрудников, формирование современных взглядов на научную деятельность на принципах доказательности. Совет будет заниматься обсуждением актуальных проблем медицины и хирургии, контролировать готовность кандидатских диссертационных работ, участвовать в конференциях и симпозиумах. Перспективы деятельности Совета – это организация конференций молодых ученых, сотрудничество с другими учреждениями, информационная и другая поддержка (стипендии, гранты).

В планы научно-организационной деятельности входит также создание Хирургического общества Б.В. Петровского, журнала им. Б.В. Петровского, нового сайта и проспекта РНЦХ.

После ответов на вопросы членов Ученого совета и краткого обсуждения вопрос о кандидатуре проф. О.Г. Скипенко был передан на тайное голосование.

**Второй вопрос** повестки дня Совета – о выдвижении на премию Президента РФ для молодых ученых «За значительный вклад в развитие отечественной науки и инновационную деятельность» за 2009 год сотрудников РНЦХ Э.Р. Чарчана, Р.Н. Комарова, С.В. Федуловой, принявших активное участие в разработке и внедрении новейших технологий лечения аневризм аорты и защиты головного и спинного мозга во время операций на аорте.

*Член-корр. РАМН Ю.В. Белов*, как руководитель этой научной программы, весьма положительно охарактеризовал выдвигаемых на премию сотрудников. Он с сожалением отметил, что на самом деле в этой работе участвовало гораздо больше талантливых людей, но для выдвижения на премию ограничен возраст участников – до 35 лет.

Вопрос о выдвижении на премию передан на тайное голосование.

Далее после краткого обсуждения были утверждены темы 3 кандидатских диссертаций аспирантов РНЦХ.

*Председатель счетной комиссии проф. М.М. Каабак* доложил о результатах тайного голосования – члены Ученого совета большинством голосов поддержали кандидатуру проф. О.Г. Скипенко на должность заместителя директора по науке, а кандидатуры 3 научных сотрудников РНЦХ – для выдвижения на премию Президента РФ молодым ученым за 2009 год.

На этом повестка дня Ученого совета была исчерпана.

## В ДИССЕРТАЦИОННОМ СОВЕТЕ РНЦХ

29 сентября 2009 года на заседании Диссертационного совета Д.001.027.01 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН состоялась защита кандидатской диссертации **Петренко Павла Николаевича** на тему: «**Показания и результаты хирургического лечения больных с гемодинамически незначимыми стенозами внутренних сонных артерий**» по специальностям 14.00.44 – сердечно-сосудистая хирургия и 14.00.19 – лучевая диагностика, лучевая терапия. Научные руководители: член-корр. РАМН, проф. А.В. Гавриленко, академик РАМН, проф. В.А. Сандриков.

*Данная работа была предпринята с целью разработать показания к хирургическому лечению больных с гемодинамически незначимыми стенозами внутренних сонных артерий. Клинический материал диссертации включил 102 пациента – группа А (n=48) (каротидная эндартерэктомия), в которую вошли больные с клиникой полушарных транзиторных ишемических атак за последние 6 месяцев и больные после малого или среднего ишемического инсульта ipsilateralной локализации (срок давности не менее 6 месяцев); и группа В (n=54) (контрольная группа) – больные, которым каротидная эндартерэктомия не выполнена из-за тяжести сопутствующей патологии, первоочередной коррекции другого сосудистого бассейна или асимптомного течения болезни. Автором установлено, что показанием для каротидной эндартерэктомии у пациентов с гемодинамически незначимыми стенозами внутренних сонных артерий является наличие нестабильной эмбологеноопасной атеросклеротической бляшки I или II, III типа с неровной/изъязвленной поверхностью; каротидная эндартерэктомия снижает риск возникновения транзиторной ишемической атаки и инсульта за трехлетний период наблюдения в 2 раза; это доказывает эффективность, целесообразность и необходимость выполнения данной операции для лечения больных с транзиторными ишемическими атаками и для профилактики возникновения у них ишемического инсульта.*

20 октября 2009 года на заседании Диссертационного совета Д.001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН состоялась защита кандидатской диссертации **Рукавичникова Валерия Михайловича** на тему: «**Периферический немелкоклеточный рак легкого: современная диагностика и результаты хирургического лечения**» по специальности 14.00.27 – Хирургия. Научный руководитель работы: доктор медицинских наук, профессор В.Д. Паршин.

*Данная работа была предпринята с целью улучшить результаты хирургического лечения больных периферическим немелкоклеточным раком легкого за счет совершенствования диагностического процесса.*

*Материал диссертации включил 445 больных, лечившихся в Онкологическом клиническом диспансере № 1 г. Москвы и РНЦХ РАМН. Автором установлено, что для периферического рака легкого характерно бессимптомное течение, отмеченное у 87,5% больных. Комплексное обследование с использованием КТ, ОГК, МРТ и ПЭТ позволяет у 88,4% больных до операции правильно установить диагноз, оценить распространенность рака легкого и обосновать показания к выбору объема операции. Благодаря усовершенствованию диагностики и развитию хирургии летальность и частоту осложнений после операции по поводу периферического рака легкого в настоящее время удалось снизить до 3,1% и 15,1% соответственно. При стадии IА более 5 лет прожили 54,5% больных, при IА стадии – 22,9%, при IIIА – 12,8% пациентов.*

17 ноября 2009 года на заседании Диссертационного совета Д.001.027.01 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН состоялась защита кандидатской диссертации **Волошина Алексея Григорьевича** на тему: «**Мультимодальное обезбоживание после операций на толстой кишке**» по специальностям: 14.00.37 – Анестезиология и реаниматология и 14.00.27 – Хирургия. Научные руководители работы: д.м.н. В.В. Никода, д.м.н., проф. П.В. Царьков.

*Цель работы: повысить качество лечения больных с применением мультимодального обезбоживания после операций на толстой кишке. Диссертация представляет собой проспективное одноцентровое рандомизированное контролируемое исследование, в ее основу положен анализ результатов абдоминальных операций у 124 пациентов, из них 94 больных, оперированных на толстой кишке. Автором установлено, что применение мультимодальных схем анальгезии улучшает эффективность обезбоживания у пациентов после операций на толстой кишке по сравнению с моноанальгезией промедолом. Нежелательные явления отмечаются у 10% пациентов с применением парацетамола, лорноксикама и ропивакаина, у 48% больных – с применением парацетамола, ропивакаина и трамадола и у 50% пациентов при проведении моноанальгезии промедолом методом КПА. Частота развития осложнений не зависит от вида послеоперационной анальгезии и составляет 24%. Применение двух аппаратов КПА позволяет выявить наиболее предпочтительное для него обезбоживание.*

24 ноября 2009 года на заседании Диссертационного совета Д.001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН состоялась защита кандидатской диссертации **Дмитренко Екатерины Викторовны** на тему: «**Лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией и заболеваниями системы крови**» по специальности 14.00.27 – Хирургия. Научный руководитель работы: д.м.н. Е.А. Киценко.

*Цель диссертации: разработать тактику лечения и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) и заболеваниями системы крови. В основу работы лег анализ результатов лечения 74 больных с ВПГ и хроническими миелопролиферативными заболеваниями (ХМПЗ). Автором впервые в РФ проведен анализ результатов лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у больных с ХМПЗ и доказана необходимость комплексного подхода к лечению данной категории больных. Для ХМПЗ характерно развитие обструкции воротной и селезеночной вен. Доказана эффективность оперативных методов профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у подобных пациентов при проведении патогенетически обоснованной терапии ХМПЗ. Выявлены факторы риска развития рецидивов кровотечений из ВРВ пищевода и желудка. Разработан алгоритм тактики ведения больных с ВПГ и ХМПЗ в экстренных и плановых ситуациях.*

8 декабря 2009 года на заседании Диссертационного совета Д.001.027.02 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН состоялась защита двух кандидатских диссертаций:

**Инаков Аъзам Ганиевич: «Непосредственные и отдаленные результаты и качество жизни больных после протезирующей герниопластики»** по специальности 14.00.27 – Хирургия. Научный руководитель работы: д.м.н. А.Л. Шестаков.

*Цель данной диссертации – оценка особенностей реабилитации и качества жизни больных с тупочными, эпигастральными и послеоперационными грыжами в ранние и отдаленные сроки после протезирующей герниопластики. Автором уточнено влияние сопутствующих заболеваний и степени ожирения, а также сочетанных вмешательств на течение послеоперационного периода. Определены параметры грыжи, влияющие на сроки реабилитации и качество жизни больных, выявлены причины и частота развития хронической боли и дискомфорта в отдаленные сроки. Показана принципиальная возможность выполнения сочетанных вмешательств у больных с грыжами передней брюшной стенки. Протезирующая герниопластика с предбрюшинным размещением протеза дает хороший результат в 98,1% случаев. Оценка общего качества жизни больных продемонстрировала существенное улучшение по всем исследуемым параметрам. Незначительные болевые ощущения, развившиеся в отдаленные сроки, были обусловлены наличием сетчатого протеза в передней брюшной стенке лишь у 7,0% пациентов, чувство «инородного тела» наблюдалось у 3,5% оперированных.*

**Шапошников Роман Анатольевич: «Тактика «контроля повреждений» в лечении тяжелой абдоминальной травмы»** по специальности 14.00.27 – Хирургия. Научный руководитель работы: д.м.н. Г.В. Манукьян.

*Цель данной диссертации – обоснование основных путей в улучшении результатов хирургического лечения пациентов с тяжелой абдоминальной травмой при использовании тактики «контроля повреждений». Автором систематизированы основные причины неудовлетворительных результатов лечения пациентов с травмой живота, обоснованы основные пути их улучшения с помощью тактики «контроля повреждений», уточнены показания к данной тактике, рекомендован алгоритм действий хирурга и обоснована необходимость использования декомпрессивных методов закрытия живота. Уточнены сроки и показания к проведению проگرامмированной релапаротомии при применении тактики «контроля повреждений». Объем повторной операции заключается в окончательном устранении повреждений, восстановлении нарушенных анатомических взаимоотношений. Сравнительная оценка традиционной тактики и тактики «контроля повреждений» свидетельствует о том, что соблюдение принципов, предусматривающих проведение этапного лечения с учетом выявленных факторов риска позволяет снизить послеоперационную летальность с 81,8% до 30%.*



## НОВЫЕ ПРОЕКТЫ ЦЕНТРА

## НАУЧНЫЕ СРЕДЫ РНЦХ

Начиная с 16 сентября 2009 года каждую третью среду месяца ведущие специалисты РНЦХ читают лекции на наиболее актуальные научные темы. Темы лекций должны отвечать трем критериям: 1) актуальность, 2) дискуссионность, 3) достаточность опыта, накопленного в РНЦХ. Приветствуется открытое обсуждение содержания лекций. В рамках проведения научных сред могут осуществляться демонстрации больных, разборы наиболее интересных и редких клинических наблюдений.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕСАДКИ СЕРДЦА: НАДЕЖДЫ И РАЗОЧАРОВАНИЯ

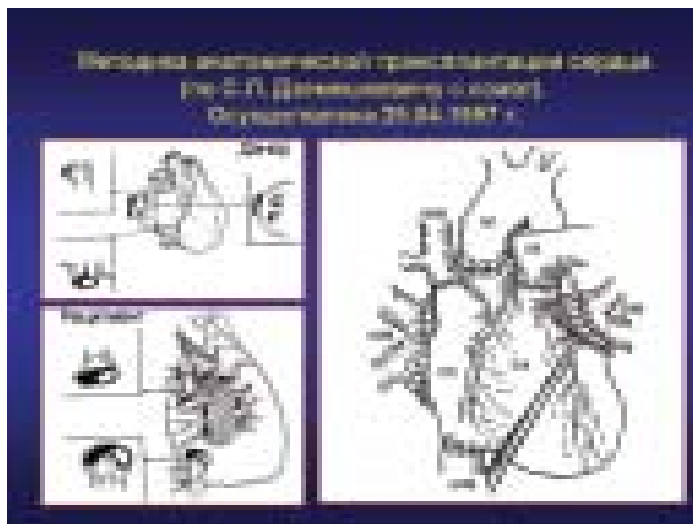
Лекция профессора С.Л. Дземешкевича 16 сентября 2009 года

Приводимые сегодня материалы посвящены самым трудным вопросам, накопившимся за последние 20 лет в проблеме пересадки сердца. Необходимо отметить, что РНЦХ является основным участником начала решения этой проблемы в нашей стране. В данной лекции мы попытаемся осуществить проекцию накопленного в РНЦХ опыта на мировой опыт трансплантации сердца.

Обсуждаемый сегодня материал был трижды доложен на различных научных конференциях и симпозиумах в РФ, но некоторые слушатели воспринимали его, как некую рекламную акцию. Мы надеемся, что честный анализ опыта РНЦХ в пересадке сердца будет правильно воспринят аудиторией.

Первую трансплантацию сердца в клинике сделал американский ученый Д. Харди в 1964 г. — это была ксенотрансплантация от шимпанзе человеку, закончившаяся неудачно. После первой в мире аллотрансплантации сердца, которую в декабре 1967 г. осуществил южноафриканский хирург К. Барнард, в СССР попытки выполнения этой операции предприняли А.А. Вишневецкий (1968), Г.М. Соловьев (1971), В.И. Бураковский (1983), А.Б. Зорин (). Всего в РФ на сегодняшний день сделано 229 пересадок сердца. Наибольший опыт накоплен в НИИТИО им. В.И. Шумакова Ростехнологий, РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Недавно первая пересадка сердца сделана в Московском НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Сейчас этой проблемой активно занимаются также в Екатеринбурге и Новосибирске.

Необходимо сказать, что гипотеза о том, что реципиента можно провести через серию ретрансплантаций и тем самым значительно продлить его жизнь, оказалась несостоятельной. При ретрансплантации сердца также закономерно наблюдается первичная дисфункция трансплантата, острое отторжение и коронароангиопатия. Выживаемость реципиентов после повторной



пересадки сердца составляет: 1-й год — 39%, 5 лет — 34%, 10 лет — 20–27%.

Гипотеза о значительно большей иммунотолерантности у маленьких детей и возможности у них надежного приживления трансплантата также не подтвердилась. Выяснилось, что у детей посттрансплантационный период протекает так же, как у взрослых. Если выживаемость в общей группе реципиентов (по данным JSHLT, апрель 2009): 5 лет ~ 70% и 10 лет ~ 50%, то выживаемость у детей выглядит следующим образом: 1-й год 95,3%, 5 лет — 60%, 10 лет — 42,3%. Поэтому необходим поиск новых (возможно принципиально иных, чем трансплантация сердца) подходов для продления жизни детей с дисфункциями миокарда в конечной стадии сердечной недостаточности.

Необходимо также отметить, что сейчас во всем мире снижается авторитет трансплантации сердца как среди населения, так и среди врачей. Так, в США при наличии прекрасно организованной донорской службы за последние годы в 2 раза снизилось количество пересадок, рост наблюдается только в Испании. Во многом это связано с отрицательным отношением общества к понятию мозговой смерти, а также из-за несостоятельности вышеназванных 2 гипотез.

В РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН пересадка сердца сделана 26 больным. По нашим данным, выживаемость реципиентов составила: в первые 3 мес. — 100%, 3 года — 80%, 5 лет — 75%,

10 лет — 45%. Десятилетний срок пережили 9 пациентов, сейчас живы 5 человек, из них 2 пациента живут уже 20-й год после операции.

Основными проблемами у пациентов, переживших 10-летний срок, являются: коронароангиопатия (у 60% больных), кардиомицитотоксия и фиброз миокарда, сердечная недостаточность, почечная недостаточность (у 30–40%); развитие онкозаболеваний (у 30–35% больных).

К 1998 г. нами была сформулирована концепция посттрансплантационной кардиомиопатии. В связи с этим всем больным после пересадки сердца необходимо 2 раза в год проводить коронарографию, так как в результате васкулопатии трансплантата могут развиваться инфаркты миокарда. Необходимо отметить, что бляшки в коронарных артериях у этих пациентов другого качества — они легче поддаются рентгеноэндоваскулярной дилатации и коронароангиопластика у подобных пациентов дает длительный эффект. Интересно также и то, что почти у всех больных бляшки появляются вновь в одном и том же месте. Одному из наших пациентов сделали 15 эндоваскулярных ангиопластик. В НИИТИО им. В.И. Шумакова таким больным ставят стенты в пораженные коронарные артерии, но это более рискованно из-за часто наблюдающихся нарушений реологических свойств крови.

Что касается методики и техники трансплантации сердца, то необходимо отметить, что при использовании методики Шамвэя наблюдаются нарушения внутрисердечной гемодинамики, так как предсердия донорского сердца и их остатки у реципиента сокращаются в противофазе. В 1996 г. проф. С.Л. Дземешкевичем предложена методика полного удаления сердца реципиента и наложения 6 сосудистых анастомозов (т.н. «анатомическая трансплантация сердца»), которая хорошо себя зарекомендовала. Вторую серию операций мы планируем выполнять по этой более совершенной методике.

На успех пересадки сердца оказывают влияние множество других факторов. Так, на донорском этапе большое значение имеют: время консервации, исходная недостаточность донорского сердца, требовавшая введения кардиотоников, наблюдавшиеся у донора различные нарушения гомеостаза, а также травма миокарда. Это ведет к отеку, повреждению кардиомиоцитов и эндотелия сосудов, нарушениям перфузии миокарда. В раннем периоде после пересадки сердца основную опас-

ность представляют острое отторжение, избыточные дозы кардиотоников, цитомегаловирусная инфекция. Все это также ведет к повреждению кардиомиоцитов и эндотелия сосудов миокарда, а значит – к его фиброзу. В отдаленном периоде главными неблагоприятными факторами являются атеросклероз и ускоренная васкулопатия.

В результате предварительного анализа всех этих проблем выявляются определенные надежды на улучшение отдаленных результатов пересадки

сердца, в частности – достижения 30-летних сроков выживания реципиентов. Так, плазмаферез и своевременная эндovasкулярная ангиопластика по-видимому могут значительно улучшить перфузию миокарда и снизить негативные эффекты хронической и острой ишемии. В то же время гибернирующие кардиомиоциты и стволовые клетки в донорском сердце вероятно смогут стать резервом, длительно поддерживающим его сократительную функцию.

## СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

Лекция профессора О.Г. Скипенко 21 октября 2009 года

За последние 10 лет произошел значительный прогресс в хирургической гепатологии. По всем разделам этой большой и многогранной проблемы в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН накоплен уникальный опыт.

Эпидемиология очаговых заболеваний печени в настоящее время такова: первичные опухоли печени встречаются с частотой 2–30 на 100 тыс. населения; вторичные опухоли (в т. ч. колоректальные и другие метастазы рака): 40–600 на 100 тыс.; доброкачественные очаговые образования: паразитарные – альвеококк – 1–20 на 100 тыс., эхинококк 13–220 на 100 тыс. населения; гемангиомы составляют 1–20%, непаразитарные кисты – 0,1–2% всех очаговых образований печени.

В РНЦХ к настоящему времени выполнено 450 резекций печени, с частотой осложнений 40,7%, и летальностью – 1,1%. Сейчас в РНЦХ широко используются дополнительные методы при резекциях печени: полное сосудистая изоляция, маневр Прингла – 40%, пленка «Тахокомб» – 82%, «НовоСэвен» – 2,1%, VII фактор свертывания, метод водоструйной диссекции – 27%, гормональная поддержка – 39%, солумедрол – 25% операций.

**Колоректальный рак** сейчас занимает 3-е место в структуре заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. При этом у 70% больных развиваются **метастазы в печени**.

5-летняя выживаемость при использовании различных методов лечения метастазов колоректального рака в печени: химиотерапия (без операции) – 0–2%; малоинвазивные методы (РЧА) – 22%, двухэтапные операции – 28%. После комбинированных операций: одномоментных (резекция кишки + резекция печени) – 21%; резекция печени + лимфаденэктомия – 0–18%. Резекции печени (± химиотерапия) дают 5-летнюю выживаемость 30–60%. Если резекция печени выполняется по поводу рецидива метастазов, этот показатель составляет 32–38%.

С целью исследования гепатотоксичности химиотерапии в РНЦХ создан протокол рандомизированного монотрансферного исследования, проведенного в 2005–2009 г.г. У 60 пациентов в 2 группах исследован 161 образец ткани печени. Результат исследования показал, что химиотерапия приводит к фиброзу и жировой дистрофии ткани печени, но не оказывает влияния на число послеоперационных осложнений.

Первая РЧА метастазов колоректального рака в печени была сделана в РНЦХ в январе 2003 г. Число больных в группе РЧА составило 23 человека; РЧА + резекция выполнена у 26; РЧА + резекция (двухэтапные операции) – у 4 человек. В лечении рецидивов метастазов рака РЧА применена у 14 больных. Открытая РЧА выполнена у 72, чрескожная – у 3 больных.

При метастазах колоректального рака сделана 201 резекция печени с летальностью 1,0%. Осложнения развились у 63 (31,3%) человек. Главная проблема – это билиарные осложнения, которые развились у 25,7% больных.

С 2005 г. РНЦХ РАМН включен в международную базу данных по метастатическому колоректальному раку LIVERMETSURVEY. Эта база данных включает 10 499 пациентов из 240 медицинских центров 53 стран мира.

Недавно в РНЦХ совместно с Центром протеомных исследований НИИ БМХ РАМН проведено проспективное исследование (Гос. контракт № 02.512.11.2028) по ранней диагностике метастазирования злокачественных опухолей. В результате разработана оригинальная методика протеомного анализа с использованием разделения целых белков микросом клеток печени путем новейшего способа хроматографии.

**Гепатоцеллюлярный рак** занимает 16-е место в структуре заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. Заболеваемость в Европе составляет 2 на 100 тыс. населения, в Азии и Африке – 30 на 100 тыс. У 70% подобных пациентов развитие

рака наблюдается на фоне перенесенного гепатита В или С. Опыт РНЦХ включает 76 больных гепатоцеллюлярным раком, из них резекция печени сделана у 22, РЧА – у 3, ТАХЭ – у 9, пересадка печени – у 3 пациентов.

**Доброкачественные новообразования печени.**

**Гемангиомы.** Консервативного лечения этого заболевания не существует. Из всех обратившихся за помощью оперируются 4–6%. Число наблюдавшихся в РНЦХ больных составило 307, из них оперировано – 31 (10%). Резекция печени выполнена у 26, энуклеация гемангиомы – у 5 больных. Осложнения развились у 19,3% оперированных. Хорошие отдаленные результаты получены у 100% пациентов.

**Альвеококкоз печени.** Для этого тяжелого паразитарного заболевания характерны 1) поздняя диагностика и 2) многоэтапное лечение. По данным литературы, операбельность при альвеококкозе печени составляет 30%, а 5-летняя выживаемость после резекции печени – 88%. После трансплантации печени 5-летняя выживаемость равна 46%, при этом у 26% больных возникает реинфекция (Bresson-Hadni S. 1999, 2000).

В РНЦХ оперировано 28 больных альвеококкозом печени, из них у 23 сделана резекция печени, паллиативные операции предприняты у 5 человек. Частота хороших отдаленных результатов составила 75%.

**Портальная гипертензия.**

Частота цирроза печени (ЦП) среди мирового населения колеблется от 1 до 11% (данные ВОЗ). Вирусная этиология ЦП составляет 60%, алкогольная – 40%. Средний возраст больных – 46 лет. Продолжительность жизни после установления диагноза – меньше 8,6 лет. Синдром портальной гипертензии (ПГ) – неблагоприятный прогностический фактор. Средняя продолжительность жизни больных с ПГ около 18 мес. Пищеводно-желудочное кровотечение – причина смерти 51% больных. Этиология ПГ: 80% цирроз пече-



ни + 20 % – внепеченочные причины.

Число пациентов (1990–2009 гг.) в РНЦХ РАМН: цирроз печени – 5 045, внепеченочная ПГ – 1415 человек. Медикаментозное лечение проводилось у 12%, эндоскопическое у 47%, эндоваскулярная эмболизация у 8%, операции – у 33% больных. Шунтирующие операции сделаны у 590, нешунтирующие операции – у 985 больных.

Отдаленные результаты: 5-летняя выживаемость больных ЦП после шунтирующих операций: в классе А – 91 % и в классе В – 51 %. Достоверной разницы в группе пациентов с субкомпенсированным ЦП (класс В) после шунтирующих и нешунтирующих операций нет. После эндоскопического лигирования ВРВ 5-летняя выживаемость составила 96,4%, после эндоскопического склерозирования – 75%.

Эндоскопические технологии являются лечебными мероприятиями «первой линии», которые позволяют снизить угрозу рецидива пищеводно-желудочного кровотечения. Развитие эндоваскулярных методов позволит повысить качество лечения синдрома ПГ.

Шунтирование с дозированной декомпрессией портальной системы – операция выбора при ЦП класса А.

Портокавальный анастомоз у больных с внепеченочной ПГ – наиболее радикальное вмешательство.

Каждый больной ЦП класса В и С по Чайлд-Пью должен рассматриваться как кандидат на пересадку печени.

#### Трансплантация печени

Первая ортотопическая трансплантация печени в РФ выполнена 14.02.1990 г. в РНЦХ бригадой хирургов во главе с проф. А.К. Ерами-

шанцевым. В марте 1994 г. сделана трансплантация фрагмента печени от живого родственного донора (РНЦХ, С.В. Готье с соавт.). В ноябре 1997 г. – трансплантация правой доли от живого родственного донора (РНЦХ, С.В. Готье с соавт.). 18.02.2008 г. – «SPLIT»-трансплантация (РНЦХ, НИИТИО).

Показания к пересадке печени (по данным РНЦХ): цирроз печени N=151 (52%), онкозаболевания N=13 (4,5%), врожденные аномалии и пороки развития N=54 (19%), метаболические заболевания N=19 (6,5%), другие заболевания N=54 (19%). Ортотопическая пересадка от трупных доноров сделана 39 реципиентам. Среднее время консервации печени составило 8,5±0,2 часа. Осложнения отмечены в 20,5 % наблюдений, летальность 32,4 %. Выживаемость: 1-летняя 67,6 %, 3-летняя 56,8 %, 5-летняя выживаемость – 51,4 %.

К факторам хорошего прогноза пересадки печени относятся: исходное состояние больного (Child-Pugh A-B, MELD<10 (PELD<20)); совпадение антигенов HLA более 2; отсутствие персистирующей инфекции в условиях длительной медикаментозной иммуносупрессии; частота кризов отторжения трансплантата не более 1 раза в год; отсутствие поздних билиарных и сосудистых осложнений.

Перспективы развития трансплантации печени связаны с рядом факторов, и один из главных – донорство. Необходимо развитие посмертного донорства органов; создание общенационального реестра больных, ожидающих трансплантации, в том числе объединенного государственного листа ожидания трупной печени; повсеместное

внедрение протоколов оценки смерти мозга; создание единой системы координационных центров органного донорства по зональному принципу.

Усовершенствование иммуносупрессии связано с дальнейшим изучением феномена иммунотолерантности и процессов микрохимеризации; созданием новых препаратов для проведения длительной медикаментозной иммуносупрессии; созданием новых протоколов и схем иммуносупрессии на базе уже существующих препаратов.

Перспективные направления: изучение дисметаболических процессов и адаптивных реакций, связанным с реперфузионной травмой трансплантата; изучение ИГХ маркеров сосудистых, билиарных и иммунологических осложнений; иммунологическое сближение с человеком генетически измененных животных для использования их в качестве органных доноров.

#### Заключение

Дальнейшие успехи хирургической гепатологии связаны с наращиванием объема доказательных исследований, при этом необходимо руководствоваться имеющимися подходами комбинированного лечения пациентов с опухолевыми поражениями печени.

Улучшение результатов лечения синдрома ПГ напрямую зависит от профилактического подхода, в котором главное место играет развитие малоинвазивных технологий.

Совершенствование трансплантационных программ в России даст возможность значительно повысить радикальность лечения пациентов с ЦП и занять достойное место в мировой науке в этом вопросе.

## ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЛЕГКИХ

### Лекция профессора В.Д. Паршина 18 ноября 2009 года

Выдающийся российский трансплантолог-экспериментатор Владимир Петрович Демихов (1916–1998) в 1947 г. впервые показал принципиальную возможность выполнения аллотрансплантации легких в эксперименте.

Американский ученый James D. Hardy (1918–2003) в 1963 году сделал первую в мире пересадку легкого в клинике. Реципиентом был 58-летний мужчина с диагнозом: «Рак левого главного бронха. ХОБЛ тяжелого течения». Пересадка одного легкого ему была сделана 11 июня 1963 г. Иммуносупрессия проводилась с помощью азатиоприна, преднизолона и облучения зоны тимуса. Пациент умер на 18 суток после операции. Непосредственной причиной смерти послужила острая почечная недостаточность.

В 1974 году Jean Francois Borel открыл иммуносупрессивный препарат

циклоsporин. С этого момента началась новая эра в трансплантологии.

Согласно данным Международного регистра (2008 г.) количество легочных трансплантаций за период с 1 июля 2006 по 30 июня 2007 гг. составило: сердце-легкие – 63, легкие – 2099. Общее количество сделанных пересадок во всем мире к 30 июня 2007 г.: сердце-легкие – 3341, легкие – 25950.

В РФ до сих пор сделано только 4 трансплантации легких, последняя – в РНЦХ в мае с.г. Предпоследняя пациентка, которой в 2006 г. в Санкт-Петербурге выполнена пересадка обоих легких бригадой хирургов во главе с проф. Массаром (Франция), сейчас жива, ведет активный образ жизни.

Общим показанием к пересадке легких (у взрослых) является терминальная стадия легочного заболевания. Общие условия для этого:

1. Прогрессирующее обструктивное, фиброзирующее или сосудистое заболевание легких с высоким риском смерти в течение 2–3 лет.

2. Неэффективная альтернативная терапия.

3. Выраженные функциональные ограничения.

4. Возраст не более: для комплекса «сердце-легкие» – 55 лет; для двух легких – 60 лет; для одного легкого – 65 лет.

Частные заболевания: ХОБЛ, муковисцидоз, идиопатический легочный фиброз, первичная легочная гипертензия, синдром Эйзенменгера и др.

С 1937 по 1992 гг. в нашей стране действовало Постановление Совнаркома СССР «О порядке проведения медицинских операций», согласно которому тела граждан после смерти становились государственной собственностью, которую медики могли исполь-

зовать в общественных интересах. В 1992 году законодательство РФ о трансплантологии было приведено в соответствие с принципами, разработанными ВОЗ, и был принят Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

#### Основные понятия органного донорства:

– потенциальный донор – это пациент с доказанным инкурабельным поражением головного мозга, находящийся в состоянии атонической комы или прогрессирующего ухудшения гемодинамических показателей на фоне применения полного комплекса поддерживающих жизнь мероприятий;

– смерть человека – это состояние необратимой гибели организма как целого. Может быть констатирована на основании диагноза смерти мозга и на основании необратимого прекращения дыхания и сердечной деятельности;

– смерть мозга – это состояние, наступающее при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга и регистрируемое при работающем сердце и ИВЛ;

– эффективный донор – умерший человек, у которого в соответствии с действующим законодательством изъяты органы для трансплантации.

#### Основные принципы диагностики смерти мозга:

1) Установление диагноза смерти мозга является самостоятельной и независимой диагностической процедурой, не связанной с деятельностью трансплантологической службы.

2) В соответствии с «Инструкцией по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» предусмотрен комплекс клинических критериев, которые обязательны для установления диагноза смерти мозга:

– полное и устойчивое отсутствие сознания (кома);

– атония всех мышц;

– отсутствие реакции на сильные болевые раздражители в области тригеминальных точек и любых других

рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга;

– отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет;

– отсутствие корнеальных, окулоцефалических, окуловестибулярных, фаринго-трахеальных рефлексов;

– отсутствие самостоятельного дыхания, подтвержденного с помощью теста апноэтической оксигенации.

Дополнительные (необязательные) тесты, подтверждающие смерть мозга – это транскраниальная доплерография и электроэнцефалография.

Абсолютные противопоказания к пересадке легких для донора:

– Доказанная системная инфекция;

– Злокачественные опухоли, кроме некоторых опухолей головного мозга;

– Инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ, сифилис);

– Известные анамнестические и клинические сведения о наличии сахарного диабета, гипертонической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний тяжелого течения;

– Длительный период гипотензии или асистолии, необратимые ишемические повреждения органов.

При мультиорганном заборе изъятие органов производится в следующей последовательности: сердце, легкие, печень, поджелудочная железа, тонкая кишка, почки. При этом сердце можно забирать в сроки до 4 час. после смерти донора, легкие – до 4–6 час.

Лечение после трансплантации легких включает иммуносупрессию, противомикробное лечение, лечение реперфузионного повреждения и основного заболевания, коррекцию ДН, СН, КОС, нутритивную поддержку.

Ранние осложнения послеоперационного периода:

– Реперфузионное повреждение;

– Острое отторжение трансплантата;

– Инфекционные осложнения (бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные).

Хирургические осложнения (кровотечение, сужение анастомозов, несосто-

тельность бронхиального анастомоза).

*Для реперфузионного повреждения* характерным клиническим проявлением служит некардиогенный отек легких. Факторы риска: маргинальный донор, ишемия и рециркуляция трансплантата, ИК. Лечение: обеспечение адекватной оксигенации, купирование системного воспалительного ответа.

*Сверхострое отторжение.* Факторы риска: гемотрансфузии, резус-конфликт, АВО-несовместимость, ретрансплантация. Методы профилактики и лечения: определение предсуществующих антител; cross-match, плазмаферез, иммуноабсорбция.

*Острое отторжение.* Факторы риска: первичная дисфункция трансплантата, инфекционные осложнения. Клинические проявления неспецифичны: субфебрильная температура, одышка при физической нагрузке, непродуктивный кашель, хрипы при аускультации, десатурация при нагрузке, снижение скорости выдоха при спирометрии >10%, лейкоцитоз, при рентгенографии легких – инфильтративные тени. «Золотым стандартом» диагностики острого отторжения является трансбронхиальная биопсия. При минимальной степени тяжести острого отторжения лечения не требуется, при легкой, умеренной и тяжелой степенях применяется пульс-терапия кортикостероидами.

Выживаемость после трансплантации легких (по данным University of Southern California, Los Angeles) (n=202) через 1 год после кадаверной пересадки – 75%, после двусторонней пересадки доли легкого от живого донора – 70%, через 2 года – 68% и 58% соответственно, через 3 года – 65% и 52% соответственно, через 4 года – 59% и 51% соответственно.

*Заключение.* Адекватное финансовое обеспечение, подготовка кадров, правильная организация донорской, реанимационной и диагностических служб позволят приступить к пересадкам легких в широких масштабах.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

Лекция зав. лабораторией медицинской генетики РНЦХ д.м.н. Е.В. Заклязьминской 16 декабря 2009 года

Сегодня практически не осталось болезней, в формировании которых не было бы установлено наследственной компоненты. Заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее частой причиной смертности во всем мире. Постоянное накопление информации привело к пониманию того, насколько значительную роль в развитии этих заболеваний играют генетические факторы. Наиболее распространенные ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклероз и артериальная гипертензия

(АГ) являются мультифакториальными заболеваниями. В формирование клинического фенотипа при этих заболеваниях приблизительно равный вклад вносят наследственность и среда. Для каждого заболевания существует достаточно большое число генов, различные аллельные формы которых влияют на вероятность развития, скорость прогрессирования и выраженность клинических симптомов заболевания. Как правило, генами предрасположенности являются те гены, белковые продукты которых прямо или косвенно

вовлечены в патогенез заболевания. Наряду с мультифакториальными, существует целый ряд моногенных заболеваний, для развития которых достаточно наличия мутации в одном гене.

В настоящее время описано около 4,5 тысяч моногенных наследственных синдромов, при которых наблюдается вовлечение в патологический процесс сердца и/или сосудов. Известно около сотни наследственных заболеваний, при которых поражения сердца и сосудов являются ведущими в клинической картине. Даже из общей струк-

туры таких классических мультифакториальных заболеваний, как ИБС и АГ, вычлняются все большее число моногенных форм, которые наследуются по менделевскому типу.

При моногенных заболеваниях мутации в одном и том же гене могут приводить к разным клиническим проявлениям, и наоборот, ряд заболеваний, имеющих одинаковые проявления, вызываются мутациями в разных генах. Этот феномен определяет значительную генетическую гетерогенность и широкий клинический полиморфизм моногенных наследственных болезней, которые могут наследоваться по аутосомно-доминантному типу (достаточно мутации в одной из гомологичных хромосом), аутосомно-рецессивному типу (из-за наличия двух мутаций; гетерозиготные носители не болеют) или иметь X-сцепленный характер наследования (болеют только гемизиготные мальчики, женщины являясь здоровыми носительницами).

Предметом ДНК-диагностики является исследование гена с целью выявления мутаций (прямой подход ДНК-диагностики), либо исследование сегрегации заболевания в семье с полиморфными участками ДНК (маркерными локусами), сцепленными с поврежденным геном, для определения поврежденную или здоровую хромосому получит консультируемый (косвенный подход ДНК-диагностики).

Прямые методы позволяют определять конкретные мутации в конкретных генах, что является причиной возникновения того или иного наследственного заболевания. Для некоторых заболеваний возможно проведение беспробандной диагностики, то есть определение носительства мутаций в гетерозиготном состоянии у родителей в отсутствие больного ребенка. Однако, для прямой диагностики существует ряд ограничений: во-первых, необходимо обязательное знание структуры гена; во-вторых, она может быть информативна не для всех семей.

Косвенные методы используются только при семейном анализе и нали-

чи биологического материала больного. Краеугольным камнем этого подхода ДНК-диагностики является уверенность врача-генетика в поставленном диагнозе, так как ни подтвердить, ни опровергнуть его при использовании этих методов невозможно. Информативность метода косвенной диагностики составляет практически 100%, однако помимо абсолютной уверенности врача в клиническом диагнозе необходима еще и абсолютная уверенность в наличии только одного локуса для данного заболевания (правда, ген может оставаться неизвестным). Наиболее успешным является использование прямого метода ДНК-диагностики в сочетании с семейным анализом.

В настоящее время в основе и прямых и косвенных методов ДНК-диагностики практически всех моногенных наследственных заболеваний лежит использование полимеразной цепной реакции, что позволяет анализировать любой заранее заданный участок генома при исследовании минимальных количеств ДНК, полученных из любых биологических образцов (в том числе пренатальных и постмортальных).

Существует несколько видов ДНК-диагностики: пренатальная, пресимптоматическая, подтверждающая и диагностика носительства. Так как ДНК не меняется в течение всей жизни человека, то ее исследование позволяет получать результаты еще до рождения ребенка, и, в случае прогноза рождения больного ребенка, родители могут прервать беременность на ранних сроках. Для ряда заболеваний целесообразно проведение пресимптоматической диагностики, позволяющей начать комплекс лечебно-профилактических мероприятий задолго до развития клинической картины. Значительный клинический полиморфизм часто не позволяет точно поставить диагноз — в этом случае возможно проведение подтверждающей или дифференциальной ДНК-диагностики, что является принципиально важным в ряде случаев с точки зрения назначения лечения и прогноза потомства. Диагностика но-

сительства также принципиально важна, так как позволяет оценить шансы рождения здорового ребенка.

Положительные результаты генетического исследования (выявленные мутации) используются как для проведения медико-генетического консультирования, так и в практике врачей-кардиологов и кардиохирургов, осуществляющих непосредственное наблюдение за пациентом. Идентификация мутации у пробанда позволяет провести быструю диагностику заболевания у родственников пациента и выявить лиц, нуждающихся, по меньшей мере, в тщательном обследовании и наблюдении врача. Например, по данным Prigoy et al (2003), около 25% больных с синдромом удлинённого интервала QT имеют скрытое течение заболевания, при котором отсутствуют характерные изменения на ЭКГ, но больные имеют, тем не менее, высокий риск ВСС во время первого в жизни синкопального эпизода. Поэтому своевременная пресимптоматическая диагностика позволяет выделить больных группы риска и сформировать оптимальную тактику наблюдения для каждого пациента, с учетом генетических, анамнестических и электрокардиографических данных. В зависимости от пораженного гена, по-разному оценивается влияние пола и возраста, физической нагрузки и других факторов на риск внезапной кардиогенной смерти. В последнее время активно разрабатываются подходы к гено-специфической терапии наследственных нарушений сердечного ритма. Точное знание гена, вовлеченного в патогенез заболевания, позволяет предсказать эффективность различных подходов к его лечению.

Разработка оптимальной стратегии поиска мутаций, правильная оценка их функциональной значимости и наиболее полное использование молекулярно-генетических данных в лечении пациентов с наследственными заболеваниями сердца и кровеносных сосудов возможна только в тесном контакте кардиологов и кардиохирургов со специалистами по ДНК-диагностике.

## ПРЕДСТОЯЩИЕ НАУЧНЫЕ СОБЫТИЯ

В 2010 году в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН планируется провести 14 научных конференций, симпозиумов, съездов, школ, лекционных курсов по различным проблемам хирургии и смежных областей

10-12 февраля 2010 г.: III (VII) Международный симпозиум «Проблемы микрохирургии»; 19 февраля: Московский симпозиум по хирургии аорты; 19 марта: III Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии»; 26 марта: XI сессия Московского общества анестезиологов-реаниматологов; 26-28 марта: 2-ой лекционный курс по анестезиологии-реаниматологии; 21-23 апреля: 14-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии; 26 мая: XIV научно-практическая конференция «Редкие наблюдения и ошибки инструментальной диагностики»; 2-3 июня: XIV Международный интенсивный курс по пластической хирургии; 10-12 сентября: XII Всероссийский съезд анестезиологов-реаниматологов; 29-30 сентября: XIII Международный симпозиум «Современные методы инструментальной диагностики»; 1-3 октября: 3-й лекционный курс по анестезиологии-реаниматологии; 21-22 октября: VII Международная конференция «Актуальные проблемы герниологии»; 19 ноября: IV конференция «Российская школа колоректальной хирургии»; 8-9 декабря: II (VII) съезд Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов.

Более подробную информацию о предстоящих научных событиях можно получить на сайте РНЦХ [www.med.ru](http://www.med.ru).



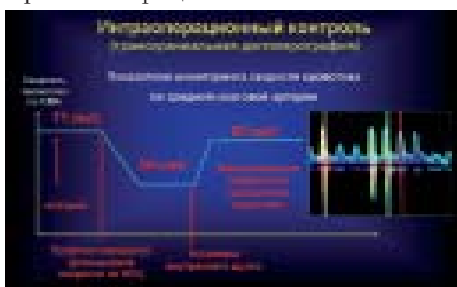
## НА ПЯТНИЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ РНЦХ

25 сентября 2009 года конференция проходила под председательством директора РНЦХ проф. С.Л. Дземешкевича

В своем вступительном слове проф. С.Л. Дземешкевич с удовлетворением отметил, что за прошедший летний период темп хирургической работы в Центре не только не снижался, но по сравнению с прошлым годом значительно вырос. При этом количество «дотационных» отделений в Центре на сегодняшний день уменьшилось в 2 раза. Сейчас перед Центром стоит насущная задача – интенсифицировать работу и к концу года реализовать еще 300 дополнительных квот Минздрава — от этого, в частности, будет зависеть зарплата сотрудников. Также проф. С.Л. Дземешкевич проинформировал присутствующих о том, что 24 сентября на заседании Бюро отделения клинической медицины РАМН проф. О.Г. Скипенко сделал доклад о современных аспектах хирургической гепатологии, который был выслушан с большим вниманием.

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

За период с 16 февраля по 25 сентября 2009 года пролечено 223 пациента, выполнена 201 операция, из них: по высоким медицинским технологиям – 93, страховых – 94, по бюджету – 14 операций. Артериальных реконструкций сделано 123, операций на ветвях дуги аорты – 41, на брюшной аорте и ее висцеральных ветвях – 35, инфраингинальных реконструкций – 47, операций на венозной системе – 64, прочих операций – 14.



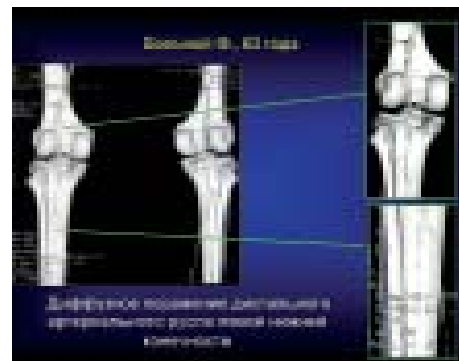
Сегодняшний доклад посвящен двум научным направлениям, которые разрабатывает отделение – это хирургическая профилактика ишемического инсульта головного мозга и комплексное лечение критической хронической ишемии нижних конечностей.

В России ежегодно регистрируется 450.000 мозговых инсультов, причем более 80% инсультов имеют ишемический генез. Последствия инсультов плачевны: после них выживают только 35% больных, из выживших 75% становятся инвалидами и только 25% возвращаются к труду. Член-корр. РАМН А.В. Гавриленко подчеркнул, что каротидная эндартерэктомия яв-

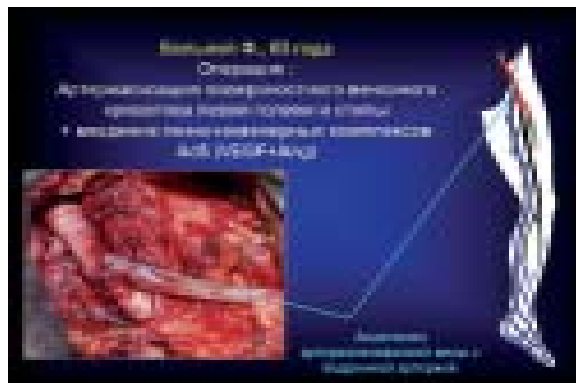
ляется «золотым стандартом» в лечении атеросклеротических поражений сонных артерий, а хирургическая профилактика имеет доказанное превосходство над консервативным лечением. Каротидная эндартерэктомия снижает риск смерти или инсульта в 3,5 раза, 5-летняя эффективность операции достигает 98% и превосходит на 10 лет эффективность медикаментозного лечения. При этом преклонный возраст и сопутствующие заболевания противопоказаниями к этой операции не являются. Однако, при снижении резервов кровотока головного мозга, наличии двусторонних поражений сонных артерий, последствиях инсультов возникает проблема интраоперационной защиты головного мозга от ишемии. В РНЦХ проводится интраоперационная транскраниальная доплерография для контроля скорости кровотока по средней мозговой артерии. Это позволяет во время каротидной эндартерэктомии в случаях необходимости устанавливать временный внутренний сосудистый шунт, предупреждающий ишемию головного мозга во время пережатия сонной артерии.

Член-корр. РАМН А.В. Гавриленко рассказал об успешном хирургическом лечении 2 пациентов с атеросклеротическими поражениями сонных артерий с помощью каротидной эндартерэктомии.

Общее число пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) в России составляет 4–5 миллионов человек. Среднее число новых случаев ХИНК достигает 1000 чел./ на 1 млн населения в год, не менее 20% от этого количества составляют пациенты с критической ХИНК, угрожающей ампутацией. В России ежегодно у 140–150 тысяч человек развиваются критические нарушения микроциркуляции, которые приводят к потере конечности у 30–40 тысяч человек. Прогноз у пациентов в течение 6 месяцев



после установления диагноза критической ХИНК неблагоприятен: 40% больных грозит ампутация, 20% – смерть, и только в 40% случаев можно сохранить конечность. Наибольшую трудность в лечении представляют пациенты с диффузными поражениями дистального артериального русла. Прогноз у таких больных наиболее неблагоприятен. Количество ампутаций на 1 млн населения в год в РФ (500 операций) в настоящее время превышает аналогичный показатель наиболее развитых стран Европы и Америки в 2–2,5 раза.



Существует много видов операций, выполняемых при критической ХИНК. В настоящее время комбинация реконструктивных сосудистых операций с генно-инженерными технологиями стимуляции ангиогенеза считается одним из наиболее перспективных способов улучшения отдаленных результатов лечения пациентов с ХИНК.

Член-корр. РАМН А.В. Гавриленко рассказал об успешной операции артериализации поверхностного венозного русла нижней конечности с введением генно-инженерных комплексов,



которая была успешно выполнена пациенту с критической ХИНК.

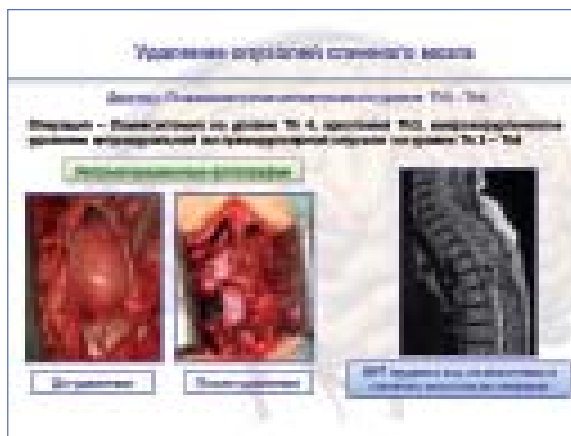
На вопросы проф. С.Л. Дземешкевича, не влечет ли формирование артериовенозного свища на бедре у пациентов с ХИНК к развитию сердечной недостаточности, и где сейчас в основном выполняются сосудистые операции — в общехирургических отделениях или растет число сосудистых отделений, член-корр. РАМН А.В. Гавриленко ответил, что опасности развития сердечной недостаточности у больных после артериализации нет, т.к. в течение года 90% шунтов спонтанно закрываются, но за это время открываются капилляры и происходит компенсация кровообращения в конечности; число сосудистых отделений в стране медленно растет, общие хирурги (особенно в частных клиниках) занимаются в основном лечением заболеваний вен нижних конечностей, но это неправильно, поскольку влечет за собой большое число осложнений. Академик В.С. Савельев также выступает против подобной практики.

На вопрос д.м.н. А.И. Черепанина, может ли быть пересадка большого саленника на микрососудистых анастомозах альтернативой артериализации венозного русла ишемизированной конечности, член-корр. РАМН А.В. Гавриленко ответил, что этим раньше занимались микрохирурги, но, кажется, были получены не очень хорошие отдаленные результаты.

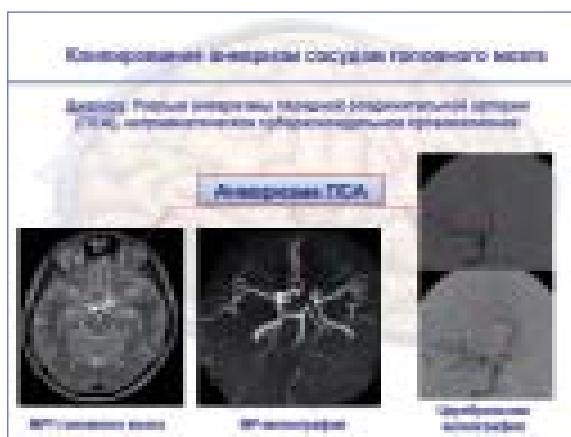
На вопрос академика РАМН А.А. Бунытияна о новом зарубежном препарате, якобы ставшем альтернативой хирургическому лечению ишемии нижних конечностей, член-корр. РАМН А.В. Гавриленко ответил, что этот препарат — дезагрегант, он действительно оказывает хороший эффект, но только на время; на самом деле консервативное лечение критической ХИНК бесперспективно и не должно противопоставляться хирургическому.

С отчетом о работе отделения нейрохирургии РНЦХ выступил его руководитель к.м.н. С.А. Васильев.

Это отделение на 9 койках было создано в Центре в 2006 году и тогда за год было сделано 85 операций. С января по сентябрь 2009 г. уже сделано 123 операции, из них 73 — по поводу опухолей головного и спинного мозга, 14 — по поводу сосудистых заболеваний головного мозга, 16 — по имплантации электродов, электростимулирующих систем и вентрикуло-атриальной шунтирующей системы и ряд других вмешательств. Отделение располагает современным оборудованием: имеется операционный микроскоп фирмы Moeller-Wedel (Германия), ультразвуковой дезинтегратор Soring, ультра-



звуковой аппарат для навигации и контроля резекции опухоли, пневмотрепан и высокооборотная дрель Codman.



Спектр операций, выполняемых в отделении, охватывает все без исключения нейрохирургические заболевания.

Одно из направлений работы — лечение аневризм сосудов головного мозга, которые являются основной причиной нетравматического субарахноидального кровоизлияния (85% всех нетравматических кровоизлияний). Риск кровоизлияния из неразорвавшейся аневризмы составляет около 1% в течение года, риск повторного кровоизлияния значительно повышается, и в первые 2 недели после первой атаки составляет 15–25%, а в течение полугода — 50%. Летальность после 1-го разрыва составляет около 60%, после 2-го — 80%, после 3-го — более 95%. В отделении успешно проводятся операции микрохирургического клипирования подобных аневризм.

Также успешно проводится хирургическое лечение пациентов с аденомами гипофиза. Аденомы гипофиза — наиболее часто встречающиеся опухоли хиазмально-селлярной области, составляющие до 18% всех новообразований головного мозга у взрослых. Такая операция, как трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия, осуществляется в немногих клиниках нашей страны, и в том числе в РНЦХ.

Выполняется также стереотаксическая биопсия опухолей головного

мозга и весь спектр операций по поводу опухолей головного и спинного мозга, а также метастазов рака в головной мозг.

Одно из направлений работы отделения — имплантация спинальных эпидуральных нейростимуляторов (SCS). Эта методика с успехом применяется при различных спастических состояниях, возникающих вследствие повреждений спинного мозга. Механизмы действия SCS: электрофизиологическая блокада проведения на мембране нейронов; усиление выработки медиаторов, периферическая вазодилатация (результат воздействия на симпатическую нервную систему).

Успешно выполняются также шунтирующие операции при гидроцефалии, устраняющие блокаду системы ликвороциркуляции головного мозга.

В настоящее время большой спектр нейрохирургических операций можно осуществлять с помощью эндоскопической техники, но

для этого необходима эндоскопическая стойка с набором специальных инструментов.

На вопрос проф. С.А. Дземешкевича, исчезают ли дизгормональные синдромы после удаления аденомы гипофиза, к.м.н. С.А. Васильев ответил, что после удаления пролактиномы уровень гормона резко снижается и устраняются соответствующие расстройства, после удаления соматостатином у больных акромегалией внешность исправить уже нельзя. Лечение синдрома Иценко-Кушинга является очень сложной задачей, но даже при наличии микроаденомы гипофиза лечение первой линии — это операция.

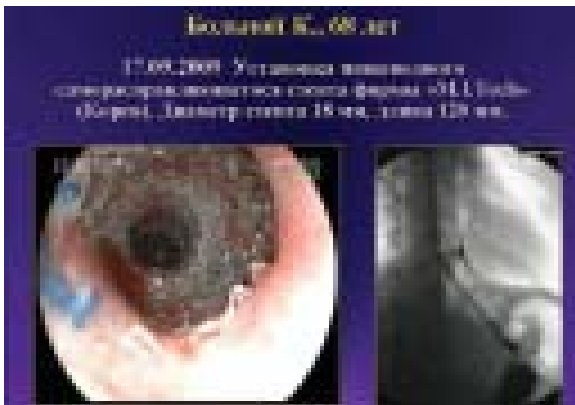
На вопрос к.м.н. Д.Н. Федорова, поражаются ли у пациентов с артериальными аневризмами головного мозга другие артерии, к.м.н. С.А. Васильев ответил, что в 98% наблюдений причиной развития таких аневризм является врожденная соединительно-тканная дисплазия артерий. В ряде случаев бывает их сочетание с артериальными аневризмами других локализаций.

На вопрос проф. В.М. Мизикова, используются ли какие-либо функциональные тесты для оценки ишемии головного мозга, к.м.н. С.А. Васильев ответил, что с помощью энцефалографии и доплерографии можно выявить так называемую «ишемическую полутень» — это нейроны головного мозга, кото-

рые находятся в состоянии парабиоза и которых можно вернуть к жизни путем восстановления кровотока.

**Сотчетом о работе отделения эндоскопической хирургии выступил его руководитель проф. Ю.И. Галлингер.**

С апреля по сентябрь 2009 года выполнено 2506 диагностических исследований, из них ЭГДС – 511, бронхоскопий – 553, колоноскопий – 384, ЭРПХГ – 58. Выполнено 295 эндоскопических вмешательств: на верхних отделах пищеварительного тракта – 177, на желчных путях – 55, на трахее – 40, на толстой кишке – 23. Основные направления работы отделения в 2009 году – это эндоскопическое лечение стенозов трахеи, стенозов пищевода и пищеводных анастомозов, заболеваний панкреато-билиарной системы, а также заболеваний толстой кишки.



В отделении применяются новые исследования и вмешательства: это эндо-УЗИ при доброкачественных и злокачественных опухолях верхних отделов пищеварительного тракта, эндоскопическое протезирование пищевода, выходного отдела желудка, общего желчного и печеночного протоков, толстой кишки с использованием саморасправляющихся металлических стентов.

Диагностическая продольная эндо-сонография, позволяющая точно различать слои стенки полого органа и вы-

являть тонкие патологические изменения, выполнена у 122 больных. Тонкоигольная аспирационная биопсия подслизистых опухолей сделана у 7 пациентов.

С декабря 2006 г. 72 больным первично были установлены 78 саморасправляющихся металлических стентов. За этот период у 466 пациентов с нарушениями желчеоттока различной этиологии было принято транспапиллярное стентирование гепатикохоледоха, из них у 16 больных с blastomatozным поражением установлены саморасправляющиеся стенты. Из 466 попыток транспапиллярного дренирования стентирование удалось выполнить у 379 (81,3%) пациентов.

Проф. Ю.И. Галлингер рассказал об эндоскопическом лечении 2 больных. Больному К., 68 лет, с диагнозом: «Кардиоэзофагеальный рак IV ст. Метастазы в печени» был установлен пищеводный саморасправляющийся стент фирмы «M.I. Tech» (Корея). Диаметр стента 18 мм, длина 120 мм. К сожалению, сейчас в Москве из 100 больных раком пищевода, которым показано стентирование, оно выполняется только у 5, остальным накладываются стомы для питания.

Больному Г., 63 лет, с диагнозом: «Опухоль дистального отдела общего желчного протока, механическая желтуха» в качестве 1-го этапа было сделано эндопротезирование гепатикохоледоха пластиковым стентом, а на 2-ом этапе – эндопротезирование нитиноловым стентом фирмы «ELLA-CS». Пластиковые стенты желчных протоков функционируют 3–4 мес., а нитиноловые (большого диаметра) – 6–8 мес.



Отделение получило новое оборудование, что позволило начать внедрение более современных эндоскопических исследований и вмешательств, таких как тонкоигольная биопсия подслизистых опухолей пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки под контролем УЗИ; удаление подслизистых опухолей; аргоноплазменная коагуляция при доброкачественных и злокачественных поражениях пищеварительного тракта; транжелудочное и трансдуоденальное дренирование кист поджелудочной железы и внутрипеченочных желчных протоков.

На вопрос проф. Л.С. Локишина, не мешает ли перистальтике пищевода внутрисветный стент, проф. Ю.И. Галлингер ответил, что пищевод в зоне опухоли не перистальтирует, а пища вполне свободно проходит через стент в желудок за счет сокращения мышц глотки и в силу тяжести.

На вопрос д.м.н. А.И. Черепанина, используется ли в отделении эндоскопическое введение баллонов в желудок при морбидном ожирении, проф. Ю.И. Галлингер ответил, что такие баллоны в отделении есть и возможность проводить подобные процедуры сейчас имеется.

В своем заключительном слове председатель конференции проф. С.Л. Дземешкевич отметил очень высокое качество всех докладов, наглядно отразивших большую научную и практическую работу, проводящуюся в отделениях РНЦХ.

**Пятничная конференция 30 октября 2009 года проходила под председательством директора РНЦХ проф. С.Л. Дземешкевича**

**Сотчетом о работе отделения хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков с 01.01. по 30.09. 2009 г. выступил его руководитель проф. О.Г. Скипенко.**

За этот период пролечено 400 больных (по квотам 137, по контрактам и договорам 263 человека), из них оперировано 350, им сделано 423 операции. Осложнения возникли у 58 (14,5%) больных, общая летальность составила 0,5%, послеоперационная – 0,57%.

Количество операций на печени за данный период составило 62, из них

анатомических резекций 38, сегментэктомий 3, атипичных резекций 17, РЧА – 4 операции. Количество операций на поджелудочной железе – 23, из них ПДР – 19, резекций железы – 4. Количество операций на щитовидной железе – 20, из них тиреоидэктомий 16, резекций щитовидной железы – 4.

Проф. О.Г. Скипенко рассказал об опыте, накопленном в отделении в отношении панкреатодуоденальной резекции (ПДР). За все годы сделано 178 ПДР, из них по поводу периампиллярного рака – 141, хронического панкре-

атита – 31, кистозных опухолей – 6 операций. Частота послеоперационных осложнений составила 27,9%, релапаротомий – 13,5% (n=24), летальность – 5% (n=9). Гастростаз после ПДР развился у 46,2% (n=82) больных.

Проблема гастростаза после ПДР является насущной во всем мире. Первые публикации о панкреатодуоденальной резекции появились в начале XX века (Kausch W., 1912, Whipple A.O., 1935), а первая публикация о пилоруссохраняющей ПДР принадлежит Watson K. (1944). Преимущества пи-



лоруссохраняющей ПДР: сокращение продолжительности операции, уменьшение кровопотери, быстрое восстановление и прибавление м.т. больного, устранение опасности развития ряда постгастрорезекционных синдромов (демпинг, диарея, диспепсия, тошнота, рвота), лучшее качество жизни пациента. Недостатки: высокая частота гастростаза (30–70%), увеличение частоты других осложнений, продолжительности пребывания больного на койке после операции. Первое описание гастростаза после ПДР с сохранением привратника принадлежит Warsaw и Torchiana, 1985 г. (7 из 8 пациентов не могли принимать твердую пищу в течение 10 дней). Гастростаз на определенное время исключает прием пищи через рот, увеличивает сроки госпитализации и частоту осложнений. В патогенезе гастростаза играют роль различные факторы, это: нарушение обмена холецистокининов, панкреатического полипептида, атония желудка в отсутствие «дуоденального пэйсмейкера», повреждение нерва Latarjet, ишемия пилорического отдела желудка, снижение уровня мотилина, осложненное течение послеоперационного периода (абсцессы и жидкостные скопления в брюшной полости), пилороспазм, дооперационный холангит. В значительной мере на частоту развития гастростаза оказывает влияние вариант реконструкции (классическая или пилорусохраняющая ПДР, гастроеюноанастомоз позади/впереди ободочной кишки, Бильрот-I / Бильрот-II). В качестве фармакологических средств для коррекции гастростаза с различным успехом применяют октреотид, эритромицин, омепразол и другие препараты.

В РНЦХ предложена новая методика реконструкции после ПДР (заявка на изобретение № 2009107590/14): впередиободочный антиперистальтический гастроеюноанастомоз в области большой кривизны желудка. Отличительные признаки: резекция желудка на уровне пилорического отдела (на 2 см проксимальнее привратника), наложение гастроеюноанастомоза однорядным непрерывным швом проленом № 3, расположение гастроеюноанастомоза на 2 см проксимальнее линии резекции желудка. При сравнении исследуемой (n=37) и контрольной (n=40) групп выяснилось, что длительность назогастрального дренирования, частота несостоятельности анастомозов, число больных с гастростазом и другими осложнениями, длительность послеоперационной госпитализации, частота использования октреотида – в основной группе оказалась достоверно ниже, чем в контрольной.

Таким образом, методика РНЦХ по формированию гастроеюноанастомоза

позволяет значительно снизить частоту развития гастростаза в раннем послеоперационном периоде после ПДР, сократить длительность послеоперационного периода и расходы на лечение.



*На вопрос члена-корр. РАМН Ю.В. Белова, нет ли опасности развития синдрома приводящей петли после ПДР по описанной методике, проф. О.Г. Скипенко ответил, что ни одного случая такого осложнения не наблюдалось. Главное преимущество и отличие предложенной операции от ранее применявшихся – анастомоз тощей кишки с большой кривизной желудка.*

*На вопрос члена-корр. РАМН А.В. Гавриленко, если подана заявка на изобретение, то не следует ли подать заявку на грант, проф. О.Г. Скипенко ответил, что это не исключено.*

*На вопрос д.м.н. А.И. Черепанина, какова длина приводящей петли и нет ли опасности развития рефлюкс-гастрита после такой реконструкции, проф. О.Г. Скипенко ответил, что расстояние от панкреатоеюноанастомоза до гастроеюноанастомоза составляет 50 см. Рефлюкс-гастрит не является проблемой у этих больных. С целью профилактики развития пептических язв все пациенты после ПДР получают блокаторы желудочной секреции.*

*На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича, каковы результаты ПДР у онкологических больных, проф. О.Г. Скипенко ответил, что результат зависит от происхождения рака. При протоковом раке резектабельность составляет 15–20%, а 5-летняя выживаемость – только 15,8%. Без химиотерапии сейчас лечить таких больных нельзя, поэтому в РНЦХ применяется 2 протокола химиотерапии. При раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки 5-летняя выживаемость составляет 68%, при раке железы – 30%.*

**С отчетом о работе отделения хирургии легких и средостения выступил его руководитель проф. В.Д. Паршин.**

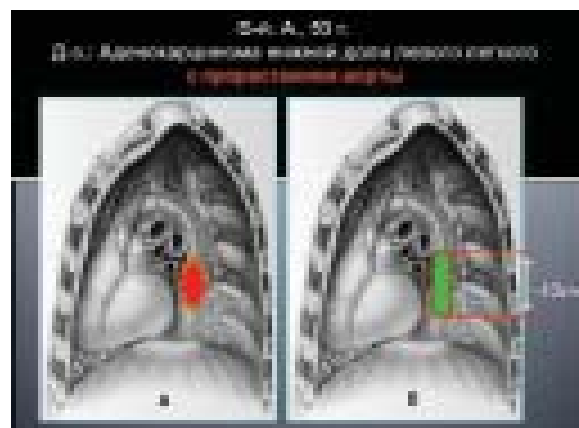
Сегодняшний доклад посвящен проблемам торакальной онкологии.

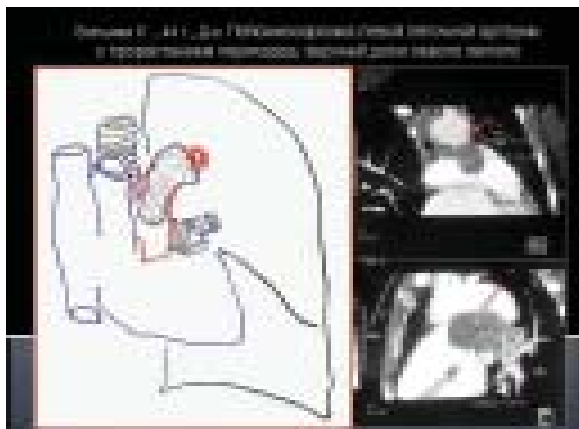
Заболеваемость раком легкого в мире составляет – 1 352 100 случаев в год (в РФ – 63 000 в год). Смертность – 1 178 900 случаев в год (в РФ – 59 000 в год). В РФ операции подвергается лишь 12% больных. Выживаемость при раке лёгкого (данные ВОЗ, 2005 г.): 5-летняя выживаемость: бронхоальвеолярный рак – 30–35%, плоскоклеточный рак – 8–16%, аденокарцинома – 5–10%, мелкоклеточный рак – менее 3%. При I стадии 5-летняя выживаемость 60–80%, при ст. II – 40–55%, при ст. IIIa – 10–15%. Одна из насущных проблем – повышение операбельности больных. Для этого используются расширенные комбинированные, а также симультанные операции при наличии конкурирующих заболеваний.

Проф. В.Д. Паршин рассказал о выполнении некоторых из подобных вмешательств, ставших возможными благодаря многопрофильности РНЦХ и наличия соответствующих специалистов. Так, больному А., 53 г. с диагнозом: «Низкодифференцированная аденокарцинома нижней доли левого легкого с прорастанием аорты» была успешно сделана левосторонняя расширенная пневмонэктомия с резекцией и протезированием грудной аорты (совместно с членом-корр. РАМН Ю.В. Беловым). Пациентке К., 44 г. с диагнозом: «Лейомиосаркома левой лёгочной артерии с прорастанием перикарда, верхней доли левого легкого» выполнена левосторонняя расширенная пневмонэктомия с резекцией левой лёгочной артерии и перикарда в условиях ИК (совместно с проф. В.А. Ивановым).

Насущной является проблема лечения рака легкого у больных, страдающих тяжелыми формами ИБС. В таких случаях выполняются: 1) последовательные операции: а) на легком – перерыв – операция на сердце; б) на сердце – перерыв – операция на легком; и 2) симультанные операции: а) восстановление кровоснабжения миокарда с последующей резекцией легкого; б) резекция легкого, затем – восстановление кровоснабжения миокарда.

Так, пациентке Б., 72 лет, с диагнозом: «Периферический рак нижней доли





правого легкого, ИБС, стенокардия напряжения 3 ф.к., постинфарктный кардиосклероз (интрамуральный ИМ в июне 2008 г.), гиперлипидемия, артериальная гипертензия, варикозное расширение вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность 3 ст., сахарный диабет 2 типа, ожирение 3 ст.» в РНЦХ сначала была сделана нижняя лобэктомия справа + установка внутриортогонального баллонного контрпульсатора, затем – рентгеноэндоваскулярная коронарорангиопластика.

Если говорить о комбинированных симультанных операциях, требующих вмешательства разных специалистов, то можно привести следующий пример.



Пациентке М., 18 лет, с диагнозом: «Нейрофиброма правой половины шеи и купола правой плевральной полости с деструкцией Th<sub>2</sub>, компрессионная трахея, брахиоцефального ствола, правой общей сонной и позвоночной артерий; синдром Горнера слева» была успешно сделана операция совместно со специалистами отделения хирургии позвоночника РНЦХ (проф. А.Г. Аганесов): цервикостернотомия, удаление нейрофибромы с декомпрессией трахеи и сублобарной атипичной резекцией верхней доли правого легкого, резекция тела Th<sub>2</sub> и установка межтелового динамического импланта.

*Проф. С.Л. Дземешкевич попросил академика РАМН М.И. Перельмана прокомментировать доклад проф. В.Д. Паршина.*

*Академик РАМН М.И. Перельман в*

своем выступлении подчеркнул, что в проблеме торакальной онкологии пока остается много неясного. Во-первых, имеется неправильная административная установка, что всех больных раком легкого следует оперировать только в онкологических учреждениях. Правда, этот приказ Минздрава не выполняется. Подобных больных нельзя оперировать только в торакальных отделениях онкодиспансеров, поскольку уровень хи-

рургии в них ниже по сравнению со специализированными хирургическими учреждениями, а ряд вариантов опухолей легких требуют совместных усилий торакальных хирургов и сердечно-сосудистых, нейрохирургов, ортопедов (например, опухоль Пенкоста). Во-вторых, рак легкого – это социально значимое заболевание. Во всем мире заболевают раком легкого около 1 млн. человек в год, в РФ заболеваемость составляет 40/100 000 населения в год, а смертность от рака легкого равняется 38/100 000, то есть, приближается к заболеваемости. В-третьих, операции по поводу рака легких сейчас преобладают в торакальной хирургии. В настоящее время в США, Япо-

нии, Германии, Италии развивается миниинвазивная хирургия легких при раке с сохранением принципов онкологического радикализма. В Москве сейчас этим занимаются 2 учреждения – ОНЦ им. академика Н.Н. Блохина и НХЦ им. Н.И. Пирогова. В самое последнее время в торакальную хирургию внедряется робототехника (виртуальная хирургия).

Необходимо отметить, что в РНЦХ накоплен огромный опыт – более 4000 операций

по поводу рака легкого, в т.ч. уникальный материал по комбинированному лечению с использованием бетабронна, но он еще недостаточно разработан, особенно – отдаленные результаты. Безусловно, для решения многих аспектов этой проблемы необходимо шире использовать все возможности многопрофильного хирургического центра, каким является РНЦХ.

Проф. С.Л. Дземешкевич поблагодарил академика РАМН М.И. Перельмана за исчерпывающий комментарий и попросил проф. В.Д. Паршина высказать свое мнение по поводу миниинвазивной хирургии рака легкого.

*Проф. В.Д. Паршин* сказал, что миниинвазивная хирургия легких стала развиваться с начала 1990-х гг., сейчас наблюдается новый всплеск, но есть 2 проблемы. Экономическая проблема –

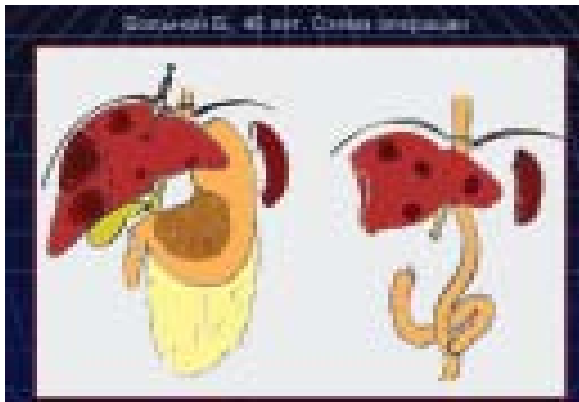
дорогое оборудование. В то же время продолжительность госпитализации не уменьшается, а заметный эффект – только косметический. Собрать отдаленные результаты стало очень трудно после распада СССР. Из 60 000 пациентов, ежегодно заболевающих раком в РФ, только 12% попадают на операцию, из них 2/3 в запущенных стадиях. Без ранней диагностики, диспансеризации населения нельзя решить многие насущные вопросы этой проблемы.

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

Сегодняшний доклад посвящен сочетанным операциям в торакоабдоминальной хирургии. Первая часть доклада освещает вопросы хирургического лечения гастроинтестинальных стромальных опухолей (GIST). Распространенность GIST составляет 10–20 случаев на 1 млн. человек, они составляют 0,1–3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта; Локализация первичного очага GIST: желудок 60–70%, тонкая кишка 25–35%, толстая и прямая кишка – 5%, пищевод 1–5%. Озлокачествление GIST происходит в 20–35% наблюдений. При этом 5-летняя выживаемость колеблется на цифрах 35–65%, 10-летняя выживаемость – 18–34%, частота рецидивов составляет 22–35%, медиана выживаемости при рецидиве заболевания – 14–28 месяцев.

Д.м.н. Ф.А. Черноусов рассказал о больном Б., 40 лет, с диагнозом: «Гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка, множественные биллобарные метастазы в печени». Ему была успешно сделана операция: гастрэктомия, холецистэктомия, резекция 5, 6, 7 сегментов печени, лимфаденэктомия в объеме D<sub>2</sub>, химиоабляция метастазов в 3, 4а, 4б сегментах печени.

Еще одна нерешенная проблема – нейроэндокринные функционирующие опухоли поджелудочной железы (инсулиномы). Локализация первичного очага инсулиномы: головка железы 48–52%, тело 19–23%, хвост железы 21–25%. Частота озлокачествления функционирующих инсулином составляет 8–12%. Виды применяемых операций – от энуклеации опухоли до гастропанкреатодуоденальной резекции. При этом 5-летняя выживаемость у больных без метастатического поражения печени составляет 74–96%, при метастазах в печени – 18–42%. 10-летняя выживаемость без метастатического поражения печени 62–92%, при метастазах в печени 3–12%. Постоперационная летальность составляет 5–11%, несомненный диабет после операции сохраняется у 7–10% больных, гипогликемия – у 12–16% пациентов.



Д.м.н. Ф.А. Черноусов рассказал о больном З., 55 лет, с диагнозом: «Нейроэндокринная функционирующая опухоль (инсулинома) головки ПЖ с метастазами в печени Т4N0M1». Ему была успешно сделана панкреатодуоденэктомия с резекцией верхней брыжеечной артерии и вены, дистальная резекция желудка, резекция начального отдела тонкой кишки, холецистэктомия. Сосудистый этап этой операции – анастомоз «конец в конец» верхней брыжеечной вены и аортомезентерикоанастомоз с применением линейного протеза – выполнила главный н.с. отделения хирургии аорты и ее ветвей РНЦХ д.м.н. А.Б. Степаненко.

Также д.м.н. Ф.А. Черноусов рассказал о больном Ш., 69 лет, с д-зом: «Рецидив рака в культе желудка с переходом на пищевод, с проращением левой доли печени, ножек диафрагмы. Т4NхM0. Состояние после резекции желудка по Бильрот-I по поводу рака желудка, Т3N1M0 в 2003 г.». Ему была

сделана экстирпация культи желудка, трансхиатальная экстирпация пищевода, атипичная резекция левой доли печени, резекция ножек диафрагмы, эзофагостомия на шее, антеторакальная еюностомия по Майдлю.

На вопросы проф. О.Г. Скинченко, что представляет собой лимфодиссекция в объеме D2 и какая предполагается повторная операция у больного с GIST д.м.н. Ф.А. Чер-

ноусов ответил, что такая лимфодиссекция состоит в удалении лимфоузлов вокруг брюшного ствола и его ветвей; в качестве повторной операции предполагается резекция VIII сегмента печени.

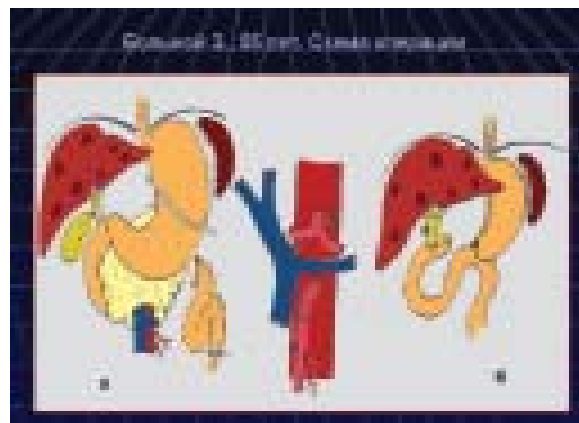
На вопрос д.м.н. А.И. Черепанина, почему рецидив рака произошел после резекции по Бильрот-I в кардиальном отделе культи желудка, д.м.н. Ф.А. Черноусов ответил, что это поздний рецидив, возможно – новая опухоль.

На вопрос д.м.н. В.Д. Паршина, почему у больного с рецидивом рака в культе желудка с переходом на пищевод после экстирпации культи желудка и пищевода вывели еюностому на переднюю грудную клетку, д.м.н. Ф.А. Черноусов ответил, что из-за тяжелого состояния больного ему нельзя было сделать одномоментную операцию,

поэтому пластика пищевода ему будет сделана вторым этапом.

На вопрос академика РАМН А.А. Бунятына, с какими отделениями РНЦХ практикует отделение хирургии пищевода и желудка сотрудничество при выполнении подобных сложных комбинированных операций, д.м.н. Ф.А. Черноусов ответил, что панкреатодуоденэктомия с резекцией верхней брыжеечной артерии и вены была сделана совместно с отделением члена-корр. РАМН Ю.В. Белова, остальные операции выполняли своими силами.

Проф. С.Л. Дземешкевич в своем заключительном слове отметил преимущества создания и развития на современном этапе таких многопрофильных специализированных медицинских учреждений, как РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, что позволяет успешно решать комплексные хирургические проблемы в стенах одного института.



*Пятничная конференция 27 ноября 2009 года проходила под председательством директора РНЦХ проф. С.Л. Дземешкевича*

С отчетом о работе отделения пластической микрохирургии выступил его руководитель академик РАМН Н.О. Миланов, который прежде всего с удовлетворением отметил, что 21 июня 2009 года наконец введена новая специальность «Пластическая хирургия». Для получения этой специальности нужно иметь высшее профессиональное образование по лечебному делу или по педиатрии. Послевузовское профессиональное образование или дополнительное образование подразумевает обучение в клинической ординатуре по специальности «Пластическая хирургия» или профессиональную переподготовку при наличии свидетельства о послевузовском образовании по одной из специальностей: «Акушерство и гинекология», «Детская хирургия», «Торакальная хирургия», «Урология», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия».

Пластическая хирургия – это самостоятельный раздел хирур-

гии, занимающийся анатомическими, функциональными и возрастными изъянами, дефектами и деформациями покровных тканей и подлежащих мягкотканых структур. Пластическая хирургия подразделяется на два направления: пластическая реконструктивная хирургия и пластическая эстетическая хирургия. Последняя занимает только 1/6 часть, или 16% пластической хирургии. То есть 84% деятельности пластических хирургов связано с пластической реконструктивной хирургией. Микрохирургия в пластической хирургии – это прецизионное выполнение классических операций (эстетика и реконструкция) и выполнение новых хирургических операций (реконструкция).

Далее академик РАМН Н.О. Миланов рассказал о лечении пациентки с диагнозом: «Склеродермия, гемиатрофия лица Ромберга». Причины этого заболевания пока неясны. Его началу иногда предшествуют травмы лица и

череп, инфекционные заболевания. В ряде случаев болезнь оказывается синдромом склеродермии. Данной пациентке после проведения специального моделирования левой половины лица с помощью восковых шаблонов была выполнена микрохирургическая аутоотрансплантация участка широчайшей мышцы спины под кожу левой половины лица. Реципиентные сосуды – верхняя щитовидная артерия и наружная яремная вена. Получен удовлетворительный косметический результат, но пациентке по прошествии 6–8 мес. предстоит еще несколько корректирующих операций меньшего объема.

Далее академик РАМН Н.О. Миланов рассказал о лечении молодой пациентки, получившей тяжелую травму лица в результате автомобильной аварии. Ей с хорошим эффектом было выполнено пластическое восстановление первоначальной формы сломанных костей носа, глазницы, скуловых костей, верхней челюсти с помощью аутоотран-

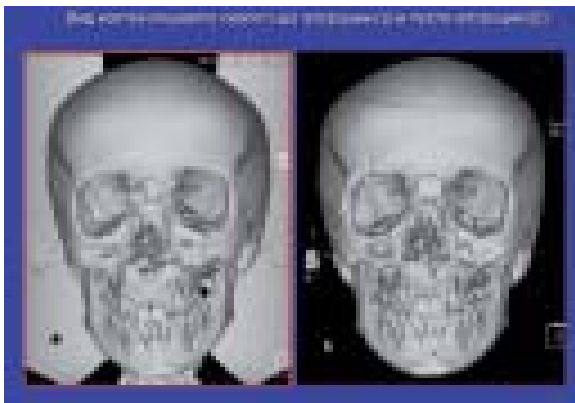




«Атрофический ложный сустав правой плечевой кости. Перелом металлофиксатора». В анамнезе у пациентки винтообразный перелом правой плечевой кости от 07.2006 г. (травма при ДТП). Первичный остеосинтез – интрамедуллярный, дополненный фиксацией винтами и сиркляжной проволокой. Повторная операция по поводу ложного сустава плечевой

сплантиции кортикальных пластинок теменных костей и фиксации металлическими пластинками.

кости в 2007 г. – наконственный остеосинтез пластиной. На рентгенограммах определяется выраженная деструкция кости на протяжении средней и дистальной трети, свидетельствующая об остеонекрозе. Больная была в отделении оперирована. После удаления сломанного металлофиксатора сделан остеосинтез плечевой кости пластиной с угловой стабильностью и локтевого отростка



На вопрос академика РАМН А.А. Бунятыяна, выполняется ли пластика лица с помощью синтетических материалов, академик РАМН Н.О. Миланов ответил, что для пластических операций на лице такие протезы обычно не применяются. Но у больной с гемиатрофией лица после того, как переажная мышца несколько атрофируется, вполне возможно применение синтетических гелей для окончательного «выведения» формы лица.

На вопросы проф. В.Д. Паршина, восстанавливается ли после такой операции мимика лица, и нельзя ли использовать для пластики костные аллотрансплантаты, академик РАМН Н.О. Миланов ответил, что должной мимики не будет, поскольку мимические мышцы атрофированы; на лице для пластики оптимально использовать аутокость и можно применять аллохрящ.

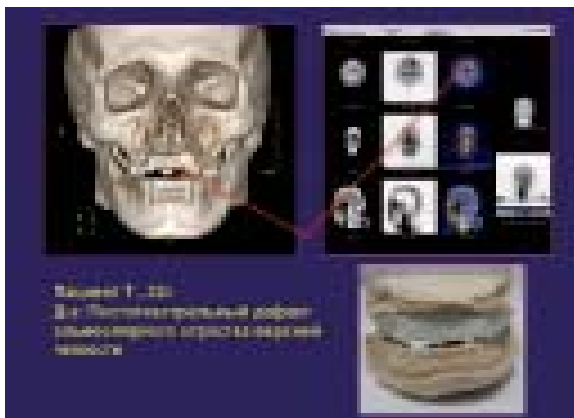
С отчетом о работе отделения восстановительной микрохирургии выступил его руководитель проф. Е.И. Трофимов.

Хирургические специальности, в которых используется микрохирургическая аутотрансплантация тканей, многочисленны. Это – челюстно-лицевая, пластическая, торакальная, сосудистая, детская хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия, комбустиология, онкология, урология.

Проф. Е.И. Трофимов рассказал о лечении больной В. 48 лет, с диагнозом:

по Веберу. Для этого выделен лучевой надкостнично-кортикальный аутоотрансплантат, перемещен на плечо и фиксирован к месту бывшего перелома. В результате получена консолидация костных фрагментов.

Пациенту Т., 33 лет, с диагнозом: «Постогнестрельный дефект альвеолярного отростка верхней челюсти» была успешно выполнена микрохирургическая пластика дефекта челюсти костно-мышечно-кожным лоскутом, взятым с предплечья.



Пациентке Ч., 27 лет, с диагнозом: «Остеобластома нижней челюсти» успешно выполнена резекция пораженного участка челюсти с пластикой костно-мышечным лоскутом из гребешка подвздошной кости на микрососудистых анастомозах.

На вопросы академика РАМН А.А. Бунятыяна, существует ли какой-либо

этический кодекс у пластических хирургов, не позволяющий им переходить грань дозволенного, и не целесообразно

ли в отдельных случаях проводить некоторых пациентов через этический комитет, проф. Е.И. Трофимов ответил, что любой хирург обязан быть предельно честным и делать то, что необходимо, а не то, что хочет пациент. Но существует много частных клиник, где за деньги исполняют любые желания клиента. Решение некоторых вопросов на уровне этического комитета следует признать вполне целесообразным.

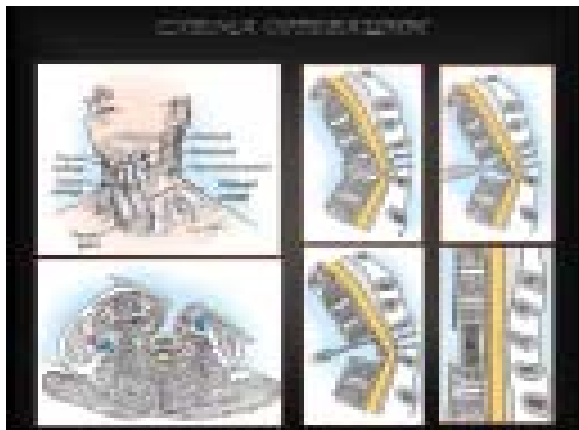
Проф. С.Л. Дземешкевич отметил, что оба доклада ярко продемонстрировали обоснованность выделения новой специальности «Пластическая хирургия». Необходимо также вспомнить, что российская микрохирургия родилась в РНЦХ.

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

За период с 27.02.09. по 27.11.09 гг. выполнено 129 операций, из них 96 – на позвоночнике. Сегодняшний доклад посвящен хирургическому лечению травм позвоночника.

По данным Института Исследования Повреждения и Реабилитации от 2002 г. в США ежегодно наблюдается около 14 000 осложненных травм позвоночника. В 43% случаев имеются сочетанные повреждения. Погибают 5700 (50,89%) человек (4200 – на догоспитальном этапе, 1500 – в стационарах). У 8 000–10 000 пострадавших сохраняется тетрапаралегия. Расходы на лечение за время первой госпитализации составляют 60–80 тыс. дол-

ларов, дальнейшие расходы – 1–2 млн \$. По разным данным от 250 000 до 400 000 человек, получивших травму позвоночника, имеют стойкую утрату трудоспособности. Средний возраст пострадавших 15–35 лет. Основные механизмы: автоавария, падение с высоты, ныряние на мелководье.



Различают неосложненные и осложненные, стабильные и нестабильные переломы позвоночника; по ло-



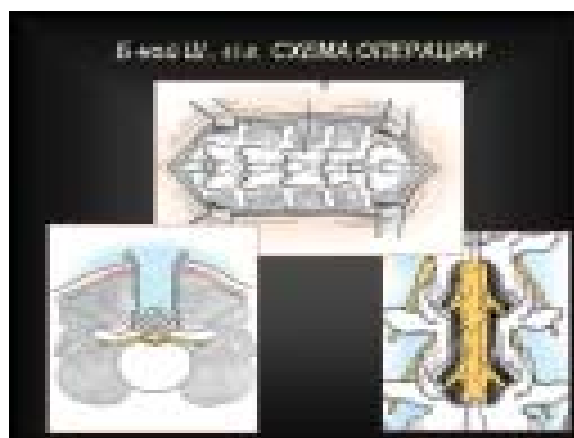
кализации – переломы шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника. Переломы тел позвонков могут сопровождаться а) компрессией, б) гиперэкстензией, в) гиперфлексией, г) ротацией позвоночника. В хирургическом лечении подобных переломов применяются различные технологии. При этом чем раньше от момента получения травмы сделана операция, тем лучше ее результат. В качестве примера проф. А.Г. Аганесов привел больную Г. 18 лет, которая поступила в РНЦХ 21.07.09 г. с диагнозом: «Осложненный компрессионный перелом  $C_{5-6}$ , нижняя параплегия, верхний парапарез с пlegией левой кисти, нарушение функции тазовых органов». В день поступления больная была оперирована – сделана дискэктомия  $C_{4-5-6-7}$ , субтотальная резекция тел  $C_{5-6}$  позвонков, декомпрессия, передний спондилодез  $C_{4-7}$  синтетическим материалом и металлической пластинкой. В результате отмечена быстрая регрессия тяжелой неврологической симптоматики.

Большие возможности для лечения переломов грудного и поясничного отделов позвоночника демонстрируют системы транспедикулярной фиксации. Они обеспечивают хорошую репозицию поврежденного позвонка, устранение деформации позвоночного канала, стабильную фиксацию, профилактику вторичной деформации позвоночника.

Б-ной Ш., 43 лет, поступил 12.08.09 с диагнозом: «Компрессионный осложненный перелом  $D_{12}$  позвонка, нижняя параплегия, нарушение функции тазовых органов». Ему в день поступления была сделана ламинэктомия  $L_{1-3}$ , декомпрессия, ревизия позвоночного канала, устранение клина Урбана, миеломенингоарадикулолиз, реклиная и транспедикулярная фиксация  $D_{12}-L_4$  системой USS. У больного также быстро восстановились движения в нижних конечностях, функции тазовых органов.

Необходимость широкого вскрытия позвоночного канала путем ламинэктомии не только поврежденного, но и соседних позвонков обусловлена тем, что чем шире ламинэктомическое окно, тем меньше степень посттравматического отека спинного мозга, и тем быстрее этот отек проходит.

На вопрос проф. С.Л. Дземешкевича, почему сейчас



используются металлические конструкции для фиксации позвоночника, ведь в 1970-е–80-е гг. велись работы по использованию консервированных биологических трансплантатов тел позвонков, проф. А.Г. Аганесов

ответил, что костные и композитные импланты не обеспечивают хорошей фиксации, только металлические конструкции зарекомендовали себя как самые стабильные. Правда, цена их высока, потому что очень дорог процесс производства, включающий ультраструктурный анализ металла, холодную ковку и другие процессы.

*С отчетом о работе отделения хирургии неотложных состояний на базе Химкинской ГБ за период с 24.04.09 по 27.11.09 гг. выступил его руководитель д.м.н. А.И. Черепанин.*

Одним из основных направлений работы отделения является экстренная и плановая миниинвазивная абдоминальная хирургия. Миниинвазивные технологии используются сотрудниками отделения в хирургическом лечении острого аппендицита и холецистита, осложненной язвенной болезни, острого панкреатита, перитонита, острой кишечной непроходимости, при операциях «Second look» у пациентов с травмами живота. В настоящее время целесообразность миниинвазивных операций изучается у больных с ущемленными грыжами.

Существуют объективные факторы, ограничивающие применение холецистэктомии из малотравматичного доступа (МТД): поздняя обращаемость, давность заболевания более 48 часов; опасность кровотечений и повреждения внепеченочных желчных протоков из-за тяжелых перивезикальных морфологических изменений; сопутствующие заболевания, требующие оперативной коррекции. Имеются и технические проблемы, связанные с МТД: необходимость специального оснащения и соответствующей квалификации операционной бригады, а также необходимость верификации диагноза на дооперационном этапе.

В отделении проведено исследование, в которое включены 219 больных острым холециститом. В основную группу вошли 102 больных, которым сделаны – МХЭ (n=56) и ЛХЭ (n=46, в т.ч. 4 мануально-ассистированных ЛХЭ). Группа сравнения – 117 больных, которым сделана ТХЭ. Критериями включения в исследования были: ОХ без парапузырных осложнений при



ной анестезией была успешно сделана холецистэктомия из минидоступа.

Другой пример: больная Б., 79 лет. Диагноз: «ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз. Механическая желтуха». Интервенционная эндоскопия: ЭПСТ, РХПГ – удаление конкрементов, ликвидация желтухи. Операция из минидоступа: холецистэктомия, холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, разобщение холецисто-толстокишечного свища. Интраоперационная холангиография.

поступлении; потенциальная возможность выполнения холецистэктомии (ХЭ) как малотравматичным, так и традиционным способом, т.е. отсутствие специальных показаний к единственному варианту выполнения ХЭ; наличие технической возможности выполнения ХЭ малотравматичным доступом; согласие пациента.

Больной Д., 63 года. Диагноз: «Острый калькулезный холецистит. Пупочная грыжа». Операция: грыжесечение, мануально-ассистированная (через грыжевые ворота) лапароскопическая холецистэктомия.

Перспективы миниинвазивной хирургии острого холецистита: изменение тактических установок, принятых более 20 лет назад (срочные операции в течение 24-48 часов??); дифференцированное применение ЛХЭ и МХЭ («каждому больному своя операция»); использование миниинвазивных вмешательств в рамках единой доктрины лечения ОХ.



В обеих группах получена нулевая летальность. Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 14,7%, в группе сравнения – 21,4%. Другие важные показатели течения послеоперационного периода (потребность в обезболивающих препаратах, сроки активизации больных, сроки восстановления функции кишечника, длительность госпитализации) также оказались достоверно лучше в основной группе. В отделении разработан оригинальный косой переменный доступ для минихолецистэктомии (МХЭ), на который получен патент на изобретение. В качестве примеров д.м.н. А.И. Черепанин привел несколько наблюдений.

Больной Т., 79 лет. Диагноз: «ЖКБ. Острый обтурационный холецистит. ИБС, стенокардия, комбинированный порок сердца: стеноз устья аорты, недостаточность аортального клапана, аортальная регургитация 1 ст. Проплап митрального клапана 1 ст. Гипертоническая болезнь 3 ст., 3 ст. ХСН 2А, 2 ФК по НУНА. МКБ, камень левой почки. Глаукома. Дисциркуляторная энцефалопатия». Ему под перидураль-

*На вопрос проф. А.Г. Шерцингера, почему бы у пациентов преклонного возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями не делать сначала декомпрессионную пункцию желчного пузыря под контролем УЗИ, а затем, по стихании острых явлений холецистита, – операцию, д.м.н. А.И. Черепанин ответил, что в отделении хирургии неотложных состояний используются подобные многоэтапные вмешательства, но опыт НИИ СП им. Н.В. Склифосовского говорит о том, что одномоментные миниинвазивные операции лучше.*

*На вопрос к.м.н. Н.С. Богомоловой, проводится ли в отделении антибактериальная профилактика при остром холецистите, д.м.н. А.И. Черепанин ответил, что антибактериальная профилактика проводится всем больным – интраоперационно и в течение первых 3 суток после операции.*

*С отчетом о работе отделения экстренной хирургии и портальной гипертензии на базе ГКБ № 20 выступил его руководитель проф. А.Г. Шерцингер.*

Первая часть доклада посвящена хирургическому лечению травм брюшной полости. Актуальность проблемы: по данным ВОЗ ежегодно в мире от травм погибает до 2 млн. человек; травмы живота составляют 57% от общего числа; интраоперационная и ранняя послеоперационная летальность достигает 70–80%. В начале 90-х годов XX в. американскими учеными была предложена и апробирована щадящая тактика лечения пострадавших от тяжелой сочетанной травмы – «Damage control». Цель такой тактики – предупреждение развития необратимых физиологических нарушений путем последовательного этапного лечения пострадавших. Тактика использует следующие принципы: 1. Минимизация объема и сокращение продолжительности операции; 2. Протившоковая терапия в ОРИТ; 3. Программированная релапаротомия. Показания к применению тактики Damage Control: 1) закрытая либо открытая травма живота с кровопотерей более 30% ОЦК; 2) травма живота по тяжести проявлений является доминирующей; 3) повреждения сочетанных областей не являются угрожающими; 4) наличие операционно-анестезиологического риска в пределах III–V ст.

Оптимальный срок после первичной минимальной операции, в течение которого необходимо осуществить программированную релапаротомию, находится в диапазоне 24–48 час. Объективные критерии: 1) стабильная гемодинамика (индекс Аллговера  $d \geq 1$ ); 2) тяжесть состояния по шкале SOFA  $d \geq 7$ ; 3) относительная компенсация КОС (рН  $e \geq 7,3$ ) и параметров кислородного режима.

В качестве примера проф. А.Г. Шерцингер привел больную Т., 23 лет., поступившую в отделение с диагнозом: «Тупая сочетанная травма, разрыв поджелудочной железы, повреждение печени, стенки верхней мезентериальной вены, гемоперитонеум. Экстренная операция 01.11.2009 г.: ушивание повреждения верхней мезентериальной вены, тампонирование брюшной полости. Повторная операция 02.11.2009 г.: удаление тампонов, мобилизация поджелудочной железы, дренирование забрюшинного пространства. В настоящее время эта





пациентка поправляется и скоро будет выписана.

Также в отделении используется тактика «Second Look». Цель этой тактики – повторная оценка жизнеспособности органов брюшной полости при различных заболеваниях. Показания: некроз сегмента кишечника; странгуляционная кишечная непроходимость; ущемленная грыжа.

В качестве примеров проф. А.Г. Шерцнгер привел 6-ного С., 48 лет, оперированного 28.10.2009 г. по поводу

странгуляционной тококишечной непроходимости. Ему выполнена ликвидация кишечной непроходимости, назогастроинтестинальная интубация зондом Миллера-Эббота. На следующий день, 29.10.2009 г.: Second Look лапаротомия, подтвердившая жизнеспособность кишки и отсутствие необходимости ее резекции.

Б-ной В., 60 лет. Диагноз: «Странгуляционная тонкокишечная непроходимость». Оперирован 12.11.2009 г.: ликвидация кишечной непроходимо-

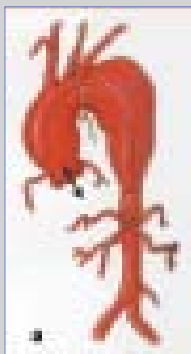
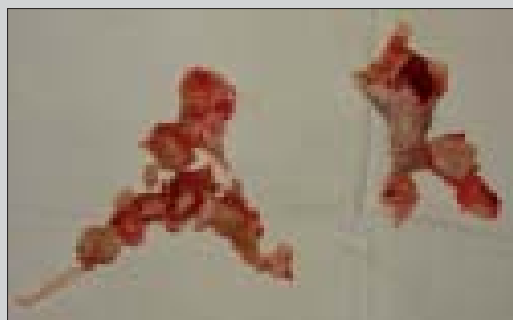
сти. Повторные ревизии состояния кишечника сделаны через 24 и 72 часа, они показали постепенное возвращение жизнеспособности кишки. В случае локализации некротических изменений резекция кишки была бы сделана в гораздо меньшем объеме, чем это раньше описывалось в классической экстренной хирургии (на 40 см выше и 20 см ниже места странгуляции).

Председатель конференции проф. С.Л. Дземешкевич поблагодарил всех профессоров за интересные доклады.

## РЕДКИЕ ОПЕРАЦИИ, ИНТЕРЕСНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

12.11.09 г. профессор С.Л. Дземешкевич больному К., 54 лет, с диагнозом: «Рецидивирующая тромбоземболия легочной артерии» успешно выполнил тромбэндартерэктомию из легочной артерии и ее ветвей в условиях циркуляторного ареста и глубокой гипотермии.

Сначала удалены организованные тромбы общим объемом около 50 мл из правой легочной артерии (ЛА) и ее ветвей, выполнена эндартерэктомию из сегментарных ветвей правой ЛА. Затем выполнена эндартерэктомию из главных и сегментарных ветвей левой ЛА и легочного ствола. Из ушка правого предсердия также удалены тромботические массы, ушко отсечено и перевязано.



25 ноября с.г. член-корр. РАМН Ю.В. Белов успешно выполнил 65-летнему пациенту операцию резекции аневризмы восходящей, дуги и нисходящей аорты, с протезированием всей грудной аорты по методике Kouchukas в условиях моногемисферальной перфузии головного мозга.

Это – 7-ая по счету операция подобного рода, а всего в отделении хирургии аорты и ее ветвей РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН за 2009 год сделано более 120 операций по поводу аневризм грудного и торако-абдоминального отделов аорты.

## НОВОСТИ НАУЧНОГО МИРА

18–20 июня 2009 года в г. Санкт-Петербурге состоялся Международный конгресс «Актуальные направления кардио-торакальной хирургии»

Конгресс сердечно-сосудистых и торакальных хирургов проводится в России впервые. По-видимому, подобные научные форумы имеют большие перспективы, так как наблюдающаяся сегодня узкая специализация хирургов, создание монопрофильных центров кроме преимуществ обладают и рядом очевидных недостатков. В то же время в проблеме диагностики и лечения заболеваний органов груди назрело много важных вопросов, которые необходимо решать совместно хирургам разных специальностей.

Во время проведения конгресса были прочитаны лекции и прошли симпозиумы «Заболевания аорты», «Патология малого круга кровообращения», «Осложнения в кардиоторакальной хирургии», «Нестандартные операции в сердечно-сосудистой хирургии», «Закрытые повреждения груди при политравме», «Хирургическое лечение туберкулеза легких», «Перспективы хирургического лечения рака легкого», «Торакоскопическая и мининвазивная кардиоторакальная хирургия», «Хирургическое лечение эмфиземы легких», а также пленарные заседания, школы и круглые столы, в частности, на тему: «Особенности формирования и реализации национальных программ трансплантации сердца и легких». В работе конгресса приняли участие сотрудники РНЦХ РАМН: проф. С.Л. Дземешкевич, проф. С.А. Абузов, член-корр. РАМН Ю.В. Белов, проф. В.Д. Паршин, к.м.н. Д.В. Базаров, выступившие с докладами. В рамках программы конгресса проф. С.Л. Дземешкевич провел школу «Техника реконструкций митрального клапана».



**25–26 июня в ММА им. И.М. Сеченова прошла Всероссийская научная конференция с международным участием «Актуальные вопросы оперативной хирургии и топографической анатомии», посвященная 100-летию академика РАМН В.В. Кованова**

Доклад о жизни и деятельности академика РАМН В.В. Кованова сделал зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ММА им. И.М. Сеченова член-корр. РАМН А.В. Николаев. В работе конференции приняли участие сотрудники РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН: проф. С.Л. Дземешкевич, проф. В.Д. Паршин, д.м.н. Ю.Я. Рабинович, к.м.н. И.Л. Жидков, к.м.н. Е.А. Тарабрин, к.м.н. В.В. Ховрин. Проф. С.Л. Дземешкевич выступил с докладом о результатах и перспективах пересадки сердца, д.м.н. Ю.Я. Рабинович – об истории пересадки легких в эксперименте.

**3 сентября 2009 г. в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН прошел симпозиум «Панкреато-билиарная эндоскопия», посвященный 70-летию руководителя отделения эндоскопической хирургии РНЦХ профессора Ю.И. Галлингера**

Председатели симпозиума – проф. О.Г. Скипенко, проф. А.В. Федоров. Доклады на актуальные темы по эндоскопической диагностике и лечению заболеваний органов панкреато-билиарной системы сделали сотрудники РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, а также ученые из ряда клиник Москвы и Санкт-Петербурга. В проведении симпозиума приняли участие фирмы «Cook Endoscopy», «Ella-CS», «Fujinon», «K. Storz», «M.I. Tech», «Olympus», «Pentax».

**15–16 октября 2009 г. в г. Ярославле прошла 20-я юбилейная научная конференция «Новые технологии диагностики и лечения в торакальной хирургии» совместно с пленумом Проблемной комиссии «Торакальная хирургия» Научного совета по хирургии РАМН**

С лекцией о перспективах торакальной хирургии выступил академик РАМН М.И. Перельман. Ученые из РОНЦ им. акад. Н.Н. Блохина РАМН, МНИИОИ им. П.А. Герцена сообщили о торакоскопических резекциях легких при раке. Внедрение миниинвазивных вмешательств позволяет пересмотреть общепринятую стратегию лечения травм груди (доклады из НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Ивановской и Пермской медакадемии). Оценке новых сшивающих аппаратов были посвящены доклады из ГКВГ им Н.Н. Бурденко, РНЦХ РАМН, Брестской областной больницы. Сделаны доклады о мультидисциплинарном подходе в торакальной хирургии с привлечением сердечно-сосудистых хирургов (Центр грудной хирургии, Краснодар, НИИ сосудистой хирургии, Новосибирск), трансплантологов (проф. Ж. Массард, Франция), микрохирургов (РНЦХ РАМН), о результатах торакоскопических операций у детей (Детская ГКБ № 13 им. Филатова, г. Москва). Обсуждены вопросы эндобронхиального воздействия на патологические процессы в легких (Алтайский медуниверситет, Барнаул, Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Донецкий медуниверситет им. М. Горького, Украина, Ярославская областная туберкулезная больница). Обезболиванию при торакальных операциях был посвящен доклад проф. М.А. Выжигина (РНЦХ РАМН, Москва). Проблема лечения поврежденных трахеи и пищевода при проведении дыхательной реанимации были посвящены сообщения из РНЦХ РАМН, ГКВГ им. Н.Н. Бурденко. Математический расчет операций коррекции грудной стенки с применением новых материалов (МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и МГТУ им. Н.Э. Баумана, Института хирургии им. А.В. Вишневского). Широкое обсуждение вызвала лекция академика В.А. Тутеляна (НИИ питания РАМН, г. Москва) о лечебном питании пациентов с торакальной хирургической патологией. Участники конференции ознакомились с блестяще организованной выставкой оборудования и хирургического инструментария.

**29—30 октября 2009 г. в Москве состоялся VII съезд онкологов России**

В работе съезда приняли участие 1765 человек, в числе которых 69 зарубежных гостей. Совместно с VII съездом онкологов состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Совершенствование медицинской помощи при онкологических заболеваниях. Национальная онкологическая программа». Одно из заседаний съезда было посвящено современным методам лечения онкозаболеваний органов брюшной полости. Были представлены интересные доклады из РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Медицинского радиологического научного центра РАМН (г. Обнинск), МНИОИ им. П.А. Герцена, Института хирургии им. А.В. Вишневского, ГИЦ колопроктологии, НМИЦ им. Н.И. Пирогова. Руководитель отделения хирургии печени и желчных протоков РНЦХ проф. О.Г. Скипенко представил обнадеживающие результаты двухэтапных операций у пациентов с колоректальными метастазами в печень. К.м.н. И.А. Тулина из отделения колопроктологии РНЦХ представила результаты латеральной лимфаденэктомии при раке прямой кишки.

**20 ноября 2009 г. в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН прошла Вторая международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии»**

Конференция была посвящена хирургическому лечению рака нижнеампулярного отдела прямой кишки. В ее работе приняли участие более 350 хирургов и онкологов из РФ, стран СНГ и ближнего зарубежья. В режиме реального времени была проведена видеотрансляция двух операций брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. Проф. Торбьёрн Хольм (Швеция) продемонстрировал свою оригинальную методику цилиндрического выделения прямой кишки. Проф. П.В. Царьков показал технику латеральной тазовой лимфодиссекции. Были прочитаны лекции о современных принципах радикальных операций, системе контроля качества хирургического лечения рака прямой кишки, возможностях улучшения результатов, в том числе с помощью химиотерапии (Т. Хольм, П.В. Царьков, Д.В. Сидоров, Д.Л. Строяковский). Затем состоялся круглый стол и был проведен конкурс лучших научных работ. Независимый совет выбрал трех победителей, которым были вручены денежные гранты. Победителями стали: 1 место – Бердов Б.А., Невольских А.А., Ерыгин Д.В., Титова Л.Н. из медицинского радиологического НЦ РАМН (Обнинск) с работой «Результаты комбинированного лечения больших раком среднеампулярного отдела прямой кишки»; 2 место – Власов А.А., Важенин А.В., Плотников В.В. из онкологического отделения МУ ШГБСМП, кафедры онкологии УГМАДО ТюмГМА (Шадринск) с работой «Сравнительная оценка методик формирования колоректального анастомоза в хирургии рака прямой кишки»; 3 место – Половинкин В.В. из Краевой больницы № 1 (Краснодар) с работой «Роль тотальной мезоректумэктомии в снижении числа местных рецидивов при раке средне-нижнеампулярного отдела прямой кишки». Участники конференции ознакомились с выставкой оборудования, хирургического инструментария, шовных и других материалов, используемых в колопроктологии.

## ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ РНЦХ РАМН: ТЕМАТИЧЕСКИЕ СЕМИНАРЫ И СИМПОЗИУМЫ

**В РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН проводится  
повышение квалификации врачей на договорной основе:  
индивидуальная форма обучения — от 72 часов (2 недели) до 500 часов (14 недель);  
тематические семинары — 72 часа (2 недели);  
сертификационные циклы — от 144 часов (4 недели) до 288 часов (8 недель);  
По окончании обучения выдается свидетельство о повышении квалификации  
или удостоверение о краткосрочном повышении квалификации.**

### **ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

**Хирургия легких и средостения**

*Рук. — проф. В.Д. Паршин*

**Хирургия пищевода и желудка**

*Рук. — д.м.н. Ф.А. Черноусов*

**Хирургия печени, желчных протоков и поджелудочной**

**железы** *Рук. — проф. О.Г. Скипенко*

**Колопроктология**

*Рук. — проф. П.В. Царьков*

**Экстренная хирургия и порталная гипертензия**

*Рук. — проф. А.Г. Шерцингер*

**Общая амбулаторная хирургия**

*Рук. — проф. А.Д. Тимошин*

### **ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ**

*(рук. — проф. М.М. Каабак)*

**Гемодиализ** *Рук. — д.м.н. В.А. Максименко*

### **ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ И МИКРОХИРУРГИЯ**

*(рук. — акад. РАМН Н.О. Миланов)*

**Пластическая и реконструктивная микрохирургия**

*Рук. — проф. Е.И. Трофимов*

**Микрохирургическая аутотрансплантация тканей**

*Рук. — проф. Р.Т. Адамян*

**Хирургия позвоночника**

*Рук. — проф. А.Г. Аганесов*

**Черепно-челюстно-лицевая хирургия**

*Рук. — д.м.н. А.С. Караян*

### **НЕЙРОХИРУРГИЯ**

*(рук. — к.м.н. С.А. Васильев)*

### **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ**

*(рук. — проф. С.Л. Дземешкевич)*

**Хирургия аорты и ее ветвей**

*Рук. — член-корр. РАМН Ю.В. Белов*

**Хирургия врожденных пороков сердца**

*Рук. — проф. А.С. Иванов*

**Хирургия приобретенных пороков сердца**

*Рук. — проф. В.А. Иванов*

**Хирургия ишемической болезни сердца**

*Рук. — проф. И.В. Жбанов*

**Хирургическое лечение заболеваний миокарда**

*Рук. — д.м.н. А.В. Коротеев*

**Хирургическое лечение нарушений ритма сердца и элект-**

**ростимуляция**

*Рук. — д.м.н. М.А. Нечаенко*

**Сосудистая хирургия**

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

### **РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*(рук. — проф. С.А. Абугов)*

### **КАРДИОЛОГИЯ**

*(рук. — акад. РАМН В.А. Сандриков)*

### **АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

*(рук. — акад. РАМН А.А. Бунятян)*

**Общая анестезиология, в т.ч. регионарная анестезия**

*Рук. — проф. В.М. Мизиков*

**Кардиоанестезиология**

*Рук. — проф. Н.А. Трекова*

**Искусственное кровообращение**

*Рук. — проф. Л.С. Локшин*

**Общая реанимация и интенсивная терапия**

*Рук. — д.м.н. А.В. Бондаренко*

**Кардиореанимация и интенсивная терапия**

*Рук. — проф. А.А. Еременко*

**Компьютерный мониторинг в анестезиологии и реанимации**

*Рук. — к.м.н. Е.В. Флеров*

**Терапия болевых синдромов**

*Рук. — проф. А.В. Гнездилов*

### **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ**

*(рук. — проф. Ю.И. Галлингер)*

### **ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ**

*(рук. — к.м.н. В.В. Родионов)*

### **ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ**

*(рук. — проф. А.А. Рагимов)*

### **ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

*(рук. — акад. РАМН В.А. Сандриков)*

**Рентгенодиагностика, компьютерная томография**

**Радиоизотопная диагностика**

**Функциональная диагностика, нагрузочные тесты**

**Ультразвуковая диагностика**

### **ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

*(рук. — проф. А.А. Рагимов)*

**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. Богомоллова*

### **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

*(рук. — к.м.н. Д.Н. Федоров)*

### **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ**

*(рук. — к.м.н. В.В. Стекольников)*

### **ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

*(рук. — к.м.н. Е.В. Флеров)*





Член-корр. РАМН проф. Ю.В. Белов осуществляет резекцию ниже-грудного отдела аорты с протезированием. За ходом операции наблюдает врач-курсант Р.Я. Ягубов (г. Набережные Челны, республика Татарстан).

Д.м.н. М.В. Хрусталева проводит эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с последующей папиллосфинктеротомией.

За ходом операции наблюдают врач и - курсанты Ж.К. Аяпбергенов (г. Актюбе, Казахстан) и Э.Р. Маркова (г. Самара).



Врач-курсант А.Н. Рогатова (г. Москва) проводит чреспищеводную эхокардиографию во время операции на сердце.



Врач-курсант Л.Н. Анцыгина (г. Нижний Новгород) проводит стресс-эхокардиографию на аппарате «Vivid-7».

**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

**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)

**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 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН проводится повышение квалификации средних медицинских работников по следующим специальностям:**

- Сестринское дело
- Организация сестринского дела
- Операционное дело
- Функциональная диагностика
- Анестезиология и реаниматология
- Рентгенология
- Лабораторная диагностика
- Медицинский массаж
- Гистология
- Физиотерапия

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:** [ucheba@mail.med.ru](mailto:ucheba@mail.med.ru) • **Сайт в Internet:** <http://www.med.ru/training>