

ГОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

**NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!**

№ 11
1998



**С 8 по 11 декабря
в Москве проходит
IV Всероссийский
съезд сердечно-
сосудистых
хирургов**

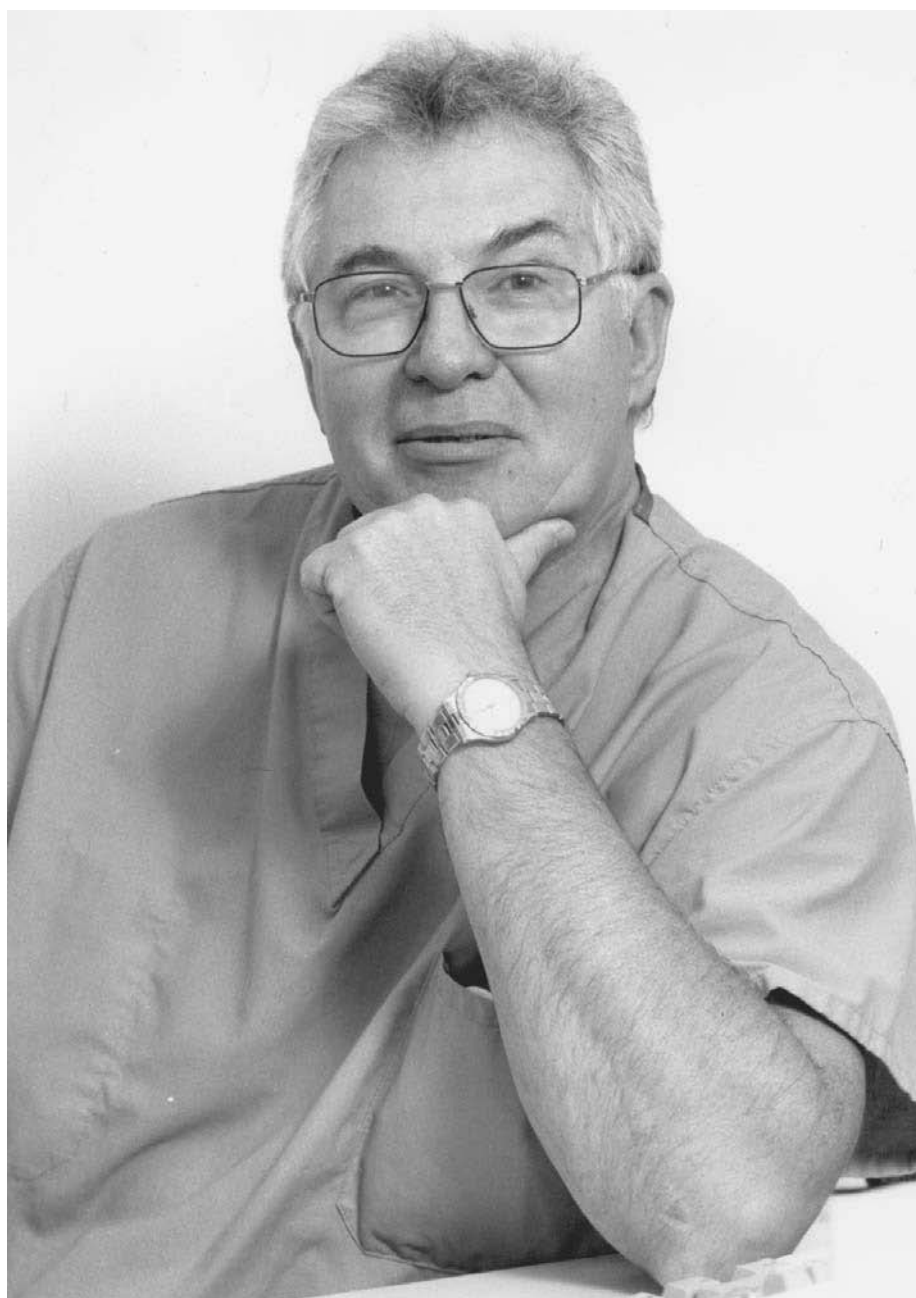
НАУКА И ПРАКТИКА

Лаборатория
малоинвазивной
кардиохирургии
НИИ СП имени
Н. В. Склифосовского

стр. 3 - 9

**Лекарства,
применяемые в
кардиохирургии**

стр. 10 - 12



Профессор Г. П. Власов: “Метод, который мы впервые в России применили, требует высокой квалификации, но любой областной кардиоцентр или хорошая больница могут быстро его освоить”.

стр. 3 - 7

НОВОСТИ

По решению Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Москве приступила к работе Федеральная справочно-информационная служба.

Круглосуточно и бесплатно по телефонам (095) 964 8401, 964 8403 предоставляется информация:

- о видах, объемах, стоимости медицинских услуг;
- о порядке госпитализации в федеральные медицинские центры;
- о ведущих специалистах, уникальных разработках;
- о возможностях скорой и неотложной помощи;
- об условиях пребывания пациентов.

Служба располагает наиболее полной информацией о деятельности медицинских учреждений Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска и других крупных центров России.

В МГКБ им. С. П. Боткина состоялась конференция "Профилактика бешенства у людей".

Бешенство - вирусное заболевание с неизбежно летальным исходом. Оно распространено в мире повсеместно: ежегодно около 50 тысяч человек в мире от него умирают, около 10 миллионов удается спасти, используя постэкспозиционное лечение.

Благодаря длительному инкубационному периоду, постэкспозиционная профилактика (лечение), включающая применение вакцины и антирабического иммуноглобулина, может оказывать эффективную.

Немецкая фирма "Кайрон Беринг" представила на конференции антирабическую вакцину "Рабипур". Ее получают путем выращивания штамма вируса Flury LEP на культуре куриных фибропластов. Рабипур рекомендуется для активной иммунизации в любом возрасте. В связи с высокой опасностью бешенства для жизни, противопоказаний для этой вакцинации нет. Вакцина соответствует стандартам ВОЗ и не содержит консервантов. Почти у всех вакцинированных защитный уровень антител достигается после серии из введений вакцины.

В Москве, в МГКБ № 56 действует консультативно-диагностический антирабический пункт. Руководит им к. м. н. Лебедева Инна Родионовна. Телефон для консультаций: 235 3282.

IV Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов



8 - 11 декабря 1998 года в помещении Института кардиохирургии им. В. И. Бураковского Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН открывается Четвертый Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов.

Программа съезда охватывает все наиболее острые проблемы сердечно-сосудистой хирургии. Участники съезда

обсудят ключевые вопросы врожденных и приобретенных пороков сердца, ишемической болезни сердца, жизнеугрожающих аритмий, широкий спектр сосудистых заболеваний.

Самостоятельным разделом впервые выносятся проблема терминальной сердечной недостаточности и современных возможностей ее лечения. В рамках съезда будут проведены заседания сестринской секции и экономической секции. В работе съезда примут участие около 1500 делегатов из России и республик СНГ. С докладами выступят крупные ученые Москвы Л. А. Бокерия, В. И. Шумаков, Б. А. Константинов, В. П. Подзолков, Г. И. Цукерман, В. С. Работников, А. Ш. Ревшвили, Р. С. Акчуринов, Б. В. Шабалкин, Ю. В. Белов, Г. П. Власов, а также руководители крупнейших кардиохирургических центров: Ю. Л. Шевченко, В. М. Седов (Санкт-Петербург), Е. Е. Литасова (Новосибирск), В. П. Поляков (Самара), Г. В. Кнышов (Киев), Е. Г. Одиянков (Ижевск), Н. И. Коротков (Иваново), кардиохирурги из Томска и Челябинска. В рамках съезда пройдут лекции крупнейших кардиохирургов Европы и Америки.

Во время съезда будет работать большая специализированная выставка по сердечно-сосудистой хирургии ведущих фирм-производителей и их дилеров.



"ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-98"

С 30 ноября по 4 декабря в павильонах № 1, 2 и "Форум" Выставочного комплекса ЗАО "Экспоцентр" на Красной Пресне будет работать 8-я международная выставка "Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты "Здравоохранение-98".

Ее организатором является ЗАО "Экспоцентр", Министерство здравоохранения РФ, Министерство экономики РФ.

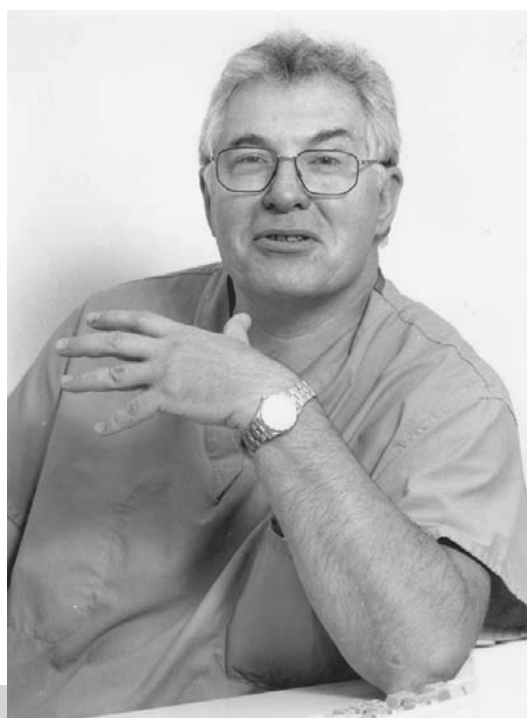
О своем участии заявили около 200 фирм, организаций и предприятий из Австрии, Болгарии, Великобритании, Венгрии, Германии, Лихтенштейна, России, США, Чехии, Финляндии, Франции, Швеции, Японии, более 100 Российских фирм.

Будет представлена медицинская техника для диагностики и лечения заболеваний, электромедицинские приборы, эндоскопическая аппаратура, инструменты и материалы, необходимые в стоматологии, а также различное медицинское оборудование и лекарственные средства, используемые в больницах и аптеках, и многое другое.

Выставка работает ежедневно с 10.00 до 18.00. 30 ноября - с 12.00 до 18.00. 4 декабря - с 10.00 до 16.00.

С приходом в нашу жизнь рыночных отношений стало возможным купить практически все. Кроме здоровья и, наверное, любви. Но о любви поговорим в следующий раз, а сегодня речь пойдет об органе, который ею заведует - о Сердце. Ишемическая болезнь сердца занимает ведущую позицию в структуре общей смертности населения. В настоящее время существует несколько подходов к ее лечению - хирургический, ангиопластика (со стентированием или без него) и медикаментозный. По мнению специалистов, хирургическое лечение признано наиболее эффективным. Однако страх перед операцией у больных настолько велик, что они готовы каждый день глотать таблетки горстями, но не попадать в руки к хирургам. Наибольшие опасения у людей вызывает мысль о том, что в ходе операции у них будет остановлено сердце. Именно поэтому пациенты легче соглашаются на менее травматичную, однако и менее эффективную, ангиопластику.

К счастью, медицинская наука не стоит на месте.



ШАГ ВПЕРЕД в борьбе с ишемией миокарда

В самом центре Москвы - в Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н. В. Склифосовского - несколько кардиохирургов-энтузиастов задались благородной целью: создать современную систему хирургической помощи пациентам с ИБС. Они разработали методику операции, которая не требует ни остановки сердца, ни искусственного кровообращения, ни больших разрезов. Имея за плечами школу института сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева и многолетний опыт хирургического лечения коронарной патологии, после сотен экспериментов, они приступили к малоинвазивным операциям на работающем сердце в клинике.

Первые же результаты превзошли все ожидания: больные просыпались от наркоза на операционном столе, послеоперационный период протекал настолько гладко, что уже через три дня они были готовы к выписке из стационара. А каков косметический эффект! Через полгода не остается никаких следов от перенесенного вмешательства. Но и это не главное: методика давала шанс нормальной жизни крайне тяжелому контингенту пациентов, тем, кому по медицинским показаниям отказали в лечении в других клиниках, ибо для них традиционная операция была непереносима. Плюс ко всему появилась возможность оперировать

больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, язвенная болезнь, заболевания легких.

На этом сотрудники лаборатории не остановились и создали оригинальную методику эндоскопической коронарной хирургии, позволившую уменьшить и без того минимальную операционную травму. Эта методика позволила вообще отказаться от разрезов, заменив их несколькими небольшими проколами. Разработки настолько оригинальные, что практически не имеют мировых аналогов, многие из них защищены патентами.

Удивительнее всего тот факт, что в родном Отечестве их как бы не замечают, чего не скажешь о ближнем и дальнем зарубежье. Потоком идут запросы из США, Японии, Австрии и других стран с просьбой ознакомиться с опытом коллег.

Мы не хотим подливать масла в огонь и докучать страшными историями о проблемах медицины, о которых все и так хорошо знают. Побеседуем лучше с профессором Г. П. Власовым о сущности нового метода.

- Операции малоинвазивной реваскуляризации миокарда с эндохирургической поддержкой производятся на работающем сердце, они менее травматичны и позволяют резко снизить расходы как на собственно оператив-

ное вмешательство, так и на послеоперационное лечение. Эти операции переносятся больными значительно легче, чем операции с применением аппаратов искусственного кровообращения (АИК). И это существенно, ибо становится возможным применять их не только у плановых больных, но и у больных с острым инфарктом миокарда, которые, по тяжести состояния, операцию на остановленном сердце просто не перенесут. Недаром подразделение, которое я возглавляю, называется лабораторией неотложной кардиохирургии. В дальнейшем, с развитием материальной базы - правительство Москвы выделило для этого средства - мы надеемся расширить объем своей деятельности до 1000 операций в год.

Конечно методика, которую мы впервые в России освоили, требует высокой квалификации и специальных навыков. Помню, когда в 1982 году я ассистировал профессору В. С. Работникову, было шунтировано три коронарные артерии: мы вошли в операционную в 9 утра и вышли в 11 вечера! А вчера мы всего за четыре часа сделали две операции.

Чем еще хорош этот метод? Его достаточно легко "тиражировать" - любой областной кардиоцентр или хорошая больница могут быстро его освоить. Бригада - хирург, анестезиолог, операционная сестра - за 1,5 месяца усваивает все, что нужно для самостоятельной практической работы. Техника, инструменты тоже вполне доступны по цене.

Что, собственно, дает применение эндоскопической техники? Она позволяет гораздо легче выделить сосуд, в частности, внутреннюю грудную артерию на всем ее протяжении, пересечь все ее веточки. Ее гораздо легче пришить к коронарной артерии, а в последствии избежать синдрома "обкрадывания". Таким образом, мы обходим главный недостаток минидоступа, при котором затруднено полноценное выделение внутренней грудной артерии на достаточно большом протяжении и лигирование всех ее ветвей.

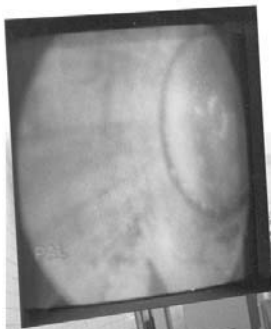
По моему мнению, с внедрением эндоскопической поддержки, миниинвазивные методы займут достойное место в реваскуляризации миокарда. Не зря сейчас создано Международное общество миниинвазивной кардиохирургии, членами которого стали наши специалисты. Хотя, далеко не все коронарные хирурги признали рациональность вмешательства эндоскопии в свою сферу и считают невозможным даже частично отказаться от использования искусственного кровообращения.

Но ведь и развитие эндоскопических технологий не стоит на месте. Так, если на заре эндоскопического удаления желчного пузыря операция длилась четыре-пять часов, то теперь, буквально через несколько лет, она выполняется всего 20 - 30 минут. Сегодня 95% холецистэктомий выполняется эндоскопически. И в нашей области, я уверен, через два-три года миниинвазивные методы с использованием эндоскопической техники будут главенствовать. С их помощью заполняется ниша между ангиопластиками и рутинной операцией аорто-коронарного шунтирования. Они по эффективности ни в чем не уступают большим операциям, а по себестоимости и по щадящему

от -

ношению к большому вплотную приближаются к ангиопластике. Но там каждый стент стоит 3000 долларов, а результаты не всегда эффективны: бывают и тромбозы стентов, и прочие осложнения. Кроме того, стент может быть поставлен только в проксимальные отделы коронарной артерии, а кардиохирурги работают больше на периферии сосуда.

- Геннадий Павлович, я знаю, что у вас большой опыт работы на остановленном сердце. Многие годы в Институте им. А. Н. Бакулева ваша бригада делала ежедневно по две операции аорто-коронарного шунтирования. Что же побудило вас уйти от этого метода?



- Для меня опасности метода с применением искусственного кровообращения, все его недостатки, наряду с несомненными достоинствами, были очевидны всегда. Мы старались по возможности сокращать время его применения: нам удавалось пережимать аорту только на 16 - 20 минут и за это время наложить три шунта. И для защиты сердца использовали не три литра кардиоплегического раствора, а всего 400 мл.

В своих поисках мы не одиноки. В литературе все чаще появляются работы, где, даже при традиционной методике выполнения АКШ, хирурги начали отказываться от применения АИКа.

Видите ли, в медицине часто все ходит по кругу. Ка-

кие-то идеи кажутся несвоевременными, отвергаются, но с развитием техники появляются новые возможности и вновь приходится возвращаться к старым замыслам. Так методика использования для аорто-коронарного шунтирования одной из внутренних грудных артерий была предложена видным ленинградским профессором В. И. Колесовым очень давно. Но метод был подвергнут критике и забыт. Может быть, профессору не хватило настойчивости, а скорее всего, просто время не пришло - в стране не было возможности проводить дооперационное ангиографическое исследование больного и операции, по сути, проводились вслепую. Теперь эти возможности есть. Кроме того, появление эндоскопической техники существенно

упростило мобилизацию внутренних грудных артерий и операция обрела второе дыхание. Но, несмотря на это, хирург должен пройти определенный путь, приноровиться к манипуляциям на работающем сердце. Для этого нужен определенный период, во время которого должно произойти чисто психологическое созревание.

Хирурги в Минске мне говорили: "Мы не можем пришить к работающему сердцу электрод для стимуляции, а вы на какой-то двухмиллиметровой артерии пришиваете шунт. Немыслимо!" На самом деле - все

это дело техники и тренажа. Надо приноровиться к работе сердца, рука и голова должны работать в его ритме, в такт ему. Вот представьте - техника отработывается на собаках, у которых сердце работает со скоростью 120 - 140 сокращений в минуту. Так, по сравнению с собачьим, человеческое сердце - просто стоит!

Сейчас за рубежом разрабатываются специальные роботы, нивелирующие работу сердца, чтобы хирургу было легче шить. В Риме, на съезде эндоскопических хирургов, мне показывали такую технику.

Она еще очень



не совершенна, нет еще четкого взаимодействия между человеком и машиной, но ведь это только начало. В далекой перспективе возможны даже операции по "Интернету".

Конечно, наша работа невозможна без государственных субсидий. Ведь смертность от сердечно-сосудистых заболеваний перекрывает смертность от онкологии, туберкулеза и др. Тем более в России. Недавние исследования Европейской ассоциации кардиологов показали, что смертность людей от 35 лет у нас выше, чем во всей Европе. Вот ведь что обидно: те, кто уехал от нас работать в Америку и Канаду, говорят, что хирурги там не лучше, чем у нас, но у них прекрасный одноразовый инструментарий, прекрасно налажен послеоперационный уход. Даже если хирурги чего-то недоделали, выполнили операцию не очень качественно, эти службы выхаживают больных.

Нельзя не упомянуть о поистине титанической работе московского правительства и лично Ю. М. Лужкова. Мы обратились к нему и рассказали о том, что, несмотря на создание здесь, на базе института им. Склифосовского, нашего кардиоцентра, у нас не получается замкнутого цикла, нет условий для полноценной хирургической работы. Он пригласил нас к себе, изучил вопрос и вынес решение - в ближайшее время к кардиологическому корпусу будет пристроен хирургический блок. На это уже выделены деньги.

- Геннадий Павлович, вернемся к вашей методике. Сколько больных уже прооперировано?

- Перейдя от экспериментов к клинике, мы прооперировали по новой методике 90 пациентов. Это немного, но мы очень строго пока подходим к отбору больных. Берем тех, кому ангиографисты отказывают в ангиопластике. Ни в коем случае не стремимся использовать методику во что бы то ни стало, уверены, что все дело во времени. Сейчас мы оперируем в институте скорой помощи им. Н. В. Склифосовского и в ГКБ № 15, где работаем на одной базе с коллегами из института им. А. Н. Бакулева. Кстати, профессор В. С. Работников, который возглавляет

в 15-й больнице коллектив бакулевцев, с интересом присматривается к нашей методике. И в РНЦХ сейчас также начали осваивать миниинвазивную технологию. В частности, профессор Ю. В. Белов уже оперирует больных на работающем сердце. Общение с ним еще раз убедило нас в том, насколько применение эндоскопического метода расширяет возможности операции. Переняв голландскую методику, он, да и другие тоже, испытывают определенные трудности по выделению внутренней грудной артерии и лигировании ее ветвей. Да и доступ к сердцу здесь значительно больше нашего, так как приходится выполнять торакотомию.

Думаю, что помочь здесь может именно освоение эндоскопической поддержки, при которой, как мы уже говорили, есть возможность выделять артерию по всей длине и надежно лигировать или клипировать все ее ветви. Минидоступ, которым мы пользуемся, действительно мини: пять - шесть сантиметров.

- Вернемся к вопросу оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда. Как обстоит дело с этой проблемой сейчас?

- Прежде всего, состояние больного с инфарктом миокарда не позволяет перенести большую операцию с использованием аппарата искусственного кровообращения. Для решения этой проблемы мысли ученых и практиков-кардиохирургов обратились к ангиопластике. Вот недавно вильнюсские ученые опубликовали свои результаты по применению этого метода в своем центре. У них огромный опыт, чуть ли не самый большой в мире. Но и они могут помочь далеко не каждому больному: не всегда возможно полностью удалить тромб, особенно, когда сосуд полностью закупорен. Возможна и перфорация сосуда, и прочие осложнения. Здесь, я уверен, эффективна именно наша методика. Так как мы работаем в НИИ скорой помощи, то больной может быть доставлен

сюда в любое время суток, буквально в первые часы после начала заболевания - с тяжелой ишемией, и применение нашей методики предотвратит развитие крупноочагового инфаркта миокарда.

Мы сейчас готовимся к созданию такой службы, которая может обеспечить своевременную доставку больных и возможность раннего оперативного вмешательства. Все это должно уменьшить смертность, достигающую сейчас при первом крупноочаговом инфаркте миокарда 15 - 20%. Конечно, это потребует увеличения числа специалистов, нам понадобится минимум три хирургических бригады.

- Геннадий Павлович, а теперь личный вопрос: как вы стали кардиохирургом?

- Я начинал свою хирургическую деятельность в Институте сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. Я ученик академика В. И. Бураковского, и мне очень его сейчас не хватает. Он был выдающимся ученым, кардиохирургом и великим организатором. Мне кажется, что в его лице я имел бы очень большую поддержку. Его ум был необыкновенно проницательным, он ловил на лету все новое, прекрасно ощущал его. Его советы были просто неоценимыми. Таких людей среди нас очень мало, и добрая память о нем всегда со мной.

- И последний вопрос - сколько будет стоить больному такая операция?

- Отвечу коротко - и в НИИ СП им. Склифосовского и в ГКБ №15 больных оперируют бесплатно, их лечение финансируется из бюджета правительства Москвы. Как попадают к нам больные? Обычно их направляют кардиологи поликлиник, военных госпиталей и больниц. Очередь небольшая - максимум две недели. Мы лечим не только жителей Московского региона, есть больные и из других городов - Иркутска, Красноярска, Южно-Сахалинска, Пензы. Иногородним приходится платить, но не более 10 - 15 тысяч рублей.



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНАРНАЯ ХИРУРГИЯ - НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ИБС

Г. П. Власов, Н. О. Травин, К. С. Дейнека, М. Б. Белинский и др.,
НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

Начиная с 1996 года, отмечено бурное развитие малоинвазивной коронарной хирургии. Уже через год после первых операций о первом клиническом опыте сообщили 50 кардиохирургических центров мира. При анализе причин этого взрыва становится ясной основная движущая сила - стремление к минимизации операционной травмы, а значит, и к уменьшению риска возможных осложнений.

Методика возникла на стыке интервенционной кардиологии и традиционной хирургии и вобрала в себя преимущества как транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП), так и традиционной прямой реваскуляризации миокарда. С одной стороны, малоинвазивная операция - это минимальная травма, сравнимая с травмой при ТЛБАП. С другой стороны, что выгодно отличает ее от ангиопластики, это прямая реваскуляризация миокарда, но без осложнений, связанных с применением искусственного кровообращения (ИК) и остановки сердца. Большая популярность процедур ТЛБАП, сравнимая с частотой выполнения операций коронарного шунтирования, связана с минимальной травмой для пациента, коротким периодом реабилитации и значительно меньшей стоимостью. Вместе с тем, преимущества ее нивелируются на фоне высокого процента рестенозов уже в первые месяцы после процедуры. В некоторой степени, однако не кардинально, снизить процент рестенозов позволяет применение интракоронарных стентов. Тем не менее, в представительном межцентровом исследовании SOS (stent or shunt) была продемонстрирована большая эффективность операции коронарного шун-

тирования. К тому же стентирование применимо только при локальных проксимальных стенозах.

Общепринятое определение операции малоинвазивной реваскуляризации миокарда (МИРМ) - это реваскуляризация миокарда через торакаотомию не более 10 см без применения ИК с использованием только артериальных шунтов. Новейшим направлением малоинвазивной коронарной хирургии является МИРМ с эндохирургической поддержкой.

В нашей стране коронарные операции с эндохирургической поддержкой выполняются с конца 1997 года, когда практически одновременно в отделе неотложной коронарной хирургии НИИ СП имени Н. В. Склифосовского и в кардиохирургическом Центре Московской медицинской Академии были выполнены первые операции маммарокоронарного шунтирования с эндовидеоскопической поддержкой. Суммарный мировой опыт на сегодняшний момент не превышает сотни операций.

К настоящему времени нашей группой выполнено уже 20 подобных операций, в том числе у повторно оперируемых пациентов и у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Уже первый клинический опыт выявил очевидные преимущества нового метода: пациенты экстубируются на операционном столе, время послеоперационного нахождения в стационаре составляет 5 - 7 дней. Применение эндовидеоскопической техники позволило уменьшить размеры операционного доступа до 4 - 5 см и, тем самым, свести к минимуму операционную травму и добиться превосходного косметического эффекта.

Следует отметить, что пока операции МИРМ распространяются, в основном, на случаи однососудистого поражения коронарного русла. Однако специалисты из нашей группы уверены, что уже в ближайшее время удастся распространить технику МИРМ на случаи двух- трех-сосудистого коронарного поражения.

Столь оптимистичному прогнозу способствуют результаты экспериментальной работы. Так, сотрудниками группы Н. О. Травиным, К. С. Дейнекой и М. Б. Белинским экспериментально обоснованы и апробированы малоинвазивные доступы ко всем коронарным артериям, методики эндовидеоскопического выделения нескольких артериальных шунтов для реваскуляризации миокарда. Приятно осознавать, что российские кардиохирурги не только не отстают от своих западных коллег, но и имеют уникальные передовые разработки в этой области, защищенные авторскими правами.

Во всем мире при внедрении новых технологий принято учитывать экономические аспекты. Оценивая начальный опыт операций МИРМ, можно констатировать, что эндовидеоскопическая поддержка обходится не дороже стоимости процедуры баллонной ангиопластики, что должно стать дополнительным аргументом в пользу операции.

Конечно, методика МИРМ с эндовидеоскопической поддержкой делает первые робкие шаги, однако, достаточно один раз увидеть операцию в клинике, а еще лучше - оперированного пациента, чтобы навсегда стать приверженцем нового подхода к хирургическому лечению ишемической болезни сердца.



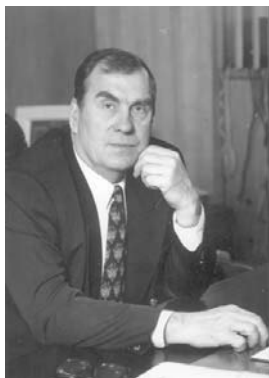
КАРДИОХИРУРГИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Во всех отраслях хирургии уменьшение травматизма операции является большим достижением. Кардиохирургия - не исключение. Поэтому работа лаборатории, которую возглавляет проф. Г. П. Власов в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского, на наш взгляд, имеет большое значение для развития отечественного здравоохранения. А что по этому поводу думают...

Главный врач ГКБ № 15 О. М. Филатов:

- Операция АКШ на работающем сердце с использованием эндоскопической технологии, которые выполняются Геннадием Павловичем Власовым и его коллегами, начала применяться недавно. Она позволяет значительно уменьшить стоимость операции и, главное, снизить риск возможных осложнений. Сердце не останавливается, а, значит, головной мозг и все системы организма пациента снабжаются кровью хорошо. Послеоперационный период у них протекает легче, чем у таких же больных, которым применялось искусственное кровообращение.

Для меня, как для главного врача больницы, очень важно, что этот метод, хотя он применим далеко не во всех случаях, позволяет экономить значительные средства. Ведь федеральное снабжение у нас на нуле, и больнице приходится изыскивать дополнительные источники финансирования для того, чтобы сохранить эту службу и развивать ее. Благодаря наличию специальной программы в Правительстве Москвы, нам удалось приобрести оборудование, которое поддерживает саму операцию, обследование до операции и в послеоперационном периоде. У нас есть два кардиологических отделения с блоками интенсивной терапии, где, помимо специали-



алистов института им. Бакулева, работает группа хирургов во главе с профессором Д. Г. Иоселиани, о котором ваша газета недавно писала. Методика профессора Власова расширяет спектр предлагаемой помощи больным с острым инфарктом миокарда.

Сегодня в столице производится около 1000 операций аорто-коронарного шунтирования в год. В свое время около 300 из них производилось у нас, но теперь на этот объем у больницы нет средств - несмотря на то, что органы здравоохранения и власти города стараются помочь. Операции, предложенные профессором Г. П. Власовым, по стоимости можно приравнять к полостным операциям, которые доступны москвичам во всех лечебных учреждениях города. Поэтому самое главное, почему я стараюсь внедрить эту методику в нашей больнице: при экономическом голоде число людей, которым мы сможем помочь значительно возрастет.

Директор НИИ СП им. Н. В. Склифосовского А. С. Ермолов:

- Думаю, показания к этой операции не стопроцентные, ее нельзя выполнить всем без исключения больным. Но в тех случаях, когда показания есть, она может иметь большое значение при острых нарушениях коронарного кровообращения - при инфарктах миокарда, нестабильной стенокардии и т. д. На сегодняшний день есть предпосылки для расширения показаний к данному типу вмешательств: не только шунтирование одной пораженной коронарной артерии, но и нескольких. Считаю, что приобретение соответствующего опыта поможет со временем отказаться от применения искусственного кровообращения.



В структуре службы скорой помощи города есть специализированные инфарктные бригады, одна из которых дежурит у нас в институте. Проблема здесь - рациональный отбор больных для госпитализации в те учреждения, которые владеют полным спектром методик - от баллонной ангиопластики и тромболитика, до операций на работающем сердце. Я уверен, что малоинвазивные операции будут широко внедряться и станут достоянием многих больниц. Метод тиражируем и этим очень привлекателен, интерес к нему имеется серьезный. На мой взгляд, здесь необходим комплексный подход: по результатам обследования больному должны выполняться либо системный тромболитик, либо ангиопластика, либо операция по реваскуляризации миокарда, предпочтительно малоинвазивная.

Конечно, создание кардиохирургических служб требует больших финансовых затрат. Правительство Москвы и Комитет по здравоохранению уделяют этому достаточное внимание. У нас в Институте идет строительство кардиохирургического корпуса, где запланировано выполнять весь объем кардиохирургической помощи. Причем, мы пошли по пути сочетания этой службы с кардиологической. Фактически, это единая структура, которая способна оказывать пациентам весь комплекс медицинских услуг. Так что, у метода профессора Власова, уверен, есть хорошая перспектива.





Операция, которую может сделать только один хирург, ее автор, живет только вместе с ним. Переворот в медицине делают лишь "тиражируемые" методики. Профессор Г. П. Власов и его коллеги считают, что пропагандируемая ими технология малоинвазивных операций на работающем сердце может и должна широко распространиться. Именно поэтому они создали общественную организацию - Лигу малоинвазивных кардиохирургов. Об этой инициативе мы побеседовали с профессором и его командой - старшими научными сотрудниками К. С. Дейнекой и Н. О. Травиным, младшим научным сотрудником М. Б. Белинским. Вот что они рассказали.

КАРДИОХИРУРГИ, ОБЪЕДИНЯЙТЕСЬ!

Г. П. Власов:

- Мы хотим привлечь внимание не только коронарных хирургов, но и всех хирургов, владеющих сосудистой техникой наложения анастомоза. Почему? Да именно для широкого распространения этой операции в России. Во всех крупных городах!

Я вспоминаю 1965 год. Тогда резекция желудка считалась самым последним словом хирургии, ее вершиной. Если хирург ее делал, то ему присваивалась высшая категория. И коронарная хирургия сейчас находится на том же этапе своего развития. Она должна широко шагнуть во все регионы страны. Если человек пройдет обучение в нашем центре, который мы создали на базе НИИ им. Склифосовского, под крылом Лиги малоинвазивных хирургов, он получит сертификат на право использования эндоскопической хирургии и сможет организовать работу на местах. Ему не нужно будет использовать аппарат искусственного кровообращения (АИК стоит 180 - 300 тысяч долларов. А еще расходный материал и обслуживание!) На своих операциях мы уже подтвердили, что нет нужды в подстраховке АИКом. Сейчас мы его даже не собираем, а вначале боялись осложнений... Но инерцию надо преодолевать. В этом году ни одной операции с использованием АИКа мы не выполнили. Оперировали больных с хронической почечной недостаточностью, с высоким креатинином - таким больным отказывают, как правило, и у нас и за рубежом. Оперировали больного с опухолью почки, с острым инфарктом миокарда на шестые сутки, практически погибающего, с разрывом инфарктированной свободной стенки сердца. И они перенесли операцию на работающем сердце. А с применением АИКа больных с острым инфарктом не оперируют, так как летальность достигает 30 - 40%. Единственное серьезное противопоказание к нашей операции - тотальное поражение атеросклерозом всех

артерий - таким больным помочь может только лазер.

Нам кажется, хирург должен иметь в своем арсенале несколько способов оказания помощи больному. Технология, которую мы предлагаем, сделает революцию в кардиохирургии. Поэтому очень хочется сделать метод достоянием самого широкого круга кардиохирургов. Вот для чего нам нужна Лига.

М. Б. Белинский

- Конечно, в перспективе Лига должна быть всероссийской. Но пока юридически мы оформили создание Московской региональной организации. На наш взгляд, это общественное объединение может стать своеобразным мозговым центром, который привлечет внимание хирургов к этой проблеме. И не только российских. Вот и белорусские коллеги проявляют интерес к данной проблеме. Главная, первоочередная наша задача - популяризация метода. Пусть на это уйдет несколько лет - мы уверены, что наш труд окупится сторицей. Сейчас мы готовим соответствующие документы - сертификат, анкеты, заявления. Мы планируем провести презентацию нашего объединения на очередном Всероссийском съезде кардиохирургов в декабре этого года.

Н. О. Травин:

- Создание Лиги малоинвазивной хирургии становится актуальным еще и потому, что не только мы занимаемся этой проблемой. Появились первые сообщения об аналогичных операциях в Пскове, Новосибирске. И география эта будет расширяться. И здесь Лига должна сыграть свою положительную роль. Тем более что в самом методе заложено определенное диалектическое противоречие - с одной стороны, он позволяет расширить зоны действий кардиохирургии, но с другой - оперировать на остановленном сердце хирургу проще, чем на работающем, то есть эта миниоперация требует

очень большого мастерства. И ничуть не снижаются требования к диагностике - ангиографическое оборудование должно быть обязательно. Хотя, впрочем, больной может сделать ангиограмму в одном месте, а оперироваться - в другом.

К. С. Дейнека:

- Чем больше будет создано отделений Лиги на местах, тем быстрее произойдет создание Российской. Одна из основных задач, которую лига должна выполнить - учебная. При Лиге обязательно должен быть создан центр, который грамотно и ответственно будет передавать необходимые методики дальше, другим практикующим врачам. По сути дела, речь идет о создании национальной школы малоинвазивной хирургии. Обмен опытом, информацией - без этого нельзя двигаться дальше. В ноябре мы уже начали свою педагогическую деятельность - обучаем врачебно-сестринские бригады, готовимся выдавать первые сертификаты. На это есть юридическое право.



Уважаемые коллеги!

Конец 90-х годов отмечен бурным развитием методик малоинвазивной кардиохирургии, снискавших сторонников во всем мире и в нашей стране в том числе. Однако, для более эффективного развития данного направления необходимо объединение усилий специалистов, занимающихся данной проблемой, что и является основной целью некоммерческой общественной организации “Лига Малоинвазивных Кардиохирургов”, основанной в августе 1998 года.

Лига занимается созданием системы эффективно-го взаимодействия специалистов, обменом медицинской информацией и опытом.

Наша организация начинает работу по проведению регулярных конференций и съездов, посвященных данной тематике с привлечением отечественных и зарубежных специалистов, разрабатывает программы обмена опытом с зарубежными клиниками, имеющими большой опыт выполнения малоинвазивных кардиохирургических вмешательств, чему способствуют прочные связи Лиги с ISMICS (Международная ассоциация минимально инвазивных кардиохирургов).

Также **Лига** ведет активную образовательную работу. На базе НИИ СП им. Н. В. Склифосовского создан учебный центр по малоинвазивной кардиохирургии, где все заинтересованные врачи могут полно ознакомиться с данным методом. Создавая схему обучения, мы руководствовались опытом зарубежных коллег, где аналогичная образовательная программа складывается из теоретических, экспериментальных и клинических занятий. К работе в учебном центре привлекаются сильнейшие отечественные и зарубежные специалисты в области малоинвазивной кардиохирургии.

В скором времени будет издаваться Вестник, посвященный проблемам малоинвазивной кардиохирургии. Создаваемая программа “общедоступной компьютерной информационной базы” и “оперативной консультативной помощи” позволит быстро получить необходимую информацию или консультацию специалиста.

Используя свои широкие связи с производителями специализированного оборудования и инструментария, **Лига** имеет возможность оказать консультативную помощь лечебным учреждениям в оснащении передовыми медицинскими технологиями, оборудованием, а также по организационным вопросам.

“**Лига Малоинвазивных Кардиохирургов**” ищет единомышленников и будет рада видеть в своих рядах как отдельных врачей, так и целые коллективы. Членство в нашей организации позволит Вам работать над данной проблемой не в одиночку, не в узком коллективе, а в большом сообществе специалистов, объединенных общей целью, оказывающих взаимопомощь, что, безусловно, положительно отразится на результатах работы, к улучшению которых мы все стремимся.

Если Вас заинтересовала деятельность “**Лиги Малоинвазивных Кардиохирургов**” и Вы желаете принять участие в ее работе, мы будем рады Вашим звонкам и письмам.

С уважением

**Президент “Лиги Малоинвазивных Кардиохирургов”
Руководитель отд. экстренной коронарной патологии
Профессор Г. П. Власов**

А Н К Е Т А
Д Л Я В С Т У П Л Е Н И Я В
Л М И К Х

Ф.И.О

Адрес

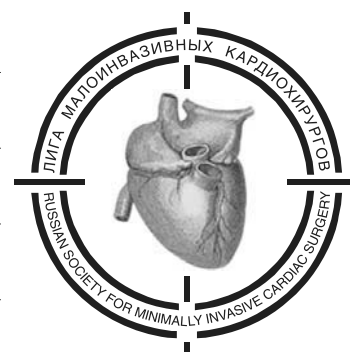
Тел.:

Факс:

E-mail:

Место работы

Ученая степень



ЛИГА МАЛОИНВАЗИВНЫХ КАРДИОХИРУРГОВ

Россия, Москва, НИИ СП им. Н.В.Склифосовского
Сухаревская площадь д.3, к.6, офис 614
Тел. / Факс : (0 9 5) 9 2 9 1 1 4 2

КЛЕКСАН: НОВЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В КАРДИОХИРУРГИИ

Г. П. Власов, Н. О. Травин, К. С. Дейнека, М. Б. Белинский и др.,
НИИ СП им. Н. В. Склифосовского

Гепарин, открытый более 60 лет назад, благодаря своим антикоагулянтным свойствам, с успехом используется до сего дня. Множество проведенных исследований, подтверждающих эффективность гепарина, позволили сделать его препаратом выбора и ввести в схему лечения и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, для предупреждения послеоперационных осложнений. Однако, побочные эффекты, часто встречающиеся при его использовании, такие как тромбоцитопения (до 30% случаев), парадоксальные реакции (13%), синдром отмены (3%), инсульт (0,9%), создали предпосылки для работы над усовершенствованием препарата. Уже в середине 70-х годов были синтезированы вещества, получившие название "низкомолекулярные гепарины" (НМГ), выгодно отличающиеся от своего предшественника механизмом антикоагулянтного действия. В их ряду стоит отметить эноксапарин натрия (Клексан), выпускаемый французской компанией Rhone-Poulenc Rorer.

Производимый по оригинальной технологии, Клексан имеет молекулярную массу 4200 дальтон, что меньше молекулярной массы любого другого НМГ. При этом 31% ее составляют короткие цепи с молекулярным весом 2500 дальтон, что обуславливает высокое сродство к 10а-фактору и практически полное отсутствие анти-тромбиновой активности. Отношение анти-10а-фактора активности и анти-2а-фактора активности у Клексана выше, чем у всех НМГ, и составляет от 3,3/1 до 5,3/1. Длительный период полувыведения, зависящий от дозы, $T_{1/2}$ при 20 мг равен 3,9; при 40 мг - 4,37. Высокая и продолжительная анти-10а активность, сохраняющаяся в течение 24 часов после подкожного введения и, таким образом, снижающая частоту инъекций, большая биодоступность - 95% - делают его использование предпочтительным.

Помимо хороших фармакологических характеристик, эноксапарин (Клексан) обладает уникальным клиническим эффектом, что было продемонстрировано целым рядом различных крупных многоцентровых рандомизированных клинических исследо-

ваний. Одним из наиболее авторитетных стало многоцентровое плацебо-контролируемое двойное слепое рандомизированное исследование "ESSENSE", посвященное применению Клексана при нестабильной стенокардии. В двух группах пациентов (суммарно 3171 человек) сравнивались эффекты применения Клексана (в дозе 1 мг/кг веса подкожно 2 раза в день) и нефракционированного гепарина, вводимого в виде непрерывной внутривенной инфузии под контролем АЧТВ. Результат оценивался по совокупности трех признаков: общий риск смерти; развитие инфаркта миокарда и рецидив стенокардии в трех конечных точках - 48 часов, 14-е сутки, 30-е сутки. Следствием применения Клексана явилось достоверное снижение осложнений к 48 часам с 7,4% до 6,2% соответственно; к 14-м суткам с 19,8% до 16,6%; к 30-м суткам более высокая эффективность Клексана сохранялась - 23,3% и 19,8%. По последним данным кардиопротективное действие кратковременного курса лечения эноксапарином в период нестабильности ИБС сохраняется по меньшей мере 1 год, уменьшая частоту смерти и инфаркта миокарда на 16% по сравнению с аналогичной группой больных, получавших гепарин (ESSENSE-1 year). Особенно значимое преимущество эноксапарина перед нефракционированным гепарином проявилось в группах больных старше 65 лет, с ЭХОКГ-изменениями, депрессией сегмента ST и после транслюминальной баллонной ангиопластики. Это дает основание рекомендовать использование эноксапарина вместо внутривенной инфузии гепарина при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда.

Высокая эффективность Клексана также подтверждена аналогичными исследованиями, посвященными профилактике тромбоза глубоких вен нижних конечностей и тромбозам легочной артерии. Сравнимую с гепарином эффективность Клексана в профилактике вышеперечисленных осложнений продемонстрировало исследование PRIME, охватившее 959 нехирургических больных с высоким риском

тромбообразования, что было также подтверждено рандомизированным исследованием Levine, включавшем в себя 607 больных; частота тромбоза глубоких вен в группе эноксапарина (30 мг 2 раза в день) была существенно меньше, чем у больных, получавших нефракционированный гепарин (7500 Ед 2 раза в день) - соответственно 5 и 12%.

Таким образом, эноксапарин эффективен и безопасен в профилактике тромбоза глубоких вен и тромбозам легочной артерии в хирургической практике.

Малоисследованной и неосвещенной в литературе областью является использование Клексана в сердечно-сосудистой хирургии, в частности при операциях реваскуляризации миокарда. Группой кардиохирургов под руководством профессора Г. П. Власова на базе НИИ СП имени Н. В. Склифосовского и ГКБ № 15 г. Москвы начато применение Клексана у больных, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце. У 10 пациентов использовали следующую схему приема препарата: однократно 20 мг внутривенно за 15 минут до начала выполнения основного этапа, далее 40 мг через каждые 12 часов в течение 2-х суток. Контролировались ВСК, АЧТВ, АВС, количество тромбоцитов, протромбиновый индекс, фибриноген плазмы. Первоначальный опыт позволяет положительно оценить применение Клексана в коронарной хирургии и выявить его преимущества: относительная дозозависимость, двукратное применение, отсутствие синдрома отмены, парадоксальных реакций и необходимости лабораторного контроля. Ни в одном случае не наблюдался периоперационный инфаркт миокарда, не было тромбоза шунтов, также не зарегистрировано побочных эффектов, связанных с введением препарата.

Вместе с тем, много аспектов остаются неисследованными, например, использование высоких доз Клексана при искусственном кровообращении, схемы его нейтрализации, детские дозировки, оптимальные сроки начала и окончания лечения, что должно явиться предметом дальнейших исследований.

ЭРА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Валентин МАРКОВ, профессор. Томск.

Существует несколько методов реваскуляризации миокарда, но наиболее доступным и приемлемым на практике является тромболитическая терапия. Эффективность коронарного тромболитизиса при инфаркте миокарда убедительно доказана исследованиями в конце 80-х, начале 90-х годов. Поэтому нынешний период в кардиологии многие ученые называют "эрой тромболитической терапии".

Тринадцатилетний опыт тромболитической терапии острого инфаркта миокарда в Томском НИИ кардиологии насчитывает более 1500 больных, у 700 из них результаты оценены с помощью коронарной ангиографии.

Как было показано исследованием, выполненным сотрудниками института совместно с врачами Скорой медицинской помощи г. Томска, важным резервом в повышении эффективности лечения острого инфаркта миокарда является проведение тромболитизиса врачами кардибригады на догоспитальном этапе. Совместно с врачами скорой медицинской помощи нами было проведено рандомизированное исследование. Сравнивали продолжительность ишемического периода, частоту осложнений и госпитальную летальность в двух группах больных (по 50 человек в каждой), получивших тромболитическую терапию на догоспитальном этапе (первая группа) или в стационаре. По нашим данным, при догоспитальном тромболитизисе ишемический период инфаркта (период до реперфузии миокарда) сокращается на 2,3 ч. Это приводит к уменьшению размеров развивающегося инфаркта, предупреждению осложнений и, в конечном итоге, к снижению госпитальной летальности в 2 раза по сравнению с группой больных, лечившихся в стационаре (6% против 12%).

Анализируя историю развития системного метода тромболитической терапии, можно увидеть одну из основных тенденций - стремление к более быстрому введению активаторов плазминогена. Это связано с желанием как можно быстрее создать высокую концентрацию стрептокиназы в циркулирующей крови. Для спасения ишемизированного миокарда может иметь значение восстановление коронарного кровотока на 10 - 15 мин. раньше.

Нашими сотрудниками одними из первых было показано, что частота реканализации коронарной артерии при внутривенном введении стрептокиназы (**Стрептаза**) в первые 3 ч. от начала симптомов инфаркта такая же высокая, как и при внутрикоронарном способе ее введения, а в более поздние сроки внутривенный тромболитизис суще-

ственно уступает интракоронарному по частоте достижения реканализации коронарной артерии. В связи с этим при отсутствии косвенных признаков реперфузии миокарда, в течение 90 минут после внутривенного введения Стрептазы приступаем к внутрикоронарному способу тромболитической терапии. Такой подход, по данным нашего исследования, на 22% увеличивает частоту реканализации коронарной артерии.

Совершенно новым и малоизученным подходом в лечении ОИМ является защита ишемизированного миокарда в период его реперфузии. Фундаментальными исследованиями сотрудников нашей экспериментальной лаборатории под руководством профессора Н. П. Ларионова в 80-х годах было впервые продемонстрировано защитное действие производных фенотиазина от реперфузионного повреждения ишемизированного миокарда изолированного сердца животных.

Кардиопротекторное действие производных фенотиазидов, продемонстрированное в эксперименте, было подтверждено в рандомизированном контролируемом исследовании в клинике. Оно проявляется в дополнительном к коронарному тромболитизису уменьшении размеров развивающегося инфаркта, частоты реперфузионных аритмий, лучше восстановлении сократительной функции левого желудочка. Предварительное введение эмоксипина устраняет реперфузионные аритмии, возникающие при проведении тромболитизиса (у 15% больных против 85% в контрольной группе). Таким образом, введение кардиопротекторов делает тромболитическую терапию более безопасной, особенно это относится к догоспитальному этапу.

Какой активатор плазминогена использовать? Большими исследованиями ISIS-2, ISIS-3 была показана одинаковая эффективность стрептокиназы, тканевого активатора плазминогена и АПСАК. Однако в силу того, что при применении последних двух препаратов частота геморрагических инсультов выше по сравнению со стрептокиназой, а стоимость ее на порядок меньше, мы предпочитаем применять стрептокиназу (**Стрептазу**). Впрочем, лучше иметь несколько разных тромболитических агентов. Препараты стрептокиназы, производимые разными фирмами, обладают различной фибринолитической активностью и частотой побочных действий. Наш опыт применения Стрептазы (Хехст Мэрион Руссель), авелизина, стрептокиназы в одинаковой дозе показывает, что частота реканализации сосуда при ангиографическом контроле через 2 - 4 часа после

внутривенного введения составляет 79% - для первых двух и 35% - для целиазы. В то же время Стрептаза, стрептокиназа и авелизин вызывают меньше побочных действий (гипертермия, кожная сыпь), чем целиаза. О более высокой фибринолитической активности Стрептазы и авелизина, по сравнению с целиазой, свидетельствует более существенное снижение концентрации фибриногена в крови под влиянием этих препаратов.

Помимо тромболитической терапии и гепарина, все больные (при отсутствии противопоказаний) получают постоянную и длительную терапию аспирином. Препарат назначается в первые часы инфаркта внутривенно в дозе 500 мг, в последующие дни 125 - 250 мг/сут. внутрь.

Следующим подходом, эффективность которого изучается в настоящее время сотрудниками института, является эндоваскулярная хирургия. Показаниями к ангиопластике при инфаркте миокарда обычно являются:

- 1) противопоказания к тромболитизису;
- 2) отсутствие признаков реперфузии миокарда в течение 90 мин. после введения стрептокиназы;
- 3) высокая степень остаточного стеноза инфарктсвязанной коронарной артерии после ферментной реканализации.

У части больных через 2 - 3 недели после успешной ферментной реперфузии проводится дополнительная хирургическая реваскуляризация по показаниям: толерантность к физической нагрузке менее 50 Вт, стеноз ствола или крупных ветвей левой коронарной артерии, постинфарктная стенокардия.

В результате более широкого применения тромболитической терапии у больных с крупноочаговым инфарктом миокарда в отделении неотложной кардиологии уровень госпитальной летальности снизился за последние 3 года с 19 до 13 - 11%. Это произошло преимущественно за счет снижения летальных исходов от тромбоэмболических осложнений.

Официальным дистрибьютером препарата Стрептаза (250000 ЕД, 750000 ЕД, 1500000 ЕД) является компания ЛЕМ.

Тел.: Москва (095) 291 9767;

Новосибирск (3832) 32 3937;

Иваново (0932) 32 4546;

Владивосток (4232) 32 1287.

Hoechst 

ЭФФЕКТИВНЫЙ ГЕМОСТАТИК, ВАЗОПРЕССОР

Главные требования к фармакологическому агенту, применяемому для лечения кровотечений: немедленная остановка или уменьшение кровотечения, простота использования в любом отделении неотложной помощи, отсутствие побочных эффектов и увеличение шансов выживания пациентов.

Несмотря на то, что в клинической практике используются различные группы препаратов, не многие из них в полной мере отвечают перечисленным выше критериям. В связи с этим мы хотим представить вам препарат **Реместип** производства фирмы "Ферринг", который, на наш взгляд, наиболее соответствует этим требованиям.

Реместип (терлипрессин) является синтетическим полипептидом, аналогом естественного гормона задней доли гипофиза - вазопрессина. В результате замены аргинина (аминокислоты в 8-й позиции) лизином и присоединения трех молекул глицина в соответствующем терминале пептида, удалось минимизировать нежелательные побочные действия естественного гормона, сохранив при этом его терапевтическую ценность. Сам терлипрессин не активен, но под действием энзимов триглицидная группа медленно расщепляется, постепенно высвобождая действующее вещество - лизин-вазопрессин. Высокая степень вазоконстрикции, вызванная лизин-вазопрессинем, продолжается в течение 3 - 5 часов, в зависимости от типа васкулярного ложа, а также степени активности плазмовых и тканевых эндопептидаз. Такой длительный метаболизм терлипрессина позволяет проводить лечение однократными инъекциями.

Фармакодинамические исследования показали, что терлипрессин оказывает выраженное селективное действие на висцеральную циркуляцию, сохраняя нормальный кровоток в жизненно важных органах. Антидиуретический эффект терлипрессина в 100 раз меньше, чем у вазопрессина и, следовательно, не имеет большого значения при клиническом применении препарата. Интравенная доза 2000 мкг терлипрессина не вызывает никаких изменений плазминогенного активатора в крови у пациентов. Реместип никак не взаимодействует с препаратами, применяющимися при лечении кровотечений параллельно с ним, но в сочетании с окситоцином или метилэргометрином усиливает утеротонический эффект.

Токсикологические исследования показали, что Реместип хорошо переносится даже в дозах, превосходящих терапевтические.

Поскольку Реместип, вызывая маточные сокращения, уменьшает фетоплацентарный кровоток, он противопоказан при беременности. Реместип лишен мутагенной активности и не вызывает хромосомных aberrаций ни "in vitro", ни "in vivo".

К побочным действиям Реместипа можно отнести: временное побледнение, усиление

Кровотечения во все времена были и остаются одной из серьезных проблем медицины. Единственным лечебным мероприятием при кровотечении, как известно, является его остановка.

Существуют четыре основных метода борьбы с кровотечениями: фармакологический, механический, физико-химический и хирургический. Более подробно остановимся на фармакологическом методе.



перистальтики, незначительное повышение АД, утеротоническое действие.

Побледнение - внешнее проявление сосудосуживающей активности препарата - не должно беспокоить врача, особенно в период опасности, когда его основная задача быстрее остановить кровотечение. Более того, мы не считаем побледнение отрицательным побочным эффектом, поскольку оно позволяет контролировать введение препарата.

Усиление перистальтики, на наш взгляд, так же не является нежелательным побочным эффектом препарата, т. к. благодаря этому, особенно при желудочно-кишечных кровотечениях, Реместип помогает очистить пищеварительный тракт от скопившейся крови и, следовательно, предотвращает реабсорбцию токсичных продуктов ее катаболизма.

Утеротонический эффект Реместипа позволяет использовать его в акушерстве, при активном ведении III периода родов (для профилактики и лечения раннего послеродового кровотечения), а также в оперативной гинекологии при операциях на матке.

Реместип абсолютно противопоказан при беременности, гестозах и эпилепсии. С осторожностью требуется назначать препарат пациентам, страдающим ишемической болезнью сердца, гипертонией, аритмиями и бронхиальной астмой.

Остановка или значительное уменьшение кровотечения достигается вследствие сжатия сосудов висцерального русла, что, в свою очередь, уменьшает приток крови к источнику кровотечения.

Реместип назначают внутривенно, внутримышечно и в миометрий.

При висцеральном кровотечении первоначально вводится 800 - 1000 мкг (4 - 5 ампул) препарата внутривенно струйно в течение 1 минуты. Необходимо проводить мониторинг АД и ЧСС. Для поддержания эффекта внутривенные инъекции Реместипа производят

каждые 4 часа в течение 24 - 36 часов.

Также возможно инфузионное введение препарата. Размер дозы и скорость инфузии зависят от скорости кровопотери, продолжительности кровотечения и объемного дефицита в начале лечения, наличия шока.

В случае абдоминальных операций, осложненных кровотечением в операционном поле, также вводят 800 - 1000 мкг внутривенно медленно.

В ходе гинекологических операций возможно местное применение препарата. Дозу, в размере 0,4 мг (400мкг), развести в 10 мл физиологического раствора и применять пара- или интрацервикально. Действие препарата проявляется через 5 - 10 минут. По мере необходимости дозу можно увеличивать или применять повторно.

Реместип является универсальным и эффективным гемостатическим средством. Он с успехом применяется в различных областях медицины, таких как хирургия, урология, гинекология, интенсивная терапия, ЛОР и т. п.

Необходимо отметить высокую эффективность Реместипа при эндоскопических вмешательствах.

Благодаря простоте использования препарата возможно его применение в дополнительных условиях, например, дома у пациента или в машине скорой помощи, в результате чего, значительно снижается объем кровопотери.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы "Ферринг Фармасьюткалз Б. В." по адресу: 121002, Москва, Карманицкий пер., 9, тел.: (095) 234 0828, факс: (095) 956 0961.

FERRING
PHARMACEUTICALS



В поисках формулы успеха

Об бедственном состоянии отечественной науки говорилось неоднократно и с высоких трибун, и со страниц газет и журналов. Но вот парадокс - трудности описываются, а вот ее несомненные достижения как-то ушли в тень. В том числе и науки медицинской. Наш корреспондент побывал в НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава РФ. О сути разработанной здесь методики он беседует с заведующим научно-клиническим отделом трансплантологии института Александром Аникиным.

- История нашего метода, - рассказывает он, - вообще достаточно давняя. Ведь, строго говоря, кровь - это тоже ткань, и переливать ее для лечения болезней начали еще древние. В восточной медицине ее всегда использовали как средство стимуляции организма при самых разнообразных недугах.

- Но, наверное, то, чем вы занимаетесь несколько сложнее обычного переливания крови?

- Настолько сложнее, что если говорить о методе подробно, не хватит ни дня, ни, наверное, месяца. Поэтому попытаюсь вкратце.

Известно, что лечение той или иной болезни при помощи таблеток, физиотерапии и т. д. не всегда приносит ощутимые результаты. Организм человека зачастую не хочет принимать помощь "извне". Метод тканевой трансплантологии позволяет моделировать естественные процессы в организме. Больному вводят части клеток, "закодированных" на борьбу с тем или иным заболеванием. Они достаточно долго не воспринимаются организмом как нечто инородное и в скором времени заставляют подключаться к процессу выздоровления "родные" резервные клетки.

У суспензии, а правильнее будет назвать ее оригинальным трансплантационным материалом, две составляющих. Первая - это широкий класс биологически активных веществ, выработанных в различных классах клеток взятой нами ткани с "естественными" свойствами. Второй компонент включает в себя вещества из ткани, попавшей в искусственно запрограммированную среду.

Эти двоянные комбинации дают эффект как долгого неотторжения, так и стимуляции.

- Раз эти комбинации вам известны, что мешает использовать их широко, поставить дело на поток?

- В принципе это оригинальная, качественно новая категория биоэкстрагированных препаратов. Часть из них - с нейротропным действием, другие способствуют восстановлению больных суставов. Они получены не химическим путем, а следовательно, не вызывают аллергии, не токсичны, практиче-

ски не имеют противопоказаний.

Их единственный недостаток заключается в том, что они слабо стабильны и должны применяться в конкретно заданных условиях к каждому пациенту индивидуально, и выпуск их в виде готовой лекарственной формы крайне затруднен.

- Какие же пациенты попадают в сферу деятельности вашего отдела?

- Если человек попадает в тяжелейшее критическое состояние (кома, инсульт), в результате которых становится не социальным, а скорее биологическим субъектом, и нет других реальных способов, чтобы стимулировать работу коры головного мозга, тканевой трансплантологии зачастую это вполне по силам.

То же можно сказать и о пациентах, нарушения в работе центральной нервной системы которых не позволяют им находиться в социальной среде. Это люди с аномалиями и задержками психо-речевого развития. Здесь удается добиться значительного результата при лечении ДЦП, мозжечковой атаксии, болезней Альцгеймера, Паркинсона - стопроцентного выздоровления, конечно, не наблюдается, но удается значительно улучшить состояние больного и качество его жизни. (Сразу оговорюсь: генетическими аномалиями мы не занимаемся. Работа генов происходит в заданном режиме и изменить ее нельзя. Можем попробовать лишь симптоматически уменьшить проявление болезни).

И, наконец, последняя категория - пациенты с коксартрозами, заболеваниями коленного сустава.

- Но ведь они всегда были в ведении ортопедов и травматологов?

- Над этой проблемой мы поработали совместно. Известно, что при артрозах нарушается питание хрящевой ткани. Особенно страдают от них малоактивные, тучные - сустав теряет былую подвижность, меняется положение костей. Все это сопровождается приступами боли. Зачастую в этом случае врачи рекомендуют тяжелую операцию по протезированию тазобедренного сустава. Но даже в случае ее удачного исхода не всегда исчезают болевые ощущения.

Разработан оригинальный метод борьбы с этим недугом. Сначала с помощью иглы-электрода купируются нервные окончания и боль в суставе прекращается, а значит, пациент может двигаться более свободно. Затем в сустав вводится трансплантационный материал, тормозящий процессы разрушения хряща.

- Рассказанное вами крайне интересно, и, уверен, станет своего рода сенсацией не только для больных и их семей, но и для многих медицинских работников...

- Мы не занимаемся чем-то принципиально отличным от изысканий наших зарубежных коллег. Некоторые из наблюдений, к которым мы пришли в результате своей работы, действительно оригинальны и не стали достоянием широкой общественности. Это наше ноу-хау. Но, подчеркну сразу - это не целительство, где всегда "успех гарантирован" - удастся помочь не всегда. При чем пока заранее невозможно предугадать (даже в процентном соотношении), даст ли методика какой-либо эффект в каждом конкретном случае. Если нам удастся выяснить эту формулу, тогда, пожалуй, действительно можно было бы говорить о научном открытии большого масштаба.

- Александр Юрьевич, каковы же, на ваш взгляд, наиболее перспективные направления развития метода?

Хотя пока мы и не берем на лечение людей с хроническими инфекционными заболеваниями, кое-какие научные наработки у нас уже есть, продолжаем вести исследования.

Удалось разработать эффективное лекарство для борьбы с болезнью Паркинсона.

Вне всякого сомнения, у этого направления трансплантологии большие возможности в лечении детей с поражениями нервной системы, некоторыми формами отставания в интеллектуальном развитии. Уже сейчас в результате применения предлагаемых трансплантационных методов ребятишки начинают активнее развиваться, говорить, а в будущем, возможно, удастся и вовсе избавить их от этих болезней.

Записал Д. Виноградов



- Господин Мачюлис, частная кардиохирургическая клиника и для Литвы, и для России явление уникальное. Чем она отличается от государственной?

- Прежде всего, высокой степенью технической оснащённости всех служб, а также повышенной комфортностью условий для работы специалистов и пребывания пациентов. Врачи из многих стран, посетившие нас, говорят, что больниц такого уровня даже в Западной Европе не много. В строительство и оснащение нашей клиники вложено более 16 миллионов долларов. Оборудование - лучшее из того, что есть сегодня в мире. Японская и немецкая техника для диагностики и хирургии, современная финская система дезинфекции и стерилизации, кондиционирования и бактерицидной очистки воздуха, многоступенчатая система гарантированного энергоснабжения и многое другое, вплоть до мелочей. Это очень важно, ведь современные высокие медицинские технологии строятся на жестких стандартах. Например, во время операции используется 2 - 2,5 тысячи наименований различных медицинских приспособлений и медикаментов, одних только хирургических ниток - 30 типоразмеров. В нашей кли-

ВИЛЬНЮССКАЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

В июне этого года в Литве открылась Вильнюсская кардиохирургическая клиника. В прекрасном здании, построенном по индивидуальному проекту и оснащённом современным медицинским оборудованием, приступили к работе лучшие специалисты республики. Особую значимость событию придает тот факт, что это первая частная клиника такого профиля.

Наш корреспондент Галина Иванова беседует с генеральным директором Витасом Мачюлисом.

нике все, начиная от диагностического оборудования и кончая перевязочными средствами, соответствуют тому, что требуется для каждой конкретной манипуляции. Скажите, какая государственная больница может себе сегодня это позволить?

- И все-таки, главное достоинство любой клиники - опыт и руки специалистов...

- Да, бесспорно. Но Литве и здесь есть чем гордиться. Современная хирургия сердца у нас стала бурно развиваться с начала 60-х годов. Тогда молодой ученый А. Марцинкявичус и группа его коллег отправилась учиться в Новосибирск, где начали проводить операции на открытом сердце. В 1964 году энтузиасты приступили к самостоятельной работе, а помогал им учитель - академик Е. Мешалкин. За прошедшие годы наши кардиохирурги накопили огромный опыт, А. Марцинкявичус стал академиком, известным далеко за пределами Литвы. Им и учениками его школы проведено 13 156 операций на сердце, из их 5249 по реконструкции и протезированию клапанов, 2414 - по реконструкции коронарных сосудов, 3741 по исправлению врожденных пороков и т. д. Теперь самые известные ученики А. Марцинкявичуса, оставаясь действующими профессорами Вильнюсского университета, приглашены работать в нашу частную клинику. Среди них замечательные кардиохирурги В. Сирвидис и Г. Уждавинис, кардиолог Э. Косинкас, анестезиолог А. Баублис.

Хочу сказать несколько слов и о среднем медицинском персонале. Наши медицинские сестры прошли стажировку в клиниках Германии, где упор делается не только на изучение современных методов интенсивного ухода, но и на особый, душевный, подход в заботе о пациенте. Кстати, все, кто у нас работает, владеют русским языком.

- Я знаю, что в вашей клинике оперируют пациентов не только с заболеваниями сердца и сосудов, но и с ортопедическими нарушениями...

- В недавнем прошлом Литовский НИИ травматологии-ортопедии был в СССР ведущим центром по эндопротезированию суставов, поэтому эти операции прочно вошли в практику взрослых и детских больниц республики. Сегодня, с помощью новейшей импортной техники, наши специалисты получили возможность проводить нетравматические операции по всему спектру данной патологии. Прежде всего, это эндопротезирование тазобедренного, коленного, плечевого и локтевого суставов, операции по коррекции различных деформаций стопы, исправление искривлений позвоночника, деформаций грудной клетки, разрывы мениска, отслоения хрящей и массу других операций у взрослых и детей.

Почему эти вмешательства проводятся в кардиохирургической клинике? Операции по эндопротезированию имеют строгие требования к стерильности. Наши операционные залы в этом отношении просто идеальны.

- Теперь самый трудный вопрос - сколько стоят операции в частной клинике?

- Для нас ответ на этот вопрос уже не составляет труда - преискурант тщательно просчитан. Операция на сердце, например, с учетом предварительного обследования и пребывания в клинике после вмешательства, стоит, в среднем, около 13 тысяч долларов. Во всем мире это самая до-

рогая процедура. Но! За границей - в Германии, Англии, Израиле - точно такая же операция, с соответствующим уровнем ухода и условий пребывания, стоит в два-три раза больше. То же соотношение и в ортопедии. Иными словами, те, кто имеет средства оперироваться и лечиться в условиях, соответствующих современному европейскому уровню, могут существенно экономить, в том числе и на дороге. Кроме того, пациентам, сразу после выписки из стационара, мы предлагаем необходимое санаторное лечение. На курорте Друскининкай у нас есть реабилитационный санаторий "Драугисте", где под наблюдением опытных кардиологов можно завершить лечение.

- Как пациенты из России могут попасть к вам в клинику?

- Никаких специальных направлений для этого не требуется. Прежде всего, надо направить в клинику, почтой или по факсу, выписку из истории болезни. В ответ они получают заключение о предлагаемом способе лечения, а при необходимости операции - ее ориентировочную стоимость. Все, в общем-то, не сложно. Сегодня в Москве есть Представительство нашей клиники, которое берет на себя оформление необходимых документов, в том числе визы на въезд в Литву пациента и сопровождающих его лиц, приобретение билетов, устройство в гостиницу.

Первые пациенты из России у нас уже пролечились. Как оказалось, это люди, которые раньше отдыхали в Литве, знают о достижениях литовской медицины, сохранили приятные воспоминания о нашем сервисе.

Контактные телефоны: в МОСКВЕ тел.: 291 1141, факс: 291 1552; в ВИЛЬНЮСЕ тел.: (012-2) 305 345, 390 501, факс: (012-2) 305 349.



“У каждого жоша своя...”

Михаил Зубавин работает практически врачом, но кроме того он член Союза Писателей, автор пяти книг стихов и прозы. Он многократно публиковался в периодике и коллективных сборниках, а сегодня дебютирует в нашей газете.

Лежит, как палая листва
Минувших дней печаль,
А сверху времени плита -
Чернобыля бетон и сталь.
Я жив, но умерли года...
Скрыв под морщинами лицо,
Все чаще горькая беда
Заходит на крыльцо.
Несется сумасшедший век -
Лишь тени позади...
Сверкнет и гаснет человек
На бешеном пути.
Летит планета среди звезд
Дорогою комет -
И вечен неземной полет,
И вечен неземной рассвет.

ЗОЛОТЫЕ СНЫ.

Этой угрюмой весной
В зеркало страшно смотреться,
Жизнь уж прошла стороной -
Никуда от любви не деться.
Ты в моем сердце рана,
Ты и его заплаата,
Много чудес странных
На памяти горнем плато.
Мы с тобой не хоронили
Общих друзей, плача,
Землю не боронили,
Не пили за удачу.
Мы даже умрем отдельно,
На дальних уснем погостах,
Чтобы в земле истлели
В одиночестве наши кости.
Мы даже умрем, и семьи
Не известят о горе.
Мы никогда не смели
Поехать с тобой на море.
У каждого дети свои,
У каждого жоша своя,
Но в сердце нож один
И боль на двоих одна.
У каждого свой стих,
У каждого свой стон,
Но сон один на двоих -
Один на двоих сон.

А ведь когда-то на свете
Были дни такие молодые,
Были сны такие золотые,
Распевал соловьями ветер.
Обниму я тебя за плечи,
И хоть вечер уже седой,
Снится первая наша встреча,
Будто ангелы надо мной.
И пускай плела злая парка
Нить судьбы у моей колыбели -
Как любовью болели парки!
Как любовью пьянили аллеи!

Был последний поцелуй прощаль-
ный,
Горький запах угля, вокзала,
В той суеде печальной
Ты дорогу мою предсказала.

Машина с крестом красным,
Московская “скорая помощь”...
Сноровисто и бесстрастно
Мы на боль приходили за полночь,
А после суток водка,
Случайные девичьи ласки,
Случайная молодка,
Случайные губы, глазки.
Чужие невзгоды делили,
Гордились своими успехами,
И горькую горько пили,
И умирали со смехом.
Рвануло тогда в Чернобыле,
По нашему в Черной были,
Власти ушами захлопали,
Но и о нас не забыли.

Ой, ты, звезда полынная,
Солдатская, бедовая.
Катилась дорога длинная,
Пыльная, бредовая
Рушились нервы, державы,
Кумиры валились в пыль,
Ведро сладкой отравы
С визгом народ пил.

А я все лечил, врачевал,
Друзьям оставался нужен,
Пирами гостей встречал,
Любовником был и мужем.



Я пью как заправский поэт,
Я модный столичный врач,
И мне уже сорок лет,
Хочешь смеяться, а хочешь плачь.

Горький запах угля, вокзала,
Как в юности мы беспечны...
Все мне правильно ты предсказала,
Жаль, любовь оказалась вечной.

На какой планете я родился
В самый первый раз?
Мне метеоритный кратер снился
В отраженьи золотистых глаз.
Не бывает глаз таких на свете,
Не бывает снов цветных.
На какой неведомой планете
Я впервые видел их?
Иль мы не рождаемся впервые,
Все летим сквозь бесконечные века,
Нынче странники земные,
А потом живые облака,
А потом горим, как звезды в вечности,
А влюбленные глядят на нас из тьмы,
И целуются, целуются в беспечности,
Как когда-то целовались мы.



Пульс

издательство

Редакция газеты "Больница" и издательство "Пульс" готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезней)

Журналисты редакции помогут собрать и отредактировать оригинальные материалы по любой актуальной для Вас тематике, а художники и фото-корреспонденты сделают иллюстрации.

Контактный тел./факс 465 4854
399 8493.

Медицинская редакция и информационно-методический центр "Главный врач"

представляют

"Справочник главного врача" -

уникальное издание, не имеющее аналогов на рынке российской литературы для организаторов здравоохранения. Справочник готовится к печати и выйдет в свет в декабре 1998 - январе 1999 г. Более пяти лет медицинская редакция "Главный врач" занимается информационным обеспечением руководителей лечебно-профилактических учреждений издает журнал "Главный врач", тематические сборники нормативно-методических материалов. Справочники для организаторов здравоохранения и др.

"Справочник главного врача" имеет формат 205x260 мм, предполагаемый объем - 1500 страниц.

Цена - 200 рублей вместе с пересылкой.

ЖЕЛАЮЩИМ ПОДПИСАТЬСЯ на это издание следует перевести необходимую сумму на расчетный счет издательства:

**ИНН 771403317, ООО "Издательство ГРАНТЬ",
Р/С № 40702810738070101130 в Сокольническом ОСБ
7969 о/ч,**

**МБ АК СБ РФ г. Москва,
к/с № 30101810600000000342,
БИК 044525342**

и выслать копию оплаченного платежного поручения вместе с бланком для заказа с указанием почтового адреса в адрес Медицинской редакции "Главный врач":

**109240 Москва, ул. Яузская, д. 11, к. 10,
"Издательство ГРАНТЬ", Медицинская редакция
Телефон для справок: (095) 915 3799.**

HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854, 465 4445

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" **32608.**

Москвичей мы приглашаем в редакцию.

Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издается с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

**Главный редактор Г. Денисова Художник Д. Дроздецкий (Митрич) Отдел рекламы Е. Ходакова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445
www.dataforce.net/~hospital; E-mail - hospital@dataforce.net**

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

**Цена
договорная**