

# НОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

# БОЛЬНИЦА

№ 7  
1998

НАУКА И  
ПРАКТИКА  
**РНЦХ РАМН**



стр. 2 - 11

Проф.  
Ю. И. Галлингер  
Эндоскопическая  
хирургия

стр. 14

К. М. Н.  
Ю. И. ЯШКОВ  
Возможности  
хирургического  
лечения  
ожирения

стр. 15

Б. В. Петровский  
Власть и здоровье

стр. 16 - 17



29 июня медицинская общественность отмечает 90-летие со дня рождения выдающегося ученого, хирурга, педагога, академика РАН и РАМН Бориса Васильевича Петровского и 35-летие со дня основания РНЦХ РАМН. Поздравляем!

## Борис Васильевич Петровский -

основатель и почетный директор РНЦХ РАМН, академик РАН и РАМН,

член 30 зарубежных академий и научных обществ, в том числе Королевского колледжа хирургов Великобритании, Шотландии и Ирландии, Французской академии хирургии, Обществ хирургов Италии, Швеции Германии.

Автор более 500 научных трудов, посвященных реконструктивной и восстановительной хирургии сердца, легких, пищевода, сосудов, желудка, военно-полевой хирургии. Инициатор развития в России трансплантации почки, микрохирургии, гипербарической оксигенации, рентгеноэндоваскулярной хирургии, исследований в области анестезиологии, реаниматологии, прецизионных инструментов, искусственных органов.

Создатель одной из крупнейших научных хирургических школ (около 400 докторов и кандидатов наук) - гордости отечественной медицины.

# ПАТРИАРХ

## ИНТЕРВЬЮ НАКАНУНЕ ЮБИЛЕЯ



**- Борис Васильевич, чего бы вы сами себе пожелали в этот день?**

- Успеть выполнить все, что могу, до конца своей жизни. Опыт огромный, - хочу передать его своим ученикам, хочу быть полезным для страны, хочу подвести какие-то итоги. Считаю, что у нас есть целый ряд крупных ученых-медиков, достойных большого уважения, и это уважение должно распространяться на всю медицинскую отрасль, особенно хирургию. Вот чего бы я хотел.

**- Во что, по-вашему, должен верить врач?**

- Всегда верить в то, что может помочь. Он должен верить в то, что не совершит ошибки. И он должен верить в могущество медицинской науки.

**- Ваши коллеги до сих пор считают, что если бы вы встали сегодня к операционному столу, то прекрасно бы оперировали. Вы согласны?**

- Вполне! Руки не дрожат, вижу хорошо. Я перестал оперировать главным образом потому, что хотел, чтобы оперировали мои ученики. Кроме того, есть и финансовая сторона дела - ведь за каждую операцию они получают какую-то надбавку, а моя зарплата почетного директора постоянна и вполне достаточна. Хотя, конечно, она значительно меньше того, что получают мои коллеги за рубежом.

**- Вы недавно встречались со своим коллегой Дебейки из США. Что бы вы сказали, сравнивая свою судьбу с его?**

- Он подарил мне свою книгу "Новая жизнь сердца", предисловие к которой написал Б. Н. Ельцин. Вот что интересно - в трех великих странах - России, Китае и США живут три хирурга, которым почти одновременно исполнилось 90 - Дебейки, У Ин Кай и я.

В Греции пять лет назад был конгресс по ангиологии, и мы все трое были его почетными президентами. И сейчас мы работаем примерно одинаково в своих клиниках. Дебейки тоже не оперирует, но делает какие-то манипуляции, регулярно приходит в клинику. Я был дважды у У Ин Кая в Китае, это были очень интересные поездки. Медики Китая оперируют много и по ряду вопросов достигли больших высот. Хотя условия их работы труднее, чем у нас. Заработная плата врачей меньше. Но они довольны, потому что идет постепенный рост. Нет спада, нет кризиса, как это было у нас при Союзе.

Мы давно дружим, давно знаем друг друга, судьба у нас у всех троих одинакова - трудная жизнь, учение, войны. Дебейки с американской армией подходил к Эльбе, я с советской армией - к Одере. Воевал и У Ин Кай. Мы знаем цену человеческой жизни. И одинаково понимаем задачи, стоящие перед медициной.

## АКТОВЫЙ ДЕНЬ РНЦХ РАМН

29 июня 1998 года прошел Актывый день Российской научной центра хирургии РАМН, посвященный 90-летию со дня рождения выдающегося отечественного ученого, хирурга, педагога, общественного и государственного деятеля, академика Бориса Васильевича Петровского и 35-летию со дня основания РНЦХ. С Актывой речью "Академик Б. В. Петровский и его научная школа" выступил директор РНЦХ академик Б. А. Константинов.

В этот день был проведен торжественный протокол вручения дипломов, мантий и нагрудных знаков "Почетный профессор РНЦХ РАМН" академику РАМН И. М. Перельману, академику РАМН В. С. Савельеву, профессору Г. В. Шрайберу, почетному директору хирургической клиники Гамбургского университета (Германия).

Почетным дипломом за лучшую научную работу РНЦХ РАМН была отмечена монография "Пластическая хирургия лучевых поражений" члена-корреспондента РАМН Н. О. Милованова и доктора медицинских наук Б. Л. Шилова.

На Актывом Дне присутствовало много гостей. Со всех концов России, из ближнего и дальнего зарубежья - Армении, Украины, Белоруссии, Узбекистана, республик Прибалтики, Германии, США приехали ученики Петровского, коллеги, друзья. Этот Актывый день стал поистине днем торжества отечественной науки. Академик Б. А. Константинов сказал: "РНЦХ переживает сейчас не лучшие дни и годы, но выздоравливают наши больные, защищают диссертации наши ученики, в аудиториях один за другим проходят международные симпозиумы, зарубежные коллеги аплодируют нашим неоспоримым успехам в науке. А это значит, что мы живем, как живет дерево, посаженное добрым и мудрым учителем в хорошую почву".



## Ученики, коллеги, пациенты

### Академик РАМН М. И. Перельман:

- Я знаю Бориса Васильевича больше чем полвека. Первая встреча произошла в 1946 году в Московском онкологическом госпитале - я попал к нему на операцию вместе с несколькими молодыми хирургами. Это была одна из самых первых резекций кардиальной части желудка, которую он делал в то время под местной анестезией. Операция произвела на нас огромное впечатление, но еще больше поразило его исключительное гостеприимство. Мы тогда были мальчишками, но он так внимательно нас принимал! Усталый, после огромной операции, он показывал альбомы с фотографиями операции, очень подробно их комментировал и ... угощал нас чаем. Он был до того любезен, что даже немного нас смутил.

Борис Васильевич - человек уникальный. Он сохранил железное здоровье, несмотря на участие в нескольких войнах, на то, что он долго исполнял такие "вреднейшие" должности, как должность главного хирурга 4-го Главного управления Минздрава и - в течение 15 лет - министра здравоохранения СССР. У него нормальное артериальное давление и отличная, очень выносливая нервная система.

Он прекрасный руководитель: никогда не мелочится, занимается вопросами стратегическими, глобальными, поддерживает любую инициативу, нужно только стараться, чтобы все было в рамках закона и без больших нарушений инструкций.

Из других его качеств хотел бы отметить исключительную работоспособность и акку-

ратность. Вы знаете, он никогда никуда не опаздывает! Ни здесь, в Москве, ни в поездках - нигде. Наоборот - всегда появляется немножко раньше. Он не торопится, без спешки - всегда и во всем - точнейший расчет времени! Люди такого уровня опаздывают нередко. Он - ни разу. Причем, не только на совещание важное или деловую встречу, - даже на банкет по поводу защиты какой-нибудь диссертации. Диссертант может опоздать, но Петровский будет вовремя!

### Академик РАМН А. А. Бунятян:

- Анестезиолог, который вышел из хирургии, многое замечает: кто как оперирует, какую травму наносит больному, как относится к коллегам в операционной. Наш юбиляр человек очень умный и смелый, причем, смелость его основана на глубочайшем знании, высочайшем профессионализме. Он никогда не попадал во время операций в непредвиденные ситуации, потому что умел их предугадать. Знаете разницу между умным и мудрым? Умный в критических ситуациях напрягает все силы и находит выход, а мудрый в них не попадает. Вот так и Борис Васильевич. Движения во время операции несуетливые, медленные, но одним таким движением он достигает того, на что другой тратит десять манипуляций руками. Он - хирург от Бога! Ни разу на операции он не пересек сосуда - чувствует его даже в замурованных тканях.

Хотя мы, его ученики, были гораздо моложе его, нам всю жизнь было стыдно за себя, когда мы видели его неутолимый интерес ко всему новому! Он не может жить без новиз-

ны! Вот произошло что-то в твоей специальности. Даже у своих молодых коллег можешь почувствовать какой-то холодок равнодушия. Но не у него! Он тут же реагирует: "А мы-то, как же? Давайте пробовать, чтобы и у нас тоже так было!".

Если сложить мудрость, смелость, высокий профессионализм, невероятную жажду нового, желание помочь в конкретном деле и невероятную выдержку - тогда и получится Борис Васильевич Петровский.



В музее хирургии РНЦХ хранится множество благодарственных писем врачам от пациентов и их родных. Вот одно из них. В конверте под инвентарным № 740 фотография с короткой надписью: "Дорогому профессору Борису Васильевичу. Благодарные сыновья за спасенную мать. Степанов Ким - хирург, Миша - инженер шахтер, Володя - артист, Валерий - пианист, Карл - инженер". Искренняя благодарность, пожелания здоровья и счастья - большая поддержка в нелегкой профессии врача.

# РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ РАМН



*Каждый раз, прикасаясь с работой Российского Научного Центра Хирургии, поражаешься стройной организационной архитектуре этого величественного храма медицинской науки, строгой продуманности всех деталей научно-практического процесса, протекающего в нем.*

*Три кита лежат в основе сегодняшней деятельности Центра: разработка оригинальных операций, трансплантация органов и тканей и, составляющие особую трудность для хирургов всего мира, повторные операции. Сюда стекаются самые тяжелые больные, уже когда-то оперированные в других лечебных учреждениях, для многих из них это единственный шанс избавиться от недуга.*

*Мы начнем наш репортаж из подразделений, без которых невозможна сложная работа хирургов.*

**Отдел анестезиологии** возглавляет академик РАМН А. А. Бунятян, долгие годы бывший главным анестезиологом МЗ СССР. В недрах этого отдела, по инициативе тогдашнего министра здравоохранения Б. В. Петровского, подготовлены все приказы Минздрава, положившие основу и обеспечившие развитие анестезиологической службы страны. Существует не лишняя основания поговорка: "Хирург может идти вперед ровно на столько, на сколько ему позволит анестезиолог". С одной стороны, здесь есть доля преувеличения - ведь существовали хирурги, такие, например, как А. В. Вишневский, которые блестяще владели местной анестезией и делали с ее помощью даже крупные операции. А с другой стороны, прогресс хирургии, действительно, тесно связан с возможностью анестезиолога нивелировать все



возрастающую травматичность операции, компенсировать кровопотерю, предупредить ишемию оперируемых органов и пр.

Анестезиология в нашей стране стала развиваться с середины 50-х годов, когда, не без нажима со стороны своих учителей - А. Н. Бакулева, Б. В. Петровского, А. А. Вишневского, Е. Н. Мешалкина, Н. М. Амосова, молодые хирурги начали заниматься этой проблемой. Корифеи смотрели вперед и видели, что прогресс хирургии невозможен без развития методов обезболивания и поддержания гомеостаза. Вот они и начали создавать небольшие группы молодых хирургов, которые вставали по другую сторону операционного стола и, не участвуя в операции, обеспечивали ее проведение. Такова была судьба и А. А. Бунятына. Он пришел к Б. В. Петровскому в далеком 1959 году молодым кандидатом наук, защитившим диссертацию по хирургии, у него и в мыслях не было менять свою профессию, но тот сумел убедить его сделать этот шаг. Петровский оперировал до конца 80-х годов и Бунятян стоял у изголовья почти всех его пациентов.

Сегодня анестезиология является по сути "службой безопасности" больного человека. В ее задачу входит подготовка пациента к анестезии, ее проведение, в том числе и выбор вида обезболивания, наиболее адекватный предстоящему вмешательству и учитывающий состояние больного. Обезболивание становится все более многокомпонентным: ингаляционным и неингаляционным, с использованием местной анестезии - различные блокады, эпидуральная анестезия, спинальная анестезия и т. д. Служба имеет в своем распоряжении целый ряд новых, менее токсичных и длительно действующих лекарственных обезболивающих препаратов. Так называемые управляемые быстрорасщепляющиеся препараты - гипнотики, релаксанты и анальгетики - начинают действовать мгновенно и прекращают свое действие сразу по окончании ингаляции. Местные анестетики комбинируются с внутривенным введением бенза-

диазепинов и других седативных средств. Здесь придерживаются правила, что больной не должен присутствовать на собственной операции.

Анестезиологи РНЦХ обеспечивают работу в 16 операционных и в четырех кабинетах. Количество анестезий может достигать до 40 в день, причем, из них четыре - пять это операции на открытом сердце, две - три на легких, несколько - на крупных сосудах, большие реконструктивные операции на пищеводе и т. п. Очень высока степень анестезиологического вмешательства при операциях на крупных сосудах, например на аорте, где полностью прекращается кровообращение и проводится глубокое охлаждение.

**Отдел реанимации и интенсивной терапии** возглавляет академик РАМН Р. Н. Лебедева. Реанимация и интенсивная терапия также входят в систему безопасности больного. Реаниматология связана с именем Р. Н. Лебедевой так же тесно, как анестезиология с именем А. А. Бунятына. Рената Николаевна пришла в РНЦХ после аспирантуры по кардиологии у академика А. Л. Мясникова, но весь свой талант ученого и врача посвятила этой проблеме. В ее отделе два отделения - отделение общей реанимации, которым заведует она сама и отделение кардиореанимации, которым руководит ее ученик профессор А. А. Еременко.

В отделении общей реанимации лежат больные после операций на сосудах, пищеводе, печени и желчных путях, легких, пациенты, которым произведена трансплантация почки, в отделении кардиореанимации - после операций на сердце по поводу врожденных и приобретенных пороков, ишемической болезни, после обширных вмешательств на магистральных сосудах. Кроме того, сюда поступают пациенты по программе пересадки сердца и печени. В среднем за год через отдел проходит около 800 больных. Здесь же проводят все высокоинвазивные процедуры - экстракорпоральная детоксикация, обход левого желудочка, внутриаортальная баллонная контрапульсация и т. д.

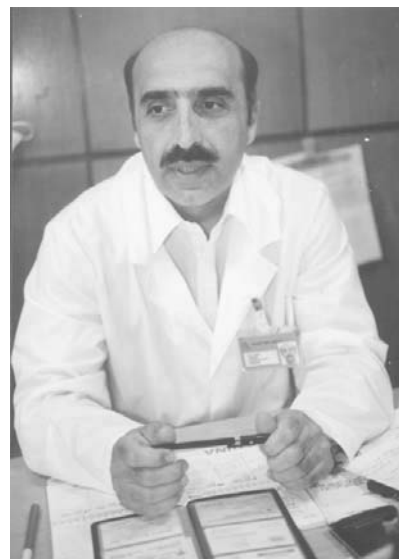
Какие же научные проблемы волнуют сегодня реаниматологов? В первую очередь - оперативная оценка центральной гемодинамики. Здесь разработан метод внутрисосудистой импедансометрии, который может заменить дорогостоящий метод термодилуции. При импедансометрии в артерию, в качестве индикаторов, вводят физраствор и глюкозу и, с помощью небольшого игольчатого электрода, измеряют сопротивление крови, меняющееся в ответ на введение растворов. Получают данные о величине сердечного выброса, объеме циркулирующей крови, объеме внесосудистой жидкости в легких.

Еще одно важное направление - респираторная поддержка или респираторная терапия. Это не только применение новых методов искусственной вентиляции легких, но и внедрение неинвазивной масочной вентиляции, позволяющей значительно раньше экстубировать больных или вообще избежать интубации трахеи или трахеостомии у ряда пациентов, что значительно уменьшает число осложнений. Развивают здесь и методы терапии кардиогенного шока с применением внутриаортальной баллонной контрапульсации, дифференциального подхода к регулированию функции сердечно-сосудистой системы с помощью применения различного сочетания кардиотонических и вазоактивных препаратов, лечения послеоперационной гипертензии.

#### **Отделение трансфузиологии,**

которым заведует профессор Г. А. Рагимов, также существует в РНЦХ с момента его возникновения. Б. В. Петровский дал отделу такое название задолго до того, как от переливания цельной крови перешли к переливанию ее отдельных компонентов, и в этом также отразилось научное предвидение замечательного ученого и хирурга.

Трансфузиология включает в себя не только переливание крови, но и кровезаменителей, компонентов крови, парентерального питания, применение методов экстракорпорального воздействия на кровь - плазмафереза, ультрафиолетового и лазерного облучения крови и т. д. Отделение состоит из нескольких крупных подразделений: донорская группа занимается забором крови в стационарных и выездных условиях; в секторе переработки и хранения крови, самом большом в отделении, она перерабатывается на компоненты; в лабораторном секторе проверяют кровь на наличие инфекций, передающихся гематогенным путем - СПИД, гепатиты, сифилис и другие. И, наконец, сектор клинической трансфузиологии, руководимый И. Н. Соловьевой, в задачи которого входит заготовка аутокрови у пациентов, идущих на операцию, проведение экстракорпорального воздействия на кровь и организация



парентерального питания. Кроме того, клинический сектор занимается и проблемой реинфузии - переливания пациенту крови, потерянной им во время операции. Не пропадает ни одна капля: кровь сливается в специальный сосуд, отмывается и эритроциты снова возвращаются больному. Метод интраоперационной гемодилузии заключается в том, что у больного, находящегося в наркозе, забирают около 500 мл крови, вводят вместо нее растворы, а после операции эту кровь возвращают. То есть, делается все для того, чтобы пациент получил свою кровь и как можно меньше донорской.

Гордость Центра - лабораторно-диагностические отделения. Если об электрофизиологических, ультразвуковых исследованиях мы рассказали в предыдущем репортаже (№ 2 1998), то сегодня поговорим о клинической диагностике, экспресс-диагностике, иммунологии и регуляторных механизмах в хирургии.

**Лаборатория клинической диагностики**, которой руководит к. м. н. Ю. Е. Михайлов, является полигоном для разработки и апробации различных средств диагностики МЗ РФ. Многие из применяемых в стране диагностических наборов прохо-



дят испытания в этих стенах. Лаборатория сравнительно небольшая - около 30 сотрудников, но спектр ее возможностей широк: биохимические, гематологические, цитологические исследования, исследования свертывающей системы крови, общеклинические исследования. Здесь была выполнена большая работа по исследованию свертывающей системы крови при реконструктивных операциях на сердце, при трансплантации сердца.

Изучая липидный спектр, обнаружили, например, очень интересные данные, позволяющие оце-

нить уровень совместимости трансплантата и тканей организма. Оказалось, что отдаленные результаты трансплантации сердца напрямую связаны именно с развитием атеросклеротического поражения, в основе которого лежат нарушения липидного обмена. Из самых последних работ можно отметить исследование по применению плазмафереза у больных с ортотопической пересадкой сердца, у больных с ишемической болезнью сердца.

**Лаборатория экспресс-диагностики**, руководимая профессором И. И. Дементьевой, как ясно из названия, круглосуточно



обеспечивает информацией хирургов, анестезиологов и реаниматологов - это лаборатория острых состояний. Здесь определяют быстро изменяющиеся параметры, возникающие из-за агрессии, нанесенной организму в ходе хирургической операции - кислотно-основное равновесие, водно-электролитный баланс, основные параметры гемостаза, реологии крови. Это особенно важно для больных с аорто-коронарным шунтированием, у которых эти показатели изначально нарушены. Поскольку в Центре проводятся операции в условиях глубокой гипотермии, а после них у больного, как правило, развивается реперфузионный синдром, то для его диагностики лаборатория вела быстрое определение перекиси и окисления ли-



пидов. Раньше, при терминальной стадии ХПН, как один из признаков токсического поражения клеток, определялись так называемые средние молекулы. Оказалось, что они есть не только при почечном поражении, но и при болезнях сердца, печени, поражениях периферического сосудистого русла. Идет мощная корреляция между кислотно-основным равновесием, электролитным и кислородным балансом, реологией крови. Такой комплексный подход вырос из проблемы искусственного кровообращения - мощного и агрессивного воздействия на организм. И в этом заключается уникальность лаборатории, созданной в свое время профессором М. Я. Ходас. Нынешний руководитель лаборатории, профессор Дементьева, работает в ней с 17 лет и прошла все ступени - от лаборанта до заведующей. Своими сотрудниками она заслуженно гордится.

**Лаборатория иммунологии и регуляторных механизмов в хирургии**, руководимая заслуженным деятелем науки РФ, профессором Л. И. Винницким состоит из подразделений, которые объединяют применяющиеся методы - радиоиммунные и иммуноферментные. Эти

методы предложила американский ученый, лауреат Нобелевской премии Розалин Ялова. Специальные методы позволяют оценить иммунный статус и, в случае необходимости, назначить иммунокорректоры или иммуностимуляторы. Лаборатория оценивает степень иммунодепрессии при использовании сандиммуна, что особенно важно при операциях по трансплантации органов. Если доза сандиммуна высока, это приведет к гибели трансплантата, если низка, - результат будет аналогичен. Поэтому врач, контролируя дозировку препарата, должен провести корабль терапии между Сциллой и Харибдой этих осложнений. Учреждение, не владеющее методами циклоспоринового контроля, не может заниматься трансплантацией. Определение биологически активных веществ - гормонов в крови,



моче или тканях дает возможность оценивать ре-

гуляторную деятельность организма, функцию желез внутренней секреции. Квалификация сотрудников настолько высока, что, без преувеличения, нет ни одного иммуноферментного, иммунолюминисцентного или радиоиммунного метода, которым бы они не владели.

Определение опухолевых маркеров позволяет распознать наличие онкологического процесса в организме гораздо раньше, чем любые другие методы. В лаборатории запущена диссертация по диагностике рака поджелудочной железы. Оказалось, что при использовании иммунологического метода можно обнаружить опухоль весом уже 1 мг, тогда как при самых высококачественных инструментальных исследованиях определяемое количество должно быть не меньше грамма. Компьютерная томография выявляет рак поджелудочной железы в 77% случаев, ультразвуковое - в 67%, а с помощью иммунологических методов определения моноклональных антител - 95,3%. Конечно, онкологические маркеры следует изучать только в группе риска: их смотрят при раке печени, предстательной и молочной железы, раке яичников. Все это дает возможность не только ставить диагноз, но и своевременно распознавать рецидивы болезни, оценивать эффективность и радикальность проведенной операции.

В лаборатории разработаны методы оценки такого воздействия на организм, как глубокая гипотермия, искусственное кровообращение, плазмаферез.

Прежде чем повести нашего читателя непосредственно в хирургические клиники, заглянем в скромное двухэтажное здание на Погодинской улице, рядом со знаменитой "погодинской избой". Здесь находится **отдел экспериментальной хирургии**, которым заведует к. м. н. И. Л. Жидков. (Здание знаменито тем, что здесь, в далекие 40-е годы, лауреат Ленинской премии С. С. Брюхоненко придумал и сконструировал первый в мире аппарат искусственного кровообращения. Мне показали фотографию этого неказистого на вид сооружения, так отличающегося от современных АИКов). Развитие хирургии немислимо без экспериментов на животных. Только работая на животных студент-старшекурсник, молодой врач может приобрести необходимые практические навыки. Ведь недаром говорят - как начинающий специалист относится к животному, так он будет относиться и к больному. Когда доктор медицинских наук Ю. Я. Рабинович разрабатывал проблемы пересадки легкого, то он сделал здесь более 400 операций, и каждую собачку собственноручно выходил. И такое отношение не исключение - правило.

Отдел экспериментальной хирургии имеет непосредственное отношение ко всем начинаниям института. Здесь проходили первые эксперименты по трансплантации органов, по искусствен-



ному кровообращению, разрабатывались методы множества оперативных вмешательств. Чем же занимается отдел сегодня? Он помогает в подготовке кадров: не только сотрудники РНЦХ, но и студенты исследовательского факультета ММА приходят сюда учиться оперировать, осваивать, в том числе, и микрохирургическую технику - здесь есть прекрасные операционные микроскопы.

Второе направление - разработка новых операций, новых методик лечения и способов оценки функционального состояния органов и систем. Недавно, например, были закончены работы по оценке работы искусственного желудочка и собственного сердца при их совместной и раздельной работе.

Виварий здесь небольшой, но достаточный. Мне показали ухоженных и чистеньких мини-свиней, на которых делают операции по пересадке печени. Эти животные ближе к человеку и генетически, и по расположению органов. Пересадка человеку печени свиньи поможет на какое-то время, до тех пор пока не будет получена донорская печень, решить проблему.

Еще одно направление работы - создание растворов для консервации. Разработанный здесь препарат "Консол", применяющийся для кардиоплегии, прошел доклиническую апробацию и разрешен Фармкомитетом.

А теперь продолжим наш рассказ о хирургических отделах РНЦХ. **В отделе пересадки почки и гемодиализа** (руководи-



тель профессор О. С. Белорусов) основным направлением является изучение различных аспектов трансплантации почек у больных терминальной стадией ХПН. Начиная с 1969 года здесь

сделано более 1500 пересадок почек, 197 трансплантаций выполнено повторно. Опыт по родственной пересадке почек тоже самый большой в стране - 105 успешных операций. Наибольший срок наблюдения после пересадки функционирующей родственной почки - 26 лет, после трансплантации трупной почки - 29 лет. Сейчас для трансплантации используются почки даже с неблагоприятной сосудистой архитектурой, которая с помощью микрохирургической техники реконструируется перед операцией. Выполняются и реконструктивные операции при стенозе артерии трансплантированной почки, и баллонная дилатация суженной артерии аллогенной почки. Большое внимание уделяется диагностике кризов отторжения и других осложнений. Используются методы интраоперационной электромагнитной флуорометрии, ультразвуковые методы (особенно дуплексной сонографии), радиоизотопной ренографии и сцинтиграфии, биопсии почки и ангиографии. Создан портативный переносной аппарат, позволяющий длительно - до 3 суток - консервировать почку с помощью газовой (кислородной) перфузии через артерию, вену, мочеточник (методика Г. А. Асояна).

В отделении гемодиализа за эти годы проведено более 80000 процедур. Новейшая аппаратура позволяет, кроме диализа, проводить все современные методы экстракорпоральной детоксикации - гемофильтрацию, гемодиализацию, гемосорбцию, УФО крови, плазмаферез, малопоточный гемодиализ. Сейчас, в содружестве с зарубежными специалистами, разрабатывается новый прибор - малогабаритная искусственная почка с электрохимической регенерацией диализирующего раствора. Освоен и внедрен в клиническую практику метод для определения объема циркулирующей крови, сердечного выброса, внесосудистой жидкости легких. Это отделение - отличная база для клинических испытаний новых отечественных аппаратов для детоксикации.

**Отделом хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы** руководит профессор А. А. Мовчун. Приоритетом в научных интересах отдела является терапия онкологических заболеваний печени и поджелудочной железы, лечение морбидного ожирения (вертикальная гастропластика). Но накоплен и большой научно-практический опыт в хирургическом лечении желчекаменной болезни и ее осложнений, в повторных реконструктивных операциях на желчных протоках, в лечении эхинококкоза и альвеококкоза,





поликистоза и солитарных кист печени, хронического панкреатита.

В мировой медицинской практике соотношение резекций печени по поводу первичных и вторичных поражений составляет 9:1. У нас же ситуация противоположная: больные после операций на толстой кишке, как правило, плохо наблюдаются и они погибают от метастазов. В РНЦХ уровень операций по поводу опухолей печени европейский. Отдаленные результаты (пятилетняя выживаемость) резекции печени по поводу колоректальных метастазов достигают 50 - 70%.

Долгие годы существовал определенный пессимизм по поводу результатов хирургического лечения рака поджелудочной железы и периапулярной зоны. Сегодня в лечебную практику внедряется новая технология - дополнив основную панкреатодуоденальную резекцию лимфоденэктомией, то есть, придав вмешательству достаточную радикальность, добились обнадеживающих результатов. Дело теперь за интенсивным накоплением опыта.

Операции по поводу морбидного ожирения, то есть такого состояния, когда избыточный вес приводит к болезни и снижает функциональные возможности пациента, заключаются в вертикальной гастропластике. В желудке изолируется небольшой участок, примерно 17 мл, содержащий барорецепторы, ответственные за чувство насыщения. Чувство голода купируется, прием пищи ограничивается и постепенно происходит снижение массы тела на 50 - 80% от первоначального веса. При этом, естественно, улучшается трудоспособность, психо-эмоциональное состояние пациентов, возрастает сексуальная потенция. Короче, значительно улучшается качество жизни. Об этих операциях подробно рассказывается в статье Ю. И. Яшкова на стр. 15.

Профессор Леонид Михайлович Гудовский возглавляет **отдел торакальной хирургии**. С первых лет суще-

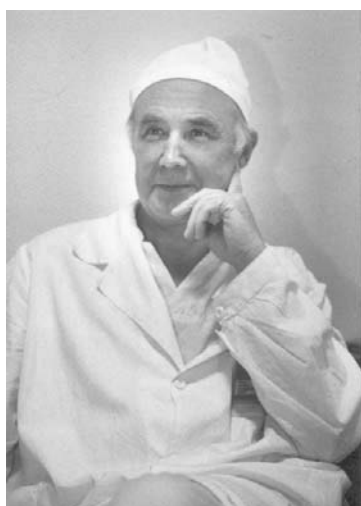
ствования отдела, с 1963 года, ведущей темой стала реконструктивная хирургия трахеи и бронхов, пластика крупных бронхов. Она и сейчас не потеряла своей актуальности, ибо больных все еще много. Самые тяжелые из них поступают сюда со всей России. В основном это рубцовые поражения трахеи после трахеотомии и длительной искусственной вентиляции легких. Сейчас разработан новый метод пластического закрытия передней стенки трахеи лоскутом с предплечья на сосудистом анастомозе. Это операция делается совместно с микрохирургами. Помимо пластических, одна из самых благодатных операций - циркулярная резекция трахей с прямым анастомозом. Но, к сожалению, эти операции возможны только при небольшом объеме поражения трахеи.

Вторая крупная проблема - это хирургия опухолей легких. При злокачественных новообразованиях легких проводится комплексная терапия, что обеспечивается связью с Институтом диагностики и хирургии по вопросам лучевой терапии и с Онкоцентром по вопросам химиотерапии.

Хирургия новообразований средостения. Здесь тоже выполняются все виды операций. Некоторые из них, такие, как невринома заднего средостения по типу песочных часов, проводят совместно с нейрохирургами, которые делают одновременно ламинэктомию - каждый удаляет свою часть опухоли. Все это проходит в один этап, технология полностью отработана.

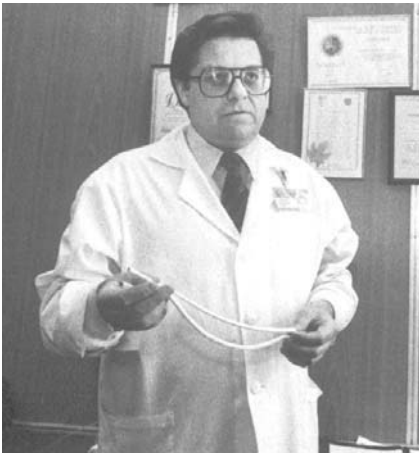
И, наконец, хирургия лимфатической системы, хилоторакс - достаточно большое направление в медицине. Оно, как и все вышеперечисленные, начиналось в РНЦХ под руководством первого заведующего отделом академика М. И. Перельмана в 1963 году. Сейчас директор Института туберкулеза работает здесь как научный консультант.

Много внимания в отделе уделяется техническим средствам. Криогенная техни-



ка, которую создавали вместе с МВТУ им. Баумана, используется для обезболивания, для разрушения опухоли, ультразвук - для лечения эмпием плевры, эхинококкоза, и даже при раковом поражении легких. Лазером проводят иссечение рубцов трахеи. Все это сопровождается созданием и усовершенствованием соответствующей аппаратуры.

Профессор А. В. Гавриленко заведует **отделением хирургии сосудов**, которое было основано профессором М. Д. Князевым, трагически погибшим 12 лет назад. Традиции, заложенные им, развиваются во многих направлениях сосудистой хирургии. Это, прежде всего, хирургия сосудов брахиоцефального ствола, висцеральных сосудов аорты нижних конечностей - классическая сосудистая хирургия. Занимаются здесь и венозной патологией во всех ее отделах. На базе отделения осуществ-



ляется подготовка специалистов кафедрой сердечно-сосудистой хирургии ФПО ММА имени И. М. Сеченова, которую возглавляет академик РАМН, профессор Б. А. Константинов.

Сюда поступают больные, которым, как правило, везде уже отказали. В частности,

это касается операций на нижних конечностях. Больному с сухой гангреной грозит ампутация, здесь ему дают шанс сохранить ногу. И, если он имеет на это силы, в ряде случаев удается снизить уровень ампутации или вообще обойтись без нее. Выполняют артериализацию венозного кровотока стопы (артериальный кровоток, при отсутствии всех дистальных сосудов, пускается в венозный) или операцию бедренно-подколенного шунтирования по методике "in situ". От классической она отличается тем, что сама вена остается на месте, в ней только разрушаются клапаны, выделяют дистальный и проксимальный концы, а затем делают анастомозы с артерией. Эта операция делается быстро, она менее травматична и более физиологична.

Если говорить о регионе сонных артерий, то здесь важно определить не столько степень стеноза, как думали раньше, сколько субстрат атеросклеротической бляшки. Доказано, что гетерогенные бляшки гораздо опасней для развития инсульта, чем гомогенные. (Гетерогенные "мягкие" бляшки дают 80% инсультов - они чаще размываются, отрываются). Характер бляшки можно определить до операции с помощью дуплексного сканирования.

Варикозные изменения вен - болезнь века. В отделении применяют как классические операции, так и их модификации. Сейчас, например, разрабатывается новая операция по реконструкции клапанного аппарата пораженных глубоких вен. Здесь отдают себе отчет в сложности операций при варикозе и считают недобросовестной рекламой о возможности излечения без операции.

Большой опыт накоплен и в лечении вазоренальной гипертензии. С 1961 года, когда Б. В. Петровский сделал первую реконструктивную операцию на почечных артериях, в Центре было произведено более 2000 подобных операций.

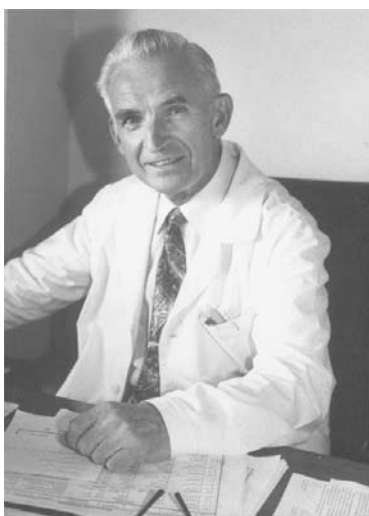
Что тревожит сосудистых хирургов? Проблема отдаленных результатов. Очень плохо поставлена в стране диспансеризация. Больной, выписавшийся из Центра хирургии, остается один на один со своими проблемами. У него нет средств на контроль за состоянием, на длительную медикаментозную терапию. Здесь нужна специальная государственная программа послеоперационной реабилитации. Другой аспект - развитие реперфузионного синдрома после реконструктивных операций, что считается сегодня крайне актуальным в мире. Он изучается совместно с лабораторией И. И. Деметьевой. Получены первые результаты исследований, намечены пути борьбы с этим осложнением, не вслепую, а основываясь на знании биохимических сдвигов.

**Отделение хирургического лечения ишемической болезни**, возглавляемое профессором Б. В. Шабалкиным, занимается проблемой чрезвычайно значимой. Первые операции были сделаны в сосудистом отделении еще при М. Д. Князеве, а с начала 80-х годов развернуто самостоятельное подразделение. Больных много, существует даже очередь. Проводится большая организационная работа в стране с врачами-кардиологами, уточнены показания к оперативному вмешательству и принципы диагностики. Заслуга профессора Шабалкина и его коллег в том, что постепенно таких центров становится все больше, а учиться хирурги с периферии приезжают сюда. Специалисты отделения подготовили врачей для цент-



ров в Краснодаре, Архангельске, Екатеринбурге, Барнауле, Сыктывкаре, Чебоксарах и других городах.

Кроме популярной операции аорто-коронарного шунтирования существует коронаропластика и так называемая операция "из минидоступа". Болезнь настолько распространена и настолько мучительна, что медики не могут упускать ту большую группу больных, которым аорто-коронарное шунтирование по разным причинам делать нельзя - они его не вынесут. Вот здесь и уместны небольшие операции без искусственного кровообращения. Здесь шунтируется внутренняя грудная артерия и передняя межжелудочковая.



Самочувствие больного тут же улучшается. Делаются попытки таким же образом шунтировать не одну, а несколько артерий. Сейчас появилась трансмиокардиальная лазерная фенестрация (реструктуризация миокарда), которая показана тем больным, которым прежде ничем помочь было нельзя. Лазер делает в миокарде каналы, которые, за счет лазерной энергии, не зарастают и сердце питается, засасывая кровь из левого желудочка в стенку. Таким образом, появился целый набор вмешательств и круг больных, которым можно помочь, значительно расширился. Кстати, здесь производят и комбинированные вмешательства: при множественном аорто-коронарном шунтировании используют и внутреннюю грудную артерию для восстановления кровообращения в передней межжелудочковой артерии (в 95% случаев). Это важно, потому что, как показывает опыт, венозные шунты живут около 7 - 10 лет, а внутренняя грудная артерия функционирует значительно дольше, удлиняя срок хорошего самочувствия больного. Проводятся и одномоментные операции при сочетании ИБС с ревматическим пороком сердца.

В отделении отрабатываются различные способы защиты миокарда - это и применение различных растворов, и методика охлаждения сердца орошаемым ледяным раствором, сочета-

ние искусственного кровообращения с работающими легкими, которые сами оксигенируют кровь.

Мы хотели закончить свой репортаж в отделении эндоскопической хирургии, которому недавно исполнилось 10 лет, но решили, что профессор Ю. И. Галлингер сам подробно расскажет о его работе. От себя скажем, что отделение, накопившее огромный опыт в эндоскопической, лапароскопической хирургии, начавшее развивать хирургию торакоскопическую, отличается разумным и достаточно осторожным отношением к области применения этих методов в хирургии. Здесь считают, что достоинства метода - а это, в основном, малая травматичность - не должны заслонять его недостатков: сложность и неудобство в работе хирургов - длительность опера-



ции, отсутствие нормального обзора и т. д. На сегодняшний день только операции удаления желчного пузыря выполняются лапароскопически легче, чем открытым способом. За этим выводом стоит опыт почти что 2000 лапароскопических холецистэктомий. Это не значит, что "закрытая хирургия" не должна развиваться. Но это развитие должно идти неторопливо, вдумчиво, по мере накопления опыта и совершенствования инструментария.

**Материалы из РНХЦ РАМН подготовил М. Кукулевич, фоторепортаж В. Афанасьева**



## ХЬЮЛЕТТ-ПАККАРД ДЛЯ МЕДИЦИНЫ

*Сотрудники московского представительства компании Хьюлетт-Паккард сердечно поздравляют почетного директора РНЦХ академика Б. В. Петровского с 90-летним юбилеем, а коллектив Центра с 35-й годовщиной со дня основания, желают им здоровья, счастья, высоких результатов в научно-исследовательской и лечебной работе.*

Медицинская группа компании давно и плодотворно сотрудничает со специалистами РНЦХ РАМН. В клиниках центра используется аппаратура для ультразвуковых исследований "SONOS", разнообразные системы мониторинга пациентов. Ученые центра, изучая новинки известной американской компании, помогают адаптировать их к работе в условиях российских больниц, знакомят с ними молодых специалистов.

Хьюлетт-Паккард (Hewlett-Packard Company's Medical Products Group, MPG) предлагает учреждениям здравоохранения более 400 наименований продуктов и услуг. Это разнообразные системы мониторинга пациента, клинические информационные системы, технологии ультразвукового изображения, дефибрилляторы и электрокардиографы, плюс более 1000 комплектующих, необходимых для обеспечения работы этого оборудования. Новинки Хьюлетт-Паккард в области здравоохранения предназначены для медиков-профессионалов, работающих в области кардиологии, экстренной медицины, хирургии, акушерстве, педиатрии новорожденных, радиологии, в медицинских клиниках, врачебных кабинетах и службах скорой помощи. Расскажем о некоторых из них. Прежде всего, стоит отметить полный спектр мониторов для специализированных медицинских подразделений и различных степеней "экстренности" пациента. Наиболее популярная **система мониторинга пациента** HP Viridia CMS (более 85 тысяч установленных систем) используется по всему миру в отделениях реанимации и анестезии. В мае 1997 года компания представила систему лечения пациента HP Viridia Patient Care System, обеспечивающую комплексный набор решений по мониторингу пациента, управлению медицинской информацией, коммуникациями и службами. Эта система охватывает все области и подразделения современной медицины - от операционной до реанимационного и вспомогательного отделений, а также клиническую лабораторию и отделение скорой помощи. Компания предлагает также новую технологию для определения ишемии миокарда - нехватки кислорода в сердечной мышце - систему HP MIDA (Myocardial Ischemia Dynamic Analysis).

К числу примеров эффективных решений в области **управления медицинской информацией** можно отнести системы HP ORVue для анестезиологии; HP OB Trace Vue для акушерства; HP CareVue для экстренной медицины; EpConcert для отделения эхокардиографии; система прикроватного интерфейса HP Device Link.

Работая с независимыми разработчиками программного обеспечения и дополнительными сервисными программами, другими поставщиками прикладного программного обеспечения, HP предлагает решения в области **медицинских информационных систем** для удовлетворения различных потребностей, связанных с управлением информацией. Это линия кардиоваскулярных систем получения ультразвукового изображения SONOS, которые позволяют проводить визуализацию сердцебиения и связанных с ним сосудов в режиме реального времени. С учетом разработанных в этом году двух новых систем SONOS 5500 и 1800, компания пополнила обширное семейство кардиоваскулярных ультразвуковых устройств (в том числе устройств для сердечно-сосудистой ультразвуковой диагностики), удовлетворяющее требованиям различных заказчиков: от повседневных исследований, проводимых в кабинетах врачей, до крупных кардиологических исследований, осуществляемых в ведущих мировых кардиологических центрах. HP также предлагает многофункциональную, высокопроизводительную ультразвуковую радиологическую систему Image Point.

Заслуживает внимания линия **дефибрилляторов** CodeMaster, используемых как в стационаре, так и вне больницы для восстановления нормальных электрических импульсов сердца в критических кардиологических случаях. Специалистам будут интересны электрокардиографы и системы ЭКГ, а также модуль ACI-TIPi - основанный на анализе ЭКГ и используемый для прогнозирования возможности остановок сердца.

**Службы поддержки пользователей** HP предоставляют услуги по созданию и интеграции информационных систем для медицинских подразделений, финансовому и технологическому управлению, осуществляют поддержку медицинского программного обеспечения, медицинского оборудования, организуют и проводят программы по обучению пользователей. Кроме того, HP продает более 1000 **медицинских комплектующих и принадлежностей**, которые могут использоваться с инструментами и оборудованием, произведенными HP или другими компаниями. Среди них - датчики для мониторинга пациента, а также электроды, бумага, кабели, стетоскопы, манжеты для измерения давления и многое другое.

**Компактный модульный монитор пациента HP Viridia M3 и многофункциональный измерительный сервер**

Вес этого монитора, измерительного сервера и аккумулятора не превышает 4,3

кг, поэтому его можно использовать в любых, в том числе полевых условиях. Цветной жидкокристаллический дисплей может отображать до 3 кривых и 5 численных значений параметров. На экран выводятся визуальные сигналы тревоги, рядом с дисплеем расположены красный и желтый индикаторы тревоги, подаются также звуковые сигналы тревоги трех различных тонов. Специальная система управления аккумулятором информирует вас о времени, которое прибор сможет еще проработать без подзарядки. Вокруг цветного экрана высокого разрешения располагаются сенсорные полосы управления, позволяющие сразу же приступить к работе именно с тем параметром, который вас интересует.

Измерительный сервер представляет собой отдельное устройство, обеспечивающее проведение стандартного набора измерений: до 3 каналов ЭКГ, дыхание, насыщение крови кислородом, неинвазивное артериальное давление, а также температуру или инвазивное давление.

Измерительный сервер позволяет запоминать до 50 часов трендов пациента, до 10 событий (численные значения параметров и кривые), личные данные пациента и настройки монитора, что позволяет проводить анализ данных в наиболее удобное для вас время.

Монитор может подключаться к внешним устройствам - принтеру, системе вызова медсестры. Предусмотрена возможность использования диапазонов параметров для взрослых пациентов, детей и новорожденных, а также устанавливать границы звуковых сигналов тревоги для высокого и низкого значения параметров.

Монитор HP Viridia M3 и многофункциональный измерительный сервер полностью совместимы с широким спектром датчиков и принадлежностей, поставляемых компанией Хьюлетт-Паккард.

Для получения дополнительной информации о компактном модульном мониторе пациента HP Viridia M3 и многофункциональном измерительном сервере обращайтесь в торговое представительство компании HP по тел.: (095) 797 3874, 797 3500, факс: (095) 797 3501 или ближайшее региональное отделение HP.



**HEWLETT  
PACKARD**



## ЭГИС - ДОСТОЙНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ВЕНГЕРСКОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Фармацевтический завод ЭГИС давний и надежный партнер на лекарственном рынке России, поставляющий высококачественные препараты, широко используемые во всех областях медицины.

Многие врачи и пациенты, прекрасно знающие и давно использующие Галидор, Супрастин, Мелипрамин, Тизерцин, Грандаксин, Тагегил, Пипольфен, Долегит, Лидокаин, часто не подозревают, что это "визитные карточки" фармацевтического завода ЭГИС - одного из крупнейших предприятий Венгрии, уже более 40 лет поставляющего свою продукцию в Россию.

Популярность лекарств ЭГИС не случайна, ведь очень немногие фармацевтические компании могут предложить потребителю высококачественные препараты по доступной цене. Особенно это важно для России, где государство не должно оставлять без медицинской и фармацевтической помощи пенсионеров, инвалидов и малоимущих людей. Поэтому ЭГИС прилагает максимум усилий для сохранения цен на свои препараты на уровне, доступном большинству нуждающихся пациентов.

Трудно переоценить значение давно знакомых лекарств, но развитие ЭГИС стоит на месте: спектр препаратов непрерывно расширяется, а уровень технологии

неизменно соответствует современным требованиям GMP и FDA. Появляются новые интересные лекарственные средства, например, блокатор ангиотензинпревращающего фермента Коверекс (периндоприл), Грандаксин - психотерапевтический препарат, который крайне необходим в наше время, полное стрессов и катаклизмов. Не все врачи и пациенты знают, что ЭГИС стал выпускать традиционный Нитроглицерин в аэрозольной упаковке, что крайне удобно в экстремальной ситуации. Думаю, что препараты нового поколения Беталок (метопролол) и Коверекс (периндоприл), уже известные Сорбифер-Дурулес (железосодержащий препарат) и Су-метролим (котримоксазол) достойно представляют венгерскую фармацевтическую школу в медицинской практике. ЭГИС строит свою политику на том, чтобы предлагать потребителям широкую гамму высококачественных препаратов по доступной цене, развивает исследовательские проекты.

Конечно, нельзя не отметить традиционно тесные связи ЭГИС с российскими научными и медицинскими учреждениями: крупными клиниками, кафедрами, институтами, все больше врачей участвуют в научно-исследовательской работе с нашими



препаратами. Можно сказать, что целое поколение российских врачей воспитывалось на венгерских лекарствах, в то же время в развитии венгерской медицинской науки принимали участие многие видные ученые России. Среди них непреходящее значение имеет вклад академика Б. В. Петровского, подготовившего целую плеяду наших талантливых хирургов.

**Генеральный Директор ЭГИС в России, доктор Ласло Почайи, сотрудники представительства, пользуясь случаем, поздравляют Бориса Васильевича с жизненным и творческим юбилеем. Искренно желаем доброго здоровья и реализации всех замыслов великого ученого для пользы России и ее народа.**



### ТЕМАТИЧЕСКИЕ СЕМИНАРЫ И СИМПОЗИУМЫ РНЦХ РАМН

II половина 1998 года

- 21 сентября - 2 октября "Проблемы безопасности в современной анестезиологии". Руководители - акад. РАМН А. А. БУНЯТЯН, к. м. н. Е. В. ФЛЕРОВ
- 28 сентября - 9 октября Семинар усовершенствования по ультразвуковой диагностике при заболеваниях сердца, сосудов, органов брюшной полости, молочной и щитовидной желез. Руководитель - проф. В. А. САНДРИКОВ
- 29 - 30 сентября Симпозиум с международным участием "Современные методы инструментальной диагностики". Руководитель - проф. В. А. САНДРИКОВ
- 19 - 30 октября "Расширенная лимфаденэктомия при раке желудка и пищевода". Руководители - чл.-корр. РАМН А. Ф. ЧЕРНОУСОВ, д. м. н. В. А. АНДРИАНОВ
- 19 - 30 октября "Хирургия портальной гипертензии". Руководитель - проф. А. К. ЕРАМИШАНЦЕВ
- 19 - 30 октября "Реконструктивные и восстановительные операции на желчных путях и печени". Руководители - проф. А. А. МОВЧУН, проф. А. Д. ТИМОШИН
- 19 - 30 октября "Современные аспекты реконструктивной хирургии периферических сосудов". Руководитель - проф. А. В. ГАВРИЛЕНКО
- 16 - 27 ноября "Регионарная анестезия в современной клинической практике". Руководители - акад. РАМН А. А. БУНЯТЯН, д. м. н. В. А. СВЕТЛОВ
- 16 - 27 ноября "Современные методы диагностики и лечения ишемической болезни сердца, врожденных и приобретенных пороков сердца". Руководители - проф. Б. В. ШАБАЛКИН, проф. Л. П. ЧЕРЕПЕНИН, проф. Ю. В. БЕЛОВ
- 16 - 27 ноября "Современные аспекты реконструктивной хирургии аорты и ее ветвей". Руководитель - проф. Ю. В. БЕЛОВ
- Декабрь Съезд общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов. Семинар по пластической хирургии.
- 30 ноября - 11 декабря Семинар усовершенствования анестезиологов-реаниматологов по интенсивной терапии "Актуальные вопросы реанимации и интенсивной терапии". Руководитель - член-корр. РАМН Р. Н. ЛЕБЕДЕВА
- 7 - 18 декабря Семинар усовершенствования для торакальных хирургов-пульмонологов. Руководитель - акад. РАМН М. И. ПЕРЕЛЬМАН
- 7 - 18 декабря "Пластика пищевода при раке и ожоговых стриктурах". Руководители - член-корр. РАМН А. Ф. ЧЕРНОУСОВ, д. м. н. В. А. АНДРИАНОВ
- 14 - 25 декабря Семинар усовершенствования анестезиологов "Современные аспекты анестезиологического обеспечения операций на сердце и сосудах". Руководители - акад. РАМН А. А. БУНЯТЯН, д. м. н. Н. А. ТРЕКОВА

Обучение платное. Ориентировочная стоимость - 300 долларов США. Оплата осуществляется в рублях по курсу ММВБ на день оплаты. По окончании семинара выдается диплом (Лицензия Госкомвуза России № 16-121 от 6 марта 1994 года).

Следует прислать заявку с указанием Ф. И. О. врача, места работы, должности, обратного адреса учреждения и гарантии оплаты за обучение.

РНЦХ РАМН обеспечивает курсантов гостиницей на время обучения с оплатой за счет проживающих. Питание - в столовой и кафе Центра. Заявки присылать по адресу: 119874, Москва, Абрикосовский пер., дом 2, Центр подготовки врачей и медсестер РНЦХ РАМН. Телефон 246 9292.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (к десятилетию работы отделения)

профессор Ю. И. Галлигер, РНЦХ РАМН

Основными научно-практическими задачами созданного в 1988 году отделения является разработка, апробация и внедрение новых эндоскопических исследований и вмешательств при различных заболеваниях. Все это время отделение работало в тесном контакте с отделом хирургии пищевода и желудка, отделениями хирургии печени и желчных путей, хирургии легких и средостения.

### Эндоскопические методы гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях

Причиной этих кровотечений, наблюдающихся у больных, перенесших обширные хирургические вмешательства на органах грудной клетки и брюшной полости, являются нередко острые язвы и эрозии желудка, возникающие в раннем послеоперационном периоде. Были разработаны способы местного воздействия через эндоскоп - диатермокоагуляция, инъекции вазопрессивных и склерозирующих веществ, что позволило более чем в 95% случаев обойтись без операции.

### Эндоскопическая диагностика и лечение стенозов пищевода

Малокалиберные и сверхтонкие эндоскопы чаще удается провести через сужения в нижележащие отделы и таким образом визуально оценить состояние супрастенотической и постстенотической части пищевода и саму область сужения.

Для лечения больных с доброкачественными стенозами пищевода и пищеводных анастомозов были предложены различные способы неоперативного лечения - баллонная гидро- и пневмодилатация, бужирование по струне, электрорассечение зоны рубцового стеноза.

Было доказано, что многократная эндоскопическая дилатация позволяет добиться стойкого расширения анастомоза и отказаться от повторного хирургического вмешательства.

Для восстановления перорального питания у больных с неоперабельными злокачественными поражениями пищевода и кардии были апробированы методики расширения просвета путем электрокоагуляции, бужирования и введения силиконовых эндопротезов. Модификация отделения позволяет ставить эндопротез без осложнений и легче его извлекать. При невозможности по тем или иным причинам перорального приема пищи были разработаны методики эндоскопического проведения зонда в желудок, двенадцатиперстную или тонкую кишку, что позволяет уменьшить или вообще отказаться от проведения парентерального питания.

### Эндоскопические транспапиллярные исследования и вмешательства

Поскольку эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография не может ответить на все клинические вопросы, в качестве дополняющей методики была разработана транспапиллярная холедохоскопия.

Апробирована методика ретроградной холедохоскопии с помощью двух эндоскопов ("материнского" и "дочернего") с использованием двух типов "бебископов" - сверхтонкого с управляемым концом и малокалиберный с принудительным изменением угла изгиба дистальной части эндоскопа. Это позволяет помимо визуального осмотра гепатикохоледоха проводить лечебные мероприятия (извлечение лигатуры, камня, проведение биопсии).

При холедохолитиазе эндоскопическая папиллосфинктеротомия обычно создает условия для спонтанного извлечения конкрементов или извлечения их с помощью корзинки Дормиа. Разработана методика механического разрушения крупных камней, что позволило отказаться в ряде случаев от повторной лапаротомии и вообще от хирургического вмешательства.

При бластоматозном блоке и стриктурах холедоха внедрены методики эндоскопического транспапиллярного введения эндопротезов

в гепатохоледох и вирсунгов проток. Накопленный опыт подтверждает, что данная методика высокоэффективна при дистальном блоке желчеоттока, что позволяет радикальное оперативное вмешательство выполнять в более благоприятных условиях - после ликвидации желтухи и улучшения функционального состояния печени.

### Эндоскопическая хирургия трахеи и бронхов

В практику эндоскопических вмешательств на трахее и бронхах были внедрены методы с использованием токов высокой частоты. Электростимуляция петлей опухолей на узком основании сокращает время вмешательства и надежно предупреждает кровотечения. При рубцовых стенозах трахеи электрорассечение тканей в зоне сужения вызывает меньшее воспаление, чем при применении лазера, что снижает вероятность увеличения протяжения стеноза.

Отдаленные результаты эндоскопического расширения просвета трахеи при рубцовых стенозах показали развитие рестеноза у большинства пациентов. Для предотвращения этого был разработан и внедрен метод длительной дилатации введенным в трахею эндопротезом либо с гладкой поверхностью, фиксирующимся к тканям нерассасывающейся мононитью, либо силиконовым с небольшими выступами на наружной поверхности, за счет которых он удерживается в просвете трахеи. У половины больных после длительного стояния эндопротеза формируется рубцовый каркас, обеспечивающий достаточную проходимость дыхательных путей.

### Лапароскопическая хирургия

В январе 1991 года была выполнена первая в СССР лапароскопическая холецистэктомия, в сентябре того же года - первая аппендэктомия, в октябре 1992 года - первая лапароскопическая герниопластика по поводу паховой грыжи. За 6 лет лапароскопическая холецистэктомия была предпринята у 1867 больных с калькулезным холециститом, полипами и холестерозом желчного пузыря. Только у 65 больных понадобился переход на лапаротомию, что было связано с грубыми рубцово-инфильтративными изменениями, билио-билиарными и билио-дигестивными свищами и диагностированным интраоперационно холедохолитиазом. Опыт показал преимущество лапароскопической холецистэктомии перед традиционным вмешательством - небольшое число осложнений, короткий период пребывания в стационаре, быстрое восстановление трудоспособности и хороший косметический эффект. Дальнейшее накопление опыта может показать место лапароскопических вмешательств и при других заболеваниях - остром аппендиците, паховой грыже, кистах и новообразованиях печени и придатков матки.

### Торакоскопическая хирургия

Первая торакоскопическая операция была выполнена в июне 1993. Пока опыт невелик - эти вмешательства были проведены примерно у 40 больных с заболеваниями легких и средостения. Однако зарубежный опыт и опыт других клиник говорит о перспективности этих вмешательств. Поэтому развитие данного направления - первоочередная задача отделения на последующие годы работы.

За 10 лет работы защищена одна докторская и восемь кандидатских диссертаций, опубликовано более 140 работ в отечественных и зарубежных журналах, совместно с профессором А.Д.Тимошиным издано два практических руководства - "Лапароскопическая холецистэктомия" (1992) и "Лапароскопическая аппендэктомия" (1993). Проведено 7 международных конференций и симпозиумов по проблеме. За прошедшие годы на четырехнедельных курсах по оперативной эндоскопии при заболеваниях пищеварения и дыхания и по лапароскопической хирургии обучено 410 врачей из различных регионов России и СНГ.

## ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ 3 - 4 СТЕПЕНИ

Ю. И. Яшков, кандидат медицинских наук, РНЦХ РАМН

Избыточной массой тела в Российской Федерации страдает около 40% населения, примерно у 2 - 4% взрослого населения оно принимает формы, опасные для здоровья (т. н. морбидное ожирение). Оно часто сочетается с целым рядом заболеваний, ухудшая их течение (артериальная гипертония, сахарный диабет, болезни суставов и позвоночника, ИБС и т. д.). Опасность морбидного ожирения очевидна, а возможности консервативного лечения ограничены - оно эффективно не более чем в 5 - 15%. Таким больным и могут прийти на помощь хирурги.

Каковы же показания к хирургическому лечению? Это: избыточная масса тела, которая на 45 - 50 кг превышает норму; наличие других заболеваний, связанных с избытком массы тела; неэффективность ранее применявшихся консервативных попыток снизить массу тела. Возрастные показатели сами по себе не являются ограничением. Не имеет смысла оперировать лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, тяжелыми психическими заболеваниями. Риск послеоперационных осложнений выше у курящих пациентов.

Существует несколько методов хирургического воздействия при морбидном ожирении. В 60 - 70-х годах были распространены операции, при которых из пищеварения выключалась большая часть тонкой кишки. К сожалению, у многих больных, перенесших такую операцию, наблюдалось значительное количество осложнений - нарушение функции печени, водно-электролитного баланса, нередко образовывались камни в почках, обострялись болезни суставов, развивался анаэробный энтерит в отключенных участках кишки. В 1966 году в США была произведена первая операция гастрощунтирования, направленная на уменьшение объема желудка с целью ограничить количество принимаемой пищи. С 1977 года подобные операции выполняются с использованием специальных сшивающих аппаратов. В настоящее время наиболее часто применяемыми являются вертикальная гастропластика, гастрощунтирование и бандажирование желудка специальным силиконовым кольцом. При вертикальной гастропластике, выполняемой в РНЦХ РАМН с 1992 года, желудок с помощью сшивающих аппаратов как бы разделяется на две части - верхнюю, малую объемом до 17 мл и нижнюю, остальную. Малая часть соединяется с остальным желудком узким отверстием, которое для предупреждения его растяжения укрывается полоской из биологически инертного синтетического материала. При наполнении малой части желудка во время еды у пациента быстро появляется чувство насыщения и, таким образом, количество пищи резко ограничивается, за счет чего уменьшается масса тела.

При операции гастроюноанального шунтирования малая-верхняя часть желудка с помощью аппаратных скрепочных швов полностью изолируется от остальной его части, а затем соединяется с тонкой кишкой. Помимо резкого ограничения в еде, такая операция дает возможность резко уменьшить употребление высококалорийной пищи и сладостей.

Более физиологичной считается операция вертикальной гастропластики, сохраняющей функцию всех отделов желудочно-кишечного тракта. Однако при этом остается возможность компенсации количественного ограничения в еде приемом сладкой пищи в жидком и полужидком виде, что может сказаться на окончательной потере веса.

Период потери массы тела составляет полтора-два года. Наиболее интенсивно она происходит в первые 6 месяцев, потом замедляется. К полутора-двум годам после операции пациенты теряют в среднем около 55% избыточной массы тела. После стабилизации в указанные сроки небольшой избыток массы тела может восстановиться, что не должно являться основанием для беспокойства. К этому времени пациент привыкает к качественно новому режиму питания. Так, например, при трехразовом питании количество пищи на один прием сокращается до 100 - 150 мл, независимо от того, твердая эта пища или жидкость. Больные предупреждаются о необходимости прекращения приема пищи сразу, как только появилось чувство насыщения! Даже один лишний глоток может вызвать рвоту, ощущение давления за грудиной, боли. Необходимо тщательно пережевывать пищу - крупные куски могут вызвать закупорку выхода из малой части желудка и те же неприятные ощущения. Рекомендуется есть чайной ложкой, не торопясь, обращая внимание на вкус пищи. Таким образом, длительность каждого приема пищи увеличивается до 30 - 40 минут. Большинство пациентов к этому привыкает легко.

Есть ли опасность чрезмерной потери массы тела? Она может быть связана с сужением выхода из малой части желудка. Рвоты после практически каждого приема пищи должны насторожить и заставить обратиться к лечащему врачу. После операции по поводу морбидного ожирения больной должен в течение всей своей жизни находиться под наблюдением той клиники, где сделана операция. Изредка возникают поздние осложнения, которые могут потребовать проведения диагностических и лечебных процедур. В течение первого года пациент наблюдается каждые три месяца, затем - ежегодно.

Как же отражается операция на течение сопутствующих ожирению заболеваний? У лиц, страдающих артериальной гипертонией, потеря уже 10 - 20 кг нормализует артериальное давление. Аналогичным образом снижается уровень глюкозы в крови, ликвидируются болевые ощущения при остеохондрозе и обменном полиартрите. Улучшается течение бронхиальной астмы, пиквикского синдрома, рефлюкс-эзофагита и др. Нормализуется менструальный цикл, нередко восстанавливается детородная функция у женщин, страдающих бесплодием. У пациентов повышается сексуальная потенция, восстанавливается трудоспособность, формируется новое ощущение жизни.

Всем больным, перенесшим операцию гастропластики, на период интенсивной потери в весе назначаются поливитамины. В дальнейшем объем необходимой терапии диктуется сопутствующими заболеваниями. При операции гастроюноанального шунтирования, в отличие от гастропластики, пациенты нуждаются в заместительной терапии препаратами железа, кальция и поливитаминов в течение всей жизни.

Риск подобных операций тем выше, чем больше исходная масса тела. Но у таких больных велика и угроза для жизни при значительном ее избытке. По мере интенсивного похудения у части больных возникает необходимость в устранении избыточных кожно-жировых складок и "фартуков". Такие операции выполняются в РНЦХ как общими хирургами, так и специалистами отделения пластической и реконструктивной микрохирургии.

# Власть и здоровье

Строки из книги Б. В. Петровского "Два человека - одно сердце"

**Академик Б. В. Петровский автор большого числа научных работ - монографий, статей по важнейшим направлениям хирургии, деонтологии. Не один раз переиздана его книга "Хирург и жизнь" - воспоминания о людях, встречах, событиях. Небольшую книжечку из серии "Библиотека "Огонек", вышедшую в 1991 году, тоже нельзя не заметить. В предисловии главный редактор Виталий Коротич написал: "Воспоминания Бориса Васильевича Петровского - откровенный рассказ об уроках прошлого, которые одинаково важны и для академиков, и для нас с вами". По прошествии семи лет суждения умудренного жизненным и врачебным опытом человека не только не устарели, но и стали актуальнее.**

Во все исторические эпохи врач, хирург был самым уважаемым человеком и у народа, и у правительства. Но, увы, далеко не всегда в нашей стране.

Сводила меня жизнь почти со всеми руководителями нашей страны, многих из них я оперировал.

Врач, обладающий способностью психологического анализа поведения человека, может составить свое, довольно объективное впечатление о людях, не всегда адекватное взглядам других. Я беру на себя смелость утверждать - не часто жаловало наше правительство медицину, мало ей помогало. Может быть, отчасти и потому сегодня нахо-

дится она в довольно плачевном состоянии как в материальном, так и в правовом отношении.

Иосиф Виссарионович Сталин не любил врачей, боялся их, хотя иногда и прибегал к их помощи. Так, однажды, в тридцатые годы, страдая псориазом (хронической кожной болезнью), он прошел курс лечения белковыми препаратами - лизатами у доктора В. Д. Казакова. Инъекции этого малоэффективного, по сути - знахарского препарата, несколько помогли Сталину, и тогда Казакову срочно создали "Институт обмена веществ", оснастили его дорогостоящим импортным оборудованием.

Но произошло непредвиденное. Пятно, поразившее кожу генсека, стало вновь увеличиваться. Доктор В. Д. Казаков, только что вкусивший славы, был арестован и расстрелян вместе с профессором Д. Д. Плетневым и другими. Им приписали отравление В. В. Куйбышева и М. Горького... Для нас, врачей, наступили черные дни.

Со смертью Сталина "дело врачей" было забыто... и, как мы считали, ликвидировано.

Наступили новые времена. Но Никита Сергеевич Хрущев был здоров и также прохладно относился к медицине как науке, хотя и прибегал к помощи врачей для себя и своих близких.

...Помню, по какому-то торжественному случаю я должен был выступать а Кремлевском Дворце съездов на многотысячном собрании. Волнуясь, рассказывал о достижениях в области хирургии, об успехах по пересадке почки. Говорил и о наших нуждах.

Вдруг Никита Сергеевич меня перебивает:

- Вот здесь наш извест-

ный хирург Борис Васильевич рассказывает о пересадке почки. Хорошо было бы, если бы он пересадил голову Мао Цзэдуну!

Меня как кипятком ошпарили. В зале сидят делегации всех, как тогда говорили, социалистических и других стран. Вижу - демонстративно направились к выходу делегации Китая, Вьетнама, Северной Кореи. После короткой паузы я продолжил выступление.

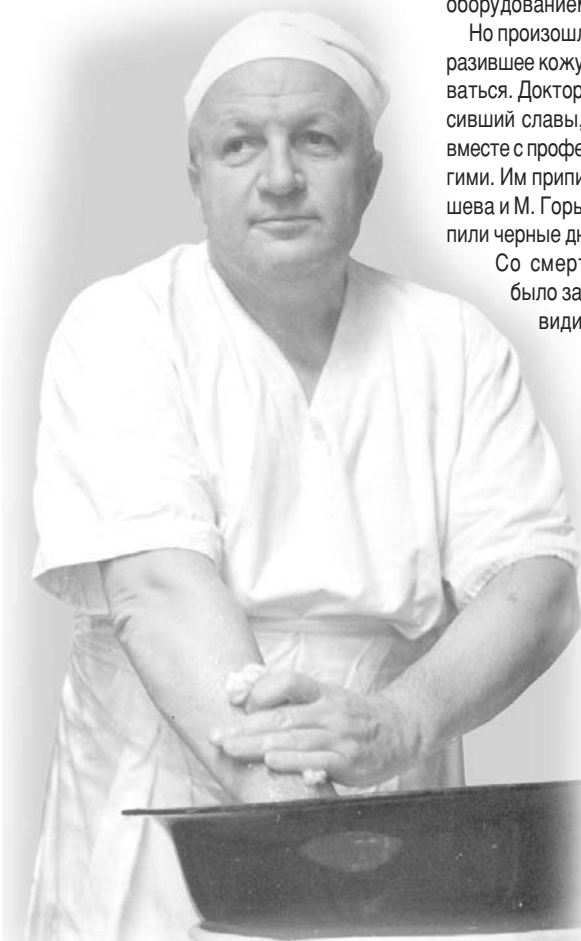
Вспоминается еще одна встреча с Хрущевым. Она произошла в трагической ситуации, вскоре после моего назначения министром, в конце 1965 года.

Позвонила Нина Петровна и попросила приехать на дачу в Петрово Дальнее. Только я положил трубку, разумеется, пообещав немедленно приехать, раздался звонок от Брежнева. Он сказал, что Хрущев тяжело заболел и хочет, чтобы я его оперировал: "Вы ведь лечащий хирург семьи Хрущевых, сделайте все, что нужно".

Никиту Сергеевича трудно было узнать: он очень похудел, кожа обвисла. Желтуха. Боли в животе. Сердце работает плохо, тоны глухие. Обследование показало наличие камней в желчном пузыре и общем желчном протоке. Требовалась операция. Но при таком состоянии пациента риск весьма велик. Я назначил диету, холод на живот, антибиотики. Завтра решил перевезти больного в больницу на Грановского и там оперировать...

Утром следующего дня меня обрадовала перемена в состоянии Хрущева. Боли стихли. Камень самостоятельно вышел в кишечник, что в практике наблюдается редко. Далее все пошло на выздоровление, появился аппетит, вылечили желтуху. Никита Сергеевич начал ходить. Умер он через шесть лет, в 1971 году, от инфаркта миокарда.

Когда я приезжал в Петрово Дальнее, после обязательного чая Никита Сергеевич приглашал меня на прогулку. Вместе с его внуком и большой немецкой овчаркой мы ходили по парку, и он рассказывал мне о своем прошлом. Ни разу не заговорил о полити-





ке, о своем освобождении от работы, никогда не высказывал своих огорчений и обид... Однако мне думается, что не все отрицательные моменты связаны непосредственно с личностью Хрущева. Так было удобно его окружению - членам Политбюро, тем же людям, которые потом и отстранили его от власти... и негативно о нем отзывались.

С Леонидом Ильичем Брежневым мне тоже нередко приходилось общаться. Как хирургу, как министру здравоохранения СССР.

...Как врач я хотел бы разделить 18-летний период деятельности Леонида Ильича на два периода: один - это его приход к власти, организованный в Политбюро, и последующие годы; второй - когда он начал болеть и фактически отошел от управления страной, передав его в руки своих "соратников". Человек так уж устроен, что его психика, настроение, принимаемые решения во многом зависят от его здоровья, его самочувствия. Раздражительный человек, к тому же уже старый и смертельно больной, наделенный полнотой власти, может ввергнуть страну в катастрофу, даже не отдавая себе в этом отчета. Ну а то, что во время болезни он полностью отстраняется от работы, роняет руль управления, который подхватывают подчас далеко не самые способные из его окружения, — факт неоспоримый.

...Старость сама по себе уже не способствует трудоспособности. А тут еще постоянная перегрузка нервной и сердечно-сосудистой систем, постоянная бессонница, нелады с семьей, осложнения с дочерью, зятями. Избыточный прием медикаментов и многие стрессы привели к тому, что Брежнев в последние годы жизни сделался человеком немощным и больным. До управления ли тут страной?

Постарели и многие руководителя "верхнего эшелона". За рубежом появился термин "геронтологическое руководство СССР". Так это и было на самом деле. Даже совсем старые руководители, очень больные, не уходили на пенсию, что, конечно, негативно отражалось на сфере их влияния. Им было не до перемен. Дожить бы до естественного конца при власти и собственном благополучии. Знаете, у врачей есть даже термин "старческий эгоизм". Так вот, в годы застоя в руководстве страны прямо-таки процветал "старческий эгоизм". И еще один термин "дезагравация", то есть преувеличение своего физического благополучия и отсутствие жалоб на болезни.

Не лучшим выходом, с моей точки зрения как врача, было выдвигание после смерти Брежнева на его должность члена Политбюро Юрия Владимировича Андропова...

Раньше Андропов был деловым, энергичным человеком, но на пост руководителя го-

сударства его избрали в разгар тяжелой, смертельной болезни, приведшей к полной гибели почек. Несколько раз в неделю он должен был находиться в отделении гемодиализа, на искусственной почке, и только это поддерживало в нем жизнь. С моей точки зрения врача, назначение его на высокий пост было ошибочным и негуманным.

Также ошибочной считаю и смену Ю. В. Андропова больным и старым К. У. Черненко. Руководителем страны он стал, будучи тяжело больным необратимой сердечно-легочной недостаточностью. Одышка мешала ему жить и работать. И государство фактически не имело руководителя.

**На мой взгляд, все они - Брежнев, Андропов и Черненко - были озабочены собственным здоровьем гораздо больше, чем здоровьем страны. При тяжелых болезнях и преклонных годах наших лидеров медицина могла им помочь мало. А отсюда - раздражение против нашего здравоохранения вообще, безразличие к его нуждам, остаточный принцип финансирования.**

Несомненно, что каждое общество обязано заботиться о здоровье своих руководителей. В СССР и бывших социалистических странах Европы для данных целей были организованы специальные службы, которые вопреки разуму раздувались до неприличных размеров, что и послужило у нас сигналом для борьбы с привилегиями. В рациональных размерах они существуют везде. Однако лечение при серьезных заболеваниях, особенно хирургическое, руководители западных стран предпочитают проходить обычно в военных госпиталях или в крупных клиниках университетов.

У меня, имеющего шестидесятилетний стаж врача, сложилось свое представление о здоровье людей, которым судьбой была уготована крайняя степень нагрузки на физическую и нервно-эмоциональную системы человеческого организма.

При опре-

деленных наследственных факторах, наличии тренировки в детстве, юности и молодости человек может справиться с этими частыми стрессами и перегрузками. И все же даже у этих людей развивается несвоевременная, иногда ранняя (как у В. И. Ленина) болезнь изнашивания организма, которая прежде всего поражает артериальную сосудистую систему, чаще всего — коронарные и сонные артерии, тогда и наступает инфаркт сердца или ишемический инфаркт мозга, отчего погибает большинство лидеров (Де Голль, Ленин, Сталин, Хрущев, Косыгин, Брежнев, Насер и многие другие).

Поэтому медики руководителей заботятся об их здоровье, необходимом для государства и народа. Но главное здесь профилактика, которую мы рекомендуем всем людям - здоровый образ жизни, отдых два раза в году, изъятие из жизненного обихода курения, множества снотворных и умеренное употребление спиртных напитков. К сожалению, именно сами руководители часто злоупотребляют всеми вредными привычками и тем самым наряду с множеством стрессов причиняют себе вред. Да и медики не могут справиться при таких отклонениях от режима с задачами профилактики, что я наблюдал повсеместно.

И, наконец, об очень тонком и щекотливом вопросе, который в некоторых странах нашел практическое решение. Речь идет о выборе здоровых руководителей страны. Для нас этот вопрос пока не решается, но в будущем, по-видимому, медицина может участвовать в определении физического и нервно-психического статуса будущего руководителя государства. Еще более сложным является период хронической тяжелой болезни ранее здорового руководителя. Я не могу предвидеть на будущее все аспекты этой проблемы, но, по-видимому, пятилетняя сменяемость руководства страны внесет здесь свои положительные моменты. Надеюсь, что будет принят и специальный закон.

1991 г.





## ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР РНЦХ РАМН

проводит повышение квалификации врачей по различным разделам хирургии, анестезиологии, реаниматологии и диагностики. Центр работает на коммерческой основе.

- |      |   |      |  |
|------|---|------|--|
| 1    | Отдел хирургической гастроэнтерологии (чл.-кор. РАМН А. Ф. Черноусов) 1 месяц   | 14.5 | Рентгенохирургия 1 месяц   |
| 1.1  | Отделение хирургии пищевода и желудка (д. м. н. В.А. Андрианов) 1 месяц   | 15   | Отделение клинической физиологии и функциональной диагностики (проф. В. А. Сандриков)  |
| 1.2  | Отделение общей хирургии (проф. А. Д. Тимошин) 1 месяц  | 15.1 | Поликардиография 1 месяц   |
| 2    | Хирургия легких и средостения (академик РАМН М. И. Перельман, зав. отд. - д. м. н. Л. М. Гудовский) 1 месяц                     | 15.2 | Эхокардиография 1 месяц  |
| 3    | Хирургия печени и желчных путей (проф. А. А. Мовчун) 1 месяц  | 15.3 | Допплерография 1 месяц   |
| 3.1  | Эхинококкоз печени 1 месяц  | 15.4 | Методы оценки кардиореспираторной системы 1 месяц  |
| 3.2  | Реконструктивная и восстановительная хирургия желчных путей 1 месяц   | 15.5 | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости 1 месяц  |
| 4    | Хирургия портальной гипертензии и неотложная хирургия панкреато-дуоденальной зоны (зав. отд. - проф. А. К. Ерамишанцев) 1 месяц | 15.6 | Функциональная диагностика заболеваний системы пищеварения 1 месяц   |
| 5    | Хирургия аорты и ее ветвей (проф. Ю.В. Белов) 1 месяц   | 15.7 | Инвазивные методы исследования сердца и сосудов 1 месяц  |
| 6    | Хирургия периферических сосудов (проф. А. В. Гавриленко) 1 месяц  | 15.8 | Чреспищеводная эхокардиография 1 месяц   |
| 7    | Хирургия сердца   | 15.9 | Холтеровское мониторирование 1 месяц   |
| 7.1  | Хирургия врожденных пороков сердца (проф. Л. П. Черепенин) 1 месяц  | 16   | Лаборатория экспресс-диагностики (проф. И. И. Дементьева)  |
| 7.2  | Хирургия приобретенных пороков сердца (проф. В. А. Иванов) 1 месяц  | 16.1 | Нарушение гомеостаза в хирургической клинике 1 месяц   |
| 7.3  | Хирургия ишемической болезни сердца (проф. Б. В. Шабалкин) 1 месяц  | 17   | Отделение терапии болевых синдромов (проф. В. Н. Цыбуляк)  |
| 7.4  | Обучение терапевта для отделения кардиохирургии 1 месяц   | 17.1 | Компьютерная пульсовая диагностика 2 недели  |
| 8    | Лаборатория искусственного кровообращения (д. м. н. Л. С. Локшин)   | 17.2 | Электроакупунктурная диагностика 2 недели  |
| 8.1  | Подготовка врача-перфузиолога 2 месяца  | 17.3 | Лечебные блокады и мезопунктура 2 недели   |
| 8.2  | Подготовка медсестры  | 17.4 | Чрескожная электронейростимуляция 2 недели   |
| 9    | Отдел микрохирургии (чл.-кор. РАМН Н. О. Миланов)   | 18   | Отделение переливания крови (проф. Г. А. Рагимов) 1 месяц  |
| 9.1  | Специализация по микрохирургии 2 месяца   | 19   | Отделение клинической диагностики (к. м. н. Ю. Е. Михайлов)  |
| 9.2  | Пластика молочных желез 1 месяц   | 19.1 | Коагулопатии 1 месяц   |
| 10   | Отдел анестезиологии (академик РАМН А. А. Бунятян)  | 19.2 | Цитологическая диагностика 1 месяц   |
| 10.1 | Кардиоанестезиология 1 месяц  | 19.3 | Биохимия 1 месяц   |
| 10.2 | Анестезиология в хирургии сосудов 1 месяц   | 20   | Лаборатория антибиотиков (к. м. н. Н.С. Богомолова) 1 месяц  |
| 10.3 | Анестезиология в торакальной хирургии 1 месяц   | 20.1 | Курс по антибактериальной химиотерапии и клинической бактериологии 1 месяц   |
| 10.4 | Регионарная анестезия при микрохирургических вмешательствах 1 месяц   | 21   | Лаборатория иммунологии и регуляторных механизмов в хирургии (проф. Л. И. Винницкий)   |
| 10.5 | Анестезия при эндоскопических вмешательствах 1 месяц  | 21.1 | Иммунологические методы исследования в хирургической клинике 1 месяц   |
| 10.6 | Обучение сестер-анестезисток 1 месяц  | 21.2 | Исследование гормонов и биологически активных веществ:<br>а) система гипоталамус-гипофиз-надпочечники 2 недели<br>б) система гастроинтестинальных гормонов 2 недели<br>в) система ренин-ангиотензин-альдостерон 2 недели<br>г) система внутриклеточных регуляторов 2 недели<br>д) исследование опухолевых маркеров 2 недели<br>е) мониторинг концентрации циклоспорина в крови 2 недели<br>ж) определение антител к вирусу ВИЧ (СПИД) 2 недели |
| 11   | Отделение эндоскопической хирургии (проф. Ю. И. Галлингер)  | 22   | Лаборатория патологической анатомии (проф. Г. Ф. Шереметьева)  |
| 11.1 | Лечебная эндоскопия 1 месяц   |      | Программа курса по морфологической диагностике биопсий (для врачей) 1 месяц  |
| 11.2 | Лапароскопическая холецистэктомия 1 месяц   |      | Программа курса по обучению лаборанта-гистолога 1 месяц  |
| 12   | Отдел реанимации и интенсивной терапии (член-корр. РАМН Р.Н. Лебедева)  | 23   | Радиоизотопные методы исследования (зав. проф. Е. Б. Свищевский) 1 месяц   |
| 12.1 | Общая реанимация 1 месяц  | 24   | Обучение операционных сестер специализированных хирургических отделений 1 месяц  |
| 12.2 | Кардиореанимация 1 месяц  | 25   | Применение компьютерных систем в оценке состояния больного в анестезиологии и реаниматологии (к. м. н. Е. В. Флеров) 1 месяц   |
| 12.3 | Компьютерное наблюдение в реанимации и интенсивной терапии 1 месяц  | 26   | Основные направления использования вычислительной техники в медицине (к. м. н. В. В. Стекольников) 1 месяц   |
| 12.4 | Обучение медсестер по реанимации и интенсивной терапии 1 месяц  | 26.1 | Статистические методы оценки и контроля биомедицинской информации 2 недели   |
| 13   | Отделение трансплантации почки и хронического гемодиализа (проф. О. С. Белорусов) 1 месяц                                       | 26.2 | Основы работы на персональных компьютерах 2 недели   |
| 14   | Отдел рентгенологии (д. м. н. В. И. Овчинников)   |      |  |
| 14.1 | Компьютерная томография 1 месяц   |      |  |
| 14.2 | Ангиографическая диагностика 1 месяц  |      |  |
| 14.3 | Ангиография коронарных артерий 1 месяц  |      |  |
| 14.4 | Контрастные методы исследования в пульмонологии 1 месяц   |      |  |

**Необходимо прислать заявку с указанием наименования цикла, Ф. И. О. врача, места работы, должности, обратного адреса учреждения и гарантии оплаты за обучение. В заявке указать продолжительность обучения и желательное время (в случае изменения времени пребывания на цикле будут внесены изменения в сметную стоимость).**

**РНЦХ РАМН обеспечивает курсантов гостиницей на время обучения с оплатой за счет проживающих. Питание - в столовой Центра.**

**Заявки присылать по адресу: 119874, Москва, Абрикосовский пер., 2.**

**РНЦХ РАМН, Центр подготовки врачей, комната А-712.**

**Телефон 246 9292.**

**После получения заявки Вы получите письмо-вызов с указанием времени прибытия на цикл повышения квалификации, расчетного счета, на который следует перечислить деньги, и порядок прибытия.**

**После окончания обучения выдается диплом.**

Валерий ЯРХО



Впорхнув в реанимационное отделение, ангел уселся на спинку кровати Кнопкина и заиграл на маленькой арфе.

Душа Кнопкина потихоньку выбралась через нос и, зависнув над телом, опутанным проводами, тревожно огляделась.

Увидев ангела, душа встрепенулась. Наконец-то! Под ласковым взглядом посланца небес душа радостно закувыркалась под потолком. "Все-все позади, - пела она, стараясь попасть в ритм ангельской арфы. - Позади долги, ненавистная работа, глупая и некрасивая жена, а впереди вечность и блаженство!"

Но тут - "бип-бип" - запищала контрольная аппаратура, сигнализируя о том, что больной Кнопкин пытается сбежать в мир иной. Реанимационная бригада вломилась в палату, как налетчики в банк.

- Кыш, - заорал на ангела доктор. - Почему посторонние в палате? Сестра! Амуры все на уме! Ангелов понапускала!

Бегло глянув на аппаратуру, доктор вцепился в тело Кнопкина, словно маньяк в жертву.

- Будешь жить! - сипел он сквозь зубы, делая искусственное дыхание.

Душа показала ему из-под потолка кукиш, ангел заиграл что-то бравурное.

- Ах, так! - обиделся доктор. - Ну, я вам! Электрешка мне, живо!

Со сноровкой опытного палача он приладил разрядник и ударил тело Кнопкина мощным зарядом.

Душу передернуло от отвращения, ангел, возмущенный нечестным приемом, грохнул арфой об пол. Кнопкин тревожно застучал сердцем и задышал, пытаясь втянуть носом душу обратно, та заупиралась. Ангел вцепился в нее и потянул на себя. Тело задышало реже, и почти перестало стучать сердце. Но реаниматор саданул небесного гостя меж крыльев шприцем, делая прямой укол в сердце Кнопкина. Тот шмыгнул носом, втянул в себя душу целиком и ожил.

- В барокамеру его, чтоб эти, с арфами, до него не добрались, - распорядился усталым голосом доктор. - Будет жить Кнопкин! Пить, курить не будет, секс тоже проотивопоказан, будет ли ходить - не знаю, но жить будет! - и, усмехнувшись хитро, добавил. - А то, ишь ты! В царствие небесное он собрался, в райские кущи! А мы здесь останемся! Шиш ему! Эй, там, гоните из коридора эту бабу с косой, скажите ей: кина не будет!

Ангел рыдал возле барокамеры, он своим безгрешным умом никак не мог понять, на какие подвиги порой толкает человека такой порок, как зависть.

"МК", 1995 г.



# Пульс

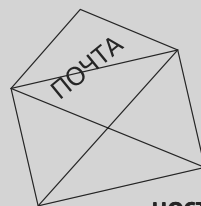
ИЗДАТЕЛЬСТВО

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 болезни)

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.**



## БЛАГОДАРИМ!

Городская клиническая больница № 23 им. Медсантруд выражает глубокую благодарность фирме ТОО "СТРОМЕД", которая оперативно предоставила больнице дыхательный аппарат высочайшего класса "Эвита 2" фирмы "Дрегер".

Мы обратились на фирму во внеурочное время (поздним субботним вечером), так как одной из пациенток кардиореанимации понадобилось искусственное дыхание с полной корректировкой, которые невозможно было обеспечить с помощью имеющегося в больнице оборудования.

Аппарат был доставлен и подключен в течение одного часа, что позволило нам успешно справиться с возникшими проблемами.

Специалисты фирмы "СТРОМЕД" продемонстрировали высочайший класс работы с лечебными учреждениями. Мы уверены, что если все фирмы будут с таким вниманием относиться к нуждам больниц, то это в первую очередь поможет нашим пациентам.

Главный врач В. С. Козак

Телефон фирмы ТОО "Стромед" (095) 229 3306.

## СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КНИЖНАЯ ЛАВКА "ГЛАВНЫЙ ВРАЧ"

Большой выбор сборников нормативно-методических документов для врачей, заместителей по лечебной, клинико-экспертной работе, главных бухгалтеров, экономистов, главных (старших) медсестер, клинических эпидемиологов ЛПУ.

Адрес: 109240, Москва, Яузская ул., д. 11; тел./факс: (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

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

Цена  
договорная