

ГОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
Не падай духом
в несчастье!

№ 2
1998

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

НАУКА И
ПРАКТИКА
РНЦХ РАМН



стр. 2 - 9

НАШ ГОСТЬ
доктор
Л. Почайи



стр. 10 - 11

Препараты
для лечения
госпитальных
инфекций

стр. 12 - 15



Н. Коростылев

*Не только
лекарства*

стр. 18 - 19



Директор РНЦХ РАМН академик Б. А. Константинов:
“Я застал то время, когда операция с использованием
АИК была событием. Сейчас мы стараемся применять
миниинвазивную хирургию”.

Фоторепортаж из РНЦХ В. Афанасьева

ТЕМАТИЧЕСКИЕ СЕМИНАРЫ И СИМПОЗИУМЫ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ХИРУРГИИ И ДИАГНОСТИКИ

Центр последипломного профессионального образования врачей и медсестер Российского Научного Центра Хирургии РАМН два раза в год проводит двухнедельные тематические семинары по актуальным вопросам хирургии, новым методам диагностики и лечения для врачей и научно-педагогических кадров. Руководителями семинаров являются ведущие специалисты, академики, профессора, доктора медицинских наук.

ПЛАН проведения тематических семинаров в первой половине 1998 г.

- 16 - 27 марта "Расширенные лимфаденэктомии при раке желудка и пищевода". Руководитель - член-корр. РАМН А. Ф. ЧЕРНОУСОВ
- 16 - 27 марта "Современные аспекты реконструктивной хирургии периферических сосудов". Руководитель - проф. А. В. ГАВРИЛЕНКО
- 6 - 17 апреля "Современные аспекты анестезиологического обеспечения операций на сердце и сосудах". Руководители - академик РАМН А. А. БУНЯТЯН, д. м. н. Н. А. ТРЕКОВА
- 16 - 27 марта "Хирургия портальной гипертензии". Руководитель - проф. А. К. ЕРАМИШАНЦЕВ
- 16 - 27 марта "Реконструктивные и восстановительные операции на желчных путях и печени". Руководители - проф. А. А. МОВЧУН, проф. А. Д. ТИМОШИН
- 6 - 17 апреля "Реконструктивные операции на аорте и ее ветвях". Руководитель - проф. Ю. В. БЕЛОВ
- 13 - 24 апреля "Регионарная анестезия в современной клинической практике". Руководители - академик РАМН А. А. БУНЯТЯН, д. м. н. В. А. СВЕТЛОВ
- 13 - 24 апреля "Диагностика и лечение пороков и ишемической болезни сердца" (для терапевтов и кардиологов).
- 18 - 29 мая Семинар усовершенствования для торакальных хирургов-пульмонологов. Руководитель - академик РАМН М. И. ПЕРЕЛЬМАН
- 18 - 29 мая "Пластика пищевода при раке и ожоговых структурах". Руководители - член-корр. РАМН А. Ф. ЧЕРНОУСОВ, д. м. н. В. А. АНДРИАНОВ
- 1 - 13 июня Семинар усовершенствования для анестезиологов "Проблема безопасности в современной анестезиологии". Руководители - академик 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

По окончании семинара выдается диплом (лицензия Госкомвуза России №16-121 от 6 марта 1994 г.).

Заявки присылать по адресу: 119874, г. Москва, Абрикосовский пер., дом 2. Центр последипломного профессионального образования врачей и медсестер РНЦХ РАМН. Телефон 246 9292.

После поступления заявки Вы получите письмо-вызов с указанием расчетного счета, на который следует перечислить деньги, и порядка прибытия на семинар.



РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ РАМН

Писать о Российском Научном Центре Хирургии РАМН сложно: вместить на газетных страницах полный отчет о его деятельности просто невозможно. В его стенах работают сегодня свыше 1500 сотрудников, постоянно идет поиск новых путей в хирургии. Пионеры, первопроходцы - по отношению к ним это не просто красивые слова. Здесь впервые в стране пересадили почку, печень, стали делать операции на открытом сердце, блестяще освоили хирургию пищевода. По сути дела - отсюда пошла современная анестезиология и реанимация, позволившая хирургам беспредельно расширить свои возможности.

Российский Научный Центр Хирургии РАМН можно еще назвать и школой академика Б. В. Петровского. И школой его учеников. И вообще, школой, ибо здесь новаторство самым тесным образом переплетается с традициями. Ведь РНЦХ вырос из кафедры госпитальной хирургии медицинской академии им. Сеченова, которой недавно исполнилось 150 лет! И еще две кафедры - хирургии сердца и сосудов и анестезиологии работают в Центре. Его специалисты учатся сами и учат других. И пока такие школы существуют - медицина в России будет удерживать свои позиции, несмотря ни на что!

Б. КОНСТАНТИНОВ: Расхожее мнение, что большой хирург - это большие разрезы, к счастью для больных, уходит в прошлое.

Борис Алексеевич Константинов - директор РНЦХ РАМН, академик, лауреат Государственных премий. С его приходом в РНЦХ в 1969 году операции на сердце стали широко внедряться в медицинскую практику отечественных больниц. В 1989 году им была проведена первая пересадка сердца, и с тех пор уже 25 больных живут благодаря искусству профессора и его коллег. В 1990 году, во время 2-й Международной недели хирургии в Милане, оргкомитет этого представительного форума решил наградить Большой золотой медалью шесть выдающихся хирургов мира со всех континентов. Европу в этом славном секстете представлял Борис Алексеевич Константинов.

- Борис Алексеевич, я познакомился только с пятью медицинскими направлениями в работе вашего Центра - хирургией пищевода, микрохирургией, сосудистой хирургией и трансплантацией печени, отделом клинической физиологии. А что представляет собой Центр в целом?

- Вы посмотрели отделения, которыми мы гордимся, но это, действительно, лишь часть нашей работы. Мы занимаемся также пересадками почки, хирургией легких и средостения, у нас есть лаборатория трансфузиологии и анестезиологии, замечательные отделения общей реанимации и кардиореанимации, где представлен обширный спектр современных технологий, позволяющий выживать больных после тяжелейших операций. Мы стараемся использовать самые прогрессивные технические новшества. Вот, например, довольно привычной стала картина: видеокамера компьютера фиксирует ход операции, а на мониторах - четкое цветное изображение. Но теперь у нас есть возможность передать эту весьма ценную визуальную информацию в Интернет - пусть специалисты всего света видят, как мы оперируем. Это же прекрасно! Или такая новинка: с помощью цветного принтера можем мгновенно на обычном листе бумаги воспроизвести любой этап операции. Цветная "картинка", вклеенная в историю болезни, полностью объективизирует лечебный процесс. На последней нашей встрече с Президентом РАМН академиком В. И. Покровским я показывал, как это делается - он был удивлен и восхищен.

- Кардиохирургия развивается стремительно, здесь очень важна роль школы. Кого вы считаете своим учителем и кто ваши ученики?

- Я работаю в Центре с 1969 года и еще застал то время, когда операция с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК) была событием. Потом эти

операции стали рутинными, а сейчас наблюдается некоторый отход от больших операций с использованием АИКа в сторону миниинвазивной хирургии. Конечно, протезировать клапан сердца "малой кровью" невозможно, но проводить некоторые операции на коронарных артериях, с обязательным предварительным проведением ангиографии, вполне возможно, и этим активно занимаются профессора Ю. В. Белов и Б. В. Шабалкин. Результаты просто поразительные. Из маленького разреза без аппарата искусственного кровообращения, без остановки сердца, но с брадикардией, накладывается шунт с использованием внутренней грудной артерии.

В медицине многое приходится пересматривать, от чего-то отказываться, а к чему-то возвращаться вновь, но с других позиций. Когда-то я был среди тех, кто критиковал ленинградского профессора В. И. Колесова за то, что он стремился пропагандировать эту операцию. Впрочем, сейчас, как и раньше, я считаю, что без предварительной ангиографии, без тщательного отбора больных не обойтись. Теперь эта операция вошла в литературу как русская операция и на современном этапе, используя ангиографию, она, безусловно, займет свое место в арсенале хирургических средств. Расхожее мнение, что большой хирург - это большие разрезы, к счастью для больных, уходит в прошлое.

У меня было три учителя, и я этим очень горжусь. Первый - Владимир Васильевич Кованов с кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии. Второй - учитель и друг одновременно - покойный Владимир Иванович Бураковский, у которого я начинал карьеру кардиохирурга. И, наконец, третий учитель - по времени, но не по значению - это Борис Васильевич Петровский. Если говорить об учениках, то, наверное, это те, которые сами считают себя таковыми.

- Практическая работа Центра тесно увязана с научной и учебной деятельностью. Как вам это удается совмещать?

- Кафедра сердечно-сосудистой хирургии, которой я руковожу на общественных началах, готовит врачей по привычной схеме бесплатно. Параллельно с ней работает центр, возглавляемый нашим сотрудником доктором медицинских наук Ю. Я. Рабиновичем, который проводит специализацию врачей на коммерческих началах. Этим специальностей - 90. К нам на обучение приезжают врачи индивидуально и целыми бригадами. И смотрите, что происходит. Приезжает к нам бригада врачей, скажем, из Улан-Удэ, Тамбова или Сыктывкара. Мы их обучаем, заключаем договор о сотрудничестве на коммерческой основе, консультируем, помогаем подобрать необходимое оборудование. Начав практически с нуля, они очень скоро у себя в больнице приступают к сложнейшим опера-



циям. Я думаю, что в нынешних условиях это правильный курс. Он помогает не только выживать нашему Центру, но и развивать кардиохирургию в регионах. В свое время благодаря нашим усилиям были построены великолепные филиалы в Ташкенте, Ереване, Минске, Курске. Туда мы ездили безвозмездно передавать накопленные знания и опыт. Но времена изменились, и не по нашей вине.

- И последний вопрос - какие главные трудности в развитии кардиохирургии?

- Материальные. Мы продолжаем работу в системе ОМС. Тарифы, по которым нам платят за операцию, просто смешные. Одноразовый оксигенатор, крайне необходимый при наших вмешательствах обходится в 400 - 600\$, а по нынешним тарифам вся операция стоит почти столько же. Минздрав, со своей стороны, до сих пор не выделяет средств на лекарства и медикаменты. Так о каком развитии сегодня можно говорить? И, тем не менее...



ЗДЕСЬ ОБРЕТАЮТ НАДЕЖДУ БОЛЬНЫЕ, КОТОРЫЕ ЕЩЕ НЕДАВНО СЧИТАЛИСЬ БЕЗНАДЕЖНЫМИ

Клиники, о которых пойдет речь в нашем репортаже, особая гордость коллектива РНЦХ. Хотя, с точки зрения корреспондента, здесь можно гордиться всем - кажется, что даже от самих зданий веет знаниями и высочайшим профессионализмом.

Мы начнем наш репортаж с отделения трансплантации печени. Им руководит доктор медицинских наук Сергей Владимирович



С. В. Готье

Готье. В кабинете, где мы встретились, находилась и старший научный сотрудник кандидат медицинских наук Ольга Мартеновна Цырульникова. Вот что они рассказали.

Трансплантация производится как вынужденная операция для спасения жизни людей с терминальными стадиями заболеваний печени - циррозом, большими опухолями печени, которые невозможно удалить обычным хирургическим путем. Ее проводят также детям с врожденными аномалиями развития внутripеченочных протоков и нарушением обмена веществ, когда заболевание зависит от дефекта в печеночной клетке - гепатоците. Конечно, больше всего больных относится к первой и третьей группе - пересаживать печень при злокачественных опухолях малоперспективно. В нашем обществе,

совершенно не воспитанном в духе профилактики вирусных поражений (среди пациентов чуть ли не 70%

перенесли гепатит В и С), болезнь слишком часто заканчивается циррозами печени. Нельзя сказать, что трансплантация стопроцентно гарантирует исцеление больного: при вирусном поражении печени возможны рецидивы, не исключено и вирусное поражение самого трансплантата. Правда, с созданием Центра координации органного донорства положение с обследованием доноров несколько улучшилось. Печень, пожалуй, самый "удобный" для трансплантации орган, так как, будучи пересаженной в новый организм, она, как правило, приживается даже будучи подобранной только по группе крови. Более того, чужой, но здоровый орган постепенно как бы навязывает организму реципиента свой иммунитет, подстраивает его "под себя". Ретрансплантация случается только в 10% случаев и не всегда связана с реакцией отторжения, а чаще, например, с тромбозом артерии. Сейчас в Институте трансплантологии разрабатывается аппарат "искусственная печень", в котором используется культура клеток гепатоцитов, через которые пропускается кровь. Пока это только эксперименты. Ведутся также исследования в области генной инженерии по изменению структуры печени свиньи. Но это дело будущего, а пока во всем мире предпочтительнее отдают именно трансплантации.

Пересадка печени не только одна из самых сложных операций в трансплантологии, но и очень дорогих. Без учета расходов на послеоперационное лечение ее себестоимость превышает полмиллиона долларов. А каковы же отдаленные результаты? Самый длительный срок выживания в мире составляет на сегодня 26 лет. Массовый успех подобных операций начался с введения в практику циклоспоринов, позволяющих значи-

тельно
сни-

зить дозировки всех иммуносупрессоров - азотиоприна, цитостатиков, стероидов.

На Западе печень пересаживают сотням больных в год. И это потому, что там каждый погибающий в катастрофе человек рассматривается как потенциальный донор для многих людей - сердце, две почки, печень, поджелудочная железа, легкие. Законодательная и нормативная база по этой проблеме там организована так, что получить нужные органы и добиться того, чтобы они не пропали - для врача очень престижно. У нас такого подхода, к сожалению, нет. Кроме трудностей с финансированием, все упирается, как считают С. В. Готье и его соратники, в бестолковость, в отсутствие налаженной системы донорства.

В отделении накапливается опыт по пересадке детям части печени здорового и наиболее близкого иммунологически человека - одного из родителей. Это очень перспективное направление, поскольку детское донорство вообще запрещено. Такие работы, кроме России, ведутся в США, Японии и Германии. Конечно, и здесь возникает масса трудностей - надо удалить печень так, чтобы не подвергнуть гипоксии удаляемую часть, не покалечить донора, и много всего другого. И все-таки, когда через шесть месяцев приехавший на проверку в клинику малыш катается на твоих глазах по коридору на велосипеде - согласитесь, это здорово!

Отделом микрохирургии руководит член-корреспондент РАМН заместитель директора РНЦХ по научной работе заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственных премий профессор Николай Олегович Миланов. Несмотря на обилие титулов и званий, Николай Олегович молод, ему всего 47 лет. "Отрасль была молодой, - смеется он, - вот и стал доктором наук в 34 года". Своим учителем считает профессора Виктора Соломоновича Крылова.

В отделе два
отделения -



пластическая микрохирургия и экстренная микрохирургия и реплантация. Что такое микрохирургия? Есть две ипостаси этого понятия: с одной стороны, это хирургия, использующая специальную технику - микроскопы, особый инструментарий, а с другой - это хирургия, использующая свои специаль-



Н. О. Миланов

ные методы. Один из них - метод микрохирургической пересадки различных ауто тканей. Например, кожу с ноги на руку, с руки на ногу, со спины еще куда-нибудь. Это пластическая, реконструктивная хирургия.

Можно пересадить фрагмент кости с сосудами, восстановив там кровообращение, кожу, мышцу, восстановив кровообращение и иннервацию и т. д. Есть так называемые зоны с осевым кровообращением, они особенно удобны для пересадки. Метод хирургической ауто трансплантации тканей позволяет лечить больных с различными посттравматическими деформациями, с дефектами костей. Скажем, дефект лучевой кости восстанавливается с помощью малоберцовой. При отсутствии мышцы на кисти можно пересадить работающую мышцу с ноги. Арсенал пересадок очень велик, он соответствует широте патологии. Лечат в отделе с помощью пересадок лучевые и трофические язвы, когда в зону некроза привносится здоровая ткань, которая прекрасно кровоснабжается и борется с инфекцией. Занимаются здесь и настоящими транссексуалами - производят фаллопластику. Таков спектр операций. Со всем недавно здесь

впервые в мире сделали три операции при дефектах трахеи после трахеотомии. Операции эти были проведены совместно с отделением хирургии легких. Был взят лучевой лоскут на сосудах с кортикальным слоем кости и закрыт дефект трахеи. После первой такой операции прошел год, больной чувствует себя хорошо.

Результаты работы этого отдела впечатляют: приживается 99 ауто трансплантатов из 100, что лучше мировой статистики.

В отделении **экстренной микрохирургии** основная проблема - реплантация пальцев, кисти и сегментов конечностей. Отделение занимается не только травматическими ампутациями, но и повреждениями, когда задеты сразу все сухожилия, сосуды и нервы. Чем раньше оказана помощь при этих ранениях, тем лучше отдаленный результат. К сожалению или к счастью, трудно сказать, но в последнее время скорая помощь стала гораздо реже привозить таких больных.

Отделение **хирургии аорты и ее ветвей** создано год назад, его возглавляет энергичный и целеустремленный профессор Юрий Владимирович Белов. Здесь работает слаженный и прекрасно обученный коллектив, нацеленный на решение самой сложной проблемы сердечно-сосудистой патологии. Технологическое обеспечение этих операций стоит на уровне трансплантации органов. Отделение входит в состав клиники открытого сердца, таким образом, РНЦХ полностью овладело технологией всех операций при болезнях сердечно-сосудистой системы - от пластики клапанов сердца при приобретенных пороках сердца до коронарного шунтирования, которое тоже начиналось здесь проводиться в 1970 году профессором М. Д. Князевым. Кстати, первый больной до сих пор жив и прекрасно себя чувствует. Сейчас эти операции успешно делаются не только в отделении Ю. В. Белова, но и в отделении ишемической болезни, руководимом профессором Б. В. Шабалкиным, поскольку коронарные сосуды - это первые ветви аорты.

Каковы же перспективы подобных операций? Вот патология корня аорты, которая встречается при дегенеративных заболеваниях стенки сосуда (синдром Эрдгейма и синдром Марфана). В этом случае кольцо аортального клапана теряет свою прочность, расширяется. Так же расширяется стенка аорты в районе синусов Вальсальвы, где отходят устья коронарных артерий, вплоть



Ю. В. Белов

до брахиоцефального ствола. Аневризмы такой локализации очень опасны в своем прогнозе. При этой патологии в отделении успешно делаются операции по замене аортального клапана восходящей аорты с реплантацией устьев коронарных артерий в бок протеза, а для протезирования используют так называемый "конduit" фабричного изготовления, где клапан сердца уже смонтирован в низкопористый сосудистый протез. Такие операции выполняются в отделении достаточно часто, один - два раза в месяц, и летальность при них сравнима с мировой статистикой.

С сентября прошлого года впервые в России при заболевании коронарных артерий здесь начали проводить операции из миниторакотомии.

Больному делается шестисантиметровый разрез по пятому межреберью спереди от соска до грудины, выделяется внутренняя грудная артерия, вскрывается перикард и на работающем сердце, без применения АИКА ставится шунт на переднюю



межжелудочковую артерию, то есть выполняется микроанастомоз с использованием увеличительной техники, тончайших нитей. Уже выполнены 18 таких операций, в том числе и больным, ранее перенесшим стандартное коронарное шунтирование. Был прооперирован пациент весом в 147 кг, больные с тяжелейшим сахарным диабетом и с низкой фракцией выброса - меньше 20%. Все они успешно перенесли операцию. Таким образом, можно сказать, что разработана щадящая технология, технология будущего. Операция длится менее полутора часов, вечером больной уже может сидеть, на второй день - ходить по отделению, а на седьмой - выписывается.

Следующее, успешно развивающееся направление - хирургическое лечение мультифокального атеросклероза. У таких больных имеется поражение коронарных сосудов, сосудов, питающих головной мозг (ветви дуги аорты) и сосудов нижних конечностей либо аневризмы аорты. Этим больным проводят коронарное шунтирование (некоторым из минидоступа) и протезируют брюшную аорту при ее аневризме либо восходящую аорту, одновременно реконструируя сосуды нижних конечностей и сосуды головного мозга. Все это делается одновременно, в ходе одной операции. Эти операции поставлены на поток (их выполнено уже более 200), и сопровождаются низкой летальностью (1-2%). А ведь раньше все хирурги таким больным в оперативной помощи отказывали.

Прогрессивным является и замена дуги аорты или восходящей аорты либо сразу того и другого, в условиях глубокого охлаждения организма (до 14 С°) с использованием аппарата "искусственное сердце-легкие".

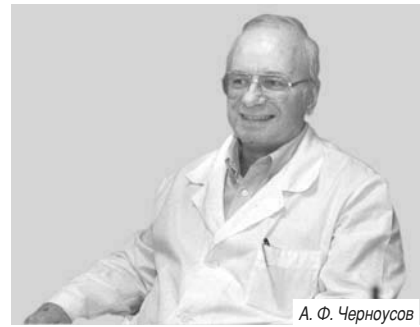
Даже корреспонденту медицинского издания наблюдать эту операцию было страшно. Пациент на операционном столе кажется мертвым: прямая линия на энцефалограмме, широкие зрачки, замершее сердце, кровь слита в аппарат искусственного кровообращения. На обескровленном, глубоко охлажденном организме делается замена пораженных частей аорты. Эти операции проводятся не очень часто, один раз в месяц, я думаю, что многие практические врачи и тем более больные просто не знают, что подобные вмешательства возможны. А они про-

водятся, причем весьма успешно. Необычайно интересно следить, как по мере согревания постепенно возвращаются жизненно важные функции организма. Больной в буквальном смысле оживает на глазах: уже к вечеру после операции к нему возвращается сознание, на следующий день его переводят на самостоятельное дыхание. Отдаленные последствия прослежены на протяжении трех лет, они удовлетворительны - больные возвращаются к нормальному образу жизни.

Операции по замене торакоабdomинальной аорты очень тяжелы. Один доступ при них - от лонного сочленения вдоль передней брюшной стенки с переходом на грудную клетку и далее до позвоночника и лопатки - чего стоит. Тело больного как бы разделяется надвое: отводятся вправо все органы брюшной полости, мобилизуется вся аорта до ее разделения на подвздошные артерии. Затем заменяется вся аорта с включением артерий, питающих спинной мозг и внутренние органы в бок этого очень большого протеза. Эти операции выполняются с обходом сердца с помощью системы "БиоМедикус-Памп" - специального центрифужного насоса по типу искусственного сердца "Джарвик-7". Насос гонит кровь из левого предсердия сразу в бедренную артерию и таким образом, когда этапно накладываются анастомозы с дугой аорты и артериями спинного мозга, снабжаются кровью артерии внутренних органов. Операции сопровождаются большим кровотечением, поэтому здесь используют новую технологию - систему "селф-сейвер" (англ. сохраняющий клетки). Кровь больного отсасывается с помощью насоса и при необходимости центрифугируется, разделяясь на плазму и эритроциты. Эритроциты потом возвращаются больному, но если кровопотеря массивна, то кровь сразу же возвращается, без центрифугирования.

За день до моего появления в РНЦХ такая операция, которая длилась семь часов, была сделана коллеге - врачу-анестезиологу отделения. Сейчас он уже выздоравливает.

В условиях прекрасно оснащенного центра, с мощнейшим анестезиологическим обеспечением, системой мониторинга, и, конечно же, при на-



А. Ф. Черноусов

личии опытных и талантливых хирургов, владеющих уникальными навыками, эти операции стали действительно возможными. Цена же профессионализма и быстродействия хирурга (анастомозы в процессе шитья должны накладываться с максимальной скоростью), которого не смогут заменить самые современные машины, - жизнь или смерть мозга, а значит пациента.

Отдел **хирургии пищевода и желудка**. В 1946 году молодой профессор Б. В. Петровский впервые сделал трансторакальную резекцию пищевода. С тех пор и развивается это направление в хирургии. Отдел хирургии пищевода и желудка, куда входят отделение **общей хирургии** и отделение **хирургии пищевода и желудка**, старейший в Центре - он открыт в 1964 году. Долгое время, до своей гибели в 1989 году, отделом заведовал профессор Э. Н. Ванцян, а после него - член-корреспондент РАМН, профессор Александр Федорович Черноусов, тоже один из первых учеников Б. В. Петровского. Отделение общей хирургии занимается патологией поджелудочной железы. Здесь лечат кисты, опухоли, хронические воспаления, занимаются хирургией печени. Особенное развитие в отделении получила миниинвазивная, лапараскопическая хирургия.

Отделение хирургии пищевода и желудка имеет, пожалуй, самый большой опыт в своей области, и не только в России. Статистика операций на пищеводе и желудке, выполненных здесь, впечатляет. Она, наверное, самая большая в России, насчитывает более 5000 операций при раке, стриктуре пищевода, при ахалазии пищевода, тяжелом рефлюкс-эзофагите, кардиоспазме и других заболеваниях. Огромен опыт (более 1000 операций) пластики пищевода при раке и при доброкачественных его заболеваниях. Сложность этих операций состоит в том, что двух одинаковых больных не бывает, каждый раз н у ж н о



подходить к операции индивидуально. Так, у больного со стриктурой пищевода после ожога может быть изменен и желудок, и в этом случае нельзя сделать пластику изоперистальтической трубкой, выкроенной из желудка. Надо искать другие материалы - кишечный трансплантат, например. Для того, чтобы лишний раз не мучить больного, здесь отдают безусловное предпочтение одномоментным операциям. При раке пищевода и его доброкачественных заболеваниях проводится экстирпация из шейно-абдоминального доступа и заднемедиастенальная пластика изоперистальтической кишечной трубкой или сегментом толстой кишки. Операция выполняется с расширенной лимфоденэктомией. В разработке и экспериментальном обосновании этих операций боль-



шая роль принадлежит профессору А. Ф. Черноусову и его ученикам.

Приходится заниматься хирургам отдела и повторными пластиками пищевода. Это очень тяжелые больные, зачастую лечившиеся до этого в других лечебных учреждениях. Существует определенная сложность в предоперационной подготовке этих больных - операции достаточно травматичны, а больные длительное время не могут нормально питаться. Полноценное же парентеральное питание достаточно дорого. Не все лечеб-

ные учреждения, не говоря уже о самих больных, могут себе его позволить.

Особое место занимают операции, проводящиеся совместно с отделением хирургии легких - при пищеводно-трахеальных и пищеводно-бронхиальных свищах, одномоментной реконструкции глотки и пластике пищевода при ожогах. Больных, нуждающихся в помощи специалистов отдела, в стране очень много. Когда-то они приезжали сюда со всего Советского Союза. Сейчас далеко не каждый может это себе позволить, а ведь центров такого уровня, с такой разнообразной хирургией в СНГ больше нет.

Отделом **клинической физиологии, функциональной диагностики и ультразвука** руководит заместитель директора РНЦХ профессор лауреат Государственной премии В. А. Сандриков. Вот что он нам рассказал.

- Наш отдел существует со дня основания института. В нем две лаборатории - функциональной диагностики и ультразвука. Функционально отдел решает три основных задачи: предоперационное исследование больных с целью уточнения диагноза, оценка функции оперированного органа и исследование послеоперационных результатов хирургического лечения.

Кроме вышеперечисленных задач, сотрудники отдела выполняют научные разработки, направленные на совершенствование методик и развитие медицинской техники. Так, за последнее время разработаны новейшие методики по оценке функции печени и сердца у больных после обширных реконструктивных операций и трансплантации с применением ультразвука. Внедрена в клиническую практику современная методика построения трехмерного изображения, внедрена оценка операций аортокоронарного шунтирования с применением неинвазивной диагностики во время операций. За последнее время

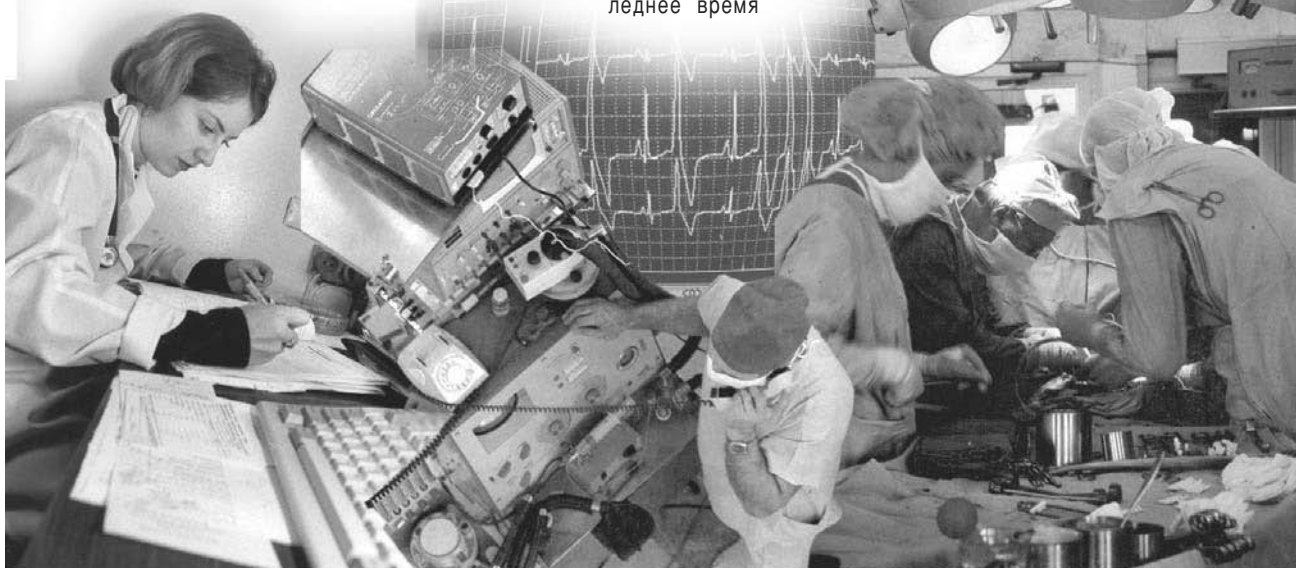


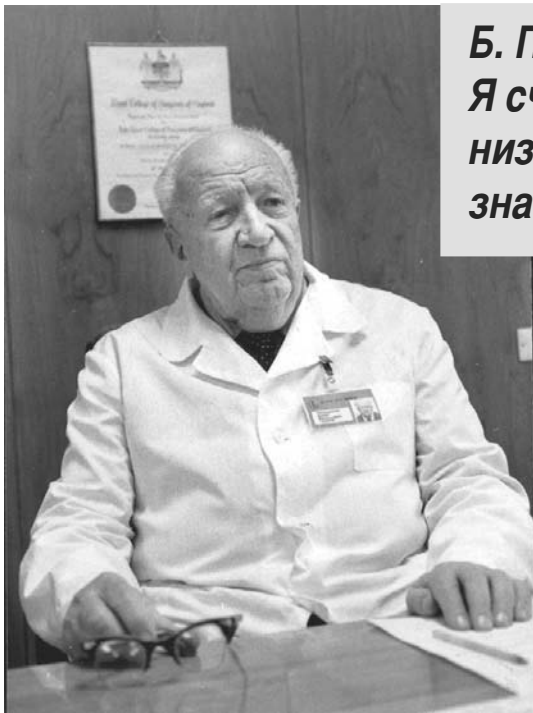
В. А. Сандриков

специалистами лабораторий разработана методика оценки функции почки после ее трансплантации, основанная на исследованиях измерения скорости кровотока и ультразвукового исследования. Из всего сказанного видно, что отдел нацелен в первую очередь на нужды хирургического учреждения. Диагностика расширяет возможности хирурга, позволяет ему своевременно оценивать результаты своей работы. Специалисты диагностики необходимы на всех стадиях лечебного процесса: до операции, во время операции и в отделениях реанимации.

Наш репортаж подошел к концу. И хотя мы прошли далеко не по всем подразделениям Российского Научного Центра Хирургии РАМН, того, что мы увидели, достаточно, чтобы понять - здесь не только сохраняют традиции, но и постоянно развиваются, смело смотрят в будущее медицины.

Михаил Кукелевич





Б. ПЕТРОВСКИЙ: Я считаю, что высокая смертность и низкая рождаемость в России в значительной мере связаны со стрессами

- Борис Васильевич! Что это за понятие такое - школа? Научная школа, хирургическая школа. Вы считаете себя учеником Петра Александровича Герцена, ваша школа - знаменитая школа Петровского. Есть школы уже и у многих ваших учеников - Б. А. Константинова, М. И. Перельмана, А. А. Бунатяна, А. Ф. Черноусова и многих других. Так что же это за понятие такое?

- Школа - это то, что позволяет удерживать равновесие между традицией и новаторством. Она обязательно должна иметь свое кредо. Чем заниматься, как заниматься. Я лично возглавил школу реконструктивной хирургии. Ее кредо - как можно меньше ампутировать, резецировать, удалять, экстирпировать. И как можно больше восстанавливать, вплоть до реплантации. Оторвана конечность - пришей обратно. Возможны трансплантации, ауто трансплантация. Например - излитая кровь. Мы ее забираем и переливаем вновь. Это очень важное обстоятельство, основанное на физиологии, на учении Павлова.

Каждое предложение ученого должно пройти через огонь эксперимента - учил Павлов. И этим наша отечественная школа отличается от западной. Мы более осторожны. Даже иногда слишком осторожны. К примеру, я был давно готов к пересадке органов, так как основательно занимался биологией, одним из первых, еще в 1934 году, организовал кабинет переливания крови на Девичьем поле. Но нужно было обеспечить физиологический подход к операции - она должна быть щадящей.

Вот, кстати, еще один тезис нашей школы - наряду с гиппократовским "не вреди" и пиროговским "предлагая какую-либо операцию пациенту, ты должен как бы поставить себя на его место" - ни в коем случае нельзя допускать боли. Мне очень много приходилось заниматься проблемами шока, я считаю, что высокая смертность и низкая рождаемость в России в значительной мере связаны со стрессами. Поэтому тезис "никакой боли" очень важен. На фронте мне удавалось снимать анафилактический шок применением лечебного наркоза - мы первыми стали использовать закись азота. Вот вам три постулата моей школы, родившейся на фронтах самой страшной войны XX века - предупреждение боли, бережное отношение к крови - не терять ни одной капли, реконструктивный подход к операциям.

Да, первые врачи-ученики у меня появились в Великую Отечественную. После Победы мы опубликовали вместе с ними ряд работ, в которых обобщили наш опыт. Когда меня послали работать в Будапешт, я там тоже открыл свою школу, а потом многие мои венгерские коллеги приезжали в Москву защищать диссертации. Все эти работы я бережно храню, считаю, что каждый ученый обязан уважать свою личную

историю. Я слежу за судьбой своих учеников, чем могу - помогаю, но при этом стараюсь, чтобы они не пересиживали в учениках. Созрел - иди самостоятельно. Так же поступал и мой учитель П. А. Герцен. Если нужно посоветоваться - приходи, отзовь написать, письмо куда-нибудь - пожалуйста.

Гиппократ писал в своей клятве, что молодой врач должен советоваться со старшими. А я всегда жил согласно этой клятве и учил этому других.

Кстати, мне довелось побывать на острове Кос - на родине Гиппократа. Там ежегодно в Храме Аполлона проводятся праздники в его честь. А вторым в медицине после Гиппократа я почитаю Пирогова. И наше хирургическое общество, председателем которого я являюсь, носит его имя. Судьба великого врача и при жизни была очень сложной и трудной, достается ему и после смерти. Читатели газеты "Больница", наверное, знают, что тело Пирогова было забальзамировано и покоится в Виннице. Сейчас требуется подбальзамировка, но все упирается в средства. Мне прислали статью из украинской газеты, в которой ругают президента Кучму за то, что он был на Пироговских чтениях в Виннице и Пирогова, этого москаля, вознес до небес. Как объяснить неразумным людям: чтобы оценить заслуги великого Пирогова перед человечеством, не хватит всех имеющихся в наличии рублей и карбованцев.



- Борис Васильевич, вы почти 70 лет в медицине, хорошо знаете ее прошлое и настоящее. Каковы ваши прогнозы?

- Мы сейчас переживаем печальный, разрушительный период. Вот в Думе идет заседание, говорят о культуре, об образовании. О медицине - молчок. Выступают Президент, Премьер-министр: о медицине - ни слова. Мне кажется, отношение к здравоохранению может измениться только в процессе мощного политического развития в стране. Я ведь очень много людей повидал на своем веку. Посмотрите фотографии - я с Президентом США Никсоном - он уделил мне 45 минут своего времени, вот с Кисинджером. Это свидетельство огромного уважения к медицине, к своему народу со стороны руководства высокоразвитых стран. И у нас в СССР в свое время так было. Пятнадцать с половиной лет я был министром, всю страну объездил. С властью тогда можно было разговаривать, к нам прислушивались партийные и государственные деятели. Вот идет заседание Совета Министров. В стране свирепствует грипп. "Вы что, товарищ министр, - обращается ко мне Косыгин, - с гриппом справиться не можете?" Алексей Николаевич, говорю я, - побойтесь Бога! Это стихия! Весь мир страдает, а справиться не может. Но в научном плане мы могли бы побороться. "Что для этого нужно?" Организовать Институт гриппа. И - пожалуйста, вскоре в Ленинграде создают этот институт.

Вторая проблема, которая меня волнует - этика врача. По моему предложению даже создан Этический комитет при Минздраве РФ, который возглавил академик Ф. И. Комаров. Комитет проводит сейчас большую работу, о ее эффективности говорит осязаемое сопротивление со стороны некоторых структур, всякого рода знахарских, псевдомедицинских коммерческих организаций. Врач должен заботиться о своей семье, быть уверенным в завтрашнем дне. Кто осудит его за дополнительный приработок? Совместительство всегда было бичом нашего здравоохранения, но это была единственная возможность легаль-

ного дополнительного заработка. Сейчас ситуация изменилась, и для меня одно из самых страшных явлений - плата за услуги в медицине. Везде, в том числе и в онкологии. Такого нет нигде в мире! Мне рассказывали, что сами пациенты следят, чтобы тот, кого положили бесплатно, обязательно дал что-то хирургу, сестре и т. д. Было ли это при советской власти? Было. С этим боролись и очень сильно, но, с другой стороны - тогда врачи зарплату получали регулярно, их семьи не голодали.

В Америке медицинские работники очень богатые люди. До революции не бедно жили врачи и в России, богатыми были столичные знаменитости, модные целители. Земские врачи в большинстве своем, такие как мой отец, Василий Иванович Петровский, имели хорошие условия для работы. Мы жили в домике при больнице. Кроме отца в больнице на 25 коек был еще один врач, фельдшер и акушерка. Питание было платным, но необыкновенно дешевым. Оклад у доктора был 100 рублей, для тех лет большие деньги! Бесплатная квартира, транспорт, отопление. Раз в два года поездка на усовершенствование либо в Петроград, либо за границу - во Францию, Англию, Германию - бесплатно, с женой. Все журналы тоже бесплатно выписывались. Врачи могли полностью отдаваться работе. Они были людьми высокой морали и, если имели приработок, то очень небольшой.

И все же, я уверен: в сильном, развитом государстве медицина для больного должна быть бесплатной.

- И последний вопрос: есть у вас какая-нибудь хирургическая мечта, которую вы надеетесь исполнить?

- Есть, конечно. Я сейчас довольно много занимаюсь изданием книг. Скоро должна выйти книга "Избранные лекции по военно-городской хирургии". Я сравниваю опыт Великой Отечественной войны с опытом Афганской войны, Чечней. Это первое. Хотелось бы кое-что сделать и конкретно в хирургии. Я думаю, что применение лоскута диафрагмы при аневризме сердца может быть очень эффективным. Эта операция экспериментально разработана, я получил за это в свое время Ленинскую премию, написал об этом книгу. Нужно внедрять ее в широкую практику.

Интервью М. Анатольева

ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Российский научный центр хирургии РАМН проводит на коммерческой основе повышение квалификации врачей по хирургии, анестезиологии, реаниматологии, диагностике заболеваний.

Занятия с курсантами проводят академики, профессора, ведущие научные сотрудники.

Протяженность курсов:

2 месяца - подготовка врача-перфузиолога и специализация по микрохирургии.

1 месяц - специализация по хирургической гастроэнтерологии, хирургии легких, печени и желчных путей, портальной гипертензии, аорты и ее ветвей, периферических сосудов, лечение протоков сердца и НБС, обучение терапевтов для кардиохирургии, подготовка медицинской сестры для работы в лаборатории искусственного кровообращения, обучение хирурга пластике молочных желез, анестезиологии и региональной анестезии, обучение медсестер-анестезисток, специализация по хирургической эндоскопии, реанимации (врачи и медсестры), ведению больных с гемодиализом и пересадкой почки, все разделы клинической анестезиологии и рентгенохирургии, клинической физиологии (ЭКГ, УЗИ, эхокардиография, доплерография и т. д.), клинической и биохимической диагностики и экспресс-диагностики, терапии болевых синдромов, гемотрансфузии, антибактериальной химиотерапии, иммунологии, морфологической диагностики, радиоизотопные методики и компьютерный мониторинг.

2 недели - компьютерная диагностика, электроакупунктура, нейростимуляция, изучение методики определения гормонов, медицинская статистика.

Курсанты обеспечиваются гостиницей и питанием.

Заявки присылать по адресу: 119874, г. Москва, Абрикосовский пер., д. 2, РНЦХ РАМН, Центр последипломного профессионального образования врачей и медсестер РНЦХ РАМН, комната А-712. Телефон 246 9292.

После получения заявки Вы получите письмо-вызовов с указанием времени прибытия на цикл повышения квалификации, расчетного счета, на который следует перечислить деньги, и порядка прибытия. После окончания обучения выдается диплом.

Венгерский завод ЭГИС: доступность и высокое качество лекарств

В феврале в медицинском центре “Интегральная медицина” РНЦХ РАМН состоялась научно-практическая конференция, посвященная вопросам применения препаратов фармацевтического завода ЭГИС АО в практике терапевтической реабилитации пациентов, в том числе и после тяжелых реконструктивных операций. Эту конференцию подготовили и провели научные консультанты и специалисты завода Эгис совместно с сотрудниками РНЦХ РАМН, которые на практике применяли препараты компании. В конференции приняли участие кардиологи, терапевты, хирурги лечебных учреждений столицы.

Корреспондент газеты “Больница” встретился с доктором Ласло Почайи, Генеральным директором Представительства фармацевтического завода Эгис в России. Тема этой беседы, надеемся, будет интересна нашим читателям.

- Мы помним то время, когда Венгрия была в числе основных поставщиков импортных лекарств в СССР. Ассортимент тогда был не очень большим, зато врачи и пациенты хорошо знали особенности применения всех препаратов, получали их бесперебойно, а главное - они были не дороги. Сейчас ситуация другая. Врачи не успевают знакомиться с новинками, прибывающими со всех концов света. Один и тот же препарат имеет десятки названий, огромный разброс цен. Лекарства неожиданно появляются и исчезают, а пациенты часто идут в аптеку не с рецептом врача, а с рекламным буклетом.

Доктор Почайи, какова сегодня позиция венгерских фармакологов на российском рынке лекарств?

- Мы стараемся сохранить заслуженное место Венгрии среди ведущих экспортеров. Для этого есть все основания. Девиз работы завода Эгис: “Доступность, надежность, эффективность препаратов при их высоком качестве”. Это значит, мы продолжаем выпуск высококачественных лекарств, хорошо зарекомендовавших себя в медицинской практике, расширяем ассортимент, держим традиционно высокий уровень технологии производства, который соответствует мировым требованиям GMP и FDA, а главное - мы прилагаем максимальные усилия для сохранения цен на доступном



для большинства людей уровне. Руководство завода решило, что Россия останется основным партнером, а российский государственный рынок - стратегическим рынком для нашего завода.

Долгие годы поставку наших медикаментов в Россию и страны Союза вела известная венгерская внешнеторговая организация “Медимпекс”. Поэтому врачи и пациенты, широко используя Лидокаин, Супрастин, Пипольфен, Тизерцин, Допегит и другие лекарства, часто не знали, что их производит компания Эгис. Сегодня нам приходится как бы по-новому, на общих условиях, существовать

на российском рынке. Поэтому для компании важно формировать такой имидж, чтобы фармакологи и врачи всегда выделяли то, что эти конкретные препараты произведены фармацевтическим заводом Эгис. С 1 января этого года весь комплекс функций сконцентрирован в руках компании-производителя: мы сами занимаемся и подготовкой коммерческих переговоров, и регистрацией препаратов, и их продвижением на рынке. Это требует больших материальных затрат, привлечения широкого круга специалистов. Сегодня наши специалисты работают во всех промышленно развитых регионах России. Недавно мы аккредитовали свои представительства в Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге и Новосибирске. Процесс продолжается, уже в этом году планируем создание офици-



альных представительств на Урале, в Восточной Сибири. Что это даст? Прежде всего, наши потребители получают возможность быстро, без лишних посредников, а значит по более низким ценам, закупать необходимые лекарства.

- Расскажите немного о заводе Эгис и о лекарствах, которые он выпускает.

- Наш завод основан более 80 лет назад, поставки в Россию идут в течение 40 лет. Эгис является одним из крупнейших предприятий венгерской фармацевтической промышленности и доля России в его экспорте составляет около 20%. На сегодняшний день мы производим препараты 114 наименований, 212 лекарственных форм. Это сердечно-сосудистые, противомикробные средства, препараты для лечения респираторных заболеваний, заболеваний ЦНС, лекарства, применяемые при нарушении функций ЖКТ и многие другие. В настоящий момент в России зарегистрировано 58 наших препаратов и шесть находятся в стадии регистрации.

Так что лекарств много и каждый препарат по-своему интересен. Например, миотропный спазмолитик Галидор с рядом уникальных качеств, важных для ангиологии, гастроэнтерологии и неврологии. Эффективны и надежны препараты Суметролим (котримоксазол) и Хотемин (пироксикам), их широко и успешно применяют в общетерапевтической практике. Надо отметить современный препарат железа, созданный по уникальной технологии, Сорбифер-Дурулес, который в сравнении с аналогами легче переносится и более эффективен. Мы предлагаем полный набор средств для современной кардиологии. Прежде всего, это препараты нового поколения - Беталок (метопролол) и Коверекс (периндоприл). Думаю, что еще не все врачи о них знают - это замечательные препараты. Нитроминт (нитроглицерин) и Кордафлекс (нифедипин) известны хорошо, но зато теперь у них новая лекарственная форма - аэрозоль и ретард-таблетка, что максимально соответствует целям современной лекарственной терапии. Тензиомин (каптоприл) имеет целую гамму дозировок от 12,5 до 100 мг. И, наконец, визитная карточка завода Эгис - психотерапевтические препараты Грандаксин и Тизерцин, без которых не обходится ни "малая", ни "большая" психоневрология.

- Как развиваются ваши отношения с российскими партнерами в новых условиях?

- Надо отметить, что в России рынок лекарств становится все более европей-

ским, более цивилизованным. Прежде всего, это видно по тому, как высоки стандарты в регистрации препаратов и требования к качеству лекарств. Специалисты Фармацевтического завода Эгис традиционно поддерживают хорошие научные и деловые контакты в России, стараются развивать их в новых условиях более углубленно и взаимовыгодно.

Что касается научного сотрудничества, то оно практически никогда не прекращалось, и в настоящее время дополняется новыми проектами. Благодаря нашим региональным представителям мы значительно расширили круг исследований в клиниках и увеличили число специалистов-врачей, участвующих в процессе научной работы. Сегодня нельзя сказать, что мы работаем только с московскими институтами и кафедрами. Напротив, география проводимой научной работы включает основные регионы России, но, конечно, при этом



большое значение придаем традиционно именитым школам.

- Рассматривает ли руководство завода Эгис возможность создания совместных производственных предприятий в России?

- Да, вопрос о возможности кооперации находится в стадии проработки. Мы хотели бы поучаствовать в приватизации, но пока не определили объект. Надо сказать, что наши потенциальные партнеры иногда сами отпугивают инвесторов. Только зайдет речь о совместной деятельности, как партнеры сразу начинают рассказывать о своих трудностях, о нестабильности политической обстановки, о финансовом риске и т. п.

- Венгерские лекарства всегда отличались высоким качеством и были достаточно дешевы. Насколько сильно их потеснила продукция западноевропейских производителей?

- Врачи и фармацевты прекрасно знают, что цена лекарства не означает и не всегда соответствует его значению в медикаментозной терапии. Если взглянуть на проблему с точки зрения реальных возможностей государства, то в Венгрии и, я думаю, в России тоже, огромный слой населения - старики, инвалиды, малоимущие люди - не должны оказаться отрезанными от медицинского обеспечения. Мы всегда строили свою политику на том, чтобы предлагать потребителям широкую гамму высококачественных препаратов по доступной цене. И сегодня Венгрия остается в числе лидирующих стран-экспортеров именно таких лекарств в Россию.

- В заключение, доктор Почайи, немного о себе.

- Мне довелось учиться и окончить Харьковский Государственный Университет. С тех пор многие годы на разных уровнях занимался вопросами экономического сотрудничества Венгрии и России, имею большой опыт организационно-административной работы. Проблемы фарминдустрии, продвижения лекарств диктуют традиционно напряженный образ жизни, большое количество встреч и поездок. Мне и моим коллегам очень нравится работа, которую ведем, потому что это дело ответственное и благородное. Хочется пожелать россиянам, чтобы они меньше болели.

ЦЕФПИРОМ - НОВЫЙ ЦЕФАЛОСПОРИНОВЫЙ АНТИБИОТИК IV ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

С. В. Яковлев, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Цефалоспориновые антибиотики относятся к наиболее часто назначаемым антибактериальным препаратам и в течение многих лет успешно применяются при лечении госпитальных инфекций. В зависимости от спектра антимикробной активности выделяют несколько поколений цефалоспоринов. Цефалоспорины I поколения проявляют высокую активность в отношении грамположительных бактерий (стафилококков и стрептококков) и применяются для лечения стафилококковых инфекций и профилактики гнойно-септических осложнений в хирургии. Цефалоспорины II поколения высоко активны в отношении грамположительных кокков и некоторых грамотрицательных бактерий (кишечная палочка, протей, клебсиелла, моракселла катарралис и гемофильная палочка). Эти препараты широко применяются для лечения внебольничных инфекций; при госпитальных инфекциях они применяются реже (чаще в комбинации с аминогликозидами), они также являются средствами выбора для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений. Цефалоспорины III поколения проявляют высокую активность в отношении большинства грамотрицательных бактерий (энтеробактерии, гемофильная палочка, стрептококков и пневмококков, некоторые препараты активны в отношении синегнойной палочки (цефтазидим и, частично, цефоперазон), они умеренно активны в отношении стафилококков и уступают цефалоспорином I - II поколений. Цефалоспорины III поколения в настоящее время являются препаратами выбора при лечении госпитальных инфекций, однако в последние годы отмечено увеличение частоты госпитальных штаммов, резистентных к этим препаратам за счет выработки бета-лактамаз расширенного спектра. Комбинированием цефалоспоринов III поколения с аминогликозидами не всегда удается преодолеть эту резистентность. В этой связи перспективен поиск новых препаратов этого класса, которые были бы устойчивы к различным бета-лактамазам. В результате этого поиска были получены новые препараты, которые были отнесены к цефалоспорином IV поколения.

Первым цефалоспорином IV поколения является препарат цефпиром (Кейтен). Уникальные физико-химические и биологические свойства цефпинома (быстрое проникновение препарата через наружную мембрану бактерий, низкое сродство к бета-лактамазам, эффективное связывание с пени-

циллинсвязывающими белками) обеспечивают его высокую активность в отношении большинства возбудителей госпитальных инфекций. Препарат сохраняет активность в отношении многих штаммов грамотрицательных микроорганизмов, резистентных к цефалоспорином III поколения. Цефпиром сочетает свойства цефалоспоринов III поколения (по действию на грамотрицательные бактерии) и цефалоспоринов I - II поколения (по активности в отношении грамположительных кокков). Цефпиром активен в отношении большинства грамотрицательных бактерий, включая синегнойную палочку, и грамположительных кокков (метициллинчувствительных стафилококков, стрептококков, пневмококков), метициллинрезистентные стафилококки и большинство энтерококков устойчивы к препарату. Цефпиром активен в отношении многих анаэробных бактерий, исключая *Bacteroides fragilis*, *Eubacterium* spp, *Fusobacterium* spp, *Clostridium difficile*.

После внутривенного введения цефпинома обнаруживается в крови в терапевтических концентрациях в течение 12 часов. Препарат в незначительной степени (10%) связывается с белками плазмы, поэтому в крови и тканях находится преимущественно в активном состоянии. Цефпиром хорошо проникает в различные ткани и жидкости организма. Период полувыведения цефпинома составляет около 2,5 часов. Цефпиром не метаболизируется в организме и выводится преимущественно почками.

Цефпиром показан для эмпирической терапии (при неустановленном возбудителе) тяжелых госпитальных инфекций. Препарат применяется внутривенно. При нетяжелых инфекциях кожи и мягких тканей и мочевыводящих путей доза составляет 1 г каждые 12 часов. При тяжелых инфекциях (перитонит, пневмония, сепсис) суточную дозу следует увеличить до 4 г.

В различных контролируемых клинических исследованиях, проведенных за рубежом, показана высокая эффективность препарата при лечении различных видов хирургической инфекции (инфекции желчевыводящих путей, перитонит, раневая инфекция, интраабдоминальные абсцессы), при этом клиническая эффективность составила 85 - 90%, бактериологическая - около 80%.

В нашей стране препарат применяется в течение 3 лет и за это время накоплен достаточный опыт, подтверждающий его высокую эффективность при госпитальных инфекциях. В многоцентровом исследовании,

проведенном в Москве в 6 клинических центрах, 116 больных с различными госпитальными инфекциями получали цефпиром в дозе 1 - 2 г каждые 12 часов. В большинстве случаев препарат назначали при предшествующей неэффективности других антибактериальных средств. Клиническая эффективность цефпинома составила 92,8%, эрадикация бактерий наблюдалась у 88,2% больных. Эффективность цефпинома у больных с хирургической инфекцией составила 96%, при инфекциях мочевыводящих путей - 95%, при пневмонии и бронхите - 91%.

Переносимость цефпинома хорошая. Профиль побочных реакций аналогичен таковым при использовании других цефалоспоринов. Отмена препарата в результате развития побочных эффектов не превышала 2%.

Результаты контролируемых исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, свидетельствуют о возможности эффективного применения цефпинома в качестве монотерапии (без присоединения токсичных аминогликозидов) при лечении различных серьезных госпитальных инфекций, в том числе хирургических. Цефпиром может назначаться в качестве резервного средства в случае неэффективности других антибактериальных средств первого ряда (цефалоспоринов или аминогликозидов). В особо тяжелых случаях, при инфекциях у больных, находящихся в критическом состоянии (например, абдоминальный сепсис, пневмония у больных на ИВЛ), цефпиром может применяться эмпирически в качестве начального средства. При лечении интраабдоминальных инфекций целесообразно сочетание цефпинома с метронидазолом или линкозамином из-за вероятного наличия анаэробной инфекции.

В заключение следует отметить, что в распоряжении клиницистов появился несомненно высокоэффективный и перспективный антибиотик цефпиром (Кейтен) для лечения тяжелых хирургических инфекций у больных в стационаре.

Более подробную информацию о препарате Кейтен (цефпиром) и возможности его приобретения можно получить в Представительстве компании Хехст Мэрион Руссель по тел.: (095) 232 1925; факс: (095) 232 1928.

Hoehchst



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. Интравенозная 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, также 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 бронхальной 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 миометрии.

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 производятся каждые 4 часа в течение 24 - 36 часов.

Также возможно инфузионное введение препарата. Размер дозы и скорость инфузии зависит 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 добольничных 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 Фармасьютикалз Б. В." по адресу: 121002, Москва, Карманицкий пер., 9, тел.: (095) 234 0828, факс: (095) 956 0961.

FERRING

PHARMACEUTICALS

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ МЕРОПЕНЕМА

С. В. Яковлев, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Инфекционные осложнения развиваются в среднем у 5% госпитализированных больных и существенно увеличивают длительность нахождения больных в стационаре и стоимость лечения. К наиболее тяжелым госпитальным инфекциям, характеризующимся неудовлетворительным прогнозом и высокой летальностью, относятся пневмония, особенно у больных на ИВЛ, хирургические интраабдоминальные и послеоперационные раневые инфекции, сепсис. Сложности лечения этих инфекций обусловлены рядом факторов, таких, как тяжесть состояния больных вследствие основного и сопутствующих заболеваний, полимикробным характером инфекции, возросшей в последние годы резистентностью микробов к наиболее часто применяемым антибактериальным препаратам, прежде всего, пенициллинам, цефалоспорином и аминогликозидам.

Лечение тяжелых инфекций в стационаре основано, по крайней мере на начальном этапе, на эмпирическом подходе, учитывая сроки проведения бактериологического исследования и необходимости неотложного начала терапии. Общепринятым подходом к лечению таких больных является сочетанное применение бета-лактамоного антибиотика (пенициллина широкого спектра или цефалоспорином II - III поколения) с аминогликозидом. Однако такие комбинации потенциально опасны из-за риска развития токсических эффектов аминогликозидов (нефротоксичность, ототоксичность, нейротоксичность), особенно у тяжелых больных.

В последние годы в клиническую практику были внедрены новые высокоэффективные антибиотики с широким спектром антимикробной активности, в результате чего появилась возможность проведения монотерапии тяжелых инфекций, что снижает риск нежелательных взаимодействий лекарственных препаратов, уменьшает время введения лекарств, облегчает работу медперсонала и снижает затраты на лечение. К таким препаратам относится новый бета-лактаменный карбапенемовый антибиотик **меропенем (Меронем)**.

Первым препаратом группы карбапенемов является имипенем, который применяется в клинике с середины 80-х годов. К недостаткам имипенема относится его выраженная инактивация в организме почечным ферментом дегидропептидазой-1. В связи с этим имипенем применяется вместе со специфическим ингибитором почечной дегидропептидазы - циластатин. Новый препарат этой группы - меропенем отличается значитель-

но более высокой стабильностью к инактивирующему действию почечной дегидропептидазы, в связи с чем не требуется одновременного применения ингибиторов энзима типа циластатина.

Меропенем характеризуется самым широким спектром антибактериальной активности среди всех применяющихся в настоящее время антибактериальных средств. Меропенем проявляет активность в отношении практически всех грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных микроорганизмов за исключением метициллинрезистентных стафилококков, *Enterococcus faecium* и *Streptotrophomonas maltophilia*. Меропенем в 5 раз превосходит имипенем по действию на грамотрицательные энтеробактерии и синегнойную палочку и несколько уступает последнему в отношении грамположительных кокков. Меропенем хорошо переносится и, в отличие от имипенема, может применяться внутривенно не только в виде инфузий, но и болюсного введения.

В контролируемых клинических исследованиях показана высокая эффективность меропенема при лечении различных госпитальных инфекций - пневмонии, перитонита, инфекций кожи и мягких тканей, осложненных инфекций мочевыводящих путей, бактериального менингита, сепсиса. Установлено, что меропенем в режиме монотерапии высокоэффективен при наиболее тяжелых инфекциях - в отделении реанимации и у больных с агранулоцитозом. Положительный клинический эффект при применении меропенема в отделении реанимации составил 80 - 84%, при этом эрадикация микроорганизмов наблюдалась в 67 - 79%. Клиническая эффективность меропенема у реанимационных больных не отличалась от эффективности имипенем/циластатина.

В нескольких контролируемых исследованиях изучена сравнительная эффективность монотерапии меропенемом и режимов комбинированной терапии. В двух исследованиях у больных с госпитальной пневмонией показана одинаковая эффективность меропенема и комбинированного применения цефтазидима и аминогликозида (амикацин или тобрамицин). Показана одинаковая клиническая эффективность меропенема (1 г каждые 8 часов) и имипенем/циластатина (1 г каждые 8 часов), меропенема и цефтаксим + метронидазол, меропенема и клиндамицин + тобрамицин при тяжелом интраабдоминальном сепсисе. При этом клиническая эффективность меропенема составила 92 - 100%, бактериологическая - 84 - 95%.

В 1997-98 годах в России проведено многоцентровое, рандомизированное исследование клинической эффективности меропенема в сравнении со стандартной комбинированной терапией цефтазидимом и амикацином при лечении серьезных госпитальных инфекций различной локализации. Меропенем в дозе 1 г каждые 8 часов в/в получали 48 больных, цефтазидим (1 г каждые 8 часов в/в) + амикацин (500 мг каждые 12 часов в/в) - 46 больных.

У большинства больных, получавших монотерапию и комбинированную терапию, достигнут положительный клинический эффект, различия в эффективности между группами не достоверно. Клиническая эффективность меропенема и цефтазидим/амикацина при хирургических инфекциях составила: интраабдоминальные инфекции - 100 и 100%, инфекции кожи и мягких тканей - 100 и 85,7%, инфекции при термических поражениях - 100 и 87,5%, инфекция мочевыводящих путей - 70 и 80%. До лечения у обследованных больных было выделено 133 микроорганизма (наиболее часто *Staphylococcus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli.*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*), из них 121 были чувствительны к меропенему (91,1%), 111 - к амикацину (83,4%) и 90 - к цефтазидиму (67,7%). Клиническая эффективность меропенема при инфекциях, вызванных синегнойной палочкой, оказалась достаточно высокой (86,7%) при этом эрадикация этого микроорганизма после лечения достигнута в 93%.

Таким образом, результаты проведенного исследования, как и зарубежные данные, свидетельствуют о высокой эффективности меропенема в суточной дозе 3 г при лечении госпитальных инфекций, в том числе хирургических. Новый карбапенемовый антибиотик меропенем может использоваться в режиме монотерапии в качестве альтернативы стандартному комбинированному применению пенициллинов или цефалоспоринов с аминогликозидом при тяжелой госпитальной инфекции, в том числе у послеоперационных больных и в отделении реанимации.

Более подробную информацию о препарате Меронем (меропенем) можно получить в Представительстве фирмы Зенека: 113054, Москва, Б. Строеновский пер., 22/25; тел.: (095) 230 6111; факс: (095) 230 6119.

ZENECA

ВАЕТ ЛЕДЕРЛЕ



Тазоцин является парентеральным комбинированным антибактериальным препаратом, состоящим из полусинтетического антибиотика пиперациллина и ингибитора бета-лактамазы - тазобактама. Эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Грамотрицательные аэробные бактерии бета-лактамазопродуцирующие и непродуцирующие: *E. coli*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa* и другие *Pseudomonas*, *N. gonorrhoeae*, *Haemophilus inf.* Грамположительные аэробные бактерии бета-лактамазопродуцирующие и непродуцирующие: *Streptococci* (*S. pneumoniae*; *S. pyogenes*; *S. bovis*; *Saga-*

lactuae группы С и G); *Enterococci* (*E. faecalis*, *E. faecium*), *St. aureus*, *St. epi-dermidis*. Анаэробные бактерии: *Bacteroides*, *Bact. fragilis*, *Bact. ovatus*, *Fusobacter*.

Тазоцин - это белый порошок или спрессованная масса для внутривенного применения. Каждый флакон содержит 4,5 г (4 г пиперациллина + 0,5 г тазобактама); 2,250 г (2 г пиперациллина + 0,250 г тазобактама). При внутривенном введении используются растворители: физиологический раствор; 5% раствор декстрана; стерильная вода для инъекций (на 1 г пиперациллина 5 мл растворителя).

Тазоцин используется для лечения среднетяжелых и тяжелых форм инфекционных заболеваний, вызванных пиперациллин-резистентными, пиперациллин/тазобактам чувствительными, бета-лактамазопродуцирующими штаммами: внутрибрюшные инфекции - аппендицит, осложненный пенетрацией или абсцессом; перитонит; нео-

сложненные и осложненные кожные инфекции, включающие целлюлит, кожные абсцессы; диабетические ангиопатии на стопах; гинекологические инфекции - послеродовой эндометрит или инфекции органов таза; бактериальные инфекции у больных с нейтропенией; бактериальная септицемия; при инфекциях, локализованных в костях и суставах; полимикробные инфекции, вызванные аэробными и анаэробными микроорганизмами. Препарат используется также для лечения тяжелых инфекционно-воспалительных заболеваний до идентификации возбудителя.

Тазоцин вводится внутривенно. Введение должно продолжаться около 30 минут. Обычная суточная доза для взрослых и детей старше 12 лет составляет 12 г/15 г, т. е. по 4,5 г каждые 8 часов. Обычно продолжительность терапии, составляющая 7 - 20 дней, зависит от тяжести инфекционного заболевания, а также от клинического и бак-

териального эффектов.

Побочные действия - наиболее часто (у 1,3% больных) возникают кожные реакции в виде сыпи и кожного зуда, диарея, тошнота и рвота, аллергические реакции (крапивница, эритема).

Тазоцин противопоказан людям, имеющим в анамнезе аллергические реакции на пенициллины, цефалоспорины и бета-лактамы антибактериальные препараты.

Применение во время беременности должно быть строго по показаниям. Необходимо соблюдать предосторожность при назначении препарата кормящим матерям. Безопасное применение и эффективность препарата у детей младше 12 лет не исследовались. При появлении симптомов нарушения коагуляции препарат должен быть отменен.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы "Ваэт Ледерле" по тел.: (095) 937 3253, факс: (095) 937 3255.

СЛОВАКОФАРМА



SLOVAKOFARMA

Аятин настойка (benzododecinium bromatum в спиртовой настойке по 1 г в 100 мл) - антисептическое и дезинфицирующее средство из группы четвертичных производных солей аммония с феноловым коэффициентом 20 - 30. Бензододециний в виде бромиды очень хорошо растворяется в воде. Обладая детергентным действием, препарат нарушает транспортную функцию мембран, в основном, грамположительных микробов. В меньших концентрациях имеет слабое действие на некоторые грамотрицательные

условно патогенные микробы (*Proteus*, *Pseudomonas* и т. д.). Не уничтожает *Mycobacterium tuberculosis* и споры бактерий. При более длительном воздействии инактивирует некоторые вирусы.

Аятин настойка применяется для обработки операционного поля и простых ран. Хорошо смоченным тампоном тщательно протереть кожу и подождать до полного высыхания настойки.

Противопоказания - повышенная чувствительность кожи к веществам аналогичной химической группы.

Побочное действие: у лиц

с повышенной индивидуальной чувствительностью или при повторном нанесении может появиться кожная сыпь разного характера и интенсивности с вероятностью до 8% случаев.

Предупреждение: цветной компонент препарата прочно окрашивает некоторые пластмассы и волокна. С кожи легко удаляется бензин-алкоголем.

Форма выпуска - 50 и 1000 мл настойки во флаконах.

Хранить при температуре 10 - 25° С, беречь от заморозания, при низких температурах выпадает осадок.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы "Словакофар-

ма": 123056, Москва, ул. Юлиса Фучика, 17/19, тел.: (095) 250 1534, факс: (095) 250 0414.



АЯТИН НАСТОЙКА

"Легендарная анатомия"

В музее хирургии РНЦХ на невысоком постаменте лежат под стеклом большие, in folio, зеленого цвета книги. Строго и торжественно смотрят на нас золотые латинские буквы. Откроем тяжелый переплет. Точные, как бы сделанные с помощью компьютерного томографа, послонные изображения человеческого тела. Но нет, томограф здесь ни при чем. Это экслибрисное издание книги, напечатанной почти 150 лет назад великим Н. И. Пироговым.

Сотрудники Центра потратили почти восемь лет на воспроизведение этого, ставшего библиографической редкостью, труда, перевели его текст с латыни на русский и английский языки. Какова же история его создания?

Яблоко должно было упасть на голову именно Исаака Ньютона, подготовленную для открытия закона тяготения. Разрубленные замороженные туши на Сенной площади сыграли, по свидетельству А. Л. Эбермана, друга Пирогова, такую же роль для великого русского хирурга и анатома.

Многие современные Пирогову европейские медицинские светила не придавали значения анатомии большого значения, работали практически на ощупь. Нужно зашить кровоточащий сосуд - опустить руку в рану, нащупать биение, посмотреть, откуда идет кровь и все это перевязки. Одним из непреодолимых препятствий при изучении анатомии было то, что при вскрытии полостей тела туда проникал воздух, изменяя истинное соотношение и форму органов и тканей.

Однажды зимой Пирогов с Эберманом шли по улице и ос-

потом эти распилы зарисовать? Тогда у врача будет такая же точная карта, как у путешественника. Эврика!

Думал ли Пирогов, сколько сил, времени, изнурительного и кропотливого труда потребует эта работа? Наверное, да. Только его это не остановило. Вот как он описывал свою жизнь в тот период: "Целый день в госпитолях, операции и перевязки оперированных, потом в покойницкой Обуховской больницы - приготовление препаратов для вечерних лекций. Лишь только темнело, бегу в трактир на углу Сенной и ем пироги с подливой. Вечером, часов в 7, опять в покойницкую и там до 9-ти; оттуда позвонит куда-нибудь "на чай" и там до 12-ти". Так изо дня в день. Часто Эберман, проходя поздно вечером мимо старого, невзрачного здания анатомического театра, видел стоящую у подъезда кибитку своего друга всю занесенную снегом.

Тусклое освещение и копоть масляных ламп, студенты, одетые в черные клеенчатые фартуки, клубы табачного дыма. Умывальники, вешалки отсутствовали. В такой "бодрящей" обстановке работа кипела: утром - судебно-медицинские и патологоанатомические вскрытия, вечером - препарирование и обучение студентов операциям на трупах. А тут еще Пирогов со своими мудреными затеями.

Сначала ему надо было не просто заморозить труп, но расположить его в нужной позиции и зафиксировать. Для того, чтобы разрезы были сделаны правильно и на нужном расстоянии, Пирогов придумал механическую пилу: снабженная системой противовесов, она позволяла довольно точно производить распил. (Пила эта долго потом еще стояла в подвале Медико-хирургической академии). Одной из самых трудоемких операций была зарисовка увиденной картины. Копирующих устройств тогда, естественно, не было, и Пирогов придумал вот что. На распил клали стекло, расчерченное на мелкие квадраты, на него - так же расчерченный лист бумаги. Все, что просвечивало скрупулезно, по квадратику, перерисовывалось на лист. Делать это надо было быстро, чтобы диск, отпиленный от трупа, не размяк.

Не меньшей трудоемкости требовал и "скульптурный" метод. Это, когда для изучения особенно сложных органов - сердца, печени, почки - отсекали все лишнее. Действовать приходилось горячей водой, го-



лотом и молотком. И это делалось не на одном трупе - на сотнях! Надо думать, какие мрачные слухи о "зверствах" в анатомичке ходили среди обывателей, если даже коллеги не сразу поняли, чего добивается Пирогов.

У Николая Ивановича были замечательные помощники - художники - Р. Мойер, Н. Мартинсон и К. Мохов, люди добросовестные и талантливые. К сожалению, печатать рисунки пришлось в одну краску - так было дешевле. Но художники и здесь проявили себя первоклассными мастерами: используя тончайшие оттенки черного цвета, разнообразие штриховки, они сумели создать прекрасные, убедительные таблицы, которые автор снабдил таким же точным, лаконичным текстом, написанным на латыни.

Этот поистине гигантский труд занял у Н. И. Пирогова и его помощников восемь лет жизни. В 1853 году "Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, произведенных в трех направлениях через замороженное человеческое тело", тиражом в 300 экземпляров, вышла в свет. Подвиг был совершен: с появлением Атласа топографической анатомии оформилась как наука.



становились у мясной лавки. Глядя на разрубленные туши, Николай Иванович вдруг понял: мороз может удержать органы трупа в прежнем положении. А если сделать распилы в дюйм, полдюйма, четверть дюйма в трех плоскостях - фронтальной, саггитальной и поперечной, а

Во времена Пирогова занятия анатомией проводились в одноэтажном деревянном здании, выстроенном на "живую нитку". Зимой там гулял ветер, было жутко холодно. Огромная комната, переполненная трупами в разных положениях и видах, являла картины Дантового



*В. И. Соколов,
доктор медицинс-
ких наук, профессор,
член союза
журналистов.
Автор 170 научных
работ и несчетного
количества
стихотворений, в
том числе и
переводов поэтичес-
ких творений своих
зарубежных коллег.*

ЖЕНЩИНАМ РНЦХ

Случалось вам лежать в реанимации
В кругу мужчин, порой цветущих лет,
Оставивших амбиции в прострации,
В конце тоннеля повывавших свет?..

Как на войне (так было им завещано),
Всегда оставив что-то про запас,
Красивые, талантливые женщины
Им дарят жизнь второй и третей раз.

Откуда в них, усталых и измученных,
Такой резерв терпенья и добра?
И бьет родник, любовью их озвученный,
Живой воды с избытком серебра...

Владислав Соколов

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Старое сердце,
Усталое сердце койота,
Дряблый мешок,
Переполненный темною кровью,
Клеток живительных
Долгий конвейер работы -
Ради любви,
И во имя и ради здоровья...

Словно на ринге -
Удар - и удвоены шансы.
Снова удар -
И в нокауте старое сердце,
Слезы токкаты
Слышны в отзывавшем романсе,
Жизнь угасает.
Ей не на что опереться.

Скальпель в пути,
Сердце в воздухе, мысли в надежде.
Грудь опустела,
Восходит горячее солнце,
Кровь ударяет
В поникшую голову прежде,
Чем входит жизнь
В темный склеп чрез оконце.

Сердце, как колокол.
В зале пустующем плачет.
Алая кровь

Между горем и между молитвой,
Новое сердце,
Как юная девушка, скачет,

“Между горем и между МОЛИТВОЙ...”

Стихи поэтов-медиков

Плачет от радости,
Вся очарована битвой.

Взлетную полосу
Жарко целуют колеса,
Выше и выше
Взмывает, как птица, надежда,
Центр управляет
Упругой работой насоса,
Умно и бережно.
Грамотно, быстро и нежно.

*Д. МакГир, доктор медицины,
Сан-Франциско, США
пер. В. Соколова*

ВСАДНИКИ

*Тоска в моем сердце
И с нею тревоги -
Как камни на тропах,
Как пыль на дороге.*

Встаю ранним утром
Из мглы и смятенья,
В желании жгучем,
Отбросив сомненья.

И слышу ветвей я
Прощальные вскрики -
Ведь встретятся всадники,
Скрестятся пики.

Их кони бесшумны,
Из пепла одежды,
В сердцах их не видно
Любви и Надежды.

Неведом им страх
И неведома жалость
И им никогда
Не встречалась усталость.

На этом пути - они - близкие люди,
Хоть нет у них глаз,
И не дышат их груди.

И битва начнется,
И воли столкнутся.
Не нужно,
и некуда
Им оглянуться.

Забыты движенья,
И незачем руки -
Не встретятся взгляды,
Не явятся муки.

Опала листва, и деревья сухи,
А всадники рубят друг друга в куски...

...И выйдем мы в поле
за ранним рассветом,
И ухнут нам горы
далеким приветом.
Ведь дикими птицами
стали мы тоже
И ветер и скалы
всего нам дороже.

Мы слышим, как ветви
стихами глаголят,
А чистые воды
без усталости вторят
Про путь одинокий
без сна и без жажды,
Про чудный рассвет,
что мы встретим однажды.

Останься, вздремни,
и - исполненный светом
Ты к ним обратишься
за тайным советом!
И пусть в этих строках
нет пепла и влаги -
Они родились
у простого бродяги...

Роман Стерхов, ординатор,

МУЗЫКА

Ой! Хорошая моя,
Радость ненаглядная,
Звонкая заборная
Гармошечка трехрядная.

На груди тебя согрею,
Душу в клавиши вложу.
От мелодий захмелею
И других заворожу.

Мир зальется голосами.
С ними, будто бы во сне,
Поднимусь над небесами
Я на песенной волне.

Отодвинутся невзгоды.
Разойдутся облака.
Горизонты и восходы
Позовут издадека.

Грезы хлынут хоромом
Из лазурной высоты.
Пусть летят за годом годы
И сбываются мечты.

*Вячеслав Горностаев,
врач скорой помощи
(Это стихотворение автор
посвятил своему ученику -
музыканту С. Королеву)*

Открываем новую рубрику



Не только лекарства

В этой рубрике мы постараемся рассказать, как благотворно влияют на наше здоровье и самочувствие природа и искусство - живопись, музыка, ароматы цветов и "магия" камней, театр и телевидение... Сразу слышим возражение: какая может быть польза от телевидения - от него один только вред. Но любое лекарство при сверхдозах или неграмотном применении может оказаться не только бесполезным, но вредным и даже губительным для человека. Так и телевизионные просмотры: в случае правильной "дозировки" они могут быть весьма полезными.

Итак, речь пойдет о том "что такое хорошо и что такое плохо" для нашего здоровья. А беседовать с вами будет профессор Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова Николай Борисович Коростелев, культуролог, ученый-гигиенист, литератор. Он автор книг "От А до Я", "В царстве Гигии", "50 уроков здоровья для маленьких и больших", "Найденное время" и многих-многих других. По его сценариям были сняты фильмы-сказки для детей. Но прежде всего автор - мудрый человек, и это читатели, безусловно, почувствуют.

Нам очень хочется, чтобы врачи и медицинские сестры, пациенты стационаров и поликлиник, все наши читатели стали бы его активными собеседниками и поделились своим профессиональным и житейским опытом, личными наблюдениями о влиянии на самочувствие просмотренного фильма, песни, услышанной по радио, советами, унаследованными, возможно, от бабушек и дедушек.

Нам будет интересно узнать, как оформлены отделения поликлиник и больниц, что вам нравится, в чем вы сомневаетесь, против чего возражаете, на какие вопросы хотите получить квалифицированные ответы... На страницах газеты "Больница" найдется место для размышлений на эту интересную тему.

Даже старожилы отделения не помнят точно, как эта картина оказалась на стене палаты № 4. Говорили, что какой-то благодарный пациент, оказавшийся художником, снял копию с известной картины В. Д. Поленова "Московский дворик" и оставил ее на память выздоравливающим. Копия оказалась очень удачно выполнена - на большом полотне все детали были тонко выписаны. Художник поместил картину в солидную раму, придав ей особую значимость.

не висит не "Московский дворик", а "Иван Грозный". Трудно предсказать последствия ежедневного рассматривания этой картины обитателями палаты. Со всем иное впечатление от левитановского "Вечернего звона". Почти все полотна И. И. Шишкина действуют на зрителей умиротворяюще. А вот, скажем, картины Айвазовского производят далеко не одинаковое впечатление. Шторм, буря, крушение корабля - будоражат, вызывают чувство тревоги, и, наоборот, штиль, ве-

"Московский дворик" на стене

Беседа первая

Шли месяцы, годы... Менялись пациенты... А разговоры в палате постоянно обращались к висящей картине.

- Неужели это Москва?

- Ой, смотрите, это же куры! А я еще помню, как мы держали курочек в нашем дворе: мы жили тогда в Казачьем переулке, в Замоскворечье, и каждое утро бегали в сарай за теплым яичком...

Подойдя к окну, пожилая женщина говорит: "Облака-то совсем как на нашей картине!" Как-то заглянул в палату заместитель главного врача больницы. Он строго заметил, что картины в отделениях не положены - нарушают мол, санитарный режим. Велел картину снять и перенести к нему в кабинет. Сказал и забыл. А в палате № 4 все новые и новые пациенты и "лежачие", и "ходячие" продолжают всматриваться в изображенное на картине, вспоминая прошлое, то теплеют, то грустнеют их лица.

Известный французский художник Э. Делакруа говорил так: "Живопись вызывает совершенно особые эмоции, которые не может вызвать никакое другое искусство. Эти впечатления создаются определенным расположением цветов, игрой света и тени, словом тем, что можно было бы назвать музыкой картины..."

Замечательно сказано. Добавим лишь, что принципиальное отличие восприятия живописи от литературного, музыкального или театрального произведения заключается в "цельности" и почти "одномоментности" производимого впечатления. Картина сразу охватывает зрителя, создавая общее впечатление, общее настроение. При первом же взгляде на картину И. Е. Репина "Иван Грозный и сын его Иван" на нас накатывает чувство тревоги, а то и ужаса. Представим на минутку, что в палате № 4 на сте-

личественные переливающиеся морские волны - спокойствие.

После первого "цельного" впечатления заинтересованный зритель приступает к изучению деталей картины. Замечено, что, как правило, и во второй, и в третий, и во все последующие разы человек скользит глазом как бы по одному и тем же "пунктам", повторяя "линию" первоначального осмотра картины.

Наши знакомые из палаты № 4 рассматривали "Московский дворик" не две минуты и не десять, а целыми часами и днями, с интересом находя все новые и новые детали. Последуем их примеру и попробуем "разложить" картину на составляющие ее части. Сначала полюбуемся цветовой гаммой, сочетанием красок, их тонами и яркостью. Потом обратимся к изобразительному ряду картины: сюжету, если на полотне отображено историческое событие или бытовая сцена, психологизму портрета и т. д. Если картина относится к абстрактному искусству, то интересно проследить за четкими или причудливыми линиями и формами, за цветовой палитрой художника, статичностью или динамизмом, заключенными в произведении.

А теперь поговорим более конкретно о цвете, который так много значит для здорового человека, не говоря уже о больном.

Многие светлые умы человечества изучали влияние цвета на самочувствие человека. Известны, в частности, размышления великого Гете на этот счет. Желтый цвет вызывает светлые чувства, синий - ощущение холода, сиреневый - безрадостности, красный - тревоги и т. д. На человека оказывает влияние не только сам цвет, но и его оттенок, сочность, яркость. Как приятно увидеть зимой в

студенческой аудитории среди моно-тонно-темных одежд яркое желтое "пятнышко" - кофточку или платице на какой-нибудь студентке. Но "передозировка" цвета может привести к печальным результатам. Одна авиакомпания, узнав о позитивной реакции человека на этот цвет, выкрасила ярко-желтой краской салон лайнера, чтобы сделать полет особенно приятным для путешественников. Но вскоре после взлета у пассажиров началась рвота. Оказалось, что "виноват" избыток желтого цвета.

Окружающие человека цвета очень важны для его самочувствия. Как-то мне довелось побывать в гостях. Квартира была оклеена бордово-красными обоями, даже прихожая и кухня не избежали этой участи. Очень скоро у меня появилось ощущение неловкости, беспокойства и даже раздражения. Я сказал

и количество самоубийств резко сократилось. Общепризнанным и наиболее благоприятным для человека считается зеленый цвет. Этот цвет природы поразительно богат оттенками. Как-то по весне, стоя с друзьями на горушке, я определял оттенки зеленого цвета у различных растений, растущих на близком расстоянии, на удалении и совсем далеко. Насчитали мы полтора десятка, и это не предел. И ведь совсем не случайно лет тридцать тому назад было предложено сменить цвет медицинской униформы с белого на зеленый! Однако для чернил лучше выбрать черный, темно-синий или темно-фиолетовый цвета. Зеленый и красный не рекомендуются - во время письма они раздражают и быстро утомляют глаза.

Довелось мне как-то познакомиться с весьма оригинальными суждениями:



об этом хозяевами, и они признались мне, что после ремонта их тоже посещают такие чувства. Они объясняют их тем, что стены после окраски еще не просохли. Только со временем они поняли, что следует срочно изменить цвет стен и обоев во всей квартире.

Для жилых помещений, ориентированных на юг, рекомендуются цветовые гаммы холодных или холодноватых оттенков: зелено-синие, сиреневые, а вот квартиры, выходящие на север, наоборот, надо выдерживать в желтых и красно-зеленых тонах. Конечно, на рисунок обоев тоже надо обращать внимание.

И еще о цвете. Мост, окрашенный в черный цвет, служил местом частых самоубийств. Его перекрасили в зеленый

оказывается фиолетовый цвет помогает при родах, голубой - при кожных заболеваниях, желтый - при болезнях печени. Доказать это вряд ли возможно, однако символика цвета - великая вещь. Она незаменима, например, в геральдике. Известное сочетание белый - синий (голубой) - красный давным-давно трактовалось так: внизу мир физический, затем - небесный, а на самом верху - божественный. Такое сочетание олицетворяло Веру, Надежду и Любовь. Интересно толкование одного и того же цвета у разных народов: у индусов, к примеру, траурный цвет - белый, а у русских - черный.

Итак, напомним, что из цветовой гаммы, воздействующей на человека, наиболее

благоприятен зеленый цвет со всеми его оттенками. Именно в этом заключается одна из причин благотворного влияния на человека пейзажной живописи.

Но важно, конечно, и узнавание "места", изображенного на полотне художника. Картины Левитана, Шишкина, Поллонова, Пластова, Грабаря, Васильева рождают у зрителя ощущение сопричастности. Каждый видел в своей жизни и такой прудик, и речушку, заросли сорной травы возле забора, тропинку среди нивы, аллею в парке, прилетевших весной грачей...

Вы, наверное, уже поняли мой намек на то, какие картины я бы рекомендовал для больничных помещений? Случись попасть в отделение художнику-пейзажисту, так я бы ему намекнул, что, мол, неплохо бы нам в палате повесить и его полотно. А в холлах хорошо смотрятся натюрморты с цветами, лесными ягодами, грибами, изображения детей, животных (не всех). Для произведений абстрактной живописи тоже можно найти место в холлах, но выбирать, опять же, картины мягких тонов, плавных линий. В детских отделениях ребята хорошо реагируют на персонажей сказок, мультфильмов.

Как-то на отдыхе в доме творчества я провел в группе вполне интеллигентных людей необычный опрос: были в их жизни, в детстве, например, эпизоды, когда картина или иное художественное произведение их пугало. Оказалось, что у половины опрошенных детские страхи сохранились до настоящего времени. В одном случае негативно повлияла африканская маска, в другом освещенная лампадой икона, в третьем - припиленный к стене старшей сестрой рисунок с Бабой-Ягой.

Интересно, что только в случае с Бабой-Ягой ребенок сказал, что боится ее и попросил снять со стены рисунок. Весьма сложные психологические коллизии оказались во всех остальных случаях: боялись до тех пор, пока не подросли. Какие же напрашиваются выводы?

Во-первых, следует быть очень внимательными к выбору картин, эстампов или рисунков для помещений, где могут находиться дети, памятуя о том, что восприятие у них весьма индивидуальное.

Во-вторых, религиозное воспитание должно быть очень продуманным. Богу учат молиться, им не пугают!

Воздействие живописи многопланово. Она действует профилактически, помогает лечить и... правильно поставить диагноз. Но об этом мы поговорим в следующий раз.

Н. Коростылев

А. О. “ПЛИВА” предлагает высококачественные и эффективные препараты

Антибиотики и антибактериальные средства

- кетоцеф (цефуроксим)
- сумамед (азитромицин)
- синерсул (ко-тримоксазол)
- ируксол (хлорамфеникол+кlostридиопептидаза)

Сердечно-сосудистые средства

- тонокардин (доксазосин)
- плидол 100 (ацетилсалициловая кислота)
- пентамон (пентоксифиллин)
- трирезид К (комбинированные таблетки)
- дилтиазем (дилтиазем)
- нифедипин (нифедипин)
- атенолол (атенолол)
- линикор (дигоксин)

Противовоспалительные средства

- диклонат П (диклофенак натрия)

Противоопухолевые средства

- мамомит (аминоглутетимид)
- платимин (цисплатин)
- растоцин (доксорубицин)

Антисептики и дезинфектанты

Линия “ПЛИВАСЕПТ” (хлоргексидин):

- пливасепт 5% концентрат с ПАВ,
- пливасепт 5% глюконат без ПАВ
- пливасепт тинктура (0,5% раствор в 80° этиловом спирте)
- пливасепт синий (0,8% раствор в 80° этиловом спирте)
- пливасепт пенообразующий 4,5%
- пливасепт эмульсия 10 мг/1 г
- пливасепт крем 1%

ИЗОСАН Г (натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты 99%)

АЛЬДЕСОЛ (глутаровый альдегид 6% ...)

Анестетики и средства для наркоза

- анекаин (бупивакаин)
- тиопентал (тиопентал натрия)

Представительство в Москве: Ломоносовский проспект, 38, 72;
тел./факс: (095) 232 1549, 143 0390.

Газета зарегистрирована Комитетом Р Фи 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

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство “Пульс”

© Газета “Больница”

Цена
договорная