

# НОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

*NE CEDE MALIS*  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 9  
2004

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

**НАУКА  
И ПРАКТИКА**

**Российский  
научный центр  
хирургии РАМН  
1 октября отмечает  
юбилей директора  
Центра  
Б. А. Константинова**

**СТР. 3–9**

**Учись, доктор!  
Гибкие  
технологии  
обучения  
медицинских  
кадров в РНЦХ  
РАМН**

**СТР. 10–15**



*Б. А. Константинов: «С самого начала жизни я думал о хирургии. В молодости, может быть, в этом была романтика, потом пришла настоящая любовь. Я ни минуты не пожалел, что выбрал эту дорогу». (стр. 8)*

### Альянс между прошлым и будущим

Среди заметных событий ушедшего лета – состоявшаяся в Москве конференция «Прошлое, настоящее и будущее индийского фармацевтического бизнеса в Российской Федерации». Прошедшее под патронажем Индийского бизнес-альянса (IBA), некоммерческой общественной организации, мероприятие это было значимым не только для представителей фарминдустрии Индии, но и вызвало живейший интерес у отечественных экспертных организаций, специализирующихся в области маркетинговых исследований рынка лекарств, а также госструктур, в чьем ведении находится контроль качества фармпрепаратов.

Индийские компании стоят в России на третьем месте в импорте лекарственных средств, и их присутствие на отечественном фармрынке стабильно возрастает. Причины абсолютно ясны – индийские лекарственные средства вполне конкурентоспособны по цене и качеству. И если до недавнего времени это касалось, в основном, дженериковых копий известных препаратов, то сегодня ведущие индийские компании вкладывают в научные исследования в области фармации миллиардные инвестиции (в долларах США) и уже заявили о себе оригинальными лекарственными средствами и планируют развивать это направление и в дальнейшем. Здесь, по мнению индийской стороны, открываются большие перспективы для сотрудничества, в частности, в совместной научной работе с российскими учеными, созданию лекарств нового поколения и продвижения их на рынок.

Были озвучены и еще два нюанса. В 2005 году российская фармацевтическая отрасль переходит на стандарты GMP, то же самое должно произойти и в Индии. Также, отменяется патентная защита на многие оригинальные препараты, после которой конкурентная борьба между производителями их дженериковых копий серьезно обострится.

Д. Виноградов

### Новое в лечении рака молочной железы

На прошедшем в Гамбурге Европейском симпозиуме исследователей по раку молочной железы были представлены результаты двух исследований, которые оспаривают оптимальность терапии тамоксифеном при ранней и поздней стадиях рака молочной железы. Препарат компании «Пфайзер» АРОМАЗИН® (экземестан) дает преимущества как на ранней, так и на поздней стадиях лечения.

Исследование экземестана, проведенное группой по раку молочной железы EORTC показывают, что у женщин в постменопаузе с распространенным раком молочной железы экземестан достоверно увеличивал медиану выживаемости без прогрессирования заболевания (11 месяцев), по сравнению с таковой у пациенток, получавших лечение тамоксифеном (7 месяцев). Частота полной и частичной ремиссии также была выше в группе экземестана, при этом полная ремиссия отмечалась у 7% больных, частичная – у 37, в то время как в группе тамоксифена соответствующие показатели составили 3 и 27%.

Межгрупповое исследование экземестана (IES) продемонстрировало, что у пациенток, переведенных на терапию экземестаном через 2–3 года приема тамоксифена, повышалась вероятность отсутствия рецидива, по сравнению с теми, кто продолжал принимать тамоксифен. У пациенток, получавших экземестан, через 3 года риск рецидива опухоли был на 32% ниже, чем у больных, продолжавших принимать тамоксифен. Это снижение включает уменьшение числа местных рецидивов и отдаленных метастазов, а также числа новых случаев рака в контралатеральной железе.

Независимая группа, проводившая мониторинг исследования IES, порекомендовала раннюю публикацию этих данных ввиду высокой степени их доказательности.



Российский научный центр хирургии РАМН приглашает коллег принять участие в научной конференции «Восстановительные и органосохраняющие технологии – главный путь развития хирургии XXI века», посвященной

70-летию со дня рождения и 45-летию научной деятельности академика РАМН, директора РНЦХ РАМН Б. А. Константинова.

Конференция состоится 1 октября 2004 года в 10 часов по адресу: Москва, Абрикосовский пер., д. 2, 3 этаж кардиокорпуса, конферензал.

Программа конференции включает следующие разделы:

- трансплантация органов;
- протезирование;
- ремоделирование;
- эндоваскулярная хирургия;
- восстановительная микрохирургия и микрохирургическая аутоотрансплантация;
- реваскуляризация миокарда;
- эндоскопическая хирургия;
- миниинвазивная хирургия;
- генная инженерия;
- использование стволовых и фетальных клеток.

### Современные перевязочные средства

Оказание первой медицинской помощи при травматических повреждениях, в частности, наложение первичной повязки – является одним из важных этапов местного лечения ран, от качества которого нередко зависит судьба пострадавшего.

В Институте хирургии им. А. В. Вишневского разработан Перевязочный индивидуальный пакет (ППИ). В его основе – комбинированные многослойные нетканые полотна. В качестве слоя, контактирующего с раневой поверхностью, используется атравматичный трикотажный сетчатый материал, в качестве защитного слоя от внешней среды – гидрофобное влаго-микробио-непроницаемое нетканое полотно, для фиксации повязки – эластичный фиксирующий бинт.

В процессе медико-экспериментальных испытаний ППИ в Институте хирургии им. А. В. Вишневского, а также широких клинических испытаний, проведенных в ВМА им. С. М. Кирова, ГВКГ им. Н. Н. Бурденко и на кафедре военно-полевой хирургии ЦИУВВ, было продемонстрировано, что разработанные перевязочные пакеты обладают всем комплексом необходимых свойств с точки зрения защиты раны от вторичного инфицирования извне, сорбции раневого отделяемого, моделирования на раневой поверхности, обеспечивают безболезненное и атравматичное снятие повязок при перевязках. Фиксирующий эластичный бинт создает условия для надежного и оперативного наложения повязки на любые участки тела.

Новая современная упаковка пакетов обеспечивает возможность проведения их радиационной стерилизации в транспортной таре, что увеличивает надежность хранения даже в сложных климатических условиях: от 7 до 10 лет без ухудшения функциональных свойств.

Более подробную информацию о перевязочных средствах и возможности их приобретения можно получить по телефону: 945 6061.

# РНЦХ РАМН: ФОРМУЛА УСПЕХА

Наша газета на протяжении многих лет регулярно рассказывает о деятельности Российского научного центра хирургии РАМН. Что отличает этот центр от многих других столичных НИИ? По мнению сотрудников – многопрофильность или, как здесь говорят, поливалентность. Это позволяет коллективу легко маневрировать, вести научный поиск в разных направлениях, быстро реагируя на возникающие проблемы. Все развивается комплексно: меняются хирургические подходы, параллельно им – анестезиологическая помощь, диагностические методы, послеоперационное выхаживание больных. Утвердилась в институте хирургия печени – пошла вперед и родственная трансплантация этого органа. Опыт, приобретенный в микрохирургии, пригодился и в других отраслях, обогатив их новыми возможностями. Поэтому в операционных, лабораториях, палатах РНЦХ, когда бы ни заглянул корреспондент – всегда обнаружится что-то новое, оригинальное. И так было всегда, несмотря на трудные времена и катаклизмы за его стенами.

Поливалентность – это, конечно, хорошо. Но, думается, не это главное. Есть еще какой-то секрет, раскрыть который мы и попытались при подготовке этого номера газеты. Тем более что и повод замечательный!

Директору Центра академику РАМН, лауреату Государственных премий, выдающемуся кардиохирургу Борису Алексеевичу Константинову исполнилось 70 лет. Уникальным коллективом РНЦХ, созданным легендой отечественной хирургии академиком Б. В. Петровским, он руководит уже пятнадцать лет. Мы встретились с юбиляром и его коллегами и попытались узнать формулу успеха замечательного коллектива.

От имени читателей нашей газеты мы поздравляем Бориса Алексеевича с днем рождения, желаем многих лет творческой работы и здоровья на благо отечественной хирургии.



Наш Институт относится к тем учреждениям, где умеют очень многое, но считают, что этого недостаточно

Академик РАМН, профессор Николай Олегович Миланов, заместитель директора РНЦХ по научной работе, руководитель отдела восстановительной микрохирургии

– Николай Олегович! Откройте секрет – что помогает РНЦХ постоянно быть на уровне мировых достижений медицинской науки?

– Что такое заместитель директора по научной работе? Вы думаете – человек, который сидит и руководит наукой. Наукой руководить невозможно! Можно наметить какие-то перспективы, выделить и поддержать разработку интересных тем. Но самое главное – заставить сотрудников вылезать из рутины, а потом следить – как они это будут делать, и, конечно, помогать. Директор определяет стратегические

направления, а мы, его заместители занимаемся скорее тактикой.

Что касается стратегии, здесь очень важна одна вещь: Борис Алексеевич Константинов, став директором института, сохранил ту доктрину, которую заложил Б. В. Петровский – это идея общехирургического центра. РНЦХ никогда не стремился к узкой специализации. Широкая хирургия дает больше возможностей для зарождения новых идей! Возьмем, предположим, сердце. Какие здесь новые направления? Трансплантация. Мы сделали первых двадцать пять пересадок сердца, но параллельно с этим, смотрите, пошла трансплантология печени. Продвинулась генная инженерия – пошло хирургическое лечение кардиомиопатий с использованием стволовых клеток. Очень хорошо пошла во всех разделах хирургия печени, не только пересадка, но и резекция, удаление метастазов. Мы сейчас начинаем более глубоко внедрять микрохирургические методики в различные хирургические специальности. Она хорошо вписалась в онкологию – мы за это премию Правительства России получили. Появилась возможность радикальных операций с одномоментным замещением и восстановлением органов. Сейчас идут работы в урологии совместно с Институтом урологии по реконструкции уретры при различных заболеваниях, последствиях травм. То есть, наша стратегия в этом вопросе – внедрение микрохирургических методик в самые разные области. И уже стратегически

решается вопрос – да, это направление интересно, оно перспективно, оно нам по силам. Направление направлению помогает. А организационные, тактические вопросы решаются в рабочем порядке.

**– Учеба – одна из прерогатив вашего учреждения...**

– На базе Центра работают две кафедры ММА им. И.М.Сеченова (кафедры госпитальной хирургии № 1 и № 2); шесть кафедр повышения квалификации врачей той же Академии. У нас свой учебно-методический центр, через который проходит в среднем около 300 курсантов за год, которые приезжают обучаться различным хирургическим методикам; у нас ежегодно обучается больше 100 клинических ординаторов и аспирантов. Б.В. Петровский всегда выдвигал этот лозунг: «Лечить, учить и внедрять достижения в практику».

**– Николай Олегович, как все-таки появляются новые направления? С чего все начинается?**

– У нас любят говорить о том, что «первые». Впервые в Европе, в России, в Москве, в Вологодской области и т. д. Но есть проблемы, которые присущи только нам, к сожалению. На Западе эти проблемы давно решены: они связаны с человеческим менталитетом и с технологией. Не буду говорить о пересадке органов – здесь больше политики, чем медицины. Возьмем эле-

ментарные вещи – например, пролежни в трахее после интубации во время длительной вентиляции легких. Нет этого во всем мире, а у нас есть. Мы начали заниматься этой проблемой, так как у нас легочное отделение забито такими больными – везут и везут. Вот мы взяли и придумали микрохирургический метод пластики трахеи. Операций-то сделано всего два с половиной десятка. Операция уникальная, сложная, тяжелая, но она спасает пациента. Так вот и появилось новое направление.

Иногда направление начинается с одного пациента. Вышел из положения в одном случае, а потом смотришь, что в такой же ситуации это можно повторить. Кроме того, надо, и в этом нет ничего зазорного, много читать и перенимать опыт, который есть. Вот мы говорим – «на Западе», забывая о том, что и там есть некоторые операции, которые делаются в единичных клиниках и не являются общедоступными. Такие вещи тоже можно внедрять. Как у нас появилась микрохирургия? Не мы же первые. Читали, читали, попробовали. Борис Васильевич Петровский поддержал – и вперед.

Сейчас модна технология с использованием стволовых клеток. Не мы застрельщики, не Россия. Сейчас пройдет этот бум, все встанет на свои рельсы и начнется нормальная работа, появятся оригинальные направления. Это всегда так. Появилась эндоско-



пия, начался бум эндоскопической хирургии. Бум прошел – осталась технология и разумное применение.

У нас в России действительно много своих проблем – своя патология, свое поведение. Ведь иногда даже что-то новое появляется из-за нашего российского менталитета. Ну, вот не может наш больной на перевязки каждый день ходить! Приходится придумывать новые повязки.

В хирургии есть две категории хороших хирургов. Одни – великолепно знают то, что знают и умеют. Они все великолепно делают, у них неплохие результаты, но они не идут вперед. Они не внедряют ничего нового, потому что а) не хотят портить свое репутацию и б) это новое требует дополнительных, иногда больших вложений. Другая категория хирургов – не довольствуется тем, что умеет делать. Они либо хотят делать еще лучше то, что они делают, либо делать еще что-нибудь. Наш Институт относится к тем учреждениям, где умеют очень многое, но считают, что этого недостаточно, надо делать еще лучше, или еще что-нибудь. Мы готовы идти на обоснованный риск, тем более, что без него настоящей хирургии нет. Нельзя, глядя в глаза пациенту, сказать: «Вы неоперабельны, шансов у вас нет – идите умирать». Если есть хоть малейший шанс, мы должны его использовать. Надо, чтобы у врача за душой что-то было, чтобы он мог сказать больному: «Вы подождите немного, мы занимаемся этой проблемой, может быть, через пол года – год сможем вам помочь». И чтобы все это было не вранье, а имело под собой основание. А без риска даже панариций не вскрыешь.

### Рисковать можно своей репутацией, жизнью, но не здоровьем и жизнью пациента

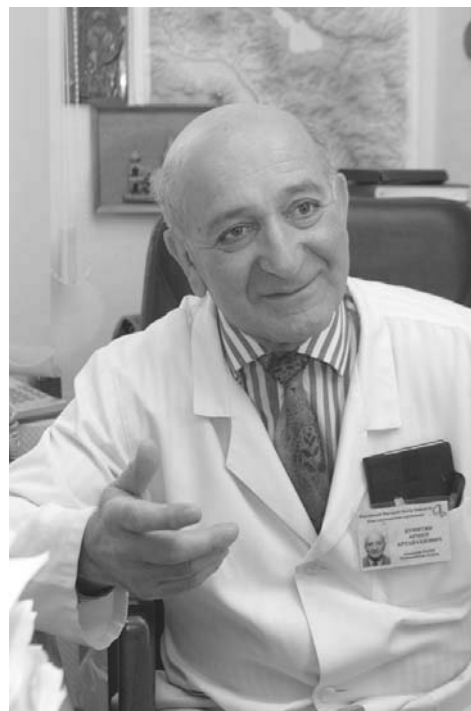
**Академик РАМН Армен Артаваздович Бунятян**

**– Армен Артаваздович, вы более 40 лет стоите у руля отечественной анестезиологии и почти все это время работаете в РНЦХ? Как изменились возможности службы за эти годы?**

– Я бы назвал нашу службу службой безопасности больного человека. Не может быть прогрессивного хирургического учреждения без анестезиологической службы, ибо как сказал один из знаменитых хирургов, кажется Рене Лериш, хирургия идет вперед равно настолько, насколько ей позволяет анестезиология. Это очень мудрые слова.

Сегодня у нас в отделении был консилиум, мы собирались, чтобы решить вопрос о возможности операции больного, у которого в анамнезе два инфаркта, вышедшие из строя печень и почки. Нет живого места! Но хирург говорит: то, что я хочу сделать, спасет его ногу – другая уже ампутирована! Мы записали, что риск анестезии в несколько раз превышает риск самого оперативного вмешательства, но согласились на операцию.

Сейчас практически нет состояний, при которых анестезиолог отказывает хирургу в анестезии. Это стало возможным благодаря



поддержанию современной концепции многокомпонентной анестезии. То есть, мононаркоз уже ушел в прошлое. Выключение сознания мы обеспечиваем специальными препаратами. Вы его ввели – больной мгновенно, незаметно для себя уснул. Вы кончили его вводить – он открыл глаза и не верит вам, что операция уже позади. То есть, развитие фармакологии привело к тому, что мы сегодня обладаем препаратами, позволяющими бить в десятку. Надо снять болевую реакцию – мы используем специальный анальгетик, надо создать комфортные условия для хирурга –



мы вводим мышечный релаксант, мышцы расслабляются, и хирург спокойно оперирует. Причем, этот релаксант действует ровно столько, сколько нужно и в конкретном месте, не затрагивая соседние органы. Дальше. Мы знаем, что с одними обезболивающими препаратами дела не сделаешь. Есть еще вегетативная нервная система, которая сама реагирует в ответ на боль, скажем, поднимая артериальное давление. Значит, необходимо ее блокировать и у нас есть препараты для нейро-вегетативной блокады, для торможения вегетативной нервной системы. Нужна адекватная вентиляция легких – появились новые великолепные аппараты-протезы, замещающие функцию дыхания. Сегодня это идеальные аппараты, с огромными возможностями. Теперь: нужно снизить обменные процессы в организме, для этого используем целый ряд приемов, включая гипотермию. Нужно выключить сердце из кровообращения на время операции – используем аппарат искусственного кровообращения, аппарат искусственной почки – если появляются послеоперационные осложнения. То есть, развитие нашей специальности пошло по пути многокомпонентности. Мы отбросили сегодня мысли о создании анестетика пригодного на все случаи жизни. Не может быть такого.

**– Предположим, хирург предложил совершенно новую, на первый взгляд, безумную операцию, требующую новых подходов и в анестезиологии. Как происходит контакт между ним и анестезиологом-ученым?**

– Если это «безумие» связано с внедрением чего-то нового, чего мы до сих пор не делали, то анестезиолог, конечно, обязан досконально изучить эту проблему, прежде чем вынести свой вердикт. Чаще всего этот вердикт основывается на принципе безопасности. Рисковать можно своей репутацией,

жизнью, но не здоровьем и жизнью пациента. Если анестезиолог видит, что эта идея не вписывается в сегодняшние наши знания, то его позиция должна быть однозначна – снимите эти спорные моменты и тогда я постараюсь быть вам полезным. Известный анестезиолог Кьон сказал как-то, что анестезиолог – это ангел-хранитель пациента, он ведет пациента через многочисленные рифы, которые болезнь ставит на пути к выздоровлению. Поэтому еще раз: анестезиология – это служба безопасности.

**– Армен Артаваздович, что вы испытали, какие чувства вас посетили, когда узнали, что в институте появился молодой хирург Б. А. Константинов, задумавший сделать пересадку сердца?**

– Это было захватывающе интересно! Первое, с чего мы начали – прочитали все доступные нам работы. Впереди был Кристиан Бернанд со своими анестезиологами, и мы уже до пересадки знали, на что надо обратить внимание. Проблем оказалось не так много, как мы могли предположить вначале. Мы сделали 25–26 пересадок сердца с очень хорошими результатами, но потом проблема застопорилась из-за целого ряда причин, которые до сих пор продолжают мешать.

Он всегда работал уверенно и спокойно, чем очень напоминал Бориса Васильевича Петровского. Никаких криков и резких движений, в операционной всегда царил тишина и порядок. Я проводил анестезию при его одиннадцати пересадках сердца, и, поверьте, там были очень непростые ситуации. Но если бы кто-то посторонний там оказался – то он не поверил бы, что идет драматическая, сложнейшая работа.

**– Недавно Борис Алексеевич был переизбран на следующий срок директором РНЦХ...**

– Да, переизбрали его практически единогласно. Наш директор мужественный че-

ловек, нацеленный на постоянное улучшение работы Центра. Он бережет людей, старается сохранить коллектив, не забывая о будущем Центра, о преемственности традиций.

Очень удачен у него подбор заместителей: они ведут себя грамотно, выполняют огромный объем работы, имеют необходимые связи. И Центр не просто живет, но доминирует по целому ряду направлений, прежде всего, в родственной трансплантологии печени, поджелудочной железы, почек у детей. Сегодня у нас идет достаточно уникальная операция – пересадка поджелудочной железы. Мы сделали одну с хорошим исходом – человек полностью прекратил принимать инсулин, сейчас готовимся ко второй.

Прекрасно идет освоение операций на торакоабдоминальной аорте, которые делает член-корр. РАМН, профессор Ю. Белов. Пусть количественно мы уступаем Бакулевскому институту, но у нас, кроме сердца, есть и хирургия пищевода и желудочно-кишечного тракта, хирургия легких и средостения, пластическая хирургия, хирургия позвоночника и другие разделы, упомянутые выше. А у профессора В. А. Иванова на последние 55 пересаженных клапанов сердца – нулевая летальность.

Как видите у нас действительно поливалентное хирургическое учреждение, даже пол меняем. Превращаем по сути больных людей в здоровых. Идешь по коридору, видишь красивую женщину, которая кокетливо тебе улыбается. А тебе говорят – это Иванов Вася, который стал Светой. И человек живет отныне в мире с самим собой, даже семью образует.





**Член-корреспондент РАМН, профессор В. А. Сандриков, зам. директора РНЦХ по науке**

*– Валерий Александрович, как возникает и оформляется новое научное направление?*

– Когда появляется интересная идея, то под нее уже есть или подбирается нужный человек. Потом все тщательно обсчитывается: во что могут вылиться затраты на техническое оснащение процесса и предполагаемую эффективность. Подход всегда комплексный: что необходимо для внедрения новации на стадии диагностики, в операционной, для послеоперационного ведения больных – реанимация, послеоперационный уход и т. д. Здесь нет мелочей, все очень важно. Возьмем, например, диагностическое направление, которым я занимаюсь. Новые методы диагностики – это сегодня одна из наших первоочередных задач. Мы первыми в России стали заниматься чрезпищеводной электрокардиографией. На сегодняшний день обследовано более 15000 пациентов. Ни в одном из крупных учреждений нет внутрисердечной эхокардиографии с помощью катетерных методов исследований. Этот метод разработан у нас, защищены две кандидатские диссертации. Работает этот метод в ангиографии, в реанимации, работает в операционной. Создан уникальный на сегодняшний день комплекс для исследования сердечной недостаточности у

**Быть помощником Б. А. Константинова с одной стороны – почетно, с другой – достаточно сложно. Почетно потому, что это знак большого доверия, сложно – потому, что нужно хорошо знать профессию, быть подготовленным – для нашего директора это очень важный момент.**

больных с дилатационной кардиомиопатией, включающий газовый анализ, стресс-эхокардиографию, контрастные методы исследования с анализами деформации изменений миокарда. Это очень тяжелые больные, их оперируют только у нас.

Мы делаем многое из того, что нигде больше не делается, скажем, операции по поводу расслаивающей аневризмы грудного и восходящего отдела аорты при торакоабдоминальной аневризме. Ни один институт не делает родственной трансплантации печени детям с маленьким весом – до 8 килограммов. Для этого нужны технологии, оборудование, подготовленные специалисты. Медицина становится техногенной, без этого не обойтись.

**Председатель профкома РНЦХ РАМН**

**А. Г. Яворовский**

*– Андрей Георгиевич, среди проблем, связанных со стратегией развития Центра – проблема социального развития стоит на одном из первых мест. Расскажите об этом подробнее.*

– То, что социальная программа входит в круг первоочередных задач во многом определяется позицией директора Центра – Бориса Алексеевича Константинова. Как результат – те вполне ощутимые блага и удобства, которые получают наши сотрудники. Далеко не все их коллеги из государственных медицинских учреждений страны имеют эти преимущества.

Всем известно, что зарплата врача, медицинской сестры и санитарки по нынешним временам просто мизерная. Но для наших сотрудников за счет надбавок Центра и ежемесячной премии она увеличена в несколько раз. Кроме того, помимо ежегодного отпуска сотрудники Центра имеют еще и оплачиваемые дополнительные отпуска. Центр



оплачивает половину стоимости питания в нашей столовой.

Из бюджета Центра и профкома выделяются денежные средства для частичной компенсации стоимости путевок. Например, для детей наших сотрудников цена путевки в оздоровительный лагерь в этом году была в десять раз меньше ее фактической стоимости. Малообеспеченным семьям путевки выделялись вообще бесплатно.

У нас создана система отдыха выходного дня – сотрудники в субботу и воскресенье могут поехать в пансионат, расположенный на берегу Истринского водохранилища. Большой популярностью пользуются еженедельные занятия в арендуемом бассейне.

Особая забота о ветеранах: они пользуются приоритетом при оказании материальной помощи, в предоставлении бесплатных или льготных санаторных путевок. При выходе на пенсию им выплачивается довольно приличное денежное вознаграждение.

Перед каждым Новым годом лучшим сотрудникам Центра присваивается звание «Человек года РНЦХ РАМН», которое подкрепляется почетным дипломом и денежной премией. В Актовый день Центра – присуждается звание «Почетный профессор РНЦХ РАМН». Авторы лучших научных работ награждаются солидными премиями.

За последние годы очень преобразился внутренний облик помещений нашего института – благодаря современному ремонту улучшились не только условия для лечения пациентов, но и для нормального, продуктивного труда сотрудников.





**Действительный член РАМН, лауреат Государственных премий, директор РНЦХ Б. А. Константинов**

*– Борис Алексеевич, с чего начинался хирург Константинов?*

– Хирург Константинов начинался со средней школы. Уже там все знали, что я буду не просто врачом, а хирургом. Я окончил школу с золотой медалью, поэтому мог свободно выбирать ВУЗ. Решил поступить в Московский медицинский институт имени И. М. Сеченова.

Мои родители к медицине отношения не имели – отец был инженером-механиком, а мать не работала – вела домашнее хозяйство. А вот дед, Александр Иванович Константинов, которого я не застал (он рано умер) был военным врачом, героем Шипки. И тетка еще была стоматологом.

После окончания лечебного факультета мне предложили аспирантуру на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии, которой заведовал профессор В. В. Кованов. Там я провел три года, сначала лаборантом, а потом аспирантом. Владимир Васильевич был прекрасным руководителем, я считаю его своим первым учителем. Но меня всегда тянуло в клинику, он это понял, и не обиделся, когда я, наконец, решил перейти.

В 1958 году пришел в Бакулевский институт, которым руководил академик В.И. Бураковский. Там мне пришлось заниматься совершенно новым делом – созданием отделения хирургии ВПС у маленьких детей. За эту работу мы с Францевым были удостоены Государственной премии. Затем была многомесячная командировка в США, которая очень много мне дала. В течение полугода мне удалось стажироваться в нескольких клиниках страны, у таких хирургов, как Дебейки, Дейтон Кули, Слоун.

**Мне очень повезло на учителей. В. В. Кованов, В. И. Бураковский и Б. В. Петровский – яркие личности, страстно увлеченные своей профессией. Этой увлеченности, преданности делу я у них всегда учился.**

По результатам этой поездки я был приглашен Б. В. Петровским в его институт. Решение перейти мне далось нелегко: у нас были замечательные отношения с В. И. Бураковским, который был к тому же руководителем моей докторской диссертации, но в конце концов выбор был сделан. Хирургия врожденных пороков все же очень узкая специальность, а мне хотелось идти дальше.

Итак, с 1969 года я работаю здесь. Сначала заведовал одним из двух кардиохирургических отделений, затем отделом кардиохирургии. В 1972 году получил вторую Государственную премию за хирургическое лечение пороков сердца с использованием биоклапанов. Здесь же мы занялись пересадкой сердца и сделали 24 пересадки с хорошим результатом. Прекратить эту работу пришлось по причинам, от нас не зависящим. Но мы нашли свою нишу – занимаемся родственными пересадками органов – печени, поджелудочной железы, почек. Б.В. Петровский, хотя и занимался пересадками органов, в душе был против них – боялся ненужной шумихи, недопонимания, скандалов. Но ничего не тормозил – понимал необходимость развития этой области медицины, успехи которой зачастую остаются единственной надеждой для многих больных. Это все не от хорошей жизни – ведь рискуют здоровьем доноры, здоровые люди, которые могут стать инвалидами.

В 1989 году Б. В. Петровский, используя возможность альтернативных выборов, сделал меня директором института, проявив при этом чудеса дипломатии и гибкости. Он сделал все, чтобы мне хорошо работалось.

С самого начала жизни я всегда думал о хирургии. В молодости, может быть, в этом была своя романтика, потом пришла настоящая любовь. Во всяком случае, я ни минуты не пожалел, что выбрал эту дорогу.

*Оперирует Б. А. Константинов*







**Борис Васильевич Петровский, приглашая Константинова в Институт, смотрел в будущее. Разглядел он в молодом талантливом ученом крепкого руководителя-организатора, как в воду глядел: смотрите, каким стал РНЦХ!**



#### **Академик РАМН Н. Н. Малиновский**

– Николай Никодимович, что на ваш взгляд является главным в стабильной работе коллектива РНЦХ?

– Я думаю один из основных факторов – преемственность в руководстве, умелое администрирование, бережное отношение к людям. Должен сказать, что характер у нашего директора сложный: он бывает иногда резок, но в его речи всегда присутствует железная логика. Его все уважают и немного побаиваются. Это все на пользу делу, безусловно. Константинов держит руку на пульсе учреждения, знает, чем живут люди и всегда старается помочь. К нему часто обращаются с просьбами, и он делает, что в его силах.

Пример всем, а особенно молодым, его идеальное отношение к покойному Борису Васильевичу Петровскому. Я бы мог вспомнить множество сюжетов, когда в аналогичных случаях преемник ведет себя совсем иначе по отношению к предшественнику! А он удивительно благородно, с любовью и уважением относился к человеку, определившего в свое время его судьбу. До последних дней жизни старый ученый не был лишним в жизни института, чувствовал тепло к себе отношение.

– Вы пришли в РНЦХ раньше Бориса Алексеевича и к его приходу уже заведовали отделением кардиохирургии. Фактически вы стали конкурентами...

– Да, было немного. В полной мере я оценил Константинова после одного эпизода. Мы поехали вместе в Швецию на съезд сосудистых хирургов. Он должен был выступить с докладом о биологических клапанах сердца, которые брались от свиней. Мы довольно долгое время с удовольствием эти клапаны использовали, так как они были ближе к естественным, чем механические. Константинов хотел представить эту работу руководству лаборатории в Лос-Анжелесе, которая применяла аналогичные клапаны. Я присутствовал на докладе и был просто в восторге. Этот молодой, энергичный хирург около двух часов на блестящем английском языке убедительно говорил о преимуществах нашего клапана, о его гидродинамических свойствах, о его антигенных свойствах и т. д., Такое глубокое знание проблемы доступно только узким специалистам. И тогда я понял, насколько он талантлив и эрудирован – знает не только медицину, но и биологию, и другие основополагающие науки. После этого мы с ним и подружились.

#### **Академик РАМН, директор Института фтизиохирургии М. И. Перельман**

– Борис Алексеевич Константинов – выдающийся ученый и организатор. Он коренной представитель ММА им. И. М. Сеченова. Выдвинулся он уже в студенческом кружке, причем особую роль тут сыграла кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии, которой заведовал Василий Владимирович Кованов. Кафедра была в свое время выдающаяся, отсюда вышло очень много способных молодых людей. Назову лишь некоторых: Бокерия, Шумаков, Константинов, Соловьев – уже четыре академика хирургии, пятый – Кирпатовский, член-корреспондент РАМН. И я кого-то забыл наверняка. Очень много профессоров. Константинов уже в студенческие годы обращал на себя внимание. А потом он работал в институте, директором которого был Бураковский, очень успешно лечил маленьких детей с пороками сердца. Борис Васильевич Петровский, приглашая Константинова в свой институт, смотрел в будущее. У нас тогда начиналось строительство нового здания в Абрикосовском переулке. Корпуса еще не было, а Борис Васильевич уже говорил, что командовать там будет Константинов. Разглядел он в молодом талантливом ученом крепкого руководителя-организатора, как в воду глядел: смотрите, каким стал РНЦХ!

Борис Алексеевич – человек эрудированный, блестяще знает литературу, хорошо владеет английским языком, имеет обширные международные связи, много бывал за границей. Он очень тонко чувствует все новое и жмет на все новое. Не всем нравится его нажим, но именно благодаря его настойчивости, в РНЦХ был осуществлен научный прорыв по многим направлениям. С его подачи в институте стали регулярно проходить научные конференции и конгрессы, активные дни института, был налажен выпуск газеты «Хирург». Константинов оказался мастером финансово-хозяйственной деятельности, без которой тоже никуда не двинешься. Может быть, нехорошо, что госпитализация в институт для большинства больных стоит денег, но эти деньги рационально используются. Сотрудники получают достойную заработную плату, имеется возможность дополнительных закупок оборудования, проводится очень основательный ремонт.

Я не могу сказать, что у него легкий характер и что с ним легко работать сотрудникам, но директор он хороший, а человек – талантливый.

# ГИБКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ



**РНЦХ РАМН – крупнейшее в России многопрофильное специализированное научно-исследовательское учреждение, прекрасно оснащенное, располагающее высококвалифицированными специалистами. Только за последние пять лет здесь разработаны и внедрены в практику более 100 методов, способствующих повышению эффективности и качества диагностики, лечения пациентов. Как результат – общая операционная летальность снизилась с 7,3 до 1,6%. В первую очередь это относится к реконструктивным операциям на клапанах сердца, пищевода, при врожденных пороках сердца, корригирующих операциях на коронарных сосудах. Стоит обратить внимание на то, что инфекционные осложнения здесь уменьшились практически в пять раз, а хирургическая активность увеличилась более чем в два раза.**

**Медицинские работники из всех регионов России, стран СНГ, Балтии и дальнего зарубежья могут получить в РНЦХ послевузовское и дополнительное профессиональное образование. Эффективное освоение новых перспективных методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации делает обучение интересным и плодотворным, а мобильные технологии помогают максимально его индивидуализировать.**

**Мы хотели бы рассказать обо всех новациях, которые родились в этих стенах, но, увы – места мало. Бегло пройдемся по основным отделам и отделениям и остановимся только на самом-самом...**

## **Отдел трансплантации органов** **Руководитель отдела – проф. С. В. Готье**

В состав отдела входят отделение трансплантации печени, отделение трансплантации почки и лаборатория гемодиализа.

**Отделение трансплантации печени** РНЦХ РАМН является единственным в России, рутинно выполняющим все виды трансплантации печени детям и взрослым. Основным направлением научных исследований и практической деятельности являются ортотопическая трансплантация печени с использованием трупного донорского органа, а также различные варианты трансплантации фрагментов органа от родственных доноров. Методика родственной трансплантации

правой доли печени, созданная здесь, имеет мировой приоритет.

Здесь успешно начата единственная в России программа лечения сахарного диабета I типа с помощью трансплантации дистального фрагмента поджелудочной железы от живого родственного донора, выполнены мультиорганные трансплантации (печень и почка), а также впервые в мире – родственная трансплантация правой доли печени и почки от живого родственного донора.

### **Отделением трансплантации почки руководит д-р мед. наук М. М. Каабак.**

Это отделение является старейшим в стране – с 1965 года здесь выполнено более 1400 трансплантаций. В этом же отделении успешно развивается родственная трансплантация почки. Новым, приоритетным для России, направлением в работе отделения является трансплантация почки детям первых лет жизни. Одним из основных направлений научной работы отделения, приоритетным для России,

является профилактика и лечение повреждения пересаженной почки с помощью плазмафереза. Б. А. Константинов являлся научным консультантом при выполнении научных исследований по данной теме. Отделение активно работает в области исследования возможностей многокомпонентной иммуносупрессии, а также разрабатывает хирургические модификации трансплантации почки. Здесь разработаны уникальные технологии операций на почечных сосудах и мочевых путях при условии максимального сохранения почечной паренхимы, которые позволяют с успехом выполнять реконструктивные операции у больных с хирургическими заболеваниями почек в условиях развивающейся почечной недостаточности.

### **Лабораторией гемодиализа руководит канд. мед. наук В. А. Максименко.**

История гемодиализа в России началась в РНЦХ РАМН с 1965 года в связи с развитием трансплантации почки. Ежегодно в лаборатории проводится свыше 3000 гемодиализов. Лаборатория представляет собой исследовательский и испытательный полигон, через который проходили



практически все отечественные и многие зарубежные аппараты «искусственная почка». Сотрудниками лаборатории разработаны многие приоритетные технологии, в том числе получено 20 авторских свидетельств. В настоящее время одним из приоритетных направлений научных исследований является разработка метода экстракорпоральной детоксикации при острой печеночной недостаточности – «биодиализа».

**Отделение хирургии сосудов**  
*Руководитель – член-корр. РАМН, профессор А. В. Гавриленко.*

К числу приоритетных направлений научной и клинической деятельности отделения хирургии сосудов относятся использование современных достижений медицинской науки в хирургическом лечении заболеваний сосудов мозга, вазоренальной гипертензии, окклюзионных поражений брюшной аорты, аневризм брюшной аорты, синдрома хронической абдоминальной ишемии, критической ишемии нижних конечностей, венозной патологии во всех ее отделах.

Одними из первых в стране здесь начали выполнять операции артериализации венозного кровотока стопы и голени. Впервые в стране внедрены операции бедренно-подколенного шунтирования по методике «in situ» с использованием ангиоскопии. Эта операция более физиологична, менее травматична и делается быстрее.

Исследования последних лет выявили закономерность: частота инсультов в большей степени зависит не от степени стеноза, а от характера атеросклеротических бляшек. Проведенная в отделении исследовательская работа систематизировала все известные типы атеросклеротических бляшек, что позволило выделить из них наиболее эмбологенно опасные. Это не только оптимизирует выбор показаний к хирургическому лечению больных со стенозами сонных артерий, но и является надежным средством хирургической профилактики ишемических инсультов.

Большой опыт накоплен в лечении вазоренальной гипертензии (более 2200 наблюдений) и хронической абдоминальной ишемии (более 250 наблюдений). Впервые в стране разработано и вне-

дрено в клиническую практику использование ультразвука в сосудистой хирургии – ультразвуковая эндартерэктомия. Поиск альтернативных методик реваскуляризации нижних конечностей инициировало появление принципиально нового направления в лечении ишемических состояний – использование генно-инженерных технологий и стволовых клеток. Первичные данные клинических испытаний свидетельствуют о несомненной перспективности использования этих методов в лечении больных с ишемическими состояниями. На методику использования генно-инженерных конструкций в лечении критических ишемических состояний получен патент на изобретение. В 1999 году в отделении хирургии сосудов для лечения больных с клапанной недостаточностью глубоких вен нижних конечностей впервые в мире была предложена и внедрена в клиническую практику методика множественного обходного венозного шунтирования. Другим принципиально новым направлением в лечении больных с клапанной недостаточностью глубоких вен нижних конечностей стало создание искусственного венозного клапана. При поддержке и участии академика Б. А. Константинова была создана и экспериментально испытана принципиально новая модель искусственного венозного клапана, не имеющая аналогов в мире, позволяющая, при имплантации его в бедренную вену, устранить клинические проявления клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей.

**Отделение хирургии лёгких и средостения**  
*Руководитель – профессор Л. М. Гудовский*

Основными направлениями научной и лечебной работы отделения являются восстановительные и реконструктивные операции на трахеи и её бифуркации, хирургия злокачественных и доброкачественных опухолей лёгких и средостения, хронических нагноительных заболеваний и пороков развития, повторные и комбинированные операции, хирургические методы лечения диффузной эмфиземой лёгких и бронхиальной астмы.

В отделении продолжается разработка методов лечения рубцовых стенозов трахеи при её обширных поражениях. Усовершенствованы виды этапного лечения бужированием трахеи с введе-

нием самофиксирующихся и фиксирующихся к стенке трахеи силиконовых эндопротезов эндоскопическим методом (совместно с отделом эндоскопической хирургии). Осуществляется формирование нового просвета трахеи на Т-образной трубке с последующей ликвидацией дефекта передней стенки трахеи трахеопластикой.

Для сокращения сроков этапного устранения обширных дефектов передней стенки трахеи разработан приоритетный метод их ликвидации реваскуляризованным кожно-костно-мышечным лоскутом с предплечья на сосудистой ножке с использованием микрохирургической техники (совместно с отделом микрохирургии).

При лечении злокачественных и доброкачественных опухолей лёгких выполняются все виды хирургических вмешательств, включая реконструктивные – пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи, лобэктомия с циркулярной резекцией главного бронха. Лечение пациентов с хроническими нагноительными заболеваниями лёгких обязательно дополняется применением комплекса физиотерапевтических процедур, разработанных совместно с Российским научным центром восстановительной медицины и курортологии.

При лечении новообразований средостения осуществляются все виды хирургических вмешательств. Внедрена в практику щадящая операция удаления большого заградного зоба из шейного доступа без рассечения грудины, его перфорацией и уменьшением объёма. Удаление невриномы по типу «песочных часов» производим в один этап совместно с нейрохирургами.

Хирургическое лечение бронхиальной астмы (совместно с Петрозаводским государственным университетом) проводится по трём направлениям: электростимуляцией нервов синокаротидной зоны или грудного симпатического ствола видеоторакоскопическим методом, а также магнитоимпульсацией или ультразвуковым воздействием на структуры вегетативной нервной системы.

Хирургическая помощь больным диффузной эмфиземой лёгких осуществляет удале-



нием нефункционирующих отделов легочной ткани. Накопленный опыт свидетельствует о частичной реабилитации больных. Метод можно рассматривать как альтернативу трансплантации лёгкого.

### Отделение общей хирургии Руководитель отделения – Заслуженный деятель науки РФ, проф. А. Д. Тимошин

Отделение общей хирургии создано в 1992 по инициативе директора РНЦХ РАМН академика Б. А. Константинова и с момента своего основания занимается разработкой, освоением и внедрением современных технологий в общей хирургии. Приоритетными направлениями следует считать малоинвазивную, в том числе видеоэндоскопическую хирургию и хирургию «малых доступов», применение протезирующих методов при лечении грыж передней брюшной стенки, выполнение сочетанных вмешательств.

Малоинвазивные вмешательства вошли в повседневную практику работы отделения общей хирургии. Начиная с 1994 года выполняются видеоэндоскопические операции и операции на желчных путях из минилапаротомного доступа, а также вмешательства при аппендиците и паховых грыжах. Лапароскопические вмешательства, выполненные более 800 больным, являются в настоящее время операцией выбора. У больных с желчнокаменной болезнью выполняются операции из минилапаротомного доступа, что также обеспечивает малую травматичность.

Важным направлением деятельности отделения является разработка современных методов лечения больных с грыжами передней брюшной стенки. Улучшения результатов лечения удалось достичь с применением протезирующих методик. Их суть в использовании современных синтетических материалов для укрепления или замещения дефектов брюшной стенки. Протезирующие методики при паховых грыжах внедрены в практику отделения общей хирургии с 1997 года. Методики просты, универсальны и весьма надежны. Последним достижением в лечении паховых

грыж является герниопластика с применением системы PHS. По поводу послеоперационных грыж в отделении выполняются все известные варианты протезирующих операций. Особое внимание уделяется лечению пациентов с большими и гигантскими грыжами, а также с редукцией брюшной полости вследствие контрактуры мышц брюшной стенки. Впервые в СНГ для восстановления объема брюшной полости была применена методика реконструкции брюшной полости методом разделения анатомических компонентов брюшной стенки.

Перспективными направлениями деятельности отделения следует считать разработку и внедрение новых хирургических методик в лечении хронического панкреатита и его осложнений (работа уже на стадии клинического внедрения), а также хирургической колопроктологии.

### Отделение хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы Руководитель – доктор мед. наук О. Г. Скипенко

История отделения хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы насчитывает не один десяток лет. За это время накоплен большой опыт лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости и, прежде всего, гепатобилиарной области: поджелудочной железы, печени, желчных протоков.

Специалисты отделения владеют методикой выполнения больших анатомических резекций печени при первичных и вторичных опухолях. В ходе операции используются современные технологии диссекции паренхимы (водоструйный и ультразвуковой диссектор), техника клиппирования, гемостатическая фибрин-коллагеновая субстанция Тахокомб, техника реинфузии крови аппаратом "Cellsaver", перевязка правой ветви воротной вены для повышения резектабельности при «малой» левой доле печени.

Внедрена программа комбинированного лечения колоректального метастатического рака печени, сочетающая различные комбинации методов – резекцию печени, радиочастотную локальную деструкцию метастазов, различные режимы химиотерапии (адьювантная, неoadьювантная), в том числе, региональную интраартериальную химиотерапию.

В хирургическом лечении заболеваний желчных протоков производится весь спектр лапароскопических, эндоскопических и хирургических вмешательств.

С января 2003 года совместно с ГНЦК МЗ РФ, с активным участием академиков Б. А. Константинова и Г. И. Воробьева начато рандомизированное проспективное контролируемое мультицентровое исследование по оценке эффективности неoadьювантной химиотерапии при комбинированном лечении злокачественных опухолей поджелудочной железы на отдаленные результаты лечения, изучается эффективность раннего энтерального питания после подобных вмешательств. В ближайшее время планируется создание протоколов и проведение исследований по изучению результатов комбинированного лечения рака головки поджелудочной железы, а также метастазов колоректальных метастазов печени.

### Отделение хирургии пищевода и желудка Руководитель – проф. В. А. Андрианов

Основной научной и практической деятельностью отделения являются реконструктивные и пластические операции, а так же диагностика и консервативные методы лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Здесь накоплен опыт более 1000 эзофагопластик, выполненных по поводу рака и доброкачественных заболеваний пищевода. В настоящее время операцией выбора при раке пищевода является экстирпация пищевода с расширенной лимфаденэктомией и его одномоментным замещением изоперистальтической желудочной трубкой. Трансхиатальная экстирпация пищевода с заднемедиастинальной пластикой также считается операцией выбора при протяженных ожоговых и пептических стриктурах, кардиоспазме 4 ст., гигантских доброкачественных опухолях, пищеводе Баррета, протяженных разрывах пищевода.

Отделение располагает опытом лечения более 1500 больных с послеожоговыми стрик-



турами пищевода. Одним из ведущих методов лечения здесь является бужирование пищевода, которое выполняется по методике, разработанной в отделении с применением рентгеноконтрастных термопластических бужей. При невозможности или неэффективности бужирования используют различные варианты эзофагопластики. По мнению специалистов отделения, замещение пищевода желудочной трубкой является самым физиологичным способом, обеспечивающим высокое качество жизни пациентов. Здесь не только с успехом применяется указанная методика, но и разработаны различные варианты замещения пораженного пищевода с использованием оперированного и патологически измененного желудка (ожог, язва или предшествующие операции). В тех случаях, когда удалить пораженный пищевод невозможно или делать это нецелесообразно: при выраженном рубцовом процессе в средостении, сочетанном ожоговом поражении пищевода и глотки, пищеводных свищах и нерезектабельном раке пищевода, применяют одномоментную (суб)тотальную шунтирующую заградную пластику пищевода, а при сочетанной ожоговой стриктуре пищевода и глотки, наряду с созданием заградного искусственного пищевода из толстой кишки, выполняют фарингопластику.

Перечисленные методики являются лишь частью всего спектра операций, производимых в отделении. Так, при тяжелом и осложненном рефлюкс-эзофагите, язвенной болезни 12-перстной кишки, кардиоспазме II–III ст., кардиальных и параэзофагеальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, коротком пищеводе – применяются методики, модифицированные в отделении хирургии пищевода и желудка РНЦХ РАМН. Это – селективная проксимальная ваготомия, фундопликация, эзофагокардиомиотомия с неполной фундопликацией, эзофагофундорафия, низведение желудка, круорофия и др.

К перспективным исследованиям относятся: пластика пищевода у ранее оперированных или у больных с патологически измененным желудком, лимфодиссекция при раке пищевода и желудка с применением эндоскопической техни-

ки, дуоденосохраняющая резекция головки и тела поджелудочной железы при болевых и калькулезных формах хронического панкреатита, а также расширенные операции при раке желудка с прорастанием опухоли в соседние органы и ткани, исследования, направленные на дальнейшее изучение функции кардии у больных с нейромышечными заболеваниями пищевода.

### Отделение кардиоанестезиологии и реанимации

*Руководитель – проф. Н. А. Трекова*

В 1991 г. в составе отдела анестезиологии РНЦХ РАМН выделено отделение кардиоанестезиологии. Основные научно-практические направления отделения посвящены разработке и внедрению надежных и безопасных методов анестезиологического обеспечения и мониторинга реконструктивных операций на сердце и магистральных сосудах, а также выбору наиболее эффективных методов защиты миокарда от ишемических и реперфузионных повреждений.

В настоящее время, вместо традиционно используемых барбитуратов, фторотана, кетамина, в клиническую практику внедрены более управляемые анестетики и миорелаксанты с улучшенной фармакодинамикой и фармакокинетикой: изофлуран, пропофол, мидазолам, цис-атракуриум и др. Разработанные на их основе современные методики сбалансированной анестезии позволяют не только обеспечить безопасность больного, но и осуществить более раннюю активизацию и перевод кардиохирургических больных на самостоятельное дыхание. Разработанные протоколы средств защиты головного и спинного мозга и других систем гомеостаза от ишемических повреждений способствуют внедрению новых хирургических технологий при аневризмах аорты и ее ветвей. Радикально изменена трансфузионная тактика при операциях на сердце и сосудах. Внедрение методов сбережения крови больного, использование высокоэффективных гемостатических средств значительно уменьшило необходимость переливания донорской крови, а у части больных позволило полностью отказаться от ее использования и снизить риск осложнений.

Мне посчастливилось работать с Б. А. Константиновым при коррекции врожденных и приобре-

тенных пороков сердца, трансплантации сердца и других операциях. Он всегда был безусловным авторитетом и организатором для всей бригады врачей, участвующих в операции, требовательным, но справедливым лидером. Его труд «Физиологические и клинические основы хирургической кардиологии» стал настольной книгой не только для хирургов, но и кардиоанестезиологов. Он всегда поддерживал все новое, что способствовало безопасности и эффективности кардиохирургических вмешательств. Борис Алексеевич был инициатором многих научных разработок, выполняемых кардиоанестезиологами, в частности вопросов защиты миокарда от ишемических повреждений, оптимизации анестезиологического обеспечения коррекции сложных врожденных пороков сердца, профилактики и лечения сердечной недостаточности, компьютерного мониторинга и др. Постоянное внимание к работе кардиоанестезиологов способствует тому, что в отделении работают высококвалифицированные научные сотрудники и врачи, владеющие всеми методами современной анестезии, основами кардиологии, мониторинга, искусственного кровообращения.

### Отделение общей реанимации и интенсивной терапии

*Заведующий – доктор мед. наук А. В. Бондаренко*

Научные исследования в этом отделении традиционно ориентированы на развитие методов диагностики, профилактики и интенсивной терапии нарушений жизненно-важных функций организма после реконструктивных операций на трахее, бронхах, пищеводе, желудочно-кишечном тракте, печени, желчных протоках, поджелудочной железе, аорте и ее ветвях. Перспективными направлениями являются: изучение и разработка методов и способов повышения качества анальгезии в послеоперационном периоде, обоснование рациональной стратегии дифференцированного подхода в терапии острой боли; изучение патогенеза, разработка методов диагностики, профилактики и лечения нарушений в системе внешнего дыхания. В первую очередь, это касается исследо-



ваний дыхательных и метаболических функций легких при проведении принудительной, вспомогательной инвазивной и неинвазивной вентиляции, разработки принципов и методов раннего перевода больных на вспомогательные режимы вентиляции; диагностика, профилактика и лечение послеоперационных осложнений со стороны центральной нервной системы. Внедрение в клиническую практику церебральной оксиметрии позволит глубже изучить патогенетические механизмы ишемического поражения головного мозга и повысит эффективность профилактики и лечения этих осложнений в периоперационном периоде.

Не менее важными являются проводимые исследования, направленные на повышение эффективности и безопасности применения экстракорпоральных методов детоксикации в терапии синдрома полиорганной дисфункции, на разработку дифференцированного подхода к применению фармакологических средств у пациентов с расстройствами в системах дыхания и кровообращения.

#### **Отделение хирургии приобретенных пороков сердца** *Заведующий – проф. В. А. Иванов*

Основные направления деятельности отделения: протезирование клапанов сердца, одно – и многоклапанное протезирование; клиническое испытание и внедрение в практику новых видов биологических и механических протезов клапанов сердца. Разработка и применение клапаносберегающих операций: применение биологического материала при реконструкции пораженного клапана; применение искусственных материалов при клапаносохраняющих вмешательствах (в том числе искусственные хорды и различные виды опорных колец); различные виды шовной аннуло- и вальвулопластики.

Повторные вмешательства на клапанах сердца: репротезирование клапана, клапаносберегающие вмешательства.

Сочетанные операции при приобретенных пороках сердца и ИБС: протезирование клапана сердца в сочетании с аортокоронарным шунтированием; клапаносберегающие вмешательства в сочетании с аортокоронарным шунтированием.

Хирургическое лечение инфекционного эндокардита: протезирование пораженного инфекционным процессом клапана в активной стадии эндокардита и в стадии ремиссии; репротезирование клапана при протезном эндокардите; вмешательства при осложненном течении инфекционного эндокардита (внутрисердечное абсцедирование, эмболический синдром).

Операции на клапанах сердца из минидоступа.

#### **Отделение хирургии позвоночника** *Заведующий отделением проф. А. Г. Аганесов*

Это отделение основано два года назад. Это было обусловлено большим количеством пациентов, обращавшихся в РНЦХ ПАМН по поводу заболеваний и последствий травм позвоночника и спинного мозга.

В отделении применяются самые современные методики лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы: микрохирургическая и эндоскопическая (в том числе – лазерная) дискэктомия при патологии межпозвонковых дисков; передняя декомпрессия и спондилодез шейных позвонков металлическими пластинами (CSLP/AO и др.) при дегенеративных заболеваниях и травме шейного отдела позвоночника; транспедикулярная фиксация (системами USS/AO и аналогами) при осложненной и неосложненной травмах грудного и поясничного отделов позвоночника, а также при дегенеративных заболеваниях, опухолях и метастазах в позвонки; лечение спондилолистезов поясничных позвонков с использованием транспедикулярной фиксации в сочетании с межтеловым микрохирургическим спондилодезом системой Contact Fusion Cage / AO; пункционная вертебропластика при гемангиомах и деструкциях (остеопороз) позвонков; реконструктивные операции на спинном мозге; эндопротезирование суставов; АО-технологии внутренней фиксации костей.

Отделение хирургии позвоночника – это современная организация медицинского обслуживания, использующее самые передовые технологии, луч-

шие мировые достижения в этой области. Врачи отделения прошли обучение и стажировку в Швейцарии, Германии. Благодаря применению мировых стандартов лечения значительно сокращаются сроки пребывания в стационаре и реабилитации.

Пациенты Центра могут рассчитывать на размещение комфортабельных условиях и лечение у ведущих специалистов.

В настоящее время в работу отделения внедряются современные методики хирургического лечения заболеваний позвоночника: малоинвазивный спондилодез поясничного отдела позвоночника после микродискэктомии, микрохирургическая эндоскопическая дискэктомия в шейном отделе позвоночника, эндопротезирование межпозвонковых дисков в шейном и поясничном отделах позвоночника и т. д. Широкое внедрение этих методик позволит сократить срок нетрудоспособности пациентов до 2–7 дней.

#### **Отделение хирургии аорты и ее ветвей** *Заведующий член-корр. РАМН, проф. Ю. В. Белов*

*Основные направления работы:*

операции при аневризмах восходящего отдела аорты, дуги аорты и торакоабдоминальной аорты; реконструктивная хирургия корня аорты при синдроме Марфана; одномоментные операции на коронарных артериях, аорте, сосудах головного мозга, почек и нижних конечностей у больных с мультифокальным атеросклерозом.

Сочетанные минимально – инвазивные вмешательства на сосудах сердца и аорте в лечении больных высокого риска.

Хирургическое ремоделирование левого желудочка при ишемической болезни сердца.

Множественное шунтирование сосудов сердца в лечении больных с тяжелыми и осложненными формами ишемической болезни сердца.

Защита от ишемии головного и спинного мозга при операциях на дуге и торакоабдоминальной аорте, на со-





судах мозга в условиях комбинации глубокой (14°C) гипотермии и ретроградной перфузии головного мозга, через его венозную систему на фоне полной остановки кровообращения до 1,5 ч., а также применения технологий «сухой аорты» и обхода аорты при протезировании ее дуги и торакоабдоминального отделов.

Новое в работе – применение антеградной перфузии головного мозга при протезировании дуги аорты по поводу аневризмы; внедрение «мини-лапаротомии» при аневризме брюшной аорты, синдроме Лериша;

разработка и внедрение клапансохраняющих операций при аневризме корня аорты;

Перспективы – разработка и внедрение щадящих методов протезирования аорты при торакоабдоминальных аневризмах;

операции при аневризмах аорты в условиях периферического подключения ИК

### Лаборатория иммунологии и регуляторных механизмов в хирургии

*Заведующий лабораторией – проф. Л. И. Винницкий*

Лаборатория иммунологии и регуляторных механизмов в хирургии РНЦХ РАМН занимается изучением фундаментальных процессов иммунной и нейро-гуморальной регуляции пациентов. Оценка систем регуляции (таких как гипотиз – кора надпочечников, ренин – альдостероновая, опиоидная, гонадотропная, гормоны желудочно-кишечного тракта и другие) проводится при различных патологических состояниях и на различных этапах хирургического лечения. Оценка состояния регуляторных механизмов осуществляется не только на уровне целого организма, но и на уровне клеток, где выявляются внутриклеточные механизмы регуляции, которые ответственны за функциональное состояние тканей. В лаборатории проводится оценка состояния иммунной и гуморальной систем регуляции у хирургических больных, а также у больных после трансплантации органов. Для оценки иммунного состояния используется современный метод проточной лазерной цитометрии с панелью моноклональных антител к дифференцировочным и активационным маркерам лимфоцитов. При выявленных нарушениях

мы назначаем современные высокоэффективные иммуномодуляторы и контролируем их эффект в процессе лечения. Основная задача иммунологических исследований – помочь лечащим врачам и больному в профилактике и лечении гнойно-септических осложнений.

Для оценки систем нейро-гуморальной регуляции используются современные радиоиммунологические и иммуноферментные методы исследования.

Лаборатория проводит изучение концентрации онкологических маркеров в крови пациентов, которые входят в группу риска и у которых предполагается наличие злокачественного новообразования. В лаборатории определяют маркеры рака печени, желудка, поджелудочной железы, яичников, молочной железы, предстательной железы. Эти исследования позволяют точно установить диагноз, оценить эффективность различных видов их лечения, в том числе и хирургического, проводить динамическое наблюдение за течением патологического процесса и выявлять развитие метастазов опухоли на ранних стадиях.

В лаборатории проводится мониторинг определения циклоспорина в крови больных после пересадки органов. Динамическое изучение уровня циклоспорина позволяет получить дополнительную информацию при оценке функционального состояния трансплантата, индивидуализировать дозу применяемого циклоспорина, влияние фармакологических препаратов на уровень циклоспорина в разные сроки посттрансплантационного периода.

По инициативе академика Б. А. Константинова в лаборатории проведено изучение определения активации генов при опухолях сердца. Это исследование позволяет улучшить диагностику и прогноз хирургического лечения больных с миксомой сердца. По этой работе получен патент на изобретение. Работа проведена совместно с Кардиологическим центром.

Перспективным в работе лаборатории является постановка и внедрение метода количественного определения человеческого В-типа натрийуретического пептида. Внедрение этого современного метода позволит диагностировать синдром сердечной недостаточности у больных при различных состояниях, таких как, коронарная болезнь, гипертензия, заболевания клапанов сердца, миокардиты и др.

### Лаборатория экспресс-диагностики

*Руководитель – проф. И. И. Деметьева*

Лаборатория экспресс-диагностики является специфическим звеном клинической лабораторной диагностики. Главная ее задача – проведение экспресс-анализов для контроля состояния гомеостаза – кислородного, кислотно-основного, водно-электролитного, а также гемостаза и гемореологии в условиях острых воздействий на организм больного, что имеет место, как во время хирургических вмешательств, так и при лечении больных, находящихся в критическом состоянии в отделении реанимации и интенсивной терапии. При круглосуточной работе, лаборатория ежегодно проводит 380 000–420 000 анализов.

Помимо практической, здесь проводится интенсивная научная работа по изучению этиологии и патогенеза нарушений гомеостаза у больных в критическом состоянии. Наиболее интересными научными направлениями сегодня являются: «Лабораторная оценка проявлений ишемического и реперфузионного повреждения органов и тканей при операциях на сердце и аорте в условиях искусственного кровообращения, при операциях на периферических сосудах, при трансплантации органов»; «Компьютерная разработка системы симптомной и прогностической диагностики по лабораторным экспресс-исследованиям гемостаза и реологии крови у больных в критическом состоянии» и др.. Перспективное направление – изучение резервных возможностей организма в экстремальных условиях, определяемых гипоксическими и реперфузионными повреждениями органов и тканей во время и после хирургических вмешательств.

**Вот и завершилась наша обзорная экскурсия по отделениям РНЦХ.**

**Для тех, кто хочет получить более подробную информацию, сообщаем координаты центра последипломной профессиональной подготовки медицинских кадров РНЦХ РАМН: тел.: 246 9292; 246 9151; 248 15 33. Адрес: 119992 Москва, ГСП-2, РНЦХ РАМН, отдел научных программ и подготовки кадров. Факс: 246 8988.**

**Интервью РНЦХ подготовил Михаил Кукулевич. Фоторепортаж Владимира Бахарева**







В этом году исполнилось 100 лет со дня смерти писателя и врача Антона Павловича Чехова. «Если бы Чехов не был таким замечательным писателем, он был бы прекрасным врачом» - так написал А. Куприн. И был, конечно, прав. Есть масса свидетельств тому, каким увлеченным, любимым больными, был доктор Чехов. Как врач и как писатель он боролся против физического и нравственного нездоровья. Но мог довольно зло посмеяться над примитивной верой обывателя в то, что «здоровый образ жизни» сделает его счастливым. «Жуйте как следует», - говорил отец. И жевали хорошо, и гуляли по два часа в сутки, и умывались холодной водой, а все же вышли несчастные, бездарные люди». Ведь прекрасными еще должны быть «и душа, и мысли».

А медицинский диплом, между прочим, Чехову вручал сам Н. В. Склифосовский.

## ЖИЗНЬ ПРЕКРАСНА!

Покушающим на самоубийство

Жизнь пренеприятная штука, но сделать ее прекрасной очень трудно. Для этого недостаточно выиграть 200000, получить Белого Орла, жениться на хорошенькой, прослыть благонамеренным – все эти блага тленны и поддаются привычке. Для того, чтобы ощущать в себе счастье без перерыва, даже в минуты скорби и печали, нужно: а) уметь довольствоваться настоящим и б) радоваться сознанию, что «могло бы быть и хуже». А это трудно:

Когда у тебя в кармане загораются спички, то радуйся и благодари небо, что у тебя в кармане не пороховой погреб.

Когда к тебе на дачу приезжают бедные родственники, то не бледней, а торжествуя восклицай: «Хорошо, что это не городовые!»

Когда в твой палец попадает заноза, радуйся: «Хорошо, что не в глаз!»

Если твоя жена или свояченица играет гаммы, то не выходи из себя, а не находи себе места от радости, что ты слушаешь игру, а не вой шакалов или кошачий концерт.

Радуйся, что ты не лошадь конножелезки, не коховская «запаятая», не трихина, не свинья, не осел, не медведь, которого водят цыгане, не клоп... Радуйся, что ты не хромой, не слепой, не глухой, не немой, не холерный... Радуйся, что в данную минуту ты не сидишь на скамье подсудимых, не видишь перед собой кредитора и не беседуешь о гонораре с Турбой.

Если ты живешь в не столь отдаленных местах, то разве нельзя быть счастливым от мысли, что тебя не угораздило попасть в столь отдаленные?

Если у тебя болит один зуб, то ликуй, что у тебя болят не все зубы.

Радуйся, что ты имеешь возможность не читать «Гражданина», не сидеть на ассенизационной бочке, не быть женатым сразу на трех...

Когда ведут тебя в участок, то прыгай от восторга, что тебя ведут не в геенну огненную.

Если тебя секут березой, то дрыгай ногами и восклицай: «Как я счастлив, что меня секут не крапивой!»

Если жена тебе изменила, то радуйся, что она изменила тебе, а не отечеству.

И так далее... Последуй, человек, моему совету, и жизнь твоя будет состоять из сплошного ликования.

**Человек без селезенки**

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года  
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 64, к. 24; тел./факс: (095) 463 6262, 399-84-93

www.medicus.ru; E-mail: denisova@izmaylovo.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ