

Организаторами этого конгресса стали Институт хирургии им. А.В.Вишневого Минздрава России, на базе которого прошел форум, НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы, Российское общество хирургов, хирургическое общество «Раны и раневые инфекции», Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям. С приветственными словами обратились к участникам директор Института хирургии им. А.В.Вишневого академик РАМН Валерий Кубышкин, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии профессор Леонид Рощаль, академик РАМН Виктор Гостищев.

ческого лечения ран и раневой инфекции признана сейчас во всем мире: именно заложенные им принципы являются основой эффективных методов лечения, применяемых и развиваемых ведущими отечественными и зарубежными клиниками.

Кстати, на одном из больших пленарных заседаний конгресса, посвященном хирургическому, местному и медикаментозному

гнойной хирургией на территории бывшего СССР, – сказал нам заведующий отделом ран и раневых инфекций Института хирургии им. А.В.Вишневого, руководитель отделения гнойной хирургии НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Валерий Митиш. – В свое время теория и практика активного лечения гнойно-хирургических ран была внедрена во всех со-

На пленарном заседании «Комплексное хирургическое лечение ран мягких тканей и костей и их осложнений у взрослых и детей» были рассмотрены все возрастные группы, начиная с новорожденных. Оргкомитет постарался объединить взрослую и детскую гнойную хирургию – это продиктовано жизнью: во многих регионах страны лечением гнойных ран у детей занима-

Помнить об истоках

Конгресс был посвящен памяти выдающегося отечественного хирурга профессора Бориса Михайловича Костюченко, основоположника школы активного хирургического лечения ран и раневой инфекции. О его жизни рассказал в мемориальной лекции ученик и соратник, старший научный сотрудник Института хирургии им. А.В.Вишневого, кандидат медицинских наук Леонид Блатун.

Получив высшее медицинское образование в Куйбышевской ВМА и на военном факультете 2-го Московского государственного медицинского университета, который окончил в начале 1943 г., Борис Михайлович сразу же был направлен в действующую армию врачом-хирургом медсанбата. Затем работал в различных полевых госпиталях на Западном, Брянском и 2-м Белорусском фронтах до окончания войны. Послевоенная служба в военных госпиталях Бобруйска и Минска, работа в Институте им. Н.В.Склифосовского, на кафедре госпитальной хирургии ВМА им. С.М.Кирова в Ленинграде рядом с выдающимися отечественными хирургами С.С.Юдиным, С.С.Гирголом, И.С.Колесниковым и другими позволили ему стать многолетним специалистом высочайшего класса. В 1956 г. им защищена кандидатская диссертация «Опыт применения гипотермии при резекции легких».

Борис Михайлович занимался изучением различных разделов анестезиологии ожогов и ран (спинномозговая анестезия и др.), желудочной хирургии, хирургии легких, пищевода и, особенно, сердца. В 1959 г. был командирован во Вьетнам для оказания помощи в развитии торакальной хирургии в этой стране. Вернувшись на родину, прошел по конкурсу на должность старшего научного сотрудника в Институт хирургии им. А.В.Вишневого, где продолжал заниматься различными проблемами легочной и сердечной хирургии. Организовал и возглавил большую группу по изучению сочетанных ревматических пороков сердца, которая в течение 10 лет разрабатывала различные аспекты этой проблемы (диагностику, показания к операции, хирургическое лечение и т.д.). Результатом многолетних исследований явились докторская диссертация 1967 г. «Диагностика и хирургическое лечение тройных митрально-аортально-трикуспидальных стенозов», большое количество печатных работ и 4 монографии, в том числе «Основы грудной хирургии» в соавторстве с Ю.Е.Березовым и И.В.Вигдорчиком и «Пороки трикуспидального клапана».

Б.М.Костюченко был одним из пионеров торакальной хирургии в нашей стране. Важнейшая страница его деятельности связана с отделением ран и раневых инфекций Института хирургии им. А.В.Вишневого, первым в Советском Союзе специализированным отделением этого профиля, которое

Деловые встречи

Объединение состоялось!

В Москве прошел I Международный конгресс «Раны и раневые инфекции»



Борис Михайлович возглавлял с момента его создания в 1973 г. до 1989 г. В этот период были развернуты широкие исследования по изучению патогенеза, клиники и лечению гнойных ран и раневой инфекции, хирургического сепсиса. В результате разработаны активные методы хирургического лечения ран и острых гнойных заболеваний, интенсивной терапии сепсиса, лечения ран и открытых переломов в управляемой абактериальной среде, усовершенствованы методы хирургической обработки и дренирования ран.

В 1985 г. Б.М.Костюченко в составе коллектива авторов была присуждена Государственная премия СССР «за разработку и внедрение в клиническую практику методов и техники лечения ран и ожогов в абактериальной регулируемой воздушной среде». Он много внимания уделял вопросам клинической иммунологии, детоксикации у больных с тяжелой клиникой интоксикации инфекционного генеза. Сотрудники специализированного отделения ран и раневой инфекции активно работали в Арзамасе, Уфе при ликвидации техногенных катастроф, а также в Армении, на Сахалине при оказании помощи пострадавшим от землетрясения. Совместно с рядом институтов страны разработаны и испытаны многие антибактериальные препараты для лечения ран (мафенид, диоксидин, фурагин, мази на основе полиэтиленгликоля и др.). Полученные данные легли в основу ряда монографий, в том числе фундаментальных руководств «Раны и раневая инфекция», написанного совместно с академиком М.Кузиным и большим авторским коллективом, и «Активное хирургическое лечение гнойной раны» – совместно с В.Карловым и И.Мадетбековым. Созданная Борисом Михайловичем школа активного хирурги-

лечению ран, большая часть времени была уделена вакуумному лечению ран, который зародился в отделении ран и раневой инфекции Института хирургии им. А.В.Вишневого. На Западе он был модифицирован – созданы современные портативные устройства, которые облегчают применение метода. Этой теме были посвящены доклады из разных регионов России, интересны были сообщения наших зарубежных гостей Рован Сара (Италия, «Проблемы в лечении раневых инфекций в XXI веке») и Хуссама Итани (Дубай, ОАЭ, «Ведение ран: границы стандартов лечения и новых технологий»). Оба доклада показали, что технологии и подходы к лечению за рубежом мало отличаются от российских, особенно в местном лечении. Их преимущества – работа по протоколам, тесная взаимосвязь амбулаторного и госпитального звеньев, хорошо развитая инфраструктура амбулаторного звена, в частности такая форма, как патронаж, осуществляемый врачами и медицинскими сестрами. Последнего в России просто нет, а низкий комплаенс приводит к поступлению в стационары пациентов с тяжелой гангреной, и врачам приходится заниматься не местным лечением ран, а спасением жизни. Вот уж, правда, пока гром не грянет – мужик не перекрестится! И пока мы не реформируем гнойную хирургию, государство будет продолжать терять огромные деньги на выхаживание и таких больных.

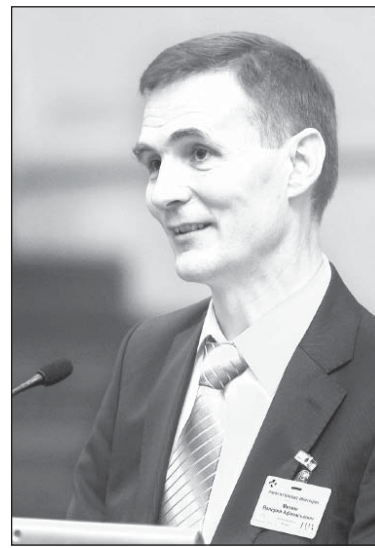
Кроме вакуумного лечения ран, на этом заседании были рассмотрены вопросы лечения ран различными гелевыми покрытиями, антисептиками, в том числе катионные, современные возможности дренирования ран, методы озоно- и фотодинамической терапии гнойных ран, вопросы по интраоперационной оценке жизнеспособности мышечной ткани – данная проблема не полностью разрешена до сих пор.

Обзор клинической практики

– Перед нашим первым конгрессом была поставлена важная задача – объединить всех хирургов, занимающихся ранотканевой инфекцией или

ветских республиках. Эти связи сохранились, мы сотрудничаем постоянно, вместе думаем, как сохранить жизнь наиболее сложным пациентам.

И эта задача была выполнена. Зарубежные коллеги, многие из которых учились в свое время в московских институтах, откликнулись и приехали в столицу России. Из Караганды прилетел один из грандов советской раневой хирургии профессор Сергей Лохвицкий, из Баку – профессор Чингиз Али-Заде, ведущие специалисты Армении, Белоруссии, Узбекистана, Украины, других стран СНГ, Латвии, Германии, Италии, Польши, Саудовской Аравии. Все они проявили самый деятельный интерес к международному собранию, подготовили серьезные сообщения, высказались в пользу активного продолжения совместной работы.



В течение 3 дней была выполнена большая научная программа, посвященная различным проблемам лечения ран и раневой инфекции. На первом пленарном заседании рассматривалось современное состояние организации помощи больным с раневой инфекцией. Семь критических докладов – из С.-Петербурга, Новомосковска, Пензы, Москвы, Астрахани – прояснили истинное состояние гнойной хирургии в РФ, были обсуждены проблемы, например, гнойной хирургии в скоромощной клинике, требующие незамедлительного решения. Необходимо реформировать гнойную хирургию, приблизить ее к реальности, чтобы не работать по тем стандартам, соответствующим 50-м годам прошлого столетия. Говорилось о том, что с предложениями нужно выходить в Минздрав России. На этом же заседании выступил профессор из Минска Юрий Кузьмин с докладом «Опыт оказания специализированной сосудистой помощи больным с осложненной сосудистой патологией».

ются взрослые хирурги – из-за отсутствия таких специалистов в детской хирургии. Важнейший вопрос заседания – лечить взрослых и детей по единым принципам.

Пленарное заседание «Комплексное хирургическое лечение ран мягких тканей и костей и их осложнений у взрослых и детей» показало современные технологии хирургической обработки гнойных очагов, различные способы закрытия раневых поверхностей, замещение обширных раневых дефектов, виды пластических и реконструктивных операций на мягких тканях и костях, в том числе включающих микрохирургическую технику. Были рассмотрены вопросы дифференцированного лечения трофических язв венозного происхождения, лечения посттравматического остеомиелита длинных костей, костей таза, остеомиелита костей взрослых и детей туберкулезного происхождения. Среди новых методов, получивших признание хирургического сообщества, – пришедшая из-за рубежа гидрохирургическая обработка гнойных ран, позволяющая хирургам очень точно и аккуратно обрабатывать гнойные раны, сохраняя при этом жизнеспособные ткани.

Одно из важных событий конгресса – профессором Юсифом Амираслановым (Институт хирургии им. А.В.Вишневого) предложена современная классификация остеомиелита длинных костей. Юсиф Абульфатович также рассказал о применении оригинальной медицинской технологии – способе хирургического лечения хронического остеомиелита бедренной и большой берцовой костей.

Ведущий отечественный специалист академик РАМН Виктор Гостищев представил доклад «Остеомиелит таза: актуальные вопросы диагностики и лечения». О хронических специфических и неспецифических остеомиелитах у детей, принципах классифицирования и хирургического лечения рассказал профессор Александр Мушкин (С.-Петербургский НИИ физиопульмонологии).

Много докладов было посвящено пластическим вопросам, закрытию ран и замещению раневых дефектов. Здесь нельзя не отметить лидера направления – академика РАМН Николая Миланова (Российский научный центр хирургии им. Б.В.Петровского), представившего доклад «Устранение дефектов мягких тканей микрохирургическими аутооттрансплантатами у больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом длинных костей». О пластической хирургии гнойной раны говорил профессор Сергей Лохвицкий. С рекон-

НАУКА И ПРАКТИКА

структивными и пластическими операциями в гнойной хирургии детей и взрослых ознакомил аудиторию Валерий Митиш, который рассказал, как усовершенствовать хирургическую обработку гнойных очагов, представил современные возможности пластической хирургии при любой локализации гнойных очагов, в том числе варианты реконструкции длинных костей.

Интересное сообщение «Пути улучшения оказания помощи пострадавшим с тяжелой открытой травмой конечностей» было сделано краснодарским профессором А.Завражновым, в нем красной нитью проходило активное хирургическое лечение гнойного очага. Основанный на богатом опыте – свыше тысячи пациентов – доклад профессора А.Оганесяна из Еревана представил методы реконструктивной хирургии в лечении пролежней у больных с поражением спинного мозга.

Заседание «Гнойно-некротические поражения синдрома диабетической стопы» показало, что в России пока нет единого подхода в лечении этой распространенной и тяжелой патологии. И это при том, что стратегия и тактика комплексного лечения четко разработана единой научной группой специалистов Института хирургии им. А.В.Вишневого и Эндокринологического научного центра Минздрава России. Научные доклады были посвящены вопросам стратегии комплексного хирургического лечения, тактике лечения гнойно-некротических очагов с синдромом диабетической стопы, методам реваскуляризации нижних конечностей при нейроишемической форме поражения. Так, современная стратегия проведения ампутации конечностей у пациентов, когда невозможно сохранить стопу, используя даже современные методы лечения, резко снижает уровень ампутации, что улучшает качество жизни пациента. У хирурга сейчас есть возможность провести ампутацию на уровне голени, сохраняя коленный сустав. Доказано, что количество ампутаций на бедре снижается более чем на 70%. Эта стратегия позволила значительно снизить и летальность в данной группе больных – на 15-20%.

На конгрессе была предпринята попытка классифицировать гнойно-некротические поражения при синдроме диабетической стопы, однако хирургическое сообщество посчитало, что в этом направлении еще предстоит большая работа.

**Особенности
анестезиологических
пособий**

Обширный раздел конгресса был отведен вопросам анестезии и интенсивной терапии у больных с хирургической гнойной инфекцией и тяжелой хирургической инфекцией, в том числе у пациентов с тяжелым хирургическим сепсисом, к которому приводит неконтролируемое развитие хирургической инфекции. Так, на пленарном заседании «Анестезия и интенсивная терапия при хирургической инфекции у взрослых и детей» первый доклад – о проблемах проведения анестезии и интенсивной терапии при тяжелом течении хирургической инфекции и сепсисе – сделал профессор Альфред Звягин (Институт хирургии им. А.В.Вишневого). Если при обычном неосложненном послеоперационном периоде на 1-2-й день наступает стаби-

лизация, и пациента переводят в профильное отделение, то при осложненном послеоперационном периоде интенсивная терапия многокомпонентна и длится примерно 4 недели. 10% составляют наиболее тяжелые больные, у которых интенсивная терапия проводится 2-3 месяца. Многокомпонентная интенсивная терапия при тяжелом течении хирургической инфекции и развитии тяжелого сепсиса, когда развивается полиорганная недостаточность, требует особой поддержки – заместительной терапии, искусственной вент-



ляции легких и т.д., при недостаточности функций сердечно-сосудистой системы следует назначать комбинированные препараты – кардиотоники, которые стимулируют деятельность сердечной мышцы, в сочетании с вазопрессорами, которые регулируют сосудистый тонус на периферии. Часто наблюдается недостаточность работы почек, что требует подключения экстракорпоральных методов детоксикации. Кроме того, необходимы длительная антибактериальная терапия и восполнение белково-энергетических потерь.

О стратегии анестезиологического обеспечения у детей, пострадавших при землетрясениях, говорил кандидат медицинских наук Владимир Багаев (НИИ неотложной детской хирургии и травматологии), о реальной терапии сепсиса, новых возможностях и перспективах – Наталья Белобородова (НИИ общей реаниматологии), о роли экстракорпоральной детоксикации в комплексном лечении хирургического сепсиса – Владимир Кулабухов (Институт хирургии им. А.В.Вишневого), об алгоритме нутритивной терапии при сепсисе – профессор Валерий Луфт (С.-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе).

В рамках конгресса прошли 4 школы, одна из которых также была посвящена анестезиологическим вопросам – «Регионарные методы анестезии в экстренной и плановой хирургии». Первую, основанную на огромном опыте, лекцию «Регионарные методы анестезии – субарахноидальная, эпидуральная и проводниковая при массовом поступлении пострадавших (военные конфликты, стихийные бедствия)» читал профессор Михаил Руденко из Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, вторую – Саида Оруджева (Институт хирургии им. А.В.Вишневого). После этого был показан видеofilm о применении региональных методов анестезии у тяжелой группы больных, ультразвуковой диагностике при проведении этих методов. Последняя позволяет находить нервные сплетения, которые необходимо заблоки-

ровать. Школа «Комплексное хирургическое лечение обширных ран у детей» продемонстрировала возможности современной гнойной хирургии при лечении анаэробных неклостридиальных флегмон нижних конечностей и тазового пояса, тяжелейших гнойно-некротических ран волосистой части головы и т.д. Перед практическими врачами выступили сотрудники НИИ педиатрии и детской хирургии, ожогового центра московской городской клинической больницы № 9 (профессор Людмила Буткевич) и другие. Они, в частности,

продемонстрировали замечательные результаты лечения обширных гнойно-некротических ран волосистой части головы у новорожденных. Сотрудники НИИ неотложной детской хирургии и травматологии представили возможности современной пластической хирургии при замещении обширных скальпированных дефектов головы у подростков, например, после укушенных бойцовскими собаками ран с потерей более 70% волосистой части головы. При этом были не только полностью замещены кожные покровы, но и восстановлены волосистые покровы на всей площади.

Школа «Диабет» была проведена под руководством сотрудников Эндокринологического научного центра профессорами Гагиком Галстяном и Аллой Токмаковой. Лекторы показали особенности ведения хронических ран, консервативные возможности ведения хронических ран у больных сахарным диабетом, рассмотрели проблему диабетической остеоартропатии Шарко, которая в России только начинает изучаться. Были проведены различные тренинги, например, по изготовлению индивидуальных разгрузочных повязок.

* * *

Форум завершился на высокой ноте: хирурги разных стран приняли решение собирать подобные конгрессы раз в два года, каждой весной проводить симпозиумы по той или иной проблеме лечения гнойных ран, каждой осенью – двухдневные конференции по частным вопросам гнойной хирургии.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: беседуют академик РАМН Виктор Гостищев (слева) и профессор Сергей Лохвицкий; выступает Валерий Митиш; сотрудники знаменитого отделения ран и раневой инфекции Института хирургии им. А.В.Вишневого (слева направо) доктор медицинских наук Владимир Карлов, Игорь Борисов и профессор Юсиф Амирасланов.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Администрация ГОБУЗ «Областная детская клиническая больница» Великого Новгорода срочно приглашает на работу заведующего отоларингологическим отделением – **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА** с опытом работы не менее 5 лет, наличием хирургической практики, имеющего первую или высшую квалификационную категорию. Договорные условия оплаты труда от 30 тыс. руб. *Гарантируется предоставление съёмного жилья с последующим выделением служебного.* Контактный телефон **(8162) 63-37-09**.

Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Советская центральная районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- терапевт
- терапевт участковый
- стоматолог-терапевт
- ортодонт
- невролог детский
- рентгенолог
- акушер-гинеколог
- педиатр
- невролог
- стоматолог-хирург
- фтизиатр
- психиатр-нарколог
- инфекционист
- кардиолог
- кардиолог детский

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок **(34675) 34-120**.

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **(34675) 3-15-73** или по адресу:

ул. Киевская, 33, г. Советский, ХМАО – Югра 628240.
E-mail: sovhospital@mail.ru

За рубежом

**Диагноз
нуждается
в пересмотре**

В Канаде ученым удалось зафиксировать реакции больного, якобы находящегося в вегетативном состоянии, на задаваемые вопросы. Врачи полагали, что Скотт Раутли находится в вегетативном состоянии уже более 10 лет, однако его мозг смог передать сигнал об отсутствии боли.

Впервые ученым удалось получить информацию о состоянии здоровья от тяжелобольного пациента, получившего тяжелую черепно-мозговую травму и утратившего сознание. 39-летний Раутли прошел функциональную магнитно-резонансную томографию (фМРТ). По словам врачей, результаты исследования его мозга привели к тому, что ученые по медицине придется переписывать.

Как правило, вегетативное состояние наступает после комы. При этом бывают периоды бодрствования, больные открывают глаза, но не реагируют на окружающих.

Раутли получил черепно-мозговую травму в автокатастрофе 12 лет назад. За это время ни один из осмотров не позволял врачам сделать вывод, что он понимает происходящее и может общаться с окружающим миром. Однако британский невролог Эдриан Оуэн, руководитель группы исследователей мозга и сознания в Университете Западного Онтарио, утверждает, что его состояние нельзя считать вегетативным.

«Скотт показал, что находится в сознании, что он может думать. Мы провели исследование несколько раз, и активность его мозга говорит о том, что он реагирует и отвечает на наши вопросы. Мы считаем, что он знает, кто он и где находится», – полагает врач.

По словам профессора Оуэна, это настоящий прорыв в науке. «На протяжении многих лет мы стремились научиться

спрашивать пациентов о том, что для них важно. В будущем мы сможем спрашивать, что мы можем сделать, чтобы улучшить качество их жизни. Это могут быть самые простые вещи: время приема пищи и гигиенических процедур, то, что мы им показываем», – уверен врач.

Родители Скотта говорят, что всегда считали, что их сын в сознании и мог общаться с ними движением глаз и поднятием пальца. Но врачи полагали, что это заблуждение.

Профессор Брайан Янг из Университетского колледжа Лондона, который лечил Раутли на протяжении 10 лет, заявил, что результаты фМРТ перевернули все многолетние наблюдения. «Я впечатлен и поражен тем, что он смог продемонстрировать сознательную реакцию. Он считался классическим случаем пациента в вегетативном состоянии и не делал никаких жестов, которые можно было считать осмысленными», – утверждает Янг.

Обычные наблюдения над состоянием Раутли после сканирования не дают оснований пересмотреть его диагноз и считать, что он находится в сознании. Тем не менее профессор Янг считает, что учебники по медицине придется дополнить информацией о случае Раутли и методе профессора Оуэна.

Программа Би-би-си «Панорама» больше года следила за состоянием нескольких пациентов в Великобритании и Канаде, которые якобы находятся в вегетативном состоянии. Так, еще один пациент в Канаде, Стивен Грэм, смог продемонстрировать, что помнит, что с ним произошло после аварии. Он утвердительно ответил на вопрос, есть ли у его сестры дочь, которая родилась после того, как 5 лет назад Грэм попал в аварию.

Юрий БОРИСОВ.