

5. Современные методы лекарственной терапии — пульмонологических больных — 1 день.

Срок обучения — 10 дней. По окончании курса слушателям выдается сертификат международного образца.

В первом разделе обучения Вы подробно изучите основные физиологические характеристики бронхолегочного аппарата: объемные, механические, вентиляционные, вентиляционно-перфузионные и их изменения в процессе развития различных клиничко-функциональных синдромов.

Второй раздел обучения посвящен функциональным методам исследования легких, методикам проведения тестовых исследований.

Портативный спирометр FLOWSCREEN, который предлагается для изучения, является классическим представителем целого ряда современных спирометров, выпускаемых различными фирмами. Изучив детально работу с предлагаемым спирометром, Вы легко сможете перейти на работу с другими спирометрами, а также получите хорошие базовые знания для овладения аппаратурой более высокого порядка, системами типа MASTERLAB.

Практическая работа с прибором в течение двух дней даст Вам возможность самостоятельно провести обследование больных с различными клиничко-функциональными синдромами, даст Вам навыки для дальнейшей самостоятельной работы и совершенствования.

В процессе обучения Вы также познакомитесь с лабораторией анализа газового состава крови и электролитного баланса.

Во время лекций и практических занятий Вам будут демонстрироваться учебные видеофильмы. Вы будете работать с обучающими компьютерными программами.

Занятия проводят высококвалифицированные специалисты — сотрудники НИИ пульмонологии (директор — академик А. Г. Чучалин) и сотрудники фирмы ERICH JEAGER (Германия).

Обучение платное. Возможно бронирование гостиницы.

По вопросам зачисления на курс обращайтесь по телефону НИИ пульмонологии: (095) 465-83-55.

Или присылайте заявки по адресу: 105077, Москва, 11-я Парковая улица, д. 32/61, ГKB № 57.

Всероссийское научное общество пульмонологов.

В Москве с 12 по 16 апреля 1992 г. состоится I Российский Национальный конгресс «Человек и лекарство».

Телефоны оргкомитета: (095) — 332-33-03

факс: 331-01-01

В Тбилиси (Грузия) с 20 по 23 сентября 1992 г. состоится ежегодная международная встреча «Interasma'92», проводимая по инициативе Международной Ассоциации Астмологии Грузинским аллергологическим обществом.

Секретариат конгресса:

Кафедра аллергологии медицинского института, просп. Важа Пшавела, 33.

380077 Тбилиси, Грузинская Республика.

Телефоны: (8832) — 39-00-00

(8832) — 39-58-59

(8832) — 39-56-81

Телекс: 21 22 23 LAZER SU

21 22 80 AIETI SU

В Алма-Ате (Казахстан) с 28 сентября по 1 октября 1992 г. состоится Международный симпозиум по аллергологии и клинической иммунологии.

Адрес оргкомитета: Казахстан, 480002, г. Алма-Ата, ул. Пастера, 34, НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней.

Тел. 30-09-32 Проф. Р. К. Ермаковой

С 1 по 5 декабря планируется проведение 3 Национального конгресса по болезням органов дыхания в г. Санкт-Петербурге. Конгресс посвящается 25-летию Института пульмонологии г. Санкт-Петербурга. Во время работы конгресса будет организована международная выставка фармакологических препаратов и медицинского оборудования. По вопросам участия в конгрессе обращайтесь по адресу: 197089 г. Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12, НИИ пульмонологии. По вопросам участия в выставке — по адресу: 105077, Москва, 11-я Парковая улица, 32/61, Всероссийское научное общество пульмонологов.

© Ю. Н. ЛЕВАШЕВ, 1992

УДК 616.24-089.843

Ю. Н. Левашев

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТЕ II ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНОГО СЕМИНАРА ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ

Отдел хирургии и трансплантации легких ВНИИ пульмонологии МЗ РФ

В Цюрихе 27—28 июня 1991 года проходил семинар по проблеме трансплантации легких (ТЛ), в работе которого, наряду с местными специалистами, приняли участие американские, канадские, английские, немецкие и французские хирурги. Присутствовало более 300 участников из разных стран мира. Было сделано около 40 докладов, продемонстрировано несколько кинофильмов и интересных случаев из практики. Программа была очень насыщенной и разнообразной, т. к. были затронуты все разделы ТЛ: показания к различного вида операциям, подбор доноров и реципиентов, варианты консервации органов, техника односторонней и двусторонней ТЛ, послеоперационные осложнения, профилактика и борьба с ними, непосредственные и отдаленные резуль-

таты лечения в зависимости от вида трансплантации и форм заболевания. Для простоты изложения представленные сообщения будут систематизированы именно в таком порядке.

В программном докладе председатель оргкомитета J. D. Cooper (St. Louis, Missouri) представил данные добровольного международного регистра ТЛ до апреля 1991 года. В период 1963—1973 гг. в различных медицинских центрах мира было выполнено по крайней мере 36 ТЛ. Только 3 пациента прожили более 1 месяца и 1 — около 10 месяцев. В последние 10 лет предпринималось еще несколько безуспешных попыток ТЛ и, только начиная с 80-х годов, т. е. после первой успешной ТЛ у пациента с легочным фиброзом (J. D. Cooper, Toronto), число их стало расти из года в год: 1983 г. — 1,

1984 г.— 1, 1985 г.— 5, 1986 г.— 4, 1987 г.— 34, 1988 г.— 71, 1989 г.— 146, 1990 г.— 292 и за 3 месяца 1991 г.— 64 ТЛ. В Америке выполнено 335 ТЛ, во Франции — 105, в Канаде — 79, в Англии — 38, в других странах — 80. Односторонние ТЛ (ОТЛ) произведены у 428 больных, билатеральные (БТЛ) — у 99 и en block (когда также анастомозируются трахеи донора и реципиента) — у 105. О характере 5 ТЛ не известно. В 201 случае легкое пересаживалось слева, в 148 — справа, в 79 — точно не сообщалось. О трансплантации легких в комплексе с сердцем на этом семинаре речь не шла, т. к. это, как правило, удел кардиохирургов, а отдаленные результаты их наблюдаются уже несколько десятилетий.

Е. Р. Trulock (St. Louis), систематизируя результаты отбора реципиентов трансплантационной группой Вашингтонского университета, считает, что в настоящее время ТЛ осуществляется у лиц с заболеваниями легочной паранхимы, дыхательных путей и легочных сосудов, при этом следует различать обструктивные и рестриктивные поражения легких и в то же время выделять группы, требующие специального подхода, а именно: больных с эмфиземой легких, инфекционными процессами (муковисцидоз, бронхоэктазии) и легочной гипертензией. Тем не менее рекомендации по отбору реципиентов имеют много общего: неблагоприятный (ограниченный до 1—2 лет) прогноз жизни, неэффективная консервативная терапия, существенное ограничение жизненной активности, адекватная сердечная функция без значительного поражения коронарных сосудов и, наконец, удовлетворительное психосоциальное и эмоциональное состояние. Очевидно, что не все пациенты с хроническими заболеваниями легких в терминальной стадии, а тем более лица, требующие вспомогательной вентиляции, могут рассматриваться как кандидаты для ТЛ. В то же время клинические симптомы ухудшения состояния, нарушение функции легких (снижение ЖЕЛ < 50 % от должной), нарастание зависимости от кислорода, частые обострения и госпитализации на фоне интенсивной терапии являются достоверными показателями прогрессирования болезни.

ТЛ в Центре трансплантации Вашингтонского университета начаты в июне 1988 г. и до 31 января 1991 г. их было выполнено 69 у 66 реципиентов. В течение 1 года около 20 % обратившихся за помощью подверглись обследованию по специальной программе. Из них только половина была отобрана для ТЛ. С накоплением опыта и знаний, расширением показаний и усовершенствованием хирургической техники круг потенциальных реципиентов расширился.

В. Andreassian et al. (Hopital Beaujon, France) поделились опытом ТЛ, выполненных у 33 пациентов, из них у 19 — с эмфиземой легких, у 9 — с легочным фиброзом различного генеза, у 3 — с легочной гипертензией и у 2 — с бронхоэктазиями. При наличии инфекции осуществлялись БТЛ, без нее — ОТЛ.

J. P. Duchatelle et al., также анализируя материал Hopital Beaujon, Clichy (France), подчеркнули, что если с 1983 г. до 1988 г. ОТЛ осуществлялась только при фиброзирующих заболеваниях легких, то к настоящему времени 60 % (19 из 32) ТЛ в центре выполнено по поводу ХНЗЛ и 60 % (15 из 25) ОТЛ — при эмфиземе легких. При этом у 8 пациентов была выявлена α_1 -антитриптическая недостаточность.

Успехи, достигнутые при ОТЛ у пациентов других групп, позволили М. К. Rasque (St. Louis) выполнить подобные операции у 9 больных с терминальной легочной гипертензией различного генеза.

На особых проблемах, встречающихся при ТЛ у больных с муковисцидозом (МВ), остановились R. Giudicelli (Marseille) и D. Mudler et al. (Montreal). Они представили совместный материал: с 1988 г. по 1991 г. в лист ожидания были включены 98 пациентов в возрасте 6—42 лет. Из них 30 больным выполнена БТЛ, 31 пациент погиб в ожидании донора. Наряду с общепринятыми критериями для отбора реципиентов, в этой группе обязательно учитывается зависимость больного от антибиотиков, интервалы ремиссии между курсами лечения и снижение веса тела.

Th. L. Spray (St. Louis) подчеркнул, что лишь у небольшого числа детей с МВ возникает необходимость в ТЛ до 16 лет. За 1 год оперировано 8 детей, которым выполнено 5 ОТЛ

и 3 БТЛ по поводу врожденных заболеваний легких или легочного фиброза.

L. R. Kaiser, J. Dark (St. Louis) и T. M. Egan (Chape, HiU, USA), а также H. J. Schäfers (Hannover) осветили вопросы техники забора легких и их консервации, а также критерии отбора доноров. Последний опыт свидетельствует о том, что только 15—20 % потенциальных доноров пригодны для забора органов и только часть из них — для мультиорганного забора. При этом считается, что среднее артериальное давление должно быть не ниже 60 мм рт. ст., а $pO_2 > 300$ мм рт. ст. при дыхании 100 % кислородом в течение 5 мин.

Дискуссионным остается вопрос: при каких заболеваниях целесообразно осуществлять ОТЛ, а в каких случаях — БТЛ. Как было отмечено, Е. Р. Trulock этому вопросу уделил особое внимание. Он считает, что БТЛ показана при заболеваниях, осложненных хронической инфекцией, таких как бронхоэктазии, МВ и др. ОТЛ в этих ситуациях не показана, т. к. существует опасность инфицирования трансплантата из оставшегося легкого. В связи с безуспешностью первых ОТЛ при эмфиземе и других обструктивных заболеваниях легких БТЛ первоначально рассматривалась как операция выбора. Однако современный опыт ОТЛ у таких пациентов обнадеживает. Следовательно, можно считать, что в каждом случае вопрос о выборе оперативного вмешательства как у больных с обструктивными заболеваниями легких, так и у лиц с хронической инфекцией должен решаться индивидуально. ОТЛ — более простая операция и, вероятно, предпочтительнее у лиц старшего возраста, а также и при наличии факторов операционного риска, при операциях на органах грудной клетки в анамнезе и сопутствующей патологии. Если вначале ОТЛ осуществлялась главным образом у лиц с терминальной стадией фиброза легких, то в последние годы она выполняется и при обструктивных заболеваниях, двусторонних бронхоэктазиях и легочной гипертензии. В таких случаях ТЛ планируется на стороне наибольшего поражения и с меньшей функциональной способностью легкого. Если планируется БТЛ, сторона с худшей функцией должна быть оперирована в первую очередь, что нередко позволяет избежать подключения аппарата искусственного кровообращения.

М. F. Hodson (London), напротив, считает, что ОТЛ у пациентов с МВ неприемлемы в связи с опасностью инфицирования. При БТЛ возникает проблема с анастомозами. По этой причине операций выбора является трансплантация комплекса «сердце — легкие» с последующим использованием сердца реципиента по принципу «domino».

М. К. Rasque полагает, что ОТЛ вполне оправдана у лиц с терминальной легочной гипертензией, но подключение аппарата искусственного кровообращения в таких случаях является обязательным. Этот прием позволил у 4 из 9 пациентов устранить одновременно и пороки сердца. Кроме того, противоположное донорское легкое было использовано во всех случаях, а сердце — у 7 больных. Таким образом, всего была выполнена 21 трансплантация 21 пациенту от 8 доноров.

Проблеме ОТЛ посвятил доклад G. A. Patterson (Toronto), уделив особое внимание выбору стороны и техники оперативного вмешательства. Обычно пересадка осуществляется на стороне наименьшей функции легкого. При отсутствии различий предпочтение отдается правосторонней пересадке, что позволяет трансплантировать легкое больших размеров, а при искусственном кровообращении — канюлировать сосуды. В первую очередь это касается больных с эмфиземой легких и патологией сосудов.

J. D. Coorger, напротив, уточнил показания к БТЛ у больных с МВ и другими инфекционными заболеваниями легких. У молодых лиц с эмфиземой легких этим операциям следует отдавать предпочтение. Технике ТЛ был посвящен кинофильм.

Th. L. Spray поддержал J. D. Coorger, подчеркнув, что ОТЛ и БТЛ не являются конкурирующими операциями, во всех случаях следует подходить строго индивидуально. Он отметил, что у некоторых детей даже после ОТЛ существенно улучшается желудочковая функция сердца. Такого же мнения придерживаются J. D. Duchatelle et al., изучив непосредственные и отдаленные результаты ОТЛ при эмфиземе и других заболеваниях легких. Автором выполнены ТЛ у 60 больных в возрасте 9—61 года (в среднем 39 лет), из них трансплантация

комплекса «сердце — легкие» — в 39 случаях, БТЛ — в 14 и ОТЛ — в 7.

Оригинальную модификацию бронхиальной реваскуляризации при БТЛ en block представил L. Couraud (France, Bordeaux). Суть ее заключается в том, что у 10 пациентов выполнена БТЛ с наложением анастомоза между участком аорты донора и переднебоковой поверхностью нисходящей аорты реципиента с помощью большой подкожной вены реципиента. С точки зрения автора, эта операция безопасна и в то же время улучшает бронхиальную васкуляризацию трансплантатов.

На вопросах анестезиологического пособия при ТЛ остановились L. Raffin et al. (France, Suresnes), считая, что проблемы, возникающие при БТЛ, аналогичны таковым при ОТЛ. В большинстве случаев их можно выполнить без искусственного кровообращения: вторая трансплантация осуществляется на фоне поддержания газового состава крови за счет первого трансплантата. До начала второй ТЛ следует тщательно оценить функцию первого трансплантата.

Ю. Н. Левашев и др. (Санкт-Петербург), проведя 70 экспериментов на собаках, обосновали оптимальную реваскуляризацию бронхиальных и трахеальных анастомозов после свободной аллотрансплантации трахеи или изолированного легкого с использованием лоскута большого сальника. Учитывая результаты экспериментальных исследований, впервые была осуществлена в клинике успешная аллотрансплантация грудного отдела трахеи с оментопластикой и ОТЛ (впервые в нашей стране).

Вопросам иммуносупрессивной терапии были посвящены сообщения Е. Р. Trulock, J. D. Cooreg, Ю. Н. Левашева и др. Все авторы приходят к убеждению, что после ТЛ оптимальной является триплексная иммунотерапия: циклоспорином, азатиоприном и АТГ. Отероидные гормоны целесообразно подключать лишь через 2—3 недели после операции. Неблагоприятное их влияние на заживление бронхиального анастомоза доказано в экспериментах на собаках. Клинических данных по этому вопросу не опубликовано, а предварительные сообщения об осложнениях со стороны дыхательных путей весьма противоречивы. Тем не менее в большинстве случаев изложенная тактика себя оправдывает, однако у ряда пациентов она не предупреждает развития реакции отторжения. Эта проблема также глубоко проанализирована в докладах Е. Р. Trulock и J. D. Cooreg. Диагноз острого отторжения в послеоперационном периоде ставится на основании следующих критериев: повышения температуры тела, снижения давления газов крови более чем на 10 мм рт. ст. ниже нормы, появления инфильтративных изменений в корне или в трансплантированном легком, снижения ЖЕЛ. Положительный ответ на введение метипреда свидетельствует в пользу острого отторжения при дифференциальной диагностике его с присоединившейся инфекцией. Выполнение трансбронхиальных биопсий в таких случаях имеет решающее значение в 85 %. В последние годы для этих же целей используется бронхиальный лаваж. Острое отторжение лечится метилпреднизолоном в высоких дозах — этого лечения обычно бывает достаточно. Эпизоды отторжения, развившиеся позже, могут быть устранены назначением еще больших доз преднизолона с последующим уменьшением. Хотя применение стероидов и является методом выбора, альтернативой считается назначение антилимфоцитарных глобулинов и ОКТЗ (моноклональные антитела).

Изучению острых и хронических изменений при ТЛ у крыс было посвящено сообщение J. Prep (Netherlands). Эксперименты показали важное значение лимфоидной ткани пересаженного легкого в развитии реакции отторжения. Кроме того, выявлено, что иммунный ответ трансплантата значительно снижается и это делает его более ранимым.

Другим важным фактором, которому было уделено особое внимание в вышеуказанных докладах, потенциально влияющим на состояние трансплантата и выживаемость пациента, является цитомегаловирусная инфекция (CMV). Установлено, что при трансплантации различных органов частота CMV-инфекции у реципиентов, обследованных серологически, колеблется в пределах 75—100 %. В 30—50 % из них развиваются CMV-заболевания: пневмониты, колиты, гепатиты и пр. 46 пациентов, перенесших ТЛ в Вашингтонском университе-

те в последние 2 года, были всесторонне обследованы на CMV в сроки до 584 дней. Результаты этих исследований пока только систематизируются. Для пациентов с CMV-несовместимостью (донор позитивный, реципиент негативный) авторы пытались использовать различные режимы профилактики, но без особого успеха. В эту схему они включали 800 мг ацикловира (4 раза в день), гипериммунный глобулин (1 раз в неделю) и ганцикловир в течение первых трех недель. Высказано предположение, что профилактика ганцикловиром между 3 и 6-й неделями, вероятно, будет более эффективной, т. к. именно в это время чаще проявляются первые симптомы CMV-пневмонита. При прогрессировании этого процесса препарат применяется по 5 мг/кг через каждые 12 часов.

Не менее грозным осложнением в раннем послеоперационном периоде является несостоятельность бронхиального анастомоза, которая после ОТЛ встречается в 19 % случаев, после БТЛ — в 31 % (L. R. Kaiser). В 80 % эти дефекты протекают, как правило, бессимптомно и случайно выявляются при бронхоскопии, заживая без каких-либо дополнительных мероприятий. В остальных наблюдениях они требуют или повторных хирургических вмешательств, или постановки силиконового стента.

Специально этому вопросу посвятил свое сообщение Н. J. Shäfers (Germany, Hannover). На ранних этапах развития ТЛ осложнения со стороны дыхательных путей были основной причиной летальных исходов. После того, как начали использовать оментопексию и исключили в раннем послеоперационном периоде применение стероидов, удалось выполнить первые успешные ТЛ. Тем не менее, несмотря на это, бронхиальные осложнения встречаются нередко и являются одной из причин фатальных исходов. Объясняется это тем, что после прекращения физиологического бронхиального кровотока донорский бронх находится в состоянии ишемии в среднем в течение 3—4 нед. Если коллатеральный кровоток оказывается неадекватным (в 10—20 %), возникает существенная ишемизация и как следствие — некроз хряща с утратой слизистого и подслизистого слоя. У лиц, переживших острый период, впоследствии обычно развивается бронхомаляция или рубцовый стеноз. Паллиативно он может быть устранен только установкой эндобронхиального силиконового стента, размер и оптимальное расположение которого является важным условием для результатов лечения.

Непосредственные результаты, по данным разных авторов, выглядели по-разному — во многом они зависели от состава оперированных больных и возникших осложнений. Так, из 66 пациентов, оперированных в Вашингтонском центре, 3 перенесли повторные трансплантации вследствие ранней дисфункции трансплантата (2) и реакции отторжения (1).

Большинство осложнений со стороны сердца и дыхательных путей возникло в первые 50 дней после операции. Значительных отличий в функциональных нарушениях и отклонениях газового состава крови у пациентов после ОТЛ и БТЛ не отмечено (среднее значение pO_2 непосредственно после операции было в пределах 55 мм рт. ст.).

Характерно, что функция легких существенно улучшилась в обеих группах. Незначительные обструктивные нарушения сохранялись после ОТЛ, после БТЛ ОФВ₁ был значительно лучше.

У всех больных с МВ при исследовании мокроты была выявлена синегнойная палочка, однако форм, резистентных к антибиотикам, не было.

У 6 больных с первичной легочной гипертензией и 2 с синдромом Эйзенменгера сразу же после ОТЛ отмечена нормализация давления в легочной артерии и сердечного индекса. Все они живы в сроки до 15 месяцев. Улучшение этих показателей М. К. Rasque связывает как с применением системной гипотензивной терапии и электростимуляции, так и с положительным эффектом ТЛ вследствие снижения легочного сосудистого сопротивления. По-видимому, по этой причине все 8 из 9 выживших пациентов с первичной легочной гипертензией после ОТЛ чувствуют себя хорошо в течение одного года и имеют нормальную толерантность к физической нагрузке. В целом после ТЛ en block у больных с высоким риском выживаемость составила только 25 % (2 из 8 реципиентов), а после ОТЛ и БТЛ — 94 % (30 из 32) и 88 % (23 из

26) соответственно. Длительная выживаемость после ОТЛ составила 90 %, самый большой срок в этой группе — 2 года. После БТЛ она была около 82 %, наибольший срок — 16 месяцев. Таким образом, из 66 реципиентов, которым было выполнено 69 ТЛ, в течение 1 года прожили 79 %, из них после ОТЛ и БТЛ — 86 %.

По данным L. R. Kaisera, из 32 больных, которым выполнены различного вида ТЛ, погибли 4 человека: после ОТЛ — 1, после БТЛ — 3. По одному пациенту в каждой группе перенесли ретрансплантацию из-за дисфункции трансплантата. Несмотря на то, что в группе с БТЛ было больше осложнений, чем в группе с ОТЛ, реципиентам после ОТЛ, тем не менее, потребовался больший период времени (в среднем около 10 дней), чем после БТЛ (6,5 дней), для достижения pO_2 свыше 60 мм рт. ст. В связи с изложенным был поставлен вопрос: должны ли пациенты с эмфиземой «получать» одно или два легких, учитывая, что БТЛ сопровождается большим числом осложнений, небольшими функциональными преимуществами и утилизацией обоих донорских легких. По-видимому, окончательный ответ будет получен после анализа отдаленных результатов.

Аналогичные данные привел J. P. Duchatelle в группе больных с эмфиземой легких, перенесших ОТЛ. Больничная выживаемость составила 80 % (12 из 15). Все выжившие пациенты, за исключением одного, перестали быть кислородозависимыми и имели хорошие функциональные результаты. Трех из них через 7, 8 и 31 месяц выполнена ретрансплантация легкого, имелся один поздний летальный исход. Через 6 месяцев после первой ТЛ выживаемость составила 80 %, через 1 год — 71 %. Радиоизотопное исследование в отдаленные сроки показало перфузию трансплантата в пределах 55–80 %, вентиляцию — около 75 %.

J. Dark в серии из 25 ОТЛ констатировал 10 летальных исходов: 6 больных умерли в раннем послеоперационном периоде, 4 — в отдаленные сроки, из них 2 — от сепсиса через 2 и 5 месяцев и 2 — вследствие облитерирующего бронхолита через 6 и 9 месяцев.

По данным Марсельской и Монреальской группы, больничная летальность через 2 месяца после БТЛ у больных с МВ составила около 37 % (11 из 30 больных): погибли 2 из 12 детей (причины смерти — гипоксия головного мозга и реакция отторжения) и 9 из 18 взрослых. В двух случаях выполнена ретрансплантация: в одном — ОТЛ, в другом — трансплантация комплекса «сердце — легкие». Первый пациент погиб через 24 часа, второй жив в течение 2 месяцев.

P. Dortevelle (Le Plessis, France) представил пятилетний опыт ТЛ центра Марии Ланнелонг: после 39 трансплантаций комплекса «сердце — легкие» умер один больной вследствие несостоятельности трахеального анастомоза, в трех случаях в отдаленные сроки установлены стенты по поводу стеноза. Первый пациент после БТЛ en block умер из-за некроза бифуркации трахеи, у 13 других больных с анастомозами на уровне главных бронхов заживление протекало нормально. В двух случаях в последующем развились стенозы левого главного и промежуточного бронхов. Они были легко

устранены после установки стента. В трех из 7 наблюдений после ОТЛ возникшие бронхиальные осложнения также потребовали эндопротезирования. Уровень выживаемости через 1 год в целом составил 67 %, через 4 года — 48 %, без существенных различий в указанных группах.

По мнению W. Klepetro (Austrie), трахеобронхиальные осложнения после ТЛ в основном возникают или из-за нарушения кровоснабжения донорского бронха, или из-за несовершенной техники наложения анастомоза. По этой причине, вероятно, в 7 из 25 случаев ТЛ возникли стенозы, что составило 24 %. Средний промежуток времени от момента операции до развития значительного стеноза составил 60 дней (от 28 до 110 дней). Силиконовый стент диаметром от 6 до 8 мм был установлен у 6 больных, у 3 из них он имел Y-образную форму и переходил на шпору верхнедолевого бронха. У всех пациентов, кроме одного, функция легкого существенно улучшилась. У двух больных стент был удален спустя 58 и 105 дней. У одного пациента выявлен длинный стенозированный бронх реципиента — ему произведена резекция участка бронха. Одному больному через 266 дней после БТЛ по поводу стеноза в области анастомоза выполнена лазерная фотокоагуляция, осложнившаяся профузным кровотечением из легочной артерии, в результате чего больной погиб. В одном наблюдении на 14-й день после БТЛ развилась тяжелая ишемия бронха, однако после 6-недельной ИВЛ и использования Y-образного стента состояние больного улучшилось, и через 5 месяцев он подвергся билатеральной ретрансплантации легких. Чувствует себя хорошо.

На основании периодических эндоскопических обследований после ТЛ у 42 больных L. Cougaud (Bordeaux, France) установил четыре типа заживления трахеобронхиального анастомоза, которые, по его мнению, в меньшей степени зависят от иммуносупрессивной терапии и в большей — от ишемизации, что оправдывает попытки реваскуляризации бронхиального анастомоза. Как было отмечено выше, для этих целей в 10 случаях БТЛ автор с успехом использовал большую подковую вену, анастомозирующую аорту реципиента с участком аорты донора, включающим устья бронхиальных артерий.

Итоги подвел J. D. Соорег и привел следующие цифры интернационального трансплантационного регистра: если годичная выживаемость после ТЛ в период с 1983 по 1989 г. (115 реципиентов) составляла 50 %, то с 1989 по 1991 г. (471 больной) — уже 69 %. После ОТЛ (390 больных) она была 66 %, после БТЛ (88) — 63 %, после БТЛ et block (104) — 58 %. J. D. Соорег считает, что в течение последних лет значительно увеличилось число ТЛ, а непосредственные и отдаленные результаты существенно улучшились. Если в первое время основным показанием к ТЛ был легочный фиброз, то в последние годы круг нозологических заболеваний существенно расширился: эмфизема, бронхоэктазии, муковисцидоз и др. С накоплением опыта и глубоким анализом материала можно оптимистично смотреть на эту проблему.

Поступила 26.01.92

Новое о лекарственных препаратах

Российский центр фармацевтической и медико-технической информации Министерства здравоохранения Российской Федерации «ФАРМЕДИНФО» (организованный на базе Всесоюзного центра научно-фармацевтической информации В/О «Союзфармация») предлагает Вашему вниманию ряд важнейших отечественных препаратов, освоенных промышленностью в 1989—1991 гг.

Представленные лекарственные средства хорошо зареко-

мендовали себя в ходе клинических испытаний и могут быть использованы для специфического и комплексного лечения как взрослых, так и детей.

В условиях кризиса лекарственного обеспечения освоение новых препаратов и их внедрение расширяет возможности врачей при лечении тяжелых заболеваний. Однако при назначении лекарств необходимо следить за информацией о их поступлении в аптечную сеть.