

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 рО₂ 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 бронхита 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 подкожную вену, анастомозирующую аорту реципиента с участком артерии донора, включающим устья бронхиальных артерий.

Итоги подвел J. D. Соорег и привел следующие цифры интернационального трансплантационного регистра: если годовая 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.

Наименование препарата и форма выпуска	Синонимы лекарственных средств, зарегистрированных в СССР	Фармакологическое действие	Применение
1	2	3	4
<p>ТРОВЕНТОЛ, аэрозольные алюминиевые баллоны по 21,0 г, снабженные дозирующим клапаном (1 доза — 80 мкг). ТЕОПЭК, таблетки 0,3 г, в упаковке 50 штук</p>	<p>Тривентол (Финляндия) Ретафил (Финляндия), Теобиолонг (СССР), Теофиллин (СССР)</p>	<p>Антихолинергическое средство, оказывающее сильное и длительное действие на холинорецепторы бронхиальной мускулатуры. Пролонгированная форма теофиллина. Расслабляет мускулатуру бронхов и способствует снятию бронхоспазмов.</p>	<p>Бронхорасширяющий эффект наступает через 15—20 минут после ингаляции и сохраняется в течение 4—5 часов. Взрослым и детям в качестве бронхолитического средства при всех формах бронхиальной обструкции: бронхиальной астме, хроническом обструктивном бронхите, обструктивной эмфиземе легких и др.</p>
<p>ТИМОПТИН, флаконы по 100 мкг в комплекте с ампулой 1 мл изотонического раствора натрия хлорида для инъекций.</p>		<p>Иммуностимулирующее средство, содержащее комплекс полипептидов, включая получаемый из тимуса тимозин.</p>	<p>Взрослым при недостаточности функции вилочковой железы, тяжелых инфекциях и других иммунодефицитных состояниях.</p>
<p>ТИМОГЕН, стерильный раствор в ампулах, флаконах и тубик-капельницах по 1,0 мл (содержание препарата 100 мкг); стерильный лиофилизированный порошок во флаконах и ампулах по 100 мкг</p>		<p>Синтетический дипептид, аналогичный дипептиду, выделенному из тимуса. Иммуномодулятор.</p>	<p>Взрослым и детям при заболеваниях, сопровождающихся угнетением иммунитета.</p>
<p>РЕДЕРГИН, таблетки по 0,0015 г, в упаковке 20 штук.</p>	<p>Редергин (СФРЮ)</p>	<p>Оказывает альфа-адреноблолирующее действие, снижает сопротивление церебральных и периферических сосудов, увеличивает мозговой кровоток, предотвращает повышение артериального давления.</p>	<p>Взрослым в качестве вазодилатора при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения, периферической ангиопатии и других состояниях, связанных с нарушением церебрального и периферического кровообращения.</p>
<p>ФУРОСЕМИД, 1 % раствор в ампулах по 2 мл, таблетки по 40 мг.</p>	<p>Лазикс (Индия, СФРЮ, ФРГ), Фрузикс (Индия), Фурантрил (Болгария), Фуросемид (ПР, Болгария, Финляндия)</p>	<p>Сильное диуретическое (салуретическое) средство.</p>	<p>При застойных явлениях в малом и большом круге кровообращения, связанных с сердечной недостаточностью, отеке мозга и легких, циррозе печени с явлениями портальной гипертензии, хронической и острой почечной недостаточности.</p>
<p>ПИРАЦЕТАМ, гранулы по 56,0 г для приготовления сиропа для детей, во флаконах со стаканчиками.</p>	<p>Ноотропил (Бельгия, ПР), Пирамен (Болгария)</p>	<p>Ноотропное средство, оказывает положительное влияние на обменные процессы мозга.</p>	<p>В детской психиатрии и неврологии при сосудистых заболеваниях головного мозга с явлениями хронической церебрально-сосудистой недостаточности, нарушениях мозгового кровообращения, у больных с невротическими и астенодинамическими депрессивными состояниями различного генеза, а также при терапии апатических дефектных состояний при шизофрении.</p>
<p>ЦИТРАГЛЮКОСОЛАН, порошок в пакетах по 2,39; 11,95 и 29,9 г.</p>		<p>Восстанавливает нарушенное при обезвоживании организма водно-электролитное равновесие и корректирует ацидоз.</p>	<p>В педиатрии при комплексной терапии для восстановления водно-электролитного обмена, коррекции ацидоза в случае острой диареи (включая холеру) и при тепловых поражениях.</p>