

В дореволюционной Удмуртии до 77% коренного населения было поражено трахомой. В результате больших усилий ученых Ижевского медицинского института, врачей-окулистов и общественности трахома в республике изжита.

В Удмуртии трудится 12000 медицинских работников, в том числе около 2400 врачей.

Наряду с общей численностью, росло и число врачей-специалистов, необходимых для все возрастающего объема специализированной медицинской помощи населению. Большую роль в этом играет Ижевский медицинский институт, созданный в 1933 г. Он открыл широкие возможности для подготовки врачей из удмуртов. Большинство врачей, работающих в медицинских учреждениях Удмуртии, является выпускниками этого института. Среди них министр здравоохранения республики К. М. Мирошкина, заместители министра А. М. Газизов, Н. И. Анисимов, З. М. Рябинкина, Т. Г. Шулепова, главные специалисты Министерства здравоохранения УАССР Е. М. Еговкина, Г. А. Огиянков, Г. Н. Клепова, главные врачи больниц А. В. Бабуриц, Ю. Ф. Семакин, В. А. Ус и многие другие. Бывшими выпускниками этого института являются его ректор доц. А. М. Загребин, проректор доц. А. И. Чукавина, заведующие кафедрами проф. Л. А. Лещинский, доценты Н. Н. Ежова, А. П. Верещагин, М. Ф. Кузьмин и другие.

Кадрами средних медицинских работников обеспечивают республику пять медицинских училищ, в числе которых Ижевское, недавно отметившее свое сорокалетие.

Тысячи медицинских и аптечных работников, десятки учреждений участвуют в движении за коммунистическое отношение к труду. Лучшие из лучших удостоены почетного звания «Ударник коммунистического труда». Многие медицинские учреждения стали школами передового опыта работы.

Трудящиеся Удмуртской АССР с большим уважением относятся к заслуженным врачам РСФСР и Удмуртской АССР, отличникам здравоохранения О. К. Выгодчиковой, И. М. Сорокину, М. И. Ленцову, М. А. Шуравиной, Е. А. Кучурину и многим другим.

Успехи здравоохранения Удмуртской АССР были бы невозможны без активного участия населения в области охраны здоровья народа. Вместе с медицинскими работниками санитарные активисты, члены общества Красного Креста участвуют во всенародном походе за санитарную культуру населения.

В канун полувекowego юбилея Советской власти медицинские работники Удмуртии полны решимости поднять еще выше качество и культуру медицинской помощи населению.

УДК 617.54—089

## ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ

*Б. А. Королев*

*Клиника госпитальной хирургии лечебного факультета  
(зав. — член-корр. АМН СССР проф. Б. А. Королев)  
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова*

Многие выдающиеся отечественные хирурги еще в дореволюционный период положили начало грудной хирургии (И. И. Насилов, В. Д. Добромислов, И. Ф. Сабанеев, П. И. Тихов, А. Г. Подрез, П. И. Дьяконов, М. С. Субботин, Г. Ф. Цейдлер, Н. И. Шаховской,

Н. И. Напалков, М. М. Трофимов и другие), но только после Октября были созданы благоприятные условия для дальнейшего ее развития. Ряд крупных хирургических школ сыграл в этом отношении особенно выдающуюся роль. К ним следует отнести оригинальные школы Н. Н. Бурденко, С. И. Спасокукоцкого, А. В. Вишневского, П. А. Герцена, С. П. Федорова, Н. Н. Петрова, В. А. Оппеля, Ю. Ю. Джanelидзе, С. С. Юдина.

Создание специальных научно-исследовательских институтов позволило особенно быстро и успешно разрабатывать многие научные и практические проблемы грудной хирургии. Большой вклад в это внесли Институт хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, Институт сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР, Институт клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР, Институт экспериментальной биологии и медицины МЗ РСФСР (г. Новосибирск), Институт туберкулеза и грудной хирургии МЗ УССР (г. Киев) и ряд других институтов, в том числе онкологических и противотуберкулезных.

### *Хирургия пищевода*

Особенно хорошо и быстро в послевоенный период развивалась хирургия пищевода и кардии желудка. Отечественные хирурги сыграли большую роль в зарождении и развитии этого раздела хирургии. С. С. Юдин (1954) писал, что «именно русским хирургам принадлежит приоритет в отношении либо основной руководящей идеи, открывающей новые пути в хирургии пищевода, либо первого успешного осуществления тех задач, которые назревали уже давно, но практическое решение которых не смогли дать хирурги других стран»<sup>1</sup>.

Меньше чем за два последних десятилетия вышел ряд монографий по хирургии пищевода (Б. В. Петровский, 1950; Е. Л. Березов, 1951; В. И. Казанский, 1951; С. С. Юдин, 1954; Н. В. Антелава, 1958; Г. Р. Хундадзе, Н. М. Амосов, 1958; П. А. Куприянов, 1960; Ю. Е. Березов, 1960; В. И. Попов и В. И. Филин, 1965; Ю. Е. Березов и М. С. Григорьев, 1965; В. В. Уткин, 1966, и др.), которые способствовали быстрому распространению операций на пищеводе не только в клиниках, но и в крупных хирургических отделениях больниц.

Следует отметить, что первое успешное вмешательство по поводу рака грудного отдела пищевода в СССР выполнено в 1945 г. В. И. Казанским. Им была предложена методика операции по типу Торека—Цлаера с выведением верхнего отдела пищевода под кожу с наложением желудочной фистулы. В 1946 г. Б. В. Петровский впервые в Союзе произвел резекцию пищевода с наложением первичного внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза.

Большой вклад в хирургию пищевода внесли в последующем П. А. Куприянов, Б. С. Розанов, Б. А. Петров, А. А. Вишневский, Ф. Г. Углов, Е. Л. Березов, Ю. Е. Березов, А. А. Полянец, С. В. Гейнац, А. А. Русанов, В. И. Попов и другие. Выдающимися являются и труды крупнейшего советского хирурга А. Г. Савиных (г. Томск), который с большой настойчивостью и размахом проводил разработку хирургических методов лечения при болезнях кардии и пищевода. Еще в 1929 г. им предложен оригинальный метод чрезбрюшной сагитальной медиастинотомии. За труд о хирургических вмешательствах при раке кардии А. Г. Савиных был удостоен Государственной премии.

Благодаря работам С. С. Юдина и его сотрудников (Б. А. Петров, П. И. Андронов и др.) Советский Союз занял первое место по разработке и применению в практике тонко- и толстокишечной пластики при рубцовых сужениях пищевода.

В настоящее время интенсивно изучается в эксперименте гомо- и аллопластика пищевода (А. А. Вишневский, Т. Т. Дауровец, В. П. Мельников, Е. В. Колесов, Э. Н. Ванцан и др.).

В последние годы при восстановительных операциях на пищеводе стали применять сосудистый шов и сегментарную пластику пищевода и тонкой кишки.

<sup>1</sup> «Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода».

Не меньшего развития и успехов, чем хирургия пищевода, достигла в нашей стране и хирургия легких. Этому содействовало издание монографий А. Н. Бакулева и А. В. Герасимовой (1949), Ф. Г. Углова (1950, 1954), коллективного руководства под редакцией П. А. Куприянова (1955), В. И. Стручкова (1958). В последующем вышли монографии И. С. Колесникова (1960), А. Н. Бакулева и Р. С. Колесниковой (1961). Раку и опухолям легких посвящены монографии А. И. Савицкого (1957), Ф. Г. Углова (1958), В. И. Стручкова и А. В. Григоряна (1964), Ю. А. Ратнера (1966) и ряд монографий по хирургии туберкулеза легких (Л. К. Богуша и соавт., И. С. Колесникова и соавт., и др.).

В бурном развитии легочной хирургии большую роль сыграли С. И. Спасокукоцкий и его ученики. В 1925 г. С. И. Спасокукоцкий опубликовал сообщение о лобэктомии при бронхоэктазах. Одним из первых в Советском Союзе систематически начал применять резекции легких ученик С. И. Спасокукоцкого Б. Э. Линберг. Еще в 1935 г. он произвел с благоприятным успехом две лобэктомии по поводу бронхоэктазов. В 1937 г. Ю. Ю. Джанелидзе сделал лобэктомно по поводу туберкулеза легких. До 1941 г. лобэктомии произвели А. Н. Бакулев, В. Р. Брайцев, Л. К. Богуш, Н. Н. Бурденко, А. В. Вишневский, А. А. Вишневский. С 1946—1947 гг. стали осуществляться пневмонэктомии (А. Н. Бакулев, Ф. Г. Углов, П. А. Куприянов, Б. К. Осипов, Л. К. Богуш).

В настоящее время отечественными хирургами накоплен громадный опыт в резекции легких при гнойных заболеваниях, опухолях и туберкулезе легких. В хирургии легких намечился новый, чрезвычайно актуальный путь реконструктивно-восстановительной хирургии бронхиального дерева. Пластические операции на бронхах создают возможность у ряда больных вместо пневмонэктомии производить частичную резекцию легкого с восстановлением воздухоносных путей межартериальным анастомозом.

Резекция и пластика бронхов успешно применяются в Институте клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР (М. И. Перельман, А. П. Кузьмичев, Н. С. Королева), в Институте туберкулеза МЗ СССР (Л. К. Богуш, В. С. Северов), в Институте онкологии им. П. А. Герцена, в клинике торакальной хирургии Киевского института усовершенствования врачей (О. М. Авилова), в клинике госпитальной хирургии Горьковского медицинского института (Б. А. Королев, А. П. Морозова).

В 1966 г. вышла монография Б. В. Петровского, М. И. Перельмана и А. П. Кузьмичева по резекции и пластике бронхов, обобщающая клинический и экспериментальный опыт. Освоение резекции и пластики бронхов позволило приступить к операциям на бифуркации трахеи и ее грудном отделе (М. И. Перельман, Б. А. Королев).

В Советском Союзе с 1964 г. с успехом используется для закрытия фистул главного бронха, возникших после пневмонэктомии, трансперикардиальный доступ (Л. К. Богуш, М. И. Перельман и др.). Следует отметить, что необходимо и в дальнейшем интенсивно разрабатывать пути предупреждения и лечения гнойных осложнений плевральной полости после резекции легких.

Принципиальные вопросы дальнейшего улучшения результатов хирургии гнойных заболеваний, первичного рака легких поставлены в работах В. И. Стручкова и А. В. Григоряна (Грудная хирургия, 1967, 3).

### *Хирургия средостения и диафрагмы*

Наряду с развитием хирургии пищевода и легких, прогресс в грудной хирургии коснулся и заболеваний средостения и диафрагмы. В настоящее время многие советские хирурги располагают многочисленными наблюдениями оперативных вмешательств по поводу опухолей и кист средостения (А. Н. Бакулев, В. Р. Брайцев, А. А. Вишневский, Б. А. Королев и Н. В. Корепанова, Б. К. Осипов и др.). Наибольшим опытом обладает Б. В. Петровский. В 1960 г. вышла его монография «Хирургия средостения», в которой обобщаются данные о 180 больных, из них 124 были оперированы. В монографии освещаются и другие проблемы хирургии средостения (повреждения, воспалительные процессы, заградительный зоб).

Успехи грудной хирургии позволили пересмотреть многие вопросы патологии диафрагмы. В первую очередь это относится к диафрагмальным грыжам. В нашей стране опубликован ряд монографий по этому разделу (В. И. Петров, 1949; И. Д. Каробельников, 1951; С. Я. Далецкий, 1960). Однако всестороннее освещение хирургия диафрагмы в целом получила только в 1966 г. в монографии Б. В. Петровского, Н. Н. Каншина и Н. О. Николаева. Большой опыт авторов позволил охватить многие стороны хирургии диафрагмы (грыжи пищевода, диафрагмальные грыжи, опухоли и кисты диафрагмы, поддиафрагмальные абсцессы, релаксация диафрагмы, повреждение диафрагмы, включая применение диафрагмы для пластических целей). В клинике Б. В. Петровского используют лоскут из диафрагмы при операциях на пищеводе и кардии, в хирургии сердца и аорты, а также для других целей.

### *Хирургия сердца*

В 1926 году В. А. Оппель<sup>1</sup> отмечал, что честь разработки хирургии ранений сердца принадлежит России. Классическим трудом по ранениям сердца стала монография Ю. Ю. Джанелидзе (1927). В последние два десятилетия операции при ранениях сердца с успехом производятся в хирургических отделениях сельских больниц.

Широкое распространение получили оперативные пособия при сдавливающих (слипчивых) перикардитах. Первый значительный опыт оперативных вмешательств при слипчивом перикардите, накопленный в клиниках С. И. Спасокукоцкого и А. Н. Бакулева, был обобщен в монографии Р. В. Богословского (1955), а в последующем — в монографиях Ф. Г. Углова и М. Н. Самойловой (1962), И. С. Колесникова, Н. В. Путова и А. Г. Гребенниковой (1964).

Опыт советских хирургов показал, что наиболее радикальным вмешательством при слипчивом и панцирном перикардите является субтотальная перикардэктомия через срединную стернотомию или двухплевральный доступ.

Определенный вклад советские хирурги внесли в накопление данных по оперативной помощи при хронической коронарной недостаточности (П. А. Герцен, 1936; Е. С. Шахбазян, 1940; Б. П. Кириллов, 1939; В. П. Казанский, 1954; А. Н. Бакулев, 1955; Е. Л. Березов, 1958; В. И. Колесов, 1958; Б. А. Королев, 1958; А. А. Бусалов и многие другие). Несмотря на большое количество экспериментальных и клинических работ, на проведение специального симпозиума в 1962 г., некоторые аспекты этой проблемы остаются нерешенными. Сюда можно отнести выбор оперативного метода, показания и противопоказания, в частности к прямым вмешательствам на коронарных артериях (В. И. Колесов), а также целесообразность оперативного вмешательства при остром инфаркте миокарда (А. Н. Бакулев). Обобщающий работой по хирургии коронарной недостаточности является монография В. И. Колесова, вышедшая в 1966 г.

В оперативном лечении больных аневризмами сердца советская хирургия, благодаря работам клиники Б. В. Петровского, заняла первое место в мире. В монографии Б. В. Петровского и И. З. Козлова (1965) приводятся сведения о 235 операциях, выполненных разными авторами (173 из них произведены советскими хирургами, в том числе 102 — в клинике автора).

Особенно широкое распространение в нашей стране получили операции при митральном стенозе. Несмотря на то, что Великая Отечественная война временно прервала разработку хирургии пороков сердца (И. П. Дмитриев, 1926; Н. Н. Тереминский, 1930, 1940), уже в 1952 г. А. Н. Бакулев осуществил первую в СССР митральную комиссуротомию. В 1958 г. вышло первое руководство под редакцией А. Н. Бакулева по хирургическому лечению больных с митральным стенозом, в 1954 г. — сборник работ госпитальной хирургической клиники Горьковского медицинского института, а в последующем — монографии С. А. Гаджиева (1961), А. А. Бусалова

<sup>1</sup> «Успехи современной хирургии».

и А. М. Дамир (1962), А. В. Микаеляна и соавт. (1964), Г. М. Соловьева и Г. И. Абдулаева о рецидиве митрального стеноза (1966).

Оперативное лечение при других приобретенных пороках сердца (аортальном, трикуспидальном) освещается в монографиях А. Л. Микаеляна (1963), А. Д. Леванта (1964). В определенной связи с хирургией митрального стеноза широкое распространение получил разработанный А. А. Вишневым и Б. М. Цукерманом (1959, 1960) метод устранения мерцательной аритмии электрической дефибриляцией сердца. Этому методу были посвящены пленум Всесоюзного общества кардиологов (1964), X научная сессия ИССХ АМН СССР и небольшая монография В. П. Радущкевича (1966).

Оперативное лечение при врожденных пороках сердца начало успешно разрабатываться в клиниках А. Н. Бакулева, А. А. Вишневого, П. А. Куприянова, Б. В. Петровского. Первую операцию по поводу открытого артериального протока произвел в Советском Союзе А. Н. Бакулев в 1948 г. А. А. Вишневецкий впервые в нашей стране с успехом ушил дефект межпредсердной перегородки на «открытом» сердце под гипотермией. При таком же пороке он произвел и первую успешную операцию на сердце с применением искусственного кровообращения.

Значительный опыт советских хирургов по диагностике и оперативных пособиях при врожденных пороках освещен в ряде монографий и руководств (Е. Н. Мешалкин, 1954; А. Н. Бакулев и Е. Н. Мешалкин, 1955; Н. Н. Малиновский, 1959; С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева, 1957; М. Н. Иванецкая и В. С. Савельев, 1960; В. И. Бураковский, 1961; В. С. Савельев, 1961; Ф. Х. Кутушев, 1962; А. В. Вишневецкий и Н. К. Галанкин, 1962; Б. В. Петровский и А. А. Кешишева, 1963; М. В. Муравьев, 1966; Б. А. Королев и И. Б. Дынник, 1967; Г. М. Соловьев, 1967). Большим капитальным руководством является «Частная хирургия болезней сердца и сосудов» под редакцией В. И. Бураковского и С. А. Колесникова (1967).

Советскими хирургами разработан ряд оригинальных методов хирургического лечения при врожденных пороках сердца (Н. К. Галанкин, Е. Н. Мешалкин, Г. М. Соловьев, Д. А. Донецкий и другие).

Широко известно, что приоритет в разработке искусственного кровообращения принадлежит отечественным ученым (С. С. Брюхоненко, С. И. Чечулин, 1924; С. С. Брюхоненко, 1926, 1928; С. С. Брюхоненко, В. Д. Янковский, 1936, 1937). В дальнейшем большой вклад внесли коллективы клиник А. Н. Бакулева, А. А. Вишневого, П. А. Куприянова, Б. В. Петровского, Н. М. Амосова, Ф. Г. Углова и друг.

Развитию искусственного кровообращения в нашей стране содействовало издание руководств под редакцией С. А. Колесникова (1960), Н. М. Амосова (1962), П. А. Куприянова (1962), Г. Л. Ратнера (1965). В 1967 г. планируется издание монографии А. А. Вишневого и С. Ш. Харнас по искусственному кровообращению в хирургии «открытого» сердца.

Учеными нашей страны разработаны и новые методы искусственного кровообращения (А. А. Вишневецкий, Т. М. Дарбинян, В. Ф. Портной, 1959—1963; А. А. Бунатян, 1963—1965) и оригинальные модели аппаратов «сердце — легкие» (НИИЭХАиИ, Н. М. Амосов, Ф. В. Балюзек, Г. Л. Ратнер, ИССХ АМН СССР).

В последние годы ряд хирургов (С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева, В. И. Бураковский и Б. А. Константинов, В. И. Францев и др.) успешно проводит операции при врожденных пороках сердца в раннем детском возрасте.

Большой опыт накоплен советскими хирургами и в оперативном лечении при патологии грудной аорты, особенно такого врожденного порока ее, как коарктация аорты (Е. Н. Мешалкин, И. А. Медведев, А. П. Колесов, Е. Е. Березов, А. В. Покровский, Б. А. Королев, Н. М. Амосов, Ф. Г. Углов, Н. К. Галанкин, Г. Л. Ратнер и др.).

Большое влияние на развитие грудной хирургии оказали хирургические журналы, всесоюзные (1955, 1965), всероссийские (1958, 1967) съезды хирургов, всесоюзные конференции по грудной хирургии (1947, 1949, 1951) и научные сессии ряда институтов, а также успехи анестезиологии и реаниматологии.

Многие выдающиеся советские хирурги удостоены Ленинской премии (А. Н. Бакулев, А. А. Вишневский, П. А. Куприянов, Е. Н. Мешалкин и Б. В. Петровский — за разработку проблемы хирургии сердца; Н. М. Амосов, Н. В. Антелава, Л. К. Богуш, И. С. Колесников, Б. Э. Линберг, В. И. Стручков, Ф. Г. Углов — за развитие легочной хирургии).

Участие в научной и практической деятельности большого числа хирургов, которых невозможно было перечислить в рамках небольшой журнальной статьи, позволяет надеяться на дальнейшее блестящее развитие советской грудной хирургии.

УДК 616—089—616.25—616.24—616.27

## СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ ПЛЕВРЫ, ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ В г. КАЗАНИ И В ТАССР

Ю. А. Ратнер

(Казань)

В знаменательные дни полувековой истории Советского государства невольно приходят на память первые шаги советского здравоохранения, становление и развитие советской хирургии в г. Казани и в ТАССР. Почти вся сознательная деятельность пишущего эти строки протекала в стенах Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, первенца советских институтов усовершенствования врачей. Вновь созданный институт быстро развивал свою многогранную деятельность во всех направлениях, в том числе и в клинической хирургии.

Первой операцией в стенах новой клиники была плевротомия с резекцией ребра по поводу плевральной эмпиемы у ребенка 6 лет. Больной остался на столе в результате острого широкого пневмоторакса и качания средостения, а оператор (д-р мед. Б. П. Енохин, первый заведующий клиникой) через несколько дней скончался от сепсиса, возникшего в связи с заражением на этой операции. Смерть пациента и оператора, естественно, послужила толчком к разработке в дальнейшем более физиологичных и герметичных методов оперативного лечения при плевральных эмпиемах (подводный дренаж, активная аспирация, разгружающие пункции).

При открытом методе лечения больных диффузным гнойным плевритом часто возникали хронические эмпиемы, плевральные свищи, не поддававшиеся консервативному лечению. Мы впервые в Казани стали широко применять в таких случаях торакопластику по Шеде (множественное иссечение ребер с обязательным удалением ошвартованной париетальной плевры) с хорошими результатами и небольшой послеоперационной летальностью. Герметическая плевротомия и модулированная торакопластика нашли в последующем широкое применение не только в ТАССР, но и за ее пределами, чему способствовал выход в свет монографии «Гнойный плеврит и его лечение» в 1935 г.

Гнойный плеврит чаще возникает в результате пневмонии и абсцесса легкого. При нагноительных процессах легкого в те времена лечение было консервативным, длительным и часто безуспешным. Шагом вперед тогда считалось переливание крови. До 75% больных излечивались самостоятельно в результате прорыва гнойника в бронхиальное дерево или плевральную полость — путь сложный и рискованный.

Лишь полостной абсцесс легкого, периферически расположенный, служил показанием к хирургическому вмешательству — одно- или двухмоментной пневмотомии. Эта операция производится по известным показаниям и в наши дни. Она сравнительно проста по технике, но часто сопровождается образованием незаживающего бронхиального свища и недостаточно дренирует гной наружу. В наше время чаще применяется радикальное вмешательство — удаление пораженной доли, а при множественных рассеянных гнойниках — всего легкого.

Вскоре после Октябрьской революции перед советским здравоохранением встал ряд серьезных проблем и среди них — борьба с туберкулезом. В Казани был создан институт туберкулеза, преобразованный затем в республиканскую больницу, республиканский диспансер, а на местах — районные диспансеры. Делу был придан широкий, серьезный, государственный размах. Стало очевидно, что без помощи хирургов проблема лечения больных легочным туберкулезом, в особенности кавернозным, не может быть успешно разрешена. Были организованы специальные курсы по фтизиохирургии в Москве (Н. Н. Стойко), на которых обучалось тогда всего 10 хирургов, изъявивших желание работать в этой области, среди них был и автор статьи. Мы были привле-