

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-

чены к работе, главным образом для хирургической коллапсотерапии, в 1925 г. Простейшим видом коллапсотерапии был и остается искусственный пневмоторакс. Он, однако, часто бывает малоэффективным из-за внутриплевральных сращений. Внутриплевральное пережатие тяжей по Якобеусу стало с течением времени наиболее частой операцией, дополняющей неэффективный пневмоторакс.

Еще более распространенной в начальном периоде развития фтизиохирургии стала операция на диафрагмальном нерве — френикотомия, а затем френикотомизация, благодаря своей легкости и малому риску. Искусственный паралич диафрагмы без достаточных оснований нашел широчайшее применение главным образом при двусторонних процессах, низко расположенных кавернах, инфильтратах, при невозможности наложения искусственного пневмоторакса или в сочетании с последним на противоположной стороне. Френикотомия оказалась эффективным не более чем в 10—15%. В наше время он вовсе не применяется. Такая же участь постигла верхушечную коллапсотерапию (френикотомия + резекция первого ребра + скаленотомия + апиколлиз). В свое время мы сообщали о 100 операциях типа Коффи с удовлетворительными результатами, но впоследствии также отказались от нее в пользу паравертебральной (одно- или многомоментной) экстраплевральной торакопластики, дававшей гораздо лучшие результаты — 70% выздоровлений при 1% летальности (преимущественно при кавернах). Экстраплевральная пломба не получила в Казани признания. Она вскоре была оставлена и ее приверженцами. Вскрытие каверны (кавернотомия) нашло применение преимущественно при гигантских кавернах с возможной иногда последующей торакопластикой. В разработке новых по тому времени оперативных методов лечения больных с гнойными процессами легких и плевры, а также легочным туберкулезом впоследствии принимали активное участие сотрудники нашей клиники: М. М. Шалагин, Н. Х. Ситдыков, Н. И. Любина, В. М. Авдеева, И. С. Сигал.

С началом Великой Отечественной войны все наше внимание было направлено на лечение раненных в грудь и живот. Был открыт специальный грудной госпиталь по лечению раненных с осложнениями после проникающих ранений груди (огнестрельные хронические плевральные эмпиемы, остаточные полости, инородные тела, бронхиальные свищи, нагноения легких, поздние кровотечения). В нем развернулась большая работа по долечиванию раненных хирургическим путем. Почти ежедневно производились разнообразные операции, наиболее часто — расширенные плевротомии, удаление разнообразных инородных тел из легкого и плевральной полости, остановка кровотечения. Активное лечение при ранних осложнениях проникающих ранений груди, закрытом и открытом пневмотораксе, гемотораксе явилось лучшей профилактикой поздних осложнений. С продвижением наших войск далеко на запад к нам поступали главным образом раненные с поздними осложнениями (хронические эмпиемы, остаточные полости, бронхиальные свищи), требовавшими сложных операций. Наиболее частой из них была интраплевральная торакопластика, ограниченная размерами остаточной полости, но по необходимости широкая. Интраплевральная торакопластика нередко сочеталась с удалением инородных тел и закрытием бронхиальных свищей, встречавшихся нам при торакопластике примерно в 75%. Уточнению подробностей осложнений огнестрельных ранений груди способствовали контрастные методы рентгенодиагностики (заполнение остаточной полости, фистулография, бронхография), проводившиеся Д. Е. Гольдштейном, А. Н. Кревером, Л. С. Тябиной и др. Благодаря этим методам наши представления о механизме и патогенезе проникающих ранений груди и их последствий значительно расширились.

Результаты торакопластики оказались вполне удовлетворительными при невысокой летальности, но достигались дорогой ценой — искривлением и деформацией грудной клетки. Более физиологичная и сохраняющая функцию операция — декортикация легкого по Делорму, не получившая признания среди хирургов в мирное время, снова приобрела «гражданские права» в практике военного времени, но под защитой и препаратом тканей новокаиновым инфильтратом по методу А. В. Вишневого. Опасности декортикации (кровотечение, эмболия, переход инфекции с плевры на легкое) были таким образом почти полностью устранены. В последние годы войны и первые годы после войны сочетание декортикации с малой торакопластикой оказалось наилучшим выходом из положения не только при остаточных полостях, но и при бронхиальных свищах. Важным условием успешной ликвидации последних явилась мышечная пластика, предложенная А. А. Абражановым. Таким образом, считавшаяся до войны весьма маловероятной возможность излечения раненных с остаточной полостью и бронхиальным свищем оказалась вполне осуществимой в громадном большинстве случаев. Это, несомненно, явилось большим достижением советской военно-полевой хирургии. Переливание крови и сульфамидные препараты (антибиотиков тогда еще не было) способствовали успехам хирургов.

Уже в первый год Великой Отечественной войны была организована научная бригада по изучению патогенеза, диагностики, профилактики и лечения при осложнениях после проникающих ранений груди, в которую вошли кроме хирургов патологи, рентгенологи, терапевты ГИДУВа. Часто проводились научно-практические конференции, обсуждались вопросы патологической анатомии, рентгенодиагностики и оперативного лечения раненных с осложнениями после ранений. Результаты дружной работы членов бригады нашли отражение в многочисленных научных статьях, двух сборниках, двух монографиях проф. Ю. А. Ратнера и проф. М. М. Шалагина и доложены на заседании

Ученого совета Минздрава РСФСР, заключительной конференции госпиталей и на XXV съезде хирургов СССР. Даже в наше время изредка еще обращаются раненные в грудь с различными поздними осложнениями, требующими оперативного лечения.

Полученный во время войны опыт послужил толчком к развитию большой грудной хирургии. Страх перед широкой торакотомией рассеялся. Первые операции удаления легкого или доли его в нашей стране были произведены А. В. Вишневым, С. И. Спасокукоцким, А. Н. Бакулевым, а затем и в провинции, главным образом по поводу нагноительных процессов. Легочную ножку перевязывали одной общей лигатурой. Операции шли под местной анестезией. В Казани первая пульмонэктомия была с успехом выполнена нами в 1954 г. также под местной анестезией, но с изолированной обработкой элементов корня, с ушиванием культи бронха вручную. Удаление легкого в этих условиях требовало много времени и труда и часто сопровождалось развитием шока на операционном столе, несмотря на новокаиновую блокаду корня и средостения. Длительность и травматичность операции нередко приводили к вторичному шоку, расстройствам сердечной деятельности и дыхания, а ненадежное ушивание культи бронха — к развитию эмфиземы и бронхиального свища. Послеоперационная смертность у лучших торакальных хирургов достигала 30%. В последующем хирурги при пульмонэктомии перешли на раздельную обработку элементов корня. Сложные способы обработки культи бронха были почти всеми оставлены. Они оказались не лучше, чем обычные (узловатые) швы через края стенок бронха. Мало спасают от развития бронхиального свища различные пластические ткани, применяемые для укрытия культи бронха.

При ограниченных гнойниках легкого и в особенности при нагноившихся бронхоэктазах хирурги все чаще прибегают к резекции легкого, главным образом лобэктомии. Технически лобэктомия оказывается иногда труднее пульмонэктомии, но переносится больным легче, при ней меньше смертность, она сохраняет непораженную легочную паренхиму. В принципе техника обоих вмешательств почти одинакова — осуществляется изолированная обработка сосудов и бронха (главного или долевого). Культи последнего легко прикрывается соседней долей. Опасность глубокого шока при лобэктомии значительно меньше, чем при пульмонэктомии. Коллапсотерапия при легочных нагноениях (искусственный пневмоторакс, френикотомия, торакотомия, экстраплевральная пломба) по аналогии с туберкулезом не показана. Мы ни разу не прибегали к ней в своей практике.

С прогрессом легочной хирургии в корне изменилось наше отношение к методам коллапсотерапии при туберкулезе. Торакотомия как самостоятельный метод применяется все реже. Искусственный пневмоторакс, как простейший вид коллапсотерапии, по-прежнему, естественно, находит широкие показания в сочетании с антибактериальными препаратами. Но при больших и множественных кавернах, туберкуломах удаление пораженной доли или сегмента, а в далеко зашедших случаях и всего пораженного легкого является, понятно, обоснованным в гораздо большей степени, чем любой вид коллапсотерапии. Не подлежит сомнению, что радикальная операция при гигантской каверне и туберкуломе надежно избавляет больного от опасности обсеменения, а окружающих его — от заражения. Именно при туберкулезе радикальная операция является сравнительно мало опасной и обеспечивает хорошие результаты.

Прошло немногим более 20 лет после первой резекции легкого при туберкулезе, произведенной нами, а число хирургов в ТАССР, владеющих ею, перевалило за десяток. Труднейшая задача лечения больных с туберкулезными эмпиемами получила некоторое разрешение путем полного удаления всего плеврального мешка (плеврэктомия), иногда в сочетании с удалением всего легкого (плевропульмонэктомия). Эти операции впервые с успехом произведены в Казани доц. И. С. Сигалом. Простая перевязка легочной вены при туберкулезе (Л. К. Богуш) нами лично и, насколько мне известно, другими казанскими хирургами не производилась, в особенности при открывшейся возможности радикального вмешательства на патологическом очаге. Перевязка легочной артерии, по нашему опыту, может оказаться успешной при массивном легочном кровотечении, когда радикальная операция почему-либо неосуществима, о чем мы уже сообщали (Казанский мед. ж., 1966, 2). Таким образом, физиохирургия прошла за сравнительно короткий исторический отрезок времени большой путь от скромной коллапсотерапии до больших радикальных операций, от сегментэктомии до пульмонэктомии.

Прогресс грудной хирургии открыл широкие возможности для радикального вмешательства при опухолях легких и средостения, ранее казавшихся совершенно недоступными. Проблема лечения при доброкачественных опухолях и кистах легкого и средостения может считаться полностью разрешенной. Удаление кист в наше время не представляет серьезных технических трудностей. При интимных сращениях кисты с крупными сосудами можно вначале опорожнить кисту, вскрыв ее, и под контролем пальца почти без риска выделить. Дермоидные и тератоидные кисты, невриномы средостения, целомотические (перикардальные) кисты легкого удаляют чрезплевральным путем. Летальность при этих операциях приближается к нулю, о чем мы сообщали совместно с доц. Н. А. Колсановым. Также почти безопасно удаление плотных доброкачественных опухолей легкого (фибром, гамартом) путем атипической или клиновидной резекции. Эти операции на легких и средостении дают наибольшее удовлетворение хирургу. Плотные доброкачественные опухоли средостения (тимомы, внутригрудной

зоб) встречаются сравнительно редко, невринома — чаще. Они удаляются обычно чрез-плевральным путем, без медиастинотомии. Злокачественные опухоли средостения (лимфосаркома, лимфогрануломатоз) подлежат рентгено- или химиотерапии. Оперативное вмешательство при этих страданиях необоснованно, рискованно и чаще производится ошибочно. Мы до сих пор в таких случаях избегали его.

Чаще всего приходится оперировать при злокачественных опухолях легкого — раке и очень редко саркоме. Технически удаление легкого или доли его при раке не отличается от тех же вмешательств при нагноении и туберкулезе. Обычно пульмонэктомия при раке, ввиду отсутствия спаек и рубцов, производится проще, чем при других заболеваниях. Если же регионарные метастазы распространились на средостение, то операция, как правило, отпадает. Речь обычно идет о пульмонэктомии. Лобэктомия производится главным образом при периферическом раке без метастазов в корне легкого. При центральном раке показана пульмонэктомия, причем бронх пересекается ближе к стенке трахеи, а иногда у самой стенки. С накоплением опыта радикализм операции может быть обеспечен полностью, но, к сожалению, больные поступают к хирургу поздно. Лишь один из пяти в среднем имеет шансы на возможность радикального вмешательства.

Диагностика рака легкого с каждым годом улучшается. Томография, бронхография, бронхоскопия, ангиография, цитологическое исследование мокроты и в особенности центрифугата смыва бронхов разработаны и широко применяются в Казани как в нашей, так и в других клиниках и больницах.

Вопрос об операбельности может быть часто решен до операции на основании прескаленной биопсии и в особенности бифуркационной биопсии (Б. Л. Еляшевич). Дифференциальный диагноз чаще проводится с туберкулезом и нагноением. Прежде чем попасть к хирургу, больные долго лечатся у терапевтов и физиотерапевтов.

Непосредственные результаты операции за последние годы значительно улучшились (до 10% летальности вместо прежних 30%), но отдаленные неутешительны. Они могут быть улучшены, если больные будут поступать к хирургу раньше. Ценным подспорьем в ранней диагностике при часто бессимптомном или малосимптомном течении рака легкого у пожилых людей может служить флюорография. Сочетание операции с химио- и рентгенотерапией улучшает отдаленные результаты.

Успехам хирургии легких и средостения в значительной мере способствовали не только более совершенные методы диагностики и антибиотики, но в еще большей степени интубационный наркоз и новые отечественные ушивающие аппараты (УКЛ, УТК). Они вдвое сокращают время операции, уменьшают опасность шока и кровотечения, развития бронхального свища, благодаря чему расширились показания к торакотомии, ставшей как бы повседневной операцией, доступной и молодым хирургам. Операции на легких и средостении производятся сейчас не только в клиниках и больницах г. Казани, но и во многих районных больницах (в Бугульме, Альметьевске, Зеленодольске, Урусе и др.).

Оглядываясь на путь, пройденный внутригрудной хирургией легких, плевры и средостения — от резекции ребра до резекции легкого, можно без преувеличения сказать, что этот путь блистательный и что о нем раньше мы могли только мечтать.

УДК 616.12—616.13—616.14

КАЗАНСКАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА ЗА 50 ЛЕТ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Л. М. Рахлин

(Казань)

50-летие Великой Октябрьской революции наш народ встречает огромными успехами в социальном, экономическом и культурном развитии. Путь, пройденный нашей страной после ликвидации разрухи, эпидемий, доставшихся в наследство от первой мировой и гражданской войн, составил целую эпоху в мировой истории. В новом обществе, созданном после революции, здравоохранение стало одной из важнейших государственных задач. Социально-экономическая основа советского здравоохранения, профилактическое направление, провозглашенное еще программой РКП(б) в 1919 г., рост благосостояния трудящихся и достигнутый народом культурный уровень привели к значительному увеличению средней продолжительности жизни.

Прогресс медицинской науки явился одним из важнейших факторов в достижениях здравоохранения. Яркой иллюстрацией его служит путь, пройденный в организации борьбы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы как одной из основных глав медицинской науки.

Старые казанские терапевтические школы уделяли большое внимание вопросам сердечно-сосудистой патологии и клиники. Достаточно упомянуть блестящие диагнозы