

## Хирургия—наука и искусство.

Quid quid agis prudenter  
agas et respice finem.

Ст. ассистент **С. М. Алексеев.**

35 лет научно-врачебной и преподавательской работы проф. А. В. Вишневецкого.

20 лет из них прошли перед моими глазами и в условиях самого тесного взаимного контакта, который только может быть между профессором и его ассистентом.

Стоя на грани условно взятого этапа жизни естественно хочется оглянуться на пройденный путь и сконцентрировать впечатления от вереницы дней совместной работы. Я далек от мысли дать полную характеристику личности дорогого для меня Александра Васильевича и выявить его значение в хирургии. Я беру лишь одну особенность его характера, именно, способность всегда строго последовательно решать части поставленной задачи для дальнейшего правильного решения ее в целом. Все делалось им всегда в системе. Это красной нитью проходит через всю его жизнь.

Здесь есть чему поучиться.

Для меня лично начало этой красной нити покоится в музее нормальной анатомии Казанского университета. Изучая студентом нервную систему человека, в частности 12 пар черепно-мозговых нервов, я был поражен возможностями творения рук человеческих. Изучение хода и распределение черепно-мозговых нервов сопровождалось демонстрацией соответствующих препаратов, изготовленных руками Александра Васильевича, бывшего тогда прозектором Анатомического института. Эти препараты поражали всех своей красотой и демонстративностью.

Помня, сколь сложен путь распределения этих нервов, нетрудно представить, как терпеливо и любовно была проведена работа ножом, ножницами, долотом и пилой.

Материал мало пригоден для тонкой скульптурной работы, однако он изумлял нас своим изяществом и красотой... Поистине—ювелирная работа.

Дальше красная нить тянется через зал топографической анатомии и оперативной хирургии. Здесь теоретическое изучение курса сопровождается самой широкой демонстрацией на трупе. Эти демонстрации, проводимые Александром Васильевичем, прежде всего поражали своей отчетливостью, легкостью и простотой преодоления технических трудностей, что свойственно только большому мастеру.

Наконец, красная нить продолжает свой путь через хирургические клиники.

Прирожденное стремление к тщательности, отчетливости и красоте в работе, а равно и изощренное искусство в обращении с тканями тела, развитое многолетним трудом на трупе, конечно, не могут не сказаться на оперативной технике хирурга. А оперативная техника должна расцениваться фактором большого значения, как в момент выполнения самой операции, так и в деле заживления операционной раны с гладким течением послеоперационного периода.

Всякая операция есть травма. Объем этой травмы будет измеряться не только особенностями той или иной операции, но и тем, как выполняется она. Одна и та же операция по поводу одного и того же заболевания в руках разных хирургов может иметь различный исход. И, конечно, этот исход будет хуже там, где к операционной травме, неизбежной и по плану операции, будет присоединяться еще травма от грубости манипуляций, от нецелесообразного использования инструментария и от излишней медлительности и неотчетливости в работе.

К сожалению часто забывается старый, ясный и чрезвычайно важный принцип, которым необходимо руководствоваться при всех оперативных манипуляциях; принцип возможного щажения тканей при всякой операции.

Чтобы осуществить этот принцип надо, прежде всего, помнить о нем. Надо помнить, что операция с момента кожного разреза и до момента наложения последнего шва, закрывающего рану, есть одно неделимое целое.

Не место нетерпеливой поспешности перед обнажением патологического процесса и не место небрежной медлительности после ликвидации его.

Бдительность должна оставаться неизменной, как в начале операции, так и в конце ее. Только так оперируя можно вести тщательную, на анатомической основе построенную препаровку, препаровку, считающуюся с физиологическим значением отдельных тканей и органов. Только так оперируя можно обеспечить предварительную перевязку сосудов и тем самым минимальное пользование кровеостанавливающими пинцетами. В противном случае операционная рана загромождается ими не в пользу щажения тканей. Если к тому же разрез покровов будет мал или не точно соответствовать центру патологического процесса, что потребует сильного разведения раны крючками, то все это дает не гладкую резаную рану, а рану с измятыми и разможженными краями, рану „бифштекс“. А отсюда и большая возможность последующих осложнений в виде гематом, тромбоза, эмболий, пневмоний и пр.

Научиться оперировать, бережно обращаясь с тканями нельзя, знакомясь только с описаниями техники производства операций. Многие зависят от мелочей, которые обычно опускаются из описания, как сами собою очевидные. Научиться щадить ткани при производстве операций можно только с помощью критики и самокритики. А критика и самокритика могут быть развиты наблюдениями производства операций мастерами своего дела. И здесь, видя, как покойно, просто, красиво и отчетливо проведена операция, нельзя опрощаться до определений, что данному хирургу „везет“, что у хирурга „легкая рука“. Конечно, индивидуальная прирожденная особенность не может не сказаться на работе рук.

Неслучайно охотно сравнивают хирурга и пианиста, говоря, что и у того, и у другого есть свое „туше“. Иногда—оно очень мягко, иногда же неприятно твердо.

Но одних лишь прирожденных элементов, даже во время подмеченных и упражнением развитых, конечно, недостаточно. Должны быть и опыт и глубокие знания, чтобы целесообразно воспользоваться способностями, отпущенными природой.

Только в таком соединении данных науки и опыта с прирожденными свойствами открывается путь к большому мастерству.

Я задержался на этих рассуждениях общего характера и сделал это не без умысла.

Воспроизведя в памяти, хотя бы кратко, то важнейшее, что является не только желательным, но и обязательным при выполнении операций, я тем самым легче познаю красную черту в хирургической работе Александра Васильевича.

Многолетняя работа на трупе дала ему возможность „незабываемо“ изучить анатомию человеческого тела, понять архитектуру строения его и, наконец, полюбить его. Все это, вместе с изумительной технической одаренностью, выработало в нем широко признанную теперь высокую хирургическую технику, технику к тому же проведенную через горнило самокритики и критики при наблюдении мастеров Западной Европы и Америки.

Всякому хирургу тяжело терять больных после своих операций. Особенно же тяжело переживать неожиданные смерти... Чем выше оперативная техника, тем больше уверенности в благотворном исходе операции и тем обиднее смерть больного от общего наркоза.. Трудно мириться с такими смертями. Чтобы изгнать смерть от общего наркоза Александр Васильевич отказался от него, заменив его обезболиванием только той области, где ведется операция. Таким образом, он подошел к вопросу применения местной анестезии. Изучая ее теоретически и применяя ее в своей практике, Александр Васильевич, как опытный анатом, шаг за шагом вносил изменения во всю ранее известную, освященную традициями, методику ее применения. Принципу простой инфильтрации тканей и принципу проводниковости был противопоставлен принцип „тугой и ползучей“ инфильтрации. В этой методике соединялись положительные стороны инфильтрационной и проводниковой анестезии с устранением их отрицательных сторон. Тугая инфильтрация тканей дала возможность избежать основного недостатка инфильтрационной анестезии—выжидания, а ползучесть инфильтрата дала возможность послать его туда, куда следует, из индифферентного пункта, без риска повредить иглой тот или иной орган, что может случиться при проводниковом блоке. Кроме того, „ползучий инфильтрат“, выполняя свое прямое назначение (анестезию), может менять экспозицию органа или участка тканей, смещая, приподнимая и подавая их в рану и оберегая тем самым их от излишней тракции при операции.

Распределяясь между тканями, разрыхляя их между органами и нежно отодвигая их друг от друга „тугой ползучий инфильтрат“ „гидравлической препараткой“ до неузнаваемости изменяет условия последующей работы ножом.

Такой подготовкой операционного поля не только облегчаются хирургические манипуляции, но частично блокируются и нервы всей сложной нервной сети, оказывая свое влияние на динамику патологического процесса.

И. П. Павлов, экспериментируя на животных, установил, что при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке иногда наблюдалась картина некротического воспаления слизистой оболочки подвздошной кишки. Он это послеоперационное поражение кишечника объясняет раздражением операционной травмой трофических нервов и подчеркивает, что этот рефлекс особенно часто получается после операций на двенадцатиперстной кишке.

Клинике тоже хорошо известно поражение конечной части подвздошной кишки, как послеоперационное осложнение при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке. Клиника отметила, что эти осложнения чаще при операциях на слепой кишке. Эти данные эксперимента и клинических наблюдений, прежде всего устанавливают наличие связи между областью двенадцатиперстной и слепой кишек. В качестве субстрата этой связи проще всего мыслится нервная система. И как знать, не находится ли эта система, как система, заложенная в области сфинктеров, в той степени напряжения, которая ставит ее на границе физиологического напряжения?—А раз так, то очень немного нужно, чтобы легко перейти эту границу и стать из фактора физиологического уже фактором патологическим. Так это, очевидно, и бывает, поскольку данные лаборатории и клиники не противоречат тому и говорят, что легче всего избежать послеоперационных осложнений, по возможности меньше травмируя ткани во время операций. Методика анестезии, предложенная Александром Васильевичем, дает все для того, чтобы выполнить это положение.

Нам хорошо известна неврогенная теория происхождения язв желудка и двенадцатиперстной кишки при хроническом аппендиците. И, если местная инфильтрационная анестезия предотвращает опасность возникновения указанного послеоперационного осложнения, устраняя соответствующее раздражение, то нужно думать, что блокада и в хронических случаях, устраняя то же раздражение, достигает своей цели.

А это уже дальнейший логический шаг в использовании нашей анестезии, как лечебного мероприятия.

Вот почему клиника, руководимая Александром Васильевичем, и стала на путь эксперимента и изучения трофических расстройств.

Вот почему клиника уже ряд лет копит материал своих наблюдений над действием частичной блокады сложной нервной сети при разнообразных заболеваниях.

Эта работа дала нам в руки ряд важных и поучительных фактов, среди которых факт быстрого исчезновения отека тканей в пораженной области натолкнул на мысль испробовать блок в лечении острых воспалительных процессов. Первый же опыт показал, что мысль была правильна. Острый воспалительный процесс в стадии серозного пропитания, быстро разрешился без образования гнояника. Блок на конечности при флегмоне резко менял направление распространения воспалительной инфильтрации. Последняя быстро ограничивалась. Рисовавшиеся в перспективе широкие разрезы, не менее широкая тампонада и длительное лечение сменялись разрезом типа прокола, не требующим последующей тампонады, длительного и мучительного лечения.

Стремление к отчетливой, тщательной работе на тканях человеческого тела, выработанное многолетним трудом, дает многое в выполнении принципа бережного отношения к тканям во время операции. Еще тверже этот принцип становится с момента пользования „гидравликой“ анестезирующего инфильтрата.

Объединяя, таким образом, воедино в своей хирургической работе элементы искусства и науки, Александр Васильевич делает неоспоримым то положение, которым озаглавлена настоящая статья.