



В 1937 г. Н. Н. Лозанов был избран заведующим кафедрой оториноларингологии Башкирского медицинского института, а с 1939 г. до 1968 г. возглавлял кафедру оториноларингологии Казанского медицинского института и одновременно по совместительству с 1939 по 1950 г. — кафедру оториноларингологии Казанского института усовершенствования врачей.

Во время Великой Отечественной войны Н. Н. Лозанов руководил службой оказания хирургической оториноларингологической помощи раненым в эвакогоспиталях, расположенных в Казани. В эти годы он разработал методы лечения боевых травм ЛОР-органов, среди которых выделяются новые способы пластических операций при травматических стриктурах и атрезиях наружного слухового прохода и носа, а также методы лечения стойких стенозов гортани.

В послевоенные годы научные интересы проф. Н. Н. Лозанова сосредоточились на

проблемах мирного времени: ангины и хронический тонзиллит, ЛОР-онкология, внутричерепные отогенные осложнения, для успешной диагностики которых в руководимой им клинике впервые в Казани был введен метод электроэнцефалографии (1956). Им был предложен метод щадящей операции на гортани при раковом поражении — экзентерация гортани, позволяющая сохранить ее функцию.

Н. Н. Лозановым написана глава «Болезни глотки» в руководстве для врачей под редакцией проф. В. Ф. Ундрица, вышедшем в 1969 г. и ставшем настольной книгой для врачей-оториноларингологов на многие годы. Он автор 80 печатных научных работ по актуальным вопросам оториноларингологии, в том числе 4 монографий. Под его руководством выполнены и защищены 18 кандидатских и 3 докторские диссертации.

В 1966 г. Н. Н. Лозанову присвоили звание заслуженного деятеля науки РСФСР, дважды он был награжден орденом Трудового Красного Знамени и различными медалями.

С 1939 г. по 1970 г. Н. Н. Лозанов был председателем правления Казанского научного общества оториноларингологов, представлял казанских ученых в редакционном совете журнала «Вестник оториноларингологии». С 1957 по 1967 г. Николай Николаевич возглавлял редколлегия «Казанского медицинского журнала». Работе в нашем журнале он посвятил много энергии и времени. Его всегда отличало принципиальное, но очень доброжелательное отношение к авторам. Это выразилось в тщательном редактировании рукописей, стремлении расширить объем журнала, опубликовать первые работы молодых ученых и врачей.

Н. Н. Лозанов скончался в Москве. Светлая память о нем сохраняется в сердцах его преданных учеников до настоящего времени.

Редколлегия «Казанского медицинского журнала»

Правление Казанского отделения Российского общества оториноларингологов

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОХИРУРГИИ. ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОХИРУРГИИ В РОССИИ»

(г. Казань, 7—8 сентября 1994 г.)

Организаторами этой конференции явились руководители находящейся в Казани ассоциации эндохирургии Татарстана — канд. мед. наук В. В. Одинцов, А. Н. Чугунов, И. В. Федоров и технический руководитель А. Е. Морошек. В работе конференции принимали участие известные своими трудами в этой области профессора Ю. И. Галингер, А. Д. Тимошин, К. В. Лапкин, С. Г. Шаповальянц, А. А. Гуляев, канд. мед. наук А. С. Балькин, А. Я. Андреев, С. В. Штыров, хирурги казанских клиник.

Научно-технические достижения в республике, в частности по разделу оптики, позволили в короткий срок, благодаря инициативе молодых врачей-ученых, создать фирму-производитель оборудования для эндохирургии. По оценке специалистов, выпускаемая аппара-

тура приближается по качеству к зарубежным аналогам, однако ее стоимость и доставка на место значительно дешевле. Благодаря созданной ассоциации НПФ «Эндомедиум», появилась возможность развивать этот раздел хирургии и в России, что единодушно отметили все участники конференции. Прослушав все доклады конференции и приняв участие в их обсуждении, мне бы хотелось изложить собственное мнение об этой проблеме с позиции клинической анатомии, основанной на клинико-морфофункциональном анализе.

Клинико-анатомическим обоснованием эндохирургии является интра- или мезоперитонеальное расположение органов брюшной полости, а также синтопия — взаимоотношение оперируемых органов с рядом лежащими органами и тканями. Внутрибрюшинное распо-

ложение органа позволяет выделять его с мобилизацией элементов сосудистого нервного пучка.

При желчнокаменной болезни в 95% случаев камень локализуется в желчном пузыре. Этот орган и его выводной проток располагаются мезоперитонеально, что позволяет свободно их выделять, мобилизуя выводной проток в связочной части обобщечелчного протока. При этом операцию, как правило, производят после острого периода заболевания. Клиническая стадия болезни, анатомическое расположение выводного протока позволяют выполнять операцию удаления желчного пузыря от шейки. Следует особо отметить, что выводной проток впадает в обобщечелчный проток в связочной части. Воспаление и опухолевые процессы в головке поджелудочной железы вызвали бы сдавливание выводного протока желчного пузыря с нарушением его функций. Разнонаправленность выводного протока желчного пузыря и его артерий обязывают хирурга осуществлять раздельное лигирование.

На конференции была подчеркнута необходимость технического совершенствования клипс, применяемых при удалении желчного пузыря. Они должны учитывать толщину сосудов и стенки протока, так как под влиянием патологических процессов их структура меняется. Ранее с этой проблемой в хирургии сталкивались при разработке сосудосшивающих аппаратов и аппаратов по обработке корня легкого. Синтопия операционной раны обеспечивает успешное удаление желчного пузыря без травматизации вены и артерии печеночной связки: последние лежат в глубине и за обобщечелчным протоком. На конференции отмечалось, что основными источниками кровотечений после операций являются ложе желчного пузыря и его артерия. Мезоперитонеальное положение обобщечелчного протока и впадающего в него выводного протока желчного пузыря позволили А. Н. Чугунову впервые при эндоскопической операции провести диагностический прием — трансллюминацию желчевыводящих путей.

Эндоскопические операции в лечении язвенной болезни — это в сущности ваготомии различного вида. С позиций клинической анатомии эффективность трункулярной ваготомии предопределена взаимоотношениями блуждающих нервов и основной левой желудочковой артерии, которая идет сзади наперед и сверху вниз, то есть на малой кривизне лежит сзади блуждающих нервов и ниже основных стволов, поэтому кровотечений при этой операции не наблюдается.

В литературе имеются указания на трансторакальные ваготомии, которые имеют анатомическое обоснование: стволы блуждающих нервов редко могут делиться на вторичные ветви на пищеводе в средостении.

Указанный выше подход может снять противопоказания к ваготомии при синдроме Золлингера — Эллисона. Благодаря достижениям в области эндохирургии, данный метод используется также при патологии грудной полости. Основным хирургическим доступом в этой области является наиболее широкая часть межреберного промежутка от передней подмышечной линии до задней. Атравматичность доступа обусловлена особенностью положения межреберного сосудисто-нервного пучка, где последний прикрыт краем лежащего выше ребра. Правомерность такого подхода подтвер-

ждает опыт торакотомии. По показаниям разрез можно перемещать вперед или назад, что также правоммерно и в эндохирургии. Смещение доступа обусловлено и патологией органов грудной полости и средостения. При хирургических вмешательствах не следует пользоваться восьмым межреберьем, так как сосудисто-нервный пучок этого сегмента является основным в иннервации заднего миотома диафрагмы. Эффективность операций на легком предопределена интраплевральным положением легочной ткани и ее подвижностью. Но, как и во всех разделах хирургии, существует правило: операция по показаниям, и каждому больному — свой метод лечения. В эндоскопической хирургии эти положения особенно важны.

Клинико-морфологический анализ, лежащий в основе клинической анатомии, наиболее объективно показывает эффективность эндохирургии в гинекологии, так как все органы генитального аппарата, подвергаемые операциям, располагаются интраперитонеально.

Любой хирургический метод лечения, в том числе и эндоскопический, чреват послеоперационными осложнениями. По данным литературы, они встречаются в 4% случаев, по материалам конференции — в 2—2,2% наблюдений. Основой их профилактики является полное современное комплексное обследование больного, выбор метода с учетом стадии заболевания.

В хирургии, особенно при операциях на желчевыводящих путях, имеются предпосылки для неудовлетворительных результатов в виде постхолестэктомического синдрома (до 17% случаев). Одна из его причин — вариантная анатомия желчевыводящих путей: различные варианты впадения желчного протока, в частности в правый печеночный проток, впадение в него добавочных печеночных протоков, а также протоков, связывающих стенку желчного пузыря с его ложем. Морфологической основой этой многовариантности желчного пузыря является производность от желчных протоков правой доли печени. Предупредить желчестечение при операции можно путем тщательного соблюдения правил выделения желчного пузыря, его протока и дренирования ложа.

В большинстве докладов было отмечено, что одно из основных осложнений радикального вмешательства — послеоперационное кровотечение — служит абсолютным показанием для повторной операции. Объем кровопотери до 500 мл следует отнести к субкомпенсированным формам кровотечения. В основном кровотечение исходит из сосудов передней брюшной стенки, ложа желчного пузыря и пузырной артерии, что наблюдается при удалении желчного пузыря. Заболевание желчевыводящих путей, как правило, сочетается с печеночной недостаточностью, которое в настоящее время плохо диагностируется. В клинике эта патология обозначена как гепатохолецистит, а согласно современным концепциям гастроэнтерологов, — как ангиохолит. Указанная патология сопровождается портальной гипертензией, которая при операциях способствует кровотечению из ложа желчного пузыря и из сосудов области пупка, где, как известно, и формируются портокавальные анастомозы (между сосудами круглой печеночной связки и кожей пупочного кольца). Кроме того, в области пупка соединяются три сосудистых коллектора (пупочная вена, верхняя и нижняя надчревные

артерии), которые опытный клиницист выявляет по особенностям гемостаза при операциях по поводу пупочной грыжи.

В профилактике послеоперационных осложнений особое внимание следует обратить на количество газа, вводимого в брюшную полость, так как портальное давление всегда положительно (свыше 140 мм водн. ст.). При недозированном введении газа могут возникнуть нарушения венозного кровообращения и смещение диафрагмы, способные вызвать легочно-сердечную сосудистую недостаточность с летальным исходом. В материалах конференции этот вопрос был освещен достаточно полно.

При эндоскопических операциях на органах брюшной полости для наложения пневмоперитонеума нужно вводить кислород, так как он обладает способностью быстро проникать в лимфатическую систему (к брюшине предлежат лимфатические капилляры). Это было доказано еще в 1926 г. А. Н. Сызгановым (Казань), который предложил изучать состояние лимфатической системы путем санации брюшины перекисью водорода. В нашем исследовании при гипердинамической сосудистой реакции концентрация кислорода в лимфе грудного протока возрастает. Данный эффект в послеоперационном периоде будет способствовать нормализации клеточного метаболизма.

Эндоскопические операции с применением современного наркоза вызывают компенсированную форму торакодифрагмального вида

легочной недостаточности, так как пневмоперитонеум ограничивает подвижность диафрагмы и вызывает гиповентиляцию легочной ткани нижних долей.

В настоящее время существует правило: по окончании операции вводить новоканн в корень брыжейки кишечника в сочетании с различными медикаментами. Новокаиновые блокады, произведенные в шокогенные зоны (паравертебральные, паранефральные), снижают общее периферическое сопротивление, снимают спазм артерий, улучшают микроциркуляцию после операции, усиливая за счет этого эффекта репаративно-пролиферативные процессы с одновременной активизацией функций надпочечников — выделением в кровь глюкокортикоидов. Поэтому при эндоскопических операциях мы рекомендуем вводить 0,5% раствор новоканна в малый сальник, блокировать чревное и верхнебрыжеечное симпатические сплетения, проводить футлярно-проводниковые анестезии передней брюшной стенки (к латеральному краю прямой мышцы живота и к париетальной брюшине), а в некоторых случаях — паравертебральные новоканновые блокады. Торакальное эндоскопическое вмешательство целесообразно завершать паравертебральной анестезией двух межреберных промежутков. Эта операция направлена на ликвидацию болевой реакции и явлений торакодифрагмальной легочной недостаточности.

Проф. И. А. Ибатуллин (Казань)

НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФИРМА

"ЭНДОМЕДИУМ"

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ И
ЭНДОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

ПРОИЗВОДСТВО, ПОСТАВКА, СЕРВИС ЭНДОКОМПЛЕКСОВ
ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ

наш адрес: 420080, г.Казань, а/я 123 тел.: (8432) 55-21-41, 42-64-24, 35-71-57 (круглосуточно)

факс: (8432) 38-09-01, 38-08-96, 42-75-89



ЮБИЛЕЙНАЯ ДАТА

ПРОФЕССОР ЛЮДМИЛА ГЕОРГИЕВНА СВАТКО



В апреле 1995 г. исполняется 70 лет со дня рождения и 47 лет врачебной, научной и педагогической деятельности заслуженного деятеля науки Республики Татарстан, профессора кафедры оториноларингологии Казанского института усовершенствования врачей Людмилы Георгиевны Сватко.

Людмила Георгиевна родилась в г. Казани, в семье врача. Окончив в 1948 г. с отличием Казанский медицинский институт, она избрала своей специальностью оториноларингологию и закончила здесь ординатуру при кафедре болезней уха, горла и носа. До 1956 г. она работала лечащим врачом в клинике болезней уха, горла и носа. В ординатуре Л. Г. Сватко начала активно заниматься научными исследованиями в области ЛОР-онкологии, которые в 1954 г. завершились защитой кандидатской диссертации на тему: «Изменения