

История и современное состояние торакальной хирургии в ЦКБ

А.С. Зыков, В.И. Ульянов, М.И. Перельман, И.Ф. Зыбин, М.В. Борушко
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Статья посвящена 50-летию создания хирургической службы ЦКБ, содержит в себе краткие исторические сведения об организации хирургической помощи прикрепленному контингенту на базе первого хирургического отделения.

Представлены возможности диагностики и лечения больных торакального профиля, в том числе в историческом аспекте по мере совершенствования диагностической техники.

Отмечена важная роль ряда диагностических интенсивных отделений, отделения анестезиологии и реанимации в успешном лечении больных торакального профиля.

Ключевые слова: торакальная хирургия, анестезиология и реанимация.

The present article is devoted to the 50-year anniversary of surgical service in the Central Clinical Hospital. The article includes short historic information on providing surgical help to patients in the first surgical department.

Key words: thoracic surgery, anesthesiology and resuscitation.

Программа развития хирургической службы Центральной клинической больницы, ориентированная на создание специализированных профильных отделений, была разработана и осуществлялась на первых этапах под непосредственным руководством академика Б.В. Петровского, бывшего в то время главным хирургом Четвертого главного управления Минздрава СССР (фото 1), и другими широко известными ведущими специалистами-врачами и администраторами.



Фото 1. Академик Б.В. Петровский.

Планируя пуск главного корпуса и создание в нем ряда профильных отделений, первым этапом в 1961 г. в здании нынешнего детского корпуса ЦКБ была организация отделения общей хирургии для взрослых, оказывающего помощь больным с различными хирургическими заболеваниями, включающими травматологические и гнойные.

На базе этого отделения готовились кадры для других хирургических отделений, планируемых к открытию в будущем главном корпусе.

Возглавил отделение известный хирург А.Г. Зебрин.

С момента открытия в 1962 г. главного корпуса на базе этого отделения было создано 2 отделения общей хирургии — первое, размещившееся на 5-м этаже хирургического крыла, возглавил Г.С. Розанов, второе, на 6-м этаже, ученица академика Б.В. Петровского — А.А. Кешишева. Помимо этого, были открыты отделения травматологии и гнойной хирургии. Деятельность общехирургических отделений в принципе носила одинаковый характер, хотя некоторые отличия имели место и в целом определялись интересами руководителей отделений: в первом отделении больше внимания уделялось абдоминальной хирургии, во втором — чаще концентрировались больные с заболеванием пищевода и органов грудной клетки, т. е. по сути оно являлось торакоабдоминальным.

После ухода с поста заведующего первым хирургическим отделением Г.С. Розанова отделение возглавила

сначала О.Д. Федорова, а после ее перехода в Больницу неотложной помощи первое хирургическое отделение возглавил широко эрудированный хирург А.Н. Дасаев.

Как уже отмечалось, развитие хирургической службы шло непосредственно под патронажем главного хирурга академика Б.В.Петровского, а после его назначения министром здравоохранения СССР на должность главного хирурга был назначен сначала профессор В.С. Маят (фото 2), обладающий огромным клиническим опытом и высоким хирургическим мастерством, а в последующем, по его рекомендации — академик Н.Н. Малиновский, первым заместителем которого был назначен В.Д. Федоров (фото 3), с деятельностью которых следует связывать дальнейшее развитие научной и практической деятельности как первого хирургического отделения, так и хирургической службы ЦКБ в целом.



Фото 2. Профессор В.С. Маят.

Ввиду расширения объема общехирургической деятельности в БНП и пуска в 1976 г. Объединенной специализированной больницы с поликлиникой необходимость в наличии двух общехирургических отделений отпала. В 1977 г. второе хирургическое отделение было ликвидировано, а весь объем хирургической помощи, в том числе ургентной, был возложен на первое хирургическое отделение с кожным фондом в 60 коек (в 1982 г. в ЦКБ, учитывая возросший объем прикрепленного контингента, было вновь создано второе хирургическое отделение, руководимое в настоящее время профессором В.П. Башиловым).



Фото 3. Академик РАМН В.Д. Федоров.



Фото 4. Профессор Б.Д. Савчук.

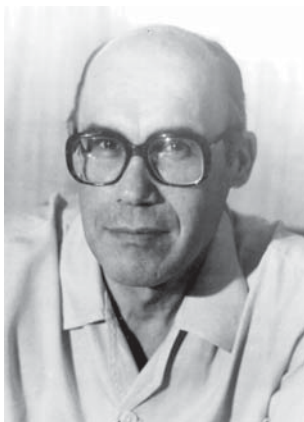


Фото 5. Доктор мед. наук, профессор В.А. Агейчев.

В 1976 г. на должность научного руководителя ЦКБ по хирургии был назначен Б.Д. Савчук (фото 4), ученик А.Н. Бакулева, сменивший на этом посту Н.Н. Овчининского, а в 1977 г. на должность заведующего первым хирургическим отделением был назначен ученик В.С. Маята – В.А. Агейчев (фото 5).

Тем самым в лице Н.Н. Малиновского, В.Д. Федорова, Б.Д. Савчука и В.А. Агейчева, а в последующем и заместителя главного хирурга Е.И. Брехова, была сформирована мощная группа ученых-практиков. Масштабы научной работы значительно выросли, результаты хирургической деятельности по многим направлениям стали регулярно публиковаться в отечественной и зарубежной печати, в том числе в материалах международных съездов и конференций. Результаты научной деятельности отражены в защите врачами ЦКБ 89 диссертаций хирургического

профиля.

По рекомендации Б.Д.Савчука, являвшегося в то время национальным представителем в Международном обществе хирургов (ISS/SIC), несколько хирургов Центральной клинической больницы прошли курсы обучения гастроинтестинальной хирургии в Давосе (Швейцария), организованные этим обществом.

С этих лет на базе первого хирургического отделения, руководимого В.А. Агейчевым, помимо стандартных общехирургических вмешательств, стали в нарастающих объемах проводиться операции сначала с привлечением внешних консультантов – на сердце (Н.Н. Малиновский), крупных артериальных сосудах (М.Д. Князев, А.В. Покровский), легких и органах средостения (М.И. Перельман, фото 6).

Ряд оперативных вмешательств был освоен и сотрудниками первого хирургического отделения, что сыграло значительную роль в последующей профилизации еще ряда отделений.

Указанная интенсивная научно-практическая деятельность и разработка новых, в том числе малоинвазивных, высокотехнологичных операций была продолжена Е.А. Решетниковым, назначенным научным руководителем ЦКБ по хирургии в 1991 г., а в последующем В.И. Ульяновым. Под их руководством были внедрены методики лапароскопических вмешательств на органах брюшной полости, перспективные методики герниопластики и др.

В 1993 г. из первого хирургического отделения было выделено отделение сосудистой хирургии, в последую-



Фото 6. Академик РАМН М.И. Перельман.

щем преобразованное в отделение сердечно-сосудистой хирургии. Учитывая возрастающее количество больных с патологией органов дыхания, требующих хирургического лечения, и высокую специфику данного вида хирургической деятельности, в те же годы было при-

нято решение концентрировать этих больных в первом хирургическом отделении ЦКБ. С этой целью в 1994 г. в отделении было выделено сначала 5, а затем 6 коек «торакального профиля» (фото 7).

В 1999 г. было создано самостоятельное отделение торакальной хирургии на 12 коек, которое просуществовало до 2005 г., а в последующем, при очередной реорганизации было вновь объединено с первым хирургическим отделением. Коечный фонд объединенного отделения составляет в настоящее время 35 коек.



Фото 7. Опирует академик РАМН М.И. Перельман, ассистируют А.С. Зыков и С.Н. Кононенко, операционная сестра В.А. Салдакеева, анестезиолог М.Д. Гинодман.

Развитие торакальной службы Центральной клинической больницы, которую в настоящее время представляет первое хирургическое отделение, напрямую связано с именем главного специалиста академика М.И. Перельмана.

Первая в истории ЦКБ операция на органах грудной клетки – удаление инородного тела из легкого (осколок времен Великой Отечественной войны) была выполнена в 1964 г. Б.В. Петровским. Ассистировали ему М.И. Перельман и А.А. Кешишева. В последующем, по рекомендации Б.В. Петровского, М.И. Перельман становится главным консультантом Четвертого главного управления при Минздраве СССР и курирует вопросы торакальной хирургии, как в плане необходимого технического обеспечения, так и лично выполняя операции в стационарах Четвертого главного управления. С течением времени, как уже отмечалось, все больные с хирургическими заболеваниями легких и средостения стали концентрироваться в ЦКБ, что определялось развитой клинической базой, возможностью быстрого и детального обследования и соответствующим анестезиологическим и реанимационным обеспечением. Были сформированы системные принципы обследования и лечения, к настоящему времени объединившие самые

высокотехнологичные методы. По рекомендации М.И. Перельмана и по распоряжению начальника Четвертого главного управления академика Е.И. Чазова в 1971 г. в практику обследования впервые в стране (одновременно в ВНЦХ и ЦКБ) была введена фибробронхоскопия, позволившая более качественно проводить необходимое обследование.

Дальнейший качественный рывок в диагностике заболеваний органов грудной клетки был сделан благодаря внедрению в клиническую практику ЦКБ компьютерной томографии. В 1978 г. в радиологическом корпусе ЦКБ начал функционировать первый в стране компьютерный томограф. У истоков этого важнейшего метода исследования стоял академик РАМН С.К. Терновой. Были разработаны не только методы уточняющей рентгенодиагностики, но и малоинвазивные методы исследования, в частности пункционная биопсия образований легких и плевры под контролем КТ (Лепихин Н.М.), что в целом ряде случаев позволило отказаться от диагностических торакотомий. Хирургами ЦКБ были разработаны и в настоящее время при необходимости используются методы щадящего дренирования под местной анестезией жидкостных образований в плевральной полости и легких под контролем КТ, в том числе при гнойно-воспалительных заболеваниях. Использование этих малоинвазивных технологий особенно важно у соматически отягощенных больных старших возрастных групп.

В качестве примера эффективности и наглядности КТ-диагностики можно привести следующее наблюдение:

1. Обзорная рентгенограмма больного Н. с опухолевым процессом в левой плевральной полости (фото 8).

2. КТ того же больного, свидетельствующая о деформации IV ребра опухолью, пролабирующей в плевральную полость. Под контролем КТ произведена режущая биопсия указанного опухолевого образования. Получено заключение о наличии миеломы (фото 9).

3. Макропрепарат удаленной опухоли вместе с резцированным ребром (фото 10).

В последние годы при подозрении опухоли легких нашло широкое применение сочетанное исследование – КТ легких и протонно-эмиссионная томография, что позволяет достаточно точно устанавливать стадию опухолевого процесса и рационально избирать лечебную тактику.



Фото 8. Опухолевый процесс в левой плевральной полости.

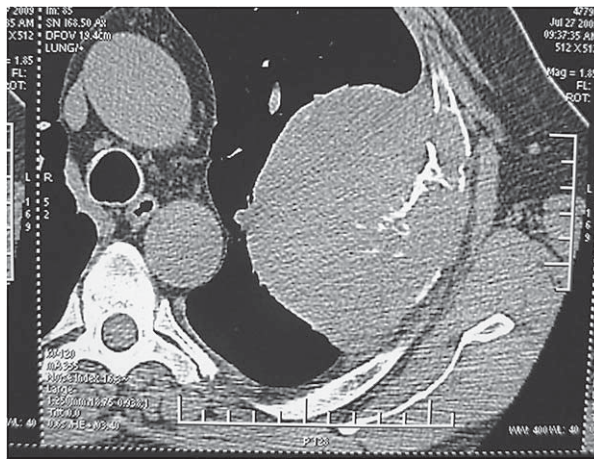


Фото 9. КТ имеющейся опухоли.

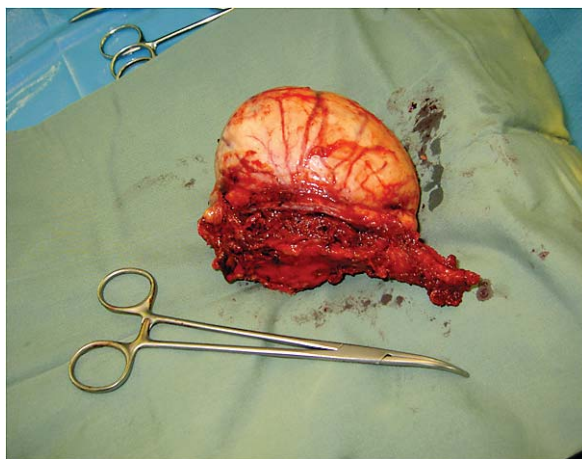


Фото 10. Макропрепарат удаленной опухоли.

Совершенствование методов ультразвуковой диагностики и современная генерация соответствующей диагностической аппаратуры также позволяют, в частности, при наличии различного рода плевритов, в том числе осумкованных, выбрать место последующей пункции, выполнить ее с определенными гарантиями безопасности, а в последующем провести оценку эффективности манипуляции.

Помимо внедрения современных методов диагностики, постоянно совершенствуются методики хирургических вмешательств на легких. В 1998 г. впервые в стране в ходе операции на легких были использованы биполярные ножницы фирмы «Этикон» (фото 11). Эта технология оказалась незаменимой при выраженных спаечных процессах плевральной полости, при прецизионном удалении опухолевых образований, иссечении метастазов из легочной ткани, проведении лимфодиссекции. Опыт использования этой техники был доложен на заседании Московского общества торакальных хирургов и в настоящее время широко используется в клинической практике.

Огромное значение в плане профилактики различного рода свищей (бронхиальных и легочных) придается тщательной герметизации линии рассечения легочной ткани. Впервые в России в ЦКБ с этой целью стал применяться тахокомб, что позволило значительно уменьшить время нахождения дренажей в плевральной полости и как следствие этого уменьшить время пребывания

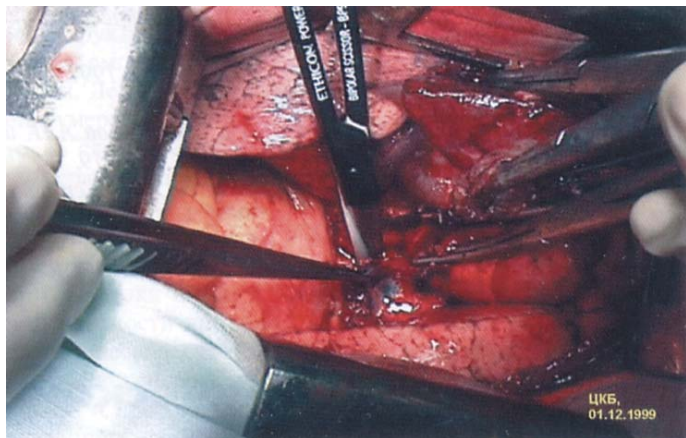


Фото 11. Операция с использованием биполярных ножниц.



Фото 12. Сотрудники службы анестезиологии и реанимации: слева направо И.Г. Дыбунов, М.Д. Гинодман, В.П. Фоминых.

оперированных больных в отделениях интенсивной терапии. Опыт использования тахокомба был отражен в материалах Международного хирургического конгресса (2003 г.).

Применение современных сшивающих аппаратов, шовного материала, прецизионной техники позволило минимизировать необходимость переливания крови в ходе операции и уменьшить количество послеоперационных осложнений. Достаточно сказать, что на протяжении последних 10 лет не было отмечено ни одного случая несостоятельности культи бронха. В настоящее время также по показаниям и при возможности применяются малоинвазивные торакальные вмешательства. Наиболее оправданным вмешательством является проведение видеоассистированной мини-торакотомии (WATC), что позволяет сочетать преимущество открытого вмешательства и возможности эндохирургической техники. К рациональному использованию этого вида оперативных вмешательств в настоящее время пришло большинство торакальных клиник.

Вместе с тем следует отметить, что результативная работа в легочной хирургии во многом обеспечивается не только адекватной предоперационной диагностикой и непосредственной хирургической техникой, но и прекрасной организацией службы анестезиологии и реанимации ЦКБ, возглавляемой в настоящее время В.П. Фоминых (фото 12). В формировании и развитии этой

службы значительная роль также принадлежит бывшему главному специалисту академику РАМН Г.А. Рябову и опытнейшему анестезиологу М.Д. Гинодману, которые и обеспечивали в течение многих лет анестезию при большинстве торакальных вмешательств, послеоперационное ведение и наблюдение за больными. В настоящее время наркозы чаще всего обеспечивает опытный и высококвалифицированный анестезиолог И.Г. Дыбунов.

Торакальное направление в хирургии в настоящее время динамично развивается за счет внедрения высокоэффективных диагностических методов, современных хирургических технологий и обеспечения периоперационного периода эффективными медикаментозными средствами.

Перспективными задачами являются расширение спектра объемов малотравматичных вмешательств, а также совершенствование интра- и послеоперационных принципов обеспечения респираторной функции легких.

В условиях многопрофильной больницы торакальное хирургическое направление является востребованным и необходимым, обеспечивая потребности крупного стационара в специализированной профильной консультативной и лечебной помощи.