



УДК 378.661 (571.620).096 : 617

С.Н. Качалов, Е.И. Кропачева

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДВЖМУ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,  
г. Хабаровск*

История кафедры госпитальной хирургии неразрывно связана с историей и развитием Дальневосточного государственного медицинского университета, Дорожной клинической больницы ДВЖД и всего здравоохранения Дальнего Востока в целом. Организованная в 1934 г. на базе кафедры факультетской хирургии Хабаровского государственного медицинского института, уже к 1937 г. кафедра получает собственную клиническую базу в Дорожной больнице на ст. Хабаровск-1 ДВЖД. С момента выделения кафедры как самостоятельной структурной единицы в 1939 г. ее организатором и заведующим стал профессор А.М. Дыхно. Александр Михайлович был ярким и талантливым ученым, его характеризовали широкий диапазон научных исследований и неутомимая хирургическая деятельность. Под его руководством было защищено 8 кандидатских диссертаций, опубликовано 6 монографий и более 120 научных работ.

С 1951 г. кафедру возглавил профессор М.А. Хелимский. С этого времени база кафедры включала 95 хирургических коек, специализированные травматологические, урологические, онкологические и стоматологические койки. С 1959 г. по инициативе ассистента кафедры М.А. Чередниченко стал проводиться эндотрахеальный наркоз и начала формироваться анестезиологическая служба Хабаровского края. В связи с изменением учебных планов потребовались новые базы для курсов травматологии-ортопедии и стоматологии. Базами кафедры стали соответственно 13-я (сегодня 2-я краевая) и 2-я городские больницы. Впоследствии указанные курсы стали основой для формирования новых кафедр института. В этот период сотрудники кафедры занимаются вопросами профилактики и лечения травматизма, изучением вопросов анестезиологии и реанимации. Под руководством профессора М.А. Хелимского было выполнено 4 докторские и 21 кандидатская диссертация, опубликовано 3 монографии и 130 научных работ.

С 1975 г. руководство кафедрой приняла профессор Е.И. Кропачева, что ознаменовало собой новый период развития. Собственно именно с этого времени кафедра приобретает статус хирургической клиники, объединяющей хирургическое, травматолого-ортопедическое и реанимационно-анестезиологическое отделения. К научной работе активно привлекаются сотрудники Дорожной клинической больницы. В это время определяю-

щее влияние на научные интересы клиники оказывает большой поток поступающих экстренных больных и ведущим направлением научных исследований становится неотложная абдоминальная хирургия.

Одной из таких проблем является перитонит, который привлекал и привлекает внимание исследователей нерешенностью многих вопросов. Поэтому основным направлением научных исследований клиники на протяжении ряда лет явилось совершенствование лечения перитонитов различного происхождения путем применения всевозможных методов детоксикации в виде форсированного диуреза, сбалансированного и синхронного введения гидролизатов, энергетических веществ и витаминов (А.И. Хоменко, 1984). Среди различных методов эфферентной терапии особое внимание заслуживает применение экстракорпоральной детоксикации. Проведенные в клинике исследования показали, что применение гемосорбции и ультрафиолетового облучения крови является одним из наиболее эффективных методов борьбы с интоксикационным синдромом при бактериальных перитонитах (Б.А. Меркешкин, А.А. Рудик, С.И. Чичкань). Практическим результатом научного интереса клиники к проблеме детоксикации явилось создание в Дорожной клинической больнице в 1982 г. лаборатории экстракорпоральной детоксикации, которая сегодня превратилась в отделение гемодиализа и эфферентной терапии.

Гнойно-септические процессы в брюшной полости имеют полимикробный круг возбудителей, включающих аэробные, факультативные и облигатные анаэробные микроорганизмы. При распространенных перитонитах в 60-70 % случаев из перитонеального экссудата высевают грамотрицательную флору, которая обладает особо высокой токсичностью и служит причиной развития тяжелых патологических синдромов (А.А. Рудик, 1988). Было установлено, что неспецифическая реактивность организма играет чрезвычайно важную роль в развитии, течении и исходе воспалительного процесса в брюшной полости. Эти факторы (лизоцим, бетта-лизины, комплемент и др.) первыми вступают в единоборство с патогенными микроорганизмами (А.И. Хоменко, 1984).

Определение уровня защитных сил организма перед операцией и в различные сроки после нее у больных с распространенными формами перитонита позволило оценить рациональность различ-

ных лечебных мероприятий, прогнозировать гнойно-септические осложнения еще до появления клинических симптомов.

Работами сотрудников клиники доказана необходимость выполнения предоперационной подготовки при тяжелых формах перитонитов для предотвращения грозных осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Наблюдение за динамикой уровня неспецифической защиты позволило рекомендовать таким больным оптимальные анестетики для наркоза, а также патогенетическую терапию в раннем послеоперационном периоде. Основными ее направлениями признаны: восполнение жидкостных потерь, белка, электролитов, борьба с интоксикацией и инфекцией, восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ и повышение защитных сил организма.

Дальнейшие исследования позволили установить, что наибольшее угнетение иммунитета отмечено у больных при развитии в брюшной полости грамотрицательной инфекции, которую отличает наличие высокотоксичного компонента клеточной стенки - липополисахарида, который при попадании в системный кровоток служит причиной развития синдрома эндогенной интоксикации.

При комплексной оценке показателей синдрома эндогенной интоксикации и гуморальных (антительных и неантительных) эндотоксинсвязывающих факторов плазмы крови установлено, что в острый период перитонита происходит потребление и угнетение этих факторов. Наибольшие изменения зарегистрированы при наличии грамотрицательной микрофлоры в перитонеальном экссудате. С учетом этих данных предложено эффективное иммунотерапевтическое средство с целенаправленными антиэндотоксическими свойствами — донорская плазма с высоким естественным титром естественных Re-антител. Для получения плазмы предложен метод скрининга плазмы крови безвозмездных доноров. Применение гипериммунной плазмы позволило существенно оптимизировать лечение перитонитов, снизить летальность и частоту вторичных осложнений.

Эффективным способом снятия эндотоксикационного синдрома также является экстракорпоральное облучение крови больного ультрафиолетовыми лучами. В клинике была разработана новая методика применения УФОК на гидратцеллюлозной мембране в комплексном лечении перитонита (С.И. Шатилов, Е.В. Рыкова, 1990).

При использовании этого метода было отмечено увеличение утилизации кислорода в организме и улучшение обменных процессов. Эти положительные свойства УФОК оказывают благоприятное влияние как компонент комплексных лечебных мероприятий у больных с перитонитом, обусловленным анаэробной неспорообразующей флорой (С.И. Чичкань, 1990).

Включение экстракорпоральных методов детоксикации в комплексное лечение перитонитов позволило снизить гнойно-септические осложнения с 49 до 40,5%, общую летальность — с 10,3 до 5,6%, а при разлитом перитоните — с 27,2 до 14,5%.

Были проанализированы результаты применения ГС в комплексном лечении больных механической желтухой, осложненной печеночной недостаточностью на фоне своевременной и адекватной коррекции оттока желчи (В.В. Убиенных, В.А. Коновалов, 1990). Лечение проводилось до и после оперативного вмешательства. Получен положительный эффект при применении ГС в ранние сроки заболевания (первые 2-3 дня).

Вместе с тем, широкое применение эфферентных методов лечения требовало дальнейшего совершенствования и разработки новых способов, дающих возможность оказывать влияние на различные звенья патологического процесса ЭИ.

К одному из наиболее эффективных методов экстракорпоральной детоксикации относится плазмаферез, который наиболее часто применялся в клинике при лечении острого панкреатита (С.Н. Качалов, 1991) и в настоящее время занимает ведущее место в клинической практике, являясь важной составной частью проводимой комплексной терапии.

Во время плазмафереза из крови удаляются различные токсические соединения, продукты аномального метаболизма и распада тканей. Сама процедура плазмафереза менее инвазивна, чем гемосорбция, не приводит к гемодинамическим расстройствам и легче переносится больными. На основании собственного опыта была доказана возможность удаления более одного литра плазмы за сеанс. В целом, за курс лечения у одного больного удалялось более 3,5 л плазмы без развития гипопроотеинемии и нарушений гемодинамики. Для предупреждения аллергии и снижения стоимости процедуры была рекомендована модификация плазмафереза, при которой аутоплазма возвращалась больному после дополнительной обработки. Дополнительная обработка включала гепаринзависимое криоосаждение фибронектина с дальнейшим центрифугированием и отделением осадка. После обработки данная аутоплазма может быть возвращена больному при использовании в качестве замещающего раствора перед следующим сеансом плазмафереза. Применение комбинированного криоплазмафереза в лечении острого панкреатита позволило снизить общую летальность на 6,4%, а летальность при деструктивных формах — на 50%.

Вопросы хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки на протяжении всего периода научной деятельности клиники были в центре внимания. В этой тематике клиники можно выделить три периода. Самый продолжительный и мало вариабельный первый период - до начала 80-х гг. Для него характерна общая тенденция, которая заключалась в оценке различных методов оперативного лечения язвенной болезни в раннем и отдаленном периодах после операции. Разрабатывали эти вопросы практически все сотрудники клиники. Добились минимального уровня — 12% пострезекционного синдрома для данного периода.

С внедрением в клиническую практику эндоскопической диагностики изменились и взгляды на

проблему хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, что соответствует второму периоду в разработке этой тематике. Характерной его особенностью было три научных направления. Это осложнения раннего послеоперационного периода и борьба с ними, совершенствование эндоскопических методов диагностики хирургических осложнений и прогноза рецидивов кровотечений, эндоскопическое лечение обострений язвенной болезни, осложненного кровотечения. Реализуя эти направления, удалось снизить несостоятельность швов культи 12-перстной кишки и гастроэнтероанастомоза до 3%, диагностические ошибки — до 0,15%, консервативно закончить лечение кровоточащих язв удалось у 43% больных, что особенно важно для лиц пожилого и старческого возраста. В условиях отсутствия современных антисекреторных препаратов применение химической эндоскопической ваготомии и местной терапии, улучшающей репарацию при язвенной болезни 12-перстной кишки, приводило к ускорению рубцевания язв в 2 раза, тем самым снижая риск рецидивов кровотечения. Послеоперационная летальность при хирургических осложнениях язвенной болезни 12-перстной кишки составила 4,2%.

Общее руководство научной работой этого периода осуществлялось профессором Е.И. Кропачевой с активным участием доцентов В.В. Убиенных, Н.В. Ташкинова, А.И. Хоменко, ассистента С.И. Чичкань, сотрудников эндоскопического отделения В.И. Кенигфест, О.К. Камаловой и других.

Третий этап в разработке этой проблемы на кафедре охватывает период с 1995 г. по настоящее время. Он начался с понимания того, что проблему лечения язвенной болезни 12-перстной кишки необходимо решать комплексно и начинать с организационных вопросов. Появившиеся к этому времени современные антисекреторные препараты, знания о хеликобактерной инфекции и ее роли в язвообразовании не привели к уменьшению хирургических осложнений язвенной болезни 12-перстной кишки. Из 140 больных, госпитализированных в 1994 г. в клинику госпитальной терапии и хирургии, у 48 (34%) человек наблюдались хирургические осложнения. У 60% из них было от 2 до 5 осложнений одновременно, что подтверждало неадекватность консервативной терапии и свидетельствовало о позднем направлении больных на хирургическое лечение. Хеликобактерная инфекция не выявлялась и системно не лечилась. Применению новых функциональных методов оперативного лечения препятствовало отсутствие материальной базы.

Все это свидетельствовало об отсутствии системы в лечении этой категории больных, а для ее создания не было методического обеспечения и научного обоснования. Решая эти задачи, кафедры госпитальной хирургии и терапии объединили усилия и создали программу организационных мероприятий по комплексному лечению язвенной болезни 12-перстной кишки. Нам удалось решить

некоторые важные, на наш взгляд, вопросы: ввели в штатное расписание Диагностическое центра врача-гастроэнтеролога, приобрели аппарат для суточного рН-мониторинга, всем больным проводится определение хеликобактериоза тремя методами, подбор антисекреторных препаратов с помощью суточного мониторирования, освоили и широко используется органосохраняющая технология хирургического лечения — радикальная дуоденопластика в сочетании с антацидными вмешательствами и без них, конкретизированы показания к различным видам функциональных операций в зависимости от базальной секреции, показателей атропинового теста и других клинических данных. Создан реестр язвенных больных, оптимизирована система диспансеризации путем создания клуба. Выпущены методические рекомендации для врачей-хирургов, терапевтов, рентгенологов и эндоскопистов. Внедрена система санации хеликобактериоза. За этот период времени выполнены функциональные оперативные вмешательства 103 больным. Из них изолированная радикальная дуоденопластика выполнена 55 больным, в сочетании с селективной проксимальной ваготомией — 11 больным, с медиальной резекцией желудка — 24 больным, селективная проксимальная ваготомия — 13 больным. Изучены ближайшие результаты у 95 больных.

Послеоперационные осложнения развились в 7 случаях. Из них гастростаз наблюдался в 4 случаях, нагноение — в 1 случае, послеоперационный панкреатит — в 1 случае и пневмония — в 1 случае. Послеоперационная летальность составила 2,8%. Только у одного больного летальность была связана с непосредственным осложнением послеоперационного периода панкреатитом. Отдаленный период от 6 мес. до 4 лет изучен у 84 больных по шкале Visik. Хорошие и отличные результаты получены у 77 больных, удовлетворительные — у 7 больных. В рамках данной научной проблемы успешно защищены одна докторская (А.А. Рудик, 2002) и две кандидатские диссертации (В.А. Тазалов, 1999; М.В. Воробьев, 2002).

С 1997 г. клиникой заведует доцент С.Н. Качалов. Ученик клиники, он является продолжателем ее основных традиций. В этот период окончательно формируется хирургическая клиника, включающая хирургическое (заведующий А.И. Хоменко) и урологическое отделения (заведующий С.В. Маршев). Основной целью создания клиники является развитие хирургии высоких технологий, основанной на последних достижениях мировой науки и техники.

Неблагоприятные демографические показатели, высокая летальность от сердечно-сосудистой патологии в России и неудовлетворенность результатами лечения сосудистых больных послужили основанием для внимания сотрудников клиники к решению данной проблемы. С 1998 г. клиника явилась инициатором развития на базе Дорожной клинической больницы ДВЖД направления клинической ангиологии и сосудистой хирургии. В структуре Клинико-диагностического центра орга-

низован прием специалиста-ангиолога. Проведены научно-практическая конференция по проблемам клинической ангиологии и выездной семинар тематического усовершенствования с участием академика РАМН, профессора А.В. Покровского. Создается необходимая диагностическая и лечебная база для осуществления данной программы. Уже сегодня в клинике успешно выполняются различные реконструктивные вмешательства на аорте, периферических артериях и венах. Освоены операции протезирования и шунтирования аорты и сосудов с использованием аутоген и искусственных имплантатов, каротидной эндартерэктомии, торакоскопической симпатэктомии и порто-системного шунтирования. Изменены подходы и схемы медикаментозной терапии сосудистой патологии. Ежегодно в клинике выполняется около 120 сосудистых оперативных вмешательств. В рамках программы развития сердечно-сосудистой хирургии успешно защищена кандидатская диссертация (Г.А. Шарандак, 2004).

В настоящее время клиника является крупным мультидисциплинарным центром, в котором осуществляется современное лечение хирургических и онкологических заболеваний органов пищеварительного тракта, мочеполовой системы, заболеваний аорты и периферических сосудов. Несомненным завоеванием сотрудников клиники в последние годы стала успешная реализация клинικο-диагностических программ лечения очаговых заболеваний печени и поджелудочной железы, язвенной болезни 12-перстной кишки и желудка, развития минимально инвазивных вмешательств. Реализация указанных программ привела к тому, что в клинике освоены такие сложные оперативные вмешательства, как обширные и сегментарные резекции печени при первичных и метастатических опухолях, панкреатодуоденальная резекция при опухолях поджелудочной железы и пилоросохраняющая резекция при хронических панкреатитах, экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудка и многие другие.

Разделяя общие тенденции развития мировой хирургии в использовании любых возможностей для снижения инвазивности хирургических вмеша-

тельств, сотрудники клиники внедряют минимально инвазивные методы в различных областях. Сегодня клиника обладает опытом выполнения более 2300 лапароскопических холецистэктомий, успешно выполнены лапароскопические резекции печени, тонкой и сигмовидной кишки, лапароскопические вмешательства при кистах почек, печени и варикоцеле. Ряд вмешательств выполняется под ультразвуковым контролем (биопсии органов, дренирование желчного пузыря, протоков и полостей, наложение цистогастроанастомозов). Успешно внедряется технология "бескровной" хирургии, позволяющая выполнять обширные хирургические вмешательства с минимальным использованием донорской крови и ее продуктов.

Клиника является крупным центром подготовки молодых хирургических кадров для региона, города и больницы. Освоенные методы и знания полностью передаются молодым врачам, клиническим ординаторам и интернам, которые активно участвуют в формировании позиции клиники в развитии лечебной помощи. Для расширения кругозора хирургов в направлениях современной хирургии в клинике организована работа "круглых столов", где молодые коллеги могут получить ответы на интересующие вопросы. Расширение направлений развития хирургической помощи привело к открытию в 2005 г. второго хирургического отделения на 40 коек (заведующий Г.А. Шарандак), основной профиль которого включает сосудистую и минимально инвазивную хирургию.

Несмотря на "солидный" возраст, клиника продолжает и сегодня сохранять передовые взгляды на развитие хирургических технологий, оснащается самым современным оборудованием, которое позволяет выполнять обширные хирургические вмешательства с минимальным риском для жизни больных, что привело к уверенности в возможности безопасной хирургии. Осуществлена реконструкция и переоснащение блока интенсивной терапии и существующего операционного блока. Коллектив клиники с уверенностью смотрит в будущее и готов решать и дальше все вопросы эффективного оказания помощи населению и обучению хирургов Дальнего Востока России.

