

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И 30-ЛЕТНИЕ ИТОГИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Ф.Р. Мунасыпов, З.Х. Гарифуллин, Р.Р. Саитов, А.Б. Гумеров, А.С. Мингазина

ГУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

Мунасыпов Фарит Рашитович, канд. мед. наук, врач высшей категории, заведующий отделением абдоминальной онкологии РКОД, 450054, Республика Башкортостан, г. Уфа, пр. Октября, 73/1, тел. 8 (347) 237-37-42, e-mail: rkod@mail.ru

Официальной датой «рождения» отделения абдоминальной хирургии является 1 апреля 1980 года. Основным профилем отделения стали злокачественные опухоли желудка, поджелудочной железы, печени, забрюшинные опухоли и другие новообразования брюшной полости и забрюшинного пространства, за исключением рака прямой и ободочной кишок и мочеполовых органов.

Первым заведующим отделением стал врач хирург-онколог первой категории Гарифуллин З.Х., работавший до этого старшим ординатором уже существующего отделения онкопроктологии и внесший неоценимый вклад в организацию нового отделения, подбор и обучение кадров и т.д. Почти одновременно с ним в отделение пришли молодой хирург Мунасыпов Ф.Р. (первый год после интернатуры) и старшая медицинская сестра Байбурина Р.А.. Было четыре операционных дня. В отделении работал один сестринский пост, процедурная и два перевязочных кабинета.

Чуть позднее, в августе 1980 года в коллектив влились врачи Сираев Б.А. и Салахов Д.Б., в результате чего врачебный коллектив отделения был практически сформирован. К концу 1980 года отделение было в целом укомплектовано средним и младшим медицинским персоналом, развернуто 2 сестринских поста.

Одновременно с основной производственной деятельностью врачи скрупулезно занимались совершенствованием методик хирургических операций, выезжали в другие города: Москву, Ленинград, Киев, Харьков, Ташкент, Казань и др. для обучения и обмена опытом. И, действительно, в этом была острая необходимость, так как в первые годы работы отделения отмечался высокий процент послеоперационных осложнений и летальности. Основным послеоперационным осложнением и ведущей причиной смерти больных являлась несостоятельность анастомозов и развивающиеся в связи с этим перитониты. Так, например, в 1980 году от несостоятельности анастомоза и перитонита при раке желудка умерло 2 из проперированных 7 пациентов, в 1981 г. – 5 из 9, 1982 г. – 2 из 7 и т.д. Анализ специальной литературы тех лет показывает, что аналогичная ситуация наблю-

далась и во многих других хирургических клиниках абдоминального профиля, где одной из основных причин смерти больных являлась несостоятельность сшиваемых или ушиваемых полых органов брюшной полости, сопровождающаяся перитонитом.

С момента создания отделения абдоминальной онкологии основная масса пациентов этого профиля со всех регионов РБ начала концентрироваться в нем, и операции должны были, что называется, быть поставлены на поток. То есть при сохранении индивидуального подхода в каждом конкретном случае в то же время они были максимально унифицированы в тактическом плане, детально отработана техника выполнения отдельных этапов с использованием новейших достижений тех лет, оптимально подобрано оборудование, инструментарий, шовный материал и т.д. Это должно было привести к уменьшению количества послеоперационных осложнений и улучшению результатов лечения больных. И в целом эта задача была успешно решена: общая летальность за анализируемый период времени снизилась в 5,8 раз, послеоперационная – в 4,3 раза. Количество несостоятельств швов анастомозов к настоящему времени практически удалось свести на нет.

В 1982 году в онкологическом диспансере произошла реорганизация, в результате которой абдоминальное отделение было объединено с отделением реабилитации онкологических больных. В результате этого объединения коечный фонд отделения возрос до 75. Такое положение сохранялось до 1984 года, когда отделение по своему профилю и специализации вернулось в прежние рамки. К этому времени в штат абдоминального отделения была принята врач хирург-онколог 1 категории Мингазина А.С. В 1989 году в отделение перешел врач Саитов Р.Р., а в 1999 году – Гумеров А.Б.

В результате, к 1999 году окончательно сформировался врачебный коллектив в том виде, в котором он существует до настоящего времени.

В 1996 году заведующим отделением был назначен канд. мед. наук, хирург-онколог 1 категории Ф.Р. Мунасыпов.

В современном, бурно и динамично развивающемся мире 30 лет – немалый срок. Научно-техни-

ческий прогресс быстро и неизменно меняет окружающий нас мир и самого человека.

Медицинская наука в целом и онкология в частности не осталась в стороне от этих позитивных тенденций. В корне поменялся и обновился багаж наших теоретических знаний по онкологии, да и возможности самой хирургии применительно к онкологическим заболеваниям еще далеко не достигли того «потолка», о котором так часто писали в 80-е и 90-е годы прошлого века. В подтверждение этого достаточно вспомнить быстрое развитие и внедрение в клиническую практику эндоскопической хирургии, обширных регионарных лимфодиссекций при злокачественных опухолях различных локализаций, циторедуктивных технологий, мультиорганного подхода при распространенных формах рака и т.д.

Не осталось в стороне от этого развития отделение. С момента его открытия активно велся поиск эффективных форм восстановительных этапов радикальных операций при раке желудка. В результате, при формировании пищеводно-кишечных соустьев мы прошли сложный путь от методик Г.А. Савиных, В.И. Казанского, К.А. Сапожкова, Ф.Ф. Березкина – К.Н. Цацаниди до методик Гиляровича и М.З. Сигала и, наконец, к муфтообразным арефлюксным анастомозам профессоров Г.В. Бондаря и М.И. Давыдова, которые с успехом используются в настоящее время с небольшими собственными модификациями.

Одними из первых в РБ нами внедрен в клиническую практику метод лапароскопии для диагностики распространенности процесса при раке желудка и других злокачественных новообразований органов брюшной полости. При этом мы использовали первые появившиеся промышленные образцы лапароскопов, не имеющих мониторов и дополнительных приспособлений для выполнения каких-либо манипуляций в брюшной полости. Аспирационные биопсии при этом проводились обычными шприцами, путем чрезкожной пункции брюшной полости под контролем зрения.

Для выполнения сложных оперативных вмешательств большого объема требуется адекватный доступ. Для достижения этой цели нами был разработан, запатентован и начал широко использоваться ранорасширитель-подъемник реберных дуг собственной конструкции, который в последующем стал производиться в промышленных масштабах в условиях НИИАТ г. Уфы. Это позволяло проводить операции большого объема, расширенные и комбинированные (мультиорганные) вмешательства.

С 1988 года начали выполняться гастропанкреатодуоденальные резекции при раке головки поджелудочной железы и Фатерова соска. Всего было выполнено более 40 таких вмешательств. К сожалению, эта операция, которая выполняется сейчас в модификации Патютко, не нашла такого широкого применения, как предполагалось ранее. Связано это, в первую очередь, с неудовлетворительными отдаленными результатами, быстрыми рецидивами и небольшой продолжительностью жизни больных: медиана выживаемости не превышает 7–8 месяцев. Опухоли поджелудочной железы прогрессируют

очень быстро и в ранних стадиях выявляются крайне редко, поэтому количество больных, которым действительно показано это вмешательство, невелико.

В 2000 году впервые в отделении была выполнена реканализация пупочной вены и портопеченочная перфузия 5-Фторурацилла - методика, которая была затем успешно внедрена в клиническую практику.

На базе отделения были защищены 2 кандидатские диссертации, по материалам отделения выполнен ряд кандидатских работ и выполнены фрагменты докторской диссертации. Врачами отделения в центральной и местной печати опубликовано более 130 научных статей.

В апреле 2010 года исполнилось 30 лет отделению. За этот промежуток времени нами пролечено 27697 больных, в том числе 21676 (78,3%) – по поводу злокачественных новообразований. Выполнено 15410 хирургических операций при среднем показателе уровня послеоперационных осложнений 4,4% и послеоперационной летальности – 1,9%. Однако, если говорить о динамике, то с 1981 по 2009гг. количество послеоперационных осложнений снизилось с 6,6% до 3,2%. Если за 1981 год в отделении умерло 37 человек, то в 2009 – 12. Общая летальность за этот период снизилась с 5,2% до 0,9%, послеоперационная с 6,5% до 1,5%.

Произведено 2371 субтотальных резекций желудка в различных модификациях, 969 чрезбрюшинных гастрэктомий, включая экстирпации культи желудка.

Неуклонно возрастает количество расширенных, комбинированных (мультиорганных), одномоментных и других операций повышенной категории сложности. Внедрена в практическую деятельность и широко используется забрюшинная лимфодиссекция в объеме D1 - D3 при раке желудка.

Активное использование в практической работе современных уточняющих методов диагностики, а также принципов циторедуктивной хирургии привело к снижению количества пробных и диагностических операций. Так, если в 1981 году их было выполнено 91, то в 2009 г. – 27 (при всех локализациях).

В последние годы гораздо реже стали встречаться осложнения, связанные с техническими погрешностями и воздействием так называемого «человеческого фактора». Возрос контингент оперированных больных пожилого и старческого возраста, в особенности при осложненном течении заболевания (пилоростенозы, непроходимость, механическая желтуха и т.д.).

Неуклонно растет количество больных, получивших комбинированное и химиотерапевтическое лечение.

Таким образом, отделение абдоминальной онкологии, являющееся неотъемлемой частью Республиканского клинического онкологического диспансера, за 30-летнюю историю своего развития прошло трудный, но позитивный путь, добившись значительных положительных результатов. Коллектив отделения с честью выполняет возложенные на него обязанности по оказанию диагностической и лечебно-профилактической помощи населению Республики Башкортостан при злокачественных новообразованиях различных локализаций.