

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

НАПРАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ХИРУРГИИ РУДН (краткий очерк)

Ф.В. БАЗИЛЕВИЧ

Кафедра хирургии Российского университета дружбы народов.
Ул. Вавилова, д. 61, Москва, Россия, 117292

В данной статье представлены история развития кафедры хирургии РУДН, основные научно-практические направления ее деятельности.

Кафедра хирургии начала свою деятельность с 1 сентября 1963 года, возглавил кафедру профессор Владимир Владимирович Виноградов. Основным направлением научной и практической работы кафедры с момента ее основания явились заболевания желчных путей и поджелудочной железы. Работа по изучению этой проблемы велась по нескольким направлениям.

В лечении калькулезного холецистита и его осложнений основной задачей было, помимо холецистэктомии, диагностика и устранение патологических изменений со стороны желчных протоков и фатерова соска и стремление к восстановлению нормальных анатомических взаимоотношений и нормальной физиологии желчеотделения. Выполнение этого требования могло быть осуществимо лишь при выявлении всех патологических изменений со стороны желчных путей, что в первую очередь потребовало разработки специальных методов исследования. Применявшиеся в то время методы дооперационной диагностики в виде дуоденального зондирования, оральной холецистографии, внутривенной холеграфии не обеспечивали в полной мере эту задачу, и это привело к разработке целого комплекса интраоперационных исследований. А поскольку проведение комплекса интраоперационных исследований не всегда было возможным в условиях экстренных оперативных пособий, то и была сформулирована тактика ведения больных с острым холециститом как преимущественно консервативное лечение с выполнением обязательного оперативного вмешательства в холодном периоде.

В комплекс интраоперационных диагностических методов помимо общепринятых визуального и пальпаторного исследований были включены разрабатываемые на кафедре методы гидродинамических исследований (манометрия и кинезиметрия), интраоперационная холангиография, которые обязательно предшествовали инструментальному исследованию проходимости протоков и фатерова соска (зонды Доллиотти).

Использование этого диагностического комплекса позволяло с большей достоверностью устанавливать показания к холедохотомии. Таким образом, определялась и следующая задача - выбор способа завершения холедохотомии. Среди общепризнанных методов завершения холедохотомии в виде наружного дренирования и холедоходуоденостомии для достижения поставленной цели по восстановлению нормальной анатомии протоковой системы и желчеотделения нам казалось наиболее приемлемым использование глухого шва стенки протока. Но в первый период работы кафедры это оказалось невыполнимым по целому ряду причин, однако это стало возможным в последующем. Одним из первых пунктов в решении этой задачи стало восстановление нормальной проходимости фатерова соска, нарушенной либо его стенозом, либо вколоченным камнем. Это потребовало разработки методики выполнения папиллосфинктеротомии. Отказавшись от принятой в 60-е годы папиллосфинктеропластики, сопровождавшейся широким рассечением папиллы и ее сфинктерного аппарата, и применявшегося при этом транспапиллярного дренирования гепатикохоледоха, мы перешли к выполнению трансдуоденальной субтотальной папиллосфинктеротомии. При этом стремились к сохранению протоковых структур сфинктера Одди. Если вначале каждая папиллосфинктеротомия сопровождалась наружным дренированием по Керу, то в последующем, убедившись в полноценной ликвидации желчной гипертензии после рассечения папиллы, мы отказались и от наружного дренирования.

Отношение к супрадуоденальной холедоходуоденостомии в клинике всегда было достаточно сдержанным, она преимущественно выполнялась лишь при значительных расширениях гепатикохоледоха. Но, убедившись в необходимости восстановления проходимости папиллы для предупреждения развития панкреатита даже в случаях показаний к холедоходуоденостомии и получив данные в сокращении диаметра гепатикохоледоха после выполнения папиллосфинктеротомии, вопрос к необходимости наложения холедоходуоденоанастомоза также был снят. После приобретения опыта по устранению других доброкачественных поражений фатерова соска, мы пришли к выводу о необходимости применения наружного дренирования гепатикохоледоха. Крупным достижением в отработке техники и в возможности завершения холедохотомии глухим швом явилась разработка прецизионной техники и большая экспериментальная работа по поиску лучшего шовного материала. Эти вопросы были решены в работах К.В. Лапкина и В.И. Мальярчука.

Таким образом, сегодня при необходимости выполнения холедохотомии для санации желчных протоков методом выбора ее завершения является глухой шов.

Одной из трудно решаемых задач в 60-е годы было установление причины механической желтухи и ее дифференциальная диагностика с паренхиматозной желтухой. С этой целью уже в 1963 году в клинике начата работа по чрезкожному чрезпеченчному контрастированию желчных путей, что позволило с большей точностью устанавливать характер и причину желтухи. Вскоре с этой же целью в клинике стала применяться лапароскопия, которая была дополнена лапароскопической транспеченочной гепатохолангиографией или холецистохолангиографией. Использование этих методов позволило значительно сократить сроки диагностики и дифференциальной диагностики желтух, а, выявив причину непроходимости желчных путей, заранее определить объем оперативного вмешательства.

70-е годы работы клиники явились весьма важными в усовершенствовании диагностики заболеваний желчных путей и поджелудочной железы, благодаря широкому внедрению в клиническую практику методов эндоскопических исследований, таких как гастродуоденоскопия и интраоперационная холангиоскопия. Гастродуоденоскопия помимо диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки позволила проводить диагностику поражений фатерова соска, изучить в отдаленные сроки состояние холедоходуоденоанастомоза и папиллы после ее рассечения, а затем и применить методы ретроградного контрастирования желчных путей. Использование дуоденоскопии и ретроградной холангиографии после наложенного холедоходуоденоанастомоза позволило еще раз уточнить необходимость устранения непроходимости папиллы и сформулировать правило наложения холедоходуоденоанастомоза. Исследования больных с различными формами панкреатита позволило выявить их причинную зависимость от различных по строению поражений фатерова соска, которые в общем плане были определены как полипоз. Это послужило поводом к отработке методов оперативного лечения этих поражений, которые заключались либо в трансдуоденальной папиллэктомии в классическом варианте при крупных образованиях, либо в ампутации фатерова соска, дополняемого при необходимости рассечением устья панкреатического протока.

В связи с развитием технических возможностей гастродуоденоскопия стала применяться не только как диагностический метод, но и как вид оперативного пособия. Сегодня это эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которая сопровождается литоэкстракцией и, что особенно важно, позволяет произвести установку стентов для внутреннего отведения желчи, либо с целью предоперационной подготовки больных с механической желтухой, либо взамен различных паллиативных разгрузочных операций при иноперабельных опухолевых поражениях.

Наряду с тем, как гастродуоденоскопия из метода чисто диагностического превратилась в метод хирургический при определенных поражениях, такой же путь проделала и лапароскопия. Начиная с 1992 года, в клинике проводится разработка метода лапароскопической холецистэктомии и других вмешательств. Сегодня свыше 80% холецистэктомий выполняются эндоскопически. А, учитывая использование и метода эндоскопиче-

ского вмешательства на фатеровом соске, сегодня большинство санаций желчных протоков при доброкачественных поражениях выполняются эндоскопически.

Наряду с развитием эндоскопических методов диагностики и эндоскопической хирургии в клинике с конца 60-х годов разрабатывались и методы ультразвуковой диагностики, начиная с примитивной одномерной эхолокации вплоть до современного ультразвукового исследования. Использование ультразвукового исследования в значительной степени позволило диагностировать не только наличие конкрементов в желчном пузыре, но и характер воспалительных изменений его стенки; не только наличие холедохолитиаза, но и изменений, характерных для стеноза фатерова соска; не только признаков опухолевого поражения протоков, головки поджелудочной железы, фатерова соска при наличии механической желтухи, но и в дожелтушном периоде. Огромное значение ультразвуковая диагностика имеет и при установлении и определении уровня блокады при стриктурах гепатикохоледоха. Безусловно, значение ультразвуковой диагностики в выявлении как первичных опухолей печени, так и ее метастатического поражения. Возможность выявления поражения лимфатического аппарата при различных локализациях опухолей позволяет заранее определить объем и характер оперативного пособия. В последнее время возможности использования ультразвуковых данных выходят за рамки чисто диагностических, они позволяют осуществлять так называемые малоинвазивные методы пункций и дренирования различных жидкостных образований. Особенно это представляется нам интересным в лечении панкреонекроза, что соответствует исповедуемому принципу лечения тяжелых форм панкреатита за все время существования клиники: в основном консервативное лечение с минимальными малотравматичными вмешательствами.

Одним из наиболее интересных результатов развития прецизионной техники при вмешательствах на желчных путях с использованием специальных шовных материалов явилась разработка и выполнение операций по поводу рубцовых стриктур гепатикохоледоха на различном уровне. Особенно убедительно в пользу технического исполнения и используемого шовного материала свидетельствуют высокие стриктуры, когда речь идет о создании соустьев с сегментарными протоками. Интересно, что благодаря этой технике мы отказались от использования общепринятых способов каркасного дренирования. Непосредственные и отдаленные результаты этих реконструктивных вмешательств убеждают в правильности избранной тактики.

Итак, на сегодня основными принципами лечения больных по избранному клиникой научно-практическому направлению являются:

- использование максимально прогрессивных на настоящее время диагностических методов, способных в полной мере дать представление об имеющихся патологических изменениях;
- использование современных оперативных технологий, обеспечивающих в наибольшей степени восстановление нормальных анатомических взаимоотношений и физиологии;
- постоянный поиск различных способов и методов диагностики и оперативного лечения при различных патологических состояниях.

Говоря о клинике сегодня, хотим подчеркнуть, что она, соблюдая заложенные с момента основания традиции, не остановилась в своем развитии, а продолжает поиск путей к совершенствованию.

DIRECTIONS OF OPERATIVE ACTIVITY AT SURGERY DEPARTMENT PFUR

F.V. BAZILEVICH

Department of Surgery PFUR. Vavilova str., 61, Moscow, Russia, 117292

In this article we represented history of surgery department development at Peoples' Friendship University and main scientific and practical directions of its activity.