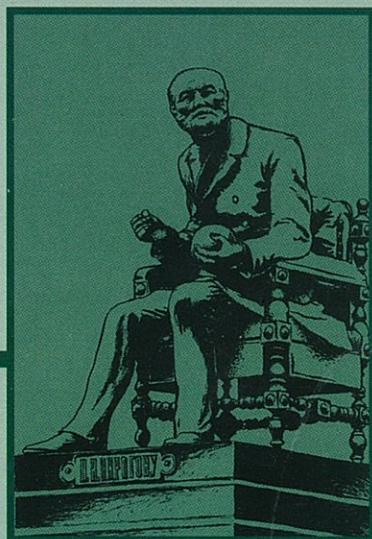


ISSN 0023-1207

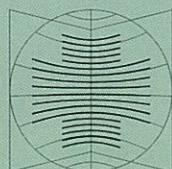
# ХИРУРГИЯ

Журнал имени Н.И.Пирогова



9' 2002

Научно-практический журнал



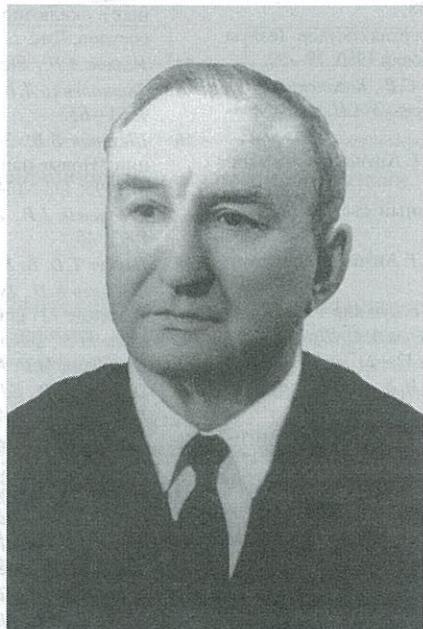
МедиаСфера

## Михаил Иванович Брякин

К 100-летию со дня рождения

**M.I. Bryakin**

To 100th birthday anniversary



18 ноября 2002 г. исполняется 100 лет со дня рождения одного из ведущих хирургов, заслуженного врача и заслуженного деятеля науки Казахстана, доктора медицинских наук профессора Михаила Ивановича Брякина.

М.И. Брякин родился в 1902 г. в селе Долинка Каменского района Алтайского края. В 1927 г. окончил медицинский факультет Томского университета. В 1927—1929 гг. заведовал врачебным участком в станице Пресновской Северо-Казахстанской области, в 1929—1934 гг. работал ординатором хирургического отделения 1-й Советской больницы в Петропавловске. В 1934 г. Михаил Иванович переехал в Алма-Ату, где работал ассистентом начальника госпитальной, затем факультетской клиники. С первых дней Великой Отечественной войны до марта 1947 г. М.И. Брякин служил в рядах Советской Армии в должности начальника полевого, а после окончания войны — стационарного госпиталя. В 1946 г. М.И. Брякин защитил кандидатскую, в 1953 г. — докторскую диссертации. С 1953 г. заведовал кафедрой факультетской хирургии педиатрического и санитарно-гигиенического факультетов Алма-Атинского медицинского института. С 1959 по 1980 г. Михаил Иванович заведовал кафедрой госпитальной хирургии. Одновременно в течение 11 лет (1954—1964) М.И. Брякин был главным хирургом Министерства здравоохранения Казахской ССР. Находясь на заслуженном отдыхе, М.И. Брякин не прерывал научной и практической деятельности, был консультантом отделения торакальной хирургии Казахского НИИ онкологии и радиологии.

Научная и практическая деятельность М.И. Брякина была многогранной. Он основоположник хирургии пищевода в Казахстане, один из первых в республике начал производить резекцию легких при раке и бронхэктомической болезни, много сделал для развития хирургии легочного туберкулеза, сосудистой хирургии, впервые в республике наложил спленоренальный анастомоз при

портальной гипертензии, в числе первых начал выполнять митральную комиссуротомию и оперировать больных с незаращением боталлова протока. Под его руководством разрабатывались вопросы анестезиологии и реаниматологии, внедрялись в практику современные виды общей анестезии, потенцированной спинномозговой анестезии, много внимания уделялось вопросам травматологии.

В клинике, руководимой проф. М.И. Брякиным, было подготовлено большое количество квалифицированных хирургов, из которых 32 защитили кандидатские, 2 — докторские диссертации. Михаилом Ивановичем была создана хирургическая школа, представители которой работали во всех областях Казахстана и за его пределами.

М.И. Брякин опубликовал 138 научных работ, в том числе 4 монографии: "Ваготомия в эксперименте и клинике" (1969 г.), "Новые перспективы лечения шока, терминальных состояний и клинической смерти" (1969 г.), "Актуальные вопросы неотложной абдоминальной и грудной хирургии", "Справочник по курортам Казахстана" (1935 г.).

М.И. Брякин был человеком большого врачебного долга, опытным клиницистом, прекрасным диагностом, в совершенстве владел хирургическим мастерством.

Врачебная, педагогическая и общественная деятельность М.И. Брякина была высоко оценена. Ему присвоены почетные звания заслуженного врача и заслуженного деятеля науки. Он был награжден орденом Красной Звезды, двумя орденами Трудового Красного Знамени.

М.И. Брякин умер 20 января 1985 г., на 83-м году жизни, после тяжелой и продолжительной болезни.

Светлая память об учителе навсегда осталась в сердцах его многочисленных учеников и коллег.

Профессора Г.Н. Андреев, А.С. Ибадильдин, доцента Г.И. Трипольская

## В.Ф. Войно-Ясенецкий — хирург и архиепископ

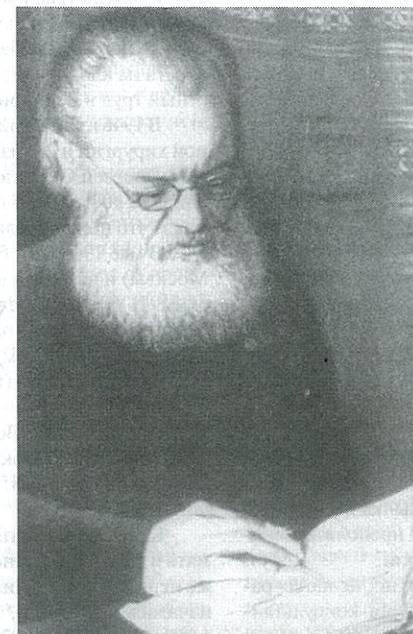
К 125-летию со дня рождения

**V.F.Voino-Yasenetsky — surgeon and archbishop**

To 125th anniversary

"История предков всегда любопытна для того, кто достоин иметь отечество".

Н.М. Карамзин



В отечественной хирургии ни одно имя не вызывает столько споров, домыслов и легенд, как имя Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого — крупного хирурга и топографоанатома, педагога, человека, священнослужителя.

С одной стороны, образованный ученый — доктор медицины, профессор, лауреат Сталинской премии, с другой — архиепископ Симферопольский и Крымский, Тамбовский и Мичуринский — Лука, неутомимый и страстный проповедник Слова Божьего.

Еще при жизни имя его обросло легендами, а вернее, сама жизнь его превратилась в миф.

В.Ф. Войно-Ясенецкий родился в Керчи 27 апреля 1877 г. в семье местного провизора третьим ребенком. Детские годы прошли в Киеве. Отца Валентина видел редко — Феликс Станиславович был занят человеком. Главной в семье была мать — Мария Дмитриевна — из харьковского мещанского рода Кудриных. Семья была большая и дружная, в доме никогда никого не упрекали и не поучали.

Валентин параллельно с гимназией посещал рисовальную школу и готовил себя к карьере художника. Влечение к живописи было очень сильным, и после окончания гимназии и художественного училища в 1896 г. Валентин Феликсович поехал в Петербург поступать в Академию художеств. Однако, вернувшись домой, поступил на юридический факультет Киевского университета. Через год он перешел на медицинский факультет, хотя особого влечения к медицине не испытывал.

Киевский университет в этот период был одним из наиболее ярких учебных заведений России, где преподавали крупные деятели науки: профессора В.К. Высокович, В.П. Образцов, В.В. Подвысоцкий, Г.Е. Рейн, С.С. Салаэкин, М.А. Тихомиров и др. Среди хирургов — известные имена: П.И. Морозов (оперативная хирургия), А.Д. Павловский (общая хирургия), Л.А. Малиновский (факультетская хирургия) и Ф.К. Борнгаупт (госпитальная хирургия).

Это были люди большого ума, горячего сердца, необыкновенно корректные и беспристрастные, прекрасные педагоги. Они и повлияли на выбор профессии молодым В.Ф. Войно-Ясенецким. Учился он очень хорошо и неожиданно чрезвычайно увлекся анатомией. Изучал кости, рисовал их и лепил из глины, а препаровкой трупов сразу обратил на себя внимание своих товарищей и профессора анатомии. На III курсе страстно увлекся изучением операций на трупах. Из несостоявшегося художника он стал художником в анатомии и хирургии.

В 1903 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий с отличием окончил медицинский факультет, но не успел приступить к работе в земстве —

началась русско-японская война. Молодому врачу предложили службу в отряде Красного Креста (профессор П.И. Морозов постарался укомплектовать группу лучшими своими учениками). Службу начал в Забайкалье (Чита), где заведовал хирургическим отделением (под руководством доктора медицины О.А. Юцевича): работал много и самозабвенно — многочисленные и разнообразные операции, перевязки, обходы. Так приобретался хирургический опыт, складывался характер, начиналось формирование хирурга.

В госпитале молодой доктор познакомился с удивительной девушкой — сестрой милосердия Анной Васильевной Ланской, вскоре ставшей его женой, любовь к которой он прнес через всю свою нелегкую жизнь.

В январе 1905 г. молодые переехали в Ардатовский уезд Симбирской губернии, а вскоре в г. Фатяж Курской губернии, потом были Романовская и Переславская земские больницы, где приходилось работать терапевтом, хирургом, окулистом, гинекологом, урологом и т.д. Рабочий день длился с 9 утра до часу ночи с перерывом на обед. Об этом свидетельствуют отчеты Романовской и Переславской больниц (1909—1915 гг.). Отчеты были опубликованы как довольно объемистые (от 100 до 180 с.) монографические работы, где представлены виды оперативных вмешательств, методы обезболивания и исходы лечения. Число посещений в год достигало 30—35 тыс., число операций — 700—1100 (нейрохирургические, абдоминальные, торакальные, гинекологические, урологические, глазные и др.). 95% всех оперативных вмешательств проводились под местной анестезией, которой В.Ф. Войно-Ясенецкий владел мастерски. Обращает на себя внимание низкий показатель послеоперационной летальности — всего 4,5—5,5%. Именно земская хирургия дала толчок для научной работы: это были вопросы обезболивания и гнойной хирургии.

В 1908 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий приехал в Москву, где стал заниматься вопросами местного обезболивания под руководством проф. П.И. Дыкона (тоже прошедшего школу земской хирургии). Уже в 1916 г. Валентин Феликсович успешно защитил диссертацию "Регионарная анестезия", которая была выпущена отдельной монографией (Петроград, 1915) и удостоена премии им. В.Ф. Хойнацкого (Варшавский университет).

Цель работы сформулировал сам автор: "Я бы хотел надеяться, что моя книга станет известной моим землякам и товарищам и поможет им успешно удовлетворять те огромные запросы на хирургическую помощь, которые так настойчиво предъявляет им жизнь. Внимание земского врача было бы для меня лучшей наградой за положенный на нее труд".

Интересен отзыв проф. А.В. Мартынова (одного из оппонентов): "Мы привыкли к тому, что диссертации пишутся на заданную тему с целью получения высших назначений по службе и научной ценности их невелика. Но когда я читал Вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее".

Это была первая монография в России по обезболиванию, сыгравшая важную роль для развития местного обезболивания в земской хирургии.

Болезнь жены (Анна Васильевна заболела туберкулезом) заставила В.Ф. Войно-Ясенецкого принять предложение и в апреле 1917 г. занять место главного врача и хирурга городской больницы Ташкента. 13 ноября 1919 г. его супруга скончалась. На руках осталось четверо детей, старшему было 12 лет, младшему — только 6.

В сентябре 1920 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий возглавил кафедру топографической анатомии и оперативной хирургии вновь учрежденного Среднеазиатского государственного университета в Ташкенте. Много было сделано им для оснащения и оборудования кафедры (сам рисовал таблицы и рисунки, препарировал трупы, готовил муляжи). Его блестящие лекции собирали полную аудиторию не только студентов, но и врачей города. В тяжелых условиях он продолжал увлеченно заниматься наукой, много оперировал, консультировал, преподавал.

Воспитанный в религиозной семье, он регулярно посещал храмы и монастыри, уже в школьные годы прочитал "Новый завет". Рано потеряв супругу, он стал чаще бывать в церкви, где выступал с толкованием Священного Писания.

В мае 1923 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий был посвящен в сан архидиакона, а уже через 10 дней арестован: вначале Бутырская и Таганская тюрьмы, а затем ссылка в Енисейск (в 340 км севернее Красноярска), которая продолжалась до 1926 г.

Вернувшись в Ташкент (там жили его дети), работал только хирургом и вел частный прием (на кафедру не взяли). Однако вскоре (апрель 1930 г.) вновь последовали арест и ссылка в Северный край, в Архангельск, где Валентин Феликсович продолжал занятия хирургией и вел прием больных в амбулатории.

Весной 1934 г. он вновь вернулся в Ташкент, но, не найдя работы, уехал в Андижан, где занял должность хирурга-консультанта городской больницы.

В 1934 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий опубликовал книгу "Очерки гнойной хирургии" (под редакцией проф. В.С. Левита). В книге нашли отражение почти все основные гнойные процессы. Она хорошо иллюстрирована, написана живым образным языком.

На книгу были написаны 3 рецензии. Очень четко охарактеризовал книгу рецензент проф. В.Н. Деревенко: «Его "очерки" — это не учебник и не руководство или справочник. Он никому не называет своих взглядов и не учит, как нужно поступать, а пишет о том, как он поступал, не скрывая от нас своих сомнений и ошибок».

"Очерки" стали настольной книгой хирургов и врачей друзей специальностей. До сих пор с горечью звучат слова В.Ф. Войно-Ясенецкого: "...гнойная хирургия должна стать предметом глубокого и всестороннего изучения и преподавания".

13 декабря 1937 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий был арестован в третий раз и сослан в Красноярский край (поселок Большая Мурта), где его застала Великая Отечественная война. Вскоре он был переведен консультантом эвакогоспиталю, а затем назначен консультантом всех госпиталей Красноярского края. И здесь он много оперировал, консультировал, собирая материал для научных работ, выступал с докладами на конференциях военных хирургов.

В сентябре 1943 г. архиепископ Лука был избран в Священный Синод Русской Православной церкви, состоявший из 6 человек.

век, а в феврале 1944 г. переведен в Тамбов хирургом-консультантом эвакогоспиталей и одновременно назначен архиепископом Тамбовским и Мичуринским.

В этот период (1944 г.) выходит вторая его книга "Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов", написанная на материале эвакогоспиталей Красноярска.

Валентин Феликсович ярко и красочно описал тяжелые осложнения огнестрельных ранений крупных суставов, их клиническое течение и лечение. Он справедливо заметил, что лечение тяжелых гнойных осложнений ран суставов является одной из важнейших задач тыловых эвакогоспиталей, подчеркнул тяжесть течения гнойной инфекции и ее опасность для жизни при таких ранениях. Книга очень быстро разошлась и теперь представляет собой библиографическую редкость.

В феврале 1945 г. за большие заслуги перед Русской церковью он был награжден Патриархом правом ношения бриллиантового креста на клобуке, а в ноябре этого же года — медалью "За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг."

В 1946 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий за разработку вопросов гнойной хирургии и 2-е издание "Очерков гнойной хирургии" (1946 г.) был удостоен Сталинской премии I степени, большую часть которой (130 000 рублей) передал в помощь сиротам, жертвам фашизма, за что получил благодарность от И.В. Сталина.

В мае 1946 г. он был переведен в Симферополь (подальше от Москвы) и назначен архиепископом Крымским и Симферопольским. В местный медицинский институт его не допустили. Но, будучи уже в преклонном возрасте, он много консультировал, ежедневно вел прием больных, читал лекции врачам города, писал научные работы (в 1956 г. вышло 3-е издание "Очерков гнойной хирургии").

Здоровье В.Ф. Войно-Ясенецкого стало резко ухудшаться: к двусторонней катаракте присоединилась глаукома. Он консультировался у проф. В.П. Филатова в Одессе. Прогноз был малоутешительным.

К 1955 г. он почти ослеп, но сохранил ясность мышления, память и работоспособность (ему читали, он много диктовал). В этот же период он закончил книгу "Дух, душа и тело". Она не предназначалась для печати, это были мысли вслух, записанные его секретаршей (книга в 1978 г. вышла в Брюсселе, а в 1997 г. — в России — опубликована Православным Свято-Тихоновским богословским институтом).

11 июня 1961 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий скончался (на церковном календаре это был день Всех Святых, в земле русской просиявших). Похороны его превратились в настоящую демонстрацию, казалось, что в ней принял участие весь город. Похоронили его на городском кладбище в скромной могиле.

В 1996 г. Святейшим Синодом Украинской Православной церкви Московского Патриархата было принято решение о причислении Высокопреосвященного архиепископа Луки к лику местночтимых святых как Святителя и исповедника веры. 20 марта 1996 г. останки архиепископа Луки были перенесены в Свято-Троицкий кафедральный собор Симферополя, где 25 мая состоялся торжественный акт причисления его к лику святых.

Отныне каждое утро, в 7 ч в кафедральном соборе Симферополя совершается акафист у его раки.

В 1999 г. Русская Православная церковь причислила архиепископа Луку к лику святых. Это торжественное событие произошло в стенах Красноярско-Покровского собора.

В.Ф. Войно-Ясенецкий неразделим: профессор-хирург и архиепископ.

Он монолитно един в своем главном стремлении — творить добро на земле.

**Доктор мед. наук В.Л. Околов (Пятигорск)**

## Протокол 2519-го заседания Хирургического общества Москвы и Московской области от 06.12.01

Председатель — В.Д. Федоров

Референт — Д.Ю. Богданов

### Демонстрация

В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк, А.А. Иванов, Н.Д. Скуба (Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН). Радикальное удаление гигантской неорганической забрюшинной липосаркомы.

Цель демонстрации — привлечение внимания практических хирургов к трудностям диагностики, которые возникают при выполнении радикального хирургического вмешательства пациентам с неорганической забрюшинной липосаркомой.

Неорганические забрюшинные опухоли (НЗО) составляют около 1% всех доброкачественных и злокачественных новообразований у человека. Следует особо отметить, что на долю мягкотканых НЗО, к которым относятся и опухоли из жировой ткани, приходится 14%. Анализируя опыт отечественных хирургов за последние 20 лет, мы пришли к заключению, что число наблюдений злокачественных липосарком не превышает 50—60. Наибольшим опытом лечения этих забрюшинных новообразований располагают Санкт-Петербургский госпиталь, РОНЦ (Москва), а также Институт хирургии им. А.В. Вишневского, где за последние 20 лет на обследование и лечение находились 13 пациентов с липосаркомами. На крайне неудовлетворительные результаты хирургического лечения этих злокачественных образований указывают низкая резектабельность и операбельность, а также высокая частота рецидивов опухоли в сроки от 3 до 6 мес, превышающая 50%.

Больной Ф., 62 лет, госпитализирован в Институт хирургии им. А.В. Вишневского 04.09.01 с жалобами на пальпируемое образование в брюшной полости, занимающее всю ее левую половину, склонность к запорам до 3—4 дней. Из анамнеза известно, что в июне 2001 г. пациент отметил быстрое увеличение объема живота, дискомфорта, что заставило его обратиться в поликлинику по месту жительства. Хирургическое лечение больному не предлагалось, осуществлялось динамическое наблюдение, однако в августе при нарастающих явлениях толстокишечной непроходимости он был госпитализирован в один из стационаров города, где на фоне консервативного лечения непроходимость разрешилась, а при компьютерно-томографическом исследовании диагностирована НЗО, рекомендована консультация в Институте хирургии. В анамнезе у больного ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, хронический бронхит, пневмосклероз.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах. Деятельность сердца ритмичная, шумов не выслушиваются, пульс 74 в минуту, АД 160/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот асимметричен за счет образования, занимающего всю его левую половину, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. В левой половине брюшной полости определяется плотной консистенции (каменистой плотности), практически неподвижное образование размером 30×25 см. Перистальтика кишечника активна, печень не увеличена в размерах, прощупать селезенку не представлялось возможным. При ректальном исследовании тонус сфинктера достаточный, нижний полюс опухоли недоступен.

Ответы на вопросы. До поступления в наш институт пациент в течение 6 лет находился под наблюдением в поликлинике Москвы, диагноз опухолевидного образования брюшной полости был поставлен, но до возникновения кишечной непроходимости его не направляли на дополнительное обследование и лечение. Самой большой увеличение живота связывал с обычным ожирением. Других клинических проявлений, болей, кишечной непроходимости до последнего времени не было. По результатам наших наблюдений (у нас накоплен один из самых больших в России материалов по забрюшинным опухолям) и данным литературы, каким-либо образом повлиять на прогноз после хирургического удаления липосаркомы невозможно. Опухоль не поддается воздействию ни лучевой, ни химиотерапии.

Прения. С.Р. Карагелян. Можно поздравить докладчиков с успешным удалением опухоли таких больших размеров. Это редкий

области левой почки, накопительная и выделительная функции правой почки не изменены, выделительная функция левой почки нарушена; ЭГДС — деформация и смещение желудка за счет сдавления извне, прорастание опухолью стенок желудка не выявлено, варикозное расширение вен пищевода; УЗИ и дуплексное сканирование сосудов брюшной полости — опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства, судить о первичной локализации процесса сложно из-за больших размеров образования, по-видимому, левая почка располагается в опухоли, имеются смещение поджелудочной железы, аорты, нижней полой вены вправо, экстравазальная компрессия верхней брыжеечной вены; в анализах крови и мочи отклонений от нормы не выявлено.

На основании клинико-инструментального исследования установлен диагноз: гигантская неорганическая забрюшинная липосаркома с вовлечением в процесс левой почки.

10.09 — операция. Удалена гигантская забрюшинная опухоль слева, произведены левосторонняя нефрэктомия, дренирование забрюшинного пространства и левого латерального канала. После тотальной срединной лапаротомии установлено, что в рану предлежит гигантская опухоль, по передней поверхности которой предложены гигантская опухоль, на крайне неудовлетворительные результаты хирургического лечения этих злокачественных образований указывают низкая резектабельность и операбельность, а также высокая частота рецидивов опухоли в сроки от 3 до 6 мес, превышающая 50%.

При плановом гистологическом исследовании операционного препарата установлена миксOIDная липосаркома высокой степени дифференции с участками некроза и распада.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 4-й день после операции удалены дренажи. Рана зажила первичным натяжением. На 11-й день пациент выписан из стационара. Через месяц после операции больной осмотрен в поликлинике института. Самочувствие удовлетворительное, прибавил в массе 2 кг, при контролльном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства объемных образований и скоплений жидкости не выявлено, изменений в правой почке нет.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах. Деятельность сердца ритмичная, шумов не выслушиваются, пульс 74 в минуту, АД 160/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот асимметричен за счет образования, занимающего всю его левую половину, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. В левой половине брюшной полости определяется плотной консистенции (каменистой плотности), практически неподвижное образование размером 30×25 см. Перистальтика кишечника активна, печень не увеличена в размерах, прощупать селезенку не представлялось возможным. При ректальном исследовании тонус сфинктера достаточный, нижний полюс опухоли недоступен.

Результаты обследования: спирометрия — вентиляционных нарушений не выявлено; ЭКГ — без изменений; рентгеноскопия органов грудной клетки — очаговых и инфильтративных теней нет; ирритоскопия — смещение сигмовидной кишки в результате сдавления извне, нельзя исключить прорастание опухолью толстой кишки в области ректосигмоидного перехода; КТ с контрастным усиливанием органов брюшной полости — гигантская опухоль типа фибролипосаркомы, исходящая, вероятно, из жировой ткани в

ХИРУРГИЯ, 9, 2002