

КОРОЛЕВСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК

АКТОВАЯ РЕЧЬ НА УЧЕНОМ СОВЕТЕ

Гл. научного консультанта д.м.н., профессора, академика РМТА
РУСАКОВА В.И.

Русскоязычная электронная версия

ВВЕДЕНИЕ

Выступая с настоящей актовой речью, я беру на себя большую ответственность, ибо буду говорить не только о направлении и итогах работы нашего коллектива, но и о проблемах, касающихся хирургии и медицины вообще.

Правда, я должен признаться, что над первым вариантом текста актовой речи серьезно и настойчиво поработали мои помощники во главе с профессором Таракановым В.П. И теперь могу твердо сказать, что вашему вниманию предлагается коллективный труд единомышленников, глубоко убежденных в необходимости коренных преобразований в здравоохранении и, в частности, в хирургии.

Мы обязаны ясно видеть успехи и неудачи в нашей работе и искать пути ее совершенствования. От нас с вами зависит не только настоящее, но и будущее медицины. И если это глубоко понять, то все станет проще и яснее и некоторые острые моменты в моем выступлении будут восприняты спокойно и разумно.

Ровно одиннадцать лет назад в этой аудитории я произнес актовую речь под названием «Состояние и пути развития современной хирургии». Имею полное основание утверждать, что все сказанное тогда, от первого до последнего слова, совершенно не утратило актуальности, и сегодня с такой же убежденностью можно было повторить актовую речь 1978 года. Практически с того времени никаких общих изменений в состоянии хирургии не произошло.

Уповая на великого Пирогова, считавшего; что если факт заслуживает внимания, его надо повторять до тех пор, пока он будет понят и признан всеми, напомним некоторые наиболее важные положения прошлой актовой речи, состоявшейся задолго до перестройки.

Вот эти положения. «Важнейшими с государственных позиций являются задачи, диктуемые практическим здравоохранением, практической хирургией и направленные на улучшение результатов лечения чаще всего встречающихся болезней. К сожалению, именно в этих практически наиболее важных разделах хирургии в текущем столетии получены наименьшие сдвиги».

Далее были представлены неопровержимые факты» подтверждающие это грустное положение, и сделан вывод: «Все приведенные факты вызывают очевидную тревогу, они свидетельствуют не о самом рациональном развитии хирургии в текущем столетии, о почти вековом топтании на месте в разрешении конкретных и важнейших практических задач».

Расшифровывая причины «топтания на месте», я подчеркивал тогда: «...успех лечения любой болезни во многом, а иногда полностью зависит от состояния защитных физиологических реакций организма, от его сопротивляемости вредному воздействию, от его способности ответить наиболее целесообразной реакцией на повреждение».

Для возникновения болезни необходимы слабые места в общих или местных реакциях защиты.

«Нужно большое интеллектуальное напряжение, но оно в наши дни может быть продуктивным только на стыке паук, только при широко поддерживаемом внедрении в проблемы хирургии других, более точных наук, со своими методами и принципами». «Справедливость требует отметить, что достижения теоретических наук в практическую медицину внедряются чрезвычайно медленно, часто кустарно и лишь на энтузиазме». Это было сказано 11 лет назад.

Увы, и сейчас пропасть между теорией и практикой не устранена. Никаких реальных положительных изменений в этом плане мы не видим и сегодня. А как же может быть по другому, если министр здравоохранения страны академик Чазов Е. И. признается, что академия наук СССР «очень мало занимается медицинской проблематикой», президент АМН СССР Покровский В. И. утверждает, что «по сути наука о человеке предана забвению», академик Овчинников Ю. А. говорит, что в некоторых академических институтах «нет идей из-за оторванности от изучения человека». Между тем, еще Авиценна писал, что задача медицины - это, прежде всего, сохранение здоровья человека. До сих пор не находят широкого признания и внедрения работы проф. Брехмана И. И. по валеологии. А ведь валеология родилась именно на базе его исследований еще в 70е годы. В предисловии к английскому изданию монографии Брехмана И. И., S. Fulder восклицает: «Валеология - наука о здоровье, Почему этого термина нет в нашем словаре? Почему у нас нет зеркального отражения патологии...?».

Есть все основания утверждать, что и сейчас уделяется совершенно недостаточное внимание активному целенаправленному вмешательству в такие важные процессы, как регенерация, воспаление и другие формы защитных реакций, которые фактически определяют течение и исход хирургических болезней.

А вот заключение прошлой актовой речи.

«...Это направление работы может и должно мобилизовать все теоретические медицинские пауки на изучение защитных реакций организма, патогенеза хирургических болезней, на создание еще более эффективных средств комплексного воздействия на организм больного человека, а такие науки, как электропика, математика» кибернетика и другие, на создание совершенных систем автоматизированного управления состоянием больного. Это направление сулит большие преобразования не только в хирургии, но и во всем здравоохранении».

Как видно, это заключение остается столь же актуальным и сегодня. Косность и тяжелые огрехи организации не сдают свои позиции.

Задолго до актовой речи я сформулировал основные положения нашего направления работы в хирургии, и лишь один пункт, имеющий огромное значение, тогда не был четко определен. Речь идет об организационных мероприятиях - важнейшем условии обеспечения нормальной работы.

Таким образом, наше направление в хирургии включает в себя пять положений:

1. Организационные мероприятия - создание и внедрение в повседневную деятельность единой Доктрины

2. Снижение интенсивности повреждений, наносимых болезнью, операцией, наркозом и лекарствами: а) психотерапия; б) совершенствование техники и методов операций, унификация их; в) применение инертного шовного материала; г) совершенствование методов обезболивания; д) профилактика хирургической инфекции и борьба с ней.

3. Изучение и повышение защитных реакций организма.

4. Глубокое изучение патогенеза чаще всего встречающихся заболеваний и их осложнений и на основе этого совершенствование диагностики и лечения.

5. Создание новой медицинской техники, инструментария и элементов автоматизированной регуляции состояния хирургического больного.

Повторю, что это направление развития хирургии основано на идеях выдающихся отечественных ученых Пирогова Н. И., Боткина С. П., Павлова И. П., Лазарева Н. В., Анохина П. К., Вишневого А. В. и продиктовано запросами практического здравоохранения. Оно предусматривает решение общих фундаментальных проблем во взаимоотношениях с частными, что во-первых, закладывает основу более рационального развития хирургии, а во-вторых, позволяет эффективнее и целенаправленнее решать частные задачи (на базе общих) с исчерпывающим использованием самых современных достижений хирургии и медицины. Этим создана реальная и солидная база для качественного преобразования научной и практической хирургии в наиболее важных в социальном отношении разделах. Основным теоретическим положением всей работы является определение здоровья, как состояния биологической и социальной устойчивости (равновесия) человека в окружающей среде, обеспечивающего его нормальную жизнедеятельность, а болезни - как изменения функционально-морфологического состояния организма, сочетающего элементы повреждения и реакции на него и нарушающего нормальную жизнь человека, теряющего биологическую и социальную устойчивость.

Как видно из приведенной схемы, в основу мы кладем организационные преобразования, глубокое изучение и понимание патогенеза болезни и ее осложнений, что позволяет находить пути воздействия на узловые механизмы заболевания с непременным обеспечением снижения интенсивности самых разнообразных отрицательных воздействий на организм патологического процесса и сопровождающих его дополнительных повреждений (наркоза, шовного материала, операции и т. д.); повышение защитных реакций организма как основного фактора в возникновении и устранении болезни и, по мере сил, создание новой аппаратуры, инструментария и специальной автоматизированной системы управления состоянием больного. Это и есть целенаправленная регуляция воспаления, регенерации (раневого процесса) и состояния хирургического больного самыми разнообразными средствами от психотерапии и иммунокоррекции до совершенствования операций, применения автоматизированного управления состоянием больного.

Эти положения нашего направления работы и результаты научной и практической его отдачи нашли отражение в серии книг, в многочисленных статьях и докладах.

Следует отметить, что наше направление нашло поддержку Ученого Совета ВНЦХ АМН СССР, на котором было отмечено: «...исследования, проводимые под руководством профессора Русакова В. И. представляют научный и практический интерес... Ученый Совет считает целесообразным продолжение работы, расширение ее объема и увеличение числа участников проводимых исследований». В решении Всесоюзного симпозиума хирургов, прошедшего на базе нашей кафедры с моим программным докладом, в частности, записано: «а) просить МЗ СССР и АМН СССР включить в перечень проблем союзного значения проблему «Регуляция воспаления и регенерации в хирургии»; б) просить МЗ СССР и Госкомитет по науке и технике при Совете Министров СССР рассмотреть вопрос о создании института клинической и теоретической хирургии

в Ростове-на-Дону». Аналогичные рекомендации были записаны и в решении Всесоюзного симпозиума урологов, прошедшего тоже на базе нашей клиники.

Наше направление работы поддержали СКНЦ ВШ, Новочеркасский политехнический институт, академики Петровский Б. В., Стручков В. И. и другие. В 1984 году поддержал нашу концепцию Комитет хирургии УМС МЗ СССР; «Комитет ходатайствует перед УМС и Госкомитетом по науке и технике о включении в перечень научных проблем союзного или республиканского значения проблемы «Регуляция воспаления, регенерации и состояния хирургического больного». Комитет одновременно рекомендовал провести Всесоюзную конференцию по этой проблеме на базе нашей кафедры и издать монографию.

Наша работа нашла отклик и за рубежом. Так, старший медицинский советник Министерства обороны ГДР генерал-майор профессор Ривольд писал мне: «Передача вашего опыта во время учебного пребывания наших врачей будет оказывать существенное влияние на дальнейшее совершенствование хирургической работы медицинской службы Национальной Армии ГДР».

Правда, почти ни одно из принятых решений и рекомендаций не выполнено, что выразительно свидетельствует о глубоком несовершенстве организации здравоохранения и медицинской науки. Этим наносится очевидный вред делу и государству.

Я не перестаю поражаться эпидемии почти тотального равнодушия работников науки и здравоохранения, Основные положения прошлой актовой речи о почти вековом топтании хирургии на месте в решении наиболее важных практических проблем, об опасных организационных огрехах, о не самом рациональном развитии хирургии и медицины и реальных возможностях положительных преобразований опубликованы в передовой статье «Вестника хирургии». Я с волнением ждал, что скажут ученые, хирурги, рядовые врачи, министерство. И... Никакой реакции. Выразительное молчание!!!

А теперь рассмотрим накопившиеся с 1978 года новые данные и результаты работы по нашему направлению в хирургии и дальнейшие его перспективы.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Начну с формулировки единой доктрины, которая, по моему глубокому убеждению, должна быть внедрена всюду, и не только в нашей стране. Доктрина включает в себя три положения:

1. Для диагностики и лечения должны применяться наиболее рациональные, тщательно проверенные и оправдавшие себя числом наблюдений, временем и стойкими положительными результатами методы, независимо от географического положения лечебного учреждения, званий и опыта исполнителя. Если данное учреждение или тот или иной специалист не владеют этими методами (операциями), больные должны быть переданы в другое лечебное учреждение.

2. Новые методы и различные усовершенствования имеющихся» которые находятся в стадии разработки и накопления опыта, могут быть использованы только в единичных учреждениях при соблюдении существующих правил о внедрении новых методов лечения (операций). К широкому применению разрабатываемые методы могут быть рекомендованы только при безусловном доказательстве их преимуществ перед существующими. И тогда эти более совершенные методы лечения должны быть внедрены повсеместно.

3. Не оправдавшие себя, порочные и устаревшие методы, которые могут нанести вред больному, должны быть запрещены.

Реализация этой единой доктрины обеспечивает нормальную работу на современном уровне, а повсеместное ее внедрение повлечет за собой наведение порядка в науке и практическом здравоохранении во всей стране и даст огромный экономический эффект. Мы должны признать, что сейчас каждый врач работает, как хочет, и ни за что не отвечает, если больной или его родственники не подадут жалобу.

К важному организационному фактору относится строгий объективный подбор кадров, создание здоровой творческой атмосферы, с критическим и конкретным обсуждением всех разделов работы и любого предложения, независимо от звания и стажа хирурга или другого специалиста, его высказавшего.

Определяющую роль в решении любых вопросов должны играть два незыблемых фактора: «Господин Факт» и «Господин Интеллект» - при обязательном соблюдении чести, совести и справедливости. Увы, нередко эти незыблемые факторы грубо попираются, что не находит соответствующей оценки, несмотря на происходящую в стране перестройку. Кстати, перестройка почти не коснулась медицинской науки и здравоохранения. Грубейшие нарушения врачебной этики часто остаются безнаказанными - срываются законы периода застоя. Без обеспечения строжайшего соблюдения норм нравственности никакого прогресса в здравоохранении и науке не будет.

Не надо забывать и о создании оптимальных условий работы, о нормальном материальном обеспечении научных сотрудников и врачей. Необходимо скорейшее полное освобождение их от несвойственных им обязанностей и резкое повышение зарплаты. Но это не должно быть результатом личной инициативы и титанических усилий научных сотрудников и врачей. Это должно быть непоколебимо узаконено и реализовано руководителями здравоохранения.

СНИЖЕНИЕ ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ БОЛЕЗНИ И ОПЕРАЦИИ

В прошлой актовой речи я утверждал, что в штате большого хирургического стационара должен быть психолог. В 1985 году мы добились штатной единицы психолога и впервые в стране включили психолога в работу с хирургическими больными. К настоящему времени Еременко Н. Н. дала оценку психологического состояния 382 хирургических больных. Полученные данные позволили выявить особенности психических изменений, у больных с различными хирургическими болезнями и обосновали индивидуальный план психокорректирующих воздействий в различные периоды пребывания больного в стационаре. Это очевидное снижение интенсивности повреждающих воздействий болезни и операции. Психотерапию надо рассматривать как один из элементов регуляции состояния больного и течения раневого процесса.

По вопросам психологических исследований хирургических больных опубликовано три статьи, запланирована кандидатская диссертация Еременко Н. Н. и монография «Психологические портреты хирургических больных».

В плане снижения повреждающего воздействия операции со всеми ее компонентами отработана единая наиболее рациональная хирургическая техника, а также определены, унифицированы, усовершенствованы наиболее полноценные операции и созданы новые при лечении чаще всего встречающихся заболеваний.

Так, усовершенствована техника наложения пищеводного анастомоза, разработан новый способ анастомоза и способы профилактики и лечения его несостоятельности. Кроме того, создан способ лечения заболеваний пищевода, основанный на том, что после завершения формирования анастомоза вокруг него формируется «тамбурная полость» из брыжейки поперечно-ободочной кишки, куда в случае несостоятельности изливается содержимое пищевода и по дренажам удаляется наружу. Внедрена новая операция при рубцовых сужениях пищевода (готовится заявка на изобретение). Разработаны новый способ грыжесечения, новая операция при циррозах печени. Усовершенствована резекция толстой кишки, снижающая риск несостоятельности анастомоза и обеспечивающая предупреждение перитонита при ее возникновении. Много лет применяется с успехом серия созданных мною операций по поводу стриктур уретры; совместно с Таракановым В. П. получено авторское свидетельство на новый способ резекции задней уретры, создана группа операций для лечения гипоспадии и новый способ выполнения первого этапа операции по Русакову-Кузнецову. Успешно применяется и находит все большее распространение наш малотравматичный способ нефропексии, усовершенствованы цитирование полового члена, фаллопластика и некоторые другие операции.

Разумеется, мы используем для совершенствования хирургической деятельности рациональные предложения других лечебных учреждений и, как и прежде, оперируем под девизом: минимальная травма при максимальном лечебном эффекте.

Как и в предыдущие годы, продолжаем пользоваться синтетическим шовным материалом (монокрильными и кручеными капроновыми нитями). К сожалению, нам не удалось реализовать создание собственного рассасывающегося синтетического материала, непременным элементом которого должен быть метилурацил или другой стимулятор регенерации.

В борьбе с инфекцией и для обеспечения профилактики ее необходимо прежде всего предусматривать положительное воздействие на защитные реакции организма и применение простейших средств химической и физической антисептики. Заботливое отношение к больному (необходимо обеспечить специальную психотерапию), отработка и унификация техники и методов операции, совершенствование обезболивания, обеспечение безболезненного послеоперационного периода, применение лекарств, повышающих защитные реакции организма и ускоряющих регенерацию, применение вакуум дренирования и постоянного промывания ран и гнойных полостей, отказ от шелка и резкое ограничение кетгута - вот основные методы профилактики и борьбы с хирургической инфекцией.

Профилактику хирургической инфекции мы продолжаем осуществлять применением 0.5%-ного и 2%-ного растворов хлорамина и физической антисептики с использованием промывной системы или вакуум дренирования. Сейчас эти методы находят все более широкое применение в хирургии. Правда, авторы, публикующие этот опыт, нередко забывают ссылаться на Преображенского М. Я. и на наши публикации последующих лет.

Подытоживая этот раздел работы, необходимо подчеркнуть, что разносторонние меры по снижению повреждающего воздействия болезни и операции являются неотъемлемой частью регуляции раневого процесса и состояния больного.

ПОВЫШЕНИЕ ЗАЩИТНЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА

Для повышения защитных реакций организма и ускорения заживления ран мы продолжаем широко применять метилурацил, который давно нашел применение во всех разделах медицины.

Важным обстоятельством в развитии и расширении мероприятий, направленных на повышение защитных реакций организма хирургического больного, явилось создание в 1984 году, на базе группы усиления, иммунологической лаборатории, в штате которой 4 сотрудника. Работа ведется при постоянной консультации Гл. научного консультанта МАНМТ, профессора Поляк А. И. и под его руководством.

Иммунологические исследования позволяют существенно повысить возможность определения резистентности организма, точность диагностики, прогнозировать течение болезни, возникновение осложнений и существенно улучшить патогенетическое лечение.

Эти исследования, весьма тонко отражающие выраженность Деструктивных процессов, являются приоритетными для нашей лаборатории в отношении хирургических больных. Мы широко используем их с целью выявления начинающейся деструкции тканей при различных воспалительных заболеваниях брюшной полости.

За 4 года обследовано 850 больных, среди которых 138-с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 402-с аппендицитом, 102-с панкреатитом, 66-с холециститом, 44-с перитонитами, 33-со стриктурами уретры, 14-с пиелонефритами и нефроптозами и 19-с другими урологическими болезнями. Для контроля иммунологический статус изучен у 32 здоровых людей.

Выполненные исследования выявили существенные изменения клеточных и гуморальных факторов защиты, а также состояния неспецифической защиты у многих хирургических и урологических больных. Это явилось обоснованием к подбору *in vitro* методом спонтанного розеткообразования индивидуально для каждого больного соответствующего иммуномодулятора. Для целенаправленной коррекции иммунодефицита, кроме уже десятилетия применяющихся метилурацила и декариса, мы применяем Т-активин, АЙКА-фосфат-138, катерген, зиксорин, метранидазол и др. Иммуномодуляторы в комплекс лечения включены у 348 больных.

Для развития теории регуляции воспаления и регенерации с 1988 года включены результаты экспериментальных исследований Загускина С. Л. и созданное им устройство для использования методов биоуправляемой хронофизиотерапии, воздействие которой синхронизируется с дыхательной и сердечной деятельностью.

Исходя из вывода Загускина С. Л. о том, что наибольший эффект этих методов можно ожидать, когда снижены процессы внутриклеточной и тканевой регенерации, мы начали применять их при лечении трофических язв и для стимуляции репаративной регенерации в послеоперационном периоде.

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА

Большие и разносторонние исследования мы продолжаем по изучению патогенеза хирургических и урологических болезней и их осложнений. В прошлой актовой речи я говорил, что результаты вдумчивого изучения патогенеза должны быть быстро и рационально внедрены в практическую хирургию, и привел четыре примера: на основе новых данных, полученных при изучении патогенеза, мы добились выраженного улучшения результатов лечения стриктур уретры, гипоспадии, острого панкреатита и профилактики послеоперационных панкреатитов.

В последующем выполненная большая серия экспериментальных и клинических исследований по изучению патогенеза острой непроходимости кишечника позволила сформулировать новую оригинальную концепцию патогенеза этого тяжелого заболевания и изложить ее в трех кандидатских диссертациях, в серии статей, в частности, в журнале «Хирургия» и в книге «Патогенез острой непроходимости кишечника». Мы установили, что в динамике ОНК ключевыми факторами патогенеза служат слагаемые шоковых реакций. На основании выполненных исследований была сформулирована оригинальная схема патобиохимических механизмов, эволюции преморбидного стрессора в морбидный и включения его в структуру патогенеза ОНК, общих механизмов развития ОНК и некоторых видов шока, Сближение существенных черт проявлений ОНК и шока открывает пути дальнейшего изучения патогенеза этого заболевания. Экспериментальные исследования выполняются на современном уровне с применением новейших и оригинальных методик и с созданием собственной модели непроходимости кишечника - динамической.

В настоящее время мы продолжаем изучать патогенез острой непроходимости кишечника совместно с кафедрой патологической физиологии при активном участии в этой работе профессора Овсянникова В. Г. и ЦНИЛ. Накопленный опыт позволил запланировать докторскую диссертацию Журавлевой Н. Н. «Нервные и эндокринные механизмы непроходимости кишечника», которая одобрена институтом экспериментальной медицины АМН СССР. В работе используются, кроме упомянутых выше, электронно-микроскопические, электрофизиологические, полярографические и другие современные методы исследования.

Основной целью этих исследований является изучение нервных и эндокринных механизмов развития функциональной и механической острой непроходимости кишечника и на базе гистофизиологического и биохимического анализа холинергической и симпато-адреналовой систем и электроэнтерографии разработка новых методов диагностики и существенное усовершенствование методов лечения Мы надеемся, что это может дать определенный качественный скачок в решении проблемы. Известно, что в последние 30-40 лет заметного улучшения результатов лечения ОНК не наблюдается.

Особенно важные и нужные для практики результаты получены при исследовании динамической непроходимости кишечника. Установлено, что существуют этапные функциональные изменения неспецифической реакции организма больного на биологически отрицательные воздействия (наркоз, операционная травма, различные болезни), и это открывает реальные возможности направленной фармакологической регуляции интенсивности повреждающего воздействия и формирования наиболее целесообразной для больного защитной реакции, а следовательно, и для совершенствования патогенетического лечения ФНК посредством коррекции физиологических и биохимических констант симпатоадреналовой и холинергической нейрогуморальной систем.

Существенно дополнили наши знания о патогенезе ФНК электроэнтерографические исследования, позволяющие не только регистрировать изменения перистальтики, но и проследить эффективность предпринимаемого лечения. В частности, эти исследования обосновали целесообразность применения при лечении ФНК дезоксипеганина гидрохлорида и примперана.

Группой биохимиков выполнена большая работа по изучению изменения биомембран при ОНК Известно, что биомембраны определяют основные функции многих клеточных

органов, они относятся к числу наименее резистентных образований и рано повреждаются при воздействии различных патологических процессов. Исследования интенсивности состава фосфолипидов мембран, уровня внеэритроцитарного гемоглобина в плазме крови при ОНК показали большие изменения в клеточных мембранах, что играет значительную роль в формировании воспалительно-деструктивных процессов в брюшной полости. Установлено также, что ОНК вызывает резкое повышение активности лизосомальных ферментов тканей печени и кишки, а также выход гидролаз в кровоток, а отсюда перенос и разрушающее их воздействие на жизненно важные органы.

Эти исследования привели нас к мысли о возможности снижения перечисленных отрицательных воздействий применением мембранопротектора токоферолацетата (витамина Е) и ингибитора ферментов гордокса. В эксперименте установлено, что эти препараты удлиняют жизнь экспериментальных животных (крыс) на 27 часов. Это позволило применить названные препараты в клинике и получить положительный эффект.

Выявленные большие изменения в биомембранах, как было установлено, свойственны и другим патологическим процессам, сопровождающимся развитием перитонита. Эти данные позволили нам рекомендовать и внедрить в клинику простой способ диагностики острого перитонита, требующий для выполнения около 15-20 минут. Он весьма четко отражает выраженность деструктивного процесса в брюшной полости, а потому является важным диагностическим тестом, существенно помогающим хирургу в решении вопроса о показаниях к экстренной операции.

Поставлена задача изучить более тонкие и глубокие механизмы патогенеза ОНК. В частности, на основе изучения белкового и гликопротеидного компонентов мембран эритроцитов планируется выяснить возможные причины изменения биомембран, их преимущественной локализации, а также найти наиболее информативные биохимические критерии дифференциальной диагностики механической и динамической непроходимости кишечника. Готовится заявка на изобретение «Способ дифференциальной диагностики механической и динамической непроходимости кишечника».

Таким образом, основная цель исследования теоретиков дать конкретный ответ на запрос практической хирургии.

Остается чрезвычайно сложной проблема панкреатита, в которой еще очень много неясного и неизученного. В последние годы резко нарастает число операций как по поводу острого, так и хронического панкреатита, что свидетельствует о плохом знании этиологии и патогенеза заболевания, а потому и о недостаточной эффективности консервативных методов лечения. Основываясь на этом, мы создали аутоиммунную модель острого панкреатита в эксперименте без механической травмы железы лишь иммунологическими воздействиями на организм. В нашей лаборатории создана вторая оригинальная модель острого панкреатита, позволяющая получить любые формы этого сложного патологического процесса. Ткачева Т. Н. установила, что при различных формах острого панкреатита у экспериментальных животных развиваются иммунодефицитные состояния, имеющие основой структурно-морфологические перестройки во вторичных органах иммуноопоза.

Доказана и возможность иммунокоррекции выявленных изменений, что открыло прямой путь применения иммуномодуляторов в комплексном лечении панкреатитов у

больных. Большую работу по изучению патогенеза острого панкреатита выполняют и наши биохимики.

Здесь также наблюдаем прямой выход в клиническую практику результатов теоретического изучения патогенеза заболевания.

Хирургия пищевода и кардии при раке остается одной из важнейших проблем современной хирургии, решение которой продвигается очень медленно. Поражает высокая летальность после резекции пищевода и кардии. Причем, основной причиной смерти остается несостоятельность пищеводного анастомоза (21,4-75,6%).

Мы обратили внимание на то, что совершенно недостаточное внимание уделяется профилактике проникновения инфекции в зону анастомоза из просвета сшитых органов и лечению гнойновоспалительных процессов, возникающих при несостоятельности пищеводных анастомозов. Это обстоятельство побудило к специальному изучению патогенеза несостоятельности пищеводных анастомозов и их осложнений в эксперименте. Касаткиным В. Ф. и Глущенковым В. А. выполнены оригинальные эксперименты на собаках, на основании чего сконструировано специальное устройство-многоканальный зонд оригинальной конструкции и разработана операция создания тамбурной полости.

С целью совершенствования диагностики и результатов лечения больных острым аппендицитом, разработки единой концепции патогенеза заболевания проведен математический анализ общеклинических методов исследования, изучены изменения иммунного гомеостаза путем исследования реакций спонтанного и комплементарного розеткообразования, циркулирующих иммунных комплексов, антител и ДНК и ткани червеобразного отростка, проведено HLA - типирование больных аппендицитом.

На основании клинко-иммунологических исследований, выполненных у 402 больных Перескоковым С. В., установлено, что ведущую роль в патогенезе аппендицита играют иммунологические механизмы повреждения, классифицируемые как аллергические реакции немедленного и замедленного типа с аутоиммунным компонентом.

Исследованные иммунологические показатели имеют диагностическое и прогностическое значение. Дополнение ими клинических методов обследования обеспечивает надежную диагностику деструктивных форм острого аппендицита. На основе этого создан способ диагностики аппендицита. У больных деструктивными и осложненными формами аппендицита выявлено иммунодефицитное состояние преимущественно по клеточному типу, что требует целенаправленной иммунокоррекции. Основываясь на этих данных, мы разработали и способ лечения аппендицита, предусматривающий применение модуляторов иммунитета, индивидуально подбираемых для каждого больного.

Выполняемые исследования указывают на возможность научно обоснованного консервативного лечения некоторых форм аппендицита. Надо непременно работать в этом направлении.

По заданию Госкомитета по науке и технике мы выполняем разносторонние исследования по изучению патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки по теме: «Разработка и внедрение в практику методов иммунопрогноза, психоиммунокоррекции, биохимической диагностики и гистофизиологического анализа больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Понятно, что я не могу представить под подробное описание планов и получаемых результатов по этой

проблеме, так как оформляются и будут оформляться заявки на изобретения, но некоторые данные могу сообщить.

К настоящему времени установлено, что у больных с осложненными формами язвенной болезни имеются значительные изменения иммунного статуса и биомембран. Эти сведения изложены в кандидатской диссертации Орландо Гарсиа. Бубнова В. И. выполнила большую работу по изучению патогенеза осложненных форм язвенной болезни и возможности прогнозирования течения заболевания. Эти исследования обосновали целесообразность применения в комплексе лечения язвенной болезни антиоксидантов, антигипоксантов, стабилизаторов мембран и активного вмешательства в процессы биоэнергетики.

Журавлева Н. Н., Тютюнникова Г. А., Полякова Л. П., Авдеева Е. В. у 49 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки изучили гистофизиологическое состояние регионарных лимфатических узлов и выявили выраженную неполноценность их иммунной реакции, что дополняет и конкретизирует представления об общих иммунных нарушениях у этих больных.

Выполняется работа по созданию алгоритмов прогнозирования язвенной болезни у здоровых людей и прогнозирования послеоперационных осложнений у больных. Разработана анкета, в которой отмечаются особенности развития организма, наследственные факторы, профессия, вредные привычки, и другие показатели.

Составлена программа расчета дискриминантных коэффициентов для метода дискриминантного анализа, что позволит по выбору различных тестов отнести данного больного к группам с благоприятным или неблагоприятным фоном для операции и возможным развитием послеоперационных осложнений.

Совместно с профессором Шепелевым А. П. и Мартыненко Л. Д. выделили и исследовали штаммы кампилобактерий у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Изучаются спектры высших жирных кислот желудочного сока и сыворотки крови и ряд прочих вопросов, расшифровывающих особенности этиологии и патогенеза язвенной болезни.

Исследования большой значимости выполнил Сулимов Е. П. совместно с инженерами и математиками. Ими разработана гидродинамическая модель, позволяющая математически описать функцию билиарной системы, ее отдельных участков, с целью диагностики различных патологических состояний. Предложена эквивалентная физическая модель общего желчного протока, исследования на которой позволили математически описать патологическое состояние с целью связать контролируемый параметр с искомыми характеристиками болезни. Создан «способ диагностики проходимости трубчатого органа», для ее реализации разработано устройство (аппарат типа «ОМЕГА»). Таким образом, на основе физической и математической моделей в эксперименте изучен патогенез желчной гипертензии при наличии «камней», «рубцовых сужений» и «опухолевых образований». Разработанный способ успешно применяется в клинической практике. Накопленный материал лег в основу докторской диссертации Сулимова Е. П.

Несколько лет назад при обсуждении на клинко-анатомической параллели причины смерти больной, у которой при вскрытии была обнаружена тромбофлебическая спленомегалия и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у нас возникла мысль обратиться к изучению генеза тромбофлебической спленомегалии. Прежде всего была создана оригинальная модель заболевания, с помощью которой мы расшифровали

некоторые стороны патогенеза этого сложного заболевания, усовершенствовали диагностику портальной гипертензии и экспериментально обосновали новый принцип лечения (денервация селезеночной артерии). По ходу выполнения этой работы существенно усовершенствовали сплепопортографию, сделав ее безопасной а смысле последующего кровотечения, усовершенствовали и внедрили тепловизионную диагностику болезней печени и селезенки. Этот самый сложный раздел хирургии очень перспективен и нужен практическому здравоохранению, однако требует серьезного финансового и кадрового обеспечения.

К важным практическим выводам привело изучение патогенеза эхинококкоза при различной локализации, выполненное Гилевичем М. Ю. с использованием опыта лечения 2000 больных в стационарах ВНИЦХ АМН СССР, нашей кафедры и кафедры хирургии № 1 Ставропольского медицинского института. Эта работа представлена в виде докторской диссертации, защищена и утверждена ВАК.

Нами, Русаков В. И., Тараканов В. П., Гульянц Э. С. была сформулирована новая закономерность патогенеза воспалительных стриктур уретры-морфофункциональная перестройка слизистой оболочки уретры с образованием микроизъязвлений. На основе материалов о выявленной новой закономерности была подана заявка на открытие и получена на первом этапе поддержка Института морфологии человека АМН СССР. Но созданные вокруг этого искусственные трудности остановили завершение работы.

Впервые разработана модель воспалительной стриктуры уретры. Выполнено углубленное изучение морфогенеза стенки уретры при воспалительных стриктурах. Обнаружены ранее не описанные изменения, которые открыли пути улучшения профилактики, диагностики и лечения воспалительных стриктур уретры. Здесь тоже прямой выход результатов изучения патогенеза в практическую медицину. Этим должны заниматься клиницисты в тесном единении с теоретиками.

СОЗДАНИЕ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ И ЭЛЕМЕНТОВ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО

Этому разделу деятельности мы придаем исключительное значение, но, к сожалению, многие наши идеи и предложения реализовать чрезвычайно трудно или вообще невозможно из-за неблагоприятных условий работы и отсутствия узаконенного и финансируемого контакта с представителями технических наук и производством.

В эксперименте и клинике разработаны критерии оценки состояния хирургического больного во время операции по биоэлектрической активности головного мозга. Исследования выполнены в реальном масштабе времени на цифровых и аналоговых вычислительных машинах по комплексной программе стохастических процессов (ЭГ). Впервые получена возможность количественно определить выраженность болевого воздействия на организм и разграничить эффекты влияния наркотических и анальгетических средств в период наркоза. Эти результаты положены в основу создания экстремального регулятора уровня наркоза и использованы в создании комплекса «Гравюра-МТ».

Более того, была составлена схема автоматизированного управления состоянием больного. К сожалению, мы не смогли продолжить эти чрезвычайно важные исследования из-за отсутствия надлежащей базы и сотрудников. Ни одна вышестоящая инстанция не отреагировала на тот факт, что впервые была получена возможность количественно определить выраженность болевого воздействия. Большие перспективы и

широкое внедрение по стране, а возможно и за рубежом, открывает аппарат типа «ОМЕГА», аналога которому нет ни у нас, ни в других странах. Аппарат создан совместно с сотрудниками Новочеркасского политехнического института. Этот аппарат награжден Почетными дипломами Международной технической выставки стран СЭВ с участием Югославии и Финляндии, Международной технической выставки «Ревматология», Всесоюзной выставки «Кисловодск». Получена бронзовая медаль ВДНХ СССР. Много лет мы занимаемся организацией серийного производства аппарата, которое, возможно, сейчас будет налажено через кооператив совместно с зарубежными фирмами.

Касаткин В. Ф. и соавторы десять лет назад изготовили специальное приспособление для профилактики и лечения несостоятельности пищеводных анастомозов. В связи с этим мы добились резкого улучшения результатов операций на пищеводе и кардии, однако продолжаем делать эти устройства своими руками.

Основываясь на тех же принципах физической антисептики, Харагезов А. Д. разработал устройство для обеспечения полноценного дренирования ободочной кишки после ее резекции и профилактики несостоятельности анастомозов.

Широко применяются в хирургии уретры модифицированные иглы Склифосовского, которые тоже давно требуют серийного производства. Год назад мы сконструировали новую полуавтоматическую иглу для выполнения сложных операций и сейчас оформляем заявку на изобретение. Более двух лет назад завершено конструирование, созданы чертежи и передан в производство аппарат для механического сшивания уретры. Но здесь, как и в других разделах работы, нужен толкач огромной силы, каким мы, увы, не располагаем.

Впервые в урологии нами внедрен безыгольный иньектор для остановки паренхиматозного кровотечения с клеем МК-6, а также разработана техника (с соответствующим усовершенствованием безыгольного иньектора) для остановки кровотечений из желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки. Эти исследования, выполненные совместно с ВНИЦХ АМН СССР, открывали большие перспективы для широкого внедрения в практику посредством оборудования специальных машин скорой помощи, которые обеспечивали бы остановку кровотечения перед транспортировкой больного в стационар. Однако равнодушие руководства на разных уровнях оказалось непреодолимым.

Не имея возможности приобрести зарубежный урофлоуометр, мы совместно с Новочеркасским политехническим институтом создали оригинальный аппарат, но его тоже довести до широкого клинического применения и промышленного производства не удалось.

Сконструирован и изготовлен в одном экземпляре аппенднкотом, который должен обеспечить ускорение операции и почти полную ее асептичность.

Для совершенствования диагностики острого аппендицита мы начали применять аппарат рефлексодиагностики, сконструированный и изготовленный в ОКБ «РИТМ» Таганрогского радиотехнического института. Эту работу выполняет Голик А. Д. который изучил показатели у 100 здоровых людей и у 150 больных с острым аппендицитом и выявил, что возможна более топкая диагностика острого аппендицита, особенно при деструктивных формах заболевания.

К созданию новых технических средств мы обращаемся и при выполнении фундаментальных исследований. В частности, совместно с инженерами мы

сконструировали и изготовили приставку к микроскопу для измерения площади микроскопических тканевых и органных структур.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ

Приведу лишь основные наиболее выразительные данные. Начну с профилактики и лечения хирургической инфекции, проблема которой остается такой же актуальной, как и в начале века. На Всесоюзном симпозиуме хирургов Бураковский В. И. сообщил, что число послеоперационных нагноений в хирургических отделениях Москвы неуклонно растет и в некоторых больницах при катаральных аппендицитах достигает 20%, а после плановых грыжесечений-10,8%. С тех пор никаких изменений не наступило.

По данным последних лет, послеоперационные нагноения составляют 37,5%. В нашей клинике на протяжении четверти века стойко, даже в периоды ремонта и большой скученности больных, нагноения составляют от 0,5 до 2,3%, но в основном, держатся на уровне около 1%. Даже в урологическом отделении, где мы оперируем на заведомо инфицированных тканях при наличии мочевых и гнойных свищей, частота послеоперационных нагноений очень редко превышает 1%.

Такими низкими показателями послеоперационных нагноений располагаем не только мы, но и хирурги других клиник, которые выполняют целенаправленные мероприятия по предупреждению и лечению хирургической инфекции и, к великому нашему удовлетворению, нередко с включением в эти мероприятия хлорамина» вакуумдренирования и пиримидиновых производных. Так, Каншин П. Н. и др. сообщает о - 0,94,3%.

Если учесть, что в учреждениях Минздрава СССР дополнительно расходуется на лечение послеоперационных гнойновоспалительных заболеваний 200 млн. рублей в год, то не надо обладать особой фантазией, чтобы представить экономический и социальный эффект при обеспечении таких результатов по всей стране. Но, увы, создается твердое убеждение, что это вовсе не интересует ни местное руководство здравоохранением, ни МЗ СССР, где я делал большой доклад по данной проблеме. Все надо настойчиво и долго пробивать! Но где брать силы и время на это пробивание? Разве это дело исследователей? Эту порочную систему пробивания надо ликвидировать!

По поводу рака пищевода и кардии прооперировано 242 больных, из которых у 81% выполнены комбинированные операции. Несостоятельность анастомоза наступила у 11 (4,5%) больных, из которых умерло 2 (18,1%): один от перитонита, а другой на 21 сутки от тромбоэмболии легочной артерии. Таких результатов лечения несостоятельности пищеводных анастомозов я не встречал ни в нашей, ни в зарубежной литературе (см. табл. 1).

Общая летальность у нас после резекции пищевода и кардии составляет 14,9%, что значительно ниже средних показателей, имеющих в литературе.

Об особенностях нашей работы по хирургии пищевода мы доложили на Ученом Совете ВНЦХ АМН СССР и получили положительную оценку.

В решении, в частности, было записано: «1. Одобрить доклад и методику, предложенную профессором Русаковым В. И., в результате применения которой получены хорошие клинические результаты. 2. Отметить как положительный факт высокий уровень хирургии пищевода в факультетской клинике Ростовского медицинского института».

Таблица 1. Летальность при несостоятельности пищеводного анастомоза

Автор	Год публикации	Летальность (%%)
Странадко Е. Ф.	1979	75—100
Гальвин Х. Р.	1983	100
Скобелкин О. К. и др.	1984	100
Умаров А. У. и др.	1986	80—100
Наши данные	до 1979	100
Наши данные	после 1979	18,1%

Весьма выразительное улучшение результатов мы получили при лечении больных раком ободочной кишки. Так, до применения созданного нами комплекса лечения было прооперировано 94 больных, из которых у 7 наступила физическая несостоятельность анастомоза, у 4-развился перитонит при целостности анастомоза. Из 11 больных с развившимся послеоперационным перитонитом умерло 7, несмотря на повторные операции. Аналогичные результаты имеются и в литературе. По данным ряда авторов летальность при возникновении несостоятельности анастомозов ободочной кишки составляет от 47 до 96,3%.

По нашей методике радикально оперировано 73 больных. Несостоятельность анастомоза наступила у 8 больных, но ни у одного из них это не сопровождалось развитием перитонита, образовавшиеся кишечные свищи закрылись самостоятельно. Общая летальность снизилась с 12,8% до 8,1%, а летальных исходов при несостоятельности анастомозов вовсе не было.

На минимальных цифрах находится и летальность после резекции желудка по поводу язвенной болезни. Так, за последние годы прооперировано 400 больных (у 87,5% были осложненные формы) при летальности 1,3%. Причем, надо отметить, что умерли больные, страдавшие много лет, с тяжелыми осложненными формами заболевания и оперированные при высокой степени риска. Аналогичными результатами располагает лишь профессор Витебский Я. Д., у которого летальность после резекции желудка составляет 1,8% (см. табл. 2).

Применение иммуномодуляторов у 60 больных с осложненными формами язвенной болезни до и после операции снизило послеоперационные осложнения с 11,6 до 6,6%, летальность до 1,2% и сократило койко/дни.

Таблица 2. Летальность после резекции желудка у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Авторы	Год публикации	Летальность, %%
Панцырев Ю. М и др.	1979	2,5-11,5
Калиш Ю. И. и др.	1986	4,5
Черноусов А. Ф.	1988	3,3
Nussbaum M. S., Schusterman M. A.	1985	7
Витебский Я. Д., Суетин Г. Н.	1987	1,8
Наши данные (400 больных)	1988	1,3-1,2

Наша клиника располагает самым большим на Северном Кавказе опытом панкреато-дуоденальных резекций. Скрупулезное выполнение разработанных правил позволило после этих чрезвычайно тяжелых операций снизить летальность до минимальных цифр. Мы располагаем хорошими отдаленными результатами (до 10 лет наблюдения).

Включение иммуномодулятора зиксорина в комплекс лечения острого панкреатита дало достоверное повышение общей резистентности больных, снижение тяжести и длительности течения болезни, сокращение рецидивов, осложнений и сроков пребывания больных в стационаре в среднем на 3,2 дня. Индивидуальное применение иммуномодуляторов у больных с острым аппендицитом привело к быстрому устранению иммунодефицита, снизило число нагноений при дренажах брюшной полости с 25% до 7,7% и сократило койко/дни в среднем на 3.

Сулимов Е.П. рассчитал экономический эффект применения аппарата с учетом сокращения частоты повторных операций, выплаты пособий по временной нетрудоспособности за счет социального страхования, национального дохода и экономии затрат на амбулаторное и стационарное лечение и установил, что экономия составляет 155,5 рублей на одного больного.

Мы располагаем уникальным опытом радикального лечения больных стриктурами уретры, аналогичного которому нет ни в одной стране. К настоящему времени число леченных у нас больных, в течение 30 лет приезжающих из всех республик и городов страны, включая Москву и столицы всех союзных республик, составляет более 1200. В монографии, мы подытожили опыт лечения 1000 больных, из которых 893 оперированы, Положительные результаты получены у 95-97% больных с неосложненными стриктурами и у 77,5% больных с осложненными стриктурами, которые многими урологами признаются неоперабельными. Приведу еще лишь один факт. В своей докторской диссертации Тараканов В. П., очень много сделавший и добросовестно работающий по этой проблеме, показал, что при лечении 366 больных (лишь у такого числа больных удалось получить необходимые сведения для соответствующих расчетов) экономический эффект составил 8 млн. 197 тыс. руб. Однако и это не привлекло внимания никого из организаторов здравоохранения. Тринадцать лет назад на Всесоюзном симпозиуме хирургов в программном докладе, касаясь данного вопроса, я говорил, что до полного признания наших методов и повсеместного их применения прошло более 20 лет. Я тогда ошибся. Прошло уже более 30 лет, однако тяжелый и тернистый путь к повсеместному внедрению опыта нашей работы продолжается. До сих пор в некоторых лечебных учреждениях страны применяют калечащие операции, не желают признать наиболее совершенные способы отведения мочи, а катетеры после операции держат по 2-3 недели, а то и более месяца, Это нередко наносит непоправимый вред больным.

Несмотря на очевидные и неопровержимые факты, внедрить наши методы повсеместно не удастся. И этому мешают отнюдь не рядовые врачи. Так, в монографии «Клиническая хирургия», под редакцией профессора Панцырева Ю.М., в разделе по урологии, написанном главным урологом МЗ СССР академиком Лопаткиным Н. А., продолжают рекомендовать не оправдавшие себя методы лечения стриктур уретры, а наши - вновь игнорируют. Между тем, больные из клиники и института, руководимых Лопаткиным Н. А., по-прежнему поступают в нашу клинику для исправления сделанных там ошибок. Это не только грубое нарушение врачебной этики, но и попрание врачебного долга, яркая демонстрация огрехов в организации здравоохранения. Надо

наконец подчинить свои личные интересы делу и больным! И это прежде всего касается органов управления здравоохранением и наукой.

При лечении гипоспадии мы получаем лучшие результаты по сравнению с другими лечебными учреждениями страны. И это действительно так. В 1988 году опубликована моя монография «Лечение гипоспадии», в которой подытожен опыт лечения 317 больных. Наш метод лечения гипоспадии обеспечивает выздоровление 92,7% больных, независимо от формы гипоспадии, длительности болезни, числа и характера выполненных ранее в других лечебных учреждениях неудачных операций. Лишь у 7,3% больных для полного восстановления мочеиспускательного канала пришлось выполнить дополнительные несложные оперативные вмешательства.

К настоящему времени Шангичев А. В. подытожил наш опыт лечения аденомы простаты комплексными методами, описанными в монографии Русакова В.И. и Тараканова В.П. Аденомэктомия сделана 721 больному при летальности 1,5%. Причем больные умерли от тромбоэмболии, отека легких и инфаркта миокарда.

В клинике прооперирован по нашему методу 361 больной с нефроптозом при 98,7% стойких отдаленных положительных результатов. Рецидивы составили 1,3%, что значительно ниже показателей, имеющих в литературе.

Разработанная нами система борьбы с мочевой инфильтрацией действует безотказно. С 1955 года мы не имеем случаев мочевой инфильтрации после операций на нижних мочевых путях, в урологическом отделении нет запаха мочи, нагноения составляют около 1%, резко сокращен расход перевязочного материала. Очевидно, что это тоже дает огромный экономический эффект и заслуживает специального изучения.

Приведу некоторые статистические данные. Накопленный коллективом материал по проблеме «Регуляция воспаления, регенерации и состояния хирургического больного» явился основой для написания 32 книг, из которых 16 монографий, 8 сборников научных трудов, 5 книг с 12 лекциями по факультетской хирургии, 1 практическое руководство по хирургии, 2 библиографических указателя, а также 2 популярные брошюры, 25 методических рекомендаций, 7 докторских и 42 кандидатские диссертации (в настоящее время представлена к защите 1 докторская диссертация и 2 находятся в стадии выполнения; завершено 5 и выполняются 7 кандидатских диссертаций). По материалам этих исследований получено 43 авторских свидетельства на изобретения и оформлено 83 рац. предложения, создано 24 новые операции и 39 новых приборов и инструментов. Опубликовано 1078 статей, из них 21 за рубежом, и немало передовых, в том числе и в центральных журналах.

Как известно, одним из показателей ценности научной продукции является количество ссылок на нее в литературе. На наши работы по далеко не точным подсчетам имеется более 400 ссылок, причем 12 ссылок в зарубежной печати.

В заключение считаю необходимым отметить, что наше направление работы основано на идеях выдающихся представителей отечественных и зарубежных ученых, на традициях профилактического направления и на широком биологическом подходе к проблеме развития хирургии и медицины. Верность наших позиций подтверждается огромным числом экспериментов, хорошими результатами лечения тысяч различных больных и очевидным теоретическим и практическим влиянием на развитие хирургии и урологии. К великому сожалению, равнодушие, косность и консерватизм являются непреодолимой стеной для широкого внедрения полученных результатов по всей стране и за рубежом.

Я в полной мере отдаю себе отчет в том, что материалы, сейчас изложенные, не являются последним словом науки и практики. Все должно разумно и обоснованно по мере развития и накопления знаний изменяться и совершенствоваться. И это положение является неотъемлемой частью нашей концепции и дополнительно подтверждает ее жизненность.

При творческом отношении к делу и, разумеется, при желании наше направление можно сделать основным в медицине и оно великолепно сработает и даст выраженный экономический и социальный эффект. Глубоко уверен, что это направление рано или поздно, по-видимому, в более совершенном виде найдет повсеместное внедрение, ибо оно продиктовано и сцементировано наиболее целесообразными организационными, медицинскими и биологическими положениями.