



**МГМСУ**

Московский государственный  
медико-стоматологический  
университет имени  
А.И. Евдокимова

# К 100-ЛЕТИЮ УНИВЕРСИТЕТА

**ПРОФЕССОР Р.Т. ПАНЧЕНКОВ**



## ЛИМФО СТИМУЛЯЦИЯ

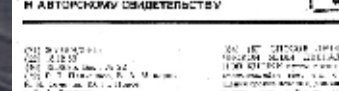
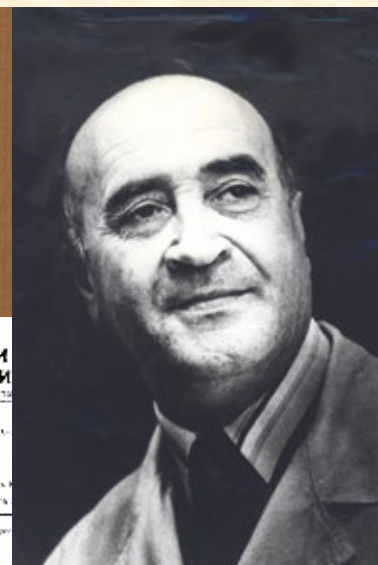
Р.Т. ПАНЧЕНКОВ  
И.В. ЯРЕМА  
Н.Н. СИЛЬМАНОВИЧ

## ЛИМФОСОРБЦИЯ

Р.Т. Панченков, Е.В. Выренков, И.В.  
Ярема, Б.М. Уртаев

## ЭНДО- ЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКО- ТЕРАПИЯ

Р.Т. ПАНЧЕНКОВ И.В. ЯРЕМА  
Ю.Е. ВЫРЕНКОВ Д.С. ШЕРЕМЕТЬЕВА



# ПРОФЕССОР Р.Т. ПАНЧЕНКОВ

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И. Евдокимова  
Центр развития историко-медицинских музеев России

К. А. Пашков, О. И. Нечаев

**ПРОФЕССОР**  
**РОМАН ТИХОНОВИЧ ПАНЧЕНКОВ**

МОСКВА  
2022

УДК 61(091)(082)  
ББК 5г.я43  
П22

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А. И. Евдокимова

Центр развития историко-медицинских музеев России

К. А. Пашков, О. И. Нечаев

**Авторы:**

Пашков К. А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой истории  
медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова;

Нечаев О. И. – старший преподаватель кафедры, врач, кандидат медицинских наук.

**Рецензенты:**

Емельянов Сергей Иванович – заведующий кафедрой эндоскопической хирургии ФДПО  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН.  
президент Российского общества эндоскопических хирургов (РОЭХ), заслуженный врач РФ.

Луцевич Олег Эммануилович - заведующий кафедрой факультетской хирургии №1 МГМСУ  
им. А.И. Евдокимова, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН.  
заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ.

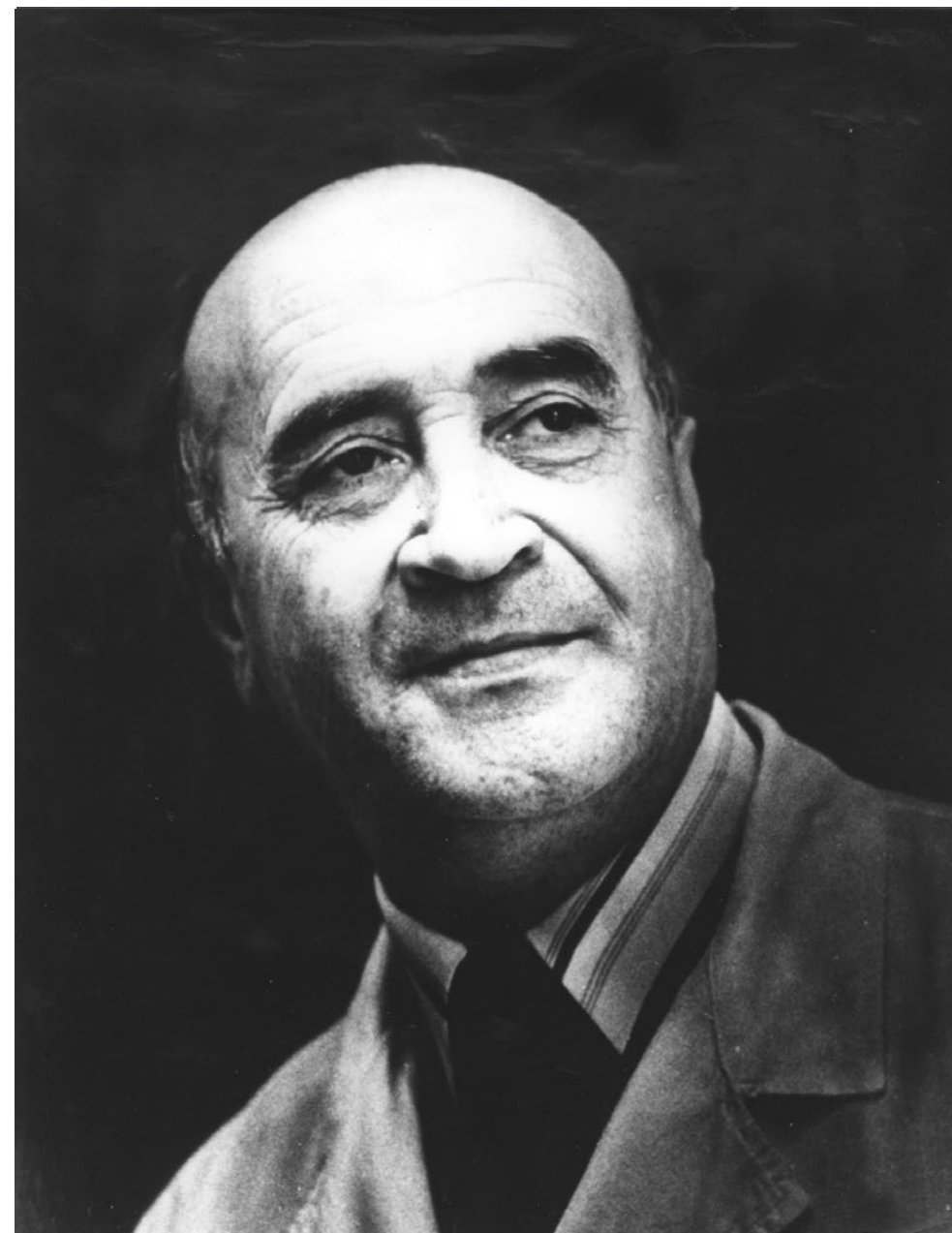
Профессор Роман Тихонович Панченков. Жизнь в науке : монография / Пашков К. А.,  
П 22 Нечаев О. И. ; Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А. И. Евдокимова. – М. : М-Принт, 2022. – 100 с.  
ISBN 978-5-6047703-3-7

В монографии представлены сведения о жизни и творчестве заслуженного деятеля  
науки РФ, профессора Романа Тихоновича Панченкова. Монография адресована студентам  
и преподавателям медицинских вузов, практикующим врачам, а так же тем, кто интересуется  
историей медицины и медицинского образования России.

УДК 61(091)(082)  
ББК 5г.я43

ISBN 978-5-6047703-3-7

© Пашков К. А., Нечаев О. И., 2022



**Заслуженный деятель науки РСФСР,  
доктор медицинских наук, профессор  
Роман Тихонович Панченков  
(1922-1984)**

Роман Тихонович Панченков пришел в Московский медицинский стоматологический институт в 1965 г. на должность проректора по учебной работе. Уже тогда зарождались планы открытия лечебного факультета — громадному мегаполису требовались врачи! Ректор С. И. Бабичев понимал, что для создания первой кафедры хирургии на новом факультете нужен мудрый руководитель, способный принимать взвешенные решения в лечебной и административной работе. Доктор медицинских наук, опытный хирург, талантливый организатор Р. Т. Панченков идеально подходил для этой работы.

Организовывать кафедру пришлось на базе Басманной больницы, куда обычно доставлялись с печально знаменитой «площади трех вокзалов» больные и пострадавшие в разборках. Коллектив сотрудников кафедры набирался из практикующих поливалентных хирургов, которые стали образцом для студентов, субординаторов и интернов. В дальнейшем клиническими базами стали многопрофильные скорпомощные больницы № 36 и № 40.

Клиника профессора Панченкова стала основой кафедр общей и факультетской хирургии № 1 и № 2, травматологии и ортопедии, детской хирургии, онкологии, урологии, трансфузиологии. Руководили этими кафедрами соратники и ученики Романа Тихоновича — В. А. Пенин, А. К. Георгадзе и др., в настоящее время работают Б. М. Уртаев и С. И. Емельянов. Один из любимых учеников — И. В. Ярема, долгое время руководивший кафедрой госпитальной хирургии.

Обладая большим жизненным опытом и чувством новизны, Роман Тихонович направлял учеников исследовать то, что казалось изначально ненужным, неактуальным и даже невозможным: клиническую лимфологию, лимфосорбцию и лимфотрансфузию, холедохоскопию, ставшую предтечей фиброволоконной эндоскопии, гамма-стерилизацию шовного материала, щадящую хирургическую тактику при остром панкреатите, интраоперационную рентгенодиагностику в режиме реального времени.

Родившийся 9 мая 1922 г., Р. Т. Панченков на любимой даче часто отмечал с сотрудниками кафедры двойной праздник — день своего рождения и День Победы.

Для хирургов, преподавателей и студентов профессор Роман Тихонович Панченков навсегда останется примером Ученого и Человека с большой буквы.

#### **О.О. ЯНУШЕВИЧ**

академик РАН, профессор,  
ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова,  
президент Общества врачей России

## **ОТ АВТОРОВ**

### **Дорогие читатели!**

Книга, лежащая перед вами, являет собой сплав мыслей совершенно разных людей, объединенных одной большой целью — вспомнить, рассказать и сохранить память о Романи Тихоновиче Панченкове. Кто-то из авторов был близок к семье Романа Тихоновича, кому-то посчастливилось быть его коллегой или учеником, одни из них знали профессора длительное время, другие лишь читали его книги.

Когда мы начали работать над книгой, выяснилось, что вроде бы хорошо нам известный профессор Панченков — это настоящая Terra Incognita, а видимая нам часть — не более чем небольшой фрагмент огромной личности.

Авторы книги через факты, события, комментарии постарались показать Человека внутри Эпохи.

Книга базируется на решении основного вопроса: какова роль личности в науке. Создание инфраструктуры исследовательской, лечебной, учебной работы — это одна из главных составляющих деятельности большого руководителя. В книге последовательно рассказывается о трех базах кафедры, а фактически — клиники. Профессор Панченков предстает неким сгустком энергии, заставлявшим двигаться многое и многих вокруг себя, строгим и справедливым руководителем.

Высказываясь о Романи Тихоновиче, каждый из авторов книги, коллег, друзей и соратников, написавших воспоминания, рассказал о своих контактах, пересечениях с «орбитой» профессора Панченкова, и эти материалы, взаимодополняя друг друга, рисуют многогранный портрет незаурядного человека и выдающегося ученого.

Возможно, Роман Тихонович сейчас с мягкой улыбкой сказал бы нам: «Не торопитесь! Подумайте!»

## БИОГРАФИЯ Р.Т. ПАНЧЕНКОВА

Будущий хирург Роман Тихонович Панченков родился 9 мая 1922 г. в Москве в семье известного медика Т. П. Панченкова.

Об отце Р. Т. Панченкова необходимо сказать особо. Тихон Петрович Панченков — доктор медицинских наук, профессор терапии, генерал-директор административной службы 3 ранга. Родился в 1885 г. в городе Новый Оскол в крестьянской семье. Был 14-м ребенком в семье. В начале 1900-х гг. уехал на заработки в Москву, где, обладая незаурядными актерскими данными, был допущен сразу до 3-го курса театрального института, однако он забрал документы и поступил на медицинский факультет Императорского московского университета. Был одним из основателей Центрального туберкулезного института, стоял у истоков создания противотуберкулезной службы в РСФСР. В 1920-е гг. после стажировки в Европе усовершенствовал и внедрил в клиническую практику общеизвестный неспецифический лабораторный тест — метод определения реакции (скорости) оседания эритроцитов, который и поныне носит его имя.

В годы Великой Отечественной войны был начальником эвакогоспиталя № 5017, развернутого на базе ЦКБ № 1 НКПС СССР<sup>1</sup>. В 1943 г. принимал прибывшую с гуманитарным визитом супругу Уинстона Черчилля, мадам Клементину Черчилль.

В семье Тихона Петровича было трое детей. Старшая дочь, Марина, проявила интерес к истории, стала доктором исторических наук и в течение двадцати восьми лет заведовала кафедрой всеобщей истории в Историко-архивном институте. Младшая, Ирина, посвятила себя семье и детям.

У среднего сына Романа под влиянием отца пробудился интерес к медицине, и после окончания школы он поступил в 1-й Московский ордена Ленина медицинский институт. Начало учебы пришлось на мирные 1939–1940 гг. Но в 1941 г. институт перешел на ускоренное обучение.

Добытая в боях и трудах советского народа Победа над фашистской Германией получила продолжение в конфликте с японскими милитаристами. Молодой врач был направлен на Дальний Восток, но по дороге тяжело заболел инфекционным гепатитом. К моменту его изле-

<sup>1</sup> В настоящее время — ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина».



Об отце Р. Т. Панченкова Тихоне Петровиче необходимо сказать особо. Тихон Петрович Панченков — доктор медицинских наук, профессор терапии, генерал-директор административной службы 3 ранга.



В годы Великой Отечественной войны — начальник эвакогоспиталя № 5017, развернутого на базе ЦКБ № 1 НКПС СССР. В 1943 году принимал прибывшую с гуманитарным визитом мадам Клементину Черчилль.



Добытая в боях и трудах советского народа Победа над фашистской Германией получила продолжение в конфликте с японскими милитаристами на Дальнем востоке. Молодой врач был направлен туда, но по дороге тяжело заболел инфекционным гепатитом. К моменту излечения Советско-японская война 1945 года была победоносно завершена, и Р. Т. Панченков приступил к лечебной работе в больнице.

чения Советско-японская война 1945 г. была победоносно завершена, и Р. Т. Панченков приступил к лечебной работе в больнице.

После защиты диссертации в 1952 г. и успешной работы на кафедре хирургии ЦИУ<sup>2</sup> Роман Тихонович был отправлен для работы в советско-китайский госпиталь в Пекин.

Деятельность сотрудников госпиталя была высоко оценена, о чем, в частности, свидетельствует сообщение ТАСС от 13 марта 1957 г.:

«Как передает агентство Синьхуа, сегодня госпиталь Советского Краевого Креста в Пекине был передан без компенсации китайскому правительству в соответствии с решением, принятым недавно Советским Правительством. Этот госпиталь был Создан в Пекине в июне 1952 года Союзом обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР.

На состоявшейся сегодня церемонии передачи министр здравоохранения и председатель Китайского общества Красного Креста Ли Дэ-цюань сказала, что передача госпиталя является новым конкретным выражением тесной дружбы между народами Китая и Советского Союза. От имени китайского правительства и китайского народа Ли Дэ-цюань выразила благодарность Советскому Правительству и 126 специалистам, которые работали в госпитале в разное время с момента его открытия.

Заместитель директора госпиталя д-р Чжу Чуи-ли сделал доклад о его работе, в котором указал, что за прошедшие пять лет госпиталь обслужил более 500 тысяч амбулаторных больных. Число стационарных больных составило более 9300 человек. Под руководством и с помощью советских специалистов в госпитале было подготовлено более 300 китайских молодых врачей и написано более 300 работ по медицине.

Заместитель директора добавил, что с госпиталем ознакомились 17 000 медицинских работников из всех районов страны.

В конце церемонии Ли Дэ-цюань от имени Премьера Государственного Совета под бурные аплодисменты присутствовавших вручила каждому из 35 советских специалистов специальную медаль китайско-советской дружбы».

К моменту передачи госпиталя китайской стороне кафедра хирургии ЦИУ, руководимая академиком В. Р. Брайцевым, была реорганизована,

<sup>2</sup> В настоящее время — ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.



После защиты диссертации в 1952 г. и успешной работы на кафедре хирургии ЦИУ Роман Тихонович был отправлен для работы в советско-китайский госпиталь в г. Пекин.



Под руководством и с помощью советских специалистов в госпитале было подготовлено более 300 китайских молодых врачей и написано более 300 работ по медицине.



Врачебная династия Романа Тихоновича продолжилась в детях, внуках и правнуках.

а ассистент Р. Т. Панченков переведен в Боткинскую больницу, на кафедру профессора Б. С. Розанова.

После защиты Романом Тихоновичем докторской диссертации в 1965 г. он был приглашен на должность проректора Московского стоматологического института. В тот период в институте велась большая подготовительная работа к открытию лечебного факультета. В 1969 г. была создана кафедра хирургии (заведующий — профессор Р. Т. Панченков) недавно организованного лечебного факультета, которая дала начало кафедрам общей, факультетской хирургии, специализированным кафедрам. С 1970 г. Роман Тихонович руководил кафедрой (фактически клиникой) госпитальной хирургии.

Романа Тихоновича Панченкова не стало 15 мая 1984 г. Но его дело продолжают воспитанники и последователи, создавшие свои научные направления. Он остался в сердцах родственников, коллег, учеников...

Врачебная династия Романа Тихоновича продолжилась в детях, внуках и правнуках. Сын Р. Т. Панченкова, Николай Романович, — доктор медицинских наук, комбустиолог и трансфузиолог; внук, Дмитрий Николаевич, — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и хирургических технологий ФДПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Р.Т. ПАНЧЕНКОВА

По воспоминаниям учеников, соратников, коллег Роман Тихонович был поливалентным хирургом. Одинаково успешно оперировал на органах брюшной полости, мочевыделительной системы и делал гинекологические операции. Это, безусловно, объясняется влиянием его учителей — профессоров Валерия Ивановича Казанского и Бориса Сергеевича Розанова. Можно вспомнить возмущение хирургов клиники С. С. Юдина, учеником которого был Б. С. Розанов, когда приказом главного врача от них потребовали вызывать в обязательном порядке профильного специалиста при подозрении у пациента урологической патологии.

В отличие от большинства корифеев хирургии, Р. Т. Панченков не стремился окружить себя узким кругом помощников во время операции. В клинике он завел жесткое правило: ассистирует тот врач (не важно — ординатор, ассистент, доцент), в чьей палате лежит больной.

Любимой областью хирургии у профессора Панченкова были повторные реконструктивные операции при поздних осложнениях хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Поскольку эффективного консервативного лечения язвы на тот момент не существовало и резекция желудка была единственным методом остановить страдания больного, предупредить развитие у него грозных осложнений, на практике часто возникали негативные последствия операции: синдром приводящей петли, демпинг-синдром, пептическая язва гастроэнтероанастомоза. Эти больные шли к Роману Тихоновичу за исцелением.

К сожалению, указанный опыт не был обобщен в монографии, но стал основой для четких установок клиники: резекция желудка только по методу Бильрот-2, гастроэнтероанастомоз на петле с Брауновским соустьем. По воспоминаниям профессора С. И. Емельянова, Роман Тихонович на основании своего опыта был глубоко убежден в преимуществах указанного метода и жестко пресекал попытки сделать якобы более физиологичную резекцию по методу Бильрот-1. Также больным с перфоративной язвой, поступившим в ранние сроки после прободения, обязательно выполнялась резекция желудка дежурными хирургами.



В отличие от большинства корифеев хирургии, Р.Т. Панченков не стремился окружить себя узким кругом помощников на операции. В клинике им было заведено жесткое правило: ассистирует тот врач (не важно — ординатор, ассистент, доцент), в чьей палате лежит больной.

Роману Тихоновичу можно было позвонить в любое время, и он консультировал по телефону, приезжал, «включался» в операцию.

Наряду с работой в клинике профессор Р. Т. Панченков много лет был консультантом и основным оперирующим хирургом Центрального госпиталя МВД СССР.

## РАБОТА НА КАФЕДРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

История хирургических кафедр ММСИ им. Н. А. Семашко богата славными именами. В частности, кафедрой общей хирургии стоматологического факультета заведовал Павел Иосифович Андросов — основатель направления механического шва кровеносных сосудов и пропагандист аппарата инженера В. Ф. Гудкова. Кафедрой хирургии руководил Степан Иванович Бабичев — фронтовик, ученик и последователь академика Б. В. Петровского, помощник министра здравоохранения СССР, ректор вуза в 1964–1968 гг. Петр Лазаревич Сельцовский — главный хирург Военно-воздушных сил — одновременно заведовал кафедрой хирургических болезней.

Для обеспечения потребностей растущего мегаполиса во врачебных кадрах в ММСИ в 1968 г. был открыт лечебный факультет.

Курс хирургических болезней начали преподавать на кафедре хирургии, организованной под руководством профессора Р. Т. Панченкова в 1969 г., до этого занимавшего пост проректора по учебной работе.

Назначение руководителя состоялось благодаря ректору института доценту Алексею Захаровичу Белоусову (1911–1974). После окончания 1-го ММИ А. З. Белоусов работал на разных административных должностях: зам. министра здравоохранения СССР (1950–1954), директор института гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана (1954–1959), проректор 1-го ММИ (1959–1968), ректор Московского медико-стоматологического института (1968–1974) и одновременно доцент кафедры общей гигиены (1959–1962), зав. кафедрой гигиены детей и подростков (1962–1974) 1-го ММИ. Кроме



того, А. З. Белоусов занимался проблемами охраны воздуха и водоемов городов от загрязнений, являлся одним из основоположников университетской гигиены, изучающей вопросы здоровья и физического развития учащихся средних и высших учебных заведений. Награжден двумя орденами Трудового Красного Знамени, орденом «Знак Почета», медалями<sup>3</sup>.

Трудности диагностики предопределили необходимость разработки эндоскопических методов исследования для диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, выполнения прицельной многосекторной биопсии, определения локальной секреторной функции. На кафедре совершенствовались способы остановки кровотечений, применялись электрокоагуляция и клипирование выявляемых сосудов. В тесном сотрудничестве с ВНИИ медицинских полимеров экспериментально были разработаны пленкообразующие препараты лифузоль и гастрозоль, которые прошли клиническую апробацию, а затем стали широко применяться для эндоскопической остановки кровотечений при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Разработанные пленкообразующие полимеры в аэрозольной упаковке серийно выпускаются отечественной промышленностью для практической медицины и применения в быту.

Неблагоприятные результаты лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, настоятельно требовали разработки эндоскопических методов исследования при операциях на желчных протоках. Под руководством заведующего кафедрой, заслуженного деятеля науки РСФСР профессора Панченкова на кафедре была разработана и апробирована отечественная модель жесткого фотохоледохоскопа.

На кафедре преподавали общую, факультетскую и госпитальную хирургию А. Н. Лежнев, М. Л. Петров, А. М. Акимов, В. С. Дурнев, М. Г. Лумер, И. В. Ярема и др. Были сформированы учебные курсы для преподавания травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, онкологии, нейрохирургии.

<sup>3</sup> <http://mednecropol.ru/b/belousov-az/belousov-az.htm> Дата обращения: 25.01.2022 08.10



Под руководством заведующего кафедрой, заслуженного деятеля науки РСФСР профессора Панченкова на кафедре была разработана и апробирована отечественная модель жесткого фотохоледохоскопа.



На кафедре совершенствовались способы остановки кровотечений, применялись электрокоагуляция и клипирование выявляемых сосудов.

Клинической базой кафедры стала ГКБ № 6, в прошлом «Басманная больница для чернорабочих при бывшем здании Сиротского суда в Москве». Первым главным врачом Басманной больницы попечительский совет назначил доктора медицины П. Н. Федорова — отца знаменитого русского хирурга С. П. Федорова. Больница скорой помощи, расположенная рядом с тремя вокзалами: Ленинградским, Ярославским и Рязанским (теперь — Казанским), принимала поток травмированных пациентов и больных с острой хирургической патологией. Фактически больница работала в режиме военного госпиталя, принимая абсолютно разных пациентов, — от внезапно заболевших путешественников до «убитых, но еще не умерших» жертв криминальных разборок.

В 1970 г. были выделены кафедры общей и факультетской хирургии. Кафедру общей хирургии возглавил Юрий Сергеевич Мареев, а с 1983 г. — ученик Романа Тихоновича Панченкова, профессор Алексей Каленикович Георгадзе. Заведующим кафедрой факультетской хирургии был назначен Василий Васильевич Родионов, до этого занимавший ряд ответственных должностей в Министерстве здравоохранения СССР



Клинической базой кафедры стала ГКБ № 6, в прошлом — «Басманная больница для чернорабочих при бывшем здании Сиротского суда в Москве».

и работавший в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П. А. Герцена.

Клинической базой кафедры госпитальной хирургии стала Благушинская больница (с 1953 г. больница носила название Городской клинической больницы № 36). В 1970-х гг., в связи с введением в строй четырех семиэтажных корпусов, больница стала одним из крупнейших в Москве многопрофильных лечебных учреждений, которое специализируется в основном на оказании urgentной медицинской помощи.

Второй клинической базой с 1974 г. стала Ростокинская больница № 40, тоже с давней историей: еще в 1898 г. на заседании Московского уездного земства было принято решение об организации больницы Останкинского медицинского участка. К 1970-м гг. больница представляла собой крупный многопрофильный стационар. Интересный факт: в этой больнице около 10 лет (1924–1933 гг.) работал коллега Р. Т. Панченкова по кафедре ЦИУ, заслуженный деятель науки РСФСР профессор Борис Корнильевич Осипов.



Клинической базой кафедры госпитальной хирургии стала Благушинская больница, с 1953 года больница носила название Городской клинической больницы № 36.

Вместе с Р. Т. Панченковым на кафедре трудились А. М. Акимов, В. С. Дурнев, А. Н. Лежнев, В. А. Пенин, А. М. Стегнов, М. Л. Петров, В. А. Невский, М. Г. Лумер, И. В. Ярема, С. П. Маркин, Ю. И. Беккер.

Для оказания помощи практическому здравоохранению в городской клинической больнице № 40 организовали эндоскопическую службу, где проходят последипломную специализацию сотрудники клинических кафедр института и практические врачи из различных городов страны.

Кафедра располагает тренажерами для освоения эндоскопических методов исследования органов дыхательной системы, толстой кишки, желчных путей, желудка и двенадцатиперстной кишки. По различным разделам эндоскопии были созданы более десяти учебных цветных видеофильмов и телевизионная аппаратура.



Второй клинической базой с 1974 г. стала Ростокинская больница № 40, тоже с давней историей.

Основными научно-практическими направлениями деятельности кафедры были методы лечения острой и хронической патологии желче-выводящих путей, патогенез и лечение острого панкреатита, проблемы острой хирургической патологии, постгастрорезекционных синдромов и хронической венозной недостаточности.

В студенческом кружке кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета ежегодно приобщались к научным исследованиям 40–50 студентов. Многие бывшие кружковцы стали кандидатами и докторами медицинских наук (А. И. Шашков, А. С. Горин, В. В. Петров, А. И. Станулис, В. В. Евдокимов, В. В. Струсов, Ю. П. Попов).



## НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ Р.Т. ПАНЧЕНКОВА И ЕГО УЧЕНИКОВ

На становление Романа Тихоновича Панченкова как ученого оказали влияние академик АМН СССР В. Р. Брайцев, профессора В. И. Казанский, Б. С. Розанов.

Первым научным руководителем Романа Тихоновича стал главный онколог Министерства здравоохранения СССР профессор Валерий Иванович Казанский, который, обобщая опыт хирургического лечения рака пищевода, выделил группу больных, у которых невозможна радикальная операция (Казанский В. И. «Чресплевральная резекция грудного отдела пищевода при раке». М., 1948; Казанский В. И. «Чресплевральная резекция грудного отдела пищевода при раке». М., 1951).

На основании личного опыта и опыта хирургической клиники ЦКБ № 1 НКПС СССР больным с неоперабельными поражениями пищевода Р. Т. Панченков подготовил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (Панченков Р. Т. Чресплевральные обходные операции при доброкачественных и злокачественных стенозах пищевода и кардии. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1952).

Диссертация защищена в 1952 г. Ее основным постулатом было активное внедрение пищеводно-желудочных соустьев при неоперабельных опухолях пищевода и кардии.

Значимость и новаторский характер работы были таковы, что академик С. С. Юдин в монографии «Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода» (М., 1954) уделил ей несколько страниц:

«Р. Т. Панченков в своей диссертации... основывается на данных В. И. Казанского. В этой работе подробно разбирается 10 случаев операций, выполненных при кардиоспазмах, с единственным летальным исходом.

В диссертации Р. Т. Панченкова имеется ссылка на 24 такие операции, выполненные в клинике, руководимой А. Г. Савиных. Автор указывает 11 случаев послеоперационной смертности, что составляет 45,8%. Он стремится доказать преимущества чресплевральных доступов для производства обводных анастомозов и при доброкачественных сужениях, и при раковых опухолях. В клинике, руководимой В. И. Казанским, откуда вышла эта диссертация, обводные эзофагогастростомии были выполнены у 15 больных раком с неудаляемыми опухолями. Из этих больных 5 умерли: один больной

умер от гнойного медиастинита и абсцедирующей пневмонии; другой умер на 4-й день от острой сердечной недостаточности; третий — к концу вторых суток тоже от сердечной недостаточности и анемии; четвертая больная 62 лет умерла через сутки после операции от вторичного шока; и, наконец, пятый 59-летний истощенный больной погиб через несколько часов после операции от сердечной слабости и отека легких.

Из перенесших операцию 10 больных 5 прожили менее полугода (1 месяц 15 дней, 2 месяца 12 дней, 3 месяца, 4 месяца 15 дней и 5 месяцев 16 дней). Остальные 5 больных прожили от 7 до 12 месяцев. Что касается функциональных результатов, то анастомоз у всех выживших действовал исправно и проглатывание пищи совершалось без затруднений. Таким образом, главная задача операции оказалась выполненной удовлетворительно.

О работоспособности оперированных известно следующее: 2 умерли, не выписавшись из больницы; 6 сохранили трудоспособность. Р. Т. Панченков писал: «Если бы всем этим больным была бы сделана другая паллиативная операция — гастростомия, то, надо думать, они все, конечно, были бы неработоспособны и все бы нуждались в постороннем уходе. Не подлежит никакому сомнению, что без операции внутригрудного пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза больные жили бы меньше и умерли бы раньше... Делая операцию пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза больным, страдающим неоперабельным раком пищевода или кардии, мы боремся за лишние месяцы и дни жизни больного, а также за моральное благоприятное состояние человека, заболевшего неизлечимой болезнью.

Если сравнить отдаленные результаты операции внутригрудного анастомоза с отдаленными результатами такой же паллиативной операции гастростомии, то становится ясным, что предпочтение должно остаться за первой. После операции гастростомии неоперабельные больные становятся полными инвалидами, требующими постоянного ухода, и, конечно, не может быть у этих больных никакого вопроса о трудоспособности.

Нам кажется, что не следует так категорично указывать на гастросто-мическое отверстие и резиновую трубку как причину полной инвалидности. К нетрудоспособности приводит неудаляемая раковая опухоль, которая одинаково остается при обеих паллиативных операциях. И если несомненно, что каждому неоперабельному больному все же лучше питаться через рот, чем через воронку и дренаж, то мы знаем сотни примеров, когда

больные с рубцовыми стенозами годами жили, учились и работали, не становясь полными инвалидами.

Таким образом, речь идет, с одной стороны, о меньшей психико-моральной травме у больных с внутренним обводным свищом, а с другой — о сравнительной безопасности обеих паллиативных операций. И в этом отношении трудно принять на веру вывод Р. Т. Панченкова о том, что «обходная паллиативная операция пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза, делаемая чрезплевральных путем по методике, разработанной нашей клиникой, дает непосредственный процент смертности меньший, чем процент смертности после операций гастростомии».

Повторяем: не имея личного опыта в таких операциях, мы можем высказывать лишь общие соображения. И хотя, конечно, идея паллиативных обводных операций при неудаляемых раковых опухолях кардии представляется сомнительной, тем не менее, можно привести существенное соображение в оправдание таких вмешательств. Дело в том, что их проводят не с заранее обдуманым намерением, а вынужденно, т.е. если при чрезплевральной эксплорации, часто после уже произведенной мобилизации пищевода и желудка, в последний момент выясняется, что радикальная операция неосуществима, а риск ее завершения был бы слишком велик и неоправдан, то, вместо того чтобы защитить грудную полость и диафрагму, не устранив непроходимости пищевода, действительно вполне целесообразно сделать высокое соустье пищевода и дна желудка».

Наряду с исследованиями в области хирургии кардии и пищевода Роман Тихонович, в соответствии с концепцией своего учителя, применил в клинике внутригрудинную анестезию для лечения стенокардии.

Вскоре Роман Тихонович Панченков был избран ассистентом кафедры хирургии Центрального института усовершенствования врачей, руководимой академиком АМН СССР Василием Романовичем Брайцевым. Кафедра базировалась в ЦКБ № 1 НКПС СССР, а В. Р. Брайцев был научным руководителем хирургического отделения и главным хирургом НКПС (МПС) СССР в течение практически 40 лет. Интерес к хирургии пищевода не был чужд заведующему кафедрой, который еще в 1920-х гг. разработал в эксперименте и осуществил в клинике предгрудинную кожную пластику.

Василий Романович разрешил молодому кандидату наук продолжить работу в области грудной хирургии. Изучая аспекты чрезгрудинных

доступов к переднему средостению и легким, Р. Т. Панченков предложил и изготовил специальный загрудинный проводник с предохранительной пластинкой. Применение проводника позволило более быстро, без затруднения, с наименьшей травматичностью проводить проволочную пилку через переднее средостение для одномоментной двухсторонней резекции легких (Перельман М. И. Гражданин доктор. М., 2009).

После реорганизации кафедры в 1956 г. кандидат медицинских наук Р. Т. Панченков перешел в должности доцента на кафедру, возглавляемую профессором Борисом Сергеевичем Розановым, учеником академика С. С. Юдина.

В 1965 г. Роман Тихонович успешно защитил докторскую диссертацию под руководством выдающегося советского хирурга профессора Б. С. Розанова и профессора патологической анатомии А. В. Смольяникова, известного специалиста по морфологической диагностике опухолей. Широта охваченных в диссертации проблем потребовала участия в качестве оппонентов хирургов — академика Б. В. Петровского и члена президиума Всесоюзного общества эндокринологов профессора О. В. Николаева, терапевта академика И. А. Кассирского.

Необходимо отметить, что направление хирургии поджелудочной железы на кафедре хирургии ЦИУ зародилось еще при Алексее Дмитриевиче Очкине, который заведовал ею в 1940–1952 гг. Кстати сказать, А. Д. Очкин первым в СССР поставил диагноз аденомы поджелудочной железы и успешно выполнил операцию.

В докторской диссертации Р. Т. Панченков сделал вывод о принципиально разном течении эндокринных опухолей поджелудочной железы. Новообразования А-клеток островков Лангерганса приводят к развитию синдрома Золлингера — Эллисона, единственным методом лечения которого должно быть удаление ульцерогенной опухоли поджелудочной железы. Необходимо отметить, что до настоящего времени именно резекционный хирургический метод остается основным в лечении гастриномы<sup>4</sup>. Опухоли из В-клеток, как доброкачественные, так и злокачественные<sup>5</sup>, протекают с изменением инсулинового равновесия и, как следствие, тяжелыми нарушениями глюкозного обмена. Р. Т. Панченков доказал, что метод

<sup>4</sup> Синдром Золлингера — Эллисона: современные аспекты диагностики и лечения / И. В. Маев И. В. и др. // РЖГГК. 2014. Т. 24. № 4. С. 57–69.

<sup>5</sup> В частности, у основателя Apple Стива Джобса была именно такая опухоль, приведшая, несмотря на все достижения хирургии XXI в., к сравнительно быстрому летальному исходу.

сцинтиграфии с радиоактивным цинком имеет высокую клиническую перспективу. Была отмечена вероятность внежелудочной локализации инсулиномы. В хирургической тактике при доброкачественных опухолях рекомендована экономная краевая резекция, при злокачественных — субтотальная или тотальная панкреатэктомия. В работе было показано, что даже после успешного хирургического лечения у больных остаются нервно-психические нарушения как последствия неоднократных гипогликемических состояний. В результате чего сделан вывод о необходимости раннего оперативного лечения (Панченков Р. Т. «Опухоли островковой ткани поджелудочной железы и их хирургическое лечение». Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1965).

После избрания профессора Р. Т. Панченкова на должность заведующего кафедрой хирургии лечебного факультета Московского государственного стоматологического института в качестве основных научных направлений были определены: ургентная хирургия органов брюшной полости, оптимизация материалов и методов хирургического шва, лимфоденектомия в хирургической практике.

При создании кафедры госпитальной хирургии в качестве клинической базы была выбрана многопрофильная городская больница скорой медицинской помощи.

Организация лечебного процесса, учебной и научной деятельности позволяла решать сложные клинические задачи не только в сфере хирургии, но и в смежных областях — анестезиологии и реаниматологии, терапии, травматологии, урологии, нейрохирургии, акушерстве и гинекологии и др.

Взаимное стремление сотрудников кафедры и хирургических отделений клинической больницы к качественной организации и проведению учебного процесса способствовало формированию единого коллектива. Все преподаватели кафедры, аспиранты и клинические ординаторы «вели» больных, оперировали и дежурили в хирургических бригадах. Заведующий кафедрой, профессор, доценты проводили утренние конференции, участвовали в обсуждении больных перед операцией, осуществляли еженедельные обходы в хирургических отделениях, консультировали сложных больных.

Активное участие в лечебной деятельности, без сомнения, способствовало повышению профессиональной квалификации преподавателей и больничных сотрудников.

Доброжелательность и профессионализм единого хирургического коллектива в большой степени способствовали качественной организации и осуществлению педагогического процесса. Все студенты ежедневно работали с больными, участвовали в обсуждении диагностических проблем, лечебной тактики, выбора методов хирургического вмешательства. Субординаторы имели возможность работать в диагностических кабинетах, перевязочных, участвовать в операциях.

Руководитель кафедры Р. Т. Панченков постоянно подчеркивал мысль о том, что каждодневная работа с больными способствует качественному освоению учебной программы, формированию устойчивых навыков. Тогда как занятия в учебных комнатах с чтением микролекций не приведут к желаемому результату.

Наличие богатого клинического материала, большого коллектива молодых пытливых хирургов и врачей смежных специальностей естественным образом способствовало организации и проведению научных исследований по широкому спектру проблем диагностики и лечения



Взаимное стремление сотрудников кафедры и хирургических отделений клинической больницы к качественной организации и проведению учебного процесса способствовало формированию единого коллектива.

неотложных хирургических заболеваний. Итоги научных исследований находили отражение в многочисленных публикациях, помещаемых на страницах кафедральных, межкафедральных, межвузовских сборников научных работ, всесоюзных журналов «Хирургия», «Вестник хирургии им. И. И. Грекова» и др. Сотрудники хирургической клиники под руководством профессора Р. Т. Панченкова принимали активное участие в научно-практических конференциях по разным направлениям, докладывали результаты диссертационных исследований на всесоюзных, всероссийских пленумах и съездах хирургов.

### **Ургентная абдоминальная хирургия**

Вопросы организации и улучшения хирургической помощи в отдаленных районах были рассмотрены в ряде диссертаций, выполненных на кафедре хирургии. Была обоснована нерациональность размещения хирургических коек в мелких участковых больницах. В качестве основных причин летальности при острой хирургической патологии выделены несвоевременность оперативного вмешательства из-за поздней обращаемости и диагностических ошибок. Для снижения летальности был применен ряд мер: усиление санитарно-просветительной работы, повышение квалификации врачей и среднего медперсонала, обеспечение своевременной транспортировки и немедленное направление пациентов с острыми болями в животе в крупные больницы с хирургическими отделениями. Мерами медицинского, организационного характера и просветительного характера удалось добиться снижения летальности при остром аппендиците в сельской местности, уравнивая ее с таковой в городе. Исследования проводились совместно с Московским НИИ скорой помощи им Н. В. Склифосовского, со стороны которого работу курировал заместитель директора по научной работе, лауреат Государственной премии, доктор медицинских наук профессор Александр Павлович Кузьмичев.

В работах, посвященных диагностике и лечению холецистита у пациентов разных возрастных групп, основанных на опыте Московской ГКБ № 36 и Областной больницы города Фергана Узбекской ССР, отмечено отсутствие параллелизма клинического течения и патоморфологических изменений желчного пузыря. В дальнейшем была обоснована необходимость применения диагностической лапароскопии при экстренной хирургической патологии. На базе центрального госпиталя

МООП (МВД) СССР была разработана активная хирургическая тактика при остром холецистите, расширены показания к ранним вмешательствам, что способствовало улучшению результатов лечения этой категории больных.

В 1970–1990 гг. вопросы диагностики патологии внепеченочных желчных путей, в первую очередь выявления рентгеннегативных конкрементов, в значительной степени волновали хирургическую общественность. Интраоперационная холангиография с контрастным усилением давала значительное количество ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Фактически до второй половины 90-х гг. XX в. не было возможности массово проводить интраоперационную сериографию с помощью С-дуги.

Новым подходом в сложившейся ситуации стало создание интраоперационного холедохоскопа. Отечественный серийно выпускавшийся жесткий холедохоскоп имел серьезные конструктивные недостатки. В клинике была усовершенствована модель жесткого холедохоскопа: увеличен угол зрения, повышена разрешающая способность, расширено поле обзора, добавлены дополнительный отсасывающий канал и obturatorная манжета. Также разработана фотоприставка на базе фотоаппарата Зенит для фиксации наблюдений, применены газорядный источник света и волоконно-оптический узел передачи светового пучка, обоснованы перспективы развития аппаратуры с фиброволоконной оптикой. Эндоскопическая ревизия улучшила выявление внутрипротоковых конкрементов, появилась возможность извлекать ущемленные и фиксированные камни. Были разработаны эндоскопические критерии для папиллосфинктеротомии.

Совершенствование эндоскопической техники и технологии привело к внедрению эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии при заболеваниях поджелудочной железы и дифференциальной диагностике желтухи.

Развитие анестезиологии и реаниматологии позволило отойти от привычных представлений о минимизации оперативного вмешательства у геронтологических больных и заменить холецистостомию на радикальное вмешательство. Наряду с уже известными способами обезболивания при хирургических операциях были изучены непосредственные и отдаленные результаты нейролептаналгезии, доказаны их эффективность и безопасность при вмешательствах на внепеченочных желчных путях

у пациентов геронтологической категории. Необходимо отметить, что указанные работы проводились совместно с кафедрой анестезиологии ЦОЛИУВ, руководитель — профессор Елена Алимовна Дамир.

Для лечения язвенной болезни желудка был внедрен препарат «гастрозоль», который, будучи эндоскопически нанесенным на поверхность язвы, в 2 раза ускоряет заживление. Его действие подразумевает защиту язвы от агрессии окружающей среды, стимуляцию репарации, обезболивание, нормализацию моторики желудка.

В хирургическом и организационном аспекте был рассмотрен опыт лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями. С хирургических позиций доказано, что сочетание рентгенологического и эндоскопического методов позволят установить источник кровотечения в 95% случаев. Обращено внимание, что длительная консервативная терапия ухудшает результаты операции, повышает летальность и число послеоперационных осложнений. Для исследования проблемы в аспекте общественного здоровья был приглашен профессор Борис Дмитриевич Петраков из Всесоюзного научно-исследовательского института медицинской и медико-технической информации. Учитывая широкую распространенность кровотечений, появление новых высокотехнологичных способов диагностики и лечения, требующих высококвалифицированных специалистов, было рекомендовано создание специализированных отделений для ранней диагностики и оперативного лечения этих пациентов.

Также был обобщен опыт по применению прямой кожной термографии, разработанный совместно с НИИ теоретической и прикладной механики Сибирского отделения АМН СССР. Методика визуализации тепловых полей передней брюшной стенки отечественными холестерическими жидкими кристаллами значительно улучшила дифференциальную диагностику острых и хронических воспалительных заболеваний органов брюшной полости. Повышение пространственной разрешающей способности холестерических термоиндикаторов в абдоминальной хирургии достигнуто путем использования узкотемпературных композиций. Показанием к выполнению цветотемпературной визуализации тепловых полей передней брюшной стенки служили воспалительные заболевания органов брюшной полости. Отработаны особенности подготовки больных к термографическим исследованиям и принципы фотодокументации клинических термограмм. При расшифровке термограмм обращалось внимание на

топическую локализацию тепловых полей, занимаемую площадь и величину перепада температурного градиента. Перспективным для практического здравоохранения явилось применение полимерных термоиндикаторных пленок холестерического типа многоразового пользования, пригодных для экспресс-диагностики воспалительных заболеваний органов брюшной полости и раннего выявления инфекционных осложнений в послеоперационных ранах.

Особенности послеоперационного ведения больных рассмотрены в целом ряде работ. Так, было доказано, что периферическая электрогастроскопия позволяет эффективно оценить результативность лечебных мероприятий. Динамика изменений на ПЭГГ опережает клинические проявления. Оптимальными признаны синхронная стимуляция желудочно-кишечного тракта системой ЭЛСТОР-03-ЭГС-4м и медикаментозная терапия.

Проблема лечения деструктивных форм острого панкреатита остается актуальной многие десятилетия. Периоды консервативного ведения больных сменяются этапами интенсификации хирургической агрессии, использование трубчатых дренажей уступает место «сигарообразным» тампонам и наоборот. Клиника Романа Тихоновича Панченкова находилась на пике современных для 1970–1980 гг. представлений о лечении острого панкреатита. Было внедрено интравирсунгиальное введение контрикала, поскольку орошение протоковой системы поджелудочной железы ингибиторами протеаз, как оказалось, значительно снижает активность ферментов и аутолитический процесс в ткани поджелудочной железы. При наличии общей ампулы возможно транспапиллярное дренирование, при ее отсутствии — транsgландулярный путь введения. Обосновано включение в комплекс консервативного лечения белкового молочного препарата ЭНПИТ на 2–5-й день с момента возникновения заболевания вместо режима голода, что ускоряет полноценную внутриклеточную регенерацию и восстанавливает деятельность поджелудочной железы.

Опыт клиники в лечении деструктивного панкреатита был обобщен, и доказана эффективность комплексного применения диагностической термографии, эндовирсунгиального введения контрикала, лапароскопических методов лечения, локальной гипотермии поджелудочной железы, детоксикации путем лимфосорбции и реинфузии очищенной лимфы, раннего питания препаратом ЭНПИТ.

### Список диссертаций и наиболее важных публикаций

1. Бакурадзе В. К. Хирургическое лечение заболеваний желчевыводящих путей и сроки удаления наружных дренажей общего желчного протока: дис. канд. мед. наук. — М., 1972. — 240 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 153–195 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
2. Беккер Ю. И. Особенности клинического течения и хирургического лечения воспалительных заболеваний желчевыводящих путей у больных пожилого и старческого возраста: дис. канд. мед. наук. — М., 1973. — 205 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 225–257 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
3. Голубенко А. С. Летальность после аппендэктомии, ее причины и пути снижения в Ферганской области Узбекской ССР: дис. канд. мед. наук. — Фергана, 1970. — 299 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 218–267 (МЗ УзССР. Ферган. обл. б-ца).
4. Горин А. С. Профилактика и лечение нарушений двигательной функции желудочно-кишечного тракта у больных в раннем послеоперационном периоде: дис. канд. мед. наук. — М., 1978. — 131 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 110–131.
5. Иванов В. Р. Применение цветной жидкокристаллической термографии в диагностике воспалительных заболеваний органов брюшной полости: автореф. дис. д-ра мед. наук. — М., 1984. — 48 с. — Библиогр.: с. 44–48 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
6. Иванов В. Р. Эндоскопическое исследование в хирургии внепеченочных желчных протоков: дис. канд. мед. наук. — М., 1973. — 200 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 147–188 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
7. Канаматов М. Х. Причины летальности при остром аппендиците и пути снижения ее: дис. канд. мед. наук. — М., 1970. — 365 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 209–243 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
8. Карабаев К. Диагностика и лечение холецистита в детском, среднем, пожилом и старческом возрасте: дис. канд. мед. наук. — Фергана, 1972. — 259 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 176–210 (МЗ УзССР. Ферган. обл. б-ца).
9. Кузнецов Е. В. Обоснование метода наружного дренирования вирсунгова протока при деструктивном панкреатите: дис. канд. мед. наук. — М., 1979. — 22 с.
10. Лумер М. Г. Несоответствие клиники острого холецистита патоморфологическим изменениям в желчных путях: дис. канд. мед. наук. — М., 1973. — 302 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 171–202 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
11. Максумов Ф. А. Острая непроходимость кишечника по материалам лечебных учреждений Ферганской области Узбекской ССР: дис. канд. мед. наук. — Фергана, 1971. — 272 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 200–233 (УзССР. Ферган. обл. б-ца).
12. Оксман О. В. Нейролептанальгезия при операциях на желчевыводящих путях у больных пожилого и старческого возраста: дис. канд. мед. наук. — М., 1974. — 268 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 154–233 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
13. Пенин В. А. Хирургия деструктивного панкреатита: (клин.-эксперим. исслед.): автореф. дис. д-ра мед. наук. — М., 1980. — 34 с. — Библиогр.: с. 33–34 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
14. Петрова Н. Н. Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: (клинико-статистическое исследование по данным больницы

- г. Москвы): дис. канд. мед. наук. — М., 1975. — 208 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 171–207 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
15. Поляков С. В., Кац А. И., Лумер М. Г. и др. Лапароскопические методы обследования и лечения больных с патологией желчевыводящих путей // Патология желчевыводящих путей: сб. науч. тр.: под ред. Л. П. Воробьева. — М., 1987. — С. 108–111 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
  16. Станулис А. И. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография в хирургической клинике: дис. канд. мед. наук. — М., 1975. — 177 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 153–177 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
  17. Струсов В. А. Диагностика холецистита и сравнительная оценка эффективности лечения различными методами в свете отдаленных результатов: дис. канд. мед. наук. — М., 1970. — 347 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 257–312 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
  18. Шашков А. И. ЭНПИТ в комплексном лечении больных острым панкреатитом: (клин.-эксперим. исслед.): автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1981. — 22 с. — Библиогр.: с. 22 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
  19. Демидов Д. А. Эндоскопическое применение гастрозоля (статизоля) в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: (эксперим.-клин. исслед.): автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1983. — 19 с.

### Оптимизация материалов и методов хирургического шва

Выбор шовных материалов у советских хирургов был ограничен. Часто приходилось пользоваться даже обычными швейными нитками, которые подвергались стерилизации. Фактически технология производства отечественного кетгута была заложена в 1930-е гг., и в дальнейшем шло только расширение производства. Вот как вспоминала казанский профессор Н. А. Крылова об изготовлении кетгута:

«...На Казанский кетгутный завод я попала в 1932 г. Единственный в стране кетгутный завод решили строить в Казани, но технологии выработки этой ценной продукции по существу не было. Оглядываясь назад, я теперь понимаю, что нам пришлось строить кетгутную промышленность Советского Союза с нуля. Сотни тысяч нитей прошли через мои руки. Каждую надо было проверить на крепость и растяжение — основные параметры качества. Нить должна быть крепкой и в то же время эластичной — иначе узел может развязаться. Мы тогда не знали, как эти нити ведут себя в организме человека и животного. Сухой кетгут, изготовленный на нашем заводе, хирурги стерилизовали сами. И порой кетгут резко терял крепость, рвался, развязывались узлы. Иногда он «поджаривался» в сушильных шкафах. Было ясно, что надо искать не только методы контроля, но и методы стерилизации,

а главное — разработать научно обоснованный процесс изготовления сухого кетгута. Ведь все делалось эмпирически, на глазок, по какому-то наитию мастера. В то время весь мир пользовался немецким кетгутом, но и немцы не имели оптимальных методов стерилизации...»<sup>6</sup>.

Тем не менее, проблема недостатка и низкого качества шовного материала была решена в научном и практическом плане.

Взамен кетгута из подслизистого слоя тонкой кишки мелкого рогатого скота был обоснован метод получения кетгута из серозной оболочки крупного рогатого скота. Преимущества — повышенная прочность шовного материала за счет упорядоченности расположения коллагеновых волокон и большой выход продукции за счет значительной длины кишечника и круглогодичного забоя крупного рогатого скота. Кроме того, материал имеет низкую капиллярность, высокую эластичность и гладкую полированную поверхность, сохраняет практическую прочность до 30 суток пребывания в тканях. Было рекомендовано выпускать новый шовный материал с атравматической иглой, на катушке в мягкой полимерной упаковке. Работа вызвала большой интерес у хирургов, специалистов по разработке и сертификации новых шовных материалов, в частности, профессора Тамары Темирхановны Дауровой, руководителя отдела полимерных материалов Института хирургии им. А. В. Вишневского.

В эксперименте и клинике были доказаны преимущества хромированного (задубленного) кетгута, обработанного солями хромовой кислоты и циркония. Он вызывает минимальную воспалительную реакцию и имеет длительный период рассасывания.

Вопросы стерилизации шовного материала гамма-излучением были рассмотрены на базе лаборатории хирургических шовных материалов Всесоюзного НИИ технологии кровезаменителей и гормональных препаратов и кафедры госпитальной хирургии. Экспериментальными и практическими работами было доказано, что кетгут, стерилизованный гамма-излучением, прочнее обычного, что позволяет уменьшить его диаметр. Из-за отсутствия необходимости обработки агрессивными химическими веществами достигается повышенная эластичность кетгута. Гамма-стерилизация не ухудшает физико-химические свойства

<sup>6</sup> <https://realnoevremya.ru/articles/179116-kak-kazan-stala-rodinoy-sovetskogo-ketguta>. Время доступа 12.02.2022 16.22

кетгута, более того, обработанный таким способом шовный материал в процессе рассасывания вызывает меньшую воспалительную реакцию. Использование промышленной стерилизации и хранение кетгута в герметичной упаковке позволяет избежать необходимости его кустарной стерилизации препаратами йода. Хромированный гамма-стерилизованный кетгут позволяет в ряде операций заменить нерезорбируемые шовные материалы. Особенно рекомендовалось применение модернизированного кетгута при операциях на магистральных сосудах.

### Список диссертаций и наиболее важных публикаций

1. Митрюхин В. А. Экспериментальное и клиническое изучение кетгута, стерилизованного радиационным методом: дис. канд. мед. наук. — М., 1975. — 183 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 156–183 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
2. Михайлов И. И. Экспериментальные и клинические обоснования к использованию отечественного хромированного кетгута с заданными сроками рассасывания: дис. канд. мед. наук. — М., 1975. — 217 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 163–217 (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
3. Стегнов А. М. Экспериментально-клиническое обоснование показаний к расширенному применению рассасывающихся шовных материалов: дис. канд. мед. наук. — М., 1972. — 193 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 159–193 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
4. Струсов В. В. Кетгут из серозной оболочки тонкой кишки крупного рогатого скота — новый биологический шовный материал: (клин.-эксперим. исслед.): дис. канд. мед. наук. — М., 1981. — 169 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 137–168.

### Лимфодренирование в хирургической практике

Высокий процент неудовлетворительных результатов лечения больных с механической желтухой, острым разлитым перитонитом, панкреонекрозом побудил хирургов к разработке эффективных методов детоксикации организма (лимфосорбции). В результате был экспериментально разработан комбинированный поперечно-продольный доступ к терминальному отделу грудного лимфатического протока и способы его канюлирования.

Методологической предпосылкой указанного направления стала концепция, выдвинутая главным хирургом РСФСР, заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ЦОЛИУВ, членом-корреспондентом АМН СССР, профессором Борисом

Владимировичем Огневым, сущность которой заключается в том, что «абсорбционная деятельность лимфатической системы является подчиненной в своем направлении кровеносной» (Оленева Е. Н. Полвека с лимфологией. Пермь, 2001).

Уже в 1974 г. академик АМН СССР Ю. М. Лопухин с соавторами, а также профессор Р. Т. Панченков с соавторами одновременно опубликовали первые результаты разработки и применения в клинике метода лимфосорбции (Методы детоксикации в клинической токсикологии: учеб.-метод. пособие: сост.: Р. Н. Кильдебекова и др. Уфа, 2012)

Работа по изучению лимфосорбции и дренирования лимфатических протоков велась совместно с кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ЦОЛИУВ (заведующий — член-корреспондент АМН СССР Б. В. Огнев, в дальнейшем — профессор Ю. Е. Выренков) и кафедрой общей хирургии Московского медицинского стоматологического института (заведующий — профессор Н. И. Махов).

Уже в 1970-х гг. в клинике были заложены основы лимфодренирования и лимфосорбционной терапии. Большой вклад в развитие лимфологии на кафедре внес ассистент И. В. Ярема, пришедший из Московского НИИ скорой помощи им Н. В. Склифосовского, ученик академика АМН СССР Бориса Александровича Петрова и профессора Эдуарда Израилевича Гальперина. В дальнейшем И. В. Ярема прошел путь от ассистента до профессора, заведующего кафедрой госпитальной хирургии, декана лечебного факультета, члена-корреспондента РАН. Ему удалось не только продолжить, но и существенно дополнить и развить основные направления научного творчества своих учителей. Так, И. В. Ярема разработал лимфологические способы диагностики и лечения различных заболеваний человека. Впервые в мире успешно осуществил переливание лимфы от человека к человеку с лечебной целью.

Под его руководством подготовлено 115 кандидатов медицинских наук и 44 доктора медицинских наук. И. В. Ярема опубликовал свыше 400 научных работ, среди которых 15 монографий. Получил 15 авторских свидетельств на изобретения. Многие из активно работающих в настоящее время в Российской Федерации, Узбекистане, Азербайджане, на Украине доценты и профессора делали свои первые шаги в науке и хирургии под руководством профессора И. В. Яремы. Иван Васильевич неоднократно выступал с научными докладами на



конгрессах в Бразилии, Китае, США, Австралии, Италии, Испании и др. Более полувека работал в системе высшего медицинского образования, 20 лет выполнял роль общественного декана лечебного факультета (1969–1990 гг.), 12 лет был деканом вечернего факультета стоматологического и лечебного отделений (1988–2000 гг.), деканом лечебного факультета дневного и вечернего отделений (2000–2015 гг.) Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова. До последних дней жизни был почетным деканом лечебного факультета.

Была доказана теория детоксикационной терапии как инструмента разрыва порочного круга токсического поражения печеночных клеток и клеток головного мозга. Определены показания к гастроинтестинальной сорбции, показано, что она эффективна только в начальной стадии печеночной недостаточности, тогда как лимфо- и гемосорбция рекомендованы при тяжелых формах недостаточности печени.

Детоксикация с использованием лимфодренажных технологий была рассмотрена в ряде работ. Например, было выяснено, что в центральной лимфе у больных с перитонитом и печеночно-почечной недостаточностью наблюдается большое количество эндотоксинов. Стимуляцией оттока лимфы можно очищать интерстициальное пространство от токсичных продуктов. Комплекс сочетает водную нагрузку плюс препараты, улучшающие микроциркуляцию (гемодез, полиглюкин, маннитол), а также применение дециметровой волновой терапии в контактной и дистантной форме.

Был обобщен опыт сочетанного применения лимфосорбции и эндолимфатического введения ингибиторов протеаз. Эндолимфатическая антиферментная терапия является патогенетически обусловленным методом лечения острого панкреатита. Сочетание антиферментной терапии с лимфосорбцией и реинфузией очищенной лимфы позволяет вывести больных из тяжелой ферментной токсемии и предотвратить развитие необратимых дегенеративных изменений в поджелудочной железе. При признаках деструктивного острого панкреатита должна начинаться немедленно.

Кроме того, установлено, что эндолимфатическое введение полусинтетических пенициллинов в сосуды нижних конечностей способствует быстрому достижению терапевтических концентраций в лимфе и лимфатических узлах брюшной полости.

### Список диссертаций и наиболее важных публикаций

1. Георгадзе А. К. Повреждения и некоторые патологические состояния грудного лимфатического протока: (клин.-эксперим. исслед.): дис. д-ра мед. наук. — М., 1972. — 340 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 298–340 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
2. Петров В. В. Эндолимфатическое введение ингибиторов протеаз в комплексном лечении острого панкреатита: (клин.-эксперим. исслед.): автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1984. — 20 с.
3. Сильманович Н. Н. Стимуляция образования и оттока лимфы в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости: дис. канд. мед. наук. — М., 1982. — 240 с.: ил., табл.
4. Уртаев Б. М. Дренирование грудного лимфатического протока в хирургической клинике: (клин.-эксперим. исслед.): дис. канд. мед. наук. — М., 1977. — 179 с. (Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко).
5. Ярема И. В. Материалы к применению ионитов при лечении печеночной недостаточности: дис. канд. мед. наук. — М., 1970. — 220 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 180–210 (Моск. мед. стоматол. ин-т).

6. Панченков Р. Т., Ярема И. В., Сильманович Н. Н. Лимфостимуляция. — М.: Медицина, 1986. — 240 с.
7. Панченков Р. Т., Выренков Ю. Е., Ярема И. В. и др. Лимфосорбция. — М.: Медицина, 1982. — 240 с.
8. Панченков Р. Т., Выренков Ю. Е., Ярема И. В. и др. Эндолимфатическая антибиотикотерапия. — М.: Медицина, 1984. — 240 с.

### Новые методы диагностики и лечения

В 1970-х гг. доцент Челябинского государственного медицинского института Е. И. Бехтерева, обобщив опыт хирургических стационаров города Челябинска, оптимизировала схему предоперационной подготовки больных с тиреотоксикозом средней и тяжелой степени. Доказала целесообразность эндотрахеального наркоза при операциях по поводу резекции щитовидной железы при тяжелых формах тиреотоксикоза. Настаивала на необходимости не только периоперационной, но и амбулаторной поддержки больных после резекции щитовидной железы. В дальнейшем Екатерина Ивановна Бехтерева стала профессором кафедры факультетской хирургии. В 1975 г. возглавила курс онкологии, в 1980–1990 гг. руководила кафедрой онкологии Челябинского государственного медицинского института (К 90-летию со дня рождения Е. И. Бехтеревой // Сибирский онкологический журнал. — 2014. -№ 1 (61). — С. 58–59).

На стыке хирургии и гинекологии началось изучение особенностей гемодинамики органов малого таза, и была доказана эффективность реографии как дифференциально-диагностического критерия при остром и хроническом аднексите, остром аппендиците и других неотложных состояниях. Также на основании тазовых реограмм удалось обосновать применение глюкокортикоидов у пациенток, прооперированных по поводу внематочной беременности. Одним из руководителей этого направления был профессор Владимир Николаевич Серов, в последующем академик РАН, почетный академик АН РБ, заслуженный деятель науки РФ.

Исследования возможностей реовазографии продолжались, и была обнаружена взаимосвязь между реовазографической картиной и данными флебографии, которые коррелируют между собой. Таким образом, реовазография вен нижних конечностей может служить методом оценки состояния венозного русла в динамике, в частности, при послеоперационном контроле, а также прогностическим крите-

рием при декомпенсированном течении заболевания. Необходимо отметить, что научные и практические работы проводились на базе четырех организаций: МГМСУ, Андижанского медицинского института, больницы 4-го Главного управления МЗ РСФСР и Центрального госпиталя МВД СССР.

Внедрен в практику метод функционально-динамической флебографии с флебоскопией в вертикальном положении. Разработан прибор для определения оптимального давления под повязкой: оно должно составлять не менее 60–70 миллиметров ртутного столба. Также были разработаны электрические автоматические часы-отсос, комуникатор, венорасширитель, зонд-искатель, держатель зонда, аппликаторы, шариковые зажимы и биполярный зажим для остановки кровотечения, разборные зонды для экстирпации вен, распределительная коробка для биполярных электродов.

Применение инновационных методов не ограничивалось диагностическими мероприятиями. На базе научно-исследовательского авиационного госпиталя ВВС СССР была исследована эффективность вибротерапии в лечении мочекаменной болезни. Общая вертикальная вибрация на вибростенде ВП-70 в сидячем положении — это эффективный способ изгнания камней из мочеочечника. Положительные результаты в 70% случаев. Механизм заключается в механическом воздействии на камень и усилении биоэлектрической активности мочеочечника. Эффективно в отношении камней до 1,5 см. Может применяться с диагностической целью при бессимптомных и рентгеннегативных камнях. Рекомендовано разработать медицинский вибростенд.

В клинике внедрен новый метод — рентгенография с прямым увеличением, — который обладает более высокой чувствительностью по сравнению с обычной. В частности, у детей, у которых целостность тонких трабекул не видна при обычной рентгенографии.

### Список диссертаций и наиболее важных публикаций

1. Бехтерева Е. И. Хирургическое лечение тиреотоксикоза и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и печени: дис. д-ра мед. наук. — Челябинск, 1971. — 439 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 377–439 (Челяб. гос. мед. ин-т).
2. Голубчиков В. А. Вибротерапия как метод низведения камней мочеочечника и диагностики некоторых форм мочекаменной болезни: дис. канд. мед. наук. — М., 1970. — 241 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 215–241 (Центр. науч.-исслед. авиац. госпиталь ВВС).

3. Махмуджанов М. А. Сравнительная оценка реовазографии в комплексном исследовании больных с хронической венозной недостаточностью до и после лечения: дис. канд. мед. наук. — М., 1978. — 151 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 116–151.
4. Петров М. Л. Посттромбофлебитический синдром: патогенез, клиника, лечение: дис. канд. мед. наук. — М., 1971. — 235 с.: ил., табл. — Библиогр.: с. 195–223 (Моск. мед. стоматол. ин-т).
5. Товбина В. М. Состояние гемодинамики органов малого таза при внематочной беременности, воспалении придатков и остром аппендиците по данным реографии: дис. канд. мед. наук. — Фергана, 1973. — 162 с.: ил., табл. — Список лит.: с. 125–157 (МЗ УзССР. Гинекол. отд-ние Ферган. родообъединения).

## ИЗОБРЕТЕНИЯ ПРОФЕССОРА Р.Т. ПАНЧЕНКОВА, ЕГО КОЛЛЕГ И УЧЕНИКОВ

### Способ остановки острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта

*Авторы: Р. Т. Панченков, Ю. П. Попов, Л. П. Раскина, В. В. Семенов,  
В. С. Якубович*

Данное изобретение относится к области хирургии. Известен способ остановки острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта с помощью гемостатических средств. Однако оперативное вмешательство у ослабленных, обескровленных больных с выраженной анемией, истощением защитных механизмов и глубоким расстройством функции жизненно важных органов нередко является труднопереносимым, а порой и безрезультатным, и сопровождается в послеоперационном периоде целым рядом осложнений: сердечно-сосудистой, печеночно-почечной недостаточностью, пневмониями, несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечного анастомоза, нагноениями послеоперационной раны.

Целью изобретения является исключение оперативного вмешательства при остановке кровотечения у ослабленных больных с сопутствующими заболеваниями, а также повышение гемостатического эффекта.

Это достигается тем, что в качестве гемостатического средства используют препарат лифузол, который наносят на область кровотечения через зонд, помещенный в биопсионный канал эндоскопа.

У больных, поступающих с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта, производят экстренное эндоскопическое исследование, позволяющее выявить истинный источник кровотечения. Затем через биопсионный канал эндоскопа вводят тонкий тефлоновый зонд, дистальный конец которого направляют к источнику кровотечения, а проксимальный соединяют с баллоном, содержащим пленкообразующий препарат — лифузол. Нажатием на распылительную головку баллона препарат под давлением вводится в зонд, по которому он легко достигает кровоточащего дефекта

слизистой пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки. При оседании препарат охлаждает слизистую оболочку, уменьшая интенсивность геморрагии, стимулирует процесс тромбообразования, а сформировавшаяся после испарения растворителя пленка создает прочную адгезию с кровоточащей поверхностью, не смывается с током крови и не отторгается. Нанесение препарата производят с расстояния 3–6 см от пораженного участка с последующим визуальным контролем за сохранением пленки и эффективностью гемостаза в течение 2–3 минут. Для создания пленки более высокого качества к области аппликации в течение указанного времени производят постоянную инсуфляцию воздуха.

С целью создания оптимальных условий проявления гемостатических свойств препарата перед его нанесением слизистую оболочку в области кровоточащего участка слизистой орошают 3–4 мл 96% раствора этилового спирта, который вводят через зонд. Однократная разовая доза составляет 1–2 г.

При возникновении рецидива кровотечения описанная манипуляция повторяется. Повторное нанесение препарата производят также при отсутствии признаков продолжавшегося кровотечения с профилактической целью через 3 суток после первой лечебной эндоскопии, так как именно в течение этого срока пленка сохраняется на слизистой оболочке, а в дальнейшем фрагментируется, отторгается и выводится из организма.

Данный способ лечения позволяет снизить летальность в группе больных, поступавших с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта. Лечебная эндоскопия наиболее эффективна в тех случаях, когда арсенал известных гемостатических средств не позволяет добиться окончательной остановки кровотечения, а возраст больных, сопутствующие заболевания, а также характер патологического процесса, тяжесть кровотечения и сроки от момента его начала не позволяют надеяться на удовлетворительные результаты оперативного вмешательства.

#### **Формула изобретения**

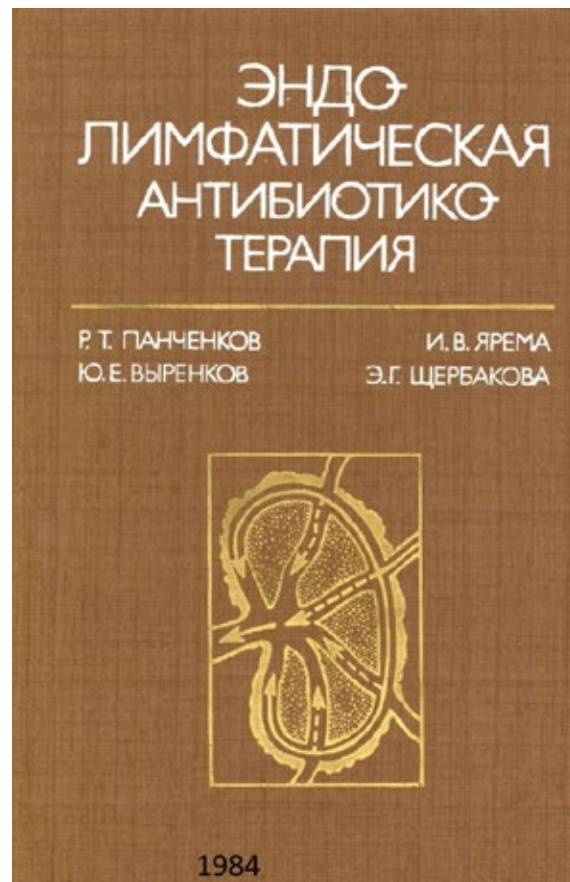
1. Способ, позволяющий остановить острое кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта, прежде всего у ослабленных пациентов, больных с сопутствующими заболеваниями, не путем

оперативного вмешательства, а с помощью гемостатических средств (лифузоль). Гемостатическое средство наносят на область кровотечения через зонд, помещенный в биопсионный канал эндоскопа.

2. Способ, отличающийся тем, что с целью повышения гемостатического эффекта перед нанесением гемопрепарата слизистую оболочку в области кровотечения орошают этиловым спиртом.

### Способы лечения острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости

Авторы: *Р. Т. Панченков, Ю. Е. Выренков, А. М. Маршак, И. В. Ярема, И. С. Макаренков, Б. М. Уртаев*



Изобретение относится к области хирургии. Ранее использовался способ лечения острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости путем реинфузии лимфы, очищенной от ишаков. Однако введение веществ в периферические лимфатические сосуды может приводить к вытеснению опухолевых клеток и бактерий из лимфатических узлов и диссеминации ими организм.

Целью изобретения является создание депо препаратов и обеспечение их высокой терапевтической концентрации. Для этого по предлагаемому

способу вводят лекарственные препараты в центральный лимфатический проток ретроградно, удерживая их в течение 8 часов пережатием дренажа, и повторяют процедуру через каждые 8 часов в течение 3–5 суток. Способ лечения острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости заключается в следующем. Антибиотики вводят непосредственно в лимфатическую систему через дренаж в грудном лимфатическом протоке, который вводят больным с целью дезинтоксикации. Дренирование грудного протока осуществляют слева на шее надключично-продольным доступом. Суть доступа заключается в том, что после рассечения кожи и подкожной мышцы выделяют кивательную мышцу и между ее ножками проникают в полость шеи. Выделяют из элементов сосудисто-нервного пучка внутреннюю яремную вену, отводят ее в сторону и в толще рыхлой клетчатки предлестничного пространства отыскивают грудной лимфатический проток, направляющийся из средостения в область шеи позади начала левой общей сонной артерии. Затем отпрепарируют грудной проток на участке 4 см и канюлируют его в области восходящего колена дуги, так как в этом месте проток расположен более поверхностно. Дренажную трубку располагают по ходу протока независимо от формы дуги, что исключает возможность перегиба протока и обеспечивает надежное дренирование.

Технику канюлирования грудного протока проводят следующим образом. После подведения и выделения дуги грудного лимфатического протока под нее подводят 2 шелковые лигатуры в области восходящего колена, затем подтягивают лигатуру, находящуюся ближе к венозному углу, и надсекают стенку протока остроконечными ножницами. В периферический конец грудного протока через зияющие отверстия вводят дренажную трубку, срезанную под углом на глубину 1,5–2,0 см, и фиксируют двумя ранее подведенными лигатурами. Центральный конец грудного протока не перевязывают для сохранения лимфотока после удаления дренажа. В качестве дренажных трубок используют полихлорвиниловые или полиэтиленовые трубки диаметром 1,5–3,0 мм. Рану после канюлирования грудного лимфатического протока послойно ушивают, дренажную трубку выводят через отдельный разрез на коже и фиксируют лигатурой. Через дренаж в грудном лимфатическом протоке вводят один раз в сутки 500 000 ЕД антибиотика (канамицин, тетраолеан или ампициллин) и пережимают дренаж на 2 часа.

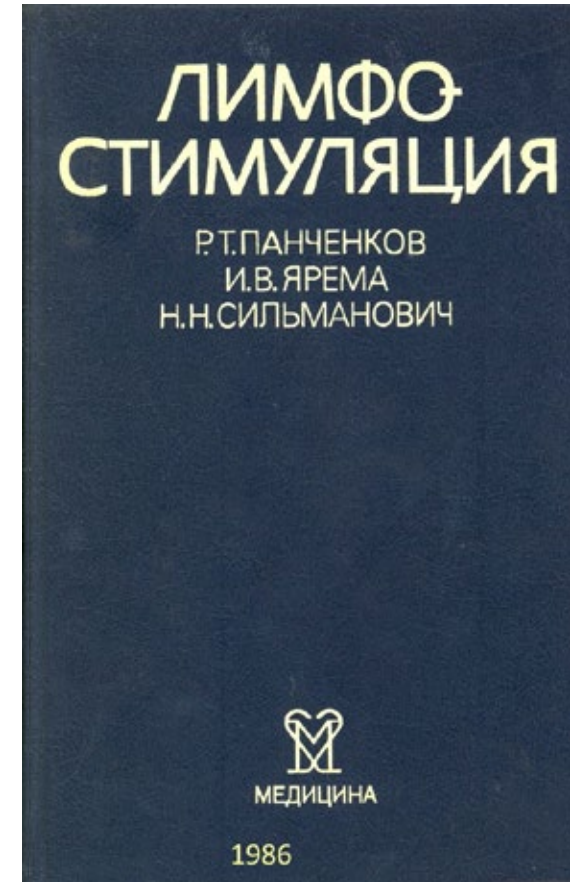
В результате ретроградного введения антибиотиков в грудной лимфатический проток удается значительно повысить концентрацию данного препарата в лимфе и увеличить в 2–3 раза длительность терапевтической концентрации антибиотика в лимфе, что можно объяснить созданием депо антибиотиков в лимфатической системе при ретроградном его введении.

#### **Формула изобретения**

Способ лечения острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости путем отведения лимфы, очистки ее от шлаков с последующей реинфузией, отличающийся тем, что для создания депо препаратов и обеспечения их высокой терапевтической концентрации лекарственные препараты вводят в центральный лимфатический проток ретроградно, удерживая их в течение 8 часов пережатием дренажа; процедура повторяется через каждые 8 часов в течение 3–5 суток.

### **Способ детоксикации организма**

*Авторы: Ю. Е. Выренков, С. А. Кулаженков, Р. Т. Панченков, Б. М. Уртаев, И. В. Ярема, А. А. Яценко*



Изобретение относится к области медицины и может быть использовано для удаления из лимфы токсических веществ.

Известен способ детоксикации организма путем пропускания лимфы через колонки с последующим возвращением ее больному. Однако способ сопровождается сорбцией и разрушением лимфоцитов в лимфе, иногда до 25%, что еще больше снижает и так уже нарушенную основным заболеванием иммунную реактивность организма.

Цель изобретения: предотвращение повреждения лимфоцитов и получение более стойкого лечебного эффекта.

Процесс детоксикации организма заключается в пропускании лимфы через колонки с последующим возвращением ее больному, при этом извлеченную из организма лимфу центрифугируют для отделения клеточных элементов, а жидкую часть лимфы пропускают через сорбционные колонки и перед реинфузией смешивают с клеточными элементами.

Способ осуществляется следующим образом. Полученную из предварительно дренированного грудного протока лимфу центрифугируют, отделяют лимфоплазму от клеток, пропускают ее через адсорбционные колонки и смешивают с отделенными ранее клетками. Дренажное

грудного протока проводят под местной анестезией слева на шее. К терминальному отделу грудного протока применяют комбинированный поперечно-продольный надключичный доступ. Лимфу из грудного протока направляют по катетеру в стерильный флакон, предварительно омытый гепарином, из промежуточной емкости подают на центрифугу для отделения форменных элементов от лимфоплазмы. Полное отделение форменных элементов от плазмы лимфы происходит в течение 20 минут при 1000 оборотов в минуту.

Форменные элементы лимфы оставляют в этой же емкости, лимфоплазму отсасывают с помощью вакуумотсоса в стерильных условиях во вторую промежуточную емкость и производят экстракорпоральную перфузию через колонку с сорбентами для удаления содержащихся в лимфоплазме токсических веществ.

Очищенную лимфоплазму собирают в третью емкость, после чего смешивают с отделенными ранее форменными элементами лимфы. Полученную смесь, представляющую собой очищенную лимфу, возвращают больному путем капельного внутривенного введения, например, в подключичную вену.

При сравнении состава лимфы, очищенной известным способом (57 больных), и лимфы, подготовленной предлагаемым способом (69 больных), видно, что новый способ детоксикации организма почти не изменяет состава лейкоцитов в лимфе и в большей мере удаляет токсические метаболиты.

#### **Формула изобретения**

Способ детоксикации организма путем пропускания лимфы через колонки с последующим возвращением ее больному, отличающийся тем, что с целью предотвращения повреждения лимфоцитов и получения стойкого лечебного эффекта извлеченную из организма лимфу центрифугируют, отделяют клеточные элементы, а жидкую часть лимфы пропускают через сорбционные колонки и перед реинфузией смешивают с клеточными элементами.

## **Способ лечения деструктивного панкреатита**

*Авторы: Р. Т. Панченков, В. А. Пенин, Е. В. Кузнецов*

Изобретение относится к медицине, а именно хирургическому лечению панкреатита.

Известен способ лечения деструктивного панкреатита путем подведения ингибиторов протеаз к поджелудочной железе. Однако он не позволяет создать максимальную концентрацию препарата в железе и снизить общую интоксикацию.

Целью изобретения является создание максимальной концентрации препарата в поджелудочной железе и снижение общей интоксикации.

Лечение осуществляют путем подведения ингибиторов протеаз к поджелудочной железе через наружный дренаж вирсунгова протока. А именно: во время операции и после ее окончания вместе с общепринятым комплексным лечением больному вводят препарат пантрипин в вирсунгов проток пролонгированно по 10–15 тысяч единиц 6 раз в сутки.

Введение пантрипина в вирсунгов проток продолжается на протяжении последующих 3 суток. К концу первых суток после операции, как правило, отмечается клиническое улучшение. Дренаж из вирсунгова протока удаляют на пятые сутки.

Проведены были наблюдения над 2 группами из 20 больных. Первая группа состояла из 6 больных с острым деструктивным панкреатитом, которым вводили ингибиторы протеаз непосредственно в вирсунгов проток. Во второй, контрольной, группе было 10 больных. При клинических испытаниях предложенного способа выявлены следующие преимущества по сравнению с данными по контрольной группе. Средняя продолжительность использования больничной койки (койко-дней) у больных, лечившихся по поводу острого деструктивного панкреатита с использованием предложенного внутрипротокового введения ингибиторов протеаз, составляет 27, у больных контрольной группы средняя продолжительность — 39,2 койко-дня. Активность трипсина в крови у больных с острым деструктивным панкреатитом, лечившихся с применением предложенного способа внутрипротокового введения ингибиторов протеаз, снижалась в течение первых суток с 5,175 до 3,33 МЕД, а у больных контрольной группы — с 6,07 до 5,61 МЕД. Из 6 больных, которым проводилось введение ингибиторов протеаз в вирсунгов

проток, у 1 человека имелось осложнение, не связанное с предложенным способом. У 10 больных контрольной группы осложнения отмечены в 3 случаях.

Предложенный способ позволяет создать максимальную концентрацию препарата в железе и снижает общую интоксикацию, значительно ускоряет время лечения больных и сокращает продолжительность их пребывания в стационаре.

### **Формула изобретения**

Способ лечения деструктивного панкреатита путем подведения ингибиторов протеаз к поджелудочной железе, отличающийся тем, что с целью создания максимальной концентрации препарата в железе и снижения общей интоксикации препарат вводят через наружный дренаж в вирсунгов проток по 10–15 тысяч единиц 6 раз в сутки.

## **Способ снижения желудочной секреции**

*Авторы: Р. Т. Панченков, В. В. Семенов, Ю. П. Попов*

Изобретение относится к области хирургии и может быть использовано для лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Известен способ снижения желудочной секреции путем применения холинолитических средств, например, атропина. Однако применение этих средств не предупреждает рецидива заболевания, кроме того, их терапевтическое действие кратковременное. Также применяется способ снижения желудочной секреции путем введения лекарственных веществ в подслизистый слой желудка с помощью инъектора, вводимого через эндоскоп. Однако сроки лечения таким способом достаточно длительные.

Целью изобретения является снижение желудочной секреции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки путем введения лекарственных веществ в подслизистый слой желудка с помощью иглы-инъектора, вводимой через эндоскоп. При этом отличительная особенность предлагаемого метода заключается в том, что склерозирующим подкрашенным раствором обкалывают локаль-

ные зоны гиперсекреции желудка и затем контролируют уровень снижения секретной функции желудка по изменению цвета слизистой оболочки. Способ осуществляется следующим образом. Больным с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и высокой секреторной функцией желудка, подтвержденной данными рН-метрии, проводят эндоскопическое исследование для уточнения имеющегося патологического процесса и определения границ секреторной зоны желудка. При обнаружении хронической язвы желудка проводят локальную рН-метрию для выявления зон повышенной секреторной активности. С этой же целью слизистую оболочку желудка орошают раствором конго красного, при этом область расположения обкладочных клеток желудка окрашивается в черный цвет, тогда как в остальных отделах слизистая оболочка имеет ярко-красный цвет.

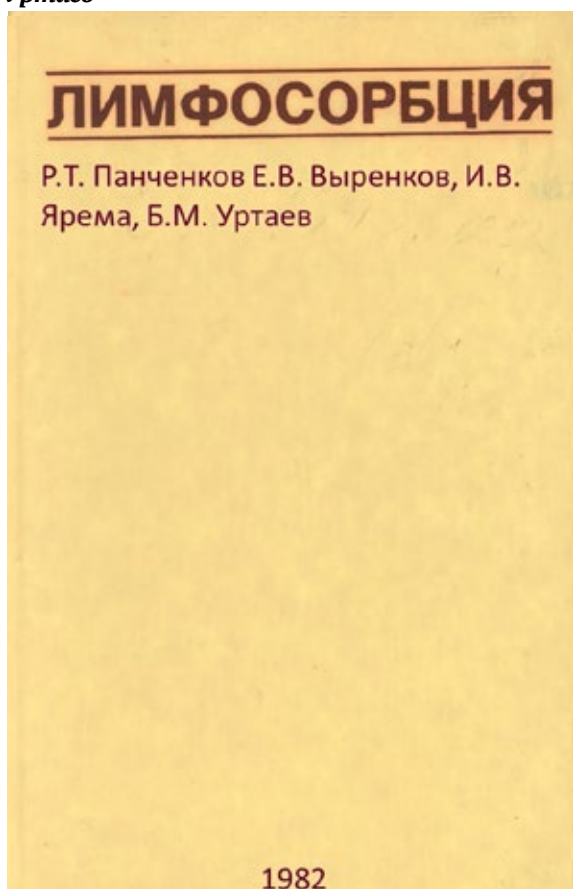
На втором этапе под контролем зрения через отдельный канал эндоскопа вводят иглу-инъектор, по которой доставляется склерозирующий препарат в подслизистый слой секреторной зоны желудка. Введение иглы проводят под углом 30 градусов к слизистой оболочке желудка таким образом, чтобы его конец находился строго в подслизистом слое. Появление выбухания слизистой оболочки в виде «подушки» свидетельствует о правильно проведенных действиях. Раздражение нервного сплетения Мейснера может вызвать болевые ощущения, которые легко купируются введением анальгетиков. Указанную манипуляцию повторяют до полной инфильтрации склерозирующим раствором всей секреторной зоны желудка. Однократная разовая доза склерозирующего раствора, необходимая для одной лечебной эндоскопии, составляет от 40 до 50 мл. Снижение секреторной функции желудка наступает обычно на 3–4-й неделе, что подтверждается данными исследования секреторной функции желудка. При незначительном снижении секреции способ повторяют, и это обычно вызывает стойкий эффект. Предложенный способ сокращает сроки лечения в 1,5–2 раза по сравнению с уже известным. Полное рубцевание наступает в среднем на 15–18-е сутки после начала лечения. Способ снижает секреторную функцию желудка, вызывая функциональную гипоацидность, способствует заживлению язв, исключает хирургическое вмешательство, может выполняться многократно.

### Формула изобретения

Способ снижения желудочной секреции путем введения лекарственных веществ в подслизистый слой желудка с помощью иглы-инъектора, вводимого через эндоскоп, отличающийся тем, что с целью сокращения сроков лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обкладывают склерозирующим подкрашенным раствором локальные зоны гиперсекреции желудка и затем контролируют уровень снижения секреторной функции желудка по изменению цвета слизистой оболочки.

### Способ лечения воспалительных заболеваний органов брюшной полости

Авторы: Р. Т. Панченков, Е. А. Зотиков, И. В. Ярема, В. А. Невский, Б. М. Уртаев



Изобретение относится к области хирургии брюшной полости. Известен способ лечения воспалительных заболеваний органов брюшной полости путем внутрисосудистых вливаний биологических жидкостей. Однако он не исключает развития дефицита иммунной системы организма, обусловленного недостатком клеток Т- и В-лимфоцитов и их разновидностями (хелперы-супрессоры), являющихся регуляторами иммунитета, стволовых клеток, а также нарушением функции этих клеток.

Цель изобретения — усиление иммунной реактивности ослабленного

организма. Поставленная цель достигается тем, что, согласно способу лечения воспалительных заболеваний органов брюшной полости путем внутрисосудистых вливаний биологических жидкостей, больному вводят свежезаготовленную гистосовместимую центральную лимфу донора, ранее перенесшего острый воспалительный процесс брюшной полости. При этом порядок действий таков: у донора, перенесшего острый воспалительный процесс брюшной полости, по дренажу из грудного протока выделяют светло-желтоватую опалесцирующую лимфу (сбор осуществляют натошак). Скорость лимфооттока составляет 1,0 мл/мин при давлении 80 мм водяного столба. Центральная лимфа содержит в среднем  $4000 \pm 26$  форменных элементов в микролитре, из которых лимфоциты составляют 90%, моноциты — 5%, эозинофилы — 2%, гистиоциты — 2% и гранулоциты — 1%. Среди лейкоцитов — 80% Т-клеток, с которыми связан клеточный иммунитет, 15% — В-клеток, участвующих в гуморальном иммунном ответе и 5% нулевых клеток, значение которых еще не выяснено.

Кроме форменных элементов в лимфе содержатся: белки 3,0 г/л, липиды 4,5 г/л, углеводы 1,0 г/л, фибриноген 3,0 г/л, электролиты 3,0 г/л. Лимфу для трансфузии собирают в стерильный флакон емкостью 500 мл. Флакон стерилизуют, омывают гепарином (1 мл гепарина и 20 мл физиологического раствора) и закрывают стерильной пробкой, в которую вставляют две иглы Дюфо. Одна игла служит для поддержки атмосферного давления во флаконе, к другой присоединяют свободный конец дренажной трубки, по которой поступает лимфа. В течение 5–8 часов удается получить до 500 мл донорской лимфы. В среднем в 500 мл лимфы содержится 2–3 миллиарда лимфоцитов. Такая лимфа считается свежезаготовленной. Дефицит лимфы после забора восполняют путем переливания донору 250 мл крови, 200 мл плазмы и 250 мл электролитных растворов. Так как лимфоциты, соприкасаясь со смачиваемой поверхностью, легко агглютинируют, что неизбежно ведет к их разрушению, то на всех этапах процессов выделения лимфоцитов используют сосуды с несмачиваемой поверхностью. Свежезаготовленную лимфу хранят не более суток при температуре 4 градуса (по Цельсию), поскольку процент жизнеспособных клеток быстро уменьшается.

Пример. Больной В., 76 лет, поступил в урологическое отделение с жалобами на боли в животе и отсутствие самостоятельного мочеиспускания. Установлена аденома простаты и острая задержка мочи.

Проведенные в течение недели консервативные лечебные мероприятия эффекта не дали. Под местной анестезией произведена эпицистостомия. В послеоперационном периоде развивалась странгуляционная тонкокишечная непроходимость, в связи с чем осуществлены под наркозом лапаротомия, с устранением непроходимости, и резекция тонкой кишки. После операции проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная и симптоматическая терапия, а также лимфосорбция. Через 3 суток развился интоксикационный делирий, который был купирован. Затем нагноилась послеоперационная рана. Образовалась эвентрация, которая была ушита под местной анестезией. Под наркозом вскрыт гнойно-некротический паротит слева. Спустя 3 дня возникла обширная флегмона в области левого локтевого сустава, которая была вскрыта также под местной анестезией. Кроме того, развилась гипостатическая пневмония.

У больного был установлен дефицит иммунной системы. С целью усиления иммунной реактивности в организме рекомендовано было провести переливание гистосовместимой свежезаготовленной центральной лимфы человека, перенесшего острое воспалительное заболевание брюшной полости (перитонит). Группа крови больного 0 (1) первая, резус-фактор положительный. Больному перелили внутривенно капельно гистосовместимую свежезаготовленную центральную лимфу, полученную от женщины-донора Ф., 33 лет, перенесшей перитонит (группа крови 0 (1) первая, резус-фактор положительный). Скорость лимфотрансфузии — 40 капель в минуту. В конце вливания отмечено кратковременное повышение температуры. Больному также перелито внутривенно капельно 25 мл одноклассной плазмы лимфы от донора К. Осложнений и реакции не было. После выполненных трансфузий свежезаготовленной лимфы и плазмы лимфы раны начали выполняться сочными грануляциями и зажили.

Таким образом, комплекс лечебных мероприятий, особенно переливание центральной лимфы донора, перенесшего перитонит, привели к выздоровлению больного, который был выписан домой. Через 7 месяцев он был госпитализирован повторно — для проведения второго этапа операции по поводу аденомы простаты. Предлагаемый способ применен при лечении 18 больных с разлитым перитонитом, находившихся в тяжелом состоянии. Выздоровление наступило у 15 больных. При этом способ, обеспечивающий усиление иммунной реактивности ослабленного организма, прост и эффективен в применении.

### **Формула изобретения**

Способ лечения воспалительных заболеваний органов брюшной полости путем внутрисосудистых вливаний биологических жидкостей, отличающийся тем, что с целью усиления иммунной реактивности ослабленного организма больному вводят свежезаготовленную гистосовместимую центральную лимфу донора, ранее перенесшего острый воспалительный процесс брюшной полости.

### **Способ лечения пептической язвы двенадцатиперстной кишки**

*Авторы: Р. Т. Панченков, В. А. Макаров, В. В. Семенов, Ю. П. Попов, Д. А. Демидов*

Изобретение относится к области медицины и может быть использовано в терапии язвенной болезни. Цель изобретения — сокращение сроков лечения больных с указанной патологией. Больным вводят внутримышечно ретаболил по 0,025 г 1 раз в неделю, оротат калия 0,25–0,5 г 2–3 раза в день, рибоксин по 0,5–0,7 г 2–3 раза в день, адениловую кислоту, фитин по 0,25–0,5 г 2–3 раза в день, глюконат кальция по 0,5–1,0 г 2–3 раза в день (по показаниям), трентал по 0,3 г 1 раз в день и внутримышечно лидазу по 64 ЕД 1 раз в день.

### **Формула изобретения**

Способ лечения пептической язвы двенадцатиперстной кишки путем введения ретаболила, отличающийся тем, что с целью сокращения сроков лечения дополнительно вводят оротат калия, рибоксин, адениловую кислоту, фитин, глюконат кальция и трентал (перорально), а также лидазу в общепринятых дозировках.

## ПРИЗНАНИЕ ЗАСЛУГ ПРОФЕССОРА Р.Т. ПАНЧЕНКОВА

За значительный вклад в медицинскую науку и практическое здравоохранение профессор Роман Тихонович Панченков неоднократно был удостоен государственных наград, а также отмечен знаками отличия и премиями, присуждаемыми медицинским сообществом.

**1970 г.** — Присвоено ученое звание профессора.

**1976 г.** — Присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РСФСР» за особые заслуги в области науки.

**1977 г.** — Награжден Дипломом Почета ВДНХ СССР за участие в разработке диагностической цветной термографии на основе отечественных холестерических жидких кристаллов. Методика улучшает диагностику ряда заболеваний органов брюшной полости, уменьшает число диагностических ошибок, облегчает выбор метода лечения.

**1982 г.** — Награжден Серебряной медалью ВДНХ СССР за теоретическое обоснование методов лечения воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

**1982 г.** — Награжден Бронзовой медалью ВДНХ СССР за разработку метода диагностики острых и хронических воспалительных заболеваний и злокачественных опухолей органов брюшной полости путем использования цветной термографии.

Как участник Великой Отечественной войны награжден боевыми медалями:

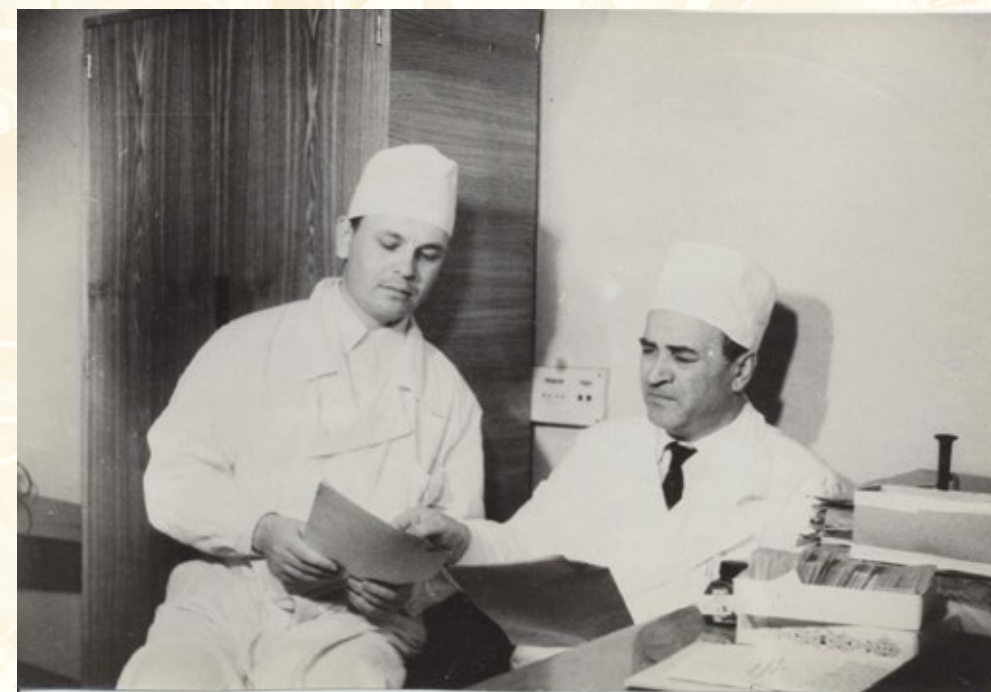
— «За победу над Японией» (за участие в боевых действиях советских войск на Дальнем Востоке),

— «За оборону Москвы» (за участие в обороне Москвы в период с 19 октября 1941 г. по 25 января 1942 г.).

## ВОСПОМИНАНИЯ О ПРОФЕССОРЕ Р.Т. ПАНЧЕНКОВЕ КОЛЛЕГ, УЧЕНИКОВ, ДРУЗЕЙ И РОДСТВЕННИКОВ

**Академик РАН,  
профессор Анатолий Иванович Мартынов**

*Память навсегда*



Кафедра госпитальной терапии МГМСУ, где я был доцентом, располагалась на одной базе с кафедрой хирургии, которой руководил Роман Тихонович Панченков. Для меня, молодого врача, Роман Тихонович был человеком, с которого я старался брать пример. Участвуя в совместном консультировании больных, я неизменно поражался его четкости и неторопливости в суждениях. Кроме прекрасного знания хирургии у Романа Тихоновича за время многолетней лечебной работы был накоплен и большой терапевтический опыт.

Решая вопросы плановых хирургических вмешательств, особенно у пациентов преклонного возраста, он взвешивал все «за» и «против», выслушивал мнения других участников консилиума и всегда принимал обоснованное решение. Он был очень внимателен к больным, уважительно относился к сотрудникам кафедры и другим коллегам. Это был человек непререкаемого авторитета. Впечатляла его эрудиция. В нем сочеталась скромность с отзывчивостью. Если у любого из нас была необходимость посоветоваться по тем или иным вопросам хирургии, то мы обращались к нему, и он никогда не отказывал в профессиональном совете.

У меня сложились дружеские отношения с сыном Романа Тихоновича Николаем. Мы несколько лет подряд вместе ездили в горы и катались на горных лыжах, чему он меня и научил. Роман Тихонович об этом знал. Спустя некоторое время профессор Панченков оказался моим пациентом — он лежал в терапевтическом отделении, где я работал, и я вел его как лечащий врач. В это время у меня в семье сложилась непростая ситуация. Похоже, мой озабоченный вид не укрылся от внимательных глаз профессора. Однажды он меня спросил: «У вас что-то случилось?». Я рассказал ему о ситуации, о необходимости покупать кооперативную квартиру. Дальше между нами произошел следующий диалог: «Понимаю. А денег у вас, конечно, нет?» — «Ну да», — признался я. — «Я дам вам деньги на первичный взнос». — «Но я не смогу быстро вернуть долг!» — «Ничего, я подожду», — произнес Роман Тихонович.

Это предложение помощи меня потрясло. Я обсудил его с членами семьи и родственниками. Все тоже были поражены благородством этого человека и желанием поддержать молодого врача. Все же на семейном совете было принято решение, что деньги мне собирают родственники. В скором времени я стал обладателем 3-комнатной квартиры. Через некоторое время Роман Тихонович спросил, как у меня обстоят дела с покупкой квартиры. Я ему все рассказал и еще раз поблагодарил за предложение. Однако этот пример доброты и отзывчивости я запомнил на всю жизнь.

Вот какие люди встречались в рядах старой гвардии наших учителей. Их отличительными чертами были высокий профессионализм, уважение к людям, благородство, доброжелательность и желание помогать людям. Память о Ромane Тихоновиче навсегда остается в моем сердце.

## Член-корреспондент РАН, профессор Иван Васильевич Ярема

### Судьба в науке



*(Доклад на научно-практической конференции кафедры госпитальной хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, посвященной 90-летию со дня рождения профессора Р. Т. Панченкова)*

В конце 1960-х гг. стало понятно, что московское здравоохранение страдает — не хватает более 8000 врачей. На уровне руководства страны было принято решение о создании лечебного факультета в МСИ. Кафедры лечебного факультета (терапии и хирургии) были единственными. Руководителем кафедры хирургии стал молодой доктор медицинских наук Р. Т. Панченков — блестящий хирург. Лучше него и быстрее него никто оперировать не мог. Скорость операции в те годы имела особое значение, так как обезболивание было примитивным — эфиром через маску Эсмарха. И осложнения анестезиологического плана развивались очень часто. Развитие гипоксии определялось хирургом по цвету крови в ране. Спасением была только скорость операции.

Это во всех отношениях был талантливый человек, и главное качество, за которое его любили и ценили, отмечали и простые врачи, и ака-

демики, — это сверхпорядочность. Академик Виктор Иванович Стручков, заведующий кафедрой общей хирургии Первого МОЛМИ, говорил: «Быть порядочным вроде бы не сложно, но очень трудно!»

Мы отмечаем Романа Тихоновича как эталон порядочного советского хирурга. И мы сами до сих пор черпаем в истории о нем примеры, которым надо следовать.

Сначала на нашей кафедре преподавали общую, затем и факультетскую, затем госпитальную хирургию. Параллельно с нами на базах работала кафедра терапии, руководимая профессором В. П. Померанцевым, оставившим мощную школу, доцентами на которой были будущий академик Анатолий Иванович Мартынов и будущий доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ Владимир Семенович Задионченко. Когда у Романа Тихоновича были ухудшения состояния здоровья вследствие тяжелой ишемической болезни сердца, он обращался только к ним.

Дело, которому посвятил жизнь наш учитель — профессор Роман Тихонович Панченков, сейчас продолжают сотрудники кафедры. Это тот человек, который заслуживает всяческого уважения и подражания.

## Профессор Елена Васильевна Потемкина

*Краткий очерк об организации (рождении) и становлении кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета МГМСУ в свете 90-летия со дня рождения Р. Т. Панченкова<sup>7</sup>*



*«Самый счастливый образ жизни тот, который представляет нам больше возможностей завоевать уважение к самому себе.»*

*Сэмюэль Джонсон*

Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института была основана в 1969 г., после организации самого лечебного факультета. Первым заведующим кафедрой стал профессор Р. Т. Панченков. До организации кафедры

<sup>7</sup> Авторы книги признают, что в воспоминаниях Е. В. Потемкиной содержится ряд фактологических ошибок и весьма субъективных определений, но считают целесообразным сохранить этот документ эпохи.

Роман Тихонович в течение нескольких лет занимал административную должность — был проректором по учебной работе в стоматологическом институте.

Нужно пояснить, почему блестящий хирург на протяжении ряда лет был лишен возможности хирургической деятельности. Я познакомилась с ним осенью 1954 г., когда приехала учиться в аспирантуре по хирургии. Лечебная база располагалась в больнице МПС на Яузе. Роман Тихонович тогда был доцентом кафедры ЦИУ. Руководил кафедрой весьма престарелый профессор, академик АМН СССР Василий Романович Брайцев. Моим научным руководителем был профессор этой кафедры Борис Корнильевич Осипов. Между Брайцевым и Осиповым шла настоящая война, и в ней принимали участие все сотрудники кафедры и больницы. Брайцеву было за 80, и, хотя он был еще крепок и силен, он мучительно переживал свою старость и страшно ревниво относился к «молодому» конкуренту — Б. К. Осипову. Больше всего он боялся, что его уволят по старости и Осипов займет его место. Естественно, я не была в курсе всех интриг, до меня доходили лишь их отголоски и признаки глубокого презрения, которое высказывали сторонники Брайцева в адрес моего шефа. А сторонников В. Р. Брайцева было большинство как на кафедре, так и среди работников больницы.

Кроме того, была атмосфера недоброжелательства и между больничными и кафедральными сотрудниками. Тут главной причиной была большая разница в зарплате — ассистенты и доценты кафедры получали намного больше, чем больничные врачи, а по опыту и квалификации они были равны, более того, больничные считали себя выше кафедральных.

Как аспирант кафедры, я должна была два раза в месяц дежурить ночью по хирургии. Отделений было два, и лежали там так называемые плановые больные. Поэтому ночные дежурства были несравненно более спокойными, чем те, к которым я привыкла в Челябинской районной больнице. Обычно хирурги делали вечерний обход, а потом долго сидели и пили чай в дежурке. Эта дежурка была разделена занавеской на две половины, в каждой стояло по железной кровати. Долгие разговоры между дежурными хирургами способствовали моему быстрому зна-комству и дружескому сближению со многими из них — с В. А. Сардыко-Быковой, М. В. Крюковой и Р. Т. Панченковым.

Роман Тихонович поразил меня своей открытостью и откровенностью в рассказах о себе. Казалось, для него не существовало запретных

тем, хотя он никогда не опускался до пошлости. Я многое узнала о его семейной жизни, о его маленькой дочке и старшем сыне Коле, о том, что он ездит оперировать в госпиталь инвалидов войны. Но, к сожалению, я до сих пор ничего не знаю о его прошлой жизни — где он учился, почему не попал на фронт. О его кандидатской диссертации я знала только по книге академика С. С. Юдина, где она была подвергнута критике. Диссертация была посвящена, насколько я знаю, хирургии пищевода. Роман Тихонович отнесся к этой критике более чем спокойно — он был горд, что такой корифей хирургии, как С. С. Юдин, упомянул его работу, пусть даже критически оценив ее. После такого дежурства, когда мы познакомились, он несколько раз бывал у нас дома вместе со своей женой Норой, а потом довольно часто приглашал меня ассистировать ему в госпитале, где он делал сложные операции на грудной клетке — торакопластику, лобэктомии и пульмонэктомии — у больных с последствиями огнестрельных ранений. У Романа Тихоновича всегда было развито чувство благодарности, и он приглашал меня после операций поужинать в ресторане «Москва». Это не было ухаживанием, были хорошие дружеские отношения, и я с удовольствием слушала его рассказы и наслаждалась вкусной едой.

При оценке хирургов у меня была очень высокая точка отсчета — я знала С. С. Юдина и видела его операции. Я всегда поневоле сравнивала других хирургов с С. С. Юдиным, и сравнение было не в пользу даже тогдашних знаменитостей в хирургии. Однако Роман Тихонович обладал изящной хирургической техникой, и меня поражало его спокойствие и хладнокровие в сложных хирургических ситуациях. Я старалась всегда присутствовать на его операциях в клинике и видела, например, как он спокойно остановил кровотечение из левой желудочной артерии, когда ассистировавшая ему врач сорвала зажим с этой артерии и рана за несколько секунд наполнилась кровью. Потом я много раз была свидетельницей того, как вели себя другие хирурги в подобных случаях, при внезапном тяжелом осложнении во время операции, как терялись и от страха кричали на своих помощников. В другой раз я была восхищена его искусством, с которым он интубировал больного после многократных и безуспешных попыток опытного анестезиолога ввести трубку в трахею (у больного была контрактура челюстных суставов). Во всем, что он делал, не было никакого позерства, была спокойная уверенность и простота, как будто он всему научился давным-давно. А ведь он был

старше меня всего на 4 или 5 лет, но вызывал глубокое уважение и даже почтение, какого я не испытывала к другим его сверстникам.

Всего год я пробыла в этой клинике, но впечатления о Романа Тихоновиче и его умелых изящных хирургических руках остались у меня на всю жизнь. Роман Тихонович вскоре уехал в Китай и провел там два или три года вместе с женой и детьми. В Китае тогда наши специалисты хорошо зарабатывали, а цены были низкими. Вскоре после возвращения из Китая Роман Тихонович разошелся с женой по ее инициативе.

В. Р. Брайцев умер вскоре после возвращения Романа Тихоновича из Китая, и начальство ЦИУ решило, что кафедру нужно ликвидировать. Все остались без работы в один день.

Смерть академика Брайцева совпала с туристической поездкой Романа Тихоновича в Италию. Он был уволен с работы, но решил все же поехать в Италию и побывал там. После поездки он начал искать работу, в 1961 г. пробовал устроиться в Институт сердечно-сосудистой хирургии, однако его туда не пригласили — для любого заведующего он был опасным конкурентом. Ему удалось стать доцентом на кафедре ЦИУ в клинике Б. С. Розанова, в Боткинской больнице. Его слава как прекрасного хирурга быстро росла в этой больнице, и у него было множество почитателей среди врачей. Он женился на Ирине Ивановне, очень красивой и властной женщине, которая работала эндокринологом.

Однажды во время операции он поскользнулся на разлитом на полу клеоле и упал так неудачно, что сломал себе бедро. Травматологи наложили ему высокую гипсовую повязку («кокситную») и вскоре выписали домой. Мы с мужем навестили его в новой квартире где-то на Малой Бронной. Он жил там со своей второй женой Ириной и сыном Колей — подростком лет 15. Квартирка была на первом этаже, две комнаты с низкими потолками в очень старом доме. Комнаты были забиты какими-то вещами, и Роман Тихонович лежал на низкой тахте, закованный в гипс, но, как всегда, бодрый и приветливый.

В Боткинской больнице он собрал материал по диагностике и лечению инсулином, удачно оперировал нескольких больных с этим заболеванием и успешно защитил докторскую диссертацию. На кафедру пришел новый доцент — сын Б. С. Розанова Игорь Борисович. Я думаю, что Борис Сергеевич почувствовал в Романа Тихоновиче опасного конкурента для своего сына. Подошел срок конкурса, и Роман Тихонович

его не прошел. Тогда доктору медицинских наук нельзя было работать доцентом, а вакантного места профессора на кафедре не было. Роман Тихонович снова остался без работы. Вся Боткинская больница горевала, когда Роман Тихонович перестал там работать, но помочь никто не мог.

Начались поиски работы, и нашлось место в стоматологическом институте. До 1969 г. Роман Тихонович был лишен возможности систематически заниматься своим любимым делом — хирургией. Он время от времени оперировал в госпитале МВД, а в основном занимался административной деятельностью. Ректором института был С. И. Бабичев — хирург из школы Петровского. При нем был открыт лечебный факультет в стоматинституте, а он сам создал и возглавил кафедру хирургии на стоматологическом факультете, в общем, совершенно не нужную для будущих стоматологов. Кафедрой общей хирургии на этом факультете заведовал П. О. Андросов, а на кафедре общей хирургии лечебного факультета с 1967 г. начал работать Ю. С. Мареев. Роман Тихонович ждал, пока первые студенты лечебного факультета начнут учиться на четвертом курсе, чтобы занять вакантное место зав. кафедрой факультетской хирургии. Но к этому времени В. В. Родионов был освобожден от работы в ЦК, где он занимал важный пост, и его «трудоустроили» на эту должность.

Снова пришлось ждать год. С. И. Бабичева сменил А. З. Белоусов, и Роман Тихонович наконец-то получил кафедру госпитальной хирургии, организованную в 1969 г. Я думаю, что глубокая неприязнь к В. В. Родионову сохранилась у Романа Тихоновича с тех давних времен.

В этот год умер П. О. Андросов, кафедрой общей хирургии стоматологического факультета стал заведовать Н. И. Махов, а часть сотрудников была переведена на вновь образованную кафедру госпитальной хирургии лечебного факультета. Это были доцент В. С. Дурнев, ассистент В. А. Невский и, может быть, М. Л. Петров, женатый на дочери какого-то министра. У него была уже готова кандидатская диссертация по сосудистой тематике — об операциях на венах, и ее защита и последующий банкет были моими первыми впечатлениями такого рода на кафедре. На защите и на банкете присутствовал тесть диссертанта и с большим энтузиазмом провозглашал тосты. Кроме этих сотрудников к 1969 г. на кафедре работали А. С. Горин, А. М. Стегнов, А. Н. Лежнев, В. А. Пенин, ученик Б. С. Розанова, В. В. Семенов, М. Г. Лумер, потом В. И. Тарасов, В. Р. Иванов, И. В. Ярема, А. К. Георгадзе, а далее коллектив стал пополняться за счет выпускников лечебного факультета. Так, одними из

первых были А. И. Шашков, А. И. Станулис, потом Ю. В. Богданов, Д. А. Демидов, Ю. П. Попов, В. В. Петров, В. А. Евдокимов, В. И. Сепаратов. Сначала они становились клиническими ординаторами или старшими лаборантами, потом либо аспирантами, либо старшими лаборантами или младшими научными сотрудниками, а после нескольких лет работы и защиты диссертаций — ассистентами, доцентами и профессорами. На кафедру пришли позже Б. М. Уртаев, Н. Н. Сильманович. При кафедре была научно-исследовательская лаборатория, где на протяжении многих лет работал старшим научным сотрудником С. П. Маркин, младшим научным сотрудником И. И. Михайлов, потом пришли Лебедев, С. А. Кулаженков и В. И. Полсачев.

Лечебная база кафедры была в Басманной больнице, где некогда размещалась кафедра факультетской хирургии ММИ МЗ РСФСР и где зав. кафедрой был профессор Великорецкий. Я там училась в 1947–1948 гг., а потом полгода работала участковым терапевтом в 1951 г., до отъезда в Челябинск.

База была, прямо сказать, никудышная. Старинное здание хирургического корпуса давно требовало капитального ремонта, оно не соответствовало современным понятиям о хирургических отделениях. В огромной операционной стояло два операционных стола, и часто операции проходили одновременно на обоих.

Больные лежали в огромных палатах на 6–20 коек, а нередко и просто в коридорах. Я хорошо помню, как изношенные полы в коридорах прогибались и дрожали, когда по ним ходили или везли больного на каталке. Было всего два хирургических отделения, одним из которых заведовал И. Бережинский. Впоследствии оказалось, что он не имел врачебного диплома, окончил всего 2 курса института и двухгодичную клиническую ординатуру по хирургии у Б. В. Петровского. Поэтому он оперировал только больных, требовавших трансторакального доступа — с раком кардиального отдела желудка. Применял сшивающие аппараты, но все операции заканчивались летально. Патологоанатом (по фамилии Сурис или что-то в этом роде) был зятем профессора Раппопорта, который консультировал в этой больнице и осуществлял научное руководство патологоанатомическим отделением. Было там, правда, реанимационно-анестезиологическое отделение, заведовал им некто Ю. Чубаров, и он был не совсем адекватен психически. Больница круглосуточно оказывала хирургическую помощь.

Лекционный зал был тут же, при больнице, в двухэтажном длинном здании, где помещалась и больничная контора. Но в отделениях совсем не было учебных комнат, а на кафедре — учебных пособий. Предполагалось, что ассистенты должны заниматься со студентами прямо у постели больных, разбирая их истории болезней и лечебную тактику. У самой кафедры было всего два помещения: кабинет профессора и ассистентская — две маленькие комнатки, заваленные каким-то имуществом. Тем не менее, занятия шли, и даже проводилась научно-исследовательская работа — собирался материал по патологии желче-выделительной системы.

Главным после Романа Тихоновича был А. Н. Лежнев — его правая рука и основной советчик. Был ли он уже тогда доцентом или стал им вскоре — не помню, но он обладал большим политическим весом на кафедре и почти все свободное время проводил в беседах в кабинете Р.Т. С большими амбициями был этот умный маленький человек.

Поддавался ли давлению Роман Тихонович? Следовал ли советам? Я не знаю. Меня никогда ни в коей мере не занимали сплетни и интриги. И я, к сожалению, не знала о многих трудностях и терзаниях Романа Тихоновича и ничем не могла ему помочь. Осенью 1972 г. кафедра получила наконец хорошую лечебную базу — был открыт новый хирургический корпус в больнице № 36. Дело было в конце лета, на торжественное открытие приехал сам министр здравоохранения СССР Б. В. Петровский, самый богатый из всех министров, так как он был еще и академиком. Он сам мне рассказал когда-то, как другие министры завидовали ему по этой причине. И еще сказал, что министром быть очень хорошо — «такие привилегии, такие санатории!..».

Вся наша кафедра была в сборе, мы переехали из Басманной больницы и были счастливы. Но счастье длилось недолго. Мы успели только отмыть отделения от строительной грязи, как вышло распоряжение о немедленном «перепрофилировании» хирургического корпуса в родильный дом. И кафедра оказалась в буквальном смысле слова на улице. Сколько потом было этих «перепрофилирований»! Роман Тихонович был потрясен. Я, пожалуй, никогда не видела его столь удрученным, как в эти дни. Он распорядился, чтобы я поехала в любую больницу, где есть хирургические отделения, и договорилась с главным врачом о лечебной базе кафедры. В больнице № 40, куда я направилась в первую очередь, главный врач Шапатовский поначалу принял меня довольно любезно, но заведующие

отделениями решили не пускать кафедру. Они мотивировали тем, что них в пятиэтажном корпусе было слишком тесно и просто невозможно выделить для кафедры какое-либо помещение.

В больнице № 47 мне повезло — там работал И. А. Шухгалтер, с которым я была немного знакома раньше. И он поддержал мою просьбу к главному врачу Муштакову. Кафедре отвели кабинет профессора, а ассистенты и доцент должны были размещаться в ординаторских, вместе с врачами больницы. Там было одно чистое хирургическое отделение, эндокринологическое, которым заведовал И. А. Шухгалтер, и гнойное отделение с заведующим Иваном Васильевичем Глазко, мужем окулиста. Глазным отделением заведовала замечательная женщина И. В. Глазко, энергичная и образованная, и главный врач высоко ценил ее. Анестезиологом был Коля Прупис, необычайно деликатный и добрый человек. Он был искренне рад нашему приходу, потому что оживилась хирургическая жизнь в больнице. До того в его искусстве почти никто не нуждался — почти все операции делались под местной анестезией. В. Б. Бабин, который заведовал чистым хирургическим отделением, был довольно слабым хирургом, и я не помню, делал ли он сам какие-либо операции. Вместе со мной в эту больницу пришли доцент В. С. Дурнев, ассистенты В. А. Пенин и В. А. Невский. Больница не оказывала экстренную хирургическую помощь по ночам, но днем было довольно много поступлений больных с аппендицитами, ущемленными и простыми грыжами, язвами и раком желудка, кишечной непроходимостью и другими видами хирургической патологии.

В этой больнице мы продержались до осени. Летом умер главный врач, и пошли слухи о перепрофилировании больницы в урологический центр. К этому времени было закончено строительство хирургического корпуса в больнице № 36. Но кафедре было уже тесно в одной больнице — нужно было где-то размещать и субординаторов-хирургов. И тогда Роман Тихонович направил меня и доцента А. К. Георгадзе в больницу № 81, расположенную у кольцевой дороги. В ней было три хирургических отделения — одно гнойное и два чистых. А. К. Георгадзе уже защитил докторскую диссертацию и взял под свой контроль одно из чистых отделений, мне досталось второе, и я еще консультировала больных в гнойном отделении, где были выделены и койки для больных с актиномикозом.

Студенты с большими трудностями ездили на занятия в эту больницу и тратили много времени на переезды. Но там была экстренная

хирургия, опытные хирурги, и можно было показать студентам больных с разнообразными хирургическими болезнями. Между тем в больнице № 36 одно из чистых отделений было «перепрофилировано» в эндокринологическое. Это было связано с тем, что на базе больницы № 47 было решено открыть урологический центр под руководством Лопаткина, и вся хирургическая служба была свернута. В больнице № 36 вместо урологических отделений были открыты глазные. Нужно было искать новую лечебную базу, еще одну. А. К. Георгадзе сумел договориться с главным врачом больницы № 40 о размещении части кафедры на базе этой больницы. Сначала мы расположились в старом корпусе, но вскоре был открыт новый хирургический корпус, и Р.Т с большей частью кафедры расположился в нем. А вторая часть кафедры осталась в больнице № 36, в двух хирургических отделениях.

За все эти годы на кафедре успешно развивалась научная работа по нескольким направлениям хирургии. Заболеваниями желчевыделительной системы занималась группа сотрудников, и руководил ими доцент А. Н. Лежнев. С его помощью проводились новые для того времени эндоскопические исследования желчного протока, и В. Р. Иванов собрал материал и защитил кандидатскую диссертацию по этой проблеме. Потом эти исследования продолжил Ю. В. Богданов.

В. А. Пенин был удивительно продуктивным научным исследователем. Вокруг него создалась группа диссертантов, которые занимались заболеваниями поджелудочной железы, различными аспектами диагностики и лечения острого панкреатита. Это были А. И. Шашков, А. С. Горин, А. И. Станулис, В. В. Петров, Е. В. Кузнецов. Все они стали кандидатами наук, а сам В. А. Пенин защитил докторскую диссертацию.

В. В. Семенов проводил исследования по диагностике и лечению язвенной болезни желудка с помощью эндоскопов со стекловолокнистой оптикой. Это было новым для того времени направлением. Он обучил эндоскопии нескольких сотрудников — Ю. П. Попова, Д. А. Демидова, В. И. Сипратова, и они также защитили кандидатские и докторские диссертации. В. Р. Иванов начал проводить на кафедре новые исследования с жидкими кристаллами — диагностику хирургических заболеваний органов брюшной полости на основе жидкокристаллической термографии. Он отличался необыкновенным упорством и работоспособностью, собрал большой материал и защитил докторскую диссертацию.

Профессор И. В. Ярема объединил группу исследователей по лимфатической системе, стал лидером лимфологии в нашей стране. При его участии и под его руководством работали Б. М. Уртаев, Н. Н. Сильманович, В. В. Евдокимов, В. П. Шевченко — и все они успешно защитили кандидатские, а Б. М. Уртаев — и докторскую диссертацию.

Старший научный сотрудник В. И. Полсачев занимался диагностикой рака с помощью флюоресцентного исследования желудка. Ему удалось внедрить методику лазерного облучения для диагностики перерождения язвы в раковую опухоль, он собрал уникальный материал в этой области и также защитил докторскую диссертацию. Роман Тихонович умел создать атмосферу, благоприятствующую научной работе, и объединить усилия для выполнения той или иной темы. Так продолжалось до 1984 г., когда тяжело заболела Ирина Ивановна, а потом и сам Роман Тихонович. За одиннадцать лет до этого Роман Тихонович сделал радикальную мастэктомию своей жене Ирине, и все эти годы он жил со страхом — не проявится ли рак в той или иной форме. Еще в 1981 г. он меня спросил, не хотела бы я уйти на пенсию, а потом, не дожидаясь ответа, сказал, что немедленно ушел бы, если бы ему платили столько же денег, сколько платят сейчас. Он был смертельно усталым человеком уже тогда. Вскоре он упал у себя на даче и снова сломал ту же ногу — левую. На этот раз был перелом бедра, и ему наложили скелетное вытяжение. Он лежал в своем служебном кабинете, нога была в мягкой повязке со шнурками, и к ней был привязан груз.

С 1982 г. у Романа Тихоновича были частые приступы стенокардии, на ЭКГ картина постоянно менялась, и кардиологи то ставили диагноз инфаркта, то отвергали его. Он умер через несколько дней после своего 62-летия от острой сердечной недостаточности, даже без инфаркта. А через месяц умерла и его жена.

Мы остались без руководителя, институт потерял весьма авторитетного профессора, а больные — спасителя от многих хирургических болезней. К этому времени на кафедре было два профессора — я и И. В. Ярема, доценты В. В. Семенов, А. Н. Лежнев, М. Г. Лумер, В. Р. Иванов, ассистенты А. О. Шашков, Д. А. Демидов, Ю. В. Богданов, Н. Н. Сильманович, Б. М. Уртаев, И. И. Михайлов. Вскоре защитили диссертации и стали ассистентами В. В. Евдокимов и аспирант В. В. Петров, старшие лаборанты Ризванов, а потом В. П. Шевченко. Старшими научными сотрудниками оставались С. П. Маркин, Лебедев, В. И. Полсачев и С. А. Кулаженков.

Несколько человек ушли к этому времени с кафедры, а В. А. Невский умер. Вскоре умерли Лебедев и Маркин. Ушли на другие кафедры Георгадзе, Пенин, Станулис, Стегнов, Горин. В практическую медицину по разным причинам ушли Дурнев, Петров, Митрохин и Тарасов.

Когда мне предложили заведование кафедрой, я была удивлена. Роман Тихонович готовил себе другого преемника — профессора И. В. Ярему. Отказываться было бы слишком глупо, и я согласилась на предложение ректора. Я предвидела большие трудности, но таких мучений, какие выпали на мою долю, я не могла и предположить. Трудно было менять сам стиль преподавания — не было никаких методических разработок, каждый ассистент вел занятия по собственному усмотрению, было очень мало наглядных пособий и мало учебных комнат. Между тем на кафедре травматологии мне показали целую кипу методических разработок, по которым достигалось единообразие в преподавании той или иной темы. Преподавателю вручалась как бы канва, по которой он мог вышивать узоры на основе собственного опыта, знаний и умений, но определенный минимум знаний должны были получить все студенты. По таким методическим разработкам любой молодой ассистент быстро усваивал и тему занятия, и план, и время для каждого раздела темы. Отводилось время и для самостоятельной работы студентов, и для разбора больных, и для опроса учащихся. Мне понравился сам подход к учебному процессу на кафедре травматологии, и я захотела перенять этот опыт. К тому же кто-то в министерстве решил коренным образом поменять всю программу преподавания хирургических болезней, и нам пришлось заново вводить очень много тем факультетской хирургии для студентов 4 курса.

Кафедры были переименованы: теперь их называли № 1, 2 и 3, и на всех них хирургию стали преподавать «сквозным курсом», то есть и факультетскую, и госпитальную на каждой кафедре. Кафедрой общей хирургии стал заведовать профессор А. К. Георгадзе, она разместилась в 81-й больнице. Вместо 12–13 тем теперь нужно было проводить со студентами около 30 тематических занятий. И соответственно читать столько же лекций. Пришлось срочно распределить темы по всем преподавателям для написания методических разработок по единому плану. Опытные хирурги быстро справились с этой задачей, написали хорошие методические пособия, и можно было быть спокойной за качество преподавания новой программы. Однако нужно

было снабдить преподавателей и наглядными пособиями. Тогда были организованы учебные тематические комнаты, где преподаватели по очереди занимались со своими группами и где были созданы условия для максимального раскрытия каждой темы, включая рисунки, слайды и даже анатомические препараты. Оказалось, что все это можно было приобрести за счет института, и это не потребовало больших усилий. В Фильмофонде удалось договориться об учебных фильмах по особенно редким операциям, была закуплена киноаппаратура, и на лекциях стали показывать кинофильмы. Не знаю, помогало ли все это студентам, но преподавателям, несомненно, облегчало проведение занятий.

Меня всегда удивляло, что во всех учреждениях, где мне приходилось работать, никто никогда не знакомил меня, да и других сотрудников, с моими правами и обязанностями на данном рабочем месте. Мне в руки попала маленькая брошюрка, изданная когда-то в нашем институте, где были расписаны все требования к работникам кафедры, начиная от заведующего и кончая лаборантами. Я попросила Елену Никитичну, нашу старшую лаборантку, распечатать эти требования (т.е. права и обязанности) и раздать их сотрудникам — профессорам, доцентам, ассистентам, лаборантам, старшим и младшим научным сотрудникам. К сожалению, она печатала через фиолетовую копирку и на толстой мелованной бумаге, поэтому тексты получились плохо. Это было встречено без одобрения и с явной неприязнью всеми сотрудниками. Мне было интересно, почему такая отрицательная реакция последовала на простую меру, призванную способствовать внесению порядка в работу. Все считали, что они и так знали все о своих обязанностях, что напоминать о них не нужно и бестактно. Может быть... Но для молодых сотрудников я бы оставила этот реестр. К тому же знание своих прав и обязанностей повышает ответственность сотрудников. Конечно, само занятие хирургией предполагает высокую степень ответственности, но нередко повседневная рутина притупляет это чувство.

В больнице № 36 оказалась высокая летальность от аппендицита и ущемленных грыж. Требовалось разобрать истории болезней умерших и выявить причины летальных исходов. Я попросила представить мне все истории болезней умерших и обнаружила в них довольно много тактических и диагностических ошибок. Разбор этих ошибок должен был принести пользу, однако реакция на этот разбор была чрезвычайно острой и вызвала глубокую неприязнь и ко мне, и к докладчику

В. Р. Иванову. Главный врач больницы № 36, Якубов, уже до этого договорился с военной кафедрой о предоставлении ей лечебной базы, уверяя, что наши интересы не будут ущемлены. Нужно было искать еще одну лечебную базу, и профессор И. В. Ярема начал договариваться с главным врачом больницы № 52.

К 1990 г. у кафедры были бы хорошие условия для работы на двух базах — в больницах № 40 и 52, но снова началось «перепрофилирование» больницы № 40 в онкологическую. Одно чистое отделение было переделано для лечения больных раком молочной железы, и у нас осталось одно чистое отделение в этой больнице. Мне пришлось много доказывать нецелесообразность этого перепрофилирования в различных инстанциях, но все было напрасно. Единственным утешением было то, что и могущественный В. В. Родионов оказался в таком же положении — в его несокрушимой больнице № 70 тоже закрыли чистое отделение и «перепрофилировали» его во что-то. Никакие доводы, ни мои, ни его, не смогли сломить решение чиновников из горздрава во главе с Мудраком. Где он сейчас? Знает ли он о том вреде, который он причинил Московскому медицинскому стоматологическому институту и его лечебному факультету, готовящему врачей для работы в Москве?

В 1990 г. я закончила свою хирургическую деятельность, и это совпало с моим личным большим несчастьем — тяжелой болезнью моего мужа. Поэтому дальнейшая история кафедры мне мало знакома, однако я знаю, что работа, и учебная, и научная, на ней успешно продолжается под руководством профессора И. В. Яремы, несмотря на все невероятные трудности, с которыми приходится сталкиваться каждый день и каждый час этой короткой жизни.

Как бы ни было тяжело что-то продолжать и развивать, трудности эти не сравнятся с титаническими усилиями, затраченными на создание и накопление потенциальной энергии для становления кафедры как самостоятельной образовательной единицы в университете. Роман Тихонович создал не просто базу, где желающие связать судьбу с хирургией могут постичь азы и углубить уже накопленные знания, но и надежный фундамент для ее существования. Потому что главное в нашей жизни — это люди и очень тонкая материя их взаимоотношений, школы гуманизма с немалой долей альтруизма и филантропии требуют пристального внимания и постоянной работы со стороны руководителя.

Он создал этот фундамент, и сегодня кафедра прочно стоит на воздвигнутых им столпах. Мы помним его, ценим его вклад и труд, чтим память, безгранично уважаем, и искреннее тепло всегда будет жить в наших сердцах к Роману Тихоновичу Панченкову...

### **Профессор Анатолий Николаевич Лежнев**

*Такого уже не повторится*



В конце августа 1969 г. мне позвонил профессор Р. Т. Панченков с предложением занять должность ассистента новой кафедры хирургии лечебного факультета Московского стоматологического института. Тогда я работал ординатором первого хирургического отделения Центральной клинической больницы № 1 Министерства путей сообщения СССР. Хирургическую клинику ЦКБ МПС № 1 и кафедру хирургии ЦИУВ возглавлял заслуженный деятель науки РСФСР профессор В. И. Казанский. Сложно сказать, откуда Роман Тихонович узнал обо мне, думаю, от главного хирурга МПС профессора Юрия Степановича Мареева. Стать ассистентом кафедры в те годы было

престижно, но главное — интересно: работа со студентами, курация отделения, возможность больше оперировать. Я согласился и уже с 1 сентября приступил к работе на кафедре. Базой кафедры была Басманная больница — рядом с площадью трех вокзалов. Дежурства напоминали рассказы ветеранов о работе медсанбатов. Раненые — упавшие, подравшиеся, «порезанные»; больные с обострившимися в дороге язвами, холециститами, панкреатитами. Приходилось оперировать всю ночь, а на утро — группа студентов, перевязки...

В 1972 г. открылся новый хирургический корпус в больнице № 36, бывшей Благушинской, который стал нашей новой базой.

Выделились общая и факультетская хирургия, а кафедра Романа Тихоновича стала называться кафедрой госпитальной хирургии.

Работа хирурга, руководителя клиники, члена диссертационного совета и совета по хирургическим специальностям в ВАК оставляла Роману Тихоновичу мало времени для отдыха. Он, можно сказать, любовно относился к своему автомобилю — видимо, отдыхал, «переключался» за рулем! Он один из первых знакомых мне людей купил легендарную Победу, которую потом заменил на ГАЗ-21 — шикарную Волгу с оленем! Любовь к скорости сочеталась у шефа с бережным ласковым отношением к машине. Он даже на ручку водительской двери крепил противоугонное устройство, созданное по индивидуальному заказу, с большим амбарным замком!



Работа на кафедре для меня прервалась в 1982 г., когда, согласно приказу заместителя министра здравоохранения СССР, был направлен в служебную командировку в Афганистан советником кафедр хирургии Кабульского государственного медицинского института.

Было необходимо наладить работу кафедр общей, факультетской и госпитальной хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, детской хирургии. Учебная работа в период военных действий с учетом особенностей Демократической Республики Афганистан потребовала создания специального учебного подразделения — кафедры медицины катастроф.

В непростых условиях гражданской войны в Афганистане меня поддерживала переписка с Романом Тихоновичем. Он делился со мной кафедральными и институтскими делами, мы говорили о наших семьях. Сейчас я иногда перечитываю письма и поражаюсь, когда он находил время для душевных размышлений в письмах.

Когда я вернулся из командировки в 1985 г., Роман Тихонович уже ушел от нас...

В моей памяти он остался эталоном хирурга, ученого и исключительно порядочного человека.



## Профессор Сергей Иванович Емельянов

### Незабываемое



Профессор Р. Т. Панченков выделялся среди наших преподавателей хирургии. Он никогда не проверял посещаемость, не требовал отчетов старост и не пугал экзаменами. Он брал за душу другим — глубокой эрудицией, обоснованной уверенностью в своем мнении, открытостью и сдержанным чувством юмора. Именно он рассказал нам, почему факультетская клиника (построенная при факультете еще Императорского университета) отличается от госпитальной — на базе больницы или госпиталя. Очень мягко и тактично рассказал об антагонизме между мужчинами и женщинами-хирургами после войны и до настоящего времени.

Тогда существовала субординатура — по-моему, очень полезная вещь. И субординаторы помогали профессору на операциях. Никого не заставляли идти помогать профессору — мы сами рвались в ассистенты. Роман Тихонович был мастером аподактильной техники — работы длинными инструментами в глубине раны. На перчатках обычно не было даже капли крови. Вспоминая работу

с руководителем, я невольно жалею, что не было тогда «аппарата Прудкова» и лапароскопии. Зато были, конечно, большие «кровавые» операции — гастрэктомии с лимфодиссекцией, реконструкции гастроэнтероанастомоза, резекции печени. При этом я не вправе говорить о том, что наш руководитель клиники «сохранял выдержку» — спокойствие и уверенность были неотъемлемыми чертами его характера. Однажды, включившись в операцию вместо потерявшего самообладание хирурга и разрешив проблему, он сказал нам: «Хирург кричит на операциях в трех случаях — он не знает, он боится или он невоспитанный человек».

После окончания института в 1976 г. мне предложили место старшего лаборанта на кафедре госпитальной хирургии. Тогда я по малому жизненному опыту не знал, что должность старшего лаборанта — это обычный трамплин в клиническую работу. И... ушел в аспирантуру на кафедру нормальной анатомии. Но после фактически фронтальной работы в больнице № 36 — многопрофильном скорпомощном стационаре — парадные мраморные помещения кафедры анатомии человека навевали только грустные воспоминания. Во время дежурства по больнице дежурянтром я остался (!), услышал с ехидцей сказанные слова шефа, обращенные к доценту А. Н. Лежневу: «А это кто у нас ходит? Я его не знаю». Продержался я на анатомии полгода и вернулся. Вместе с выпускниками вечернего отделения зимой пришел в интернатуру на кафедру к Роману Тихоновичу Панченкову.

В дальнейшем остался работать в ставшей родной больнице № 36, а в 1983 г. был принят ассистентом (без степени!) на кафедру общей хирургии, руководимую профессором Алексеем Калиниковичем Георгадзе, прямым учеником Р. Т. Панченкова, располагавшуюся в ГКБ № 81. Диссертацию я защитил, не подвел руководителя...

Что неизменно поражало в Романи Тихоновиче — это стремление приблизить к себе молодежь. Двери его кабинета были всегда открыты для нас, наших вопросов и сомнений. Сейчас, через десятилетия, не устаю поражаться, что он делал замечания не нам, а нашим непосредственным наставникам — ассистентам и доцентам кафедры.

Вспоминая годы работы с профессором Панченковым, могу сказать, что он был учителем хирургии, науки, жизни. По пути, проложенному им, я стараюсь идти не сворачивая, неуклонно, — и так всю жизнь...

## Профессор Бексолтан Махарбекович Уртаев

### О мудрости...



В 1972 г. я окончил лечебный факультет Северо-Осетинского государственного медицинского института и был направлен в клиническую ординатуру на кафедру госпитальной хирургии лечебного факультета ММСИ. После окончания клинической ординатуры в 1974 г. был зачислен в аспирантуру той же кафедры.

Уже в ординатуре Роман Тихонович познакомил меня с Борисом Владимировичем Огневым — уникальным человеком, эрудиция которого не знала границ. Казалось, он мог читать лекции по всей медицине — от анатомии до нейрофизиологии. Профессор Огнев рекомендовал меня «в упряжку» к своему ученику — профессору Ю. Е. Выренкову. Сыну легенды отечественной лимфологии Евгения Яковлевича Выренкова, первого морфолога, получившего звание заслуженного деятеля науки РСФСР. Юрий Евгеньевич, несмотря на свое высокое положение начальника аттестационного отдела по специальностям медицинских наук ВАК СССР, был доступным и открытым человеком, активным исследователем. При его участии в эксперименте и клинике были разработаны

способы наружного дренирования грудного лимфатического протока. Для получения центральной лимфы был предложен комбинированный поперечно-продольный надключичный доступ, что позволяло в течение 5–8 часов получить до 500 мл донорской лимфы, которая в дальнейшем применялась в комплексе лечебных мер и позволяла улучшить результаты лечения больных с острой хирургической патологией. Это стало основой моей диссертации, защищенной в 1977 г. под руководством Романа Тихоновича и Юрия Евгеньевича.

Коллектив кафедры Р. Т. Панченкова состоял из высококвалифицированных специалистов, сочетавших научную, клиническую и учебную работу. Из кафедры госпитальной хирургии выросли практически все кафедры лечебного факультета нашего университета. Что было платформой? Я думаю, два фактора: во-первых, профессор рано подключал молодых хирургов к операциям — сначала в качестве ассистентов, затем позволял самостоятельно оперировать; во-вторых, давал возможность молодым специалистам заниматься наукой, не выделяя любимчиков и не допуская ненужной «конкуренции». Каждый занимался своим делом — лимфой, эндоскопией, термографией и др. Но... требовал! Требовал точного исполнения поручений, требовал соблюдения дисциплины во всем: от формы одежды до сроков представления работы к защите. Требовал каждый день докладывать об операциях.

Профессор Р. Т. Панченков на основании своего опыта и огромной эрудиции сформировал четкие установки клиники — не оперировать неосложненные холециститы, не спешить с операцией при кровоточащей язве желудка и многое другое...

К Роману Тихоновичу всегда можно было подойти не только с медицинскими вопросами, но и с жизненными проблемами. Он давал такую оценку ситуации и такие советы, которые помогали и поддерживали. Житейская мудрость — это то, о чем не пишут в книжках, что нельзя оцифровать и компьютеризировать.

Заведующий кафедрой очень любил, когда в операционной играет музыка. Часто он напоминал мне: «Сделай новую подборку из классики и современников». И с удовольствием слушал нашу эстраду!!!

Я думаю, он мог делать руками все. Он любил свою работу, а на любимой работе не устаешь! Но также был не прочь повозиться на даче, «переключиться» — его участок всегда был ухоженным и чистым. Обожал технику: и автомобили, и радиоэлектронику.

В День Победы, 9 мая, в свой день рождения, Роман Тихонович собирал нас за городом «на обед» с самого утра! Всех сотрудников кафедры, аспирантов, ординаторов. Застолье переходило в игры в футбол, волейбол, бадминтон...

Зимой брал напрокат лошадь с санями и ездил по лесу. Иногда приглашал нас, молодых сотрудников кафедры. Это были удивительные моменты!

## **Профессор Валерий Вадимович Струсов**

### ***В авангарде эндоскопии***

Я поступил в ММСИ в 1969 г., окончил институт в 1975 г. и был зачислен в ординатуру кафедры госпитальной хирургии, руководимой профессором Романом Тихоновичем Панченковым.

Признаюсь, правда, что был знаком с этой кафедрой и раньше, так как ходил на дежурства к ассистенту В. А. Пенину, которому обязан первой выполненной аппендэктомией еще на 3-м курсе.

Благодаря Роману Тихоновичу на кафедре сложился прекрасный коллектив, который и в работе, и на отдыхе (на даче у Романа Тихоновича) чувствовал себя всегда замечательно, в нем царил атмосфера дружбы, взаимовыручки и юмора, что для хирургического, да и педагогического поприща, — совсем немаловажный фактор.

С середины 1970-х гг. в СССР бурно начала развиваться эндоскопия, и Роман Тихонович был ее ярким сторонником и поборником. У нас на кафедре у единственных в институте был кабинет эндоскопии, где сотрудники кафедры выполняли диагностические и лечебные фиброгастродуоденоскопии. Еще одной козырной картой кафедры была лапароскопия, которой владели тогда единицы. Более того, ее еще не было в 4-м Главном управлении Министерства здравоохранения (Кремлевке).

Я и начал свою практическую деятельность на кафедре, осваивая лапароскопию. Примерно через год Роман Тихонович послал меня сделать лапароскопию в Кремлевской больнице. И вот за ординатором-мальчишкой приезжает черная «Волга» с номерами МОС, везет меня в их лечебное учреждение, где во время исследования собирается около десятка врачей, каждый из которых хочет посмотреть на печень через

окуляр прибора (видеокамер тогда не было). Все посмотрели. Вскоре лапароскопы у них появились, но идея-то показать, что это такое, появилась у Романа Тихоновича!

Роман Тихонович всегда очень четко чувствовал перспективу научных направлений кафедры.

В частности, мне было поручено изучить новый кетгут из серозно-мышечной оболочки крупного рогатого скота, которого еще не делали в СССР, и я поехал в Казань на единственный завод по производству кетгута, где у Романа Тихоновича были связи, что в итоге вылилось в защиту кандидатской диссертации в аспирантуре под его руководством. В 1980 г. Роман Тихонович взял меня ассистентом на кафедру.

Однажды Роман Тихонович вызвал меня к себе в кабинет и сказал: «Валера, на кафедре появилась возможность подать заявление в партком о приеме в члены КПСС, что ты об этом думаешь?» Я, честно говоря, совсем об этом не думал, поэтому как-то растерялся и начал мямлить, что не готов, не достоин и т. д.

Надо сказать, что у Романа Тихоновича была одна особенность мимики — если ему что-нибудь не нравилось, то он складывал губы в трубочку и начинал сопеть... Это я и увидел после своих оправданий, а дальше услышал: «Иди отсюда, ...удак».

И что интересно, тогда я относился к компартии в целом нейтрально-отрицательно, а сегодня я голосую только за нее. Видно, Роман Тихонович как всегда был прав в своем определении, когда послал меня...

У меня в рабочем кабинете стоят два фотопортрета Романа Тихоновича, глядя на которые я всегда с теплотой и благодарностью вспоминаю его...

## Профессор Юрий Павлович Попов

*Идеи, воплощенные в делах учеников...*



Поступая в медицинский институт, я имел одну цель — стать хирургом. Другие, возможно, очень интересные, специальности меня не привлекали. Я с трепетом ожидал занятий по общей хирургии, на которых, по рассказам старшекурсников, для нас впервые открывались двери в операционный зал. Именно так он тогда назывался, поскольку в одном большом помещении было несколько столов, за которыми работали хирурги.

До встречи с Романом Тихоновичем о нем мне рассказывал старший товарищ, вспоминая свои годы обучения в клинической ординатуре у профессора Б. С. Розанова в конце 1950-х гг. Их немногочисленную группу курировал доцент Роман Тихонович Панченков, занимавший одновременно должность заведующего хирургическим отделением больницы им С. П. Боткина. Судя по этим рассказам, мы должны были встретить высокого подвижного человека с копной черных густых волос, доброжелательного и веселого.

Первая конференция, на которой мы, студенты третьего курса, присутствовали, проходила в достаточно мрачном зале хирургического корпуса 6-й Басманной больницы. В председательское кресло сел

человек, по нашим тогдашним студенческим меркам, весьма зрелого возраста с высоким открытым лбом, не обремененный шевелюрой и с очень грозным и одновременно доброжелательным выражением лица. Он сурово смотрел на стоявшего за трибуной дежурного хирурга. Его пронизательные глаза сверлили докладчика, не оставляя тому никаких шансов погрешить против истины. Голос хирурга чуть дрожал, а в тишине зала слышалось сдержанное, сочувственное покашливание коллег. К сожалению, в памяти стерлись вопросы, заданные врачу, но напряжение, возникшее после его ответов и выступлений, сидевших в первом ряду «маститых» хирургов, только усилили наши предчувствия неминуемой расправы.

К нашему удивлению, председательствующий, еще раз грозно посмотрев в зал, мягко, но очень уверенно разобрал сложившуюся ситуацию и в конечном итоге похвалил дежурную бригаду за смелость в принятии решений.

Шло время, я пришел в научный студенческий кружок на кафедру, расширялись мои познания в избранной специальности. На пятом курсе я уже неплохо разбирался в основах хирургических болезней и хирургической тактике. Меня не покидало ощущение того, что теоретические познания не всегда совпадают с тем, что приходится видеть у больничной койки на дежурствах. Не хватало какого-то «перекидного мостика» от книжных знаний к реальной жизни. Мы тщательно записывали лекции, которые нам читали на кафедре факультетской хирургии, где царили строгость и академизм, но и это не помогало.

На первую лекцию по госпитальной хирургии Роман Тихонович пришел в сопровождении всех преподавателей кафедры и начал с того, что ему в принципе безразлично, будем ли мы ходить на его лекции или нет. При этом в зале послышались удовлетворенные возгласы. Правда, выдержав паузу, он посетовал, что ассистенты, к сожалению, не разделяют его демократические взгляды и строго следят за посещаемостью.

Лекции обычно шли без перерыва и больше напоминали беседу учителя с учениками, они были насыщены примерами из практики, которые мы выслушивали с нескрываемым интересом. Даже о самых сложных и не всегда понятных нам патологических процессах говорилось доступным языком. Выходя из лекционного зала, мы, будущие хирурги, неизменно испытывали чувство гордости за избранную нами профессию.

Ура! Я в числе 60 человек, распределившихся в субординатуру по хирургии. Роман Тихонович говорит, что субординатор — это такой же врач, только у него «все впереди». Дежурить, участвовать в операциях, докладывать на конференциях — обязательно. Мы наперебой хвастаемся тем, что нам удалось сделать в операционной самим. Известие о том, что кому-то посчастливилось принять участие в операции профессора, вызывает у коллег плохо скрываемую зависть и делает этого человека в наших глазах героем.

Однако пора заняться научной работой. К своему удивлению, на научной студенческой конференции занимаю второе место. Встретив в коридоре клиники, Роман Тихонович ощупал меня строгим взглядом и неожиданно спросил: «Ты почему не был на моем дне рождения?». Мне, студенту 6 курса, трудно было ответить на этот вопрос профессора, смутившись, я молчал. Насладившись моим замешательством, он сам же ответил: «Ты ведь уже сотрудник кафедры — клинический ординатор». Радость, охватившую меня, можно было сравнить разве что с известием о поступлении в институт.

На улице весна, не за горами государственные экзамены, работа в клинике продолжается. Мой утренний обход в отделении прерывается возгласом коллеги: «Ты что, не слышал, тебя же срочно в операционную вызывают». Тогда эти привычные сейчас слова прозвучали как гром среди ясного неба. Что могло случиться? Бегу в операционную. В предоперационной моет руки Роман Тихонович. Рядом в ожидании стоят сотрудники кафедры. «Разве ты не знал, что тебе предстоит делать холецистэктомию? Быстро мойся». О технике исполнения своей первой самостоятельной операции умолчу. Сквозь пелену воспоминаний слышатся слова профессора: «Хорошо, но знаешь, вот это я люблю делать так-то».

Через год меня так же неожиданно позвали на резекцию желудка, а к концу ординатуры — на правостороннюю гемиколэктомию. Вот такие были педагогические приемы у Романа Тихоновича!

Но главным в педагогическом процессе для нас, молодых хирургов, было наблюдение за работой самого Романа Тихоновича в операционной. Труднейшие вмешательства в его исполнении казались простыми. Легкость движений сохранялась от начала до конца операции. Все действия были понятными, как будто смотришь в хорошо иллюстрированный атлас. Это достигалось идеальной «экспозицией» и умением пре-

парировать «на весу», сочетая бережное отношение к тканям с точным расчетом каждого движения. При этом идеальным было и «прочтение патологического процесса», дававшего возможность прогнозировать ход операции. Именно к Роману Тихоновичу более всего было применимо высказывание о том, что хорошим хирургом может стать лишь тот, у кого сочетаются два равноценных фактора — ум и рука. Он словно не замечал возникавших перед ним проблем и преодолевал их без тени напряжения, подбадривая коллег шуткой или рассказывая про аналогичные ситуации из своей жизни. Еще Гиппократ говорил, что «для руки практика — лучший учитель». Роман Тихонович оперировал до последних дней своей жизни, оставшись в памяти своих учеников и коллег прежде всего виртуозным хирургом.

Кстати говоря, в 1970-х гг не было столь строгой специализации, с которой нам приходится сталкиваться сегодня, и в нашей клинике проводились операции на пищеводе, выполнялись резекции легких и пульмонэктомии, операции на сосудах и молочной железе.

Время работы над кандидатской диссертацией всегда пробуждает во мне теплые воспоминания... И одно из них — это отношение Романа Тихоновича к нам, молодым хирургам. Он никогда не ставил перед нами конкретных строгих задач, давая простор для творчества молодому пытливому уму. Но когда требовалась помощь в работе, использовал все свои связи и знакомства для проведения экспериментальных исследований или привлечения ученых других специальностей — патоморфологов, биохимиков и др. Я не помню, чтобы он кого-то очень хвалил в глаза, но мы всегда знали, что Роман Тихонович в курсе всех наших дел и именно по ним он судит о нас и о нашей дальнейшей перспективе работы на кафедре.

Вспоминается такой случай. Во время апробации диссертации по эндоскопической остановке желудочных кровотечений в зале неожиданно открылась дверь, и хирург приемного отделения сообщил, что поступил больной с профузным кровотечением. По общему согласию все присутствующие перешли в эндоскопическое отделение, и апробация продолжилась уже «у постели больного». Кровотечение было остановлено. «Практическая значимость» успешно доказана.

Кстати, в науке Роман Тихонович был очень проницательным и прекрасно ориентировался в основных научных направлениях того времени. Он очень хорошо видел перспективу научных исследований

и активно поощрял тех, кто ими занимался, был чрезвычайно горд, когда появлялись реальные успехи. Это позволяло кафедре находиться на передовых рубежах по всем направлениям общей хирургии. Достаточно сказать, что только внедрявшаяся в практику эндоскопическая техника была на кафедре одной из самых лучших, а эндоскопическую диагностику и остановку желудочно-кишечных кровотечений приезжали осваивать не только из различных московских клиник, но также из других городов и республик. Впервые в СССР из нашей клиники вышла диссертационная работа по ретроградной панкреатохолангиографии, и первой выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкрементов из желчных путей. Клиника гордилась тем, что в ее составе работал ассистент В. А. Невский, стоявший у истоков разработки сшивающих аппаратов, которые он впервые показал на выставке в Берлине. Именно с этого момента можно отсчитывать открытие эры механического шва. Ученик Романа Тихоновича, профессор В. А. Пенин, впервые стал говорить о том, что операции при деструктивном панкреатите должны выполняться по очень строгим показаниям, а консервативное лечение в острую фазу заболевания должно стать основным, и предложил ряд препаратов, тормозящих секреторную функцию поджелудочной железы, таких как деларгин, соматостатин. Они прошли испытания в экспериментальной лаборатории и клинике и активно используются в практике по сей день.

В нашей стране и за рубежом лапароскопические операции стали сегодня делом обычным. Однако немногие сейчас помнят, что самые первые из них выполнялись в нашей клинике профессором Р. Х. Васильевым, а доктор медицинских наук Д. А. Демидов в эксперименте на свиньях выполнил первую в нашей стране, а может быть и в мире, лапароскопическую холецистэктомию. Шовные материалы с заданными сроками рассасывания также были разработаны и внедрены на нашей кафедре ассистентами В. А. Митрюхиным и И. И. Михайловым. На кафедре существовала лаборатория, разрабатывавшая проблему лечения постгастрорезекционных синдромов. Сложнейшие реконструктивные операции выполнялись старшим научным сотрудником С. П. Маркиным. Естественно, что Роман Тихонович, на чей век пришлось такие открытия, как переливание крови и антибиотикотерапия, уделил пристальное внимание результатам дренирования грудного лимфатического протока, полученным аспирантом кафедры,

а ныне профессором Б. М. Уртаевым. Это перспективное научное направление возглавил ближайший ученик Романа Тихоновича, в будущем член-корреспондент РАН, профессор И. В. Ярема.

Хочется вспомнить и то, что Роман Тихонович был очень гостеприимным хозяином. Он любил собирать всю кафедру на свой день рождения 9 мая. Эта традиция сохранилась до настоящего времени.

Очень важно, что дело, которому посвятил свою жизнь Роман Тихонович, и его научные идеи нашли воплощение в работах учеников, а память о нем жива в их сердцах...

## **Профессор Людмила Александровна Панченкова**

### ***Уроки клинического мышления***

Начну с того, что мой выпуск лечебного факультета ММСИ (МГМСУ) в 1972 г. был первым после открытия лечебного факультета. И я, студентка 4 курса 11 группы Евстигнеева Людмила, впервые познакомилась с кафедрой факультетской хирургии, которой заведовал тогда профессор Роман Тихонович Панченков. Лекции по факультетской хирургии устраивались для всего курса, и читал почти весь курс профессор Панченков. Читал блестяще! Не было на лекциях специальных эффектов и аппаратуры. Были несколько таблиц и рисунков, развешанных на гвоздиках на большой школьной доске, и прекрасное, эмоциональное, глубокое изложение на хорошем литературном языке темы лекции. Но особенно интересным был 2-й час лекции, когда проходила клиническая демонстрация больного с конкретным клиническим случаем по теме лекции. Я не знаю, почему, но я до сих пор помню, как профессор Р. Т. Панченков прекрасно читал лекцию «Язвенная болезнь желудка. Операции по Бильрот-I и Бильрот-II».

На 5 и 6 курсах Роман Тихонович уже заведовал кафедрой госпитальной хирургии, а его лекции были настолько хороши, что их посещение сопровождалось, можно сказать, аншлагом.

Семинарские занятия по факультетской хирургии в нашей группе вел доцент В. А. Пенин, ученик профессора Панченкова. Я помню занятия, на которых В. А. Пенин очень подробно и с увлечением знакомил нас с понятием КШС. Нам тогда казалось: причем тут КШС? Какое отно-

шение к нему имеет хирургия? Как ни странно, но именно эта тема впоследствии легла в основу моей кандидатской диссертации, но по внутренним болезням. Да и сейчас, можно сказать, не отпускает.

Я очень хорошо помню обстановку и прохождение первого государственного экзамена по хирургии на 6 курсе. Мы в те годы сдавали 5 предметов: внутренние болезни, хирургию, акушерство и гинекологию, философию, гигиену и организацию здравоохранения. Государственная комиссия оценивала наш образовательный и профессиональный потенциал интегрально. На подготовку каждого предмета отводилось 6–7 дней. Государственный экзамен по хирургии проводился в большом стеклянном холле ГКБ № 36, которая была клинической базой института. Стол с хирургическими инструментами находился в одном конце зала, кушетки с больными — в другом конце зала, а государственная комиссия располагалась между ними. Я шла на экзамен в первой десятке, чтобы быстрее сдать. Вытянув билет, я не поверила своим глазам: 1) «Язвенная болезнь желудка»; 2) «Операции по Бильрот-I и Бильрот-II»; 3) Оказание помощи и сортировка больных на участке ППГ (полевой подвижный госпиталь). Я отвечала Роману Тихоновичу Панченкову. Страшно волновалась и успокоилась только тогда, когда поняла, что вроде бы «не позорюсь». Спрашивали меня доброжелательно, но конкретно. Отличной оценкой по хирургии на государственном экзамене, полученной от профессора Романа Тихоновича Панченкова, горжусь до сих пор!

Наши учителя были чудесными клиницистами! Их так учили! Они всегда имели блестящую клиническую базу по терапии, считая ее стержневой в подготовке врача-лечебника любой специальности. Я убедилась в этом на первом году ординатуры, когда Роман Тихонович был приглашен на консультацию в терапевтическое отделение к тяжелому лихорадящему больному с неясным клиническим диагнозом. Роман Тихонович, как всегда, был в белоснежном халате, белоснежной накрахмаленной медицинской шапочке. Он был еще и очень красив. Мы, ординаторы-терапевты, удивились тогда одной детали — у него из кармана халата явственно выглядывал наш терапевтический фонендоскоп. Внимательно осмотрев больного, он вынул фонендоскоп и стал выслушивать легкие и сердце больного — сам! Далее весь клинический осмотр был проведен и обсужден профессионально и конструктивно. Больного перевели в хирургическое отделение. Но мы, ординаторы, набравшись смелости, спросили Романа Тихоновича, зачем он, хирург,

носит фонендоскоп в кармане? Ответ был однозначен: хирург — это врач-лечебник, и он должен при необходимости сам выявить терапевтические симптомы, помогающие поставить хирургический диагноз. Так учили его корифеи-хирурги!

Вот такой образ прекрасного клинициста, блестящего хирурга я до сих пор храню в памяти. И горжусь, что прошла классическую школу подготовки к врачеванию у таких ярких и талантливых учителей-хирургов и терапевтов. Эту школу, обучающую клиническому мышлению, ни при каких современных веяниях нельзя растерять.

### **Доцент Татьяна Евгеньевна Павлова**

#### *Воспоминания студента*

В моей жизни мне довелось повстречать замечательного ученого, отличного хирурга и очень интересного человека профессора Романа Тихоновича Панченкова. Впервые я увидела Романа Тихоновича на лекции по факультетской хирургии, которую он читал на нашем потоке. Это событие произошло более пятидесяти лет назад, и многое стерлось из памяти. Однако я прекрасно помню облик, манеру поведения и голос Романа Тихоновича. В лекционный зал заведующий кафедрой профессор Р. Т. Панченков входил спокойно и уверенно. Он по-особенному носил медицинскую шапочку, немного сдвинув ее назад. Роман Тихонович читал великолепные, очень содержательные лекции. Мне очень нравилась четкость изложения темы лекции, примеры из клинической практики. Привлекали также интеллигентные манеры, выдержанность, спокойная, грамотная и красивая речь. Особенно интересно Роман Тихонович читал лекции о заболеваниях печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. К моему большому сожалению, я не была лично знакома с профессором Р. Т. Панченковым. Тем не менее, мне посчастливилось дважды лично побеседовать с Романом Тихоновичем на экзаменах. Первый раз я сдавала ему экзамен на кафедре факультетской хирургии, а второй раз — выпускной государственный экзамен по хирургии. Роман Тихонович принимал экзамены крайне доброжелательно и уважительно к студентам. Одновременно хочется отметить, что Роман Тихонович был равнодушным и эмоциональным человеком.

Во время подготовки к ответу на государственном экзамене я стала свидетелем живой и очень эмоциональной реакции профессора на ответы выпускников.

Гневно и даже уничижительно он охарактеризовал ответ одной студентки, которая крайне плохо подготовилась к экзамену. Хорошие ответы поощрялись одобрительными возгласами и эпитетами.

Я думаю, что такие яркие и творческие люди, как профессор Роман Тихонович Панченков, своим примером, без нравоучений и назиданий, оказывают огромное влияние на воспитание и становление личности студентов-медиков. По крайней мере на меня как человека, на мое становление как преподавателя профессор Роман Тихонович Панченков оказал большое влияние.

## Врач Юрий Викторович Шапиро

### *Из неизданного*<sup>8</sup>

Мне пришлось работать с великими хирургами — Б. С. Розановым и П. О. Андросовым, чьи оперативные возможности были поистине безграничны, с блестящими хирургами Н. Ф. Березкиным, Л. З. Франк-Каменецким, Р. Т. Панченковым, П. Г. Брюсовым, Я. С. Меерзоном, для которых почти не существовало технических трудностей.

В 1962 г. я предпринял попытку перейти в Боткинскую больницу, где открылась вакансия. Я был в Боткинской и встретил там Бориса Сергеевича Розанова. Он сказал мне, что хочет, чтобы я подал документы на конкурс, и пообещал поддержать мою кандидатуру. Документы я подал. Главным врачом Боткинской больницы в то время был Юрий Григорьевич Антонов, работавший до этого начальником 4-го Главного управления Министерства здравоохранения РСФСР, а еще раньше долгие годы работавший на Украине. На заседание конкурсной комиссии, где рассматривалось мое заявление, Б. С. Розанов просил пойти Романа Тихоновича Панченкова, который при обсуждении дал мне

<sup>8</sup> Воспоминания Ю. В. Шапиро, к сожалению, не были изданы типографским путем, но найдены в сети INTERNET в виде рукописи «Воспоминания о прожитой жизни. Мемуары хирурга».

очень хорошую характеристику и сказал, что клиника поддерживает мою кандидатуру. Антонов зачитал характеристику, данную мне в 29-й больнице, и сказал: «Характеристика отличная. Я считаю, что мы не имеем права лишать 29-ю больницу такого специалиста. Поэтому мы с прискорбием вынуждены вам отказать». Мне стало смешно. «Вы собрались здесь, чтобы отбирать худших?» — спросил я его. «Жаль, что вы ничего не поняли», — ответил он. — «Зайдите ко мне после заседания комиссии, и я вам все объясню». Но я к нему не пошел. Роман Тихонович вышел с заседания комиссии как оплеванный, ему стыдно было смотреть мне в глаза. «Ты сам отлично понимаешь, логики в этом нет, одна зоология» — заключил он. Борис Сергеевич тоже был огорчен. Ведь он настолько был во мне уверен, что меня заранее внесли в график дежурств. Между тем жизнь продолжалась...

С дочерью Александра Александровича Вишневого Машей связана история, которую я и Володя Кассиль, принимавший в ней непосредственное участие, вспоминаем, веселясь от души. Весной 1960 г. в Колонном зале состоялся съезд хирургов СССР. Программный доклад делал академик Вишневский, с докладом, обобщающим опыт 10000 эзофагоскопий с целью удаления из пищевода инородных тел, выступил Борис Сергеевич Розанов, великий мастер этой очень непростой манипуляции. Вся наша боткинская компания присутствовала на съезде. В перерыве Володя познакомил меня с своей однокурсницей Машей Вишневской, которая после того, как она перезнакомилась с всеми нами, не отходила от нас ни на шаг. В то время ей было лет 25, она была недурна собой, держалась с большим апломбом. После окончания доклада Борис Сергеевич подошел к нам и пригласил всех в ресторан «Будапешт», где уже заказан банкетный зал. Володя и я переглянулись, у нас не было денег. Порывшись в карманах, мы с трудом наскребли десятку. Отказываться от приглашения было неприлично, но нас было человек тридцать, и мы понимали, что Борис Сергеевич мог не располагать такой суммой. Маша Вишневская, стоявшая рядом с нами, приняла приглашение и на свой счет, от чего нам стало совсем худо — ведь платить придется и за нее. В ресторане было очень весело, Борис Сергеевич был в ударе, рассказывал много интересных историй, обстановка была непринужденной. Мы с Володей сидели ни живы, ни мертвы, с ужасом ожидая момент, когда будет подан счет. И такой момент наступил! Мэтр подошел к Борису Сергеевичу и протянул ему счет. Сердца наши

остановились! В этот момент Роман Тихонович Панченков, сидевший рядом с Борисом Сергеевичем, взял из рук метрдотеля бумажку, мельком взглянул на нее, вынул из кармана пиджака пачку денег и отдал ее. Сердца наши забились вновь, и мы смогли вздохнуть. Но мои мучения на этом не кончились. Мы вышли из ресторана. «Ты, конечно, проводишь Машу домой», — сказал мне мой друг Володя. Что мне оставалось делать? Я поймал такси, мы сели в машину. В уме я производил сложные арифметические подсчеты, решая, хватит ли мне денег, чтобы расплатиться за такси. К счастью, Маша жила на Новослободской в академическом доме, и денег мне хватило. На следующий день мы вернули деньги Роману Тихоновичу, от души поблагодарив его.

**Кафедра — это не только работа, это — жизнь!**



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Авторы книги выражают благодарность всем, кто поддержал издание этой книги. И в первую очередь — ректору Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, президенту общества врачей России, академику РАН, профессору Олегу Олеговичу Янушевичу.

Искренне благодарим наших коллег, поделившихся воспоминаниями о работе и общении с Романом Тихоновичем Панченковым: академика РАН Анатолия Ивановича Мартынова, профессора Сергея Ивановича Емельянова, профессора Анатолия Николаевича Лежнева, профессора Бексолтана Махарбековича Уртаева, профессора Валерия Вадимовича Струсова, профессора Юрия Павловича Попова, профессора Людмилу Александровну Панченкову, доцента Татьяну Евгеньевну Павлову и др.

Приближается 100-летие со дня рождения профессора Р. Т. Панченкова. Интерес к его личности, достижениям возглавляемого им коллектива позволяет с уверенностью сказать, что дело всей жизни Романа Тихоновича продолжается в его учениках, учениках учеников и будет жить еще очень долго!



# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>От авторов .....</b>	<b>5</b>
<b>Биография Р.Т. Панченкова.....</b>	<b>6</b>
<b>Хирургическая деятельность Р.Т. Панченкова .....</b>	<b>12</b>
<b>Работа на кафедре госпитальной хирургии .....</b>	<b>14</b>
<b>Направления научных исследований</b>	
<b>Р.Т. Панченкова и его учеников.....</b>	<b>22</b>
Ургентная абдоминальная хирургия.....	28
Список диссертаций и наиболее важных публикаций.....	32
Оптимизация материалов и методов хирургического шва.....	33
Список диссертаций и наиболее важных публикаций.....	35
Лимфодренирование в хирургической практике.....	35
Список диссертаций и наиболее важных публикаций.....	38
Новые методы диагностики и лечения .....	39
Список диссертаций и наиболее важных публикаций.....	40
<b>Изобретения профессора Р.Т. Панченкова, его коллег и учеников .....</b>	<b>42</b>
Способ остановки острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта .....	42
Способы лечения острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости.....	44
Способ детоксикации организма .....	47
Способ лечения деструктивного панкреатита .....	49
Способ снижения желудочной секреции.....	50

Способ лечения воспалительных заболеваний органов брюшной полости .....	52
Способ лечения пептической язвы двенадцатиперстной кишки.....	55

## **Признание заслуг профессора Р.Т. Панченкова .....**

## **Воспоминания о профессоре Р.Т. Панченкове коллег, учеников, друзей и родственников .....**

Академик РАН, профессор Анатолий Иванович Мартынов.....	57
Член-корреспондент РАН, профессор Иван Васильевич Ярема .....	59
Профессор Елена Васильевна Потемкина .....	61
Профессор Анатолий Николаевич Лежнев .....	74
Профессор Сергей Иванович Емельянов.....	78
Профессор Бексолтан Махарбекович Уртаев.....	80
Профессор Валерий Вадимович Струсов.....	82
Профессор Юрий Павлович Попов.....	84
Профессор Людмила Александровна Панченкова.....	89
Доцент Татьяна Евгеньевна Павлова.....	91
Врач Юрий Викторович Шапиро.....	92
Кафедра – это не только работа, это – жизнь!.....	94

## **Заключение .....**

**95**

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Московский государственный медико-стоматологический  
университет имени А.И. Евдокимова  
Центр развития историко-медицинских музеев России

**Пашков Константин Анатольевич,  
Нечаев Олег Игоревич**

**Профессор  
РОМАН ТИХОНОВИЧ ПАНЧЕНКОВ**

ООО «М-ПРИНТ»  
119017, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 37, этаж 2, помещ. I, ком. 1, офис 154

Подписано в печать 10.06.2022. Формат 148×230 мм.  
Печать офсетная. Бумага офсетная.  
Тираж 100 экз.

ISBN 978-5-6047703-3-7



9 785604 770337