



Аркадий Вениаминович ДУБРОВСКИЙ – торакальный хирург. Он прошел в московской фтизиатрии путь длиной в 60 лет. Это человек, общение с которым обогащает и вдохновляет. Его воспоминания о жизни и коллегах, энтузиазм, знания и идеи, которые привели к современным достижениям в лечении больных туберкулезом, убеждают в мысли, что Личность во фтизиатрии – не редкость.

ЛИЧНОСТЬ ВО ФТИЗИАТРИИ – НЕ РЕДКОСТЬ

Диалог ведет Татьяна Мохрякова, врач и журналист

– Аркадий Вениаминович, фтизиатрия – специальность, которая требует внимательности, терпения, умения наблюдать и не делать поспешных выводов. А хирургия ждет от врача быстрого принятия решений. Как это сочетается в Вашей профессиональной жизни – хирург во фтизиатрии?

– Сочетается. У каждого врача своя философия, свой подход. Как представитель старой школы, видевшей при туберкулезе хорошие результаты химиотерапии, коллапсотерапии и коллапсохирургии, я считаю, что спешить с хирургическим лечением нельзя. Многолетняя практика выработала четкие показания для оперативных вмешательств в зависимости от формы и распространенности процесса, характера и длительности терапии, переносимости лекарственных средств. Но существуют обстоятельства, которые требуют немедленного решения (например, легочные кровотечения и кровохарканья). При неясном диагнозе, при подозрении на злокачественную опухоль также нельзя откладывать операцию.

– Что, на Ваш взгляд, важно для хирурга?

– По-доброму относиться к больному, сочувствовать ему. Я сам перенес туберкулез и знаю, как это важно для пациента. Помню случай во время своего обучения. Когда мы, студенты, по очереди поддували больных туберкулезом, наблюдающий за процедурами врач отозвал меня в сторону и сказал: «Поэтому, как Вы вели себя с больным, я понял, что Вы болели туберкулезом и сами поддувались».

– Да, видимо, в момент проведения искусственного пневмоторакса, зная, что ощущает больной, у Вас уже тогда получалось максимально облегчить его страдания. А как Вы пришли в медицину?

– Когда я оканчивал школу, моя сестра Тамара уже училась в медицинском институте. Она и увлекла меня. Начав учиться, я мечтал связать свою жизнь с наукой: искренне хотел стать физиологом.

– Чем Вас так увлекла физиология?

– Думаю, многое решал авторитет личности. В то время кафедрой физиологии Второго Московского мединститута заведовала профессор Лина Соломоновна Штерн – первая в СССР женщина-академик. Она была во многом уникальна. Получила образование в Женевском университете, стала в нем первой женщиной-профессором. Она поехала в СССР по приглашению наших властей вместе с купленной на свои деньги в Швейцарии лабораторией. Будучи убежденной коммунисткой, Лина Соломоновна хотела участвовать в строительстве коммунистического общества.

Это она открыла гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), регулирующий образование и состав цереброспинальной жидкости, и показала, что через него из крови в ликвор, омывающий мозг, могут пройти не все лекарства. Ее вклад в медицинскую науку и практику огромен: например, раньше диагноз «туберкулезный менингит» у маленьких детей был смертельным.

Лина Соломоновна Штерн родилась в 1878 году в г. Либаве (ныне – г. Лиепая, Латвия). Высшее медицинское образование получила в Женевском университете (Швейцария), где увлеклась физиологией, и студенткой IV курса опубликовала первую научную работу, посвященную внутрисекреторной функции почек. Продолжив научную карьеру в стенах alma mater, Л.С. Штерн в 1904 г. стала ассистентом на кафедре физиологии, в 1906 г. – приват-доцентом, а в 1917 г. – первой из женщин – экстраординарным профессором и вскоре возглавила вновь созданную кафедру физиологической химии. В круг ее научных интересов входили проблемы клеточного дыхания, биологически активных веществ, физиология центральной нервной системы. В 1918 г. сформулировала концепцию гематоэнцефалического барьера и начала исследования, за которые уже гораздо позже, в 1943 г., была удостоена Сталинской премии II степени.

В 1925 г. Лина Соломоновна по приглашению основоположника советской биохимии А.Н. Баха переехала в СССР и сразу же развила бурную и продуктивную научную деятельность. Она стала профессором Второго Московского медицинского института (1925–1948 гг.) и одновременно директором Института физиологии АН СССР (1929–1948 гг.), возглавляла отдел биохимии Института инфекционных болезней им. И.И. Мечникова (с 1926 г.), организовала и возглавила НИИ физиологии, а также отдел возрастной физиологии в Институте охраны материнства и младенчества, выпускала «Бюллетень биологии и экспериментальной медицины».

В 1934 г. Л.С. Штерн первой из советских женщин-ученых было присвоено звание «Заслуженный деятель науки», в 1939 г. она стала первой женщиной действительным членом Академии наук СССР (по отделению биологических наук), а в 1944 г. была избрана действительным членом созданной Академии медицинских наук СССР.



Как член президиума Еврейского антифашистского комитета в 1949 г. была арестована, провела несколько лет в тюрьме и в июле 1952 г. приговорена к 3,5 годам заключения с последующими 5 годами ссылки в г. Джамбул (ныне – г. Тараз, Казахстан). Амнистирована в 1953 г. (но полностью реабилитирована только в 1958 г.). В 1954–1968 г. Л.С. Штерн заведовала отделом физиологии Института биофизики АН СССР, где начала систематическое изучение таких фундаментальных биологических проблем, как сон и долголетие. Л.С. Штерн скончалась 7 марта 1968 г. и была похоронена на Новодевичьем кладбище в г. Москве.

После запуска производства стрептомицина в США Лина Соломоновна по своей инициативе купила (опять же на свои деньги) дорогий по тем временам антибиотик (1000 рублей за грамм при зарплате врача в СССР 80–120 рублей) и исследовала его в своей лаборатории. Она первая стала вводить стрептомицин больным туберкулезным менингитом в мозжечково-мозговую цистерну (субокипитально), и люди начали выздоравливать. С тех пор мы успешно лечим туберкулезный менингит, правда, сегодня вводим его эндолумбально: в пространство между твердой оболочкой спинного мозга и надкостницей позвонков.

– Почему же в выборе специальности и направления победила фтизиатрия?

– В 1949 г. Л.С. Штерн арестовали как врага народа, признав ее учение о ГЭБ неверным, и сослали в Казахстан. Научная работа на кафедре физиологии заглохла, и я стал искать для себя новое направление. Решил стать неврологом.

Но решающую роль в моей профессиональной судьбе сыграла болезнь. На третьем курсе мединститута, когда я проходил цикл на кафедре фтизиатрии у профессора В.Л. Эйниса, у меня обнаружили туберкулез. И после излечения я был распределен фтизиатром в тысячекоечный «Третий украинский туберкулезный санаторий», который все знали как «Занки» – по названию расположенного рядом небольшого городка в 60 км от Харькова.

– Неожиданный поворот на жизненном пути ...

– И я подумал: «Раз уж я пошел во фтизиатрию, буду хирургом». Сначала трудился в эмпиемном отделении, потом – в хирургическом. Первым учителем практической хирургии считая Алексея Иннокентьевича Смирнова.

– На Стромынке, 10 ...

– Спустя три года я подал документы в ординатуру на кафедру фтизиатрии к В.Л. Эйнису, был принят и вернулся в Москву.

– *Вновь Стромынка, где Вы когда-то и учились, и лечились...*

– Я поступил в ординатуру в 1956 г. Мне очень повезло: за год до этого из-за капремонта в Центральном институте туберкулеза на Стромынку временно переехала клиника Л.К. Богуша – одного из величайших хирургов XX века. После смерти своей жены от туберкулеза, после фронта, Лев Константинович посвятил свою работу борьбе с этим заболеванием, внес неопределимый вклад в развитие торакальной хирургии в России. Кроме разработки и усовершенствования резекционных операций на легких, он настоял на внедрении в хирургическую практику общего наркоза: до начала 1950-х годов резекции легких проводили под местной анестезией. Первый наркоз больному туберкулезом легких в СССР дала по настоянию Л.К. Богуша Тамара Федоровна Глущенко (Зяблина), вскоре ставшая заведующей отделением анестезиологии и реанимации.

После раннего ухода Т.Ф. Зяблиной ее сменила Надежда Николаевна Рыбакова, благодаря высокому профессионализму которой, а также внедрению в практику новой аппаратуры и препаратов практически прекратились анестезиологические осложнения. На Стромынке наступила новая эра в работе хирургов: мы смогли выполнять самые травматичные вмешательства, не задумываясь об осложнениях наркоза.

Надежда Николаевна после многих лет работы анестезиологом стала заместителем главного врача по лечебной части, а позже – главным врачом клиники. И на всех должностях проявлялся ее необычайный талант специалиста и организатора. Она реконструировала операционные на Стромынке и создала отделение реанимации, а до этого, перед уходом из анестезиологии, подготовила достойную смену – Веру Константиновну Верещагину.

– *Трудно себе представить, что когда-то больной во время операции мог общаться с оперирующими хирургами.*

– Хирург обязан был беседовать с пациентом во время операции, слышать голос больного и оценивать его состояние: спрашивал его о самочувствии, а также о погоде, о любимых фильмах...

Расскажу интересный случай. В конце 1950-х годов к нам приехал ведущий торакальный хирург ФРГ профессор Ринк. В течение недели Л.К. Богуш провел на Стромынке ряд показательных операций: выполнил под местной анестезией сегментарную резекцию, лобэктомию, пневмонэктомию и, наконец, плеврэктомию. Беседы Льва Константиновича с больными во время операции, особенно во время плеврэктомии, потрясли профессора Ринка. По окончании недели операций на заключительном банкете он сказал: «Операцию в таком объеме под местной анестезией может перенести только русская душа.



Мемориальная доска, установленная в память В.Л. Эйниса в здании Клиники № 1 МНПЦ борьбы с туберкулезом (ул. Стромынка, д. 10)

Владимир Львович Эйнис родился в г. Екатеринодаре (ныне г. Краснодар). Окончил медицинский факультет Фрейбургского университета в 1913 г., работал в туберкулезных санаториях в Германии. В 1915 г. вернулся в Россию, работал фтизиатром на Северном Кавказе. В начале 1920-х годов руководил кафедрой семиотики Кубанского медицинского института и организованным им Северокавказским туберкулезным институтом.

В 1926–1929 гг. вел курс туберкулеза в Первом МГУ, в 1929–1952 гг. заведовал организованной им кафедрой туберкулеза Второго МГУ (с 1930 г. – Второй Московский медицинский институт) и был директором организованного им. Московского туберкулезного института (1928–1956 гг.), в 1956–1978 гг. заведовал терапевтическим отделением Центрального НИИ туберкулеза. Один из создателей классификации туберкулеза, принятой в 1948 г. Много внимания уделял лечению туберкулеза (диететике, климато- и химиотерапии, хирургическому лечению). Председатель Всесоюзного и Московского обществ фтизиатров. Заслуженный деятель науки РСФСР (1958 г.). Скончался в 1978 г.

В 2015 г. Межрегиональная общественная организация «Московское общество фтизиатров» учредила премию имени профессора В.Л. Эйниса за лучшую работу в области диагностики и лечения туберкулеза¹.

Российская торакальная хирургия выше всех!» Профессор Владимир Львович Эйнис, директор клиники, ответил ему: «Мы не привыкли ставить себя выше других, но и другим не позволим ставить себя выше».

– *Слова Эйниса впечатляют. Он ведь был терапевтом и одним из талантливых организаторов противотуберкулезной помощи в России.*

¹ Туберкулёз и социально значимые заболевания. – 2015. – № 2. – С. 98-102.

– Да, Владимир Львович был настоящим титаном: интересным, энергичным, талантливым врачом и организатором. В 20-е годы XX века он открыл в Краснодаре первый в СССР Институт туберкулеза. Он чудом избежал расстрела: из колонны приговоренных людей его вытащил первый секретарь обкома – его коллега, и посоветовал срочно покинуть город.

В 1926 г. при участии В.Л. Эйниса в московской Остроумовской больнице было организовано туберкулезное отделение, которое расположилось на Стромынке, дом 4 – через дорогу от нее. После расширения, многих переименований¹ и объединений сегодня это Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом с несколько изменившимся почтовым, но не фактическим адресом: Стромынка, дом 10.

– И почти все перемены шли при Вас: с центром, которому в 2016 году исполняется 90, Вы знакомы более 60 лет!

– И я бы очень хотел, чтобы коллеги не забывали тех, кто здесь работал. Инициатором внедрения хирургических методов лечения у больных туберкулезом легких был профессор В.Л. Эйнис. В отличие от многих других терапевтов-фтизиатров Владимир Львович считал, что бороться с туберкулезом без хирургических методов невозможно. Он называл себя «энтузиастом хирургии». Я считаю В.Л. Эйниса гениальным организатором. И очень рад, что причастен к установке памятной доски В.Л. Эйнису в вестибюле при входе в нынешнюю Клинику № 1 МНПЦ борьбы с туберкулезом.

Именно В.Л. Эйнис уговорил в начале 1930-х годов заведующего хирургическим отделением Остроумовской больницы Бориса Максимилиановича Гармсена оперировать больных туберкулезом.

Б.М. Гармсен блестяще оперировал, но было много послеоперационных осложнений. Тогда стало ясно, что больных туберкулезом выхаживать после операций в общей хирургии невозможно. В.Л. Эйнис выделил 30 коек для хирургического отделения. Операционный блок помог создать жена Б.М. Гармсена, которая много лет проработала в нашем отделении старшей операционной сестрой.

Заведовал отделением сначала Сергей Иванович Лапин. Тогда же работала талантливый хирург Рахиль Эммануиловна Коган, которая много ассистировала Б.М. Гармсону. После каждой операции она ночевала в клинике от одного до трех дней,

чтобы выходить больных. Затем она создала систему ухода за такими больными и обучила ей всех санитарок и медицинских сестер. Результаты были феноменальные: осложнения стали крайне редкими. После С.И. Лапина она заведовала хирургией до конца 1969 г. – до ухода на пенсию.

А бронхологическим отделением клиники заведовала профессор Ашхен Абгаровна Лапина – жена С.И. Лапина. Она же руководила бронхологической секцией Московского общества фтизиатров. Я застал ее уже после смерти мужа. Это была красивая статная женщина с огромными черными глазами. Меня поражала логика ее рассуждений и заключений. Она всегда была в траурном платье, очень редко улыбалась. Урну с прахом мужа в течение 10 лет хранила дома на своем письменном столе.

– Интересно узнать, что на Стромынке в 1950-е годы уже было бронхологическое отделение.

– Да. Это было прекрасно организованное отделение. Тогда были только жесткие бронхоскопы Брюнингса: вы их уже не застали. Меня всегда поражали кажущаяся легкость, с которой А.А. Лапина вводила эти бронхоскопы в трахею больных, и то, как спокойно переносили больные эти процедуры.

В те годы каждым отделением на Стромынке заведовал профессор. Вклад каждого из них неоценим для российской фтизиатрии. Например, монография по пневмотораксу Федора Андриановича Михайлова была признана во всем мире. М.П. Мультиановский издал несколько книг по истории медицины, профессор Д.А. Манучерян был крупным специалистом по туберкулезу брюшной полости, Арон Зусьевич Соркин – по костному туберкулезу, а Эсфирь Абрамовна Рабинович – выдающимся патологоанатомом.

– А после возвращения клиники Л.К. Богуша на Язу Вы продолжали общение с ним?

– Конечно. Лев Константинович консультировал на Стромынке по средам: мы показывали ему всех больных, иногда он оперировал у нас. Так что хирурги Стромынки были под опекой Л.К. Богуша до последнего дня его работы.

7 марта 2015 г. мы отметили 110-летие со дня рождения Л.К. Богуша. Его портрет и сегодня висит в ординаторской хирургического отделения, где я когда-то работал, а сейчас участвую в хирургических советах.

¹ Вехи истории здания на Стромынке, 10:

– 2 марта 1926 г. Боевская богадельня репрофилирована в туберкулезное отделение на 248 коек при больнице имени проф. А.А. Остроумова, на базе которого развернут Институт профилактики и терапии туберкулеза им. А.И. Рыкова;
– 1932–1955 гг. – Московский городской туберкулезный институт;
– с 16 декабря 1955 г. – Московская городская центральная клиническая туберкулезная больница № 1;
– с 1975 г. – Туберкулезная больница № 1 Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома;
– с 1983 г. – Противотуберкулезный диспансер № 1 Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома;
– с 1 июля 1997 г. – ГКУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы» (с 2012 г. – клиника № 1 МНПЦ борьбы с туберкулезом).

– *Рядом с портретом Льва Константиновича Богуша в хирургической ординаторской клиники № 1 на Стромынке – фото Марка Залмановича Соркина. Наверное, Вы и его хорошо знали?*

– Мне очень приятно вспомнить этого удивительного человека. Марк Залманович Соркин стал студентом Первого Московского медицинского института, пройдя пехотинцем всю Великую Отечественную войну и закончив ее в звании капитана. Окончив мединститут, он организовал противотуберкулезный диспансер в городе Дулево, признанный вскоре одним из лучших в Подмоскovie. Мы пришли на Стромынку в один день: я – ординатором, он – штатным хирургом. И уже через полгода работы наш директор В.Л. Эйнис, рассмотрев в нем личность организатора, назначил М.З. Соркина главным врачом, точно предвидя, что он всегда будет блестяще решать любые вопросы. М.З. Соркин организовал флюорографическую службу в Москве. Изначально это было отделение только нашей клиники.

А когда кафедра Л.К. Богуша переехала на Стромынку и встал вопрос о необходимости выделения торакальной хирургии из общей (ее не было тогда даже в московской онкологии), именно Соркин «пробил» этот вопрос. Пациенты с образованиями в легких (в том числе с подозрением на опухоль) стали приходить на консультации к нам.

Благодаря проекту М.З. Соркина и его энергии организатора к зданию клиники на Стромынке были пристроены «крылья», которых не видно с фасада. Это было крайне сложно сделать, ведь постройка дома призрения братьев Боевых – предмет культурного наследия. Кстати, дубовые стены в нашем актовом зале на Стромынке и сегодня радуют глаз благодаря его идеям и связям.

При Марке Залмановиче клиника была оснащена самым современным оборудованием. Он мог из-под земли достать все, что было необходимо для клинической работы: был очень коммуникабелен, энергичен, человечен...

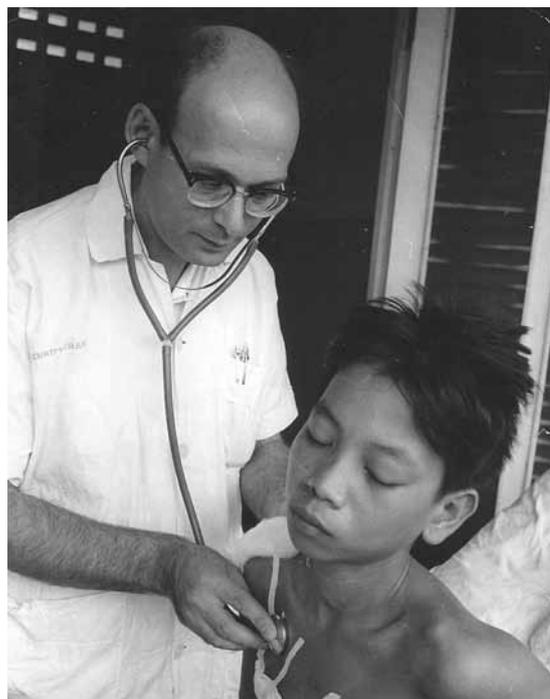
В этот момент нашей беседы в кабинет вошла симпатичная приветливая женщина. Аркадий Вениаминович познакомил нас:

– Это Эльмира Маджидовна Халикова – заведующая эмпиемным кабинетом Центра борьбы с туберкулезом. Ординатуру и аспирантуру она закончила у Л.К. Богуша, осталась на Стромынке: заведовала второй хирургией, сейчас заведует эмпиемным кабинетом.

Эльмира Маджидовна включилась в нашу беседу, сказав много добрых слов о коллегах старой школы. Я понимала, что говорилось все это не для красного словца, а искренне, от души...

Не только о Стромынке...

– *Вскоре после окончания ординатуры Вас назначили заведующим хирургическим отделением?*



А.В. Дубровский в годы работы в Камбодже

– Нет. Заведовать II хирургическим отделением на Стромынке меня назначили через 6 лет, в 1962 г. Заведовать же I хирургическим отделением я стал после 13 лет работы, в декабре 1969 г., когда Р.Э. Коган ушла на пенсию, а я вернулся из Камбоджи.

– *Вы и там оперировали больных туберкулезом?*

– Да. Мы с супругой два с половиной года работали в туберкулезном отделении госпиталя Кхмеро-Советской дружбы в Пномпене в годы правления принца Нарадом Сиаука. Камбоджа – красивейшая страна, где не было голодных, но было много туберкулеза. Я там много оперировал, награжден орденом Камбоджи. Так что могу сегодня без визы ездить в эту страну.

Вернувшись в Москву, с декабря 1969 до 2013 г. заведовал I хирургическим отделением на Стромынке, 10.

– *Аркадий Вениаминович, как Вы пришли к мысли уехать на работу в Камбоджу?*

– Меня уговорил М.З. Соркин после своего возвращения из Пномпеня. Торакальных хирургов там не было даже во французском госпитале. Тогда это была очень редкая специальность. А в нашем госпитале было торакальное отделение, в котором ждали хирурга.

Интересный факт: пока М.З. Соркин работал в Камбодже, обязанности главного врача в клинике на Стромынке, 10 выполняла моя жена Майя Максовна. И за эти два года в ее адрес не было ни одного нарекания и, как говорили коллеги, «не было ни одного обиженного».

– *Майя Максовна тоже много лет трудилась в клинике на Стромынке?*

– Она работала кардиологом и диспансерным врачом, заведовала кабинетом функциональной диагностики, много лет была председателем профсоюзного комитета нашей клиники.

Майя Максовна смотрела всех предоперационных больных, проводила им функциональное обследование, присутствовала на хирургических консилиумах: без ее заключения ни один больной не был оперирован. А главное – она была душой коллектива. И врачи, и сестры, и санитарки, и рабочие хозяйственной части приходили к ней со своими невзгодами, и она умела выслушать людей, сочувствовать им. При этом все знали, что она никогда и никому ничего не передаст. Даже мне. Это было и в институте: ведь мы учились с Майей в одной группе с первого курса.

От изобретений – к практике и науке

– *К сожалению, не все коллеги знают, что Вы – изобретатель хирургических инструментов.*

– Мои первые изобретения были связаны с разработкой новых для того времени операций, предложенных Л.К. Богушем, – внутригрудных торакопластик. Это были распаторы¹ с поворачивающимися лезвиями и реберные кусачки на гибком тросе. Первые макеты оказались не очень удачными, а доработать их я не смог. Через много лет я узнал, что идея мощных кусачек на гибком тросе воплощена в промышленности. Затем я создал пневматический держатель легкого, т.к. обычные держатели травмируют легочную ткань. Однако держатель оказался ненадежным. Мои гибкие ножницы работают до сих пор, но они есть только у нас на Стромынке. Малая серия их оказалась невостребованной, так как не было соответствующей рекламы.

А сейчас я бы очень хотел сделать сшивающий аппарат с рассасывающимися скрепками. Применяемые много лет металлические скобки хороши, но они – инородные тела со всеми соответствующими последствиями. Например, в большом магнитном поле они способны изменить положение, поэтому сделать после операции больному магнитно-резонансную томографию невозможно. Титановые скобки – тоже противопоказание для МРТ.

Недавно мне сообщили, что одним из моих сшивающих аппаратов с рассасывающимися нитями заинтересовались в Италии. Я очень рад этому факту.

– *Ваша кандидатская диссертация была как-то связана с этими изобретениями?*

– Это были 1957–1958 годы. Фактически у меня была готова кандидатская диссертация по внутригрудным торакопластикам, при которых использовались изобретенные мною инструменты. Но Л.К. Богуш сказал мне: «Нет. Ты будешь писать работу по туберкулемам».

– *Почему такое жесткое решение было принято Вашим учителем?*

– Л.К. Богуш объяснил мне так: «Внутригрудные торакопластики – это частный вопрос, а туберкулемы – это проблема». Тогда еще в классификации туберкулеза туберкулемы не выделяли в отдельную форму. При исследовании легких больных, погибших от прогрессирования туберкулеза, таких изменений практически нет. А хирурги встречались с ними. Патологоанатомы обратили внимание на эту новую форму только при исследовании участков легких, удаленных во время операций. Здесь видна борьба организма, отграничивающего участки туберкулезного поражения капсулой.

Лев Константинович Богуш ставил принципиальные вопросы: как часто обостряются процессы у больных с туберкулемами? Как больные с туберкулемами переносят операции? Каковы отдаленные результаты этих операций? Л.К. Богуш уже тогда предвидел, что эти формы туберкулеза будут встречаться чаще. И уже тогда он понимал, что единственный метод излечения больных с этой формой туберкулеза – операция. Но в то время практически все терапевты, за исключением В.Л. Эйниса, были против хирургического лечения туберкулеза.

– *Готова выступить в защиту терапевтов. Коллапсотерапию впервые предложил в 1882 г. итальянский терапевт К. Форланини, а в России внедрил (1910 г.) и опубликовал (1912 г.) первую в мире монографию об этом методе лечения туберкулеза терапевт А.Н. Рубель. Так что бурное развитие фтизиатрической хирургии началось благодаря терапевтам.*

– Вы говорите о коллапсотерапии. Сюда можно прибавить коллапсохирургические методы. Эти методы лечения были уже апробированы и признаны терапевтами. Но речь идет о новой форме хирургических вмешательств – о резекционной хирургии.

Конечно, медицина бурно развивалась, несмотря на чье-то сопротивление. Но факты – упрямая вещь. Когда в 1954 г. Л.К. Богуш внес предложение о выделении новой формы туберкулеза, назвав ее каземой, терапевты, в том числе Алексей Ефимович Рабухин, были категорически против этого.

¹ Распатор – хирургический инструмент, который используют для отделения надкостницы от кости и отслаивания прочных тканей. Надкостница снимается с помощью клиновидной режущей кромки инструмента. В хирургии отделение надкостницы от кости – это один из этапов ряда операций, связанных с необходимостью рассечения кости. (Прим. ред.)



Разбор пациента в хирургическом отделении Туберкулезной больницы № 1 Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома (Стромынка, дом 10), начало 1980-х годов (слева направо): А.А. Казаков, С.Я. Кахидзе, Н.Н. Рыбакова, Э.М. Халикова, А.В. Дубровский, О.В. Агринский

Материалы моей диссертации, выполненной под руководством Л.К. Богуша, опубликованы в совместной с Л.К. Богушем монографии «Хирургическое лечение казеомы легкого».

В итоге терапевты со временем признали необходимость не только коллапсохирургических вмешательств, но и резекционной хирургии при туберкулезе: и при фиброзно-кавернозном туберкулезе, и при туберкулемах.

– Кто был Вашим оппонентом на защите диссертации?

– Оппонентом была жена А.Е. Рабухина – Валентина Дмитриевна Ямпольская, профессор, заведующая отделением в Центральном НИИ туберкулеза на Яузе. Она высоко оценила мою работу, приравняв ее по объему информации и выводам к докторской диссертации.

Лев Константинович поздравил меня словами: «Теперь можешь защищать докторскую по торакопластикам: у тебя уже есть патенты, ты предлагаешь свою методику...» Но я к тому времени остыл к торакопластикам. Я отдал тему и весь материал нашему молодому хирургу Александру Казакову, который вскоре блестяще защитил кандидатскую диссертацию.

Деятельность в клинике и работа над туберкулемами убедила меня в крайней важности дифференциальной диагностики округлых образований в легком. На нашем послеоперационном материале мною было собрано более 120 различных но-

зологических единиц, скрывающихся под формой округлых образований. Этой темой я занимался много лет. Были изучены все возможные методы обследования: и клинические, и рентгенологические. Созданы специальные иглы для биопсии легкого. Испытано много иммунологических тестов в Центральном НИИ туберкулеза, где работал брат моей жены профессор Аркадий Максевич Мороз. Самое большое отличие туберкулезных фокусов от других достигало 60–70%. Хотелось большего. Поэтому я решил, что собранный материал – не повод для защиты докторской. Хотя работа была интересной, по результатам исследований было напечатано много статей.

– Раньше бытовало мнение, что туберкулез и рак в одном теле не сочетаемы.

– К сожалению, это не так. Установлено, что у больных туберкулезом рак легких встречается в 4,5–7 раз чаще, чем у других больных. Он нередко развивается в посттуберкулезных рубцах, но иногда рядом с активными фокусами и даже в стенках каверн. Практически у больных всеми формами туберкулеза. Все существующие тесты, к сожалению, не позволяют дифференцировать инфекционный и онкологический процессы. Этой темой я занимался много лет. Накоплен очень большой материал, сделано много докладов, написан ряд статей. Я отдал эту тему одному из наших хирургов, который написал

диссертацию по ней. Однако случилось непредвиденное. Вся работа пропала в компьютере. Восстановить материалы не удалось даже приглашенным специалистам. А восстанавливать по памяти – дело крайне трудное. Ведь нужны детали, анализы, которые восстановить чрезвычайно нелегко. Да и работа хирурга не оставляет практически свободного времени. Так и эта тема осталась незаконченной.

– Как Вы думаете, Аркадий Вениаминович, туберкулез в нашей стране победим? Мы можем достичь показателей Европы?

– Для этого нужны хорошие социальные условия. Кстати, в 1980-е годы мы уже почти не видели в нашей клинике москвичей. Лечиться в столицу приезжали в основном люди из Средней Азии и Закавказья. Было время, когда наши научные сотрудники выезжали в республики СССР и привозили больных. В 1990-е годы, когда ухудшились условия жизни, москвичи вновь стали болеть.

– Сегодня приходится возвращаться к коллапсохирургическим вмешательствам, к торакопластике во фтизиатрической хирургии?

– Конечно. Эти методы при некоторых формах туберкулеза незаменимы. Передо мной прошла эпоха становления резекционной хирургии, анестезиологии, швивающих аппаратов, появления и усовершенствования лекарств. Могу с удовлетворением сказать, что работать хирургом сейчас намного легче.

– Аркадий Вениаминович, какие еще идеи у Вас были?

– Идей всегда было много, но воплотить в жизнь что-либо крайне трудно. Одна из самых заветных и, к сожалению, невоплощенных идей – получение увеличенных рентгеновских изображений: вплоть до получения изображения клетки. Это бы решило все вопросы дифференциальной диагностики. С помощью нашего рентгентехника я сделал ряд снимков муляжа, приблизив рентгеновскую трубку к объекту и отодвинув кассету. Получилось увеличенное вдвое изображение. Однако доза облучения тоже увеличивалась. Дальнейшее ее увеличение на современном томографе было невозможным. Тогда я обратился к специалистам с предложением создать рентгеновский томографический микроскоп: предложил расположить на месте пленки фотокатод электронно-оптического преобразователя с последующей регистрацией изображения на телевизионном экране с фотографированием изображения на пленку или серию пленок с последующим суммированием изображений. По расчетам можно было бы получить изображение тонкого слоя, увеличенное в 100–900 раз, то есть изображение клетки. Камнем преткновения этой идеи оказалась невозможность создания у нас в то время достаточно мощной

рентгеновской трубки с точечным фокусом. Думаю, что дальнейшее развитие компьютерной томографии решит эту проблему.

– Однако у Вас есть не только медицинские патенты. Как к Вам пришла идея изобретения системы зеркал транспортного средства?

– После Камбоджи я приобрел машину. И после двух аварий подряд мне захотелось сделать так, чтобы на панели машины было зеркало, которое отображает происходящее и справа, и слева. У меня три патента по этому поводу. Но сейчас это уже не актуально: электронная система обзора показывает все, «мертвых» зон нет.

– Много времени у изобретателя уходит от идеи до ее воплощения?

– Много. Когда существовал ВНИИХАИ (Всесоюзный научно-исследовательский институт хирургической аппаратуры и инструментов), можно было создать макет. Внедрить инструмент в практику всегда было крайне трудно.

– На Ваш взгляд, в перспективе фтизиатрическая хирургия будет нужна или профессия уйдет?

– Пока будет туберкулез, хирургия во фтизиатрии будет. Было бы величайшим счастьем, если бы появились новые лекарства, которые бы победили микобактерии туберкулеза. Но кроме лекарств обязательно нужны хорошие социальные условия.

Фтизиатрическая хирургия – это искусственное выделение специальности из общего понятия «торакальная хирургия». Конечно, наша специальность торакального хирурга будет нужна всегда. Это и травмы грудной клетки, и опухоли, и врожденная патология, и многое другое.

– Изменилось ли Ваше отношение к профессии за столькие годы работы в ней?

– Я консервативный человек. В моем отношении к профессии ничего не меняется. Меняется обстановка вокруг. Сейчас в нашем здравоохранении происходит революция, а в медицине должна быть только эволюция.

– Вы бы сейчас посоветовали молодому человеку, заканчивающему медицинский институт, пойти во фтизиатрию или во фтизиатрическую хирургию?

– Вы знаете, советовать бесполезно. Можно убеждать своим примером. Лев Константинович Богуш – непререкаемый авторитет для меня в профессии и в жизни – никогда не давал советов. Он только показывал, а потом смотрел, как ты делаешь. Иногда он поднимал брови, что означало ошибку или недоразумение.



Хирургический консилиум в Клинике № 1 МНПЦ борьбы с туберкулезом (Стромынка, дом 10), год 2015 (слева направо): П.А. Древаль, В.Н. Трусов, А.В. Дубровский, М.А. Финогеева, Г.И. Семенов, А.А. Воробьев, Е.В. Некрасов

– **Обучение без советов возможно?**

– В обучении нужны объяснения в деталях. Но стать врачом или нет – это серьезный жизненно важный вопрос внутреннего выбора, в котором советы не нужны.

– **Что Вы пожелаете тем, кто выбрал для себя стезю фтизиатра?**

– Чтобы было меньше туберкулеза и чтобы фтизиатры получили данные для более тонкой дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний. И, конечно, я очень надеюсь, что будет найдено лекарство, способное уничтожить, разрушить кислотоустойчивую оболочку микобактерии туберкулеза.

От имени Московского общества фтизиатров редакция журнала «Туберкулёз и социально значимые заболевания» желает Аркадию Вениаминовичу здоровья, интересной работы, талантливых учеников, новых открытий и разработок!