

До 100-річчя з дня народження професора Горовенка Григорія Гавриловича

Актуальні питання торакальної хірургії

3 лютого в м. Києві відбулася науково-практична конференція «Актуальні питання торакальної хірургії», присвячена 100-річчю з дня народження професора Григорія Гавриловича Горовенка – талановитого вченого, одного з видатних основоположників вітчизняної торакальної хірургії, завідувача хірургічним відділенням Українського НДІ туберкульозу імені академіка Ф.Г. Яновського. У цей день учні та послідовники професора Г.Г. Горовенка ділилися спогадами свого вчителя. Відчуттям шани та глибокої поваги до цієї яскравої, талановитої, чуйної та гуманної людини було сповнене кожне слово доповідачів. Провідні вітчизняні спеціалісти з торакальної хірургії також обговорили нагальні проблеми галузі та представили її сучасні досягнення. Ми пропонуємо до уваги наших читачів короткий огляд деяких виступів цього наукового зібрання.

Доповідь про життя та діяльність Григорія Гавриловича Горовенка представив завідувач відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології ДУ «Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», доктор медичних наук, професор Василь Михайлович Мельник.

— 3 лютого, вітчизняна медична спільнота відзначила 100-річчя з дня народження видатного лікаря, вченого і організатора, одного із засновників школи сучасної фтизіохірургії і торакальної хірургії України, доктора медичних наук, професора Григорія Гавриловича Горовенка. Народився Григорій Гаврилович 3 лютого 1914 року в селі Піщане, Тальнівського району Черкаської області в сім'ї селян. Навчався у піщанській семіричній школі, де всі уроки проводив лише один учитель.

Через бідність та скрутність Григорій Гаврилович вже у підлітковому віці почав працювати. 1928 року він був направлений з іншими комсомольцями Тальнівського району в Горлівку, де був зарахований на шахту № 1 «Кочегарка». На цій шахті він працював спочатку кріпильником, потім вибійником, машиністом електровоза. Тут же він проходив навчання у гірничо-промисловому училищі. За важку та самовіддану роботу на шахті Григорій Гаврилович був удостоєний почесного звання ударника праці.

1935 року в житті молодого шахтаря настав переломний момент — його разом з 27 здібними гірниками направили на навчання до Харківського медичного інституту. За рівнем підготовки молоді шахтарі значно поступалися іншим студентам, але завдяки шахтарській упертості та наполегливості вже на третьому курсі всі стали відмінниками навчання, а Григорій Гаврилович — іменним стипендіатом. 1939 року, закінчивши з відзнакою інститут, він вступив до аспірантури кафедри хірургії № 1 Харківського медичного інституту та швидко взявся за роботу над кандидатською дисертацією. Але запланований 1941 року її захист перервала війна.

Уже з перших днів війни Григорій Гаврилович одягнув військову форму і був направлений хірургом у 57-й автохірургічний загін Північно-Західного фронту, який стримував ворожий наступ на Ленінград і Прибалтику. На початку 1942 року Григорій Гаврилович займає посаду командира і хірурга



Доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України у галузі науки і техніки, визначний український вчений-фтизіохірург, один із засновників школи сучасної фтизіохірургії Григорій Гаврилович Горовенко

медико-санітарного батальйону 27-ї Стрілецької бригади Північно-Західного фронту, який дещо пізніше був реорганізований у хірургічний польовий рухомий госпіталь першої лінії фронту.

Він брав участь у боях під Ленінградом, Москвою, Сталінградом, на Курсько-Орловській дузі, в Корсунь-Шевченківській, Умань-Ботошанській та Яссько-Кишинівській операціях і в подальшому звільняв території Румунії, Болгарії, Югославії, Угорщини, Чехословаччини та Австрії від німецьких загарбників. За роки війни Григорій Гаврилович у надзвичайно важких умовах виконав більше 14 тисяч операцій. За проявлений героїзм та врятування життів тисячам бійців підполковник медичної служби був нагороджений чотирма орденами і 10 медалями.

Після демобілізації з 30 листопада 1946 року Міністерство охорони здоров'я УРСР призначило Григорія Гавриловича головним лікарем Українського НДІ туберкульозу і одночасно завідувачем хірургічного відділення. З того часу протягом 40 років весь його життєвий і трудовий шлях був пов'язаний з інститутом.

Григорій Гаврилович швидко включився в наукову роботу, почавши готувати нову кандидатську дисертацію «Открытый хирургический метод лечения больших и гигантских каверн при туберкулезе легких», яку успішно захистив 10 січня 1951 року.

Вже з кінця 1952 року інститут почав широко розвивати резекційну хірургію легень, ініціаторами і піонерами якої в Україні були Микола Михайлович Амосов, Григорій Гаврилович Горовенко та Іван Мусійович Сліпуха. Їх успіхи і досягнення у розвитку легеневої хірургії були визначальними у розвитку цієї галузі медичної науки в Україні. Від торакопластики і операцій на каверні Григорій Гаврилович переключив свою діяльність на резекції легень та пневмонектомії. 1961 року в Київському медичному інституті ім. О.О. Богомольця він захистив докторську дисертацію на тему «Резекция легких после неэффективной коллапсотерапии при туберкулезе» під керівництвом професора Миколи Михайловича Амосова.

Завдяки тісній співпраці Григорія Горовенка з науковими підрозділами інституту були розроблені питання розвитку організаційних і наукових основ інтеграції фтизіатрії і пульмонології, диференціальної діагностики захворювань легень, патофізіології дихання і кровообігу, біохімічних порушень при легеневій патології. Також слід відзначити значний внесок Г.Г. Горовенка у вивчення різноманітних патофізіологічних змін з боку дихальної та серцево-судинної систем у хворих з патологією легень у зв'язку з оперативним втручанням, хірургічного лікування захворювань легень у поєднанні з цукровим діабетом.

Під керівництвом та безпосередній участі Григорія Гавриловича розроблені методи кавернотомії та кавернопластики, резекції легень після колапсхірургічних втручання, питання хірургічного лікування поширених форм туберкульозу, неспецифічних захворювань легень, різноманітні варіанти оперативних втручання з використанням медичного клею типу «Ціакрин», резекції легень у хворих на цукровий діабет.

Торакальні хірурги проводили активний пошук нових методів інтенсивного лікування нагноєних захворювань легень, за допомогою яких можна було б підвищити ефективність хірургічних втручання. Так, у Київському НДІ туберкульозу і грудної хірургії та Львівському медичному інституті була розроблена методика із застосуванням препарату димексиду, який знайшов широке застосування при лікуванні гнійних плевро-легеневих післяопераційних ускладнень. Зокрема, у клініці легеневої хірургії на чолі з професором Г.Г. Горовенком було проведено доскональне вивчення механізму дії димексиду і розроблено раціональні схеми лікування з використанням цього препарату (Б.В. Радіонов).

Також Г.Г. Горовенком, Б.М. Брусиловським та Б.В. Радіоновим (1980) була запропонована своєрідна класифікація післяопераційних ускладнень в хірургії нагноєних захворювань легень, яка заснована на найбільш вірогідних механізмах розвитку ускладнень з урахуванням часу виникнення, ступеня ризику для життя, способах профілактики і лікування.

Разом з М.М. Амосовим Г.Г. Горовенко стояв біля самих витоків легеневої хірургії і зміг розвинути її в самостійний науковий і практичний напрям, який і до цього часу є одним із пріоритетних у вітчизняній галузі охорони здоров'я.

До числа учнів Григорія Гавриловича Горовенка належали професори Іван Мусійович Сліпуха та Борис Мойсейович Брусиловський. І.М. Сліпуха, засновник фтизіохірургії у дітей і підлітків в Україні, одним із перших уточнив показання до резекції легень і до ізолизованого видалення казеозних внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і туберкулом легень, відмітив особливості проведення цих операцій у дітей і підлітків, вивчав питання їх реабілітації після пневмонектомії. Б.М. Брусиловський займався вивченням проблеми хірургічного лікування хворих на поширений фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. Результати отриманих досліджень лягли в основу докторської дисертації «Хирургическое лечение больных распространенным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких» (1961), яку Б.М. Брусиловський виконав під керівництвом Г.Г. Горовенка.

Безпосереднім учнем і послідовником Г.Г. Горовенка в торакальній хірургії є і, в минулому, головний торакальний хірург МОЗ України, керівник (до 2012 р.) хірургічного відділення ДУ «Національний інститут фтизіатрії і



Григорій Гаврилович (ліворуч) з бойовими побратимами



Григорій Гаврилович оперує хворого

пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки Борис Васильович Радіонов. Під керівництвом і безпосередній участі Г.Г. Горовенка, розроблена ціла низка оригінальних хірургічних операцій і методик диференціальної діагностики. Розроблені і впроваджені в клінічну практику показання і протипоказання до хірургічного лікування хворих на туберкульоз, онкологічні й неспецифічні гнійні захворювання легень, питання етапного хірургічного лікування, методики оперативних втручань у хворих з ускладненим і тяжким перебігом за різної легеневої патології.

За ініціативи та при безпосередній участі Григорія Гавриловича Горовенка і Юрія Дмитровича Усенка вперше в Україні було проведено наукове обґрунтування, організаційну роботу щодо створення системи пульмонологічної допомоги, введення нової лікарської спеціальності «пульмонологія».

Слід відзначити плідну наукову викладацьку діяльність Григорія Гавриловича. Він підготував більше 500 торакальних хірургів. Під його керівництвом підготовлено і захищено 11 докторських і 25 кандидатських дисертацій. Григорій Гаврилович брав активну участь у роботі багатьох наукових з'їздів, конференцій, симпозіумів.

Григорій Гаврилович був талановитим хірургом і найдосконаліше володів усіма видами операцій на грудній та черевній порожнині. Один з його учнів згадував: «Григорій Гаврилович оперував добротно, класично, анатомічно, акуратно, нетравматично, користувався, як правило, стандартними прийомом. Хоча в екстремальних, загрозливих хірургічних ситуаціях миттєво реагував на інтраопераційні ускладнення і ніколи не розгублювався у нестандартних ситуаціях. В таких випадках для усунення інтраопераційних ускладнень інколи діяв нестандартно і правильно, що свідчило про його великий фронтний досвід. Він завжди був упевнений у собі та твердо знав свою справу. Він, мабуть, мав такі вроджені особливості, які допомагали йому швидко і правильно реагувати на непередбачувані «форс-мажорні» фактори, незалежно від того, чи вони залежали від хірурга, чи від хворого, чи їх Бог послав зовні».

Професору Горовенку були притаманні виняткова спостережливість та інтуїція, надзвичайна простота у спілкуванні, здатність відчувати страждання інших людей як свої власні. Ці риси характеру здобули йому величезну популярність серед співробітників та хворих. Не даремно всі колеги-хірурги називали Григорія Гавриловича «бать», оскільки він дійсно був їм як батько.

В інституті та лікувальних закладах країни Григорій Гаврилович виконав більше 13 тисяч операцій, рятуючи життя хворим на туберкульоз, неспецифічну та онкологічну патологію легень і плеври.

1986 року Григорій Гаврилович довго хворів, двічі переносив найкритичніші стани з реанімацією, але тримався мужньо, як справжній, загартований воїн. 11 жовтня 1986 року Григорія Гавриловича Горовенка не стало.

Професор Г.Г. Горовенко був яскравим, талановитим, неординарною людиною. Його життя, весь трудовий шлях, прагнення, здійснення й надії були пов'язані зі служінням народові України, щоденною кропіткою роботою з хворими, учнями, спілкуванням з колегами.

Наша країна оцінила значний внесок Григорія Гавриловича Горовенка у вітчизняну науку і практику. 1997 року він був посмертно удостоєний звання лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки України за «Наукову розробку і створення системи пульмонологічної допомоги в Україні».

Доктор медичних наук, завідувач відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» Микола Степанович Опанасенко представив досвід хірургічного лікування деструктивного туберкульозу легень із застосуванням пневмонектомії і плевропульмонектомії.

— Пневмонектомія і плевропневмонектомія використовуються фізійохірургами при оперативному лікуванні туберкульозу легень вже протягом близько 60 років, і техніка їх виконання постійно змінюється та вдосконалюється. Причиною цього є зниження ефективності протитуберкульозної терапії в останні роки внаслідок широкого поширення медикаментозної резистентності, що потребує проведення більш радикальних оперативних втручань.

З метою оцінки власних результатів застосування пневмонектомії і плевропневмонектомії при оперативному лікуванні хворих на мультирезистентний деструктивний туберкульоз легень ми провели ретроспективний аналіз результатів 96 операцій, виконаних у хворих на різні форми мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) легень, які перебували на лікуванні у відділенні торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» протягом 2003–2013 років. Із них 92 (95,8%) пацієнта були прооперовані з приводу хронічних форм

туберкульозу: пневмонектомія була виконана у 46 (47,9%) хворих, плевропневмонектомія — у 31 (32,3%), заключна плевропульмонектомія — у 17 (17,1%) пацієнтів, пневмонектомія з-під торакопластики — у 1 (1,0%), заключна плевропневмонектомія з-під торакопластики — у 1 (1,0%) пацієнта. У 88 (91,7%) випадках були застосовані додаткові методи укріплення кукси бронха. У 62 (64,6%) проведено формування кукси бронха за Литкіном і додаткове укріплення кукси по Суїту з використанням монофіламентного розсмоктуючого шовного матеріалу в модифікації клініки (накладання фібрин-колагенової пластини зверху шва кукси бронха і присипання губ кукси порошком іміпінему/циластину). Також у 26 (27,1%) випадках для герметизації кукси бронха був використаний лоскут перикардіального жиру на судинній ніжці з попереднім укріпленням кукси бронха синтетичними біополімерами за описаною вище методикою.

Оперативне лікування було ефективним у 81 (84,4%) пацієнта в термін спостереження до 10 років. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 11 (11,5%) хворих: у 6 (6,3%) пацієнтів — емпієма плеври з бронхіальною норицею, у 2 (2,1%) — рання післяопераційна емпієма без бронхіальної норичи, у 3 (3,1%) — післяопераційна внутрішньоплевральна кровотеча. Повторно були прооперовані 9 (9,4%) пацієнтів з приводу післяопераційних ускладнень: накладання торакоплатки з відкритою санацією — 1 (1,0%), етапні торакоплатки — 3 (3,1%), відеоторакоскопічна санація плевральної порожнини (2,1%), видалення внутрішньоплевральної гематоми — 3 (3,1%) хворих. У 6 (6,3%) випадках ускладнення були ліквідовані; в інших 3 (3,1%) спостереженнях сформувалася хронічна емпієма залишкової плевральної порожнини. Післяопераційна летальність (4 випадки) була переважно пов'язана із подальшим прогресуванням туберкульозного процесу.

Отже, пневмонектомія і плевропневмонектомія є ефективними хірургічними методиками лікування хворих МРТБ легень на фоні застосування протитуберкульозної терапії. Виконання пневмонектомії можливе за наявності щільних вогнищ або дрібних щільних туберкулом в протилежній легені без ознак деструкції, що займають не більше одного сегмента. В усіх інших випадках більш доцільним є виконання колапсхірургічних втручань (первинної торакоплатки або резекції з торакопластикою).

Завідувач кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіатрії Медичного інституту Сумського державного університету, доктор медичних наук, професор Ігор Дмитрович Дужий розповів про аспекти хірургічного лікування відносно поширеного хіміорезистентного туберкульозу легень.

— На сьогоднішній день спостерігається стрімкий ріст розповсюдженості хіміорезистентного туберкульозу легень, що призвело до зменшення частоти застосування резектовних хірургічних методів лікування та зростання ролі колапсхірургічних втручань. У той же час необхідна розробка більш ефективних методів колапсхірургічних оперативних втручань, перегляд методик їх проведення, способів попередження ускладнень, уточнення показань до використання пневмоперитонеуму і тривалості його застосування.

Метою нашого дослідження було розробити спосіб хірургічного лікування хворих на відносно поширені форми хіміорезистентного туберкульозу, за якого можлива резекція в об'ємі, що не перевищує 3 сегменти. У зв'язку з частотою неможливістю видалення у таких хворих усіх специфічних утворень, резекція була доповнена інтраплевральною торакопластикою у нашій модифікації. Враховуючи хіміорезистентність мікобактерій, дане симультанне втручання ми підсилювали створенням пневмоперитонеуму — фактора, що чинить гальмуючий вплив на розвиток туберкульозного запалення.

Показаннями до застосування запропонованого способу хірургічного лікування хіміорезистентного туберкульозу легень були: поширення процесу на верхню частку правої легені; поширення процесу зліва на сегменти SI–III; наявність визначених інтраопераційно чи променевими методами поодиноких специфічних утворень в оперованій та протилежній легенях; усі типи стійкості мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, особливо мультирезистентність; погана переносимість хворими антибактеріальних препаратів. Додатковим показанням до пневмоперитонеуму ми вважали неспецифічні зміни в легенях: пневмосклероз чи емфієма залишених сегментів, недостатня рухливість діафрагми з боку операції, емфієма протилежної легені.

За 2–3 місяці до оперативного втручання хворому накладався пневмоперитонеум в об'ємі 1000 см³ при рухливій діафрагмі з боку передбачуваного оперативного втручання чи 800 см³ при рухливості діафрагми не більшій за 3–4 см. Резекційне оперативне втручання обов'язково доповнювалось інтраплевральною торакопластикою у нашій модифікації в обсязі 5 ребер.

Даний спосіб хірургічного лікування відносно поширеного хіміорезистентного туберкульозу легень був застосований у 23 хворих. Фіброзно-кавернозний туберкульоз діагностували у 12 (52,2%) хворих, інфільтративний туберкульоз — у 6

(26,1%), множинні туберкуломи — у 1 (4,3%), множинні туберкуломи з розпадом — у 4 (17,4%) осіб. У всіх пацієнтів спостерігалось бактеріовиділення з хіміорезистентністю. Крім того, в усіх хворих оперативне лікування було ефективним з припиненням бактеріовиділення. Близький і віддалений (до 3 років) післяопераційні періоди перебігали без ускладнень і без проявів реактивації туберкульозу.

Отже, запропонований і втілений у життя спосіб симультанного хірургічного лікування на тлі пневмоперитонеуму хворих на обмежено поширений хіміорезистентний туберкульоз легень у разі виконання резекції верхньої долі справа чи 3 верхніх сегментів зліва дозволяє рекомендувати його широке використання.

Доктор медичних наук, професор кафедри торакальної хірургії та пульмонології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний дитячий торакальний хірург МОЗ України Петро Павлович Сокур доповів про результати хірургічного лікування вроджених вад розвитку бронхолегеневої системи.

— Вроджені вади розвитку бронхолегеневої системи є однією з найбільш складних проблем сучасної пульмонології. Вони виникають у результаті порушень на ранніх стадіях ембріогенезу або постнатальних змін, але клінічно проявляють себе після приєднання до них інфекційно-запальних ускладнень. Найчастіше це відбувається в ранньому дитячому віці, подекуди — в більш старшому. У дорослих ця патологія набуває характеру хронічного неспецифічного запального захворювання. Вади бронхолегеневої системи інколи (у 7–15% випадків) супроводжуються вродженими аномаліями інших органів і систем, у першу чергу судин малого кола кровообігу.

Серед пульмонологів немає єдиного погляду на патогенез багатьох вад розвитку органів дихання, їх класифікацію, достовірність окремих діагностичних методів, показання до хірургічного лікування, його обсяг і терміни виконання, питання реабілітації оперованих хворих.

З 1980 року й на цей день у клініці на обстеженні й лікуванні знаходилися 1753 хворих з вродженими аномаліями бронхолегеневої системи — 1148 дітей та 605 дорослих. Висока частота вродженої патології органів дихання серед дорослих свідчить про низьке її виявлення у дитячому віці й неадекватне лікування протягом тривалого періоду життя хворого.

Серед дітей найбільшу групу оперованих становили хворі з дисонтогенетичними бронхоектазами — 675 (58,8%), солітарними бронхолегеневими кістами — 122 (10,6%), простою гіпоплазією — 87 (7,6%), кістозною гіпоплазією — 78 (6,8%), кістами середостіння — 46 (4,0%), вродженою лобарною емфіємою — 45 (3,9%), синдромом Картагенера-Зіверта — 27 (2,4%), полікістозом легень — 23 (2,0%), секвестрацією легень — 20 (1,7%). Також було діагностовано поодинокі випадки вроджених трахео- і бронхостравохідних норич, трахеомалії, трахеобронхомагалії, ізольованих судинних аномалій у вигляді артеріовенозних аневризми, гіпоплазії легеневої судин, дивертикулів бронха і трахеї.

З метою діагностики вроджених вад застосовували найбільш інформативні методи дослідження, з урахуванням їх технічних можливостей. В обов'язковому порядку всім хворим виконували оглядову рентгенографію органів грудної клітки у двох проекціях та діагностичну трахеобронхоскопію. На наступному етапі залежно від виду та характеру патологічного процесу виконували двосторонню бронхографію з використанням водорозчинної контрастної речовини, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, ангіопульмонографію, аортографію, езофагоскопію. Представлений діагностичний пошук доповнювався сучасними методами функціональної діагностики, клінічної імунології та генетики, бактеріології і патологічної морфології.

Разом з проведенням діагностичних заходів всі хворі отримували протизапальну, бронхоспазмолітичну і симптоматичну терапію як важливий етап передопераційної підготовки.

Залежно від виду вродженої вади бронхолегеневої системи проводилося хірургічне або консервативне лікування. Оперативному лікуванню піддалися хворі з перерахованими вище вродженими вадами. Оперативні втручання на трахеї, бронхах, легенях і середостінні виконувалися при строгому дотриманні принципів радикальності, органозбереження та мінімальної травматизації здорових ділянок органа і тканин.

Протипоказаннями для оперативного лікування вроджених вад органів дихання вважався двосторонній дифузний процес, низькі функціональні показники дихання і декомпенсовані стани при захворюваннях інших життєво важливих органів. Усі хворі виписані в задовільному стані. Летальних випадків не було.

Таким чином, вроджені вади розвитку бронхолегеневої системи продовжують залишатися однією з найбільш складних діагностичних і лікувальних проблем пульмонології.

Їх діагностика потребує комплексного підходу із застосуванням найбільш інформативних спеціальних методів дослідження: трахеобронхоскопії, комп'ютерної томографії, ангіопульмонографії.

Підготував **В'ячеслав Килимчук**