

A close-up, monochromatic portrait of an elderly man with glasses, looking slightly to the right. The image has a textured, halftone-like appearance. The man has a serious expression and is wearing a suit jacket and a tie.

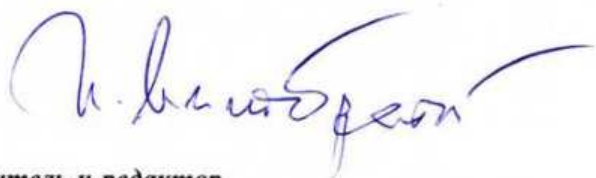
В.Д. Чаклин

ЖИЗНЬ,  
ИСКАНИЯ,  
ВСТРЕЧИ.

## Жизнь, искания, встречи.

А мухомо уважливому Станиславу Дмитриеву Мевченко на память об основателе современной вертебральной хирургии Василии Дмитриевиче Чаклине.

12.09.2000г



Составитель и редактор

**И.М.Мутбрейт**

61  
В.Д.Чаклин

# Жизнь, искания, встречи.

127.50  
Составитель и редактор

*И.М.Митбрейт*

И.М.Митбрейт  
И.М.Митбрейт  
И.М.Митбрейт

Екатеринбург. 2000г.

## Реферат

Последняя из 13 книг выдающегося хирурга ортопеда-травматолога XX века Василия Дмитриевича Чаклина, написанная им незадолго до кончины (1976г.), не носит характер автобиографии. Она отражает большой жизненный опыт автора, начиная со студенческих лет до пожилого возраста, 55-летний путь научных исканий и переживаний врача, ученого, крупного организатора науки и лечебного процесса.

В книге отражены созидательные периоды организации научных центров на Урале и в Москве, создание в каждом из них школ активных хирургов ортопедов-травматологов и системы оказания помощи пациентам с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы в больших регионах страны. Уделяется внимание борьбе мнений в области хирургии и ортопедии-травматологии.

Также описывается крупное открытие автора – оперативное вмешательство на телах позвонков и межпозвонковых дисках (1931г.), положившее начало современной хирургии позвоночника и созданию нового раздела науки – вертебрологии.

Авторские научные искания отражают мысли ученого и подтверждают его кредо: жизнь врача – непрерывный научный поиск и совершенствование своего мастерства. Книга будет интересна не только ортопедам-травматологам, но и молодым врачам, выбирающим путь в хирургию.

*И. М. Мумбретт.*

## Foreword

The latest of thirteen works by Vasily Dmitrievich Chaklin, an outstanding surgeon in orthopaedics and traumatology of XX century, was written by him not long before his decease (1976). It is not an autobiographical book, it reflects a long, full life author from student's time till elderly age. It is the 55-year way of scientific research and experience of clinician, scientist, prominent organiser of research and care management.

The book reproduces constructive periods in creating scientific centres in the Urals and Moscow, foundation in each of them school for specialists in trawmatology and ortchopeaedics as well a program of medical care of patients with diseases and injuries of the locomotor system. Considerable attention is given to the controwersy in the field of surgery and trawmatology-orthopaedics.

The prominent discovery of the author, operative intervention on vertebral bodies and intervertebral discs (1931), that laid the foundation to contemporary spine surgery and a new branch of science, vertebrologic pathology, is described.

The author's scientific searching reflects his mind of a scholar and confirms his credo, «The life of a medical man is continuous scientific search and mastering his skills».

The book will be of interest not only for orthopaedists and traumatologists, but for young people making choice of their way to surgery.

*I.M. Mütbreit*

---



## Предисловие

*Книга крупнейшего отечественного хирурга ортопеда-травматолога XX века Василия Дмитриевича Чаплина была написана им за три года до кончины. К великому сожалению, в то время ее не удалось опубликовать. А ему так хотелось увидеть свое последнее детище! Шли годы. И лишь относительно недавно стараниями крупного ортопеда-травматолога Дмитрия Ивановича Глазырина и щедрой помощи его ученика Сергея Ивановича Яицкого представилась возможность издания книги. В.Д.Чаплин – автор основных руководств и многих монографий по ортопедии-травматологии третьей четверти XX века. В последней его книге собран опыт жизни и врачевания хирурга, ученого, учителя, открывшего новые страницы в хирургическом лечении больных с патологией опорно-двигательной системы. Особенно велики его заслуги в создании раздела ортопедии-травматологии, ныне именуемого вертебрологией. Именно ему, хирургу широкого профиля, знатоку топографической анатомии и оперативной хирургии, поливалентному специалисту в своей области, в начале 30-х годов удалось осуществить и обосновать необходимость оперативного вмешательства на телах и межпозвонковых дисках передним доступом к ним. Это был прорыв в патологии позвоночника: В.Д.Чаплиным был заложен фундамент для построения здания современной вертебральной хирургии. Сейчас, когда вертебрология достигла больших высот, нынешнее поколение хирургов ортопедов-травматологов с благодарностью отдают дань тому, кто в июне 1931 года совершил поистине мужественный акт врача и гуманиста, проложив дорогу для спасения жизни и улучшения ее качества тысяч и тысяч пациентов.*

*В книге отражены различные этапы жизни человека, наделенного от природы недюжинным талантом, удивительной трудоспособностью, особыми качествами для врачевания. Автор описывает свои искания в различных разделах ортопедии-травматологии: здесь отражены поиски путей активного лечения больных с повреждениями и заболеваниями костей, суставов и позвоночника. Предложенный В.Д.Чаплиным в середине 30-х годов метод стабильного остеосинтеза для лечения больных с переломами костей и псевдоартрозами (так называемый интра-экстрамедуллярный остеосинтез) явился основой для дальнейшего развития метода внутрикостного остеосинтеза в его современном виде. Тот, кто откроет эту книгу, не сможет пройти мимо поисков В.Д.Чаплина в лечении больных с воспалительными заболеваниями костей и хрящей (в том числе и туберкулезной этиологии), с опухолями опорно-двигательной системы, не отметив при этом, что еще в 30-х годах В.Д.Чаплин осуществлял сберегающие операции у тех больных, которым, по понятиям того времени, грозила неминуемая ампутация конечностей. Читая книгу, врач поймет, что нельзя заниматься лишь лечением больных, не создав условий для выполнения лечебного процесса. Главы, посвященные опыту создания*

систем оказания помощи больным с патологией опорно-двигательного аппарата (в том числе создания научных и лечебных учреждений на Урале и в Москве), заслуживают большого внимания.

*В.Д.Чаклин обладал выдающимся даром учителя, он придавал большое значение созданию школы ортопедов-травматологов на Урале и в Москве.*

*Наконец, в разделах, посвященных встречам с выдающимися хирургами и учеными, его современниками, читатель подчеркнет для себя многое, что могло бы остаться втуне и забыться последующими поколениями врачей.*

*В книге не все созвучно современным представлениям о подходе к лечению больных с некоторыми повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Редактор не позволил себе исключить эти страницы из рукописи. Читатель поймет, что писались они три десятилетия тому назад. Однако в книге, в основном, представлены непреложные истины, неподвластные времени.*

*В заключение скажу, что В.Д.Чаклин, уже будучи больным человеком, в преклонном возрасте, совершил свой последний подвиг, оставив нынешнему и последующим поколениям врачей эту книгу, в которой – мудрость.*

**И.М.Митбрейт**



Делая наброски первых глав этой скромной книги, я еще не был уверен в том, какой оттенок придать ей: жизнеописания, научного исследования в поисках новых путей в медицине, в частности, в ортопедии-травматологии и восстановительной хирургии, или же связать развитие нашей специальности с развитием науки за последние 50 лет. Писать историю ортопедии-травматологии, будучи ее активным участником, трудно. Не избежишь субъективных оценок фактов и людей. Поэтому я отказался от мысли написать «объективную» историю ортопедии и пошел по пути отображения кусочков своей жизни, исканий в науке, размышлений о некоторых общих проблемах медицины и о воспитании молодых специалистов. Совершенно естественно, что, пережив голод, разруху, оставаясь в течение более 50 лет не только наблюдателем, но и активным участником жизни страны, постепенного оживления науки и, наконец, бурного развития ортопедии-травматологии последних десятилетий, я не мог отображать это в книге через призму холодного наблюдения. В книге имеется много личного, пережитого. И все же, подобно тому, как события в жизни отдельных вождей и целого народа неправильно оценивать в отрыве от истории жизни народа, так и развитие отечественной науки и, в частности, хирургии, ортопедии-травматологии нельзя оценивать в отрыве от исторических событий в нашей стране.

Отображая в какой-то мере жизнь и искания немолодого ученого, мне казалось необходимым описать некоторые искания, личные концепции, проверенные в хирургической и ортопедической практике. Почему я это сделал? Потому, что жизнь врача - хирурга связана с наукой, она состоит из периода накопления фактов и из второго, зрелого периода - синтезирования своих наблюдений в поисках закономерностей и приближения к истине.

Попытка отразить некоторые теоретические концепции сделана лишь по основным разделам. Дело в том, что я не могу согласиться с мнением некоторых ортопедов, что ортопеды – это эмпирики. Можно фактам, добытым эмпирическим путем, дать серьезное теоретическое обоснование, если глубже вникнуть в сущность биологических и патофизиологических процессов, происходящих в человеческом организме. Ортопедия-травматология как область биологической науки вышла за пределы прагматизма. Трактовка многих процессов репаративной регенерации, активного вмешательства в ход патологического процесса в ранней фазе, а также более глубокое изучение остеогенеза и других процессов, происходящих в тканях, производных из мезенхимы, значительно обогатили ортопедию-травматологию. Но, помня, что пишу не учебник и не руковод-

ство, я остановился лишь в общих чертах на своих теоретических исканиях. Моя жизнь была богата встречами с крупными исследователями, интересными людьми, о которых у меня сохранились воспоминания. Годы сделали свое дело, и даже те люди, которые в свое время доставляли неприятности, вспоминаются сквозь пелену иллюзий. Да, время многое сглаживает. По мере сил я попытался кратко отразить и настоящий период развития ортопедии-травматологии, хотя многие хирургические увлечения молодых ортопедов получают должную оценку лишь через отдаленный период наблюдений. Постоянно задавая себе вопрос — «Всё ли сделано для научного развития нашей области науки?», я могу сказать: «Далеко не всё...». Молодому поколению предстоит еще большая работа. Но не следует бояться трудностей.

Я пережил и бедность, и любовь, и войны, и радость творчества, и горе, и страдания и понял, что жизнь врача и ученого сложна, но благородна.

*В.Д. Чаклин*



## **Глава I. Студенческие годы. Первые шаги в хирургии.**

### *1.1. Харьковский университет.*

Незаметно я вырос и превратился в юношу с упорно торчащими вихрами, но никак не мог забыть детское «хобби»: рыбную ловлю на Доне и езду на лошади. Мальчишкой в 5 часов утра я вскакивал или меня будила мать, садился на лошадь, разумеется, без седла и скакал к речке поить и купать её. Затем прыгал в ледяную воду реки и с замиранием сердца выгаскивал верши, поставленные на ночь. Улов годился на завтрак с жареной картошкой. С лошадкой мы были очень дружны, что, впрочем, не мешало мне заимствовать из её хвоста волос для лески, которую я сам плёл. Надо ли говорить, как я тяжело переживал, когда мы переехали на другое место работы отца, вдали от реки. Временами я ходил за 5-6 км к старым местам на реке. Спартанский образ жизни закалил меня. Прошла юность, была окончена гимназия, куда я попал лишь в 7 класс, настал новый период жизни. Когда у юноши 16 лет спросили, кем он хочет быть, он, не задумываясь, ответил: врачом. Так, уже при окончании гимназии цель жизни была ясна – стать врачом с независимым положением. Тогда юноша не представлял, разумеется, всех трудностей этой специальности. Были видны розы, а о шипах он тогда не подозревал.



*В.Д. Чаплин с матерью  
Ириной Николаевной,  
отцом Дмитрием Николаевичем,  
сестрами Варварой и Еленой.*

Прогремел выпускной вальс, и настала студенческая весна с большей свободой, но с меньшей дисциплиной. Денег не было, пришлось жить уроками. Выручала студенческая столовая, где за 15-20 копеек можно было быть сытым. Ни о каких ужинах, завтраках не было и речи. стакан горячего чаю с булкой – это было терпимо.

Посещение лекций не было обязательным, но посещение помещения, где вывешивались объявления: «Требуется репетитор...» было для меня обязательным. Вот когда я по-настоящему оценил свою любовь к лингвистике. В последних классах гимназии у меня установилась дружба с преподавателем французского языка (француза по происхождению), который снабжал меня французской литературой и подогревал любовь к языку. До сих пор вспоминаю его с теплым чувством. Он дал мне знания, достаточные для чтения французской литературы. Летом, живя «на кондиции» в одном доме и готовя по литературе и языку юношу 14 лет, я в свободные часы отдыха перевел весь роман «Нана», прибегая часто к словарю. Разумеется, мой милый француз не подозревал, что он невольно совратил меня на чтение пикантного романа, не совсем подходящего для лиц «до 16 лет». Мораль была в те времена более строгая, но «секс» проявляется во все времена, правда, в различной форме.

Так вот, удовлетворительное знание французского языка и довольно хорошее знание латинского давали мне преимущество в получении уроков, которые не брали другие студенты, и мне уже можно было жить сносно. В дальнейшем я дошел до такого нахальства, что брал даже некоторые несложные переводы с французского на русский язык. За это больше платили. Правда, однажды, после моего перевода специального юридического текста диссертант при встрече мимоходом заметил, что в моем переводе даже сам профессор не мог разобраться. Легко было догадаться, что по сложному юридическому тексту я сделал «ерундический» перевод. Уроки продолжались, и моя любовь к языкам не прекращалась. В первое же лето студентом я получил «урок» на лето в имении (вернее, это был хутор) у хороших простых людей. С собой я взял самоучитель английского языка с увлекательным текстом и грамматикой. Бродя по полям или по лесу с ружьем или лежа на сене, я с увлечением разбирал текст, который сопровождался подтекстом произношения английских слов по-русски, которые я аккуратно выписывал. Правда, это произношение пришлось затем с трудом исправлять с помощью настоящей англичанки, у которой я зимой начал брать уроки английского языка.

Курьёзный эпизод произошел у меня с этой пожилой англичанкой, из-за чего мы чуть не рассорились. Для освоения английской медицинской терминологии я начал переводить с нею анатомию на английском языке. Все шло гладко, пока мы не дошли до грудной клетки. Как только я начал читать, что грудная клетка имеет 12 пар рёбер, англичанка вскипела: «Ерунда! Не может быть у мужчины 12 ребер. Прочитайте Библию: (а нужно сказать, что она каждый вечер читала Библию). Господь Бог взял одно ребро у Адама и сотворил Еву». Несмотря на ссылки на английский текст книги, которую мы переводили, она продолжала повторять: «nonsense, nonsense!». Недоразумение с трудом уладилось, когда мы перешли к чтению другого текста. Произношение у нее было замечательное. Живя в России много лет, она ничего не понимала по-русски, и мне приходилось помогать ей кое в чём.

## 1.2. Поездка в Италию.

Изучение французского языка не только давало мне хорошо оплачиваемые уроки. Совершенно неожиданно в студенческом бюро появилось объявление: требуется студент со знанием иностранного языка для поездки в Италию. Я пошел по этому объявлению. Зажиточный гражданин в связи с заболеванием жены (начальная стадия туберкулеза легких) должен был выехать с женой и двумя детьми в Италию. Языка они не знали, и для детей требовался репетитор. Условия были весьма удовлетворительные, а главное – когда еще представится возможность повидать мир для бедного студента? Дело было осенью 1912 года. Началась подготовка к отъезду. Я начал знакомиться с итальянским языком, встретившись с одним молодым итальянским архитектором, которому давал взамен уроки русского языка. Помню, что ему никак не удавалось постигнуть произношение «писать», и он иногда говорил: «Я хочу научиться "писать"». По-итальянски удалось усвоить лишь произношение общеупотребительных фраз. Надежда была на французский язык. Паспорта для заграничной поездки легко было получить (без обширных анкет), уплатив 25 руб. в казну, что, разумеется, сделал отец семейства.

Первая длительная остановка была в Берлине. Жену патрона неоднократно консультировали крупные специалисты. Я знакомился с первым в моей жизни европейским городом. Жили мы в отеле на Унтер-ден-Линден. Помню, я не мог привыкнуть спать на перине и есть немецкие супы. Меня поражала необыкновенная чистота – улицы мыли водой и щетками. Удивляли также электропоезда, пронесившиеся над головами. Ездили мы в Шарлоттенбург. Удобства жизни, приветливое отношение тогда еще «добрых» немцев, народные гулянья, парады на дворцовой площади, своеобразная архитектура – все это осталось в голове в виде отрывочных воспоминаний.

После окончательного заключения крупных специалистов с рекомендацией поездки на юг Италии, мы погрузились в поезд Берлин - Генуя. Путь в Италию шёл через Альпы, своеобразная красота природы произвели впечатление на молодого студента, и, помню, я писал домой восторженные письма.

Наконец мы в Италии. Генуя нас встретила приветливо, мы хорошо устроились в отеле. Здесь пригодились мои скромные знания французского языка и отдельных фраз по-итальянски. Спустились в ресторан вечером. Выбор меню прошёл удачно, а вот с вином и водой не совсем. Оказывается, мы выбрали послабляющую воду и утром дружно смеялись, так как все по очереди бегали неоднократно в туалет. Днем отправились по магазинам. Начитавшись о классической красоте итальянок, я внимательно рассматривал женщин на улицах и в магазинах и был разочарован: было много рыжих женщин с профилем, далеким от того, который я видел на картинах и того, что было в моем воображении.

На следующий день мы отправились на знаменитое кладбище Генуи Compositano. Скульптурные произведения нас поразили. Осмотрели некоторые музеи и побродили по набережной Средиземного моря. Передохнув немного и купив необходимые вещи, направились на побережье итальянской Ривьеры, в маленький городок Нерви, имея письмо к руководителю туберкулезного санатория. Больную устроили в санаторий, отец и дети жили в пансионате, я выговорил себе право жить отдельно и устроился на квартире почтенной сеньоры у самого берега моря. Была поздняя осень, но окна – настезь, тепло, шум моря, красивая перспектива, постоянная музыка на улицах, толпы гуляющих создавали праздничное настроение. Питались все в санатории. Я начал свои занятия с ребятами. После обеда много читал на французском языке или бродил по набережной, а вечерами после ужина были концерты или просто отдых и беседы. Среди больных были и русские, врачи – тоже русские. С одним из них я сблизился. Его невеста, очаровательная девушка, лежала в этом же санатории с тяжелой формой туберкулеза легких. Весной следующего года она умерла. Не могу забыть ее душераздирающих криков, когда она поняла, что погибнет. Никакие усилия врачей не могли ее спасти. Тогда еще не было антибиотиков, и не знали хирургического лечения, которое в подходящих случаях применяют теперь с успехом. Весной следующего года мы возвращались в Харьков, оставив больную дочь хозяина в Италии для продолжения лечения. Перед этим были на необычайном зрелище – празднике цветов. Обратный путь был через Венецию и Вену. Посещение необыкновенного города с его каналами, архитектурой, площадью, прогулки в гондолах оставили неизгладимое впечатление. Правда, некоторая сырость помещения отеля и жуликоватое поведение лакея при обмене валюты тоже запомнились.

После возвращения из Италии я серьезно взялся за медицину. На первых двух курсах меня увлекла гистология и общая патология. Анатомию преподавал профессор А.Г.Зоммер(1)\*, который говорил: «Ключица сплетничает с лопаткой». Помню, что мне удалось организовать небольшую группу студентов, энтузиастов морфологии, и мы вне учебных часов осваивали гистологическую технику на кафедре. Студенчество бурлило. Сходки в закрытом помещении, после которых мы возвращались домой с тяжелой мигренью (отравление никотином), пламенные речи, студенческие забастовки, встречи в «столовке», где за скромной снедью делились яркими мыслями – все это создавало своеобразный ритм жизни. В воспоминании сохранились некоторые лекции с блестящим обзором современной науки. Мы ходили на лекции и в чужие лаборатории, чтобы послушать живое слово любимых профессоров. В широком общем развитии студентов была ценность Университетов того времени. Студенческие вечера с приглашением наиболее прогрессивных профессоров, которых «носили на руках», оставляли яркие воспоминания. Любили мы лекции по терапии демократически настроенного профессора П.И.Шатилова(2), лекции и операции Н.П.Тринклера и оригинально построенные лекции – беседы

---

\* См. примечание в конце книги (здесь и далее);

профессора Ю.Р.Пенского(3), - госпитального хирурга. Талантливый Н.П.Тринклер претендовал на кафедру профессора В.Ф.Грубе. Студенты слышали о реакции профессора В.Ф. Грубе(4).Когда звонили по телефону в клинику и спрашивали профессора Н.П.Тринклера, он отвечал: «Такого здесь нет, звоните в Ветеринарный институт». На лекциях профессора Ю.Р.Пенского я любил бывать, вслушиваясь в его оригинальные сентенции и реплики на ответы студентов. Тогда я еще не представлял, что через 50 лет буду цитировать профессора Ю.Р.Пенского, как первого отечественного хирурга, внесшего свой вклад в экспериментальную костнопластическую хирургию. Да, Харьковский университет был крупнейшим научно-учебным центром юга России.

Уже с 4-го курса меня увлекла хирургия. Сдавая теоретические предметы, я меньше уделял времени другим клиническим дисциплинам. Вспоминая последние два года студенческой жизни, я должен отметить непрерывное стремление к двум разделам медицины: гистологии и хирургии. Интерес к гистологии мне был привит с первой половины студенческой жизни, когда я работал в гистологической лаборатории профессора П.А.Полякова(5) – наиболее требовательного из многих учителей. Я уже упоминал о том, что помимо обязательных занятий, я с увлечением готовил лично гистологические срезы, окрашивал их с помощью добросовестного препарата, изучал структуру тканей. Для меня гистология была не только теоретическим предметом для сдачи экзамена, но она вызывала художественное чувство при различной окраске тканей с их необычайно тонкой структурой. В дальнейшем, слушая увлекательные истории по патологической физиологии, я реально представлял патологические изменения в тех тканях, которые изучал сам под микроскопом. Через несколько лет, работая над докторской диссертацией, я легко восстановил в своей памяти нормальную структуру тканей.

Увлечение хирургией приняло реальные формы. С одной стороны, я все свободное время проводил в факультетской хирургической клинике и лаборатории при клинике, а с другой – в Харькове был крупный окружной хирургический госпиталь, в который я попал для заработка на жизнь. Здесь я работал в качестве субординатора около двух лет до получения диплома. В госпитале лежали больные со свежими ранениями: продолжалась гражданская война и кратковременная польская кампания. Приобретение практических навыков в виде перевязок, наложения гипсовых повязок, изучение особенностей наркоза и послеоперационного ведения больных было весьма полезным для начинающего врача. Пройдя специальные курсы массажа, я летом и частично зимой зарабатывал массажем средства, достаточные для нескольких месяцев жизни. Получив диплом врача, я вошел в жизнь с практическими навыками, что мне помогло в дальнейшие годы.

### 3.3. Первые шаги в хирургии. Н.П.Тринклер.

Еще студентом Харьковского университета я с замиранием сердца следил за спокойными красивыми движениями пальцев блестящего хирурга Николая Петровича Тринклера, заведовавшего кафедрой факультетской хирургии. Его разрез был подобен красивому движению смычка талантливого музыканта.



*Николай Петрович Тринклер  
(1859-1925 г.г.)*

Пользуясь свободным расписанием, я не пропускал ни одной его лекции, ни одной операции, интуитивно чувствуя в нем талантливого хирурга и своего будущего учителя хирургии. Достаточно указать на факт, что для того периода субтотальная резекция желудка была редкой операцией. Николай Петрович делал ее в Харькове уже в 1917-1918г.г. Книга Н.П.Тринклера «Лечение ран» была классической и единственной по этому вопросу. Постепенно я стал «своим человеком», и мне поручили составить картотеку огромной библиотеки клиники факультетской хирургии. Я успевал бывать и в поликлинике, и в лаборатории. Этот труд занял у меня более года. Остальные предметы - по учебникам. После того, как я окончил работать в библиотеке (за что я получил оплату, достаточную для

прожиточного минимума), Николай Петрович разрешил мне бывать на операциях в его частной лечебнице, где делались большие операции, преимущественно на брюшной полости. В последнем семестре, как я писал выше, меня взяли на должность лекнома в большой окружной госпиталь, где я столкнулся с разнообразной хирургией и последствиями травм военного времени. Мне поручали перевязки гнойных ран, иногда брали ассистентом на небольшие операции. Итак, к получению диплома вполне определился мой профиль будущего хирурга. Позже меня зачислили сначала ординатором, затем ассистентом факультетской хирургической клиники Харьковского университета. Хирургическая школа Н.П.Тринклера и его ближайшие ассистенты воспитали во мне навыки хирурга, а последующая работа в госпитале и на кафедре оперативной хирургии расширили топографо-анатомические знания и позволили на трупах проделать основные классические операции на конечностях, брюшной полости, на грудной клетке и на черепе. Соединение работы на теоретической кафедре с практической работой в госпитале оказалось полезным. Военные события и длительная болезнь сыпным и возвратным тифами прервали мое планомерное развитие. С клиникой Н.П.Тринклера я не порывал связей все

годы до перехода в Медико-механический институт (о чём – ниже) и даже в последующие годы, в период подготовки мною диссертации, Н.П.Тринклер, несмотря на крайнюю занятость, помогал мне советом и дал хороший отзыв на диссертацию.

Сравнивая двух своих учителей общей хирургии – Н.П.Тринклера и Ю.Р.Пенского, теперь, спустя десятки лет после отъезда из Харькова, я сохраняю о них память не только как о блестящих хирургах, но и как о прекрасных педагогах. Н.П.Тринклер – мягкий, добрый человек и большой мастер хирургии. Он был прост в обращении со своими помощниками, ласков с больными. Пытливый скромный ученый, он проводил каждое лето в библиотеках и зарубежных клиниках. Как лектор он не отличался большими способностями. Кратко разбирая больных перед операцией, а затем здесь же, в аудитории (студенты сидели наверху) он делал свои художественные операции, которые я не пропускал. Он делал большие, оригинальные для своего времени, операции. Как я уже упоминал, в свою частную лечебницу Н.П.Тринклер клал и оперировал бесплатно сложных больных, которые представляли большой научный интерес, но заплатить не могли. Он был бесребреником и по своей доброте не отказывал простым людям, хотя его главный врач и сетовал на то, что лечебница приносит малый доход.

Профессор Ю.Р.Пенский был ученый другого типа. Методичный и требовательный педагог, он проводил свои занятия со студентами по типу глубоких клинических разборов, в которых студенты принимали активное участие. Он мало оперировал, но давал студентам большие знания, демонстрируя многих больных с разнообразными заболеваниями. Здесь, в старой Александровской больнице, был огромный материал повседневной госпитальной хирургии. Как ученый профессор Ю.Р.Пенский был крупной величиной для своего времени, а его экспериментальные исследования по гетеропластике не потеряли научной значимости и до настоящего времени. Из школы Ю.Р.Пенского вышло много крупных хирургов. Среди них был и тогда еще совсем молодой, но подававший надежды Н.Н.Милостанов(6), мой друг, с которым я не порывал связи до последних лет. Н.Н.Милостанов много работал по торакальной хирургии того времени. Живой, энергичный и способный хирург, он был незаменим и в обществе. Прекрасно пел, рисовал, был хорошим товарищем и не давал в обиду своих молодых друзей. К сожалению, он в то время не успел оформить многочисленные труды в качестве докторской диссертации, но это не помешало ему быть хорошим хирургом и добрым сердечным человеком.

## Глава II. Путь в ортопедию-травматологию.

### 2.1. Переход в Медико-механический институт.



*Карл Федорович Вегнер (1864-1940г.г.)  
– основатель и первый директор Медико-механического института (г. Харьков).*

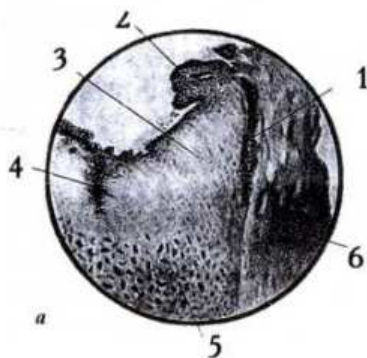
Случилось так, что частная клиника Н.П.Тринклера была занята под госпиталь, куда меня снова направили работать. Николая Петровича не было в Харькове, и не с кем было посоветоваться. В этот же период среди стужи и голода Карл Федорович Вегнер предложил мне занять штатную должность научного сотрудника Медико-механического института(7) с правом жить при институте. Помню свои колебания и сомнения: стоит ли уходить от общей хирургии в травматологию? Помню слова К.Ф.Вегнера: «С Вашей подготовкой и знанием языков Вы далеко пойдете и не пожалеете о том, что изберете своей специальностью травматологию-ортопедию». Я перешел в Институт, но навыки блестящей хирургической школы Тринклера сохранил на всю жизнь.



*Медико-механический институт (ныне – Харьковский институт ортопедии и травматологии им. М.И.Ситенко).  
Фото 1912г.*

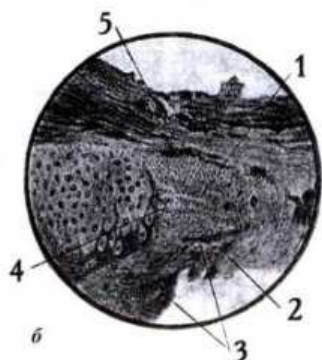
## 2.2. Приобщение к науке. Докторская диссертация.

Творческая обстановка в Институте и большая работоспособность позволили мне развиваться не только в клиническом плане, но и в теоретическом. Бытие определило сознание. «Бытие» того времени (1920-е годы) характеризовалось значительным распространением всевозможных инфекций. Меня заинтересовали инфекционные процессы в рёберных хрящах – так называемые хондриты. Я сравнительно рано получил возможность широко оперировать в военных госпиталях, особенно в Окружном военном госпитале, где были сосредоточены больные с разнообразными хирургическими и ортопедическими заболеваниями. Здесь



*Инфекция хряща*

*а) часть стенки внутривнутрихрящевого абсцесса. Зоны некроза и некробиотического состояния хряща:*  
1 – воспалительная инфильтрация глубокого слоя надхрящницы с отслойкой последней;  
2 – секвестрация хряща;  
3 – воспалительная инфильтрация, проникающая в некробиотическую зону хряща;  
4 – зона некробиотического хряща;  
5 – неизменный гиалиновый хрящ;



6 – надхрящница;  
*б) заживление хрящевой культуры:*  
1 – регенерат хряща;  
2 – рубцовая ткань;  
3- участки мелкоклеточной инфильтрации в ней;  
4 – граница со старым хрящем;  
5 – надхрящница.

было немало больных с инфекционными хондритами рёберных хрящей.

В то время не было кандидатских диссертаций. После нескольких журнальных статей я начал работать над докторской диссертацией. Значительный клинический материал госпиталя, где я работал ординатором по инфекционным заболеваниям хрящей и костей, дал мне возможность тщательно изучить патологию хондритов (хондромиелитов). Причем всякий раз после операции удаления пораженных хрящей я шёл в гистологическую лабораторию и там под руководством К.Ф.Еленевского(8) лично готовил препараты, рассекая хрящи в нужном направлении, лично красил их, изучал



*Профессор Константин Феликсович  
Еленевский (1864-1942г.г.)*

множество срезов под микроскопом, записывал свои наблюдения и мысли по поводу генеза хондритов. Я так был увлечён этой работой, что брал препараты домой и в спокойные ночные часы изучал материал. Такая работа с утра до поздней ночи длилась более 3-х лет.

Я делился с М.И.Ситенко и другими товарищами некоторыми своими наблюдениями. Меня особенно интересовали генез и репаративные процессы в хрящах и костях. Процессы костной регенерации увлекали нас всех в Институте. К.Ф.Вегнер глубоко штудировал работу Бира по регенерации. Он дал тему М.И.Ситенко по костной пластике при псевдоартрозах. Недостаток материала и клинико-рентгеновские изучения этого вопроса мало продвинули его диссертацию, в то время как моя диссертация с морфологической базой была на верном пути. По моему совету

М.И.Ситенко перенёс разработку теоретической стороны диссертации в ту же, плоскость, что и я.

Но возвратимся к докторской диссертации. С изучением патологии реберных хрящей все шло планомерно и без особых трудностей, если не считать материальных затруднений с оформлением диссертации. Дело в том, что в те времена не давали 3-4 месяца на «оформление» работы (работа писалась в выходные дни и в ночное время, а ровно в 9 часов утра нужно было быть на обходе); печатанье диссертации и изготовление рисунков – всё это делалось за счёт докторанта. Художник сделал прекрасные рисунки в красках с препаратов, но для этого пришлось продать столовое серебро. Голод в молодые годы не препятствовал научной работе. Оформление гистологической части диссертации заканчивалось.

Не так благополучно обстояло дело с клинической и оперативной частями, которые строились на базе данных окружного госпиталя. Здесь были и неудачи, и осложнения. До сих пор помню летальный исход у больного, которому при тотальном удалении трёх реберных хрящей была вскрыта плевра. Несмотря на наложенные швы, края раны в условиях инфекции разошлись, и мы потеряли этого больного. Я очень тяжело пережил эту неудачу. Моральная поддержка со стороны моих товарищей была вполне искренней, особенно, как я уже упоминал, я дорожил теплой поддержкой Н.Н.Милостанова, дружеские отношения с которым сохранились до настоящего времени.

Все осложнения и летальный исход были указаны в диссертации и всё же

при защите (а тогда оппоненты утверждались без участия докторанта) мне пришлось выдержать большой бой. Один из оппонентов выдвинул мотив, что докторант слишком молод. Пришлось ответить, что, этот «недостаток» диссертации я уже не могу исправить, и данный вопрос Ученым советом Медицинского института решён помимо меня. Положительное решение Ученого совета о присвоении мне степени доктора наук состоялось.

Четырёхлетний непрерывный труд до поздней ночи без отдыха при весьма скромном питании, напряженная обстановка при открытой защите диссертации (к счастью, с огромной поддержкой врачебной общест-венности), большой упадок сил привёл к тому, что после защиты при чествовании меня в узком кругу ученых я сказал: «Даю слово, что больше не напишу ни одной книги, которая поглощает столько сил». Увы, прошло несколько лет, молодой организм окреп, появился новый моральный стимул, и были написаны другие книги, которые хирурги и ортопеды-травматологи оценили по достоинству. Но первое «дитя», рождённое в муках, осталось мне дорого и поныне. Прошли годы, успокоились страсти, улеглись споры, и я снова с тёплым чувством вспоминаю тот период молодости, первых лет личной жизни и творчества, рождение первого сына Александра, для сохранения жизни которого в те годы голода и холода, я вынужден был изменить факультетской хирургии и перейти в Медико-механический институт, в здании которого мы поселились и где сын сразу ожил. Впрочем, не приходится жалеть об этом, так как в ортопедии-травматологии я нашёл свое настоящее благородное призвание, которое стимулирует творческие поиски до зрелых (и перезрелых) лет. А сын Александр Васильевич вырос в способного, трудолюбивого и многогранного учёного, посвятившего всю свою жизнь онкологии и поиску новых путей изучения хронических неинфекционных процессов. Как у меня, так и у него творческий процесс составляет основу личной жизни. И это стремление идти оригинальным творческим путём в науке является ведущим стимулом, несмотря на изменчивость и различные колебания в общественной и личной жизни.

### *2.3. К.Ф.Вегнер, М.И.Ситенко, Н.П.Новаченко, Я.Г.Дубров и А.А.Коржс.*

Развитие отдельных областей науки связано с географическими центрами. В первые годы моей врачебной деятельности (1919-1920г.г.) в России существовало два крупных географических центра ортопедии-травматологии: северный – в Ленинграде и южный – в Харькове. Разумеется, в других городах тоже были крупные хирургические школы и отделения травматологии-ортопедии, но в Ленинграде и в Харькове уже к тому времени были вполне оформившиеся научные ортопедо-травматологические центры с различными направлениями.

Много написано о блестящих ортопедах того времени Г.И.Турнере и

Р.Р.Вредене. Наши встречи с этими корифеями ортопедии описаны ниже.

Школа К.Ф. Вегнера отличалась не количеством учеников, а своим научным направлением. Здесь, на Украине, развивалось глубоко продуманное и теоретически обоснованное *функциональное* направление в травматологии. Карл Федорович Вегнер оставил неизгладимый след в развитии травматологии-ортопедии, положив в основу функционального направления физиологию и патофизиологию мышц при переломах костей и биомеханику суставов. По существу, процессы distraction, компрессии и регенерации при переломах изучались нами уже в тот период. Методом тщательной физиологической репозиции достигалось «*первичное сращение*» отломков; демонстрируя на хирургическом съезде в Ленинграде, еще до Первой мировой войны, точное вправление отломков и полное восстановление функции суставов, К.Ф.Вегнер привлек к себе всеобщее внимание хирургов. Известно, что после этого заседания председатель Съезда профессор Федоров (вождь хирургии того времени) особенно отметил блестящий метод бескровного лечения переломов, а К.Ф.Вегнер был признан ведущим травматологом. Последующий период развития нашей специальности, как в мирное, так и в военное время (опыт Первой и Второй мировых войн) показал правильность такой оценки функционального направления, построенного на патофизиологическом анализе нормальных и ретрагированных мышц.

Нам иногда казалось возможным нарушить сложившуюся систему функционального лечения, и мы с М.И.Ситенко при диафизарном переломе бедра десятидневной давности со смещением отломков по длине дали больному наркоз и вправили отломки. Была достигнута физиологическая ось и сразу устранено укорочение бедра, достигнута идеальная одномоментная репозиция, наложена циркулярная гипсовая повязка с тазовым поясом. Мы были довольны, но каково же было наше разочарование на следующий день, когда больной проснулся. На контрольной рентгенограмме установлено, что отломки заняли свое прежнее положение. Наступившая в течение 10 дней патологическая ретракция мышц сделала своё дело, как только больной вышел из наркоза. Последующее скелетное вытяжение путём медленного дозированного воздействия на мышцы постепенно устранило патологическую ретракцию мышц, была достигнута щадящая репозиция отломков, наступило сращение. Функциональная система репозиции и последующее удержание отломков до появления прочной мозоли устраняли необходимость операции. Поэтому мы не наблюдали остеомиелитов и крайне редко видели псевдоартрозы, вследствие хорошей физиологической компрессии под действием двусуставных мышц. Физиологическая distraction отломков достигалась с помощью клеммы или спицы из нержавеющей стали, и мы боялись этой distraction. Сейчас метод distraction перешёл в другую фазу изучения.

Интересный для того времени факт. Мы с М.И.Ситенко, работая под руководством К.Ф.Вегнера, сначала в Медико-механическом институте, а

затем в Украинском институте ортопедии и травматологии одновременно (как уже упоминалось), писали докторские диссертации. Причем М.И.Ситенко за несколько лет мог собрать только 6 случаев лечения псевдоартрозов с применением костной пластики. Такова была редкость возникновения псевдоартрозов при бескровном функциональном методе лечения. Когда я поделился этими воспоминаниями в кругу современных травматологов (1970-1971г.г.), то один из них, работающий над проблемой псевдоартрозов, сказал, что у него каждую неделю на прием приходит по 2-3 больных с псевдоартрозами после оперативного лечения переломов. Этот факт является отражением одного и другого направления в лечении повреждений опорно-двигательного аппарата человека. Есть над чем задуматься организаторам здравоохранения и ведущим институтам травматологии и ортопедии.

Но возвратимся к К.Ф.Вегнеру. Это выдающийся ученый, клиницист и организатор с необыкновенным трудолюбием. Он пунктуально появлялся в институте в 9 часов утра и уходил из своего кабинета в 9 часов вечера после доклада дежурного травматолога. Кабинет с огромной библиотекой на всех европейских языках был для него домом, творческой лабораторией, местом создания фундаментальных монографий.

Система и точность работы иногда поражала нас, молодых учёных. В тяжелые годы голода и холода он, завернувшись в одеяло, неизменно сидел у себя в кабинете, делал рисунки к книге или писал и требовал от нас доклада о результатах вечернего обхода не позже 8 часов вечера. Если кто-нибудь из нас запаздывал на 5 минут, Карл Федорович нервничал и говорил весьма сдержанным тоном.

В связи с точностью начала работы припоминается один эпизод. Операция была назначена на 9 часов утра. М.И.Ситенко и я должны были ассистировать К.Ф.Вегнеру. Хирург и я помылись, наступило 9 часов, а М.И.Ситенко нет. Хирург нервничает, больной спит, Карл Федорович приказывает запереть дверь операционной. Через несколько минут М.И.Ситенко начал стучать в дверь операционной, но К.Ф.Вегнер не разрешил открывать дверь, и операция продолжалась.

Точность начала работы, педантичный контроль за больным в послеоперационном периоде и в процессе функционального лечения пострадавшего с переломом, особенно бедра и плечевой кости, составляли стиль работы института, основателем и первым директором которого был К.Ф.Вегнер. Не могла не привлечь его внимания и проблема повреждений позвоночника.

Требовательность к работе своих помощников была адекватна требовательности к себе. С какой грустью вспоминаю эту методичность, требовательность и точность в работе в противоположность снисходительности в учреждении, где утренние «пятиминутки» длились по 30-40 минут, а операцию вместо 9 часов едва удавалось начать в 10-10.30. Бесцельно терялись ценные утренние часы и психологически рассеивались деловая

целеустремленность и спокойствие, которые так нужны хирургу-ортопеду. С<sup>✓</sup>тиль\* работы характеризует ученого.

Но не только аккуратность, деловитость и требовательность характеризовали стиль работы К.Ф.Вегнера. Он



Титульный лист первого советского учебника по травматологии. Вегнер К.Ф. Переломы и их лечение. Руководство для врачей и студентов. М.-Л., 1926г.

был всесторонне образованным врачом, знал 4 иностранных языка, следил за международной литературой, был участником всех европейских ортопедических и травматологических конгрессов, следил за новизной идей и методов лечения. Его лекции сопровождалась рисунками на доске, причём он рисовал цветными карандашами правой и левой рукой, что производило большое впечатление на студентов и врачей.

Помимо диссертации (диафизарные переломы бедра), множества статей и выпусков «Переломы костей», он написал блестящую и первую монографию «Переломы костей и их лечение», в которой даны глубокие теоретические обоснования системы функционального лечения переломов. Эта книга писалась в трудные годы, все рисунки сделаны самим автором, многие мысли обсуждались нами совместно. Мне

пришлось вести корректировку и то, что теперь называется «литературной редакцией» этой ценной книги.

Можно было поражаться его работоспособности даже в пожилые годы. Он часто советовался со своими ближайшими помощниками, стимулировал их к изучению литературы и языков. С профессором Л.П.Николаевым, который также работал с нами, он часто говорил по-французски, со мной – по-немецки, хорошо знал английскую литературу. В частной жизни был интересным собеседником, любил вкусно поесть и выпить в кругу друзей. Много рассказывал о встречах с крупными хирургами и ортопедами (Биром, Ланге, Шанцем, Штейнманом и другими). Печатавшаяся в те годы в немецком журнале «Munchener Mediciniscgrift Wochenschrift» монументальная работа Бира о регенерации служила предметом больших дискуссий в нашей среде. Нас всех занимали не только клинические вопросы, но и общебиологические процессы регенерации, гистологические процессы заживления костной и хрящевой ткани. Докторские диссертации М.И.Ситенко и моя, которые шли параллельно, отражали патологические процессы в указанных тканях и морфологические процессы регенерации.

\* С<sup>✓</sup>тиль – это человек (фр.)

Меня, как уже упоминалось, интересовали инфекционные процессы в хрящах и костях.

Насколько важен был научный контакт между руководителем и его помощниками, иллюстрирует следующий маленький штрих. Г.И.Турнер, большой мастер по лечению переломов костей гипсовой повязкой, глубоко теоретически обосновывал процессы заживления переломов и роль гипсовой повязки для улучшения регенерации. Он написал в журнале дискуссионную статью. В ней затрагивались и вопросы функционального лечения переломов (направление К.Ф.Вегнера), причём автор статьи в своих теоретических суждениях основывался на работах Heile.

К.Ф. Вегнер, прочтя эту статью, острие которой было направлено против него, внутренне переживал некоторые дискус-

сионные вопросы, но нигде не мог отыскать работ Heile, так как Генрих Иванович не указал источника. Эта дискуссия совпала с периодом моего изучения патологических процессов в костях и хрящах, и я фундаментально изучил все работы Heile еще до дискуссии. Поэтому когда Карл Федорович пожаловался, что он не может написать ответ, не изучив работ Heile, я принёс ему не только оригинал этой работы, но и дал соответствующую трактовку патофизиологических вопросов, затронутых в дискуссии.

К.Ф.Вегнер был в восторге и изложил свою точку зрения в защиту функционального лечения переломов, дав свою трактовку патологическим процессам в костях, в том числе, исходя из той же работы Heile, которую он изучил досконально в оригинале.

Этот пример и множество других были у нас предметом дискуссии в кабинете Карла Федоровича, где его ближайшие помощники – М.И.Ситенко и я – доктора наук – могли спорить с шефом, исходя и из собственных исследований.

Ортопедическая проблема также обсуждалась в институте. Идея функциональной терапии при болезни суставов нас интересовала. Тогда еще костный туберкулёз не был выделен так резко из области ортопедии, как это случилось в последующие годы под влиянием П.Г.Корнева Т.П.Краснобаева. Патология интересовала нас как с точки зрения последствий травмы, так и с точки зрения новых веяний в области функционального лечения воспалительных заболеваний. Вместе с моим другом Н.Н.Милостановым мы неоднократно обсуждали проблему гнойных артритов после



*Михаил Иванович Ситенко  
(1885-1940г.г.).*

✓

✓

огнестрельных ранений коленного сустава.

Наступление анкилоза нам казалось наихудшим исходом. Применяя химиотерапию, промывание сустава и функциональное лечение, мы добивались в отдельных случаях небольших движений. Более ярко эта мысль выразилась при лечении воспалительных заболеваний суставов.

Как-то наш шеф возвратился из Швейцарии, где Роллье показывал «чудеса» излечения больных с костно-суставным туберкулёзом. В клинике Медико-механического института на большом солярии (крыше здания) были созданы условия для лечения больных с костным туберкулёзом. Одновременно применялась разгрузка в виде вытяжения для предупреждения контрактуры и устранения болей, особый рацион питания, при свищевых формах – эмульсия Кало. Основная идея такого лечения состояла в том, чтобы создать покой, шадить физиологическую функцию мышц и других суставов.

Помню посещение клиники К.Ф.Вегнера Т.П. Краснобаевым, П.Г.Корневым, С.И.Спасокукоцким, которых заинтересовало новое направление в лечении болезней суставов. «Дух искания» новых форм зарождался у меня уже в те годы. Этому способствовали благоприятные внешние условия и тёплое отношение ко мне шефа. Меня заинтересовали осложнения в виде серозных и серозно-гнойных артритов после брюшного и сыпного тифа, а позже я увлёкся проблемой ревматических артритов и классификацией заболеваний суставов. В Москве состоялся I Конгресс по ревматизму, где артриты были ведущей проблемой. Я сделал большой доклад по патологии и классификации артритов (исключая туберкулёзные поражения), который привлёк внимание аудитории. Замечу, что никто из московских ортопедов того времени не занимался этим вопросом. На следующий год состоялся Международный Конгресс по ревматизму. К Конгрессу я подготовил доклад по классификации воспалений суставов и напечатал его на трех языках в особой брошюре под названием «Ukrtheuma» (Украинский ревматический центр). Украинское министерство благоприятно отнеслось к этому вопросу, но Москва не пустила меня на Конгресс. Наряду с артритами изучались и спондилиты различной этиологии.

Операция Олби (или точнее Олби-Гибс), опубликованная в 1911 году, дошла к нам в 1919-1920 годы. Помню первые операции К.Ф.Вегнера. Больных спондилитом для этой операции брали различного возраста, включая детей, что было коренной ошибкой. У взрослых операция проходила сравнительно легко и удачно для первого периода наблюдений. Свободной пересадкой костей мы владели в достаточной степени. Подготовку ложа для трансплантата делали точно по Олби. Срок фиксации и постельный режим определялся особенностями заболевания, в среднем он составлял 3 месяца, а затем больного выписывали в корсете. Но, ассистируя К.Ф. Вегнеру на операциях у детей, я обратил внимание, что у них в остистых отростках и дужках преобладала хрящевая ткань, следовательно, мы укладывали костный трансплантат в хрящевое ложе, что не соответствовало биологическим требованиям прочного костного

приживления аутотрансплантата. Опыт показал, что у детей были получены наихудшие результаты, и вскоре мы стали избегать применения этой операции у детей.

Бескровное лечение в ортопедии находило своих адептов на Украине и не без основания, особенно применительно к детскому возрасту. Обращаемость ортопедических больных за помощью быстро возросла. Поликлинические приемы росли, стационар не мог количественно удовлетворить растущие требования. Невольно развивалась лечебная помощь в поликлинике. Наличие двух прекрасных мастеров – Бартельса по корсетам, ортопедическим аппаратам и Флоры Лукашевой по гипсовой технике облегчало наши задачи. Изготовление кроваток и корсетов при болезнях позвоночника нарастало. Этапные гипсовые повязки и «закрутки» для исправления контрактур делались амбулаторно. Больные с врожденной косолапостью лечились также амбулаторно. Для истории ортопедии следует подчеркнуть, что успешным развитием бескровной ортопедии Украина обязана большому мастеру ортопедии – врачу М.Г.Зеленину, который создал небольшое ортопедическое отделение в Харькове, превратившееся затем в образцовый ортопедический профилакторий.

Нежная, щадящая техника этапного вправления врожденного вывиха бедра нашла здесь широкое применение. В настоящее время появилось множество вариантов «распорок» для бескровного вправления вывиха, и каждый автор приписывает себе этот метод. По существу все они исходят из бескровной этапной репозиции бедра по Зеленину. Важна идея, а не мелкие технические детали «распорки». Успешно лечились бескровным методом и другие деформации у детей: косолапость, кривошея, контрактуры, последствия костно-суставного туберкулёза. Достоинство М.Г.Зеленина заключалось также в том, что он хорошо знал вопросы протезирования и был главным врачом протезного завода. Такое сочетание было полезно. Идея врача М.Г.Зеленина и его ближайших помощников А.П.Котова и доктора П.П.Сова(9) должна быть упомянута в истории развития ортопедии на Украине. Позже возник еще один центр ортопедии в Харькове: была организована кафедра ортопедии при Харьковском медицинском институте, которую возглавлял профессор С.Л.Трегубов(10). Мне пришлось быть свидетелем её возникновения в Харькове. По инициативе К.Ф.Вегнера Министерство здравоохранения Украины дало санкцию на организацию такой кафедры, объявив конкурс. На конкурс подали 2 кандидата: К.Ф.Вегнер и С.Л.Трегубов. На совете факультета разгорелся большой спор. У С.Л.Трегубова была большая группа защитников во главе с авторитетным хирургом профессором Л.В.Орловым(11), который, цитируя отзывы о К.Ф.Вегнере зарубежных ученых, сказал, между прочим: «Штейман (крупный травматолог) хвалил Вегнера, Вегнер хвалит Штеймана». Несмотря на явную сравнительную слабость С.Л.Трегубова, голоса ученых Совета разделились поровну. Были избраны оба кандидата благодаря смелой защите в выступлении профессора Л.В.Орлова. Независимость профессора

Л.В.Орлова проявлялась и на другой защите, где он выступил с оригинальным заявлением: «...Знаки поощрения нужны и в науке и в жизни, несмотря на то, что в армии эти знаки были уничтожены (он имел в виду погоны) они уже снова появляются на антебрахиях, далее ползут на брюхах затем появятся ещё выше». Для этого времени, когда недавно были уничтожены погоны, подобное публичное заявление было весьма смелым шагом.

Министерство здравоохранения приняло Соломоново решение: были утверждены две кафедры ортопедии и травматологии. Их научные направления были различны. Мы с М.И.Ситенко были утверждены ассистентами новой кафедры. Жизнь на кафедре значительно оживила и жизнь в самом институте. К этому времени он был переименован во Всеукраинский научно-исследовательский институт ортопедии и травматологии (директор К.Ф.Вегнер), функции его значительно расширились, что отразилось на научной и оперативной деятельности. Как наиболее молодой доктор медицинских наук я был в контакте с другими научными институтами и с Окружным госпиталем, где продолжал работать в области хирургии. Кое-что новое удалось перенести в Институт травматологии. Переливание крови в те времена только вводилось в медицинскую практику. Помню наше первое переливание крови во время ортопедической операции. Техника не была еще достаточно разработана, вначале не удалось наладить переливание, и лишь после обнажения вены все же перелили кровь. Это было событием в ортопедическом институте. Моя связь с другими хирургическими учреждениями позволила мне оперировать на костях. В институт поступил рабочий с хронической язвой голени, которая годами не закрывалась. Я ему сделал тогда еще малознакомую ортопедам операцию десимпатизацию бедренной артерии. Весьма деликатная техника и начало операций на сосудах были отмечены как положительное явление. Вскоре мы начали оперировать более широко по поводу резидуальных явлений полиомиелита и церебрального паралича. Тогда же нами был описан метод транс-оссального тенодеза мышц парализованной стопы (см. Рис. 46) Операция Штоффеля на нервах нам казалась весьма перспективной. При последствиях туберкулезного коксита был разработан и внедрён в практику метод интра-экстраартикулярного артрореза, который также был опубликован в советской и зарубежной печати. Вопросы травматологии оставались ведущими, но в меньшей степени по сравнению с тем, что было в предыдущие годы. Вспоминаю небольшой эпизод с вправлением вывиха в локтевом суставе. Поступил взрослый больной с «просроченным» вывихом в локтевом суставе. Вправление не удалось в других больницах, оно также не удалось и М.И.Ситенко, который пытался добиться вправления классическим методом. Было назначено оперативное вмешательство. Я помылся раньше и пока заканчивал мыться М.И.Ситенко, больной был под наркозом, я применил весьма деликатный метод отдаливания плечевой кости в направлении спереди назад с одновременным давлением пальцами на локтевой отросток. Рука больного опиралась на грудь хирурга. Без всякого усилия и неожиданно

для меня наступило бескровное вправление. Этому, разумеется, помогло и полное расслабление мышц под наркозом. Михаил Иванович был несколько разочарован тем, что операция не состоялась, но для больного это было наилучшим исходом. Впоследствии указанный шадящий метод был применён мною многократно и описан в книге «Основы оперативной ортопедии и травматологии». Застарелых вывихов не должно быть, если пользоваться простым методом вправления под морфием или масочным наркозом. Клиническая работа была увлекательной, потому что мы имели возможность сочетать изучение патологии воспалительных процессов с оперативной и бескровной ортопедией-травматологией. Особое чувство удовлетворения мы испытывали, когда результаты хирургической деятельности переносили в патолого-гистологическую лабораторию профессора К.Ф.Еленевского (на базе прекрасного здания Харьковского Медицинского общества). Углубленное изучение патологического процесса приближало нас к пониманию истины, расширяло горизонты молодых ученых.

Жизнь шла с чередованием приятных эмоций и творческих успехов с неприятными явлениями. Мое положение становилось затруднительным, особенно в связи с разногласиями, возникшими между К.Ф.Вегнером и М.И.Ситенко. Создатель травматологической школы на Украине, Украинского института ортопедии и травматологии и автор первого капитального труда по переломам костей, К.Ф.Вегнер, после трагического происшествия в семье и переезда в Германию жены с сыном как-то потерял прежний интерес к работе и не уловил новые веяния общественной жизни страны. В качестве руководителя института при хороших помощниках он мог ещё сделать много полезного. Но, как это бывает иногда с учеными, приближение к себе лиц с авантюристическими наклонностями не создавало той благоприятной среды для работы, в которой мы раньше воспитывались и творили. Последние годы пребывания К.Ф. Вегнера в Харькове омрачились отсутствием взаимопонимания между К.Ф.Вегнером и М.И.Ситенко. К.Ф.Вегнер переехал в Москву, а затем в Швейцарию.

М.И.Ситенко возглавил институт, я переехал в Свердловск, где организовал Уральский институт травматологии и ортопедии. Нужно отдать должное М.И.Ситенко, который много сделал для развития ортопедии на Украине. Наряду с большой организационной и профилактической работой по разделу ортопедии следует отметить также значительную заслугу М.И.Ситенко в области научного развития нашей специальности на Украине. Его капитальные работы по костной пластике и лечению псевдоартрозов сохраняют свою ценность и поныне, потому что они биологически обоснованы. В частности, его оригинальный метод остеопериостальной костной пластики, построенный на теоретической концепции Ollier, является вполне современным и в 70-е годы настоящего столетия. И, несмотря на имевшее место разногласие между мною и М.И.Ситенко, в последний период работы в Харькове, все же я считаю своим долгом настаивать на том, что идея кортикально-периостального обнажения

кости при псевдоартрозах принадлежит М.И.Ситенко, а не Judet и не Л.И.Шулутко. Я пишу об этом не только потому, что держусь принципа *de mortuis aut bene aut nihil*<sup>х</sup>, и считаю, что для учёного истина – прежде всего, и нельзя грешить против неё, несмотря на дружеские чувства к тому или иному учёному. Помимо заслуг в области организации ортопедической помощи населению Украины, М.И.Ситенко нужно отдать должное в организации первого журнала «Ортопедия и травматология», который из Украинского этапа своего развития перешёл в фазу развития Всесоюзного журнала «Ортопедия, травматология и протезирование». Мне, как единственному, если не ошибаюсь, оставшемуся в живых из числа членов первой редакционной коллегии журнала, можно сказать, что он проделал большой путь эволюции. В первые годы он сплотил вокруг себя лучшие ортопедические силы страны, хотя Москва и Ленинград участвовали в его работе в меньшей степени, чем Украина. Москва помогла журналу уж тем, что не мешала ему развиваться.

Этот журнал вначале возник, как украинский орган печати. Ядро редакционной коллегии составляли сотрудники Украинского института ортопедии и травматологии. Правда, М.И.Ситенко удалось привлечь некоторых учёных из других городов, например, М.О.Фридланда из Казани. Но Ленинград и Москва не приняли участия в работе журнала. Журнал того периода, как и Харьковский институт после К.Ф.Вегнера, взял явный курс на ортопедию, что не вполне соответствовало потребностям страны, в которой была взята чёткая линия на индустриализацию, широкое развитие промышленности. Травматология в таких условиях должна занимать ведущее положение. Это чувствовали ведущие травматологи-ортопеды того времени: в Москве – Н.Н.Приоров и В.В.Гориневская, в Ленинграде – А.Л.Поленов, С.С.Гирголав.

С моим переездом в Свердловск и организацией Уральского института травматологии и ортопедии мы также взяли курс на травматологию. Правда, на Российском съезде хирургов в Москве (1932г.), где я делал доклад, и куда была привезена мною скромная выставка, отражающая первые шаги по травматологии молодого института, М.И.Ситенко, говорил со мной о моём более активном участии в журнале, но я отказался от участия. Возможно, я был не прав, но в тот период я был полностью захвачен проблемой травматизма и травматологии в Российской Федерации. Жизнь подсказывала правильность нашей линии научного развития. Экспериментально морфологическое и клинико-рентгенологическое изучение костной мозоли и процессов остеогенеза легли в основу ряда собственных исследований и работ моих учеников. Я начал готовить к печати выпуски под названием «Переломы костей и их лечение» (выпуск I и II), а также специальный большой выпуск диссертации, где преобладали работы по травматологии. В перспективе готовилась книга «Оперативная ортопедия и травматология». Естественно, что при таких условиях принципиальность нашего расхождения в научном направлении журнала и неприятный осадок, который у меня

остался при отъезде из Харькова, обусловил мой отказ от дальнейшего участия в журнале. Разразившаяся вскоре Великая Отечественная война прервала существование Украинского журнала. После войны в восстановительный период жизни страны и повышения роли травматологии и ортопедии журнал был восстановлен (в 1955г.), я вошёл в состав Редакционной Коллегии, в которой добросовестно тружусь до настоящего времени.

Заслугой М.И.Ситенко следует считать организацию в 1936г. Первого Украинского съезда ортопедов, травматологов и работников протезного дела. Характерно то, что на нём из Москвы присутствовал только Т.П.Краснобаев, из Ленинграда не было никого. Ведущие ортопеды-травматологи Москвы и Ленинграда не организовывали Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов до шестидесятых годов. История советской ортопедии должна отметить это как печальный факт.



*За столом Президиума I Украинского съезда ортопедов, травматологов и работников протезного дела (1936г.). В первом ряду сидят слева направо: проф. Илья Осипович Фрумин (Киев), проф. Самуил Леонтьевич Трезубов (Харьков), проф. Николай Иванович Кефер (Одесса), Тимофей Петрович Краснобаев (Москва), проф. Михаил Иванович Ситенко, доцент Николай Петрович Новаченко (впоследствии – профессор, чл.-корр. АМН СССР). Крайний справа доцент Александр Пантелеймонович Котов (впоследствии – профессор, ведущий протезист Украины). Между М.И.Ситенко и Н.П.Новаченко – проф. Василий Дмитриевич Чаплин.*

Положительна роль М.И.Ситенко и в том, что по его инициативе были созданы кафедры травматологии и ортопедии во всех медицинских институтах Украины, а также «опорные пункты» Украинского института ортопедии и травматологии, благодаря чему новые веяния в науке быстро внедрялись в практику.

Когда мы с М.И.Ситенко заканчивали свои докторские диссертации, в Украинский институт ортопедии и травматологии были зачислены ординаторами Н.П.Новаченко и Ф.И.Эльясберг по окончании медицинского института. Помню живого и любознательного Н.П.Новаченко, который с интересом бывал на наших обходах и разборах больных. Он впитывал в себя знания и те фундаментальные основы ортопедии-травматологии, которые по существу в то время были уже созданы в

институте К.Ф.Вегнером с нашим (М.И.Ситенко и моим) скромным участием. Молодёжь охотно училась, поглощая те сведения, которые я докладывал из новейшей литературы. У Н.П.Новаченко была склонность к административной работе. Но он старался не отставать от науки и питался веяниями и духом творческих исканий, которые были стилем работы того периода развития института.

Среди молодых ординаторов он был наиболее способным. Вскоре Н.П.Новаченко получил тему о васкуляризации трансплантатов. А когда М.И.Ситенко занял место директора института, Н.П.Новаченко стал главным врачом. Это частично задержало его научный рост. Он неоднократно советовался со мною о направлении его научной работы, но земные дела отвлекали его от науки. Работа над диссертацией значительно затянулась, но всё же он написал хорошую работу, основанную на морфологических исследованиях. Н.П.Новаченко продолжал работать в клинике и вырос в хорошего организатора и ортопеда-травматолога.

Из других научных работников я хотел бы отметить В.О.Маркса, теоретически образованного ортопеда. Его монография по регенерации костей представляла, по моему мнению, большую ценность. Она написана под руководством знатока патологии костей и моего учителя **КФ** Еленевского.



*Яков Григорьевич Дубров  
(1903-1992г.г.).*

Из молодых аспирантов того времени заслуживают упоминания Г.Ф.Скосогоренко(12) и И.Л.Зайченко(13). Первый – вдумчивый молодой ортопед, работающий почти исключительно над своей диссертационной темой. Как специалист он мало работал над собой в клиническом направлении, впоследствии занял кафедру ортопедии в Одесском Медицинском Институте. Второй – И.Л.Зайченко отличился увлекающимся характером с склонностью к поиску. Его экспериментальные работы над гетеропластикой заслуживают внимания. После войны он занял кафедру ортопедии во Львове.

М.И.Ситенко умер слишком рано, когда его ближайшие помощники ещё не созрели

для большой руководящей работы крупным институтом.

После смерти М.И.Ситенко в Украинский институт ортопедии и травматологии пришёл Я.Г.Дубров(14). Как практический травматолог Донбасса он продолжал развитие в институте линии травматологии, которая в то время была несколько затуманена слишком выраженным креном в сторону ортопедии. Я.Г.Дубров – активный травматолог, связанный с

жизнью Донецкого бассейна, для которого и был создан в своё время Медико-механический институт при К.Ф.Вегнере. Последовал период развития института с преобладанием травматологической тематики. Неожиданно разразившаяся война и срочная эвакуация института нарушила полезную деятельность для Украины этого ведущего ортопедо-травматологического учреждения. После окончания Великой Отечественной войны мы застали Я.Г.Дуброва в Москве, где он на базе областного научно-исследовательского клинического института создал хорошую клинику. Я.Г.Дуброву по праву принадлежит честь организации травматологии-ортопедии в Московской области.

Вдумчивый, осторожный ученый и хороший практический врач, Я.Г.Дубров создал школу активных травматологов. Его работы по интрамедуллярному остеосинтезу гвоздем Дуброва на определённом этапе оживили травматологию. К его достоинствам относится чувство меры в хирургическом лечении переломов костей. Известны также его работы, касающиеся восстановления сухожилий при свежих повреждениях кисти.

Последние годы в Москве Яков Григорьевич Дубров с учениками теоретически разрабатывают вопросы репаративной регенерации при переломах и продолжают развивать нашу идею о возможности первичного заживления переломов. Как известно, эта идея была доказана нами еще в Свердловске (диссертация Х.Я.Лешиной). В научном направлении у нас с Я.Г.Дубровым было много общего: он так же, как и я, уделял много внимания лечению переломов костей. Несколько преувеличенная оценка интрамедуллярного остеосинтеза гвоздем после объективного критического анализа своего материала, заставила Я.Г.Дуброва занять более сдержанную позицию и заметно ограничить показания к этой операции. Я также разрабатывал методы оперативного остеосинтеза, но шёл биологическим путем. Изучая попутно репаративные реакции на применение различных инородных тел, я популяризировал остеосинтез костными трансплантатами, которые менее повреждали ткани и стимулировали регенеративные процессы. Последние годы Я.Г.Дубров и его ближайшие помощники постепенно отходили от идеи Г.Кюнчера (интрамедуллярный остеосинтез) и добивались экстремедуллярной фиксации отломков винтами. Я также был сторонником винтов, применял их при переломах шейки бедра и по другим поводам. Как настоящий ученый, Яков Григорьевич оценил также наши теории костной пластики и ауто-гомопластики, а также развивал в своей клинике ортопедию и восстановительную хирургию, что было требованием текущей жизни. Наши встречи на Ученом Совете, конференциях, съездах позволили мне более правильно оценить выступления и разумную критику Я.Г.Дуброва. В Москве мы планомерно создавали теоретически обоснованную ортопедию-травматологию, активно готовили кадры молодых специалистов. Для Московской области Я.Г.Дубров создал сеть ортопедо-травматологических отделений и готовил кадры активных травматологов-ортопедов. Дружественный научный контакт между нами

сохранился до последнего времени.

После Великой Отечественной войны Харьковский институт ортопедии и травматологии, получивший имя М.И.Ситенко, хотя создал его К.Ф. Вегнер, возглавил Н.П.Новаченко. Им была проделана колоссальная работа по восстановлению института, вернувшегося из эвакуации. С присущей ему энергией Николай Петрович сумел не только восстановить, но и реконструировать его, пристроив к основному зданию новый корпус, в котором, к сожалению, он недолго работал. Правда, институт к тому времени



Николай Петрович Новаченко  
(1898-1966г.г.).

уже потерял ведущую роль в области травматологии, ту роль, которую он играл при К.Ф.Вегнере, но общие традиции его сохранились. Далее по инициативе К.Ф.Вегнера был восстановлен журнал «Ортопедия, травматология, протезирование», который сделался впоследствии органом Всесоюзного общества травматологов-ортопедов. Главным редактором был назначен Н.П.Новаченко. Это событие было оценено врачебной и хирургической общественностью. Наконец, по инициативе Н.П.Новаченко приступили к организации трехтомного издания «Руководства по ортопедии и травматологии» с участием зарубежных авторов, преимущественно из социалистических стран. Этому изданию предшествовал выпуск многотомного руководства по хирургии, где два больших

тома (XI и XII) были посвящены ортопедии и травматологии под моей редакцией. Сюда же в качестве соавторов я привлек большое число наших специалистов, в том числе – Н.П.Новаченко. К сожалению, издание его трехтомника слишком затянулось, привлечение большого числа авторов и раздробление глав между учёными с противоположным направлением, значительно снизило качество трехтомника. Смерть Н.П.Новаченко также неблагоприятно отразилась на издании Руководства. Я отказался участвовать в нём. В отдельных томах нет системы и единой теоретической идеи.

Скорее всего, это был сборник отдельных статей многочисленных авторов. Так хорошая идея из-за неправильной организации и неумелого руководства главного редактора издательства «Медицина» Г.Е.Острроверхова получила неадекватную реализацию. Перегруженный разнообразной организационной работой Н.П.Новаченко последние годы меньше занимался творческой научной работой и кроме диссертации не оставил после себя ни одной капитальной работы. Правда, он переключил свои способности на другой вид общественно полезной деятельности, и не только его вина в том, что

первое «Руководство по ортопедии и травматологии» (1967-1968г.г.) получилось не совсем удачным.

Его ученики и наследники с успехом продолжают свои усилия по развитию Харьковского института ортопедии и травматологии. Наиболее талантливый и скромный его ученик А.А.Корж возглавил институт, углубил научные исследования в области регенерации костей, пластической хирургии, проводил интересные работы по травматологии и ортопедии. Как ученый, Алексей Александрович Корж близок мне по анатомо-физиологическому направлению в ортопедии. Нас сближают общие исследования по передним и передне-боковым доступам к телам позвонков, по радикальному подходу в лечении спондилолистеза (А.А.Корж и Н.И.Хвисюк), по работам в области костной патологии. А.А.Корж и Р.Р.Тальшинский работали над вопросами гомопластики, честно написали о своих осложнениях и неудачах, стараясь разобраться в них. Правда, в трактовке причин несовместимости тканей они не довели свои исследования до пределов истины. Наш метод ауто-гомопластики решает эту проблему более обоснованно с теоретических позиций, усиливая процессы регенерации и замедляя процессы резорбции. Однако, если вдуматься глубже в предложение А.А.Коржа о так называемом



*Алексей Александрович Корж  
(род. в 1924г., фото 1995г.).*

«замке» при соединении гомотрансплантата с материнским ложем, то легко увидеть, что и здесь действуют биологические (а не только механические) законы и принципы ауто-гомопластики. Создается широкое аутогенное поле, из которого идёт усиленная пролиферация сначала эмбриональной, а затем истинной костной мозоли, спаивающей оба трансплантата прежде, чем наступит резорбция гомотрансплантата. Законы иммунологии управляют репаративными процессами, лишь бы хирург-ортопед не мешал своими бессознательными действиями. Если раньше, когда я и М.И.Ситенко писали докторские диссертации, решали многие вопросы сращения костей и трансплантатов чисто морфологически, то теперь мы их понимаем с физиологических, иммунологических и биохимических позиций.

А.А.Корж со своими молодыми учениками, как я уже отметил, развивал близкую мне хирургию позвоночника и поставил на научную основу протезирование, которым институт занимался и раньше, восстановил старые традиции в травматологии; придал институту интересное направление в области теоретических исследований. Наиболее ценно то, что А.А.Корж продолжил расширение деятельности журнала «Ортопедия, травматология

и протезирование».

Редакционная коллегия хотя и значительно изменилась со времени организации журнала (из первоначального состава сохранилась лишь одна моя персона, что я приписываю не столько своим достоинствам, сколько терпению редакционной коллегии), но хорошие научные традиции журнала сохранились. Существовал прочно спаянный актив энтузиастов науки, в котором гармонично работали старшее и младшее поколения ортопедо-травматологов.



*Члены редколлегии журнала «Ортопедия, травматология и протезирование».  
Слева направо: С.С.Ткаченко, В.К.Калиберз, И.Л.Крупко, М.В. Волков,  
В.Д.Чаклин, А.А.Корж, Н.И.Хвисюк (70-ые годы, Харьков).*

Через 40 с лишним лет новые идеи и новые концепции снова сближают меня с Харьковским институтом ортопедии и травматологии. Следует заметить, что этому обстоятельству способствует взаимная симпатия двух ученых и их учеников, а также скромность и такт А.А.Коржа.

Через много десятков лет я снова осмотрел этот реконструированный институт, и на меня повеяло юностью, радостью моих первых шагов в области ортопедии-травматологии.

Итак, весь Харьковский период прошел под знаком научного становления молодого ученого, детального изучения функциональной травматологии, частично ортопедии и углубленного изучения воспалительных процессов в костях и хрящах. Строгая система работы, большая требовательность и точность со стороны руководителя, изучение русской и иностранной литературы с частыми дискуссиями по регенерации, костной пластике и

другим вопросам дисциплинировали ум и выработали полезный автоматизм в работе молодого ученого, который пытался синтезировать теоретические искания и факты с клиническими наблюдениями. В функциональном лечении переломов мы достигли большого мастерства, и я не забуду, повторюсь, помощи фельдшера Ф.В.Лукашева, который в совершенстве владел техникой вытяжения и применения гипсовых повязок и помогал нам в практической работе. Побольше бы таких Лукашевых в травматологических учреждениях.



*Обсуждение больных после обхода клиники во время посещения В.Д. Чаклиным Харьковского института ортопедии и травматологии (1971г.)*

*Слева направо: проф. А.А.Корж, докт.мед.наук Борис Владимирович Блинов, проф. Рашид Рустамович Тальшинский, В.Д.Чаглин.*

С переездом на Урал начался новый период творческой жизни. И я уверен, что молодые специалисты должны после защиты диссертации уезжать в «большой свет», на самостоятельную работу, где быстрее развиваются инициатива и творческие возможности.

Прошли десятки лет, неприятные моменты жизни того периода незаметно сгладились, и я с теплотой вспоминаю первый период своей деятельности молодого ученого. С особой теплотой вспоминаю своих учителей Н.П.Тринклера, К.Ф.Вегнера, К.Ф.Еленевского, которые научили меня понимать патологию и биохимию локомоторного аппарата, физиологически мыслить и оперировать с должным искусством.



*В.Д. Чаклин (сороковые годы)*

### **Глава III. Становление научной травматологии и ортопедии на Урале.**

#### ***3.1. Организация Уральского института травматологии и ортопедии, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии медицинского института, травматологических отделений и травмпунктов в городах Урала.***

Период 1931-1940 г.г. был временем интенсивных исследований патологических процессов после травмы костей, суставов, позвоночника и таза, исканий наиболее совершенных методов лечения переломов, был периодом подготовки молодой плеяды ортопедов-травматологов. Широко поставленные экспериментальные, морфологические и клинические исследования, а также хорошая организационная работа по борьбе с травматизмом и крепкие связи с периферией Урала создали тот научный материальный и технический базис, который позволил выпускать солидно подготовленных диссертантов (большинство из них стали профессионалами и крупными организаторами). Техническую часть обеспечила экспериментальная мастерская, в которой претворялись в жизнь идеи функционального лечения переломов костей. Впоследствии эта мастерская позволила нам обеспечить многие госпитали современной травматологической аппаратурой. В период становления Института травматологии и ортопедии организация собственной экспериментальной мастерской по разработке травматологической аппаратуры и инструмента являлась первостепенным делом. Мы начали с подвального помещения института. Там был хороший

фундамент, но промежутки завалены землей. К счастью, помещение имело отопительную систему. Сотрудники своими силами убрали землю, реконструировали кое-что и получили большую площадь, на которой и начали создавать мастерскую. Шефы обеспечили станками. Общественные организации шли навстречу. Счастливая случайность помогла получить толкового мастера К.П.Минеева, который подобрал себе деятельных помощников. Первые годы К.П.Минеев по моим указаниям и схемам делал примитивные шины для лечения переломов костей. Позже конструкция шин значительно улучшилась, был создан первый вариант функциональной шины Чаклина с меняющимися углами. Потом мы вывели мастерскую из подвала в светлое помещение, пригласили инженера, аппараты начали делать по чертежам, но К.П.Минеев оставался нашим ценным помощником все годы до моего переезда в Москву. Как я писал выше, мастерская оказала существенное влияние на внедрение функциональных методов лечения переломов костей в предвоенный период и во время Отечественной войны.

Во время моего руководства Уральским институтом травматологии и ортопедии нами изучалась патология не только опорно-двигательного аппарата, но и сочетанная травма, так как поступали больные с одновременным повреждением и других органов: грудной клетки, мочевого пузыря при тяжелых повреждениях таза. Много внимания уделялось травмам позвоночника на различных уровнях. Эта проблема разрабатывалась экспериментально и морфологически на трудах (диссертации З.В.Базилевской). Так как других травматических отделений в Свердловской области не было, то пришлось принимать также пострадавших с повреждением черепа и головного мозга. Повреждение кисти и пальцев занимало видное место среди амбулаторных больных. Обстоятельства вынудили готовить травматологов широкого профиля, что многим из моих учеников пригодилось во время войны.

В этот же период в Свердловском мединституте была организована кафедра ортопедии, травматологии и военно-полевой хирургии. Организация такой кафедры в Медицинском институте проходила не без борьбы. Дело в том, что даже в столичных медицинских институтах не существовало самостоятельных кафедр: была доцентура при кафедрах госпитальной хирургии. Но в Свердловском институте были весьма благоприятные условия для самостоятельной кафедры: создана прекрасная база в Институте травматологии, были учебные пособия, комнаты, экспериментальная мастерская, готовые преподаватели, которые могли обучить студентов не только элементам лечения, но также основам профилактики и методам борьбы с травматизмом. Скрытое препятствие было со стороны заведующего кафедрой госпитальной хирургии, которому не хотелось терять часы, отведенные для преподавания. Кафедра была организована, моим первым ассистентом был Ф.Р.Богданов. Высокая посещаемость и интерес студентов к работе кафедры были очевидны. Я занимал ее до переезда в Москву, совмещая первое время с одновременным заведованием кафедрой оператив-

ной хирургии. Но затем я отказался от ведения последней кафедры и занялся своим любимым делом – наукой и преподаванием травматологии, военно-полевой хирургии. Больных для иллюстрации было много. Я строил свои лекции с большим количеством примеров, показом больных со свежей травмой, которые ежедневно поступали непосредственно с травматологического пункта, расположенного на том же этаже, где была аудитория. Одновременно уделялось много внимания методике исследования больного, первой помощи, шинированию больных, разбирались ошибки. Вправление вывихов иногда делалось в аудитории. Было немало случаев с открытой травмой, показывались принципы первичной обработки ран. Одна особенность лекций имела несомненный успех: я часто среди занятий и во время разбора больного вызывал студентов, просил исследовать пациента, определить функцию суставов или позвоночника, спрашивая анатомию локомоторного аппарата. Это запоминалось на долгие годы. При встречах через многие десятки лет с врачами свердловских выпусков в Москве мне было приятно услышать некоторые выражения и цитаты из лекций, которые



*Студенты Свердловского медицинского института  
на кафедре травматологии и ортопедии (1935г.)  
В центре – В.Д. Чаклин, слева от него Федор Родионович Богданов,  
крайняя слева – Ванда Яновна Тарковская.*

помнили мои бывшие ученики, а теперь уже солидные врачи.

В отношении подготовки кадров специалистов следует подчеркнуть важное обстоятельство: я пришел в ортопедию и травматологию после факультетской хирургической клиники и кафедры оперативной хирургии, потому меня не пугали сложные травмы позвоночника с повреждением почки, травмы таза с повреждением мочевого пузыря и даже ранения сердца (2 больных с такими ранениями демонстрировались нами на объединенном заседании хирургов и ортопедов травматологов).

Имея общехирургическую подготовку, мы готовили молодых ортопедов-травматологов широкого профиля, которые могли оперировать на различных органах при сочетанных травмах. Считаю необходимым готовить общего ортопеда-травматолога, хорошо оперирующего в смежных областях. Это не исключает более углубленных диссертационных работ по узкому вопросу.

Подобная система оказалась весьма полезной для работы специалистов в госпиталях. Таких специалистов было, к сожалению, мало, но вокруг них учились костной хирургии и гинекологи, и терапевты, и педиатры.

В течение 10 лет перед Великой Отечественной войной наряду с ростом и укреплением травматологического института в Свердловске были созданы травматологические отделения и травматологические пункты на Уралмаше, в Магнитогорске, Челябинске, Перми, Березниках (химическая промышленность), Нижнем Тагиле, Кизиле (угольная промышленность) и во многих других районах.

Поездки в крупные центры такие, как Пермь, Магнитогорск, Челябинск и другие позволили мне сблизиться с местными врачами и хирургами. Обычно мы предварительно делали обход отделения, знакомились с методами лечения травматологических больных, бывали на заводе или в шахте, как, например, в Кизиле, где была значительная и тяжелая травма, затем на расширенной врачебной конференции делали доклад о новых путях лечения свежих переломов и псевдоартрозов. Помню, как скептически относились некоторые местные хирурги к системе функционального лечения переломов костей, особенно бедра и голени. Скелетное вытяжение для них было новизной, все лечение проводилось в гипсовых повязках с большим смещением отломков. Больные с переломом бедра сразу переводились на инвалидность в течение 12 месяцев. И когда «Переломы костей и их лечение» (1935-1946г.г.) были опубликованы с нашими сроками лечения – 4-5 месяцев при переломах бедра, то это вызвало удивление. Значительно увеличился приток врачей, приезжающих для ознакомления с методикой лечения переломов. Нередко создавались смешанные бригады специалистов для выездов на периферию: участвовали теоретики, хирурги, травматологи, педиатры. Такой состав профессоров привлекал врачей всего города. Читались краткие доклады о новых достижениях в медицине. Это был своеобразный институт усовершенствования врачей “на колесах”. Конференции проходили оживленно. Специальной литературы было мало и потому, как я уже упоминал, выпуск наших двух книг по лечению переломов являлся полезным методическим указанием для хирургов и травматологов.

*Уралмаш, Магнитогорск, Челябинск, Нижний Тагил.*

Уже вскоре после первой фазы организации Уральского института травматологии-ортопедии мы, как я уже упоминал выше, стали создавать травматологические пункты по периферии Урала. Старый Верх-Исетский

завод был под боком, и мы получали оттуда свежую травму через 40-60 минут после повреждения. Больным с травмой отказа не было. На травматологическом пункте института было обеспечено круглосуточное дежурство, я сам жил при институте и в любое время был готов помочь молодым товарищам. Уралмаш отстоял далеко от города, и поэтому здесь, прежде всего, был создан травматологический пункт, который долгое время возглавляли сначала Ф.Л.Гектин (писал у меня кандидатскую диссертацию), а затем доктор медицинских наук Т.С.Григорьева – скромная, знающая и приятная сотрудница. Сам я после ознакомления с Уралмашем стал энтузиастом этой великой стройки, часто консультировал там пациентов, всячески привлекал хирургов-травматологов к научно-практической работе и конференциям института. Уже в самом начале своей работы в Свердловске часто приходилось слышать: «Москва не посылает специалистов, Москва мало помогает». Я выставил тезис: «Кадры, специалистов нужно готовить на месте» и следовал этому тезису все годы пребывания на Урале. На травматологическом пункте Уралмаша прекрасно делали пластическое закрытие кожных дефектов при свежих травмах, что сокращало период лечения и давало хорошие функциональные результаты, умело лечили переломы костей. Можно было заметить, как близость научного центра благоприятно влияла на работу травматологического пункта.

Был установлен модус рассылки путевок для приема в институт больных во все районы и города Урала. Кроме того, я лично и с бригадой выезжали регулярно в промышленные центры, где проводили консультации, помогали создавать травматологические пункты, давали методические указания по лечению переломов костей.

Второе большое впечатление на меня произвело посещение Магнитогорска – всесоюзного гиганта металлургии того времени. Была установлена личная связь с местными хирургами, оказана консультативная помощь. Я сделал доклад о повреждении коленного сустава. Показанные рисунки с натуры (у нас был прекрасный художник А.Ф.Узких) произвели впечатление. Мы помогали частично и аппаратурой.

Да, честно говоря, мы помогали периферии не только словами, но аппаратурой, инструментами, книгами и техническими кадрами, которые сразу, на месте накладывали вытяжение при переломах и учили сестер, будущих техников по вытяжению и гипсованию. Сам я давал теоретические и клинические установки по лечению травмы на совещании всех врачей. Такой метод работы оказался весьма эффективным позже при руководстве госпиталем.

Такую же методику мы перенесли и в Пермь, и в Челябинск, где были созданы настоящие травматологические отделения. Кстати, эти традиции пригодились в Челябинске при организации кафедры травматологии и ортопедии.

Припоминаю, как выработанная нами методика оказания помощи периферии пригодились в период Великой Отечественной войны. Мы с

большой группой сотрудников, технических помощников и несколькими ящиками аппаратуры прибыли в Пермь, где нас торжественно встретил главный хирург В.Н.Парин (отец академика Василия Васильевича Парина) в военной форме. Мы провели в госпитале несколько дней, налаживая практическую работу по лечению наиболее тяжелых повреждений.

Несколько слов о Нижнем Тагиле. Я говорю о нем не только как о промышленном центре, но и потому, что на самом заводе удалось создать классический травматологический пункт, где все больные с травмой получали квалифицированную помощь, а наиболее тяжелые травмы могли быть направлены немедленно в Свердловский институт травматологии. Путевки на лечение больным из Нижнего Тагила всегда посылались безотказно.

Я лично принимал участие в организации этого опытного травматологического пункта на крупном заводе в новом здании.

Разумеется, мы помогли больнице, но она производила грустное впечатление по сравнению с новым травматологическим пунктом, который поддерживала дирекция завода.

Главные хирурги городов и крупных промышленных предприятий всегда были желанными гостями в институте, а некоторые из них (например, М.В.Мухин), написали кандидатские, докторские диссертации и стали профессорами. На Урале были созданы все возможности для развития ортопедо-травматологической науки и проникновения ее в практику. И когда теперь на Учетном совете начинают дискуссию о внедрении в практику научных достижений, я всегда вспоминаю Урал и проверенные жизнью пути внедрения науки. Нужно работать и отдавать всего себя делу, и потомство это ценит.



*М.В.Мухин.*

### ***3.2. От Свердловска до Владивостока.***

В период работы в Уральском институте травматологии я был включен в состав правительственной комиссии по ознакомлению с постановкой здравоохранения в Сибири и на Дальнем Востоке. Большая комиссия выехала из Москвы. Я присоединился к ней в Свердловске. Путь лежал через Урал, Сибирь и заканчивался во Владивостоке. На мне лежала обязанность отразить состояние ортопедо-травматологической помощи населению. Следует сказать, что на всем этом протяжении не было ни одного центра

травматологии и ортопедии. Не говоря о кафедрах травматологии (единственная кафедра ортопедии, травматологии и военно-полевой хирургии была организована в Свердловске), не существовало даже доцентуры по травматологии. В наиболее крупных больницах были выделены палаты для травм. Аппаратура отсутствовала, методы лечения устарели, о классической ортопедии и восстановительной хирургии не было и речи. Помню, в Омске я видел особенно печальную картину, как не нужно лечить больных с травмой костей. В Томске мы обнаружили зачатки ортопедии, и в последующие годы эта специальность там развивалась в скромных масштабах. Но в Новосибирске, Чите, Хабаровске, Владивостоке нужно было начинать *ab ovo*\*. На обратном пути мы останавливались в отдельных городах на несколько дней и, желая помочь врачам своими



*А.И.Фамелис.*

знаниями, проводили краткие лекции и занятия по травматологии, консультировали больных, на практике обучали функциональному методу вытяжения и репозиции отломков. Не всюду можно было найти хороший гипс. Попутно намечались возможные кандидаты для руководства отделениями или палатами травматологии-ортопедии. К сожалению, краткость пребывания не позволяла помочь врачам в большой степени, хотя были и знания и желание. Между прочим, хирурги военных госпиталей в тех местах, которые мы посещали, разбирались в травматологии удовлетворительно. Среди них я встретил одного из крупных хирургов М.Н.Махутина, который впоследствии с группой военных врачей выполнил большую работу во время событий на Халхин-Голе.

По приезде мы доложили в Министерство здравоохранения о печальном положении травматологии. К сожалению, серьезных выводов не последовало. Позже основы травматологии были заложены на Дальнем Востоке и в Сибири моими учениками А.М.Фамелисом, З.В.Базилевской и др. Последняя организовала и возглавила в Иркутске институт травматологии и ортопедии. Она много сделала по организации борьбы с травматизмом и лечению травм. Ее работы по переломам позвоночника заслуживают серьезного внимания. После нее в институте сохранилась группа молодых ученых с функциональным направлением в травматологии и ортопедии. Иркутский институт стал центром для огромного края подобно тому, как Свердловский институт – для всего Урала.

А.М.Фамелис был травматологом с большой работоспособностью. Его диссертация о повреждении периферических нервов является единственным

\* *С самого начала (лат.)*

капитальным трудом для своего времени.

Он также много сделал по созданию ортопедо-травматологической помощи населению на Дальнем Востоке.

У меня до сих пор остается чувство, что мы не доделали начатое большое дело, что Дальний Восток заслуживает большего внимания. Во Владивостоке следовало бы сделать Тихоокеанский институт травматологии и ортопедии для обслуживания огромного края, включая Сахалин и Камчатку. Науку нужно насаждать крепкой рукой. Нельзя концентрировать ее преимущественно в центральной России и на Украине, где оседает большинство молодых докторов наук.



*З. В. Базилевская.*

### ***3.3. Искания в области хирургии позвоночника.***

Я уже упоминал о том, что нашей основной линией в развитии новой специальности на Урале была линия на неразрывность травматологии и ортопедии. Больные с переломами костей находились в общехирургических отделениях; ортопедия, как область науки, совершенно не существовала ни на Урале, ни в Сибири. Поэтому не удивительно, что уже в первые шесть месяцев пребывания в Свердловске я обнаружил двух больных со спондилолистезом, которые шли под диагнозом «люмбоишиалгия».

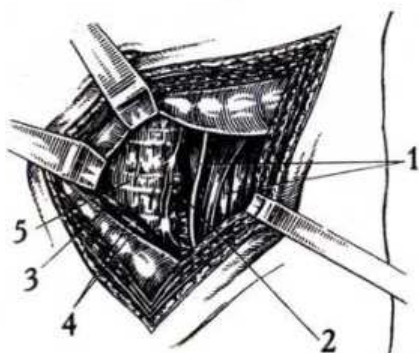
Известно, что сползание тел позвонков постепенно прогрессирует, и признаки радикулита появляются в более позднем периоде. При разъединении в области дужек в позвонке создаются два компонента: передний – тела позвонков и межпозвонковых дисков и задний – дужки, остистые отростки и основная масса мышц спины. Передний отдел – тела позвонков и диски – являются основным звеном в развитии патологического процесса и, учитывая то, что в дисках развиваются дегенеративные процессы, сползание тел создает крайне неблагоприятные статико-динамические условия для позвоночника. Казалось бы естественным хирургическое вмешательство непосредственно на телах позвонков. Но тела позвонков, глубоко скрытые за брюшными органами и аортой, были зоной недоступности – хирургическим «табу». Фиксация дужек, предложенная американскими специалистами, не удовлетворяла наших ортопедов. Мы искали более надежный путь, хотя и трудный. Но самое трудное и влечет хирургов, если

это связано с осознанной необходимостью. Поэтому в течение многих недель вынашивалась мысль о возможности оперативного вмешательства на телах позвонков.

В хирургии, как и в оперативной ортопедии, прежде всего важна идея, важна теоретически обоснованная концепция, а затем уже ее реализация.

Проделав операцию на трупах, мы убедились в том, что все трудности можно преодолеть, если подходить к телам позвонков внебрюшинным доступом.

Первая больная пришла к нам на костылях с резко выраженными болями в поясничной области, с иррадирующими болями в нижние конечности. Больная А. с трудом передвигалась, потеряла трудоспособность. Рентгенологически и клинически определялся спондилолистез (сползание пятого поясничного позвонка вперед) с резко выраженным лордозом, укороченным туловищем и нарушенными движениями позвоночника. При такой патологии недостаточно было приостановить сползание позвонков, но требовалось сделать реконструкцию позвоночника, устранив лордоз, создав для нервных корешков оптимальные условия, нужно было обеспечить позвоночнику стабильность и выносливость. Мы применили новую операцию в июне 1931г. (Свердловск). Напряженные мышцы и связки сзади также мешали перестройке позвоночника, поэтому, сделав вначале рассечение сзади апоневроза, связок и ламинэктомию (частичное иссечение дужек вместе с суставными отростками) и зашив рану сзади, мы повернули больную на спину и сделали большой передне-боковой разрез брюшной



*Левосторонний внебрюшинный доступ к телам и межпозвоночным дискам пояснично-крестцовой области позвоночника по В.Д.Чаклину:*

- 1 – т. Iliopsoas и n.genitocruralis;
- 2 – симпатический ствол;
- 3 – мочеточник;
- 4 – а. и в. iliaca communis;
- 5 – межпозвоночный диск L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>

стенки слева. Затем, отслоив осторожно брюшину (мочеточник легко сместился вместе с брюшиной) обнажили подвздошную артерию вместе с симпатическим стволом. При осторожных манипуляциях сосуды (артерию и вену) удалось сдвинуть к срединной линии и защитником отделить их от передней поверхности тел позвонков. Таким образом, был обнаружен основной очаг заболевания – межпозвоночный хрящ между телом пятого поясничного и первого крестцового позвонков. После поперечного рассечения передней продольной связки сделана клиновидная резекция межпозвон-



ющие меня мои новые коллеги в кулуарах объявили ее «авантюристической операцией». Потребовались экспериментальные исследования на собаках и серия последующих операций на больных, чтобы новая концепция и новая операция завоевала себе прочное место.

### *3.4. Две встречи и две концепции.*

Проведенные мною операции на собаках доказали безопасность и надежность клиновидной резекции тел позвонков. После удаления межпозвонкового хряща неизменно наступало сращение тел без малейшего нарушения функции. Мы пошли дальше и начали удалять большую половину тела позвонка с таким же успехом. Лишь после удаления целого тела позвонка у некоторых собак проявлялись функциональные нарушения одной из конечностей. Для нас стало ясно одно: операция на телах позвонков с резекцией межпозвонкового хряща вполне оправдана и безопасна, показания к ней будут расширяться. Эта операция возможна на телах поясничных позвонков I, II, III, IV, V и на первом сакральном позвонке. Следовало лишь расширить и анатомически обосновать хирургические доступы как к поясничным, так и к грудным и шейным позвонкам. Вскоре после завершения экспериментальных работ и первых клинических наблюдений в Ленинграде А.Г.Корнев созвал совещание по костно-суставному туберкулезу. Это было по существу Всесоюзное совещание, где были представители Москвы и других городов.

Надо заметить, что моя встреча с П.Г.Корневым (активное направление) и Т.П.Краснобаевым (консервативное направление) была по существу не только встречей с двумя интересными и оригинальными учеными, но также и знакомством с двумя концепциями по лечению костно-суставного туберкулеза.

Тимофей Петрович Краснобаев не прошел академическую школу, но был прекрасным врачом, который посвятил свою жизнь детской хирургии и ортопедии. Он был горячим сторонником консервативного лечения костно-суставного туберкулеза и оставил после себя фундаментальную монографию, в которой отразил принципы и методы бескровного лечения больных с такой патологией суставов. С преданной ученицей, очаровательной женщиной и чудным человеком З.Ю.Ролье в Москве ему удалось создать клинику костно-суставного туберкулеза (теперь она носит название клиники имени Т.П.Краснобаева), в которой по традиции культивируются методы консервативного лечения. Но время шло, менялись концепции. В Ленинграде П.Г.Корнев создал институт туберкулеза и суставных заболеваний, в котором разрабатывались активные хирургические методы лечения с глубоким изучением патогенеза и патологической анатомии суставных заболеваний.

В Свердловске мы держались активного направления по этому вопросу. Работая экспериментально и оперируя в клинике на телах позвонков, я



*Поздравление В.Д.Чаклина  
П.Г.Корневым (в центре)  
на хирургическом обществе  
им. Н.И. Пирогова  
в Ленинграде (1935г.).*

убедился в том, что туберкулезный очаг в теле позвонка может быть удален радикально, что оперативным путем можно добиться быстрого сращения двух-трех тел позвонков (спондилодез), удаляя при этом межпозвонковые хрящи, которые являются серьезным препятствием при получении анкилоза хирургическим путем.

С этой идеей я выступал на Всероссийском съезде по костно-суставному туберкулезу (1935г.). Доклад с явно выраженным активным направлением с демонстрацией препаратов анкилозированных позвонков и рентгенограмм произвел впечатление разорвавшейся бомбы. Аудитория встретила новую мысль явно положительно. Но консервативно настроенная Москва в лице Т.П.Краснобаева отнеслась к моей мысли неодобрительно, а присутствующий при этом топографоанатом усомнился в возможности оттеснить в сторону крупные сосуды. Последнее возражение я сразу снял, продемонстрировав на следующий день технику операции на трупе.

Меня, молодого ортопеда, поддержали Г.И.Турнер и П.Г.Корнев. В заключение я сказал, что делая доклад, умышленно шел на этот «террористический акт», чтобы встряхнуть консерватизм Москвы в области вертебральной хирургии вообще и костного туберкулеза в частности. Последующие десятилетия доказали, что подобные операции возможны также на грудных и шейных позвонках.

Но в те годы трудно было пробивать брешь.

### ***3.5. Встреча с Г.И.Турнером и Р.Р.Вреденом.***

Яркие воспоминания сохранились у меня о Г.И.Турнере. Его клиника в Военно-медицинской академии была в ту пору центром ортопедической мысли. Сам Генрих Иванович уже не оперировал, но писал блестящие статьи. С ним приятно было консультироваться и делиться мыслями. Прежде чем выступить с докладом о новом направлении в хирургии позвоночника, я изложил ему свою точку зрения, показал препараты и рентгенограммы после операции. Его доброжелательность и одобрение самой идеи операции



*Генрих Иванович Турнер (1858-1941г.г.).*

придало мне большую уверенность в отношении хирургии не телах позвонков. Встреча и научная консультация с Г.И.Турнером была тем более ценна, что сам он работал над проблемой спондилолистеза и опубликовал статью по патологии и клинике указанного заболевания позвоночника. Без преувеличения можно теперь сказать, что на работах Г.И.Турнера можно было учиться, как следует работать, глубоко и ясно излагать свои мысли в журнальных статьях. Генрих Иванович был широко образованным ученым, прекрасным ортопедом и добрым, справедливым человеком, общение с которым оборвала война.

О теплом его отношении к молодому институту на периферии можно было судить и по другому примеру. Мы с

группой молодых ортопедов-травматологов напечатали в Свердловске 2 выпуска «Переломы костей и их лечение» (1935-1936г.г., см. о них ниже) и послали Г.И.Турнеру. Разумеется, издание было более, чем скромное, рисунки, рентгено-граммы – далеки от совершенства, но в основных главах уже тогда было отражено активное функциональное направление. Я получил от Генриха Ивановича теплое дружеское письмо, в котором, отметив положительные стороны, он указывал на недостатки издания. Такая тактичная и справедливая оценка наших первых самостоятельных шагов в области травматологии поддерживала нас и дала стимул к дальнейшей активной работе. Огромная эрудиция Г.И.Турнера, глубокое общебиологическое понимание законов роста, развития и клиники заболеваний костей, суставов и позвоночника объединили группу способных учеников, среди которых можно назвать имена А.К.Шенка, Г.А.Альбрехта, С.А.Новотельного и плеяду более молодых ученых, из которых можно отметить И.Л.Крупко, который особенно активно развивал раздел травматологии. Я рад быть живым свидетелем роста учеников и научных внуков Генриха Ивановича – человека с живым умом и теплым человеческим сердцем. «Да, были люди в наше время...»

Петербург – Петроград того времени был несомненно центром научной ортопедии в России. В Харькове одновременно развивался крупный центр научной травматологии (К.Ф.Вегнер), но об этом - особо.

Сейчас же мне хочется описать краткую встречу с Р.Р.Вреденом. Хотя внешне лишь Нева отделяла Ортопедический институт, в котором работал Роман Романович Вреден, от клиники Г.И.Турнера, но фактически институт

Р.Р.Вредена был учреждением с другим научным направлением. Р.Р.Вреден был больше хирургом, чем классическим ортопедом-травматологом. В его клинике культивировались преимущественно оперативные методы лечения в ортопедии, и нужно отдать ему должное: в технике ортопедических операций Роман Романович в то время держал пальму первенства. Но травматология в его клинике не развивалась, что отрицательно сказалось на научном направлении его учеников.

Р.Р.Вреден предложил несколько оригинальных операций и выпустил в свет свою книгу «Практическое руководство по ортопедии», в издании которой принимали участие и его ученики. Известны также его работы по военно-полевой хирургии. Его доклады отражали не только знание ортопедической хирургии, но и богатый жизненный опыт врача. Сам Роман Романович был обаятельным и остроумным собеседником.

Сочетание глубоких знаний в области ортопедии, человеческой доброты и доступности привлекало к Р.Р.Вредену людей. Его школа немногочисленна, но это была школа классической ортопедии. Одну из старейших и преданных учениц этой школы Е.К.Никифорову все мы хорошо знаем и любим. Его способные и активные последователи А.А.Козловский и М.И.Куслик с честью развивали идеи своего учителя в области ортопедии, но, к сожалению, ни один из учеников того времени не занимался травматологией.

Две встречи – с Г.И.Турнером и Р.Р.Вреденом - это отражение двух направлений того времени. Последующей реакцией на несвоевременное развитие ортопедии без травматологии была реорганизация Ленинградского института с переименованием в травматологический и практическая ликвидация ортопедического направления. Это было тяжелым ударом для Р.Р.Вредена. В институте с ортопедическими традициями пришел новый руководитель – Ф.М.Машанский. К сожалению, персональные взаимоотношения неблагоприятно повлияли на последующее развитие активного направления в нашей специальности в стенах ведущего учреждения Российской Федерации. Фигура Ф.М.Машанского и окружающей его группировки, несомненно, сыграли отрицательную роль в развитии научного направления ортопедии и травматологии того времени. Излишнюю страстность новый директор института проявил в научной дискуссии. Вспоминается следующий эпизод.



*Роман Романович Вреден. (1867-1934г.г.).*

Как-то в узком кругу ученых, в дискуссии о научном направлении нашей специальности Ф.М.Машанский, обращаясь к одному из спорящих, бросил фразу: «Если мне прикажут Вас расстрелять, я это сделаю».

Прошли десятки лет, Ленинградский институт по праву стал называться институтом имени Р.Р.Вредена, но утерянное направление и былую славу научного учреждения нелегко восстановить.

Правда, благодаря общим усилиям ряда институтов травматологии и ортопедии Российской Федерации идет прогрессивное развитие науки в гармоническом сочетании травматологии и ортопедии.

### **3.6. Искания в области лечения больных с переломами костей и псевдоартрозами в Уральском институте травматологии и ортопедии.**

В центре внимания института были повреждения трубчатых костей и суставов. Проблема изучалась с теоретической позиции в хорошо организованных экспериментальной и морфологической лабораториях. Наше направление было преимущественно биологическим и функциональным. Исследуя процессы регенерации в ранней фазе образования мозоли, а также изучая причины задержки консолидации ложного сустава, мы уже в те годы (1932-1935г.г.) развивали методы костно-пластической хирургии, используя гетеротрансплантаты и чаще – аутоотрансплантаты.



*Физиологический остеогенез и роль сосудов.*

- 1 – остеопериостальная пластинка,
- 2 – гиалиновый хрящ,
- 3 – капилляры с эндотелиальными клетками,
- 4 – «хрящевой мозг».

Тогда же была подчеркнута роль сосудов в остеогенезе. Мы говорили, что «без васкуляризации нет оссификации». Мы

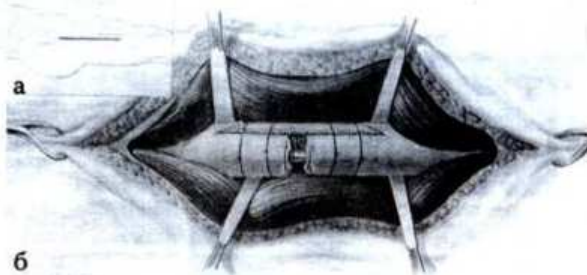
говорили также о возможности получения «первичного» сращения перелома, минуя фазу образования хрящевой мозоли. Изучая монографию А.Labotte (Бельгия) об оперативном лечении переломов костей, в которой он широко рекомендовал остеосинтез металлическими пластинками и винтами, я не мог разделить его мнение по поводу широкого внедрения металла. Вскоре ученик Ламботта предложил мне участвовать в Юбилейном сборнике, посвященном А.Ламботту, куда была послана работа о новом методе костной пластики (экстра-интра-медуллярный метод), которая напечатана в прекрасно изданной монографии. Вскоре я получил личное письмо А.Ломботта, в котором он сообщает о его методике лечения повреждения Монтеджи и благодарит меня за «прекрасную статью», которая была напечатана в

сборнике, посвященном его юбилею. Без преувеличения можно сказать, что А.Ламботт был ведущей международной фигурой по травматологии того периода, и, тем не менее, его слишком расширенные показания к применению металлического остеосинтеза были мне, воспитанному на функциональном лечении переломов, не по душе. Нужно сказать, что я еще застал в Медико-механическом институте заключительный период металлического

*Интра-экстрамедулярный метод В.Д.Чаклина:*

*а) линия разреза;*

*б) интрамедулярно введен мощный трансплантат с кусочками спонгиозы, экстрамедулярно уложен трансплантат с надкостницей.*



osteosynthesis fractures according to Lambott and application of compressing clasp Gussenbauer. These methods yielded place bloodless physiological position and functional treatment. Carefully developed methodology K.F. Vagner, based on study of physiology of muscles and biomechanics of joints, gave incomparably better results. Such a line we held on Ural, but made some turn towards operative treatment, applying biological materials for osteosynthesis.

As I wrote above, in 1935g. we with colleagues in Sverdlovsk issued a book «Fractures of bones and their treatment». Within a year the book, being significantly expanded, came out in second edition. In preface to the book I wrote:

«... В первом нашем выпуске... мы могли коснуться только отдельных видов переломов. Работая над этим вопросом с группой моих ассистентов и ближайших помощников, я пытался дать второй выпуск книги, пополнив его новыми главами (общая часть, переломы позвоночника, переломы предплечья, переломы кисти и пальцев, переломы бедра и шейки бедра, переломы таза, переломы костей стопы, внутрисуставные переломы, псевдоартрозы). Одновременно и некоторые главы подверглись переработке и дополнению. Хотя мы стараемся возможно полнее остановиться не только на лечении, но и на патологии. Мы считаем основным в вопросе о лечении переломов именно неоперативное лечение, но в некоторых случаях даже свежих переломов считаем показанным оперативное вмешательство, не говоря о том, что несращенные переломы, псевдоартрозы и неправильно сращенные переломы требуют специальной хирургической техники.

In present time surgeon or orthopedist, engaged seriously with fractures of bones, should possess not only high technique of conservative treatment, but also in equal measure should possess high technique of bone surgery.



*А.М. Наравцевич.*

Специальная техника костной хирургии значительно обогатилась за последние годы новыми методами. Одно лишь следует иметь в виду, когда мы говорим о костной хирургии: необходимо, чтобы развитие хирургической техники у врача шло параллельно с изучением и глубоким знакомством с патологическими и биологическими особенностями костной ткани. Второе требование относится главным образом к переломам: необходимо не только своевременно установить показания к операции и технически правильно ее провести, но и вовремя воздержаться от операции.

Мы умышленно в каждой главе останавливаемся на ошибках лечения переломов, считая, что многие из этих ошибок следует держать в памяти так же ясно, как ясно мы читаем рентгеновский снимок, приступая к лечению сложного перелома.

“Ошибок собственных и чужих ошибок мы не мало видели за семнадцать лет работы в области повреждений костей, суставов и позвоночника”...

*(Помимо 8 глав В.Д.Чаклина, отдельные разделы книги писали А.И.Апа-сова, З.В.Базилевская, Ф.Р.Богданов, Ф.Л.Гектин, Х.Я.Лещина, А.М.Нара-вцевич, В.Я.Тарковская, А.М.Фамелис, В.И.Циренищikov. Примеч. Ред.).*



*Три директора Уральского института травматологии и ортопедии – Василий Дмитриевич Чаклин (справа), Федор Родионович Богданов (слева), Зоя Петровна Лубегина (в центре).*

*«Внуки» В.Д.Чаклина,  
«сыновья» Ф.Р.Богданова,  
возродившие метод переднего  
спондиллодеза в Уральском  
институте травматологии  
и ортопедии профессора  
Валентин Израилевич  
Фишкин (а)  
и Дмитрий Иванович  
Глазырин (б).*



а



б

Книга явилась большим подспорьем в становлении травматологической службы Урала и Зауралья.

Основной профиль института до 1944г. был травматология и вертебральная хирургия. Мой приемник после моего отъезда в Москву Ф.Р.Богданов уделял меньше внимания травматологии, ставя на первое место проблемы ортопедии – врожденный вывих бедра, несовершенный остеогенез и другие вопросы.

Характерной чертой этого научного периода было внимание к ортопедии детского возраста и восстановительной хирургии. Начатые мною выпуски научных работ института были продолжены Ф.Р.Богдановым. Нужно отдать ему должное в усиленной подготовке научных кадров кандидатов и докторов медицинских наук. Неожиданный отъезд в Киев прервал его личный рост как ученого и лишил его тех широких возможностей, которые предоставляло ему Министерство здравоохранения РСФСР.

К счастью для коллектива Свердловского института преемственность школы с ее серьезными научными традициями сохранилась благодаря назначению директором моей молодой ученицы З.П.Лубегиной.

Наряду с продолжением развития травматологии, З.П.Лубегина уделяла должное внимание воспалительным заболеваниями костей (первая монография, посвященная этому важному вопросу, была издана мною в Свердловске в 1937г.) и хирургии позвоночника (дальнейшее развитие переднего спондиллодеза, начатое мной в 1931г.). При последующих посещениях Свердловского института я всякий раз убеждался в правильности позиции руководства относительно нераздельного развития ортопедии и травматологии, в фундаментальном изучении накопленного материала, в активном направлении Свердловской ортопедии, в ее биологической и морфологической основе, в подготовке новых молодых кадров ортопедов-травматологов.

На опыте Харьковского и Свердловского института я мог убедиться в важности сохранения научных традиций школы, которая лежит в основе

дальнейшего развития данных институтов.

Периодические выпуски трудов Свердловского института (последний полученный мной Сборник научных трудов, том XII, относится к 1973г.) свидетельствуют о связи института с другими центрами и являются полезными материалами по обмену опытом.

Мне было особенно приятно получить последний выпуск с тронувшей меня надписью: «Дорогому учителю, основателю института В.Д.Чаклину от благодарных учеников» 10.09.1973г. З.Лубегина.

В истории развития институтов (с1931г. по 1973г.) взаимная связь учителя с рядом поколений учеников-явление редкое. И в личных встречах и в этом посвящении я чувствую теплоту и взаимное доверие больших коллективов – свердловского и московского, которые связаны общими идеями и принципами высокого гуманизма.

#### **Глава IV. Переезд в Москву.**

Жизненный кризис почти совпал с научным: в последние годы жизни и работы в Свердловске наступил какой-то психологический перелом, моральная и научная неудовлетворенность. Окружающая среда мало удовлетворяла, научный рост прекратился, а стремление к новой жизни, к другой среде, к новым исканиям нарастало с каждым годом. Как в физиологии и регенерации, так и в психике ученому нужны раздражители, некоторый «стресс» для переключения идей на новые виды творчества. Отсутствие научной критики и столкновения идей создают подобие штиля на море. И если ученый сознает это, создается кризис между запросами и действительностью.

Вскоре разразилась Великая Отечественная война. Сын приехал ко мне, окончил Медицинский институт и отправился на фронт. После смерти Марии Александровны маленькая дочка Наташа с няней также приехали ко мне в Свердловск.

Я был еще полон сил и творческих возможностей. Кипучая деятельность в период Отечественной войны захватила меня целиком. У меня была другая семья, но такого друга, каким была Мария Александровна, больше не было, и я не потерял чувства уважения и теплых воспоминаний о сердечной, доброй Марии Александровне, с которой прошла первая половина моей студенческой и врачебной жизни.

##### ***4.1. Московский научно-исследовательский институт протезирования.***

###### ***Поездка в США.***

###### ***Избрание в Академию медицинских наук СССР.***

Предшествующий опыт Уральского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии и кафедры в Свердловске с зоной влияния на

весь Урал и Сибирь позволил мне перестроить работу Института протезирования, директором которого я был назначен в конце 1943г. В Институте было новое здание с примитивной клиникой, но без кадров и без внутреннего научного содержания. Как и в Свердловске, пришлось начинать все с азов. С огромным трудом удалось демобилизовать ряд работников протезного дела и ортопедов. На первых порах все внимание было уделено подбору и обучению кадров (некоторые из них пришли из хирургии – Е.К.Молодая, Н.Г.Семенова и др.). Молодому институту утвердили аспирантуру по ортопедии и протезированию (Т.С.Виноградова, В.П.Евдокимов, И.М.Митбрейт, В.И.Федорова и др.), а также по технике протезирования. Из молодых кадров после окончания аспирантуры получились хорошие, научно подготовленные специалисты для укрепления института. Были даны темы для диссертаций, организован Ученый Совет, систематические клинические и технические обходы, научные конференции. Важным завоеванием было получение Правительственным Постановлением целого госпиталя для инвалидов с ортопедическими заболеваниями и раненых, нуждающихся в протезировании. На базе этого госпиталя организовали современную протезно-ортопедическую мастерскую, лаборатории физиологии, конструкторское бюро, расширив состав инженеров и техников-протезистов. Одновременно была создана мощная клиническая база на 300 коек. Вскоре Госпиталь был принят целиком на бюджет Министерства социального обеспечения.

Несмотря на трудный контингент больных, удалось хорошо наладить клиническое протезирование с испытанием различных конструкций протезов. Одним из моих заместителей был молодой инженер (кандидат технических наук, который курировал конструкторскую и техническую часть). Электрофизиологическую лабораторию вел один

из бывших аспирантов, кандидат, а затем доктор медицинских наук В.С.Гурфинкель, способный и теоретически образованный врач, впоследствии ставший академиком Российской Академии Наук. Этой лаборатории мы придавали большое значение в разработке и проверке новых конструкций протезов. Одновременно изучались конструкции



*Аспиранты Московского научно-исследовательского института протезирования на праздничной демонстрации.*

*Среди них – (слева направо) Л.М. Воскобойникова, В.С. Гурфинкель, И.М. Митбрейт, Я.С.Якобсон.*



*Билет первого и в то время единственного члена-корреспондента Академии медицинских наук СССР по специальности «травматология-ортопедия» В.Д.Чаклина (1946г.).*

двигательной системы и протезирования. Со многими выдающимися ортопедами на долгие годы у меня сохранились добрые творческие и личные отношения.

Казалось бы, все должно было развиваться благоприятно для института и крепнувшего, набравшего силу его коллектива. При организации Академии медицинских наук СССР в 1946г. я был единственным членом-корреспондентом хирургом ортопедом-травматологом. К концу 1947г. мы с сотрудниками подготовили к печати специальный сборник научных работ под нашей редакцией.

#### **4.2. Темные времена.**

К сожалению, к этому времени наши разногласия с Министерством социального обеспечения достигли кульминаций. Воспользовавшись периодом космополитизма, гонениями ученых и разногласиями, связанными с научными направлениями института создали обстановку, при которой я был снят с должности директора института, исключен из членов коммунистической Партии, членов Академии Медицинских наук и из государственной квартиры переселен с женой и малыми детьми в барак в одном из отдаленных районов города. О.М.Фридланд, занявший мое место, выпустил упоминавшийся сборник под своей редакцией (небывалая история в академических кругах!).

К месту замечу, что в моей жизни и раньше бывали темные времена.

Темный период в стране начался еще до начала Великой Отечественной войны. Несколько позже он докатился и до Урала. Крупные деятели в различных областях организации науки были арестованы. Крупный организатор научных институтов здравоохранения Коновалов также был

ортопедических аппаратов и корсетов. Мы начали разрабатывать проблему сколиоза с приглашением опытного невропатолога. Научная работа велась активно. Постановлением Совета Министров РСФСР институт был награжден за плодотворную научную работу. Основные работники получили премии.

Я был командирован в США для ознакомления с современными достижениями восстановительной хирургии опорно-

неожиданно арестован. Была крайне напряженная обстановка для работы. Несмотря на огромную затрату сил, создание первого Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии на Урале и большую научно-организационную работу, было вынесено решение райкома партии о моем смещении с поста директора (я был беспартийный). Правда, это решение было вскоре отменено более высокими организациями. Но работать было крайне трудно в моральном смысле. То обстоятельство, что я был директором и научным руководителем института и одновременно занимал кафедру ортопедии, травматологии и военно-полевой хирургии не было чрезвычайной нагрузкой для меня, т.к. все мое время с утра до поздней ночи принадлежало организации, науке и преподаванию, которые я любил. Такая деятельность давала значительное моральное удовлетворение и уравнивала текущую творческую жизнь с моральной депрессией того «темного времени».

Первая встреча с ГПУ состоялась непосредственно перед войной. Раздался телефонный звонок, дежурный сообщил, что меня вызывает к себе начальник ГПУ. Период был напряженный, и неизвестен был повод для вызова. Я явился в назначенное время. Начальник говорил со мной довольно сурово, хотя повод оказался незначительным. Дело в том, что, заведую кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, я вел практические занятия на трупах и в экспериментальном отделении на собаках при наличии лишь одного ассистента, т.к. остальных мобилизовали. И когда последний ассистент был вызван в военкомат для сопровождения эшелона, я обратился с просьбой заменить моего единственного помощника другим врачом. Эта просьба была немедленно передана в ГПУ, и я получил серьезное внушение и предупреждение. Мой мотив, что занятия с группами студентов будут прекращены, не оказался убедительным. Я уехал с тяжелым чувством.

Моя вторая встреча с ГПУ произошла в первый год войны. Ночью раздался в квартире резкий звонок. Нужно сказать, что это был период массовых арестов. Не открывая дверь, я спросил, кто звонит. Последовал ответ «откройте, из ГПУ. По распоряжению начальника ГПУ Вы должны следовать с нами немедленно». Расспросы были излишни, т.к. передо мной стоял командир и позади него сопровождающий солдат. Наскоро одевшись и протиснувшись с перепуганной женой, я последовал за командиром, позади меня шел солдат. Машины не было видно, мы шли пешком по направлению к институту травматологии. Дорогой командир объяснил, что один из крупных сотрудников ГПУ ранен в область сердца и доставлен срочно в институт, причем начальник ГПУ приказал, чтобы я лично его оперировал. Надо сказать, что незадолго до этого происшествия к нам был доставлен мальчик с ножевым ранением в область сердца, которого я оперировал. У мальчика оказалось ранение сердечной сорочки мышцы. Скопившаяся в сорочке кровь расстроила физиологический ритм сердечных сокращений, создавалась угроза полного прекращения деятельности сердца. Больной был срочно прооперирован мною, выжил и был продемонстрирован на заседании

Общества хирургии и травматологии. Возможно, этим объяснялось распоряжение, обязывающее меня лично производить операцию. У командира ГПУ оказалось касательное ранение сердца и сквозное ранение легкого. Тампонада сердца излившейся кровью в сердечную сорочку создавала угрозу жизни. Срочная операция, эвакуация крови, шов на мышцу сердца, отсасывание крови из плевры, наложение швов на сердечную сорочку - все это привело к выздоровлению. К счастью, все окончилось благополучно. А что можно было ожидать в случае неудачной операции, учитывая мое первое предупреждение в соответствующей организации? Но все же «темные времена» оказались впоследствии трагическими и для меня, о чем я упоминал чуть выше.

#### *4.3. Московский ортопедический госпиталь.*

К счастью, я получил в Москве новую базу в виде Ортопедического госпиталя на 300 коек с возможностью приложить свои научно-организационные способности и наладить квалифицированную помощь инвалидам Отечественной войны. Не стыдясь понижения в должности, засучив рукава, я приступил к работе со свойственной мне энергией. Рассматривая ретроспективно этот период перехода из Министерства социального обеспечения снова в Министерство здравоохранения я считаю, что произошедшее повернуло мою жизнь в лучшую сторону. От полуграмотного Министра социального обеспечения я снова попал в теплую среду врачей с иной психологией и этикой. Моральные страдания лишь закалили меня, заставили шагать по жизни более осторожно и быть менее доверчивым к «сладким» людям.

Творческий процесс снова захватил меня. Началось формирование новой школы молодых московских ортопедов (1948г.).



*В.Д.Чаклин среди коллектива Московского ортопедического госпиталя (1949г.).  
Во втором ряду справа налево: И.А.Мовиович, Е.А.Абальмасова, В.Д.Чаклин, И.П.Широнинский.  
Внизу справа старшая операционная сестра Т.М. Ситникова (Карнаухова).*

Кто мы? Такой вопрос неоднократно задавали мне врачи Ортопедического госпиталя в первые годы, и сами они говорили о своем неопределенном профиле. Пока шла война, они лечили раненых, затем наступил более сложный период восстановительной хирургии, построенный на научных принципах ортопедии, которую они не знали. Пришлось дать им почувствовать: вы пока ортопеды в эмбриональном периоде, а чтобы стать ортопедом хотя бы третьей категории нужно очень много работать теоретически и изучать практически отдельные разделы этой широкой специальности.

Среди молодых врачей оказались способные люди, которым, не сомневаюсь, пошло на пользу обучение ортопедии и травматологии.

#### 4.3.1. Метод работы.

Существовало твердое правило: прежде всего должен быть врач (с большой буквы), затем уже специалист ортопед-травматолог. Не может быть ортопеда без знания травматологии. Второе твердое правило: воспитывать не «оператора», а серьезного, вдумчивого клинициста с хорошей теоретической подготовкой. Это процесс длительный, но он неизменно окупается результатами лечения в последующие годы. Для удобства воспитания молодых ортопедов-травматологов я определил 7 общих пунктов:

1. *Primum clinica, secundum rentgenologica*. В диагностике мы придаем главное значение клиническим данным и умению клинически и морфологически оценивать рентгенологические данные.

2. *Keine diagnose durch die Hose\**. Необходимо тщательно осматривать больного с головы до ног. Даже если больной фиксирует свое внимание на боли в коленном суставе, осмотри тазобедренный сустав и пояснично-крестцовый отдел позвоночника.

3. *Orthopedish denken*. Думать ортопедически значит думать функционально. Нужно научиться думать, размышлять, анализировать симптомы важно как при постановке диагноза, так и при проведении всего курса лечения.

4. *Saepe vertere stillum*. Почаще необходимо шлифовать свой стиль – важное положение, как при устном изложении своих мыслей, так и при изложении их на бумаге. Кратно, четко, ясно... Я всегда помню латинскую краткость Цезаря.

5. *Constant vigilans*. Непосредственное внимание и наблюдение за больным, особенно при лечении переломов и в послеоперационном периоде.

6. *Acta, non verba*. Дела, а не слова определяют всю тактику ортопеда-травматолога. Кто много говорит – мало делает.

7. *Never give up*. Никогда не уступай, не падай духом.

В хирургическом и ортопедическом понимании: не падай духом при неудачах, активно борись за жизнь больного до последней минуты.

Указанные семь пунктов правил поведения написаны для студентов и молодых ортопедов-травматологов, но некоторые из них пригодны и не только молодым специалистам.

\* Ни одного диагноза через штаны (нем.)

### 4.3.2. *Обходы и резюме.*

Каждую неделю в среду мы со всеми сотрудниками и гостями делали обход отделений по очереди (Рис.32). К этим обходам готовились не только врачи отделения, но и сестры. Нужно было осматривать не только больных, но также и их одежду, положение конечности, эстетику гипсовой повязки, постель больного, гигиенические условия палаты. Я требовал, чтобы врачи отделения перед обходом «не спали», а готовились по анатомии, гистологии данного заболевания, клинике, докладывали кратко, четко, обнаружив подготовку. Как правило, я спрашивал анатомию области заболевания, проверяя методику исследования, знание биомеханики. Вначале врачи были недовольны, что их спрашивают в присутствии больных. Но затем они поняли, что все мы учимся здесь (и я в том числе) и не стыдились сказать: я этого не знаю. После обхода, за чашкой чая, я делал резюме особенностей данного отделения, мы разбирали некоторых больных и сделанные операции, обсуждали осложнения, считая нагноение при чистых операциях чрезвычайным происшествием (Ч.П.).

Часто я приносил новейшие данные из журналов или мы дискутировали какой-либо общий вопрос тактики хирурга-ортопеда. На таких обходах и резюме проявляется инициатива врачей, их подготовленность и рост. Методическая повседневная работа с молодыми кадрами приносит плоды и дает нам моральное удовлетворение. Я люблю учить молодежь и передавать им частичку своих знаний.

### 4.3.3. *Диагностические конференции.*

Многие годы каждую неделю вместе со своими врачами и гостями я проводил открытые консультации больных, которых направляли из различных городов. На таких консультациях удавалось показать врачам и методику исследования, и дать трактовку рентгенологическим данным, и коснуться дифференциального диагноза, а когда уходил больной, указать на возможные ошибки в постановке диагноза и назначении метода лечения.

Особенно часто приходилось наблюдать применение методов физиотерапии и, в частности, грязелечения, где оно не было показано, например при опухолях костей и дисплазиях. Были интересными консультации совместно с рентгенологами и опытными невропатологами. Среди рентгенологов я особенно ценил мнение С.А.Рейнберга, дружественные отношения с которым у нас сохранились свыше 20 лет.

В некоторых случаях, когда больные по понятным мотивам не хотели показаться на открытой консультации, я консультировал их отдельно, и тогда, выслушав иногда личную трагедию жизни, старался помочь больной оперативным путем исправить ее недуг. Доступность крупного специалиста больным и врачам мы считаем обязательной, и я по мере сил старался устранить препятствия между собой и больными.

#### 4.3.4. Показательные операции.

Говоря о методах подготовки кадров специалистов и способах внедрения знаний, я не могу пройти мимо показательных операций. Операция не только простой акт “рукодействия”, но и метод тщательного исследования тканей в живом организме. Хорошее анатомическое знание области операции абсолютно необходимо.

Хирург-ортопед, который рассекает ткани ножом при остеомиелите, туберкулезе, опухоли или дисплазии, одновременно изучает их на живом организме - макроскопически и гистологически во время операции или непосредственно после операции для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшей судьбе конечности больного – сохранить ее или удалить. Одновременно он избирает наименование травматический разрез и



*В.Д.Чаклин на операции.*

доступ к очагу, всегда помня, что сохранение или восстановление функции органа – это главное. Операция не должна повреждать ткани в большей степени, чем сам патологический процесс, по поводу которого она производится. Щадить ткани и обращаться с ними нежно, не травмируя их крючками и руками – первый закон для молодого специалиста.

Ткани должны быть закрыты во время операции – второй закон; операция без рук означает, что нельзя трогать руками кость или мышцы. Наш тезис: операция остеомиелита – асептическая операция – подчеркивает необходимость избегать вторичной инфекции окружающих тканей. В доказательство мы часто зашиваем рану наглухо при остеомиелите.

Я заранее прошу у читателя прощения за элементарные истины, о которых не мешает почаще напоминать молодым хирургам. Классическая школа функциональной оперативной хирургии должна быть привита молодежи.

#### 4.3.5. Операция и лаборатория.

Во всех ортопедических учреждениях, которые мне приходилось организовать, я устраивал небольшую морфологическую лабораторию вблизи операционной. Это давало возможность уже во время операции делать экспресс-биопсию, что особенно важно при подозрении на злокачественную опухоль или туберкулезную природу заболевания. Ни один кусочек

удаленной ткани не может быть выброшен в таз без гистологического исследования. Иногда казалось, что диагноз почти точно установлен, а гистологически патологоанатом преподносил нам "сюрприз". Правильное воспитание молодого хирурга состоит не только в хирургическом искусстве, но также и в том, чтобы он после операции лично изучил макроскопически ткани, сделал рентгенограмму костного препарата, занес его в лабораторию, описал и указал какой участок его интересует. Он должен участвовать в распиле кости, изучении ее структуры, проведении препарата через декальцинацию, наблюдать за заделкой и окраской срезов, изучать вместе с патологоанатомом гистологическую структуру многих полей препарата. Таковую школу, как уже упоминалось, я сам прошел под руководством строгого учителя К.Ф.Еленевского, и это наложило отпечаток на всю мою последующую хирургическую деятельность. Сочетание хирургии и исследовательской работы создают цельность врача.

#### ***4.3.6. Конференции. Разбор ошибок.***

Разумеется, в жизни хирурга не все идет гладко, возможны ошибки, на которых мы остановимся подробнее ниже. Если хирург наедине с собой осознает свою ошибку, это может предупредить его от повторения аналогичной ошибки. О других ошибках ему подскажут коллеги. В этом отношении хороши внутрибольничные или внутригоспитальные конференции, на которых следует разбирать не только материал совместно с патологоанатомами, но и клинический материал осложнений. К сожалению, эта часть хирургии еще недостаточно разработана и совершенно недостаточно освещена в печати.

#### ***4.3.7. Развитие научно-критического мышления.***

В молодые годы научно-критическое мышление у врача развито очень слабо. Все кажется известным, многое принимается на веру, врач мыслит категориями, навеянными старыми учебниками. В ортопедии-травматологии повторялись давно отжившие принципы. Элементы новизны иногда излагаются на лекциях и конференциях. Среди клиницистов и практических врачей редко обсуждаются современные патофизиологические концепции и закономерности восстановительных процессов. Чаще демонстрируются технические приемы остеосинтеза.

Жизнь и реакция костной ткани на различные раздражители не излагаются параллельно с техническими приемами, вследствие чего мысль начинающего ортопеда обедняется. Недостаточно бывает прочесть одну-две статьи в журнале по общепатологическим процессам, например, в травматологии. Ценность научной школы в том и заключается, что во время обходов, конференций и даже при внутрибольничных дискуссиях планомерно развивается у врачей научно-критическое мышление. В меньшей степени

важно развивать логическое мышление, как в постановке диагноза, так и в изложении своих мыслей на бумаге.

#### 4.3.8. *Научное руководство диссертантами.*

Это очень важное звено в воспитании специалистов.

Выше мы писали, какие научные проблемы разрабатывались в последней нашей школе. Следует подчеркнуть, что к этому зрелому периоду жизни в голове оформились основные научные, теоретические концепции, укрепились основные методы исследования и лечения, все больше продолжало развиваться синтетическое мышление и стремление четко формулировать основные руководящие концепции. Это не мешало моим ученикам теоретически и практически разрабатывать другие крупные ортопедические проблемы. Так, моя ближайшая ученица доктор медицинских наук, профессор Е.А.Абальмасова после периода увлечения гомопластикой в эксперименте помогла мне теоретически обосновать метод экстра-интрамедуллярного остеосинтеза (совместно с гистологом Г.И.Лаврищевой). Затем она продолжала фундаментальное развитие проблемы сколиоза в теоретическом и клиническом плане. Мы вместе выпустили монографию "Сколиоз и кифозы". И.А.Мовшович доктор медицинских наук, профессор работал над морфологией и патогенезом сколиоза и выпустил солидную докторскую диссертацию и монографию по этому вопросу. Стремление к самостоятельности побудило его перейти на базу Боткинской больницы, хотя в клиническом плане ему можно было бы поработать несколько лет на базе Ортопедического госпиталя. Более основательно изучил проблему патоло-



*Екатерина Андреевна Абальмасова  
(1918-1989г.г.).*



*Илья Аронович Мовшович  
(1923-1996г.г.).*



*Иосиф Моисеевич Митбрейт.*

одна моя ученица А.Г.Прохорова, изучая трудный вопрос об особенностях патологии течения и лечения сколиоза у детей до 10 лет. Сложность проблемы, малая эффективность оперативного лечения сколиоза в таком возрасте, а также трудности быта невольно задержали выполнение этой диссертации, хотя, знакомясь с ее отдельными фрагментами, я нахожу, что это исследование было бы полезным даже при отрицательных данных лечения сколиоза в этом возрасте.



*Михаил Александрович Берглезов.*

гии позвоночника мой многолетний ученик и друг И.М.Митбрейт (доктор медицинских наук, профессор). Продолжая изучать нашу общую проблему спондилолистеза и вмешательства на телах позвонков, он осветил ее весьма разнообразно, обосновав рядом теоретических положений. Его докторская диссертация представляет пример фундаментального исследования в области ортопедии. Сам Иосиф Моисеевич – честный, добросовестный ученый и хороший человек, сохранивший лучшие традиции академической школы ученых. Я рад, что после защиты диссертации он не потерял связи со своей ALMA MATER – Московским ортопедическим госпиталем. Над проблемой сколиоза работала также еще

Из более молодых моих учеников назову И.С. Шепелеву, которая получила основы ортопедии у нас, М.А.Берглезова (доктор медицинских наук, профессор), чье исследование патологии и клиники опухолей костей таза хотя и не было связано с основной нашей проблемой - сколиозом, тем не менее было интересным, содержало элементы новизны. М.А.Берглезов продолжал работать по проблеме опухолей костей, что являлось и моим научным «хобби» в течение многих десятков лет. К сожалению, М.А.Берглезов, сменив свое положение старшего научного сотрудника клиники, перешел работать в центральное здание ЦИТО, променяв прекрасную клинику на поликлинику Центрального Института.

Он не отдал трудовой долг Московскому ортопедическому госпиталю, который его воспитал и ждал от него трудовой отдачи после защиты диссертации. Здесь переплетается моральная сторона молодого ученого с его карьерой. Мое правило: академические принципы школы следует ценить и уважать даже после того, как докторант получил степень и даже звание профессора. Кто же будет учить молодежь и продолжать традиции школы, если все докторанты будут покидать ее? Из других учеников Московской школы я бы мог назвать Юрия Борисовича Гинзбурга (он написал докторскую диссертацию по лечению полиомиелита), кандидата медицинских наук Алексея Михайловича Миронова, который имеет задатки неплохого хирурга – ортопеда, но ему нужно еще пройти хорошую требовательную ортопедическую школу. А.В.Митрофанова защитила кандидатскую диссертацию и неплохо работает в детском ортопедическом отделении. Л.Н.Шейнюк склонен к оперативной работе, но ему предстоит много трудиться над освоением классической ортопедической школы. Следует опасаться административного положения, при котором теряются возможности планомерно учиться, учиться и учиться сложной, многогранной современной ортопедии-травматологии. Умение лечить переломы еще не определяет уровень подготовки специалиста. В Ортопедическом госпитале появилась молодежь, которая прошла ординатуру и продолжает постигать науку. Эта молодая поросль развивается хорошо, и я возлагаю надежды, что многие из них будут продолжать развивать славные традиции Московской школы ортопедов-травматологов. Этому способствуют дружественные контакты между Госпиталем и клиникой ЦИТО (см. ниже). Во главе администрации стоят также мои ученицы М.М.Сотникова и С.И.Гарбарская, которые, отказавшись постичь кладезь ортопедической науки, тем не менее, хорошо разбираются в основных вопросах нашей специальности.

#### ***4.4. Организация клиники детской ортопедии и травматологии ЦИТО. Ортопедические среды.***

Уже с первых лет научного оформления Ортопедического госпиталя мы осознали необходимость создания для Москвы крупного ортопедического центра и организации ортопедии в каждом районе в целях профилактики детских ортопедических заболеваний и правильно поставленного лечебного процесса в столице. Это оказалось сложным вопросом, так как в районах пришлось начинать, как говорят, *ab ovo*.

Для истории ортопедии и травматологии, и не только Московской, следует отметить исключительную заслугу министра здравоохранения СССР того времени Марии Дмитриевны Ковригиной, которая лично осмотрела Госпиталь и издала приказ об организации на его базе клиники детской ортопедии и травматологии на 150 коек, утвердила специальное Положение

об этом филиале ЦИТО (1956г.). Это было крупным событием и большим стимулом к научно-исследовательской работе всего врачебного коллектива.

К счастью, руководители Московского здравоохранения П.Т.Приданников и позже Т.Н.Лапченко весьма положительно относились к развитию этого учреждения.

Первые Московские курсы подготовки врачей по ортопедии начались в Москве с 1959г.. Первый выпуск молодых районных ортопедов – это первые



*В.Д.Чаклин и начальник Ортопедического госпиталя С.Н.Воскресенский (справа от В.Д.Чаклина) среди курсантов ортопедов и их педагогов (1958г.).*

«кирпичи» в построении всей системы ортопедической службы в Москве. В дальнейшем курсы подготовки врачей-ортопедов проходили каждый год и затем перешли в так называемые Ортопедические среды. Каждую среду (позже – каждую первую среду месяца) ортопеды и детские хирурги прибывали в Научно-методический центр на базе Ортопедического госпиталя и получали соответствующие инструкции. Научная часть ортопедических сред состояла из демонстрации больных, разбора ошибок, докладов по различным разделам ортопедии и травматологии.

В Москве были созданы межрайонные ортопедические центры, к которым были прикреплены для консультаций и стационарного лечения по 5-6 районов. В период закладки фундамента ортопедической службы ей помогали Е.Н.Никифорова, М.В.Волков, В.П.Немсадзе, С.Д.Терновский (больница им. Филатова), Т.С. Зацепин, Н.Г.Дамье (детская травматологическая больница им. Тимирязева), обученный ортопедии еще на первых



*Очередной выпуск курсантов-ортопедов (1959г.).*

*Во втором ряду: В.Д.Чаклин (в центре) и рядом с ним педагоги (слева направо) Ф.И.Бугров, И.А.Мовшович, Е.А.Абальмасова, В.М.Проворова, И.М.Митбрейт.*

курсах Г.С.Левин, который позже помогал нам в методической работе по руководству районами. Основная тяжесть всей организационной и научной работы легла на руководство и сотрудников Московского ортопедического госпиталя. Многие сделали в тот период мои ближайшие помощники Е.А.Абальмасова, И.М.Митбрейт, И.А.Мовшович, М.А.Берглезов, А.Г.Прохорова, а также коллектив госпиталя во главе с С.Н.Воскресенским, а затем – М.М.Сотниковой. Безвозмездная помощь этих тружеников должна быть отмечена особо. Труд их не пропал даром. Ведущей проблемой для нас всех был сколиоз: профилактика и лечение. По этому вопросу написано много работ, монографий, созданы специальные загородные филиалы и интернаты для лечения и обучения детей, страдающих сколиозом. Среди специализированных интернатов следует отметить Московский интернат для детей, страдающих сколиозом, в котором научно-лечебную часть возглавил доктор медицинских наук И.И.Кон под руководством директора ЦИТО академика АМН СССР М.В.Волкова.

Я остановился на данном периоде нашей деятельности несколько дольше, т.к. это было время становления, искания новых форм профилактической деятельности в ортопедии. Опыт 20-летней научно-организационной деятельности в Москве показал, что в организации лечебного процесса нужны не благие порывы и энтузиазм, а длительное систематическое руководство, прививание врачам научных методов, углубленных теоретических и клинических знаний с широкой демонстрацией больных и методов диагностики и лечения. Вполне оправдывается поговорка: «Учи не

наказом, а показом». Хотелось бы надеяться, что созданные нами ортопедические среды будут жить и после нас.



*300-я чаклинская среда.*

*Слева направо (сидят): И.А.Мовиович, И.С.Шепелева, Е.А.Абальмасова, И.М.Митбрейт; стоят в первом ряду Л.А.Андреева, М.П.Никитина, Л.А.Николаева, В.В.Кузьменко, А.С.Палько; стоит во втором ряду М.А. Берглезов.*

В качестве научного руководителя Госпиталя и клиники я прилагал все усилия для цементирования связи трех подразделений (клиники, Госпиталя и загородного филиала Полушкино). Обходы, разборы больных, клинические конференции, научные вопросы объединяли коллективы.

С особым удовольствием я поддерживал контакты с большой группой моих городских и районных учеников-ортопедов, которым годами прививал принципы, теоретические идеи и практические навыки, полезные в их практической работе. Ошибочно было бы думать, что им были нужны только практические указания. Наоборот, теоретический рост их был совершенно очевиден, и к нему они тянулись. Да и где они могли пополнить свои знания? Эти труженики, энтузиасты достойны глубокого уважения и поощрения. Живое слово для них было важно, и они получали его на ортопедических средах. Подводя некоторые итоги формирования Московской ортопедической школы, я коснулся главным образом тех традиций и направлений, которые развивались на базе Московского ортопедического госпиталя.

#### 4.5. *Ортопедический госпиталь и роль Центрального института травматологии и ортопедии (ЦИТО).*

Роль ЦИТО и его первого директора Н.Н.Приорова в деле функционального восстановления раненых в госпиталях огромна и должна быть по достоинству оценена в истории отечественной ортопедии. Достаточно указать на тот факт, что уже к концу Великой Отечественной войны готовились мероприятия для послевоенного восстановления здоровья раненых с повреждениями локомоторного аппарата и, в частности, для улучшения методов протезирования. Одновременная поездка Н.Н.Приорова в Англию и наша поездка с группой инженеров в США (1944г.-1945г.) оказалась бесполезной. Мы убедились в том, что личное искусство наших ортопедов-травматологов стоит на высоком уровне, но протезно-ортопедическое оснащение нуждалось в коренном улучшении.

Еще до моего перевода в Москву решением Правительства и Министерства здравоохранения РСФСР на Урале ( в Свердловске) на базе Института травматологии, ортопедии и физиотерапии был создан крупный восстановительный центр для долечивания раненых с повреждениями локомоторного аппарата.

Помню, как Положение об этом институте разрабатывалось мною ночью, в здании Министерства, под непосредственным руководством министра здравоохранения. Затем последовал приказ об организации Института восстановительной хирургии, ортопедии и физиотерапии Минздрава РСФСР с назначением меня директором этого крупного центра. Предшествующая 12-летняя работа над организацией Уральского Института травматологии и ортопедии, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии явилась достаточной базой для создания такого крупного восстановительного центра по долечиванию инвалидов Отечественной войны на Урале.

Последовавший вскоре мой перевод в Москву на должность директора Института протезирования, как упоминалось выше, несколько изменил профиль восстановительного центра в Свердловске, но сущность осталась та же, и сохранилась школа активных ортопедов-травматологов.

Эти исторические данные мне хотелось привести как первому организатору научной травматологии-ортопедии на Урале и подчеркнуть тот факт, что Уральский центр уже существовал 12 лет до Правительственного указа об организации одиннадцати других институтов травматологии и ортопедии.

Создание 11 научно-исследовательских институтов травматологии и ортопедии, организация ортопедических госпиталей по всей стране для долечивания инвалидов Великой Отечественной войны стало крупным событием в развитии нашей специальности после Отечественной войны. Огромная роль Н.Н.Приорова в этом вопросе бесспорна.

Таким образом, уже к концу войны в наиболее крупных центрах (Москва, Ленинград, Свердловск, Харьков, Киев, Казань, Саратов, Иркутск, а позже

Рига, Донецк) были созданы научные базы травматологии и ортопедии.

Бесспорно, такие учреждения оказались весьма эффективными в период восстановительного лечения ветеранов Отечественной войны. Нужны были обоснованные научно-методические указания для современного лечения последствий повреждений локомоторного аппарата. Опыт ортопедии и травматологии мирного времени частично был использован, но послевоенные ранения имели свою специфику. Требовалось разработать новые подходы к ортопедии с учетом послевоенных повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы. В этих же учреждениях необходимо было развивать детскую ортопедию и травматологию, поскольку в военные и первые послевоенные годы на этот раздел обращалось мало внимания. Молодым специалистам необходимо было дать все новое, проверенное опытом. Так появились мои монографии «Оперативная ортопедия» (1951г.), «Ортопедия» (1957г.), «Основы оперативной ортопедии и травматологии» (1964г.) и другие руководства, о чем я пишу в 11-ой главе.

Но этому предшествовал длительный период накопления фактов и контроль над отдаленными результатами лечения.

Итак, война разрушает, но рождает идеи. Не говоря уже об огромном техническом прогрессе, военные ранения заставили усиленно работать мысль хирургов и травматологов в восстановительном направлении. Бурное развитие получила восстановительная костная хирургия, пластическая хирургия кожи, появился крупный раздел пластической хирургии кисти. Операции на нервах и сухожилиях получили новое направление. Разработка новых доступов и методов реконструктивных операций на тазобедренном суставе принесла не только функциональное улучшение, но и резкое снижение летальности. Реконструктивные операции на позвоночнике в сочетании с пластическими и артродезирующими операциями на суставах нижней конечности ставили на ноги, казалось бы, безнадежных ветеранов войн с параличами обеих ног. Задачу хирургов и ортопедов значительно облегчали протезно-ортопедические изделия.

## **Глава V. Искания в области лечения переломов костей и псевдоартрозов. Оперативные методы лечения.**

В 3-ей главе я немного писал о поисках в этом направлении, проведенных в Уральском институте травматологии и ортопедии в 1931г.-1940г. В этой главе я более подробно остановлюсь на некоторых аспектах лечения больных с переломом костей и псевдоартрозами.

## 5.1. Теоретические основы лечения переломов от А.Ламботта до наших дней.

В 30-ые годы в лечении переломов трубчатых костей наметилось три основных направления.

**Первое направление** – щадящее вправление отломков и применение фиксирующей гипсовой повязки с последующей разработкой функции суставов. Такого направления держался Г.И.Турнер (Петроград-Ленинград). Теоретический тезис в пользу этого метода: для консолидации свежего перелома требуется покой, тепло и питание отломков путем рано наступающей васкуляризации мозоли. Нужно отдать должное представителям этого направления: в руках лиц, хорошо владеющих техникой гипсовой повязки, достигались хорошие результаты. Эта методика была ведущей и во время Великой Отечественной войны. По существу, хорошие результаты всегда получаются у специалистов, владеющих соответствующей методикой. В школе Г.И.Турнера в тот период сравнительно мало оперировали на костях, и потому здесь популяризировали бескровный метод лечения.

**Второе направление**, представителем которого, как уже упоминалось, у нас был К.Ф.Вегнер, называлось функциональным. Теоретической основой для него было углубленное изучение физиологии мышц и биомеханики суставов, щадящий метод дозированной репозиции отломков, создание физиологического покоя на период формирования первичной мозоли. Тщательно разработанная система создания среднего физиологического положения нижней конечности исключала вторичное смещение отломков (что иногда имело место в гипсовой повязке), держала в тонусе мышцы и допускала небольшие движения в суставах. Таким образом, исключалась необходимость последующего долечивания (реабилитации), что требовалось после снятия гипсовой повязки. Метод скелетного вытяжения применялся в Медико-механическом институте с успехом и при огнестрельных переломах костей в первую империалистическую войну. Указанный метод функционального лечения разрабатывался и широко применялся нами в Свердловском институте травматологии с той разницей, что мы пошли дальше: все лечение мы проводили на специально сконструированной функциональной шине и вместо гвоздя и клеммы применяли прочные спицы из нержавеющей стали. Но уже в тот период (1932-1940г.г.) мы одновременно разработали оперативные методы лечения переломов и псевдоартрозов.

**Третье направление** в лечении переломов было преимущественно оперативное. Такой метод широко популяризовали бельгийская школа (А.Ламботт) и французские ортопеды-травматологи. Ламботт широко использовал различные металлические пластины и винты для скрепления отломков. Я еще застал этот период в бывшем Медико-механическом институте, где пытались оперировать по Ламботту, но без особых успехов. Мода повторяется. Ученик Г.И.Турнера И.Л.Крупко как бы в противовес

консервативной школе своего учителя стал широко прибегать к остеосинтезу инородными телами; затем, как из рога изобилия, посылались различные металлические конструкции для скрепления отломков, которые принесли больным больше беды, чем пользы. Для извлечения из кости некоторых конструкций приходилось делать операцию, которая была сложнее первичного остеосинтеза.

Более осторожную позицию заняли другие травматологи: Я.Г.Дубров, В.А.Чернавский, Ф.Р.Богданов. Они применяли лишь в части случаев поперечных переломов бедра внутрикостный металлический штифт. В остальных случаях применялось функциональное лечение. Правда, В.А.Чернавский до последнего времени все еще применял пластику Лэна для скрепления отломков большеберцовой кости. Но это была его индивидуальная особенность. Он был сторонником последней модификации метода Кюнчера при остеосинтезе отломков бедра толстым гвоздем Кюнчера с рассверливанием костномозгового канала. Достигалась прочная фиксация, исключавшая смещение отломков и перелома гвоздя.

В данной книге, не посвященной специальным вопросам травматологии, нет необходимости касаться всех периодов развития остеосинтеза. Следует заметить, что более углубленные теоретические вопросы травматологии и ортопедии начали оживленно трактоваться в литературе преимущественно последних десятилетий, хотя К.Ф.Вегнер в своей блестящей монографии «Переломы костей» уже наметил теоретический фундамент будущих исследований. Последовавшая затем эпоха Белера (Австрия) укрепила бескровное направление в лечении переломов. Серия его монографий, основанных на огромном материале собственных наблюдений, укрепила в Европе метод бескровной репозиции и фиксации отломков, а также метод вытяжения по шине Белера.

Недостатком многих гвоздей или металлических штифтов является то, что они не всегда соответствуют диаметру костномозгового канала, также не всегда достигается сколоченность отломков, тогда создается возможность вторичного смещения и замедленной консолидации перелома. Возможны осложнения и нагноения. Кюнчер, рассверливая канал сверлом, соответствующим данному диаметру гвоздя, достигал очень плотного контакта гвоздя со стенками канала и добивался известного сколачивания концов отломков бедра, что давало большую гарантию сращения без опасности перелома гвоздя. Причина многих осложнений, замедленной консолидации и псевдоартроза лежит в нарушении остеогенеза.

## **5.2. «Склеивание» и «сварка» костей.**

Наблюдая более половины столетия различные фазы лечения переломов трубчатых костей, пережив различные «моды», я пытаюсь разобраться в причинах смены вех и непрерывных исканий новых путей для решения этой старой и вечно новой проблемы. Идей и концепции Н.И.Пирогова,

создавшего средства надежной фиксации поврежденной конечности, побудили хирургов к бескровным методам лечения переломов костей. Идеи Пирогова пригодились и в Великую Отечественную войну. Теперь некоторые травматологи снова пытаются встать на путь преимущественно оперативного лечения переломов, выдавая такое направление за нечто новое. Но это глубокое заблуждение. Широкое оперативное направление существовало и до 1917 года, а периодические «вспышки» его среди хирургов наблюдались еще раньше. Ламботт в Бельгии и США, Гуссенбауер в Германии широко пользовались металлическими пластинами, винтами, скобами для фиксации отломков. Кюнчер (Австрия) еще в первую империалистическую войну применил интрамедуллярное штифтование отломков бедра. Гровс (Англия) внес ценное биологическое дополнение в виде наружного аутоотрансплантата, соединив таким образом металло-остеосинтез с костной пластикой.

Как указано выше, я молодым хирургом застал последние годы широкого увлечения оперативным методом лечения. Я сказал бы, что это чисто хирургический путь исканий, и на моих глазах показания к операции при свежих переломах начали заметно сужаться. На сцене появились *ортопедотравматологические идеи*, обогащенные теорией остеосинтеза, физиологии мышц и биомеханики суставов. От механического соединения костей, в котором многие хирурги-травматологи потерпели неудачи, ортопеды-травматологи перешли к системе функционального лечения, которое на юге России возглавил К.Ф.Вегнер. Этот метод удерживает свои позиции вот уже более 50 лет, потому что он построен на прочном теоретическом базисе, в основе которого лежат физиологический остеосинтез, понимание сущности физиологической контракции и дистракции мышц, биомеханические законы опорно-двигательного аппарата человека. Я часто задумывался над тем, почему же все-таки травматологи временами снова делают крен в сторону оперативной фиксации отломков. Я сам хорошо владел функциональным методом лечения переломов, но иногда прибегал к оперативному лечению. Но это было скорее всего исключением, чем правилом. Для оперативного лечения были выработаны строго ограниченные показания. В основе же лежал функциональный метод вытяжения по крайней мере для лечения переломов костей нижней конечности.

В тех клиниках и больницах, где имелось соответствующее оборудование, особенно функциональная шина типа модели В.Чаклина и где ортопеды-травматологи освоили технику лечения, получались хорошие результаты. По данным Уральского института травматологии и ортопедии (Свердловск) средние сроки утраты трудоспособности при закрытых переломах бедра определялись в 4 месяца для лиц умственного труда и в 4,5 месяца - для лиц физического труда. Никаких осложнений не наблюдалось, кроме замедленной консолидации в одном случае. Диафизарные переломы костей голени при замедленной консолидации подвергались ранней профилактической операции костной пластики, часто с одновременной остеотомией

малоберцовой кости. При сложных двулодыжочных переломах и переломах Дюпюитрена репозиция достигалась путем применения особой системы тяг, позволяющих производить движения в суставе, последующей «реабилитации» не требовалось, так как в самой системе функционального лечения переломов был заложен принцип предупреждения тугоподвижности суставов. Однако такая система требовала большого внимания к больным с выделением их в особые травматологические палаты и (или) отделения, на что хирурги не всегда охотно давали свое согласие. Но времена изменились, ортопедия-травматология полностью выделена в особую специальность с особыми институтами и самостоятельными кафедрами. Дело осталось за немногим – подготовкой кадров, специалистов высокой квалификации, а это оказалось наиболее сложной проблемой, так как таких специалистов не подготовишь за один - два года.

Что касается методики лечения переломов, то в ней тоже наступали кризисные периоды. После увлечения фиксирующей гипсовой повязкой (ценность которой я разделяю в ряде случаев), наступил переход от фиксации к методу функционального лечения, которым не сразу овладели хирурги - травматологи. На Украине и на Урале этот метод получил широкое распространение.

Далее последовал период «штифтования» путем интрамедуллярного внедрения металлических штифтов в оба отломка. По простоте и доступности рядовым хирургам этот метод, казалось, мог бы вытеснить функциональное лечение. Но наступил «технический» кризис: отсутствие стандартных штифтов и инструментария, возникло вынужденное местное творчество в виде многих разновидностей штифтов вплоть до использования металлического зонда для фиксации отломков. Стали появляться осложнения, тяжелые нагноения, описаны отдельные случаи жировой эмболии, ложных суставов, переломов штифтов. Адепты интрамедуллярного остеосинтеза стали более сдержанны, а наиболее критически мыслящие из них, например Я.Г. Дубров, начали выступать с докладами о сдержанном применении этого метода, указывая на небольшой процент возможного оперативного вмешательства при переломах костей. Снова наступило кризисное состояние, так как призывая хирургов к сдержанности, травматологи не могли ничего предложить взамен, кроме функционального метода, который молодежь начала забывать. Да и оборудование, шины исчезли даже в крупных центрах. Поневоле приходилось оперировать, пользуясь несовершенными местными средствами. Нужно внести большую ясность в этот вопрос. Сам по себе метод интрамедуллярного остеосинтеза, как его рекомендует Кюнчер, является надежным, когда он выполняется с педантичной точностью, описанной Кюнчером. Но отсутствие инструментария и стандартных штифтов вынуждает хирургов и травматологов допускать «поэтическую вольность» в творчестве, отчего результаты не всегда адекватны усилиям и стараниям хирургов.

Но нужно же понять и их положение на местах! Пока научные институты

десятками лет «вырабатывают» и утверждают инструменты и штифты, хирурги на местах ничего не имеют для того, чтобы выполнить операции по всем правилам искусства. Некоторые институты-«счастливчики», которые имеют собственные технические мастерские (Центральный и Уральский институты травматологии и ортопедии и др.), находятся в наиболее выгодном положении. А остальные выпрашивают, как бедные родственники, отдельные инструменты, штифты. Временами мне приходят горькие мысли. Если в течение 50 лет я слышу и вижу, что хирурги и травматологи-ортопеды не имеют аппаратуры и инструментария для лечения переломов костей, то к чему же сводятся наши дискуссии и резолюции съездов, конференций? Не похоже ли это на валерьяновые капли для успокоения эмоций травматологов периферии? И правильно ли работает группа наших ведущих институтов, если оценивать их работу не только с точки зрения научной методологии, но, главным образом, с точки зрения широкого внедрения в практику апробированных методов лечения, аппаратов, инструментария, шин и других видов травматологического оснащения?

Иногда мы бросаемся от одной методики к другой, новой, которая может иметь ограниченное применение в практике. Так получается с новым направлением – «склеиванием» и «сваркой» костей. Несколько лет назад нашумел метод «склеивания костей», поднятый группой ленинградских хирургов. По этому вопросу был сделан специальный доклад на Всесоюзном Пленуме хирургов. Я лично ознакомился с этой методикой в Ленинграде, и меня не убедили представленные данные. Попытка «склеить» отломки с трудом удавалась на сухих препаратах. А при наличии живых, влажных тканей процесс склеивания более сложен и неэффективен. Вся история «склеивания» напомнила мне зарубежный эпизод. Одного из ученых в течение длительного времени не принимали в Академию наук. Этому препятствовал епископ потому, что ученый не признавал лечебного действия святой воды, которую всюду популяризировал епископ. После длительных дискуссий о действии святой воды епископ неожиданно получил от своего противника письмо, в котором ученый писал: «Сэр, я уверовал в действие Вашей святой воды: я сломал ногу, склеил ее и окропил святой водой. Через несколько дней я мог ходить и работать». Епископ с удовольствием огласил письмо своего главного противника. У всех ученых это вызвало изумление. Но спустя 10 дней епископ получил от своего противника новое письмо, которое кратко гласило: «Сэр, в своем первом письме я забыл упомянуть, что моя нога была деревянная». Этот эпизод, который я привожу не в дословном переводе, немного напоминает мне историю со склеиванием костей. Насколько мне известно, пока этот метод принес пользу лишь автору, который получил за это степень доктора медицинских наук.

Более интересна проблема «ультразвукового» метода в хирургии, который пропагандируют сотрудники Центрального института усовершенствования врачей и Московского высшего технического училища им. Баумана (Г. Николаев, В. Лошилов, Г. Чемянов, В. Поляков). По данным В.А. Полякова,



О причине развития псевдоартрозов и их морфологической сущности было написано очень много. Один факт привлекает наше внимание. В предшествующие десятилетия, когда хирурги и травматологи реже оперировали при переломах костей, реже наблюдались и псевдоартрозы. Примечательно то, что в 20-е годы, когда мы с М.И.Ситенко работали в Медико-механическом институте, а затем в Украинском институте травматологии и ортопедии, М.И.Ситенко, как я уже писал во 2-ой главе, мог собрать для своей докторской диссертации всего 6 случаев псевдоартрозов после травмы костей. В.В.Гориневская говорила, что она не видела псевдоартрозов. Правда, я был настроен менее оптимистически и повторял, что неудачи своего лечения нужно искать у соседей. Недаром один из зарубежных хирургов, отчаявшийся в лечении несрастающихся переломов, сказал как-то: «Кости наполнены не костным мозгом, а черной неблагодарностью». Я мог бы придаться к такому непочтительному отношению к костному мозгу и подчеркнуть, что именно недооценка всех элементов остеогенеза, включая и костный мозг, а также хирургические манипуляции, направленные во вред физиологическому остеогенезу, являются прямой причиной возникновения псевдоартрозов в преобладающем числе случаев. Сращиванием костей можно и должно управлять, устраняя негативные и максимально используя позитивные раздражители остеогенеза, то есть, манипулируя не только руками, но и хирургическим мозгом. Прошу извинения за некоторую вольность стиля, но я вынужден это сделать перед угрозой надвигающейся опасности технизма в противовес биологизации лечебного процесса при переломах.

Я понимаю, что многие хирурги-травматологи питают любовь к оперативному лечению. Я тоже за любовь. Но знаете, когда истинная любовь бывает особенно яркой? При воздержании. Так вот, я - за воздержание, и не потому, что у меня такой возраст, а потому, что я за любовь и гуманность к больным. Я понимаю, что иногда та или иная техническая деталь нужна для диссертации. Тогда всякая скоба диссертанту на пользу. Но старшее поколение руководствуется иными врачебными принципами. Если бы я не боялся большого числа созданных комитетов, я бы предложил Комитет защиты больных от агрессивных хирургов-травматологов. Хотя это и шутка, но в ней есть доля здравого смысла.

Методика, популяризируемая в вашей стране Г.А.Илизаровым, хороша и менее травматична при тщательном ее выполнении, но и ее нельзя превращать в панацею, забывая функциональные основы лечения переломов, которые у нас же были разработаны и доведены до совершенства без опасности осложнений и нагноений. Вы скажете, что эпоха не та.

Увеличение числа нагноений при костных операциях подлежит тщательному изучению. Часто операция и ее последствия приносят больному больше страданий, чем сам перелом трубчатой кости. Достойны внимания

переломы с замедленной консолидацией, несросшиеся переломы или потенциальные псевдоартрозы, истинные псевдоартрозы и неоартрозы; костные, костноуставные дефекты, болтающиеся суставы, инфицированные псевдоартрозы и, наконец, ложные суставы, осложненные повреждением периферических нервов. Разнообразие патологии требует от ортопедо-травматолога понимания отдельных фаз остеогенеза и, разумеется, хирургического искусства. Тактика ортопедо-травматолога при указанных патологических состояниях будет различна в деталях, но основные теоретические предпосылки будут общими.

### *Некоторые теоретические предпосылки.*

В настоящее время хорошо изучен процесс физиологического остеогенеза, начиная с эмбрионального периода. Известно, что появление сосудов и проникновение их в хрящевую ткань вызывает первую фазу остеогенеза, причем нами подтверждено (1923г. и 1934г.), что именно эндотелиальные клетки сосудистого ростка, резорбируя измененный хрящ, являются источником первичного остеогенеза. На этом основании еще в 1935г. в нашей первой книге «Переломы костей и их лечение» было высказано положение - «без васкуляризации нет оссификации». В последние годы Мерль д'Обинье и Труета снова подчеркивали важную роль сосудов в остеогенезе.

В условиях перелома трубчатой кости восстановительные процессы также происходят по типу физиологического остеогенеза с некоторыми вариантами. Вот почему мы взяли на себя смелость формулировать 4 постулата:

1. Основой репаративного процесса является физиологический остеогенез.
2. Патологические процессы перестройки костной ткани также развиваются по законам физиологического остеогенеза.
3. При восстановлении структуры тканей и органов, в частности, костей и суставов, проявляется присущее тканям генетическое стремление к физиологическому формированию.
4. Внешние негативные факторы, подавляющие физиологический остеогенез, могут нарушать течение репаративного процесса.

Следует подчеркнуть, что наряду с морфологическим освещением репаративных процессов, особенно в связи с костной пластикой (монографии профессора В.О.Маркса, 1962г. и профессора Г.И.Лаврищевой, 1969г.), все большее внимание травматологов привлекают биохимические и иммунологические вопросы, решение которых облегчают нам биохимики-ортопеды и биологи-ортопеды. Интеграция смежных наук приближает нас к истине.

### *Факторы, угнетающие остеогенез.*

Прежде всего, следует оценить репаративный процесс в различных фазах его развития и умело руководить им, устраняя негативные раздражители, к которым относятся:

- 1.Нарушение метаболизма; авитаминоз.
- 2.Поперечный разрыв периоста и рубцы.
- 3.Ущемление мышцы или фасции между отломками.
- 4.Обширная гематома и значительное смещение отломков; свободно лежащий трансплантат в канале или на наружном слое надкостницы.
- 5.Феномен несовместимости тканей при гомопластике.
- 6.Повреждение основной питающей артерии; замедленная васкуляризация и костная атрофия.
- 7.Негативное воздействие металла на костную ткань.
- 8.Частая смена гипсовых повязок и повторные репозиции в начальной фазе остеогенеза.
- 9.Преждевременная неадекватная нагрузка.

### *5.3.2. Тактика ортопеда-травматолога.*

Она должна быть направлена, прежде всего, на предупреждение развития псевдоартрозов и создание следующих позитивных условий для более совершенной регенерации:

- 1.Местное кровоизлияние.
- 2.Разрыв и отслоение надкостницы.
- 3.Сокращение мышц, создающее «физиологическую компрессию» отломков при правильной репозиции.
- 4.Вклинение отломков.
- 5.Возникновение узкой некробиотической зоны на концах отломков.
- 6.«Некрогормоны» и гистамины.
- 7.Возможно быстрое восстановление кровообращения в зоне формирования мозоли и устранение лимфостаза.
- 8.Восстановление нарушенного метаболизма.
- 9.Создание точной физиологической оси конечности.

### *Методы лечения псевдоартрозов и костных дефектов.*

Несмотря на свое равнодушие к костной пластике, я хочу сказать, что костная пластика не единственный метод лечения псевдоартрозов. При выборе метода мы руководствуемся фазой патологического процесса, рентгено-морфологическими и клиническими данными.

### *Бескровное лечение.*

Бескровное лечение имеет свои показания. Точное вправление отломков и компрессия, создаваемая в аппарате Илизарова в сочетании с применением общих стимуляторов организма имеют заслуженную репутацию. Не следует лишь надолго откладывать хирургические манипуляции при замедленной консолидации. В подобных случаях хорошо также сочетать внеочаговую

фиксацию отломков спицами с добавлением наружного остеопериостального аутотрансплантата. Почеркиваю: аутотрансплантата с надкостницей.

### *Оперативные методы.*

#### *Инструментальные средства фиксации.*

При сформировавшемся псевдоартрозе и пониженном остеогенезе, а тем более при неоартрозе, фиксация металлическими изделиями (пластинками, внутрикостным стержнем, проволокой и др.) нецелесообразна.

Инструментальная фиксация в сочетании с костной пластикой (метод Groves – Богданова). Этот метод, описанный Гровсом и популяризированный у нас Ф.Р.Богдановым, биологически является более обоснованным, т.к. при нем создаются лучшие условия для остеогенеза при хорошей фиксации отломков.

#### *Костная пластика.*

В пластической и ортопедической хирургии костная пластика - это модель, на которой проверяются с одной стороны:

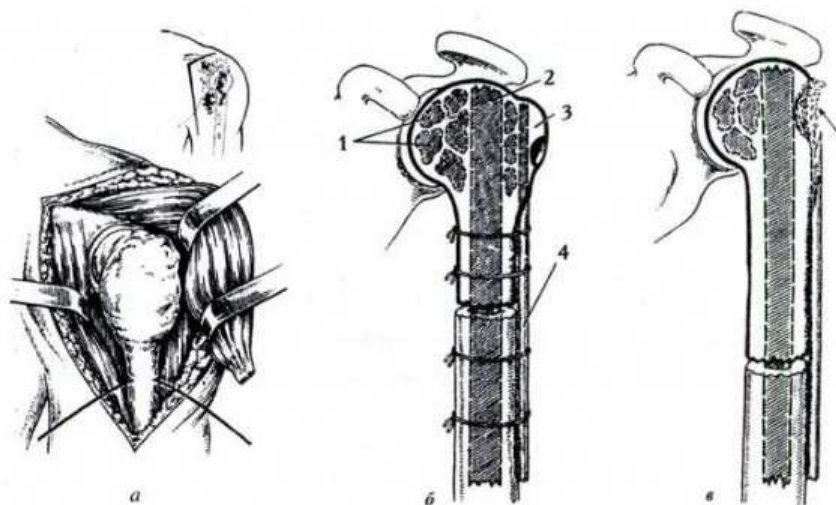
- а) нарушения остеогенеза на протяжении диафиза;
- б) биологические законы регенерации и искусство хирурга-ортопеда.

Хорошо известен наш метод интра-экстремедулярной костной пластики. В основе указанного метода лежит физиологический остеогенез. М.В.Волков применяет несколько гомотрансплантатов по типу “вязанки хвороста”.

#### *Сочетанный метод ауто-гомопластики и теоретические обоснования.*

Утверждение некоторых экспериментаторов и морфологов о том, что якобы безразлично, какой используется трансплантат для замещения дефекта, дезориентирует хирургов - ортопедов и по существу оно является неправильным с клинической, патофизиологической и биохимической точек зрения. Пересаженный аутотрансплантат быстро подвергается васкуляризации, входит в биологическое взаимодействие с ложем реципиента, и на месте пересадки вскоре возникает регенерат, в котором видны остеоциты. В пересаженный же гомотрансплантат (или гетеротрансплантат) сосуды из ложа реципиента не прорастают длительное время. На конце гомотрансплантата начинается литический процесс, что наблюдается и в клинической обстановке. Сочетанный метод ауто- и гетеропластики применен нами и проверен через 26 лет после операции.

При ауто-гомопластике, особенно в случаях замещения суставного конца, стимулятором остеобластического процесса является аутотрансплантат, забитый в костномозговую полость гомотрансплантата, который при этом берет на себя функции воспринимающего ложа. Кроме того, снаружи гомотрансплантата на освеженное ложе тоже укладывают остеопериостальный трансплантат. Следовательно, позитивные раздражители регенерации действуют с двух сторон, как и при физиологическом остеогенезе. При описанном методе ауто-гомопластики создаются оптимальные условия



*Метод ауто-гомопластики при замещении проксимального конца плечевой кости:*

*а) доступ к проксимальному концу плечевой кости и техника резекции опухоли;*

*б) схема замещения дефекта плечевой кости: 1- участок спонгиозных аутотрансплантатов;*

*2- интрамедуллярный аутотрансплантат, проведенный до хрящевого покрова головки плечевой кости;*

*3- гомотрансплантат; 4- экстрамедуллярный аутотрансплантат;*

*в) через 5 лет после операции аутолиз части головки гомотрансплантата.*

для прорастания сосудов, и превалируют регенеративные процессы над деструктивными. Нарушение техники и неучитываемые биологические условия остеогенеза приводят к лизису проксимального конца гомотрансплантата. Расположение двух аутотрансплантатов (центрального и периферического) обеспечивает прорастание сосудов изнутри и снаружи. Основа ауто-гомотрансплантата сохраняется витализированной и дает позитивные стимулы к регенерации. Итак, в нашей методике снижения отрицательного действия биологической несовместимости тканей мы приближаем неизбежные процессы перестройки к физиологическим процессам резорбции, аппозиции, покоя, питания и размножения клеток. Ауто-гомопластика как бы регулирует процессы резорбции кости при несовместимости тканей. Несомненно, что в период перестройки ауто-гомотрансплантата происходят качественно иные процессы, нежели при чистой гомопластике, о чем свидетельствуют рентгено-морфологические наблюдения. При этом создаются и иные биохимические условия. Приведенные выше теоретические положения подтверждают закономерности репаративных процессов как при переломах, так и при костной пластике.

Понимание роли позитивных и негативных факторов позволяет до известной степени активно руководить ходом репаративного процесса. Клинические, экспериментальные и морфологические данные по этому вопросу подтверждают наши теоретические положения, высказанные ранее (1935г.): сращение наступает значительно быстрее, когда контакт отломков

наиболее удачный. Опыты на кроликах и собаках в Уральском институте травматологии и ортопедии показали, что в отдельных случаях без смещения отломков процесс заживления после травмы идет по типу первичного заживления.\* Эти же данные подтверждаются последними исследованиями Э.Я.Дуброва. Важность «физиологической компрессии» при заживлении переломов и возможность ускорения консолидации подтверждают также последние данные В.И.Стецулы и других исследователей. Возможность руководить ходом репаративного процесса подтверждает необходимость перевода процесса сращения перелома с замедленной консолидацией (пассивная форма) в активную фазу репарации путем экстремедуллярной костной пластики, то есть направить регенерацию по пути физиологического остеогенеза.

### 5.3.3. Псевдоартроз и остеомиелит.

Новым направлением в костной хирургии является стремление добиться сращения отломков при наличии остеомиелита и возможности костной пластики в этих условиях. Сращения можно добиться: а) путем внеочаговой фиксации отломков после удаления секвестра; б) путем секвестрэктомии с одномоментной костной пластикой.

Первый метод внеочаговой фиксации отломков тщательно разработан Г.А.Илизаровым. Детали техники приводятся автором. Секвестрэктомия предшествует компрессии, но я не уверен в целесообразности метода при явном неоартрозе и костном дефекте.

Второй метод – костная пластика в условиях инфекции испытывается нами.

Обязательные технические особенности операции:

- 1.Тщательная обработка кости и удаление некротических участков.
- 2.Очищение грануляционной ткани и рубцов из костномозгового канала.
- 3.Соблюдение строгой асептики с частой сменой перчаток, инструментария и белья. Операция при остеомиелите – *асептическая операция*.
- 4.Применение только аутооттрансплантатов интрамедуллярно (забивать прочно) и экстремедуллярно (укладывать на освеженную поверхность и фиксировать прочно кетгутom).
- 5.Сохранение точной физиологической оси конечности.
- 6.Обшивание места псевдоартроза мышцами, не оставляя свободных полостей. Необходимо избегать гематомы.
- 7.Рану зашивать наглухо.
- 8.Фиксировать конечность до получения костного сращения или регенерации полости.

Разумеется, имели место и неудачи, особенно при использовании костной пластики после инфицированных огнестрельных переломов.

---

\* В.Д.Чаклин. «Направление линии в изучении и лечении переломов.»  
Кн.: Переломы костей и их лечение, Свердловск, 1935г.

### *5.3.4. Псевдоартроз с одновременным повреждением периферического нерва.*

Наибольший успех дает костная пластика (аутопластика после инфицированных переломов) с одномоментной или двухмоментной пересадкой мышц. Метод проверен многими годами и является весьма эффективным. Почти у каждого хирурга-травматолога имеется на совести перерезанный лучевой нерв при костной пластике в пределах плечевой кости. Следует лишь избегать «поведения аиста» и прятаться под крылышком в надежде, что окружающие не заметят поврежденного нерва. Немедленное обнажение концов перерезанного нерва и первичный шов – наиболее правильная тактика. При позднем распознавании своей ошибки и рецидиве псевдоартроза необходима костная аутопластика двойным трансплантатом с одномоментной нейрорафией.

Итак, предметом настоящего фрагмента является стремление разобраться в общих и местных реакциях организма и тканей на травму костей, особенно тяжелую. Основная цель обсуждения проблемы – повышение качества лечения больных после травмы. Нами изучена фазность патологического процесса и физиологические реакции на травматические раздражители. Условно различают деструктивную фазу - непосредственно после операции, защитно-восстановительные реакции, приспособительные реакции (адаптацию), компенсаторные реакции. Отдавая должное общим реакциям организма и его тканей, мы подробно остановились на местных реакциях, исходя из гармонического взаимодействия целого и местного.

Детально анализируя морфологические и биохимические процессы при этой патологии, мы дали оценку позитивным раздражителям репаративного процесса. Изложены теоретические обоснования «первичного заживления» отломков при переломах трубчатых костей, что достигается физиологическим или механическим путем.

Мы выдвинули тезис о возможности активно влиять на ход развития восстановительного процесса путем устранения раздражителей и введения в практику факторов, ускоряющих процессы консолидации отломков. Вызывает тревогу чрезмерный «инструментальный» подход к костной ткани в противовес биологическому пониманию процессов заживления переломов. Оперативный метод лечения нужно разумно сочетать с функциональным, бескровным лечением переломов костей с целью избежания повышения вероятности таких осложнений, как псевдоартроз, остеомиелит, тугоподвижность суставов. Хирургический послеоперационный остеомиелит недопустим при современном уровне травматологии-ортопедии.

В методах лечения псевдоартрозов автор благоприятно относится к методу компрессии для ограниченного числа случаев. Костная пластика – наиболее эффективный метод лечения. Гомопластика показана при ограниченном числе диафизарных псевдоартрозов. Методы аутопластики и аутогомопластики абсолютно показаны при сложных псевдоартрозах и

неоартрозах, при костных дефектах, особенно после инфицированных переломов. При костно-суставных дефектах биологически и клинически обоснованным методом является метод ауто-гомопластики с такими техническими деталями, которые обеспечивают снижение вероятности биологической несовместимости тканей.



*В.Д.Чаклин (начало 60-х годов).*

## **Глава VI. Наши положения при лечении больных с некоторыми заболеваниями нижних и верхних конечностей.**

### ***6.1. Огнестрельный остеомиелит.***

Предшествующая работа над инфекционными поражениями костей и материалы докторской диссертации легли в основу разработки довольно тяжелой проблемы лечения огнестрельного остеомиелита во время Великой Отечественной войны и после нее. Мы встретились с таким разнообразием патологии и клинических форм остеомиелита, с каким не встречались в предыдущие годы. Можно было легко убедиться в том, что антибиотики при застарелых формах не приводят к излечению, простая секвестрэктомия является лишь паллиативным вмешательством. Нужно было изучать топографию очагов, связывать их с присутствием инородных тел, глубже понимать пути распространения первичного очага и особенно тщательно

анализировать латентные очаги в метафизарно-эпифизарных отделах трубчатых костей. Часто приходилось наблюдать, как молодой хирург, делая секвестрэктомия, разрушает лишь здоровый участок кости, не добираясь до основного эпифизарного очага. В результате имеется уже две полости: истинный очаг и хирургическая полость, которая тоже инфицируется и представляет дополнительную заботу. Всякий раз, когда я получал больного с первичным остеомиелитом без предшествующего хирургического вмешательства, я был благодарен хирургам, которые вовремя от него воздержались. Такие формы остеомиелита давали наилучшие результаты после нашего хирургического вмешательства, построенного на теоретической основе и хирургической практике. Напрасно думают, что секвестрэктомия по поводу огнестрельного остеомиелита – это простая операция, которую можно доверить любому хирургу. Почему наблюдался такой значительный процент осложнений после огнестрельных ранений в период Великой Отечественной войны? Мне кажется потому, что тщательная, искусная обработка ран в тот тяжелый период (особенно 1941-42г.г.) была практически невозможна, да и кадры «хирургов» из педиатров и терапевтов не могли справиться с такой работой, которая бы предупреждала последующее длительное нагноение костной раны. Антибиотиков в те годы у нас не было, хотя у союзников они были, в чем мы сами убедились при посещении госпиталей в США. И, наконец, мы не предвидели той опасности, которой подвергали раненых, оставляя их годами ходить с открытой гнойной раной. Опасность эта обнаружилась спустя несколько лет после войны в виде злокачественной метаплазии и возникновения раковой язвы. После небольшого периода наблюдений и изучения патологических форм остеомиелита пришлось убедиться в необходимости строить систему лечения на основных теоретических принципах костнопластической хирургии, которые можно было бы кратко сформулировать в следующих положениях:

- а) при хроническом травматическом остеомиелите следует иметь в виду: инфекционное начало, ограниченность или распространенность некроза тканей, наличие инородных тел или секвестров, локализацию вторичных очагов вдали от первичного очага;
- б) особо следует выделить мета-эпифизарные очаги в дистальном или проксимальном конце бедра;
- в) обратить внимание на пониженную регенеративную способность стенок костной полости, которая обуславливает возникновение новых секвестров и длительных выделений из свища;
- г) антибиотики, задерживая развитие бактериальной флоры, одновременно задерживают регенеративную способность костной ткани;
- д) оперативное лечение должно быть направлено на радикальное удаление некротических тканей (особенно мета-эпифизарных очагов) и повышение репаративных возможностей стенок костной полости;
- е) операция по поводу остеомиелита – асептическая операция с возможностью пластики тканей наложения глухого шва на кожную рану;

ж) не рекомендуется оставлять пустую костную полость в хронических случаях заболевания. Заполнение полости кровью не гарантирует ее ликвидацию. Требуется освежение стенок полости, погружение в нее боковых стенок, тампонада остаточной полости свежей мышцей на питающей ножке, например, портняжной мышцей, кусочками хряща или костными ауто-трансплантатами, забитыми очень прочно для обеспечения приживления и последующей перестройки. Последний метод особенно хорош при оперативном лечении абсцессов Броди, о чем сказано ниже;

з) пластический этап операции и наложение кожных швов производят после смены всего инструментария, белья, перчаток.

Ниже приводятся личные наблюдения автора, оправдывающие высказываемые теоретические положения.

### *Элиминирование очага, глухой шов при остеомиелите.*

Изучая костную патологию, нельзя ее рассматривать лишь с позиции костной онкологии. Травматологи-ортопеды должны глубоко изучить и уметь лечить все проявления костной патологии, включая воспалительные заболевания, последствия травмы, врожденные заболевания, опухоли и прочие патологии. Жизненный опыт показал, насколько полезным было наше углубленное знакомство с воспалительными процессами в хрящах и костях. Как можно лечить открытые и огнестрельные повреждения костей и суставов, не изучая патологии и методов лечения в мирное время? Предшествующие исследования в области патологии хондритов и остеомиелитов привели нас к более смелой тактике при заживлении ран в период Великой Отечественной войны и в послевоенные годы. Еще в Свердловске (1942г.-1943г.) мы, активно вправляя отломки при открытом инфицированном переломе, зашивали рану наглухо, применяя одновременно скелетное вытяжение. В результате наступала консолидация без остеомиелита.

Последующий значительный опыт в Московском ортопедическом госпитале расширил наши наблюдения и возможности, особенно с одновременным применением антибиотиков. С биологической, морфологической и клинической точки зрения в лечении остеомиелита мы встречаемся с тремя основными факторами: с бактериальной флорой, некрозом кости, наличием костной полости после операции и отсутствием регенерации из стенок полости.

Говоря о костных полостях, должен заметить, что они бывают вызваны патологической деструкцией кости, но наблюдаются также «хирургические полости», вызванные неудачным вмешательством на трубчатых костях. Такая полость иногда находится недалеко от истинного очага. Подобную картину мы наблюдали неоднократно при наличии эпифизарного очага, например в дистальном эпифизе бедренной кости. Если не был удален истинный очаг, нельзя ожидать заживления раны как при гематогенном, так и при огнестрельном остеомиелите. Как правило, наступают периодические

обострения. Примечательны два наблюдения.

Больной Л. поступил с обострением остеомиелита дистального конца бедренной кости. На 8-10 см выше дистального эпифиза бедренной кости имелась большая хирургическая полость, свищи с частым обострением воспалительного процесса. Рентгенологически определялась значительная полость без видимых секвестров. При тщательном рассматривании структуры балочек дистального эпифиза можно было отметить нарушение физиологической структуры кости преимущественно в центральной части эпифиза, которое хирурги были склонны трактовать как «костную атрофию». Наше внимание, однако, патология эпифизарного очага привлекла в большей степени, чем хирургическая полость. В ходе операции широким медиальным разрезом была обнажена нижняя треть бедра, удалены грануляционная ткань и участки измененной кортикальной стенки полости, вскрыт костномозговой канал с измененным костным мозгом и мелкими секвестрами. Но обнаруженная патология хирургической полости не объясняла длительность процесса с тяжелыми обострениями. Приняв за правило искать эпифизарный очаг, мы и в этом случае просверлили дрелью спонгиозу эпифиза бедренной кости и через отверстие отсосали кровянисто-гнойную жидкость, вскрыли очаг, удалили некротические ткани. Заполнили очаг частью ауто-спонгиозы и мышцей на ножке. Кожа была зашита глухим швом, было произведено пунктирование гематомы в послеоперационном периоде. Результат операции - гладкое заживление раны.

Более демонстративным является второе наблюдение.

Инженер К., который страдал остеомиелитом бедра с юношеских лет, был переведен в Ортопедический госпиталь с явлениями обострения остеомиелита и септикопиемией. Клинико-рентгенологическая картина - тяжелый остеомиелит и артрит коленного сустава. Локализация глубокого эпифизарного очага могла вызвать вторичное, так называемое «симпатическое» воспаление сустава. При разрезе, сделанном хирургом в предшествующей больнице, в суставе не было обнаружено гноя. В ходе операции в госпитале была сделана классическая секвестрэктомия дистального отдела эпифиза с примыкающей частью диафиза, применялись антибиотики. Бедро зафиксировали гипсовой повязкой, сделали несколько переливаний крови. Признаки септикопиемии постепенно исчезли. Но через 3 недели снова наблюдалось повышение температуры. Была снята гипсовая повязка и обнаружен тяжелый гнойный артрит коленного сустава. Сделали резекцию коленного сустава с наложением глухого шва. После длительной реабилитации наступил костный анкилоз. Прошло 5 лет, временами больной отмечает наличие небольших выделений через свищи в области эпифиза. Работает по своей профессии. Через 5,5 лет для заживления свища была обнажена полость, освежены ее стенки, удален небольшой некротический участок спонгиозы, взяты местные ауто-трансплантаты, которые были забиты плотно в полость. Рана была зашита наглухо. Наступило первичное заживление раны.

Таким образом, при поражении дистального эпифиза бедренной кости мы обращаем особое внимание хирургов и ортопедов, прежде всего на возможность локализации латентного, а затем явно выраженного очага остеомиелита, который не всегда можно определить на рентгенограмме. Изменение архитектуры костных балочек эпифиза, клиническая картина тяжелого остеомиелита с обострениями должна привлечь внимание хирурга и ортопеда, которые не могут ограничиться применением антибиотиков и разрезами, а обязаны как можно раньше удалить эпифизарный очаг с целью предупреждения развития вторичного артрита и септикопиемии.

Слишком оптимистические надежды на антибиотики при остеомиелите, особенно у взрослых, а при эпифизарном остеомиелите также и у детей, приводят к разочарованию. Вовремя элиминировать очаг, применяя при этом антибиотики, заместить пластическим материалом полость, создать благоприятные условия для регенерации костной ткани, применить длительную фиксацию конечности – таковы основные условия, которые, по нашим наблюдениям, улучшают процессы заживления. Не последнюю роль при этом играет и метод закрытого ведения раны, которую можно частично раскрыть при соответствующих показаниях. В технике операции следует подчеркнуть, что операция по поводу остеомиелита – *асептическая операция*.

### **6.2. Абсцесс Броди.**

Важность ликвидации трех указанных выше факторов при хроническом остеомиелите особенно наглядна при лечении абсцесса Броди в верхнем мета-эпифизе большеберцовой кости. Мы применяем метод биологической пластики: после обнажения очага и удаления его содержимого полость обрабатывают спиртом и в глубину плотно забивают гомотрансплантат и аутотрансплантат. Затем отсекают нависающие костные края стенки и внедряют их также в полость, чтобы полностью ликвидировать свободное пространство. Проводят гемостаз, накладывают глухие швы на рану и дополнительные послабляющие швы на кожу, накладывают фиксирующую гипсовую повязку. Происходит первичное заживление, наступает хорошая регенерация и заполнение полости костью. Следовательно, в этом случае применяется принцип ликвидации очага и полости, создаются условия для активной регенерации кости.

### **6.3. Эпифизарный очаг остеомиелита и гнойный коксит.**

Насколько коварны бывают эпифизарные очаги остеомиелита, особенно проксимального конца бедренной кости, доказывает следующее наблюдение.

Больной Р., 14 лет, поступил в Московский ортопедический госпиталь в тяжелейшем состоянии сепсиса. Он перенес 5 операций паллиативного характера и прошел длительный курс лечения антибиотиками. Рентгенологически определяется эпифизарный остеомиелит головки и шейки

бедренной кости, поражение крыши вертлужной впадины. После кратковременной подготовки была сделана операция, в ходе которой было произведено широкое обнажение тазобедренного сустава и верхне-заднего края суставной впадины. Был обнаружен гнойный артрит, свободно лежащая, отделившаяся некротическая головка бедренной кости, остеомиелит края суставной впадины, гнойные затеки, ведущие в полость таза. Сделана резекция шейки бедренной кости с удалением некротической головки, резекция края суставной впадины, расчищены и дренированы свищевые сообщения с полостью таза. Рана была зашита частично, наступило медленное выздоровление. После выделения одного секвестра рана зажила. Обширный дефект после резекции частично заполнился регенератом, образовался неоартроз с удовлетворительной функцией конечности. Укорочение конечности на 5 см. компенсируется ортопедической обувью.

Приведенное наблюдение поучительно по многим причинам: прежде всего на предшествующих этапах сделана недооценка сложности патологического процесса с наличием в глубине некротической головки; длительное применение многочисленных антибиотиков бесполезно при указанной патологии; паллиативные операции без радикального удаления основного очага некроза ни к чему не привели, но истощили силы больного. Для нас подобное наблюдение имеет и принципиальное значение. Современный травматолог-ортопед лечит не только последствия острых воспалительных заболеваний, он должен активно вмешиваться в раннюю фазу патологического процесса с целью своевременного прерывания его течения. Эта концепция является ведущей как при воспалительных процессах, так и при других формах заболевания. Нарушение основных принципов лечения ведет к тяжелейшим последствиям, когда ортопед получает больного *in extremis*. К несчастью, подобное наблюдение не единично.

Вторая проблема, разработанная нами в Московском ортопедическом госпитале нами вместе с сотрудниками – псевдоартрозы и костная пластика в условиях инфекции. Это последний вопрос большой теоретической и практической важности.

#### **6.4. Отдельные наблюдения из восстановительной хирургии.**

В 1971г. в Московский ортопедический госпиталь повторно поступил ветеран войны с болтающимся ложным суставом верхней трети левой плечевой кости. Восстановлению функций руки предшествовало шесть операций. Одна из них была сделана в Московском госпитале. Больной был выписан без ортопедического аппарата, и в состоянии тяжелого опьянения сломал себе руку в области бывшей операции. Близость неоартроза к истинному плечевому суставу создавала трудность фиксации конечности после операции и прочного сращения трансплантата с коротким проксимальным отломком плечевой кости. В данном случае пришлось просверлить широкий канал в проксимальном отломке и забить в него возможно глубже массивный

аутотрансплантат, затем просверлить костномозговой канал в дистальном отломке и нанизать его на трансплантат, осторожно забивая, чтобы конец трансплантата глубже погрузился в канал дистального отломка кости. Таким образом, трансплантат в виде распорки перекрывал костный дефект, но для регенерации этого было достаточно. Исходя из теоретических предпосылок физиологического остеогенеза из двух источников – центрального и периостального, я, как и в других случаях, взял из большеберцовой кости второй трансплантат с надкостницей, уложив его снаружи на освеженное ложе и закрепили прочно четырьмя кетгутовыми нитями. В промежутке между двумя трансплантатами были уложены крупные костные стружки. Место операции было тщательно и плотно обшито мышцами, была наложена большая торакобрахиальная гипсовая повязка. Наступило прочное костное сращение. Интересная деталь в послеоперационной реабилитации: заведующий отделением представил мне больного, готового к выписке в ортопедическом аппарате. Формально (на бумаге в истории болезни) все казалось правильным. Но когда я попросил больного надеть аппарат, то оказалось, что он фиксирует область плеча лишь до уровня операции, создавая крайне неблагоприятные условия для последующего покоя. Таким образом, были нарушены элементарные принципы конструкции ортопедических аппаратов и пришлось отменить выписку больного. Я умышленно делаю акцент на послеоперационной реабилитации, чтобы фиксировать внимание молодых ортопедов на необходимости знания законов протезирования, конструкции ортопедических аппаратов и личного контроля больных при выписке. Можно сделать качественную операцию, но разрушить ее эффект неправильным применением ортопедического аппарата.

#### ***6.4.2. Пересадка сгибателя предплечья на сгибатели пальцев.***

Более 20 лет назад к нам был доставлен раненый с парализованной левой рукой после огнестрельного ранения. Особенность ранения заключалась в том, что был поврежден срединный нерв с полным выпадением функции кисти и пальцев. Функция сгибателей предплечья сохранилась. Этой особенностью я и воспользовался, чтобы передать действие сильной двуглавой мышцы на парализованные мышцы и сухожилия сгибателей пальцев. После обнаружения через небольшой разрез сухожилия глубокого и поверхностного сгибателей пальцев, вторым небольшим разрезом я отсек сухожилие двуглавой мышцы плеча вместе с *lacertus fibrosus*. Затем я выкроил из широкой фасции бедра полосу, которую сложил вдвое и протянул через подкожный канал. Одним концом фасциальной полосы были обшиты сухожилия парализованных мышц, другой конец с достаточным натяжением был подшит к сухожилию и фиброзной пластинке двуглавой мышцы. Последний акт был сделан так, чтобы пальцы полностью сгибались в момент сокращения мышцы. Последовал период “перевоспитания” мышцы, укрепление ее силы и разработка хватательной функции кисти. Больной был

проверен через 9 лет после операции. Он хорошо пользовался рукой и удерживал ею тяжести. Разгибание пальцев также было сохранено.

*Операция при повреждении срединного нерва по В.Д.Чаклину.*

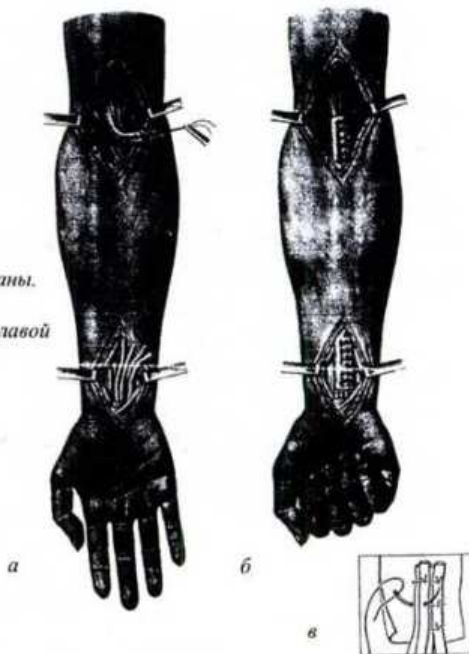
*а – отсутствие сгибания пальцев до операции;*

*б – сгибание пальцев после операции;*

*в – техника операции. Сухожилия двуглавой мышцы плеча и сгибателей пальцев пересечены и выведены в раны.*

*С помощью свободной фасциальной ленты,*

*проведенной через подкожный канал, сухожилие двуглавой мышцы соединено с сухожилием сгибателей пальцев.*



### **6.4.3. Повреждение лучевого нерва и паралич кисти.**

Известно, что при полном разрыве лучевого нерва в отдаленные сроки наступает атрофия мышц предплечья и кисти, а функциональное восстановление движений не всегда наступает даже после выполнения шва нерва, особенно при большом дефекте вещества нерва на месте ранения и наличии костного дефекта. За двадцатилетний период операций и наблюдений за исходами у ветеранов Великой Отечественной войны нами проверены две возможности восстановления функции. Первая – одномоментная костная пластика для получения сращения кости и шов нерва. Но так как шов нерва далеко не всегда приносит восстановление движений кисти, то нами был предложен и применён одномоментный метод шва и пересадка сухожилий сгибателей кисти на сухожилия парализованных разгибателей - вторая возможность восстановления функции. Последняя операция, если она производится рано, предупреждает атрофию мышц. Одномоментная нейрорафия и сухожильная пластика сразу включает в действие двигательный аппарат руки. Активная функция способствует более быстрой регенерации нерва. Подобная операция испытана и проверена не только у ветеранов войны, но и у детей.

#### **6.4.4. Замещение функции парализованных аддукторов бедра.**

Хорошо известен способ замещения парализованной четырехглавой мышцы бедра путем перемещения на сухожилие указанной мышцы здоровых сухожилий сгибателей голени. Но длительное время оставалась нерешённой задача восстановления функции приводящих мышц бедра.

В последнее десятилетие нами испытана простая, но эффективная операция, которая состоит из двух компонентов: устранения отводящей и сгибательной контрактуры путем отсечения от гребня подвздошной кости мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра и портняжной мышцы. Одновременно рассекают широкую фасцию бедра, что помогает устранить патологическое отведение. Наиболее важный момент состоит в следующем: отсеченный вместе с периостом верхний, проксимальный конец портняжной мышцы после полного устранения контрактуры перемещают с натяжением на область симфиза и лобковую кость, которую предварительно обнажают субпериостально, накладывая несколько швов кетгутom и гипсовую повязку в исправленном положении конечности. Перемещенная таким образом портняжная мышца приобретает функцию приводящей мышцы. Последующая реабилитация является обязательной. Приведенные выше примеры показывают, как перенести в повседневную практику методы, которые ранее были выработаны и проверены у ветеранов войны. Ошибочно думать, что ортопедия – это “холодная хирургия”.

#### **6.5. Неотложная ортопедия-травматология.**

В современной ортопедии-травматологии намечается большой раздел неотложной ортопедии-травматологии. К ней можно отнести такие заболевания и повреждения, как острый остеомиелит, опухоли, ацетабулярный очаг туберкулеза, врожденный вывих бедра, прогрессирующий сколиоз, замедленная консолидация при переломе трубчатой кости, свежие повреждения сухожилий кисти, повреждение лучевого нерва, ишемия мышц предплечья при переломе предплечья, повреждение коленного сустава, травматический вывих и все виды свежих переломов, требующих репозиции отломков. Сюда же я отношу и флегмону кисти, которую нужно лечить проведением срочной операции с последующей реабилитацией для немедленного восстановления функции пальцев.

#### *Неотложные и реконструктивные операции на тазобедренном суставе.*

Известно, что в начале войны ранения области тазобедренного сустава и примыкающей части тазовых костей давало значительный процент летальных исходов. Это объяснялось тем, что при таких ранениях повреждался не только суставной конец бедра, но что более важно, наруша-

лась суставная впадина. При нагноении были возможны затеки, обширная зона всасывания, что, как правило, приводило к септическому состоянию.

Неотложная резекция сустава и даже вертлужной впадины не давала эффекта. Мы перенесли главное внимание на суставную впадину и ее патологию, как в военное, так и в мирное время, в результате чего добились улучшения функциональных результатов.

В клинику поступает девочка 11 лет с изолированным туберкулезным поражением крыши суставной впадины. Рентгенологически определяется обширное разрушение суставной впадины. Очаг был готов проваться в сустав. Была произведена экстренная операция новым внутритазовым доступом без повреждения окружающих мышц и головки бедра (об этом наблюдении см. также в 7-ой главе). Был обнаружен гнойный очаг в крыше впадины, применено радикальное удаление его с частью суставной впадины. Головка осталась цела. Наступила регенерация крыши, сохранилась функция сустава. Контроль над больной производился в течение 11 лет.

Второе наблюдение экстренной хирургии. Поступил мальчик, 13 лет, сын врача, в крайне тяжелом септическом состоянии с патологическим процессом в тазобедренном суставе. Антибиотики и неоднократные паллиативные операции поставили больного на грань между жизнью и смертью. Диагноз: септический гнойный артрит с первичным остеомиелитом шейки бедра и вторичным поражением крыши суставной впадины. Была сделана экстренная операция: широким дугообразным разрезом обнажили шейку бедра. Омертвевшая головка лежала свободно в гнойной полости. Она была удалена, верхний край впадины разрушен, некротическая часть ее тоже была удалена, затеки гноя вели в полость таза. Путем орошения полость очистили, тампонировали. Конец шейки бедра вправили в разрушенную часть впадины, сделали высокую гипсовую повязку. Септические явления были ликвидированы, рана зажила вторичным натяжением после дополнительного удаления небольшого секвестра. Больной был осмотрен через 4,5 года. Наступила регенерация шейки в виде подобия головки. Образовался неоартроз с сохранением движений. Укорочение ноги компенсировалось ортопедической обувью. Юноша много ходит, учится.

В данном случае описана тактика травматолога при тяжелых поражениях головки и суставной впадины. Экстренность и радикальность хирургического вмешательства, исключительное внимание к патологии суставной впадины, ликвидация внутритазовых затеков с удалением некротической головки важнее, нежели бесконечное применение антибиотиков.

Если суставная впадина не повреждена, а разрушена головка бедра, хирургическая тактика упрощается. При ранениях, как и при других патологических состояниях, хирургические вмешательства следует планировать с надеждой на последующие восстановительные операции. Там, где допустимо, желательно сохранить головку и шейку бедра (опухоль, ранение, остеомиелит). Резекция части бедра ниже межвертельной линии (с сохранением головки) облегчит ортопеду возможность сделать восстановительную

операцию. Восстановительные операции возможны как в виде ауто-гомопластики, так и в форме аллопластики с применением эндопротеза.

Здесь мы лишь частично затронули вопрос о больших возможностях восстановительной ортопедии на тазобедренном суставе. Следует отметить, что многие восстановительные операции и реабилитация после них начали быстро развиваться лишь последние 30 лет. Иногда мне кажется, что в операционных и лабораториях наших ортопедов-травматологов конструктивная мысль развивается так же, как в некоторых технических конструкторских бюро, причем практика иногда играет опережающую роль. В зрелом возрасте некоторые практические наблюдения синтезируются, и создаются общие теоретические положения в клинических дисциплинах. Реже наблюдается преобладание теории над практикой.

#### *6.6. Лечение некоторых остаточных явлений полиомиелита.*

Я не хотел бы превращать эту книгу в описание оперативных методов лечения. Касаюсь некоторых из них лишь постольку, поскольку приходится отражать наши искания в различные периоды активной хирургической деятельности. Выше мы остановились на некоторых оригинальных предложениях по разделу восстановительной хирургии верхней конечности. Еще в большей мере пришлось работать над поиском методов функционального восстановления при заболеваниях нижней конечности.

При остаточных явлениях полиомиелита изолированная зона поражения мышц поддается лечению «малой кровью» с назначением ортопедического аппарата. При распространенном поражении мышц спины и нижних конечностей возникают сложные задачи.

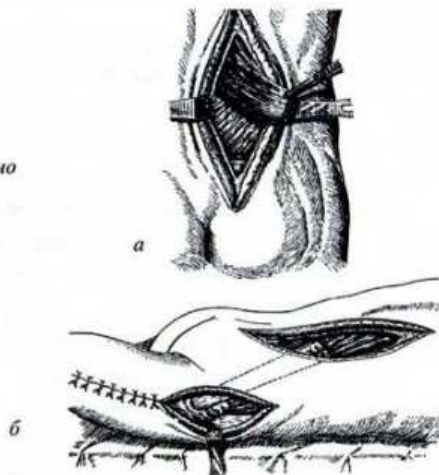
Мы много говорим о профилактике, но в вопросах практической (клинической) медицины далеко не всегда находим конкретные формы применения профилактических мероприятий. Профилактику нужно понимать не только в смысле предупреждения заболевания, но также и предупреждения тяжелых последствий заболевания, инвалидности, борьбу за сохранение функций органов движения и опоры. Если подойти с такой точки зрения к ликвидации полиомиелита, то нужно честно сознаться, что мы частично разрешили лишь бактерио-серологическую и иммунологическую проблему полиомиелита, но не решили проблемы прерывания фазности процесса, если вирус все же проник в вещество спинного мозга. Далеко еще не решена проблема лечения резидуальных форм полиомиелита (а их много). Поиски активного прерывания фазности течения полиомиелита предупредят возникновение тяжелых распространенных форм заболевания, приведут к полноценному восстановлению функции. За это следует бороться вирусологам, невропатологам и ортопедам. Что может быть печальнее вида ребенка, у которого поражены мышцы спины, живота и нижних конечностей? В таких случаях приходится действовать осторожно, не уничтожая компенсаторной функции, помогая сохранить надежную опору конечности и по возможности – функцию

суставов. Далее следует борьба с паралитическим сколиозом.

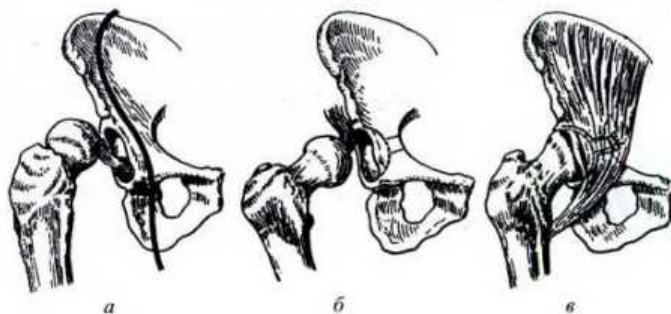
Тазобедренный сустав служит основной опорой ноги. При тотальном параличе мышц с паралитическим вывихом бедра иногда приходится прибегать и к артродезу. Но, как легко заметить, анализируя литературу и основные ортопедические руководства, зона применения артродеза все время сужается. Вместо этого применяются различного рода пластические операции. При отсутствии паралитического вывиха бедра можно ограничиться перемещением поясничных мышц на ягодичную область с использованием широкой фасции бедра и напрягающей ее мышцы.

*Операция миофасциодеза при параличе ягодичных мышц:*

*а – m. erector spinae пересечена в своей дистальной части, мышца мобилизована; б – широкая полоса, выкроенная из широкой фасции, приподнята вверх, проведена субпериостально в области большого вертела, затем в подкожной клетчатке ягодичной области, и свободный конец ее плотно охватывает мобилизованный конец мышцы; нога слегка отведена и разогнута.*



При паралитическом вывихе бедра и сохранности силы дистально расположенных мышц можно добиться устойчивости путем внутрисуставной фиксации головки бедра с удлинением круглой связки и ушиванием капсулы (операция «подвешивания» бедра). Наконец, при распространенном



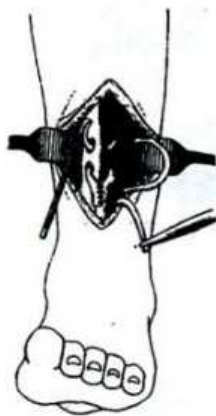
*Техника операции при паралитическом вывихе бедра по В.Д.Чаклину:*  
*а – разрез; б – отсечение круглой связки и углубление суставной впадины, просверливание отверстия для проведения круглой связки; в – круглая связка проведена в полость таза и укреплена субпериостально к m. iliacus.*

параличе мышц приходится поэтапно делать операции на стопе (артродез в положении конской стопы умеренной степени), иногда – остеотомию дистального конца бедра для исправления контрактуры и кроме того, сложную операцию перемещения длинных мышц спины и косых мышц живота, которые являются источником активной силы для устойчивости в тазобедренном суставе. Последнюю операцию в различных вариантах разрабатывал в клинике ЦИТО и Ортопедическом госпитале доктор медицинских наук Ю.Б.Гинзбург. Все эти сложные операции делаются с целью сохранить некоторые движения в тазобедренном суставе и улучшить походку.

Сочетание ортопедической хирургии с применением облегченных ортопедических аппаратов дает известный функциональный эффект. При этом следует всегда помнить об особенностях и функциях, например, молодой женщины и ее морально-психологическом состоянии.

Для сохранения функции коленного сустава делают перемещение мышц сгибателей на надколенник и собственную связку надколенника; иногда сочетают ее с низкой надмышцелковой остеотомией бедра. Реже применяют пателлотенодез для ограничения разболтанности сустава и еще реже в настоящее время применяют артродез коленного сустава, так как это операция прошлого периода ортопедии.

При параличе стопы, особенно при поражении обеих конечностей, больной не может ходить вследствие отвисания стопы и ее неустойчивости. Это, например, наблюдается после тяжелого перелома позвоночника с параличом конечностей или после полиомиелита. В молодые годы мною разработан метод трансоссального тенодеза парализованных разгибательных мышц (с предварительным удлинением ахиллового сухожилия). Операция позволяет больному стоять и ходить. Коленные суставы при параличе мышц бедра можно фиксировать легкими тудорами. Комбинируя ортопедические операции с ортопедическими аппаратами удавалось поставить на ноги больных с полным параличом мышц обеих ног.



Нужно отдать должное ортопедам, работавшим в госпиталях: они поставили на ноги и вернули трудоспособность многим тысячам ветеранов Великой Отечественной войны и свой опыт перенесли в ортопедию мирного времени для борьбы с последствиями травмы и полиомиелита.

*Трансоссальный тенодез по В.Д.Чаклину.*



Профилактика – это основное направление советской медицины. Она не исключает лечения, а, наоборот, вызывает необходимость культивирования совершенных форм лечебного процесса. Врач должен лечить, и лечить искусно.

Если в общей хирургии сердце было многие сотни лет «закрытой зоной», то для хирурга-ортопеда сотни лет такой «закрытой зоной» был передний отдел позвоночника, то есть тела позвонков и межпозвонковые хрящи, в которых происходят основные патологические процессы.

Мы вышли из фазы эксперимента и робких шагов в хирургии позвоночника. Смело можно сказать, что в настоящее время все отделы позвоночника доступны хирургу-исследователю и хирургу-клиницисту. Проблема туберкулезного спондилита решается вмешательством на очаге в теле позвонка. Остеомиелит позвоночника, который в прошлом давал тяжелейшие осложнения с летальным исходом, стал доступен воздействию ножа хирурга-ортопеда. Проблема спондилолистеза решена положительно. Вследствие врожденной дисплазии позвоночника происходит постепенно нарастающее соскальзывание тела позвонка (чаще вперед). С целью приостановления дальнейшего развития патологического процесса, устранения боли и инсуфициентности позвоночника нами, как указывалось выше, впервые (1931г.) была сделана внебрюшная операция – резекция диска между  $L_v$  и Sacrum, а затем с помощью аутотрансплантата достигнута реконструкция лордоза с выполнением переднего спондилодеза (см. Рис.20). В зависимости от места поражения операцию делают также между  $L_{IV} - L_v$ . Идея создания переднего спондилодеза получила в дальнейшем свое развитие и при лечении других заболеваний.

Лечение сколиоза стоит на более надежных позициях, нежели это было 50 лет назад. А остеохондроз позвоночника и так называемый «радикулит» - это бич многих тысяч взрослых больных. Глубокое заблуждение, что «радикулит» - компетенция невропатологов, привело к тому, что многие тяжелые формы радикулитов делают преждевременно инвалидами многих больных в цвете творческих сил.

Пояснично-крестцовые боли, «радикулиты», «люмбоишиалгии» в основе своей имеют чаще всего изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Они подлежат компетенции ортопедов-травматологов и невропатологов, которые совместно решают вопросы диагностики и наиболее эффективной терапии.

Активное направление в исследовании и лечении вплоть до вмешательства на межпозвонковых дисках и телах позвонков является наиболее прогрессивным направлением в современной ортопедии.

В трактовке некоторых патологических процессов допускается фазность течения. Так, П.Г.Корнев пишет о трехфазном развитии патологического процесса при туберкулезных артритах и кокситях, а С.А.Рейнберг пишет о трехфазном развитии деформирующего артроза.

В клинике мы нередко наблюдаем различные фазы развития болезни и

формирования деформации при остеохондропатиях, при соха vara, сколиозе и ряде других заболеваний. В такой трактовке «фазности процесса» я не вижу ничего предосудительного, если рассматривать течение патологического процесса в динамике.

Но как понимать эту фазность процесса с точки зрения лечения? Как непреложное явление, вытекающее из сущности патологического процесса или как следствие пассивного наблюдения за течением патологического процесса или как нашу несостоятельность вмешаться в ход патологического процесса?

В нашем понимании сущность современной ортопедии и травматологии заключается в том, чтобы руководить ходом патологического процесса, вовремя активно вмешиваться и прерывать его, не ожидая формирования деформации и нарушения функции.

Здесь мы невольно должны подойти к оценке местного и общего процесса. Чрезмерно широкое толкование патологических процессов с точки зрения воздействия их на весь организм уводит нас в сторону от понимания специфических особенностей местного процесса и влияния его на функцию органов движения.

Отдавая должное важности правильного понимания общих реакций организма на внутренние и внешние болезнетворные факторы в генезе заболеваний, мы не можем игнорировать сущность локального процесса и его воздействия на общий исход заболевания, а главное – на функциональный исход.

На местный очаг можно влиять через физиологические механизмы всего макроорганизма, а путем непосредственного воздействия на костный очаг можно улучшить общее состояние организма.

На протяжении более четырех десятков лет при наблюдении за общими или локальными патологическими явлениями невольно приходишь к выводу об общих теоретических закономерностях. Известно, что познать общие закономерности можно только путем изучения и сопоставления большого числа единичных явлений.

Догматик обращает внимание только на общее в различных явлениях, игнорируя единичное и то особенное, что видит наблюдательный клиницист.

Если представить себе патологический процесс как комплекс из различного сочетания патологических или защитно-физиологических реакций, то хирургу и ортопеду следует искать возможности прерывания патологического процесса в определенной фазе развития местного или общего заболевания, чтобы вызвать к жизни защитно-физиологические реакции организма в целом и реакции местных тканей, что мы иногда недооцениваем.

Хорошо известен общепатологический тезис, что лечить надо не болезнь, а больного человека. Этот тезис, правильный вообще и особенно по отношению к общим инфекциям и терапевтическим заболеваниям, нуждается в небольшой поправке в отношении ортопедических заболеваний и последствий травмы, где я бы сказал так: лечить надо и болезнь и больного человека.

Иногда умение хорошо лечить болезнь является доминирующим фактором. С позиций нервизма И.М.Сеченова, С.П.Боткина и И.П.Павлова необходимо рассматривать всякую болезнь как страдание всего организма, а изменения в том или ином органе при болезни – как местное выражение этого страдания, определяемого свойствами организма (А.Д.)

Выдвигая значение целого, не следует, однако, недооценивать местное. «Истина, - как говорил Т.П.Сахаров, - лежит по линии синтеза целого и местного, а именно в таком смысле: особенности местной реакции, как и поражения, определяются всем организмом, но, с другой стороны, реакция всего организма, в свою очередь, часто зависит от местного процесса».

Как писал еще А.Д.Сперанский, «теории медицины, способной обнять весь материал и направить его по линии наиболее активного использования, у нас не было и нет», и далее он писал: «Положение медицины, ставящей себе целью активное вмешательство в течение болезненных процессов и направление их по заранее намеченному руслу делается как будто весьма затруднительным..., потому, что мы недостаточно знаем общие закономерности возникновения многих заболеваний, мы вынуждены решать отдельные частные вопросы медицины и для них искать теоретические обоснования».

Сущность наших теоретических и клинических рассуждений применительно к ортопедии и травматологии сводится к следующему:

1.Мы можем и должны руководить ходом патологического процесса при ряде заболеваний.

2.Мы можем и должны активно прервать фазность патологического процесса, где это возможно, и не допустить деформации и нарушения функции.

3.В основе активного прерывания патологического процесса лежит стремление к полному излечению заболевания, а не только к затуханию процесса. Это принципиальный вопрос в медицине вообще и в ортопедии в частности!

4.Путем активного прерывания патологического процесса мы улучшаем условия регенерации местных тканей и добиваемся улучшения общего состояния организма.

5.Активное и своевременное прерывание патологического процесса обеспечивает более совершенную функцию, что весьма важно для исходов лечения наших больных.

6.Нельзя проводить полную аналогию между профилактикой и высказанными мною теоретическими положениями, так как мои мысли направлены на искание путей активного прерывания болезненного процесса, а не на предупреждение болезни. Мысли направлены на поиски оптимальной фазы, в которой нужно прервать процесс и, наконец, на создание оптимальных условий для регенерации и сохранения функции органов движения.

7.Ученые иногда бывают в плену столетиями сложившейся концепции, и наше мировоззрение в молодые годы часто формируется под влиянием установившихся догм. Так, например, дело обстояло с костно-суставным

туберкулезом, соха vara, сколиозом и другими процессами.

## **7.2. Активное прерывание патологического процесса при костно-суставном туберкулезе.**

Более полувека нам твердили о том, что получение анкилоза при кокситях – наилучший исход. Операции сводились к артродезу (П.Г.Корнев).

Появление антибиотиков, стрептомицина, ПАСК, казалось, окончательно решило проблему ликвидации костно-суставного туберкулеза. Но клинико-рентгенологические и патологоанатомические находки доказывают, что это не совсем так.

Вокруг казеозного очага после антибиотиков образуется подобие «зоны мерзлоты» (зона кальцификации и склероза), через которую не проникают химические агенты. Болезнь затихает, но не излечивается. Активное изъятие этой «зоны мерзлоты» создает оптимальные условия для регенерации местных тканей, вызывая к жизни скрытые возможности регенерации, которыми обладают ткани, особенно растущих организмов.

В последние годы концепция активного прерывания процесса при туберкулезном коксите получила более конкретные формы благодаря разработанному мною новому, внутритазовому доступу к тазобедренному суставу.

Основная сущность метода состоит в следующем:

а) отступив от старых традиций и доступов через сустав, я применил внутритазовый доступ к acetabulum, который оказался наиболее физиологическим, так как он не нарушает анатомо-физиологических структур сустава;

б) без особого труда удается радикально элиминировать туберкулезный очаг;

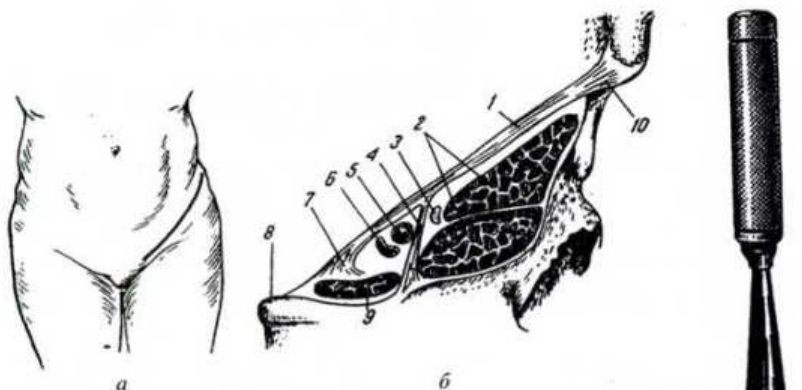
в) обеспечивается возможность вскрытия, образно говоря, «пояса мерзлоты» вокруг очага, то есть зону фиброза и склероза, через которое действие антибиотиков на очаг делается невозможным;

г) достигается ликвидация местного туберкулезного процесса и полная регенерация костного дефекта после операции;

д) обеспечивается сохранение функции сустава и опровергается старый тезис о том, что при излечении туберкулеза сустава наилучший метод – получение анкилоза. Мы выдвигаем тезис о возможности получения подвижности сустава при коксите (а коксит это только модель для исследования и работы над новой концепцией);

е) итак, представляется возможным решить по-новому биологическую и функциональную задачу лечения коксита.

Аналогичная идея вмешательства непосредственно на очаге проверена при туберкулезном спондиозе поясничного отдела, благодаря разработанному экспериментально и клинически внебрюшному доступу к телам позвонков. Для доступа к телам позвонков  $L_{IV} - L_V$  мы предпочитаем внебрюшной доступ, предложенный нами в 1931 году. Разработка доступов к телам



*а, б, в. Внутритазовый метод удаления туберкулезного очага из крыши и дна вертлужной впадины по В.Д.Чаклину.*

*а – линия разреза; б – анатомические взаимоотношения паховой области:*

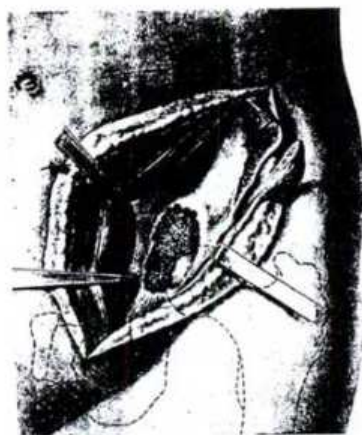
*1- пупартова связка; 2- m.iliopsoas; 3-n.femoralis; 4- lig.iliopectineum;*

*5- a.femoralis; 6-v.femoralis; 7- lig.iliopubicum; 8- tuberculum pubicum;*

*9-m.pectineus; 10- spina ilica anterior superior;*

*в- распатор Чаклина.*

6



2

*2. Внутритазовый метод удаления туберкулезного очага*

*из крыши и дна вертлужной впадины по В.Д.Чаклину.*

*Техника операции:*

*1- место отсечения spina iliaca anterior superior;*

*2- m.gluteus medius; 3- rectus femoris;*

*4- дефект после удаления кортикальной пластинки над суставной впадиной; 5- головка бедренной кости;*

*6- лобковая кость; 7- m.iliacus.*

позвонок позволила мне, как упоминалось во второй главе, более решительно подойти к операциям при туберкулезном спондиозе, спондилолистезе и при опухолях тела позвонка (хондрома, остеобластокластома, остеохондрома и др.).

Резекция тел  $L_{IV}$  -  $L_V$  по поводу туберкулезного спондиоза позволила быстро ликвидировать процесс и добиться прочного костного сращения тел.

Из патологической физиологии известно, что нередко имеет место неполное выздоровление, при котором в организме остаются патологические изменения.

Компенсация функций – одна из распространенных форм выздоровления. (А.Д.Адо), поэтому одна из важных задач терапии заключается в усилении защитно-физиологических реакций организма (А.Д.Адо). Это – концепция общего воздействия на организм.

Мы придерживаемся правила наряду с усилением защитно-физиологических реакций организма, активно устранять патологический очаг, активно прерывать фазность в развитии патологического процесса и добиться полного излечения с сохранением сустава.

Реальность теоретической концепции проверена на клиническом материале при различных заболеваниях и повреждениях.

Выше мы привели весьма демонстративное доказательство эффекта активного прерывания воспалительного процесса при туберкулезном коксите.

### ***7.3. Активное прерывание патологического процесса в развитии «скользящего эпифиза» и соха vara.***

Весьма демонстративна фазность развития патологического процесса при соха vara.

Первые признаки заболевания в области шейки бедра обнаруживаются на рентгенограмме в виде зоны просветления (zona lucida) затем – в виде едва заметного уменьшения шеечно-диафизарного угла, далее следует постепенное сползание дистального отдела бедра вверх до 90° и, наконец, спаяние шейки под острым углом.

Гистологически в области шейки возникает подобие фиброзного или фиброзно-хрящевого псевдоартроза.

Нужно ли созерцать прогрессирующее развитие деформации и ждать ее окончательного оформления у взрослых или активно прерывать процесс уже в детском возрасте и не допускать образования выраженной формы соха vara? Мы держимся активной позиции.

### ***7.4. Активная стабилизация патологического процесса при сколиозе.***

Старые классические мастера немецкой ортопедии немало сделали для совершенствования методов консервативной ортопедии. Российская школа травматологов-ортопедов, разрабатывая планомерно проблему сколиоза в течение последних 20 лет, встала на путь теоретического и экспериментального изучения проблемы. Глубоко изучаются вопросы эмбриогенеза, морфологии позвоночника у детей; вопросы патогенеза изучаются не только с анатомических позиций, как это делал наш великий мастер ортопедии Г.И.Турнер, но также и с клинко-рентгенологических позиций. Сколиоз рассматривается не только как сложившаяся деформация, но изучается в динамическом аспекте с учетом патофизиологических нарушений всего организма ребенка и подростка.

За последнее десятилетие усилилось внимание к диспластическим изменениям в позвоночнике и спинальным проявлениям при сколиозе. Выделяется особая семейная форма сколиоза, которая рассматривается с биологических позиций наследственности (Е.А.Абальмасова). Правда, в этом направлении пока делаются лишь скромные шаги, но идея ясна и клиническая ценность таких теоретических изысканий бесспорна.

Теоретические идеи легли в основу более радикального решения проблемы лечения сколиоза. Мы неоднократно высказывали мысль о том, что хирург-ортопед должен быть не только клиницистом, но и исследователем и тонким экспериментатором, который изучает сущность патологии заболевания в условиях лаборатории, рентгеновского кабинета, в клинике и во время операции. Ретроспективно я с грустью иногда думаю о том, сколько ценных наблюдений теряется из-за отсутствия налаженной методики регистрации наблюдений во время операции. Как известно, основной прогрессирующей формой сколиоза является торсия и нарушение роста тел позвонков. Предупредить возникновение дисплазии поясничного отдела позвоночника мы пока не можем, так как это заболевание обусловлено нарушением эмбриогенеза на ранних стадиях развития плода.

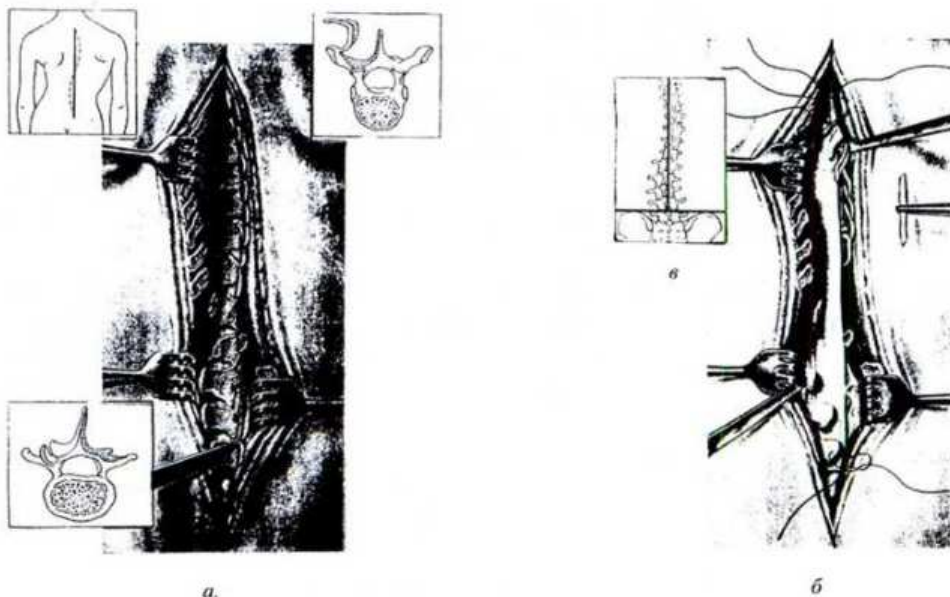
Нужно стремиться прервать прогрессирование торсии путем активного хирургического вмешательства на межпозвонковых дисках и телах позвонков – в этом будущая победа над сколиозом.

В механизме развития тораколумбального сколиоза торсия сочетается с боковым отклонением туловища и усилением лордоза в поясничном отделе сначала в вертикальном положении ребенка, а затем торсия и лордоз становятся фиксированными и не исчезают полностью даже в положении лежа.

От механического и сугубо практического намерения «удалить горб», от интуитивных поисков путем перестройки позвоночника при спондилолистезе и сколиозе мы после 30 лет работы над проблемой патологии позвоночника и изучения механизмов, при которых развивается тяжелый сколиоз, пришли к мысли о создании правильного фундамента и активной блокировки тел позвонков. Все остальное: боковое наклонение туловища, горб – вторичные признаки сколиоза, которые либо не появляются после раннего прекращения торсии, либо замедляется прогрессирование торсии в дальнейшем, если достигнуто надежное блокирование тел позвонков. Для исправления деформации в ранней фазе сколиоза А.И.Казьмин предложил операцию дискотомии, которая по идее близка к нашей операции переднего спондилодеза.

Примененная нами операция создания прочного базиса для всего позвоночника («базис-операция») путем синостозирования двух- трех тел поясничных позвонков не только дает возможность подойти к решению проблемы торсии, но и решает вопрос об устранении патологического лордоза. Идея блокирования тел позвонков заслуживает внимания и при раннем лечении сколиоза грудного отдела позвоночника.

Кроме операции на телах позвонков, нами разработана также операция так называемого перекрестного спондилодеза. Учитывая недостаток метода Albee и модификаций этого метода, а также некоторые биомеханические особенности движений позвоночника в условиях прогрессирующего сколиоза у подростков, мы разработали метод заднего спондилодеза, основные черты которого сводятся к следующему:



*а. Перекрестная фиксация позвоночника при сколиозе III степени по В.Д.Чаклину. а – расщепление остистых отростков, освежение дужек и поперечных отростков: вверху-слева, внизу-справа. Образование глубокого и относительно прямого ложа.*

*б, в. Перекрестная фиксация позвоночника при сколиозе III степени по В.Д.Чаклину. б – укладка трансплантата и заполнение стружками пустого пространства справа и слева; в – правильное расположение трансплантата в соответствии с силовыми линиями нагрузки. Укладка ригидного трансплантата и крупных стружек перпендикулярно горизонтальной линии.*

1.Протяженность и уровень фиксации: от верхнего горизонтального (грудного) позвонка до нижнего горизонтального (поясничного) позвонка. Исключительно важное значение мы придаем фиксации переходного пояснично-грудного искривления. При сколиозе II степени фиксация поясничного отдела позвоночника заканчивается на уровне  $L_3$ - $L_4$ ; при сколиозе III-IV степени фиксируют также и  $L_5$ .

2.Создание глубокого костного ложа. Ложе для трансплантата должно располагаться перпендикулярно горизонтальной плоскости, проведенной через гребни подвздошных костей или поверхность неизменённого поясничного позвонка.

3.Создание наилучших условий для быстрого приживления трансплантата. Сюда относится глубокое освежение остистых отростков, дужек (save: повреждение lig. lavum), articulationes intervertebrales, proc. mamillares, одновременно отсекают концы поперечных отростков в поясничном отделе. Скелетирование начинают с нормальных позвонков и идут по вогнутой поверхности искривления. Отбитые кусочки костей сохраняют.

4.Гомотрансплантат в чистом виде не применяется. Берут аутоотрансплантат во всю длину большеберцовой кости без периоста, но обязательно со спонгиозной тканью и эндостом. Применение гомотрансплантатов увеличивает вероятность возникновения псевдоартрозов.

5.Укладка трансплантата. Трансплантат укладывают так, чтобы он лег на дужки и освеженные articulationes intervertebrales с вклиниванием в нижний поясничный остистый отросток и верхний грудной. Промежутки между трансплантатом и дужками заполняют крупными стружками, взятыми одновременно с трансплантатом.

6.Фиксация трансплантата. Трансплантат плотно прижимают ко дну ложа, поверх него укладывают отбитые половинки остистых отростков и части дужек. Вторую половину остистых отростков остеотомируют, наклоняют над трансплантатом и укрепляют швами через мышцы и остатки ligg. interspinalia.

7.Наложение глухих швов на апоневроз и мышцы, швов на фасцию, мышцы, кожу голени. Переливание крови на весь период операции и в течение 12 часов после операции в зависимости от показаний.

#### *Аутоотрансплантат или гомотрансплантат.*

##### *Иллюзия и факты.*

В зарубежной литературе и у нас некоторое время шли дебаты о том, применять ли при спондилодезе аутоотрансплантат или гомотрансплантат. В пользу гомотрансплантата выдвигалась простота его применения; готовый трансплантат у хирурга всегда под рукой, его лишь необходимо немного обработать и легко приспособить к хирургическому ложу. Нет необходимости наносить дополнительную травму больному. Но то, что удобно для хирурга, не всегда рационально для больного. С биологических позиций приживления, перестройки и функции аутоотрансплантат имеет все преимущества. Дополнительная травма при современном эндотрахеальном наркозе имеет второстепенное значение. Регенерация на месте взятия трансплантата идет быстро. Осложнения и псевдоартрозы чаще наблюдаются после применения гомотрансплантата.

Попытка некоторых авторов идентифицировать результаты гомопластики и аутопластики на основании гистологического изучения процессов резорбции скорее можно рассматривать как недооценку клинкорентгенологических факторов при отдаленном изучении исходов.

С биологической и клинической стороны аутоотрансплантат имеет

бесспорные преимущества.

В отдельных случаях мы применяем комбинированный метод ауто- и гомопластики. Чтобы более не возвращаться к этому вопросу, скажем, что такой же принцип трансплантации должен быть выдержан при переднем спондилодезе и при замещении дефектов тел позвонков.

Необходимо расстаться с приятными иллюзиями и больше опираться на биологически обоснованные факты.

### *7.5. Оперативная коррекция грудного кифоза.*

Если в лечении сколиоза за 50 лет сделано немало, если в лечении патологического лордоза и спондилолистеза мы стоим на твердых позициях, то в профилактике и лечении торакальных кифозов различной этиологии дело обстоит сложнее. Препятствием этому служит грудная клетка и ее содержимое. Но и это препятствие теперь преодолено. Анатомические доступы к телам грудных позвонков разработаны.

Трансплевральный доступ оказался несложным, достигнута возможность хирургического вмешательства непосредственно на телах грудных позвонков.

Трансплевральная или экстраплевральная резекция тел и редрессация возможны по поводу прогрессирующей остеохондропатии позвоночника и в связи с прогрессирующей или законченной деформацией позвоночника при анкилозирующем спондилартрите.

Перед операцией проводят курс лечения в гипсовой кровати с вытяжением (4 недели). Возможна двухмоментная или одномоментная операция под эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием.

#### *Техника операции.*

Соответственно вершине дуги искривления вначале обнажают сзади 4 грудных позвонка, делают двустороннюю ламинэктомию с резекцией *processus articularis*, двух ребер и поперечных отростков с двух сторон. Рану мягких тканей зашивают наглухо. Больного укладывают в редрессирующую кровать и применяют вытяжение. Через две недели делают второй, основной этап операции: сперва производят резекцию одного ребра, тщательно перевязывая все сосуды, вскрывают плевру, тщательно прошивают межреберные сосуды, нервы рассекают, затем вставляют специальные расширители и возможно больше расширяют края раны. Делают резекцию межпозвонковых дисков одного или двух соседних позвонков вместе с костной частью тела. Вставляют костные расширители и раздвигают их возможно шире, строго следя за напряжением стенок аорты и вены. В последний момент, измерив высоту достигнутого просвета между телами, берут ауто-гомотрансплантаты (или ауто-трансплантаты со спонгиозой) и плотно внедряют их в щель. Убирают костные расширители

производят гемостаз. Больной продолжает оставаться в кровати до трех-четырех месяцев, затем назначают корсет Блаунта или ЦНИИПП.

Такая операция возможна при строго ограниченных показаниях и требует выполнения опытным ортопедом травматологом.

Спондилопластика. Еще в Свердловске, осуществляя эксперимент на собаках, я убедился в возможности резецировать большую часть или целое тело позвонка без функциональных расстройств. В процессе наблюдения было установлено, что между остатками тел возникал синостоз с небольшим кифозом в зоне резекции. Попытка резекции двух позвонков вместе с диском в ряде случаев сопровождалась парезом одной нижней конечности. Это происходило в том случае, когда удаляли почти все тело и не замещали дефект трансплантантом.

Позже, в Москве, в связи с опухолью тела  $L_3$ , которую мы рассматривали как хондрому, мне удалось внебрюшинным доступом сделать резекцию тел  $L_3$ - $L_4$  вместе с межпозвоночным диском и опухолью. Получился значительный дефект, в который были внедрены спонгиоза и массивные кортикальные участки ауто- и гомотрансплантантов. Наступило хорошее приживание трансплантантов, у больной первое время был частичный парез левой нижней конечности.

К сожалению, опухоль оказалась хондросаркомой, от которой больная и погибла. У этой больной (14 лет) шесть лет назад мною была удалена опухоль задним доступом и одновременно сделан задний спондилодез. Заболевание протекало благоприятно, больная снова бралась ко мне в связи с болями и некоторой слабостью в нижней конечности, когда уже была студенткой.

Следовательно, больная с опухолью хондромы – хондросаркомы после двух операций прожила более 6 лет.

Это клиническое наблюдение заставляет нас задуматься над необходимостью при наличии опухолей тела и диска делать операцию заднего спондилодеза и вскоре (через 2-3 месяца) делать радикальную операцию на телах позвонков.

Опыт ортопедов-клиницистов позволяет перейти от анализа отдельных частных явлений к синтезу этих явлений и к попытке создания теоретической концепции применительно к ряду заболеваний.

Что дают для практического здравоохранения эти теоретические предпосылки, основанные на клинических наблюдениях?

Возможность и необходимость выдвинуть требование ранней и точной диагностики ортопедических заболеваний, учитывая необходимость прерывания патологического процесса в наиболее ранней фазе его развития.

Активность в лечении и в поиске новых путей и методов раннего прерывания патологического процесса повысит число полностью излеченных больных.

Необходимо направить мысль практических врачей на возможность активного прерывания патологического процесса и улучшения методов

лечения. Возможность подойти к более высоким качественным показателям лечения, лучшим функциональным исходам и сокращению сроков лечения в стационарных учреждениях и санаториях.

Я хотел бы подчеркнуть, что клинические наблюдения послужили мне в данном случае лишь фактами или моделью для иллюстрации некоторых теоретических положений.

За многие годы труда мы научились различать разницу между иллюзорным и реальным. Я глубоко убежден, что выдвинутые нами теоретические и клинические положения перспективны и, безусловно, реальны, о чем свидетельствует наш многолетний опыт работы.

## **Глава VIII. Странички из патологии тазобедренного сустава. Реконструктивные операции.**

Ортопедическая хирургия тазобедренного сустава стала настолько многогранной и претерпела такие изменения, что имеет смысл остановиться на некоторых вопросах, в которых заметно изменились наши представления за последние 50 лет.

### **8.1. Туберкулезный коксит.**

Пожалуй, на примере лечения туберкулезного коксита легко проследить огромные сдвиги, которые произошли в теоретической концепции ортопедической хирургии. Ортопеды-травматологи 20-30-х годов проявляли большой интерес к лечению туберкулеза суставов. К.Ф. Вегнер, ярко выраженный травматолог, имел небольшое отделение костносуставного туберкулеза и культивировал функциональное лечение.

Любовь к патологии суставов была привита мне, так сказать, с «ортопедического детства». Существовал длительный период, когда получение анкилоза при туберкулезе сустава считали чуть ли не идеалом. Разрабатывались и совершенствовались методы артродеза.

От широких и необоснованных резекций тазобедренного сустава в отдаленном прошлом был сделан сначала поворот в сторону консервативного лечения, а затем снова произошел возврат к хирургическому методу, который в течение последних лет в сочетании с антибиотиками позволил значительно расширить пределы оперативного вмешательства.

Из наиболее известных методов хирургического вмешательства при туберкулезном коксите (некрэктомии, резекции сустава, артродеза и различного рода реконструктивных вмешательствах) наибольшее распространение получил артродез, при помощи которого стремятся получить костный анкилоз в более ранние сроки.

Правильна ли такая концепция? Является ли анкилоз, который мы получаем

с помощью оперативного метода, идеалом исхода туберкулезного коксита?

На определенном этапе развития хирургии это, может быть, лучший выход, но, разумеется, не идеал.

Надлежит ли хирургу, вооруженному химиотерапией и антибиотиками, сделать артродез заключительным этапом лечения туберкулезного процесса или же ему следует предпринимать также и профилактическое хирургическое вмешательство, цель которого будет направлена на то, чтобы пресечь развитие туберкулезного процесса и не допустить образования анкилоза? Я имею в виду при этом так называемые параацетабулярные туберкулезные оститы, которые ведут к развитию коксита. Своевременное их устранение хирургическим путем в сочетании с антибиотиками имеет не только глубокое принципиальное значение, но и позволяет в значительной части случаев изменить конечные исходы операции.

Технические возможности к этому имеются. Неразрешенным вопросом до сих пор оставались доступы к центральным и медиоцентральным очагам в вертлужной впадине. Мы разработали и применили внутритазовый и внебрюшинный доступ к вертлужной впадине и подвздошной кости путем косоугольного разреза непосредственно над вертлужной впадиной. Операцию по такому же типу мы производили при ограниченных остеомиелитах и опухоли таза. Доступ оказался настолько простым и малотравматичным, что, резецируя по поводу хондромы часть вертлужной впадины и участок кости непосредственно над ней, мы получили вполне удовлетворительную функцию тазобедренного сустава. Этот вопрос я затрагиваю потому, что для исходов операции решающее значение имеет инфицирование мягких тканей и наличие латентного очага в области вертлужной впадины.

Переходя к эволюции методов артродезирующих операций, напомним лишь, что до сих пор были известны три основных вида артродеза, применяемых при кокситах: внутрисуставной; внесуставной и интра-экстраартикулярный. Четвертый вариант артродеза будет нами изложен ниже.

Операцию артродеза можно производить, по данным Вансон-Джонса, больным не моложе 8 лет; по данным Сорреля – 6-7 лет; многие авторы придерживаются границы 10-12 лет как наиболее подходящего возраста для артродезирования. Такой же позиции придерживаемся и мы.

Показания к артродезу ставятся в зависимости от фазы заболевания, локализации очага и степени деструкции, определяемой на рентгенограммах.

Ограничение очага и фаза затухания – наиболее удобный период для артродеза. Но при интра-экстраартикулярном методе артродеза, когда делается частичная резекция головки, можно период выжидания сократить.

Методов артродезов бесчисленное множество. Внутрисуставной метод опубликован и описан Вильямсом. При туберкулезном поражении он сочетается с частичной резекцией головки. Это старый классический метод, который далеко не во всех случаях дает абсолютно надежный анкилоз.

Дальше следуют внутрисуставные артродезы, которых целая серия. Укажу

наиболее классические. При выполнении одного из них трансплантат берут из крыла подвздошной кости, затем расщепляют большой вертел в сагиттальной или в косо́й плоскости и потом перемещенный трансплантат вбивают таким образом, чтобы он образовывал как бы мост, соединяющий бедро и таз. При другом методе трансплантат забивается через шейку.

Также удобен метод, при котором большой вертел отбивают сбоку и укладывают в качестве трансплантата. При этом имеются самые разнообразные модификации его укладки.

Вильсон берет широкий трансплантат из гребня подвздошной кости и загибает его вниз, помещая в большой вертел. Ольби делает два трансплантата.

Широкое применение нашла пластика свободным костным трансплантатом из большеберцовой кости.

Мы придаем большое значение плотному внедрению трансплантата в подвздошную кость в непосредственной близости к обнаженной шейке. Трансплантат, внедренный таким образом, является не только механическим скрепом, но и важнейшим биологическим фактором раздражения, влияющим в значительной степени на процесс консолидации и анкилозирования сустава.

В последнее время стали применять так называемые лиофилизированные трансплантаты. Они используются и для фиксации позвоночника по поводу спондилита и сколиоза.

#### *Интра-экстраартикулярный артродез (В.Д. Чаклин).*

При интра-экстраартикулярном артродезе основная идея метода заключается не только в удалении очагов, но и в устранении контрактуры и создании наилучших условий для получения анкилоза. С этой целью, помимо внесуставного артродеза, делаются еще зарубки на головке бедра и вертлужной впадине, исходя из того, что при этом костное сращение идет быстро, при гладкой же поверхности условия для сращения хуже. Наличие шероховатости, зубчатости поверхностей очень важно для консолидации.

Все прекрасно, когда имеется хорошее соприкосновение костей. Если же расстояние между головкой и шейкой такое, что их невозможно приблизить друг к другу, то мы применяем свинчивание. Снаружи укладываем трансплантат. Наряду с этим я должен сказать, что иногда при имеющейся контрактуре параллельно с артродезом необходимо делать и остеотомию. Но при интра-экстраартикулярном вмешательстве это приходится делать редко.

В заключение коротко остановлюсь на некоторых осложнениях после артродеза. Наиболее часто приходится наблюдать:

1. Появление свищей. По Гендерсону они составляют 28%; Соррель при вскрытии очага наблюдал 5% свищей и Карлен – 8,7%.
2. Отсутствие костного анкилоза, которое отмечается в тех случаях, когда

имеется очаг в мягких тканях.

Результаты артрореза различны; так, у Гиббса хорошие исходы составили 92%; у Добсона – 74% при экстраартикулярном артрорезе.

Наилучшие результаты, однако, получены при комбинированном интра-экстраартикулярном артрорезе, в силу чего большинство хирургов перешло на комбинированный внутри- и внесуставной артрорезы. Гендерсон получил вначале 88% хороших результатов, а при отдаленных результатах – 91%. Стейндер – 81%. При оценке операций в качестве критериев взят анкилоз, но получение анкилоза – не единственный критерий хорошего исхода.

Нельзя рассматривать заболевание тазобедренного сустава изолированно, т.к. нарушение функции в тазобедренном суставе сопряжено с частичным или значительным нарушением формы и функции поясничного отдела позвоночника, примером чему служит развитие сколиозов у детей, боль у взрослых и быстрая утомляемость. Поэтому ликвидация очага разрешает первую биологическую проблему, бесспорно важную, но не единственную.

Таким образом, в лечении кокситов происходит непрерывная эволюция идей и методов. В результате исследований и наблюдений последних лет намечается два надежных пути: интра-экстраартикулярный метод и щадящая резекция сустава.

Получение анкилоза при современном объеме знаний дает вполне удовлетворительное разрешение вопроса лечения кокситов, но не является идеалом. Мне удалось принять участие и в разработке другого направления, в котором считалось идеалом раннее удаление туберкулезного остита (под контролем антибиотиков) с сохранением функции сустава. Концепция активного прерывания патологического процесса, выдвинутого нами (Глава 7), направлена на возможность совершенной регенерации части сустава после своевременного удаления патологического очага. Это особенно доказательно, когда антибиотики не оказывают желаемого действия.

Больной И., 12 лет, поступил в клинику детской ортопедии и травматологии 4/1-1958г. с диагнозом: левосторонний туберкулезный коксит (медио-центральный очаг). Болен в течение 4 лет. С 1954г. по 1957г. находился на стационарном лечении в клинике костно-суставного туберкулеза, где в течение 9 месяцев проводилось специфическое лечение. Всего больной получил 94,4г стрептомицина, 113г ПАСК, 100г фтивазида. Ввиду того, что очаговые изменения оставались выраженными, было решено больного оперировать.

21/1/1958г. сделана операция по удалению туберкулезного очага внутритазовым доступом. Послеоперационный период протекал гладко, было начато специфическое лечение стрептомицином, фтивазидом, ПАСК.

При микроскопическом исследовании удаленных тканей (Н.Г.Шуляковская) были обнаружены очаги казеозного некроза, а по периферии – специфическая туберкулезная грануляционная ткань со сформированными бугорками.

После операции прошло 10 лет. Состояние больного хорошее, он ходит,

нагружая ногу; подвижность в тазобедренном суставе не имеет ограничений. Работает шофером.

Некоторые не совсем правильно понимают нашу идею, сводя ее к новому внутритазовому доступу к acetabulum. Внутритазовый доступ – лишь метод, позволивший нам доказать правильность теоретической концепции о необходимости и возможности активно прервать течение патологического процесса, элиминировать очаг, добиться регенерации и сохранения функции сустава. Следовательно, идеал, к которому мы стремимся при туберкулезе сустава, – не анкилоз, а подвижный сустав. Допускаю, что не во всех случаях это возможно. Но «запущенные случаи» лишь доказывают пока еще несовершенство ранней диагностики и нарушение принципа активного прерывания патологического процесса.

Не обязательно делать широкую резекцию сустава и замещать дефект целого сегмента гомотрансплантатом. Подобную тактику хирургов-ортопедов нельзя считать теоретически и практически обоснованной, если считаться с особенностями генеза и эволюции туберкулезного очага. Задача хирурга состоит не в широкой резекции в пределах даже диафизарной части бедра, а в том, чтобы элиминировать очаг в надлежащей фазе заболевания и улучшить условия регенерации. Физиологические законы формообразования, присущие тканям, являются величайшим благом для больных и хирургов, оперирующих на тканях молодых растущих организмов. Методика Ленинградского института костносуставного туберкулеза (научный руководитель П.Г.Корнев), направленная на ограниченную резекцию с применением гомотрансплантата, является более перспективной. «Ретивый» подход к широким резекциям суставов с последующей гомопластикой – это хирургическая мода, которая не выдержит длительного испытания временем, по крайней мере, по отношению к туберкулезу суставов.

## **8.2. Дисплазия тазобедренного сустава и болезнь Legg-Calve-Perthes.**

По мере того, как углубленно изучались генез и патологическая анатомия тазобедренного сустава, понятие “врожденный вывих бедра” значительно расширилось. Название “дисплазия тазобедренного сустава” шире охватывает многообразные признаки патологии тазобедренного сустава. Многие ошибки и осложнения в прошлом после лечения врожденного вывиха бедра становятся понятными в настоящее время. Так, кажущееся “вправление” бедра при сохранении чрезмерного варусного положения шейки ведет к рецидиву: при патологически вальгусном положении бедра головка, располагаясь эксцентрически, постепенно смещается вверх и занимает положение “подвывиха” бедра. И в том и другом случае приходится прибегать к ранней реконструктивной операции. Особенно важно добиваться раннего устранения эксцентрического расположения головки

бедр, что достигается простой остеотомией в пределах метафизарной зоны.

В настоящее время разработаны различные реконструктивные операции вплоть до остеотомии костей таза (операция Хиари). Г. Шапиал (Берн) имеет достаточный опыт по этому вопросу. Следует, однако, заметить, что маятник времени, раскачиваясь от периода чисто консервативного лечения до периода слишком расширенных показаний к оперативному лечению у детей, вероятно, остановится на каком-то среднем уровне, где консервативное лечение будет превалировать. Разумеется, мы далеко ушли от грубых насильственных методов Лоренца и Шанца. В этом отношении положительную роль сыграла абдукционная подушка Фрейка и различные распорки. Но и при них на каком-то этапе, когда мышцы подготовлены, следует дополнять вправление шадящим ручным способом, добиваясь точного центрирования головки бедра.

Некоторые авторы (особенно диссертанты) питают иллюзии по поводу “вправления” чуть ли не в 95% случаев при методе распорки. Но как часто нам приходится убеждаться в том, что распорки накладывают даже в тех случаях, когда нет показаний к их применению (“гипердиагностика”), и, с другой стороны, в настоящее время известный процент детей поступает для оперативного лечения после длительного применения “распорки”. Во всем нужно сохранять здравый смысл. Искусство старых мастеров бескровной ортопедии нужно культивировать наряду с искусством оперативного лечения.

Консервативное лечение объясняет частоту встречаемости так называемой “болезни Пертеса”. Указанное заболевание возникает в ряде случаев и после применения “распорки”. Частота случаев болезни Пертеса взволновала некоторых ортопедов в связи с отсутствием надежных методов лечения. Последние годы, когда шире начали добиваться точного центрирования головки бедра и чаще стали прибегать к методу варизационной остеотомии с канализацией шейки бедра и одновременным вколачиванием трансплантата до ростковой зоны, результаты лечения остеохондропатии головки бедра заметно улучшились, а сроки лечения сократились.

Нам кажется, что активное направление в лечении остеохондропатий как головки бедра, так и тел позвонков, выведут ортопедов, занимающихся этим вопросом, из торпидного состояния.

### ***8.3. Реконструктивные и пластические операции на тазобедренном суставе.***

Искания в области реконструктивных операций на тазобедренном суставе по различным показаниям наиболее ярко отражают современное восстановительное направление нашей специальности. В основе лежит восстановление или сохранение функции позвоночника, мышц суставов и не только оперативным путем, но всеми средствами, которыми владеют пластическая, бескровная ортопедия и кинезотерапия.

Если мы выделяем реконструктивные и пластические операции на тазобедренном суставе в особый раздел, то делаем это потому, что советские и зарубежные ортопеды-травматологи сделали в этой области немало за последние десятилетия.

Мы остановимся лишь на трех основных вопросах: артропластике, ауто-гомoplastике и аллопластике. В своем первоначальном виде артропластика (как ее понимали старые мастера ортопедии Murphy, Lexer, Paug) не потеряла своего значения, если ее делать при правильных показаниях и с надлежащей техникой. При последствиях туберкулезного коксита и эпифизарного остеомиелита она не показана. При анкилозирующем полиартрите ее с успехом вытесняет аллопластика. Мы делали артропластику более широко в Уральском (Свердловском) институте травматологии и ортопедии и не отказываемся от ее применения в Москве. По существу вопрос о выборе метода операции при застарелом врожденном вывихе бедра не решен, и здесь артропластика с прокладкой или капсулярная артропластика занимает свое прочное место. Сохранность суставных концов, техника операции, прокладка для интерпозиции и функциональное лечение после операции имеют существенное значение. Вместо аутофасции некоторые хирурги применяют гомофасцию или надевают металлический колпачок на головку (Smith-Petersen). Применяя фасцию, мы считаем обязательным покрытие ею головки и acetabulum. Состояние мышц и последующее функциональное лечение должно быть строго организовано и проводится под личным контролем ортопеда и кинезотерапевта.

### ***8.3.1. Гомопластика и ауто-гомoplastика.***

Это, по существу, новая страница в восстановительной ортопедии. Широкое внедрение в практику щадящих резекций сустава по поводу опухолей и особенно гигантоклеточных опухолей стимулировало поиски новых восстановительных методов для замещения костно-суставных дефектов.

Наш опыт показал, что замещение костных дефектов ниже *linea intertrochanterica* дает лучшие результаты, чем при операции после резекции вышеуказанной линии. Поэтому мы подчеркиваем необходимость при первичной хирургической обработке и при опухолях сохранять часть шейки и головки бедра.

Второе замечание: мы не рекомендуем делать широкую резекцию сустава при туберкулезном коксите в надежде заместить дефект гомотрансплантатом.

Гомопластическое замещение верхнего суставного конца бедра даже при хорошо сохранившейся суставной впадине далеко не всегда дает хороший результат при позднем наблюдении. Участок гомотрансплантата, непосредственно примыкающий к кости реципиента, спаивается хорошо и не подвергается рассасыванию. Свободный участок головки и метафиза бедра в последующие годы, не имея стимулов к регенерации, подвергается

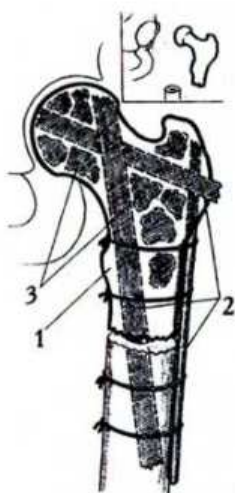
резорбции, в нем происходят процессы аутолиза до патологического перелома включительно. Такие осложнения наблюдали М.Г.Григорьев, В.Г.Вайнштейн, И.Л.Крупко с его помощниками, А.А.Корж и Р.Р.Тальинский. В.Г.Вайнштейн имел возможность гистологически изучать состояние гомотрансплантата в этой фазе некробиоза и аутолиза тканей.

Занимаясь многие годы пересадкой различных трансплантатов, мы остановились на методе ауто-гомопластики для замещения диафизарных и суставных концов.

Сущность метода ауто-гомопластики на тазобедренном суставе и в пределах шейки бедра состоит в следующем:

**1 вариант.** Резекция в пределах *linea intertrochanterica* или шейки бедра. Костный дефект замещают гомотрансплантатом, через костномозговой канал которого забивают ауто-трансплантат без надкостницы. Проксимальный конец его должен проникать в головку до покровного хряща и заклиниваться небольшими пластинками аутокости. Дистальный конец внедряют в костномозговой канал на 3-4 см и заклинивают также пластинками аутокости. При этом нужно следить за тем, чтобы длина ауто-трансплантата компенсировала величину укорочения бедра. Наконец, место стыка гомокости с концом диафиза освежают тонким долотом и сюда укладывают остео-периостальную пластинку из *tibia* больного, укрепляя пластинку четырьмя прочными нитями кетгута. Итак, гомотрансплантат изнутри и снаружи оказывается окружен ауто-трансплантатами, что способствует наступлению раннего остеогенеза и предупреждает патологический лизис в пределах эпиметафизарной части бедра. Накладывается циркулярная гипсовая повязка на 5-6 месяцев, затем применяется разгружающий аппарат на 6 месяцев до наступления прочной перестройки трансплантатов.

**2 вариант** операции (по автору). Замещение головки, шейки и части диафиза бедра. На аналогичном принципе построена и операция ауто-гомопластики при тотальном дефекте верхнего конца бедра. Основная идея операции: приблизить процессы перестройки ауто-гомотрансплантатов к физиологическим процессам остеогенеза трубчатых костей. Это достигается методом интра-экстра-медуллярной костной пластики с внедрением



*Аутогомопластика проксимального конца бедренной кости.*

- 1- гомотрансплантат,*
- 2- ауто-трансплантаты,*
- 3- мелкие ауто-трансплантаты.*

аутоотрансплантатов, которые стимулируют процессы регенерации.

Измеряют диаметр acetabulum и сопоставляют его с диаметром головки доставленного гомотрансплантата, с которого удалены все мягкие ткани. Хрящ на головке гомотрансплантата сохраняют. Если acetabulum недостаточно широка по сравнению с головкой, то ее осторожно расширяют и углубляют, после чего дно впадины закрывают свободным лоскутом широкой фасции. Приступают к пластическому замещению дефекта. Точно измеряют расстояние от дна acetabulum до освеженного конца бедра при максимальном вытяжении ноги. На отдельном операционном столике отпиливают от гомотрансплантата лишнюю дистальную часть, немного скусывают края кортикального слоя гомотрансплантата и верхнего конца бедра, делая их шероховатыми. Затем вычищают костный мозг из канала гомотрансплантата и последний раз примеряют к acetabulum. Далее измеряют длину и диаметр гомотрансплантата и диаметр костномозгового канала бедра больного и определяют, таким образом, длину и диаметр аутоотрансплантата, который нужно взять для соединения двух трубок – гомотрансплантата и бедра. Производят смену перчаток и всего инструментария. Из переднебоковой поверхности большеберцовой кости берут два трансплантата: один – длинный, без периоста, с шириной, точно соответствующей диаметру двух трубок (гомотрансплантата и бедра), другой – с периостом и более короткий. Один конец длинного трансплантата забивают в костномозговой канал бедра, другой (со спонгиозой и эндостом) внедряют в костномозговой канал гомотрансплантата, доводя его до шейки бедра включительно. Затем осторожными толчками руки концы гомотрансплантата и бедра сближают до возможно полного соприкосновения. В этот момент очень важно следить за осью бедра и гомотрансплантата (ось шейки бедра должна быть повернута на 15-20° вперед – anteversio). Интрамедуллярный трансплантат прочно удерживает отломки и является ценным биологическим фактором для более быстрого сращения.

Последняя фаза операции: при осторожном потягивании ноги головку вправляют в acetabulum с помощью широкого желобоватого долота. На месте стыка гомотрансплантата с бедренной костью освежают поверхности кортикального слоя и сюда укладывают взятый ранее аутоотрансплантат, покрытый надкостницей. Его прочно укрепляют четырьмя кетгутовыми лигатурами. Через отверстие в большом вертеле забивают короткие аутоотрансплантаты, заполняя стружками головку и часть шейки бедра. Последнее делают для предупреждения рассасывания шейки бедра в послеоперационном периоде. К гомотрансплантату подшивают ранее отсепарированные мышцы. Рану зашивают послойно. Циркулярную гипсовую повязку накладывают на 2 месяца. Затем назначают заднюю лонгету и начало активных движений. Нагрузка с костылями – к концу третьего месяца.

При высокой резекции бедра, когда сохраняется лишь головка, реконструктивная хирургия особенно сложна. После удаления опухоли

(остеохондромы) нами с успехом применяется ауто-гомопластика.

Как видно из приведенных данных, основная идея операции ауто-гомопластики одна и та же, но для отдельных суставов и даже при поражении отдельных сегментов сустава могут быть различные технические варианты операции. Следует подчеркнуть одну деталь: как при пластике плечевого, так и тазобедренного суставов мы окутываем головку гомотрансплантата аутофасцией, избегая применять гомофасцию.

И еще одна особенность: у пожилых людей и в тех случаях, когда нарушена целостность acetabulum, одновременно с применением ауто-гомотрансплантата делается артродез тазобедренного сустава, для чего ауто-трансплантат пробивают через головку бедра и acetabulum. Освеженная кровотока суставная впадина после удаления хряща с головки бедра имеет больше шансов для сращения, если мощный ауто-трансплантат забивают в канал, просверленный через большой вертел, шейку, головку бедра и крышу acetabulum. При этом достигается некоторая компрессия, обеспечивающая анкилоз. Для работников физического труда и в пожилом возрасте хороший костный анкилоз лучше сомнительной и болезненной подвижности в суставе.

Таковы некоторые мысли автора по поводу гомопластики и ауто-гомопластики.

### **8.3.2. Аллопластика сустава.**

Нельзя обойти молчанием своеобразное направление в реконструктивной ортопедии - применение металлоконструкций. Идея такой операции принадлежит Смит-Петерсену.

В СССР мною впервые применена металлоконструкция головки бедра по Смит-Петерсену (1946г.). Оперированная больная хорошо пользовалась суставом. Наблюдение производилось более 6 лет. Замещение дефекта верхней трети бедра вместе с головкой при помощи пластмассового протеза не получило распространения, несмотря на большой опыт французских хирургов братьев Жюде. Для замещения верхней трети бедра более совершенны металлические конструкции, особенно, если они построены из тантала. Эндопротезы подвергались испытанию временем. В этом отношении интересен анализ отдаленных результатов таких операций, который опубликовал М.Шеферд. На основании материала в 650 случаев он показал, что при изучении результатов в течение 6 лет артропластика акриловым протезом Жюде вначале давала быстрое улучшение, но затем наступало прогрессирующее ухудшение. Применение металлического колпачка давало улучшение до 4 лет в 45%; спустя 5 лет после операции отмечался неудовлетворительный результат в 54%.

М.Шеферд отмечает, что артропластика без применения инородных тел дает лучшие результаты. Хотя в последнем выводе есть доля истины, но нельзя отрицать тот факт, что цельнометаллический эндопротез Moore и др. и металлический сустав К.М.Сиваша имеют свои показания.

Для замещения одного сегмента сустава в настоящее время, пожалуй, могут конкурировать два метода: метод ауто-гомопластики и метод металлического эндопротезирования по Мооге. Первый – более биологический, второй – более технический или механический. Несмотря на свою склонность в сторону биологических путей костносуставной пластики, мы не отрицаем возможности замещения целых сегментов суставной металлической конструкцией. Важно, чтобы сплав, из которого делается такая конструкция, был абсолютно инертным для организма и имел склонность к прочному срастанию с костью реципиента.

### ***8.3.3. Ауто-гомопластика и аллопластика целого тазобедренного сустава.***

Ауто-гомопластика целого сустава теоретически возможна и оправдана, если использовать разработанный нами внутритазовый доступ к acetabulum с одновременным обычным хирургическим доступом по Morphy-Lexer или Gibson. Внутритазовый доступ позволит сделать дно и крышу acetabulum, внедрив в костное ложе реберные хрящи; передне-боковой хирургический доступ к суставу позволяет сделать ауто-гомопластику проксимального конца бедра, как это описано выше. Капсулу сустава на гомотрансплантате не обязательно будет сохранять. Достаточно будет плотно обшить трансплантат мышцами.

Чешский ортопед Гарнах сделал гомопластическую пересадку целого тазобедренного сустава.

Ауто-гомопластическая пересадка имеет несомненные биологические преимущества.

Нам кажется, что если эту методику разрабатывать в дальнейшем, то метод не покажется сложным, а с биологических позиций он перспективен.

Аллопластика целого металлического сустава достаточно хорошо разработана в ЦИТО К.М.Сивашом вместе с инженерами. Она принципиально отличается от того, что предложил в свое время Смит-Петерсен и позже описали Томас, Мур и др.

Сложный по конструкции металлический сустав состоит из длинного стержня с головкой бедра и массивной ацетабулярной частью.

Для внедрения такого эндопротеза приходится резецировать головку и всю шейку бедра, а также создавать гнездо для ацетабулярной части протеза.

### ***Техника операции В.Д.Чаклина с применением тотального металлического сустава.***

Нами совместно с инженером А.А.Шаухиным разработана более простая модель металлического сустава, состоящая из полый металлической головки и цетабулярной части. При этом не приходится резецировать всю шейку бедра. После удаления головки шейка обрабатывается особой фрезой,

соответствующей размерам полый части головки, и затем полая головка легко насаживается на шейку бедра.

Для удобства создания костного ложа, куда должна быть внедрена металлическая ацетабулярная часть протеза, в момент операции следует рассекать большим желобоватым долотом место анкилоза немного дистальнее или в пределах контура головки бедра. В таком случае толщина стенки таза сохраняется, и в ней легче сделать ложе для ацетабулярной части протеза. Имеется модель, по которой формируется костное ложе. Внизу в ацетабулярной части протеза имеется 2 прочных коротких рога, которые забивают в костное вещество новой впадины, а сверху металлическая впадина укрепляется винтом. Головка легко вправляется в ацетабулярную часть эндопротеза.

Первая операция с таким эндопротезом сделана мной самому изобретателю-инженеру. На операционном столе были испытаны движения во всех направлениях, причем адаптация головки настолько плотная, что не возникало опасности ее вывиха. Благодаря сохранности шейки бедра не образуется излишняя полость. Мышцы ушиваются глубоко, кожу зашивают наглухо. Гипсовая повязка накладывается на 4 недели, затем производят осторожные активные движения. В случае тяжелого осложнения наш разборный протез легко удалить, чего нельзя сказать о других эндопротезах, удаление которых становится более сложной работой, чем первичная операция.

Операция после первого испытания на больном прошла весьма благополучно. Через 8 недель он стал ходить с костылями, осторожная нагрузка была начата с 10 недели. Затем в связи с заболеванием печени больной пролежал в кровати около 3-х месяцев, что отрицательно повлияло на разработку движений, но была достигнута хорошая стабильность и безболезненность сустава.

Контрольная рентгенограмма через 3,5 года показывает благоприятное положение эндопротеза.

Разумеется, мы продолжим серию наблюдений.

Итак, сравнивая различные виды пластики сустава, можно считать после 5 лет наблюдений, что ауто-гомопластика для замещений одного сегмента сустава является вполне оправданной операцией.

Что касается замещения целого сустава, то в таком случае также имеются пути и возможности биологического замещения. Наряду с этим заслуживают внимания и одобрения поиски в области металлического эндопротезирования из вполне надежных сплавов (виталиум, тантал и др.).



## Глава IX. Законы компенсации и функциональная триада.

Вся физиологическая жизнь человека построена на законах компенсации. Правда, компенсаторные процессы далеко не всегда восполняют утраченную функцию органа или тканей, однако приспособительные реакции помогают макроорганизму жить, питаться, двигаться, работать. Хорошо известны такие явления в организме, когда потеря функции одной почки компенсируется усиленной функцией второй, потеря зрения частично компенсируется необычайно тонким развитием слуха. Законы компенсации доказательны при различных патологических явлениях. Более тонкие из них можно наблюдать при сосудистых расстройствах на конечностях и даже в веществе мозга. Постепенно развивающийся тромбоз магистрального сосуда нижней конечности компенсируется развитием коллатералей. Конечность живет, функция хотя и нарушается частично, но все же больной продолжает ходить и работать. Поразительные компенсаторные механизмы развиваются при вялом параличе мышц нижней конечности и мышц спины. Если регулярно изучать механику движений у таких больных, можно установить некоторые закономерности приспособительных реакций.

В последние годы мы изучали законы компенсации в пограничной области соединений мелких сочленений позвоночника, таза и тазобедренных суставов. Если изучать походку больных в различных фазах течения анкилозирующего спондилоартрита, легко заметить, что в начальной фазе заболевания широта шага несколько меняется, а при дальнейшем прогрессировании патологического процесса исчезает свобода и пластичность движений при походке. Она делается "вихляющей". Почему это происходит? Потому что выходит из строя компенсаторный механизм физиологической и функциональной триады.

### *Функциональная триада В.Д. Чаклина*

Хорошо известна анатомическая связь мышц нижнего отдела спины живота и мышц, связывающих кости и суставы таза с костями и суставами нижних конечностей. Но мышцы бывают бессильны, если наступают необратимые патологические явления в связочном аппарате, хрящах, капсуле и крупных суставах. Сочленения нижних поясничных позвонков с крестцом (*art.lumbosacralis*), сочленения подвздошных костей с крестцом (*art.iliosacralis*) и сочленения таза с бедренными костями (*art.coxae*) составляют одно функционально неразрывное звено. Такое, казалось бы, малозаметное сочленение, каким является подвздошно-крестцовое, по существу, носит черты истинного сустава, который имеет капсулу, концы составляющих костей покрыты хрящем, в капсуле определяется синовиальная жидкость, между костями имеются небольшие движения. Но дело не только в амплитуде движений, а в стабильности, которая не менее важна для суставов. Выключение из функции даже одного подвздошно-

крестцового сочленения сказывается на функции движений. Это явление хорошо известно тем ортопедам, которые изучали больных с туберкулезным поражением указанного сочленения. Если анкилозирующим процессом поражаются подвздошно-крестцовые сочленения, нижние поясничные и пояснично-крестцовые сочленения (анкилозирующий спондилоартрит), то походка резко расстраивается. До поры до времени отсутствие движений в указанных суставах компенсируется движениями в вышележащих межпозвоноковых сочленениях и особенно сохранившейся функцией тазобедренных суставов (последний, важный компонент функциональной триады). Пока этот компонент сохраняется, компенсаторные движения еще возможны при походке, которая, однако, заметно нарушается. Потеря движений во всех трех компонентах описанной триады приводит к полной инвалидности больного, для которого передвижение и даже сидение на стуле делаются невозможными, если анкилозирование наступило в нарушение ортопедических приципов, то есть не создан угол в тазобедренном суставе, равный  $20-30^{\circ}$ .

Мы детально наблюдали больного, у которого полностью была нарушена функциональная триада, и к тому же имелась контрактура в коленном суставе. Этот еще сравнительно молодой человек был страдальцем, который 18 лет прыгал на костылях, не имея возможности передвигаться, не мог сидеть, не мог подняться из горизонтального положения. Для него была не жизнь, а мука. Изучая таких больных, понимаешь огромную ценность законов компенсации, которую мы почти не замечаем, когда здоровы.

Мы остановились более подробно на функциональной триаде и ее нарушениях в связи с тем, что нам удалось найти пути компенсации оперативным путем.

Выше уже было указано, как последовательно теряется функция отдельных компонентов триады. В основу лечебного процесса нами также был положен принцип последовательного восстановительного лечения с учетом особенностей указанной триады. В начале своих исканий я переносил центр внимания на позвоночник, считая, что он является предметом всех функциональных нарушений. Для исправления деформации позвоночника нами была предложена и выполнена операция клиновидной колумнотомии (columnotomia). Метод аналогичен той операции, которая была описана нами выше при спондилолистезе. Но это было скорее анатомическое, чем функциональное решение вопроса. Далее в своих исканиях я сделал оригинальную операцию больной Лав-ой. У нее было выпадение двух компонентов функциональной триады: анкилозирование грудного отдела позвоночника и односторонний анкилоз тазобедренного сустава. Вместо того, чтобы применить сложную операцию колумнотомии, я мобилизовал ей оперативным путем головку, вывихнул ее и интерпонировал мышцу на ножке между головкой и впадиной. Сустав начал хорошо функционировать, исправилась патологическая поза, больная возвратилась к общественной жизни, посещала театры и многие годы печатала мне научные работы.

Следующим шагом в своих исканиях было теоретическое обоснование патологии движений, описание физиологической триады и поиски более совершенных методов функционального восстановления.

Нет смысла перечислять все предложенные методы лечения. Я изложу свою точку зрения. В лечении остеоартроза тазобедренного сустава важно руководствоваться фазностью патологического процесса с использованием компенсаторных механизмов физиологической триады, о которой я скажу ниже.

*В первой фазе* артроза ведущей линией является стремление сохранить и продлить молодость хрящевой и коллагеновой ткани. Я нередко наблюдал молодые суставы даже у пожилых людей. Симптоматическое лечение: спорт, туризм, массаж, избирательное питание с учетом конституации больного, медикаментозное лечение, и не потребуются никакой операции.

*Вторая фаза:* устранение мышечного спазма, обезболивающие средства, рентгенотерапия или нейротомия n.obturatorius, вытяжение, диета, движения. Грязелечение не показано. Из операций я рекомендую: резекцию n.obturatorius, отсечение сухожильных прикреплений m.m.sartorius и tensor fasciae latae, рассечение аддукторов и одновременная высокая остеотомия метафизарной части бедра с мобилизацией движений.

*Третья фаза.* Грязелечение и фиксация приносят вред суставу. Показано оперативное лечение и легкий ортопедический аппарат, если операция противопоказана. Из операций в третьей фазе можно остановить внимание на:

- 1.Остеотомии (паллиативная операция).
- 2.Артропластике в сочетании с ауто-гомутканями (реже).
- 3.Артродезе – методе, проверенном нами в течение более 20 лет наблюдений.
- 4.Аллопластике, в которой имеются 3 основных направления:
  - металлический колпачок Смит-Петерсена. Метод проверен американскими ортопедами и дает неплохой результат;
  - одноsegmentная аллопластика сустава (методы Нура, Томсона) имеет свои положительные и немало отрицательных сторон;
  - тотальная аллопластика сустава, которая у нас в стране разрабатывается К.М.Сивашом, а зарубежом описывается тотальный протез Ring-Mooge. Цельнометаллический эндопротез К.М.Сиваша хорошо известен.Разумеется, наблюдения над применением отечественных методов аллопластики следует продолжать и совершенствовать данные операции. Но основная теоретическая идея восстановления нарушенной физиологической триады практически реализована. Это дает возможность вместо сложных операций на позвоночнике ограничиться менее сложными вмешательствами, используя законы компенсации и возможность восстановления нарушенной функциональной триады.

Таким образом, при всех патологических явлениях в нашем организме и, в частности, при заболеваниях локомоторного аппарата вступают в действие законы компенсации, которые следует вовремя оценить и использовать их в лечебных целях, где это необходимо.



*В.Д.Чаклин (60-е годы).*

## **Глава X. Искания в области костной онкологии.**

Длительное изучение патологии костной ткани, как у взрослых, так и у детей и подростков побуждает хирурга-ортопеда столкнуться не только с многообразием и особенностями опухолей костей, суставов и позвоночника, но позволяет наблюдать сложные реакции костной ткани в разнообразных условиях, а также изучать репаративные процессы после сложных операций.

Опухоль – это патологическая ткань, которая разрастается в избытке и без связи с потребностями организма. Последний реагирует на появление атипической ткани возникновением как местных, так и общих реакций.

Основная особенность микроскопической структуры новообразования заключается в расстройстве равновесия морфологических признаков, присущих нормальной ткани. Эти расстройства касаются строения клеток, их взаиморасположения, тканевой структуры. Нарушением структуры тканей не исчерпывается патология: изменяется также химизм тканей, обмен веществ, расстраивается физиологическая гармония роста тканей, суставов, позвоночника, а в поздней фазе опухоли нарушается и физиология внутренних органов.

Как известно, кости и суставы развиваются из мезенхимы, и этим в значительной степени предопределяется структура первичных опухолей костей.

Но опорно-двигательный аппарат человека отличается той особенностью,

что органы движения построены не только из соединительной ткани (куда входят кости и суставы), но также из мышечной, сосудистой, нервной и частично гемопоэтической, ретикулярной ткани.

При изучении генеза различных опухолей приходится учитывать тканевые особенности опорно-двигательного аппарата.

В течение многих лет мной изучались реакции костной и хрящевой ткани на различные раздражители: механические (травма), химические, лучевые, бактериальные (воспалительные процессы), опухоли, так называемые обменные процессы в костях и суставах, дисплазии, а также своеобразные реакции костной ткани на внедрение чужеродных и аутоклеток при пересадке костей. Следует заметить, что костная и хрящевая ткань по-разному реагируют на различные раздражители.

Описанию реакций костной ткани на травму, воспалительные, бактериальные раздражители, при дисплазиях, дегенеративных процессах и особенно при гетеро-, гомо- и аутопластике мы отделили должное место в других своих работах, хотя и сделали это в весьма скромных пределах (см. «Костная пластика», «Основы оперативной ортопедии и травматологии» и др.).

Репаративные реакции костной ткани проявляются в выраженной степени у более молодых пациентов, и менее выражены они у лиц старшего возраста.

Несомненно, что и при неоплазмах организм первое время реагирует на внедрение новообразования в кость. Это реакции общего и местного характера. Общие реакции проявляются в следующем:

По данным Е.А.Базанова (лаборатория профессора Т.Я.Балаба), в сыворотке крови у больных со злокачественными новообразованиями костей как остеогенного, так и неостеогенного происхождения резко повышается содержание ацетилнейраминовой кислоты, гексо-, глико- и мукопротеидов, гексозаминов, а также интенсивность ДФА-реакции, имеет место выраженная дисгликопротеидемия, проявляющаяся в увеличении фракции альфа-1, альфа-2 (и гамма-) гликопротеидов, снижении фракции бета-(гамма) гликопротеидов и исчезновении альбумино-гликопротеидов.

Характер и направленность изменений в уровне сывороточных белково-углеводных соединений у больных со злокачественными новообразованиями костей зависит от стадии заболевания и степени злокачественности опухоли, причем наиболее значительно этот уровень изменяется у больных с новообразованиями остеогенного происхождения.

Направленность изменений в уровне сывороточных белково-углеводных соединений у больных с опухолями и дисплазиями костей не зависит от возраста людей. Уровень же N-ацетилнейраминовой кислоты, гексоз, глико-, особенно, мукопротеидов, а также альфа-гликопротеидов при остеогенной саркоме повышается, а гамма-гликопротеидов - снижается (у взрослых более значительно, чем у детей).

При доброкачественных опухолях костей остеогенного и неостеогенного происхождения, кроме литической формы остеобластокластомы, а также

при дисплазиях костей, за исключением несовершенного костеобразования, уровень сывороточных белково-углеводных соединений, как правило, не отличается от их уровня у здоровых лиц.

На клинической стороне вопроса я не останавливаюсь, она отражена в нашей специальной монографии («Опухоли костей и суставов», 1974г.).

### *Клинико-рентгенологические и морфологические исследования.*

Углубленное клинико-рентгенологическое и морфологическое исследование опухолей костей ортопедами и создание в некоторых институтах отделений «костной патологии» способствовало концентрации больных с опухолями костей. Выделилась группа ортопедов, которая изучает патологию и клинику опухолей костей у детей (М.В.Волков и его ученики). К сожалению, все еще заметен недостаток патологов, хорошо знающих специфику опухолей. Выход в свет монографии по опухолям костей Т.П.Виноградовой восполняет недостаток в литературном освещении этого важного вопроса.

Работа Международного комитета (ВОЗ) по классификации опухолей и смежных заболеваний, разработанная французскими авторами, способствовала международному обозначению различных видов новообразований костей.

Т.П.Виноградова в последней монографии (1973г.) приводит свою классификацию.

*Диагноз.* Опубликованные монографии (М.В.Волков, В.Д.Чаклин), а также серия диссертаций по опухолям костей (И.С.Шепелева, М.А.Берглов и др.), уточняют морфогенез, диагностику и методы лечения новообразований костей. К сожалению, все еще высок процент поздней обращаемости больных по поводу лечения. По традиции, таких больных направляют для постановки диагноза в рентгенологическое отделение или в институты, не связанные с ортопедическими центрами. Иногда для уточнения диагноза и с лечебной целью делают контрольные рентгенограммы через различные промежутки времени, что отдалает сроки реального лечения. В ряде случаев безуспешная рентгенотерапия занимает длительное время. Существует еще старое представление о том, что сначала следует применить рентгенотерапию, затем уже – радикальное хирургическое лечение. При этом применяют рентгенотерапию даже в таких случаях, когда она явно бесполезна, например, при хондроме, хондросаркоме, гигантоклеточной опухоли, костной кисте.

Ошибочный рентгенологический диагноз, отсутствие взаимных консультаций, некомпетентная рентгенотерапия и существующее ложное представление о том, что радикальное хирургическое лечение – это ампутация, служат также одной из причин поздней обращаемости больных в костные (ортопедические) центры.

При постановке диагноза “опухоль кости” надо использовать богатый опыт ортопедов в изучении патологии и распознавании характера смежных

заболеваний.

Если говорить о «неотложной» ортопедии-травматологии, то наряду с переломами следует поставить неотложную диагностику и лечение опухолей костей на должную высоту.

Среди средств и методов, способствующих прогрессу раздела костной онкологии, можно было бы назвать следующие:

- а) разработка новых, более совершенных методов диагностики;
- б) уточнение рентгенологических методов раннего определения метастазов;
- в) разработка более совершенных методов экспресс-биопсии;
- г) обучение большого числа (во всех научно-исследовательских институтах и на кафедрах травматологии-ортопедии) костных морфологов и опытных рентгенологов;
- д) обучение всех ортопедов методам ранней диагностики и щадящим методам лечения;
- е) популяризация среди населения достижений и возможности сохранного лечения опухолей костей, суставов, позвоночника;
- ж) расширение через журнал знаний по костной онкологии;
- з) популяризация среди хирургов, ортопедов и онкологов концепции раннего, активного прерывания патологического процесса во многих случаях новообразований костей.

Большинство из указанных пунктов не требуют пояснений, кроме последнего пункта (з), требующего особого внимания представителей различных дисциплин и, в первую очередь, ортопедов-травматологов. В этом пункте отражена концепция автора об ответственности ортопеда, хирурга и рентгенолога за сохранение жизни больного, его конечности и ее функции.

Наши искания более совершенных методов лечения опухолей костей исходили из трех основных положений:

- а) возможности раннего распознавания и стремления активного прерывания развития патологического процесса в наиболее ранней фазе его возникновения;
- б) необходимости доказательства при ряде опухолей возможности сохранения не только жизни, но и конечности больного, а также ее функции;
- в) необходимости разработки реконструктивных методов замещения больших костноуставных дефектов после удаления опухоли.

### ***10.1. Об активном прерывании патологического процесса.***

Общие положения в развитии этой концепции приведены выше. По отношению к лечению многих опухолей костей мы также считали возможным придерживаться указанной концепции. К сожалению, ее пока не удастся применить к остеогенной саркоме. При последней мы ищем пути продления жизни больного. Существует большая группа опухолей костей, при которой наша концепция становится реальной уже в настоящее время. Сюда относятся:

*Группа I* – доброкачественные опухоли и «дисплазии», хондромы, хондробластомы, остеомы, остеохондрома у детей, остеонид-остеома, костная фиброма, монооссальная фиброзная дисплазия.

*Группа II* – потенциально злокачественные опухоли – пограничные между доброкачественными и злокачественными. Это наиболее значительная группа, в которую входят: литическая форма остеобластокластомы, фибросаркома, опухоль Юинга, хондробластома у взрослых, хондросаркома (в начальной фазе развития), малигнизирующаяся остеохондрома (ранняя фаза), синовиома, полиоссальная фиброзная дисплазия, адамантинома, некоторые сосудистые опухоли. Выделение такой группы оправдано. В рабочей классификации костных опухолей Международная организация здравоохранения выделяет вторую группу и называет их полужлокачественными опухолями.

Выделение второй группы важно для клинической и практической хирургии.

### ***10.2. Сохранить не только жизнь, но и конечность больного.***

Еще будучи студентом четвертого и пятого курсов, работая вначале в качестве субординатора, а затем – ассистента в клинике блестящего хирурга Н.П.Тринклера (Харьков) и приводя в порядок библиотеку и материалы клиники, я был поражен безнадежными операциями при огромных опухолях челюстей, тазовых костей и конечностей. Экзартикуляции, ампутации, обширные резекции челюстей, уродливые лица, больные, лишенные половины таза и ноги. Такая картина могла привести в отчаяние молодого медика, но этого не случилось. Запущенные опухоли сейчас встречаются значительно реже, диагностика продвинулась вперед. Создание ортопедических центров и центров костной патологии по всей стране, начиная с Центрального института травматологии и ортопедии, улучшение рентгенодиагностики, усовершенствование морфологической диагностики опухолей костей и, наконец, разработка костно-пластических операций в сочетании с химиотерапией – все это позволяет более оптимистически оценить аспекты хирургического лечения опухолей костей. Как все меняется! Если прошлые десятилетия ортопедической хирургии шли под знаком костносуставного туберкулеза, полиомиелита и последствий травмы, то в настоящее время проблемы сколиоза и опухолей костей, требующие “большой” хирургии, привлекают внимание многих клиник и институтов. Естественно, что хирурги-ортопеды значительно “выросли”, расширились их оперативные возможности, концепции их изменились, отойдя от «чистой» хирургии и приблизившись к биологическому и физиологическому пониманию необходимости максимальной сохранности функций органов опоры и движения.

Химиотерапия и костно-пластическая хирургия расширили возможности «сберегательного» и восстановительного лечения при опухолях костей и

суставов. Правда, онкологическая сторона при этом является ведущей. Но и она подвергалась пересмотру в связи с более углубленным изучением морфогенеза опухолей костей. Это научное направление – «сберегательное» и восстановительное – особенно четко стало оформляться в СССР в последние десятилетия. Показания к такому лечению наметились более определенно для групп I и II, приведенных выше. А эти группы довольно значительны, и следует сознаться, что при многих опухолях II группы в прежние времена не всегда обоснованно делались ампутации и экзартикуляции. Следует отметить серьезный вклад М.В.Волкова (Москва) в развитие детской костной онкологии.

За многие годы работы мы имели возможность оперировать по поводу опухолей трубчатых костей, суставов, костей таза и позвоночника значительное число детей, подростков и взрослых, а затем наблюдать их через отдаленные сроки. Взять хотя бы, так называемые, гигантоклеточные опухоли, или остеобластокластомы. По мере того, как морфогенез и клинко-рентгенологическая характеристика этих опухолей изучались более основательно, хирургическая тактика также менялась. Я помню период в своей профессиональной практике, когда экскохлеация являлась методом выбора. Но годы последующей хирургической деятельности показали, что при таком методе часты рецидивы, при повторных паллиативных операциях опухоль малигнизируется в 15% случаев. Даже при морфологическом исследовании допускаются ошибки, направляющие хирурга-ортопеда на неправильный путь лечения.

Девушка, 19 лет, поступила в клинику по поводу опухоли диафизарного отдела большеберцовой кости. Деструкция кости захватила всю переднюю треть большеберцовой кости, нарушила кортикальный слой, опухоль вышла за пределы передней и боковой поверхностей кости. Боли значительные, функция нарушена. В одной из крупных больниц авторитетным рентгенологом и морфологом после биопсии был поставлен диагноз саркомы и предложена ампутация. Во время операции нами на месте прорыва опухоли была взята ткань для срочной биопсии. Полученный ответ: литическая форма остеобластокластомы с возможной малигнизацией. Была сделана субтотальная резекция большеберцовой кости и через 6 месяцев – замещение костного дефекта ауто-гомотрансплантатами. Больная пользовалась конечностью, метастазов не было. Пациентка наблюдалась 6,5 лет. Это наблюдение, как и другие, свидетельствует о том, что даже три основных доказательства – рентгенологическое, клиническое и морфологическое не лишают больного и хирурга надежды на лучшее будущее.

Сберегательное и восстановительное лечение – это направление, особенно ярко проявляющееся при лечении опухолей, возникающих у суставных концов плечевой кости, бедра, большеберцовой кости, а также на кисти и пальцах. Тактика хирурга при поражении плечевого пояса определилась в настоящее время следующими положениями:

а) при поражении лопатки нужно избегать скапулоэктомии. Последняя

операция показана лишь при хондросаркоме с разрушением суставного конца и всего тела лопатки. При поражении суставного конца лопатки можно ограничиться резекцией суставного конца с сохранением целостности головки плечевой кости. Показана также хорошо разработанная операция М.И.Куслика;

б) особый интерес представляет биологическое и восстановительное направление в ортопедической хирургии последних десятилетий при замещении суставных концов, удаленных по поводу опухолей, например, остеобластокластомы, хондробластомы, остехондромы и др. Я имею в виду возможность удаления опухоли вместе с суставным концом плеча и одномоментную гомопластику или ауто-гомопластику. Разумеется, нельзя слишком расширять показания к широкой резекции суставного конца, например, при остеобластокластоме.

При раннем распознавании и ограниченном поражении эпифиза и метафиза полная резекция противопоказана, так как опухоль редко переходит границы суставного хряща. В этих случаях мы применяем «квадратную» резекцию с сохранением суставного хряща и замещением дефекта гомотрансплантатом. Лишь при обширном разрушении суставного конца и прорыве опухоли через кортикальный слой показана классическая резекция суставного конца с сохранением функции мышц. Это же правило применимо и при операции на дистальном суставном конце бедренной кости. Важен метод пластической хирургии после удаления опухоли головки плеча.

Обычно пересаженный в дефект гомотрансплантат скрепляют с костью реципиента спицами (аппарат Гудушаури) и другими механическими приспособлениями. Однако описаны случаи перелома гомотрансплантата верхнего конца бедра (В.Г.Вайнштейн, И.Л.Крупко и др.). И это естественно: в период перестройки гомотрансплантата и его «болезни» механические силы нагрузки на конечность неадекватны биологическим качествам и механической выносливости гомотрансплантата. В нем возникают зоны некролиза. Процессы резорбции и аппозиции в таком трансплантате протекают не всегда в желательном направлении. Биологический стимул к такой перестройке отсутствует. Вот почему автор много лет пропагандирует метод ауто-гомопластики.

### *10.3. Реконструктивные методы после удаления опухоли.*

Разработка всей проблемы щадящего или «сберегательного» лечения опухолей костей значительно продвинулась вперед после освоения новых методов аутопластики и ауто-гомопластики костей и суставов.

Теоретическая сторона проблемы костной пластики, как она решалась у нас, изложена выше. Приведу лишь некоторые примеры замещения больших костных дефектов после удаления опухоли.

операция показана лишь при хондросаркоме с разрушением суставного конца и всего тела лопатки. При поражении суставного конца лопатки можно ограничиться резекцией суставного конца с сохранением целостности головки плечевой кости. Показана также хорошо разработанная операция М.И.Куслика;

б) особый интерес представляет биологическое и восстановительное направление в ортопедической хирургии последних десятилетий при замещении суставных концов, удаленных по поводу опухолей, например, остеобластокластомы, хондробластомы, остехондромы и др. Я имею в виду возможность удаления опухоли вместе с суставным концом плеча и одномоментную гомопластику или ауто-гомопластику. Разумеется, нельзя слишком расширять показания к широкой резекции суставного конца, например, при остеобластокластоме.

При раннем распознавании и ограниченном поражении эпифиза и метафиза полная резекция противопоказана, так как опухоль редко переходит границы суставного хряща. В этих случаях мы применяем «квадратную» резекцию с сохранением суставного хряща и замещением дефекта гомотрансплантатом. Лишь при обширном разрушении суставного конца и прорыве опухоли через кортикальный слой показана классическая резекция суставного конца с сохранением функции мышц. Это же правило применимо и при операции на дистальном суставном конце бедренной кости. Важен метод пластической хирургии после удаления опухоли головки плеча.

Обычно пересаженный в дефект гомотрансплантат скрепляют с костью реципиента спицами (аппарат Гудушаури) и другими механическими приспособлениями. Однако описаны случаи перелома гомотрансплантата верхнего конца бедра (В.Г.Вайнштейн, И.Л.Крупко и др.). И это естественно: в период перестройки гомотрансплантата и его «болезни» механические силы нагрузки на конечность неадекватны биологическим качествам и механической выносливости гомотрансплантата. В нем возникают зоны некробиоза. Процессы резорбции и аппозиции в таком трансплантате протекают не всегда в желательном направлении. Биологический стимул к такой перестройке отсутствует. Вот почему автор много лет пропагандирует метод ауто-гомопластики.

### *10.3. Реконструктивные методы после удаления опухоли.*

Разработка всей проблемы щадящего или «сберегательного» лечения опухолей костей значительно продвинулась вперед после освоения новых методов аутопластики и ауто-гомопластики костей и суставов.

Теоретическая сторона проблемы костной пластики, как она решалась у нас, изложена выше. Приведу лишь некоторые примеры замещения больших костных дефектов после удаления опухоли.

*Литическая форма остеобластокластомы головки плечевой кости.*

Б-я Як-ва Э., 29 лет, находилась на лечении в Ортопедическом госпитале с 6/V по 5/IX-1964г. по поводу литической формы остеобластокластомы проксимального отдела левой плечевой кости. Больна с декабря 1963г., когда стало появляться чувство онемения в 3-4 пальцах левой кисти, а затем боли в предплечье.

В марте 1964г. при неловком движении сразу почувствовала резкую боль в левом плече, была сделана рентгенограмма плеча, но патологии не выявлено. При повторном обращении к врачу был поставлен диагноз «плексит», и начато консервативное лечение. Состояние ухудшалось, больная была направлена в больницу, откуда ее перевели в госпиталь.

Общее состояние больной было удовлетворительное, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализ крови: СОЭ – 30 мм. Контуры левого плечевого сустава и верхней трети плеча, были сглажены, на передней поверхности сустава кожа гиперемирована. При пальпации определялась опухоль в верхнем эпифизе и метафизе плечевой кости, плотная, с нечеткими контурами, неподвижная. Движения в плечевом суставе были ограничены. На рентгенограмме левого плечевого сустава определялась деструкция головки и верхней трети плечевой кости с резким истончением кортикального слоя, а также патологический перелом под хирургической шейкой без смещения отломков. На основании клинкорентгенологического обследования был поставлен диагноз – литическая форма остеобластокластомы головки левой плечевой кости. 05.06.1964г. была произведена операция - резекция проксимального конца левой плечевой кости с последующей ауто- и гомопластикой по методу Чаклина. Опухоль удалили в пределах здоровых тканей. Макроскопически она была серо-бурого цвета, студенистой консистенции. Больная была выписана через 3 месяца после операции в хорошем состоянии. Клинически и рентгенологически определялась консолидация дистального конца трансплантата с плечевой костью. Имелось ограничение движений в плечевом суставе. Рентгенологические данные через 5 лет: хорошая консолидация на месте соединения гомотрансплантата с материнской костью. Лизиса головки не отмечалось. Имело место вживление, физиологическая перестройка трансплантата и частичная поверхностная резорбция той части головки плечевой кости, которая не была заполнена ауто-трансплантатом. Процесс резорбции, доходя до ауто-трансплантата, приостанавливался. В настоящей фазе при наблюдении более 6 лет идет интенсивный процесс репаративной регенерации. Больная работает, функция руки хорошая.

*Остеохондрома плечевой кости с переходом в злокачественную опухоль.*

Врач 36 лет, Нателла, поступила в клинику с опухолью левого плечевого сустава, рост которой за последние месяцы начал бурно прогрессировать.

Опухоль резко выдавалась, была неподвижна, болезненна при глубокой пальпации. Функция верхней конечности была нарушена. Провели резекцию плечевой кости в пределах анатомической шейки и дистально на протяжении 18 см. Биопсия во время операции показала: остеохондрома с склонностью к малигнизации. Одновременно была сделана костная пластика массивными аутотрансплантатами (метод Чаклина). Была наложена торакобрахиальная гипсовая повязка. Произошло гладкое заживление, восстановилась функция и работоспособность. На рентгенограмме (1959г.) имеется прочное сращение трансплантатов с головкой и дистально – с плечевой костью на протяжении 6 см. Пересаженные трансплантаты утолщены. Отдаленный результат клинических наблюдений – 9 лет. Больная работает. Функция суставов сохранена.

#### *Экхондрома шейки бедра с малигнизацией.*

Молодой инженер А-ев обратился за консультацией по поводу боли и ограничения движений в правом тазобедренном суставе. Рентгенологически была установлена бурно растущая опухоль шейки бедра. Появившаяся болезненность, своеобразный рост опухоли, прогрессирующее ухудшение функции тазобедренного сустава, а также наш предшествующий печальный опыт с частичной резекцией такой, казалось бы, «невинной» хрящевой опухоли шейки заставил нас поступить в данном случае более радикально.

Широким передне-боковым доступом была обнажена опухоль шейки бедра, сделана субкапитальная резекция шейки, дистально сделан распил бедра ниже малого вертела. Дефект был замещен одновременно массивным аутотрансплантатом, один конец которого был забит прочно в костномозговой канал, другой конец – внедрен в остаток головки, в которой толстой дрелью и долотом сделан, к сожалению, неглубокий канал. В последующем периоде верхний конец трансплантата выскочил из канала головки. Последняя осталась на месте. Результат: больной хорошо пользуется конечностью, имеется небольшое укорочение ноги, компенсируемое ортопедической обувью. Нагрузка на ногу безболезненна, движения в ложном суставе сохранены. Рентгенологически определяется функциональное утолщение трансплантата, который упирается в боковую поверхность таза, головка атрофична. Больной трудоспособен, наблюдался 11 лет после операции. Рецидива опухоли нет.

#### *Экзартикуляция или широкая резекция бедра?*

К нам привезли из Минска тяжелого больного с диагнозом “злокачественная опухоль бедра”. Ему была предложена экзартикуляция бедра. История болезни: Фи-н А.Р., 18 лет, поступил в Ортопедический госпиталь 13/VI-1968г. с диагнозом: остеохондрома верхней трети правого бедра. С 1964г. стал отмечать появление припухлости в верхней трети бедра, болей

вначале не было, продолжал учиться, играл в футбол. При исследовании больного была обнаружена опухоль в верхней трети бедра и по передне-внутренней поверхности. Опухоль плотной консистенции значительно увеличивалась; появились выраженная болезненность, хромота, больной не мог длительное время сидеть. В последнее время размеры опухоли заметно увеличились, появилось небольшое онемение конечности за счет сдавления седалищного нерва. При исследовании больного было установлено: по наружно-задней поверхности верхней трети правого бедра определяется плотная опухоль, размер опухоли значителен, функция в правом тазобедренном суставе ограничена. На рентгенограмме правого бедра от 20.VI.1968г. определяется остеохондрома неправильной шаровидной формы. Ввиду быстро увеличивающегося роста опухоли было предложено оперативное лечение. 18.07.1968г. – удаление опухоли правого бедра в пределах здоровой ткани с замещением костного дефекта ауто- и гомотрансплантатами с последующим наложением глухой гипсовой повязки. Сложность операции заключалась в том, что опухоль располагалась вблизи тазобедренного сустава и нужно было пощадить шейку бедра.

Послеоперационное течение было удовлетворительным. Имелась консолидация на месте соединения костей. Движения в тазобедренном и коленном суставах были слегка ограничены, в голеностопном суставе движения в полном объеме, кожная чувствительность конечности сохранилась. Больной продолжал учебный процесс, не пользуясь аппаратом.

Окончательный гистологический диагноз: остеохондрома с переходом в злокачественную опухоль. Особенность операции: в целях сохранения суставного покрова головки бедра последняя была сохранена при резекции верхней трети бедра. Дефект заместили массивными ауто- и гомотрансплантатами. Так как верхний конец был незначителен, в момент смены гипсовой повязки наступило небольшое смещение отломков. Тем не менее наступила прочная консолидация. Был произведен контроль через 5 лет. Рецидива опухоли нет. В легких изменений не определяется. Больной работоспособен. Небольшое укорочение ноги компенсируется ортопедической обувью.

#### *Малигнизация остеобластокластомы. Метастаз в легкое.*

К числу интересных наблюдений с отдаленным результатом относится следующее.

Больной И-юк, инженер, 36 лет, обратился по поводу костного образования в нижней трети голени на границе с голеностопным суставом. Так как опухоль разрушила дистальные концы костей голени, мы в целях сохранения функции голеностопного сустава вначале сделали попытку сохранить нижний конец большеберцовой кости путем удаления опухоли и одновременным замещением полости массивными ауто- и гомотрансплантатами. При дальнейшем наблюдении оказалось, что литический процесс прогрес-

сирует, аутооттрансплантаты подверглись резорбции, никаких признаков репаративного процесса не было обнаружено, суставная поверхность большеберцовой кости была нарушена. Поэтому была сделана радикальная резекция дистальной трети обеих берцовых костей с иссечением кости. Дефект заместили двумя массивными аутооттрансплантатами, один из которых был забит через пяточную кость. Верхний конец трансплантата внедрили в костномозговой канал. Другой трансплантат был уложен снаружи на освеженное ложе. Наступило прочное сращение, и больной приступил к работе. Небольшое укорочение ноги компенсировалось ортопедической обувью. Через 4,5 года больному была удалена опухоль из нижней доли легкого. При гистологическом исследовании новообразование в легком было определено как гигантоклеточная опухоль. Наступило выздоровление. При исследовании больного через 10,5 лет установили: пациент совершенно здоров, работоспособен, носит ортопедическую обувь и ходит свободно, не испытывая болезненности. Кость на месте пересадки достигла толщины нормальной большеберцовой кости. Наступила перестройка трансплантатов и изменение структуры костных балок в соответствии с функциональной нагрузкой. На месте соединения трансплантатов с пяточной костью определяется костный анкилоз. Структура пяточной кости также перестраивается. Интерес данного наблюдения заключается в следующем: а). сочетание литической остеобластокластомы большеберцовой кости с поражением легкого аналогичной опухолью (метастаз); б). неудачное применение паллиативного метода экскохлеации при такого рода опухоли и необходимость поступать радикально, применяя широкую резекцию костей с одноментной или двухмоментной костной пластикой; в). возможность удаления метастаза; г). возможность изучения отдельного наблюдения за перестройкой аутооттрансплантата под действием физиологической нагрузки.

#### ***10.4. Страничка из костной онкологии таза.***

За 50 лет в памяти возникают последовательно различные этапы развития ортопедии-травматологии. В Свердловский период мы наблюдали тяжелые переломы костей таза, иногда с повреждением мочевого пузыря или уретры. Надо сказать прямо: они не всегда протекали благоприятно. Из-за отсутствия оперирующего уролога приходилось травматологам брать на себя несвойственные им урологические манипуляции и операции. Комбинированные повреждения костей таза и тазобедренного сустава лечили преимущественно бескровным методом. В Московский период нас привлекла более сложная хирургия опухолей костей и, в частности, тазовых костей. Ортопеды незаслуженно неглижируют патологией костей и участков, граничащих с тазобедренным суставом. Я имею в виду область acetabulum. Она богата своей патологией. Ортопеды фиксировали свое внимание преимущественно на патологии головки, тогда как суть заболевания лежит

в суставной впадине.

В клинику был доставлен мальчик, 8 лет. Родители заметили, что он начал немного прихрамывать. Естественно, что объяснение хромоты начали искать в подвывихе головки бедра. Но рентгенограммы не подтвердили точного диагноза, туберкулез сустава также был исключен. Вопрос о диагнозе остался открытым. На следующей консультации я обратил внимание на походку мальчика и некоторую ригидность его брюшной стенки слева. При глубокой пальпации внутренней стенки таза едва улавливалась некоторая разница в ощущениях при исследовании. Была высказана возможность опухоли. Рентгенограммы, сделанные в различных проекциях, показали небольшие изменения ацетабулярной части таза. Операция внутритазовым доступом обнаружила органическую опухоль крыши суставной впадины. Была сделана резекция крыши вместе с опухолью, которая при гистологическом исследовании оказалась хондромой. Наиболее интересной была судьба больного и его суставной впадины. Наступила регенерация крыши с полным восстановлением функции тазобедренного сустава. Мы контролировали больного через 7 лет: не было никаких признаков бывшего заболевания. Функции движения и нагрузки приближались к норме. Он – студент, заканчивал институт. Таким образом, была обнаружена опухоль таза в самом начале ее клинического проявления. Операцией удалось активно прервать течение патологического процесса и полностью сохранить функцию.

Иное течение приобрела опухоль костей таза у студента С. Длительность наблюдения была безуспешной, и, проведенная, но не показанная в данном случае рентгенотерапия привела к тому, что опухоль разрушила все крыло с примыкающей частью суставной впадины, захватила часть лобковой и седалищной кости. Распространенная и прогрессирующая деструкция костей заставила весьма опытного хирурга предложить больному единственную операцию – удаление всей половины таза вместе с нижней конечностью, на что родители не согласились. Мы сделали ему операцию в три этапа, удалили опухоль из различных участков таза (оказалась литическая форма гигантоклеточной опухоли). Самое сложное было сохранить контуры acetabulum и на последнем этапе удалить большую опухоль седалищной кости, так как она была спаяна с прямой кишкой. В этот момент я почувствовал ценность моей предварительной работы в факультетской хирургической клинике профессора Тринклера и на кафедре оперативной хирургии, где приходилось со студентами делать операции и на мочевом пузыре, и на прямой кишке. Правда, с такой распространенной опухолью я встречался впервые. После этапной резекции, по наблюдениям, кость частично восстановилась. В результате процесса оссификации в крыле подвздошной кости создавалась опора для головки бедра. Движения в тазобедренном суставе были немного ограниченными, но больной мог нагружать конечность. Благодаря этапному методу операции удалось сохранить кости таза и движения в тазобедренном суставе. В прежние годы таким больным делали гемипельвэктомии, что предлагалось и нашему больному. В настоящее время больной работает,

живет физиологической жизнью, женат. Отдаленный результат через 17 лет (1970г.): больной (ныне инженер) полностью здоров, движения в тазобедренном суставе слегка ограничены, ногу нагружает полностью. На местах удаленных опухолей наступила оссификация. Суставная впадина частично регенерировалась, головка бедренной кости не изменена. Механическая и функциональная опорность таза и конечности вполне удовлетворительны. На рентгенограмме легких патологических изменений не определяется. Больной полностью работоспособен, имеет детей. Отдавая должное сберегательным или сохраняющим операциям, нельзя переходить границы дозволенного. При явно прогрессирующей хондросаркоме следует своевременно применять гемипельвэктомиию. В технике этой операции также наступил прогресс: летальность от операции сведена до минимальных цифр. Но далеко не всегда так благоприятно протекают опухоли таза и, если говорить правду, в неблагоприятном течении опухолей костей в известной степени повинны и врачи, к которым впервые обращается больной.

На прием пришла преподавательница вместе с мужем. Она жаловалась на какую-то неловкость в области таза. Весьма деликатный муж говорил обо всем, кроме главного, а главное было обнаружено, когда я прощупал таз больной и исследовал ее влагалище. Последнее исследование показало, что оно едва проходимо для пальца (хотя муж об этом умолчал). Опухоль, по-видимому, оттеснила стенку влагалища. Ее осмотрел и гинеколог. При клиническом исследовании была обнаружена опухоль лобковой кости, на рентгенограмме и во время операции опухоль оказалась значительно больше, чем это определялось при первом исследовании. Стенка мочевого пузыря была оттеснена опухолью. Так как пункционная биопсия указывала на хондрому, то мы частично резецировали лобковую кость и с трудом извлекли опухоль из малого таза. При этом была слегка ранена стенка мочевого пузыря, которая сразу была ушита. Наша ошибка в данном случае состояла в том, что мы доверчиво отнеслись к гистологическому исследованию и заключению патолога. Частичная резекция лобковой кости дала повод к рецидиву. Последующие гистологические исследования удаленной опухоли показали, что это была не хондрома, а хондросаркома. Наша тактика при хондросаркоме совершенно иная. Здесь недопустима предварительная рентгенотерапия. Следует делать возможно раньше радикальную операцию гемипельвэктомии с сохранением нижней конечности или делать этапные широкие резекции костей таза, сохраняя конечность и жизнь больного до поры до времени. Многие больные решительно отказываются от чрезмерно радикальной операции удаления половины таза вместе с нижней конечностью. В таких случаях следует стремиться к тому, чтобы продлить жизнь больному.

### *10.5. Возможность продления жизни.*

При хондросаркоме костей таза мною проверена в клинике возможность продления жизни путем этапной резекции и имплантации кусочка опухоли в мягкие ткани бедра. Больная, 42-х лет, с хондросаркомой таза обратилась к нам в 1952г. Мною была сделана первая частичная резекция лобковой кости. Через 3 года была сделана широкая резекция лобковой и восходящей части седалищной кости вместе с опухолью. Радикально удалить всю опухоль не удалось. Во время этого этапа операции случайно была сделана имплантация кусочка опухоли в мягкие ткани проксимальной части бедра. Здесь развилась небольшая опухоль (хондросаркома мягких тканей). В этот период наступила стабилизация основного опухолевого процесса в тазовой области. Больная чувствовала себя удовлетворительно и продолжала работать в течение 3 лет. На месте первичной опухоли таза ухудшения за этот период не наступило. Имплантированная опухоль медленно увеличилась. Однако по настоянию больной имплантированная опухоль была удалена. В последующие месяцы наступило заметное ухудшение на месте первичной опухоли таза, и больная погибла через 6,5 лет после первой операции по поводу хондросаркомы тазовой кости. Эти и другие клинические наблюдения наводят на мысль о возможности продления жизни при хондросаркоме, если сделать широкую резекцию кости и имплантирование хирургическим путем ауто трансплантата опухоли в мягкие ткани больного. Имплантированная опухоль оказывает биологическое влияние, создавая как бы равновесие в организме, и не следует торопиться с ее удалением.

В этом случае при теоретической трактовке клинического эффекта врач-ортопед и онколог должны исходить из закономерностей общей биологии и иммунологии подобно тому, что мы наблюдаем при имплантации и трансплантации других тканей, например, ауто-, гетеро- и гомотрансплантатов. Разумеется, высказанная нами мысль не должна давать повод для широкого применения имплантата при хондросаркоме. Многие годы, потраченные на изучение патологии костных опухолей смежных заболеваний как у детей и подростков, так и у взрослых, дают основание считать, что за последние десятилетия произошла большая дифференциация в злокачественных и доброкачественных новообразованиях, а также в опухолях, стоящих на грани со злокачественными новообразованиями. Хотя среди патологов и клиницистов в вопросах классификации опухолей нет еще полного единства, но все же большинство исследователей держится единственно правильного принципа построения классификации, взяв за основу эмбриогенез и гистогенез тех тканей, из которых формируется опухоль.

Разбирая вопросы классификации опухолей костей, мы изучили также материалы Всемирной организации здравоохранения. Нужно отдать должное нашим ученым и органам здравоохранения, которые приложили немало усилий для создания по всей стране научных центров травматологии

и ортопедии и при них – отделений костной патологии. Хотя в самом термине «костная патология» заложено более широкое понятие, чем костная онкология, но при более глубоком изучении различных видов костной патологии ортопеды проявили значительный интерес к изучению и лечению различных видов опухолей костей, суставов, позвоночника и таза. Изучение патологии опухоли значительно расширило область ортопедии и облегчило постановку раннего диагноза в случаях сложной патологии. При этом мне хотелось бы подчеркнуть то обстоятельство, что ортопед, работающий рядом с опытным патологом, должен и сам разбираться в патологической структуре костных образований. Хорошо, если он в молодые годы был «заражен» любовью к изучению тонких морфологических структур костей, хрящей и мягких тканей, особенно мезенхимального происхождения. Профессиональный опыт показывает, что хирургу и ортопеду, хорошо знакомому с морфологией костной ткани, легче разбираться в структуре и типе опухоли во время операций. Несмотря на то, что рентгенологические и другие методы диагностики значительно расширились (томография, сканирование), тем не менее, встречаются трудности при постановке рентгено-морфологического диагноза. Много зависит от компетенции патолога и рентгенолога. Хирург и ортопед ставят свой диагноз не только на основании кратких заключений патолога и рентгенолога, но и сопоставляют эти данные с динамикой клинического течения опухоли, ее локализацией и структурой, объективные данные - с лабораторными исследованиями, дополняя все это собственным полным клиническим изучением больного и его внутренних органов. В разборе диагностических ошибок мы уже писали о фактах, когда одностороннее решение рентгенолога приводило порой к трагической ошибке, бывает иногда и наоборот.

По сравнению с предыдущими десятилетиями в хирургии опухолей костей появилось новое направление: «сберегательные» или щадящие операции и восстановительная хирургия костей и суставов.

Не подлежит сомнению, что в прошлом показания к ампутациям ставились слишком широко, так как некоторые опухоли (литическая форма остеобластокластомы, хондробластомы, центральная хондрома и многие другие) рассматривались под углом зрения «саркомы». Это общее понятие без четкой дифференциации ставило хирургов перед необходимостью ампутации или экзартикуляции. Но, по мере улучшения рентгено-морфологической диагностики, развития методов костной пластики и совершенствования методов восстановительной хирургии, удалось пересмотреть старые методы оперативного лечения, уточнить показания к расширенной резекции не только диафизарной части, но и суставов и целых позвонков. Гемипельвэктомия с сохранением нижней конечности и резекция суставного конца лопатки с сохранением верхней конечности находят свое применение в настоящее время при строгих показаниях. Несмотря на целый ряд осложнений при гомопластике суставов, некоторые надежды появляются в связи с разработанным в СССР методом ауто-гомопластики, который не

только решает вопрос механического замещения суставного дефекта, но и частично разрешает биологическую сторону пластической хирургии – погашение феномена тканевой несовместимости, создавая условия для более совершенной регенерации. Разумеется, этим не исчерпывается онкологическая сторона проблемы лечения ряда опухолей, особенно остеогенных сарком.

*Комбинированные методы лечения*, включающие хирургические методы, лучевую терапию, химиотерапию с антибиотиками, особенно разработка метода перфузии, заслуживают самого серьезного внимания. Существуют опухоли, например, ретикулосаркома, опухоль Юинга, при которых комбинированное лечение дает удовлетворительный результат. Но при ряде опухолей (остеобластокластома, хондросаркома, хондрома) лучевая терапия не дает положительных результатов, более того, - она ухудшает течение патологического процесса. Этот раздел костной онкологии необходимо усиленно развивать в направлении поисков новых путей физического, химического и биологического воздействия на ткани, пораженные злокачественной или потенциально злокачественной опухолью. Привлекают также внимание и попытки некоторых хирургов удалять из легкого изолированные метастазы, что облегчает хирургам-ортопедам возможность справиться с локальной опухолью костей и суставов.

Подводя итоги многолетним наблюдениям и поискам в области костной онкологии, я мог бы сказать следующее: прогноз при опухолях костей и суставов определяется в значительной степени морфологией опухоли и тактикой хирурга-ортопеда. По отношению к опухолям костей следует особенно подчеркнуть необходимость различать прогноз в отношении функции. Современное состояние ортопедической диагностики и хирургической техники позволяет при многих видах опухолей ставить благоприятный прогноз в отношении сохранения не только жизни, но и функции конечности, таза, позвоночника. Там, где в недалеком прошлом хирургами делалась ампутация или экзартикуляция, в настоящее время идет успешная борьба за сохранение конечности и ее функции. Ампутация стала редкой операцией при многих опухолях костей. Для оправдания такого оптимизма требуются следующие обязательные условия:

1. Абсолютно доказанный ранний рентгеноморфологический диагноз. Для этого необходимо срочно расширить подготовку морфологов по костной патологии. Поздний диагноз относится к числу серьезных ошибок ортопедов и рентгенологов.

2. Исключение рентгенотерапии как предварительного лечения при огромном большинстве опухолей костей (костная киста, остеобластокластома, фиброзная дисплазия и хондросаркома, остеодистеомы и др.). Повышение ответственности рентгенолога за позднее поступление больных для оперативного лечения.

3. Показания к методу лечения при опухолях костей должны ставить совместно хирург-ортопед и рентгенолог. Один рентгенолог не имеет права

лечить больного с опухолью костей.

4. Современное лечение опухолей костей не останавливается на элементарных формах хирургии (например, ампутация или экзартикуляция), в настоящее время разработаны методы сложной пластической восстановительной хирургии, а также методы комплексного лечения, включая химиотерапию. Прогноз в отношении сохранения функции конечности предопределяется также опытом и искусством хирурга-ортопеда.

5. Если при далеко зашедшем процессе не всегда можно ставить благоприятный прогноз в отношении жизни, то можно и нужно ставить задачу продления жизни больного и избавления его от страданий. И то и другое гуманно, и поэтому оправданы даже большие операции в тяжелых случаях.

Костная онкология является одним из крупных завоеваний современной ортопедической хирургии. Ранний и точный клинический и рентгеноморфологический диагноз определяют надлежащее лечение опухолей. Необоснованные надежды на рентгенотерапию при ряде опухолей костей лишь отдалают срок своевременного хирургического вмешательства и часто лишают хирурга-ортопеда возможности радикально удалить опухоль или вообще делают невозможным хирургическое вмешательство. Дифференциальный рентгеноморфологический диагноз предопределяет дифференцированный выбор хирургического лечения. Современное состояние диагностики и ортопедической техники позволяет при многих видах опухолей ставить благоприятный прогноз в отношении не только сохранения и продления жизни, но и сохранения функций конечностей, таза и позвоночника.

Сберегательные и восстановительные операции в ранней фазе заболевания снижают летальность и инвалидность при опухолях костей I и II группы. При злокачественных опухолях (III группа) показано комплексное лечение. Перфузия и химиотерапия, антибиотики и радиотерапия в соответствующих случаях находят применение вместе с хирургическими методами, которые являются основными при опухолях трубчатых костей и таза.

Перспективным направлением в хирургии опухолей костей и суставов является метод сберегательной или щадящей хирургии в сочетании с пластической хирургией. Широкая резекция с одномоментной или двухмоментной ауто-гомопластикой или аутопластикой дает известные надежды на функциональное восстановление органов движения. При паллиативных операциях (экскохлеация, частичная резекция) возможен рецидив опухоли. Сберегательные операции возможны также и при некоторых опухолях костей таза в ранней фазе заболевания. Для опухолей с такой локализацией разработаны анатомически обоснованные доступы к различным отделам таза. Это не исключает необходимости применять при злокачественных опухолях таза и радикальных операций (ампутация, экзартикуляция и др.), в сочетании с химио- и рентгенотерапией.

Этапность при хирургическом лечении обширных поражений таза и конечностей (хондросаркомы, опухоли Юинга) позволяет продлить жизнь

пациентам и избавить их от боли. Хирургические вмешательства и химиотерапия при некоторых изолированных опухолевых метастазах возможны и практически оправданы.

Ретроспективный взгляд на развитие костной онкологии обнаруживает широту и глубину развития нашей специальности за последние 50 лет. В 20-е годы ортопеды имели смутное представление о патологии и оперативном лечении опухолей костей и суставов. Встречались единичные случаи, не было системы в изучении большого раздела костной патологии. Опухоли костей были уделом общих хирургов, которые (за редким исключением) предпочитали делать ампутации и экзартикуляции. Полувековой опыт наблюдений ортопедов доказывает обоснованность передачи костной онкологии в руки ортопедов и патологов, посвятивших себя костной патологии в широком понимании этого слова. Надо, однако, сказать откровенно, что и у ортопедов нет еще чувства полного удовлетворения от своей работы в области костной онкологии. Это объясняется тем, что процесс научного развития общей онкологии, несмотря на известные успехи, не решает коренные вопросы новообразований.

Если вся большая проблема не может быть разрешена в данный момент, то имеется основание решать проблему по частям, и это уже будет благом для человечества.

Научные искания продолжаются. Перебирая в своей памяти различные периоды хирургии и ортопедии при лечении костных опухолей, я совершенно объективно могу сказать, что за последние 20 лет сделан значительный шаг как в методах исследования больных с этими тяжелыми заболеваниями, так и в методах лечения. Совершенно новым направлением является путь щадящих операций и возможность успешного замещения значительных дефектов костной субстанции при тех формах опухолей костей и суставов, при которых ранее делалась ампутация конечностей. Потребность в замещении костных дефектов трансплантатами вернула к жизни испробованный ранее метод гомопластики, который, однако, не вполне себя оправдал при замещении суставных дефектов. Поиски наилучших методов пластической хирургии позволили теоретически и клинически обосновать комбинированный метод ауто-гомопластики.



## Глава XI. Работа над монографиями по ортопедии-травматологии \*.

### 11.1. Подготовительный период.

Мысль о создании фундаментальной монографии по ортопедии-травматологии возникла у меня еще в период работы на Урале.

Эта область медицинской науки бурно развивалась, число специалистов росло, а солидного руководства, особенно по оперативной ортопедии, не было.

Мое личное развитие шло таким образом, что, пройдя фундаментальную травматологическую школу Г.Ф.Вегнера и обогатив себя огромным травматологическим материалом в Уральском институте травматологии и ортопедии, я одновременно основательно работал над многими разделами ортопедии и смежных областей. Воспалительные процессы в костях и суставах занимали меня особенно в первые три десятилетия. Личный опыт по этому разделу был отражен в докторской диссертации и в монографии «Инфекционные заболевания костей, суставов и хрящей». Любовь к артритах и артрозам сопутствовала всей моей деятельности. Ревматические и инфекционные артриты, последствия повреждений суставов, а также туберкулезные артриты составляли удел ортопедов, больные с такими заболеваниями шли к ним. Туберкулез суставов в те годы был неотъемлемой частью ортопедии.

В Свердловске был построен туберкулезный санаторий – филиал Института. В Евпатории нами была организована клиника костно-суставного туберкулеза на базе санатория «Талласа», где, кстати, в те годы работал и А.З.Соркин (он был сотрудником клиники). Прекрасное здание, специальный штат клиники, хорошее оснащение, внимание Москвы (с особой признательностью и теплотой я вспоминаю Т.П.Приданникова) к этой клинике дали нам возможность наладить научную работу, привлечь на летний период сотрудников Свердловского института.

В качестве научного руководителя я выезжал в Евпаторий на весь летний период, продолжая контролировать работу клиники и в зимний период.

Хорошие следы работы в Евпатории оставил после себя также и профессор А.К.Шенк.

В клинике удавалось проводить некоторые операции, что оживляло ее работу. Научные конференции в Евпатории приобрели всесоюзный характер, сюда съезжались на лето лучшие представители ортопедии, бывал здесь и С.А.Рейнберг. Клиника была подчинена непосредственно Всесоюзному Управлению курортами.

К сожалению, война прервала научную жизнь Евпаторийской клиники, и чудесное здание Талласа было разрушено. А.З.Соркин переехал в Москву. В Ленинграде П.Г.Корнев энергично развивал научно-исследовательскую работу по костно-суставному туберкулезу. Его институт заслуженно стал

\* В «Приложении» представлены титульные листы 12 книг В.Д.Чаклина

основным центром теоретических и клинических исследований по костно-суставному туберкулезу. Конференции этого Института всегда привлекали большое число ученых, практических работников санаториев. Мы также регулярно участвовали в этих конференциях и здесь впервые доложили о новом оперативном методе лечения туберкулезных кокситов, выступив с тезисом, что анкилоз не является идеалом. При нашем внутритазовом доступе к acetabulum и туберкулезному очагу в крыше суставной впадины удавалось ликвидировать очаг и сохранить хорошую функцию сустава.

Прошло более 20 лет. Я рад, что наша смелая и оригинальная идея внутритазовой операции без повреждения мышц, окружающих сустав нашла дальнейшее развитие не только по отношению к кокситу, но и к туберкулезным гонитам.

### *Работа над рукописью. Жизненный кризис.*

Я умышленно привел некоторые данные об этапах изучения и внедрения в практику отдельных разделов ортопедии, включая и костно-суставной туберкулез. В Свердловске мы начали широко оперировать больных по поводу врожденного вывиха бедра, что в те годы (1931-1941) также являлось новой проблемой.

На Урале ортопедические заболевания представляли собой действительно нетронутый пласт. Я уже говорил о том, что проблемы заболеваний позвоночника и, в частности, развитие идеи переднего спондилодеза нашли свое новое решение в Свердловске. Одновременно появились больные с различными опухолями костей. Соседство с прекрасным рентгеновским отделением физиотерапевтического института (С.А. Покровский) дало возможность оперировать многих больных и гистологически уточнять природу различных опухолей.

Уже в те годы (1933-34) мы разрабатывали щадящие операции в виде широких резекций опухолей с одновременной костной аутопластикой. Принцип сохранения конечностей и его реализация в нашей клинике привлекли значительное число больных.

В ортопедии на Урале появился новый раздел костной онкологии. Любовь к таким пластическим операциям сохранилась у нас до последних лет, хотя энтузиазм хирурга-ортопеда сопровождался иногда и неудачами. Так, по мере научно-практического развития, ортопедия постепенно завоевывала себе все новые разделы в пределах органов движения и опоры. Имея возможность подбирать и сохранять ценные материалы и иллюстрации отдаленных результатов, мы приступили к систематизации накопленного опыта и к подготовке крупной монографии.

Следует подчеркнуть еще одно важное обстоятельство. Предшествующий опыт работы на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, а также любовь к морфологическим наукам и исследованиям в созданной экспериментальной лаборатории с хорошим виварием в

Свердловские расширили наши теоретические возможности и пути проверки новых методов операций. Искания, искания и еще раз искания были и остались до сих пор нашей силой, побуждающей к личному научному развитию и созданию вокруг себя школы опытных ортопедов-травматологов.

После достаточно упорного труда мы представили большую рукопись монографии «Ортопедия».

Это совпало с периодом моего «научного кризиса» в Москве.

Монография была послана на рецензию к одному из ведущих ортопедов г. Москвы, который держал ее у себя в течение 8 месяцев, не давая отзыва. Наконец, после неоднократных напоминаний «Медгиза», этот маститый ортопед, учитывая, очевидно, ситуацию, не имеющую ничего общего с наукой, дал отрицательный отзыв.

В этот период депрессии я подумал: в сущности, имеется некоторая аналогия между поведением проф. Ф-да и поведением другого крупного руководителя, который всячески задерживал выпуск в свет «Ортопедию». Тем не менее, в верхах уже чувствовались иные веяния, и когда я обратился в Министерство, то энергичный молодой заместитель министра Н.А.Виноградов дал немедленное указание печатать книгу.

Так вышла первая в СССР «Оперативная ортопедия», («Медгиз», 1951).

В «Оперативной ортопедии», разумеется, не было никакой крамолы, но были наши оригинальные операции и методы зарубежных авторов, которых я цитировал. В тот период это считалось «преклонением перед зарубежной наукой». Итак, пятнадцатилетний труд увидел, наконец, свет. Впоследствии книга стала настольным руководством для практических хирургов и ортопедов. К концу этого периода я уже работал над двумя томами клинической ортопедии.

Удары и гонения закалили меня. Появилась потребность забыться, отойти от мира интриг. Лучший способ – научное творчество. Много разъезжая по периферическим отделениям и беседуя с хирургами (ортопедов было мало), я чувствовал огромный пробел: у нас отсутствовало фундаментальное руководство по клинической ортопедии. Нужно было учить молодежь элементарной ортопедии. Потребовались 6 лет упорного труда для выпуска двух книг: книга первая – общая ортопедия, книга вторая – частная ортопедия с номенклатурой ортопедических заболеваний на русском и латинском языках. Здесь излагались заболевания и повреждения органов движения и опоры.

Нужно отдать должное дирекции «Медгиза», которая выпустила книги (Москва, 1957 г.) на хорошей бумаге. После выхода в свет двух книг по ортопедии я принялся за подготовку третьего тома – «Основы оперативной ортопедии и травматологии». С 1951 г. многое изменилось в теоретической, клинической и особенно в оперативной ортопедии. Потребовалось семь лет упорного труда, чтобы подготовить к печати новый том («Основы оперативной ортопедии и травматологии»). К этому времени созрели

некоторые теоретические концепции, например, концепция активного прерывания патологического процесса. Мы обогатились теорией в области костной пластики (ауто-гомопластики), стали твердо на новый путь шадящих операций при опухолях костей, обосновали возможность физиологической перестройки позвоночника, разработали и внедрили метод передней клиновидной резекции тел позвонков и спондилодеза, метод лечения сколиоза и остеохондроза. Оперативная техника и методы претерпели значительные изменения. Помню, как отрабатывался этот третий том «Основы оперативной ортопедии и травматологии». В комнате при госпитале, куда удалось перевезти мою библиотеку, после рабочего операционного дня я просиживал до поздней ночи, неоднократно перерабатывая и дополняя свежими материалами отдельные главы книги. Характерно то, что многие материалы и операции описывались в ней впервые, без предварительного опубликовывания в журнале, вследствие чего книга приобретала признаки новизны. В монографию вошли также некоторые наши концепции и теоретические основы. Детали некоторых методов операций отрабатывались в госпитале и затем вносились в книгу. Таким образом, госпиталь стал для меня не только местом новой работы, но творческой лабораторией, в которой проверялись более совершенные методы лечения. Хорошо налаженная система проверки результатов лечения и материалы архива позволили проследить отдаленные исходы лечения. Особенно важно было обосновать методы операций при воспалительных заболеваниях (туберкулез, остеомиелит), а также опухолях костей и суставов. Продолжались мои наблюдения над больными после операций на телах позвонков по поводу сколиоза. Последствия военной травмы были представлены в виде разнообразного материала, который, к сожалению, не мог быть помещен в такой мере, в какой мне хотелось бы его видеть в монографии, отражающей личный опыт в области травматологии и ортопедии. В 1964 г. издательство «Медгиз» хорошо оформило книгу, и она, по отзывам, стала руководством для хирургов и ортопедов-травматологов. Итак, на протяжении 13 лет были выпущены 4 книги, из которых «Основы оперативной ортопедии и травматологии» («Медицина», 1964г.) оказалось наиболее удачной.

Можно было отдыхать и почивать на лаврах. Но мысль нельзя остановить, рождались новые идеи, возникали в голове новые методы исследования и лечения.

Предложение Н.П.Новаченко участвовать в издательстве нового трехтомника, как уже упоминалось в главе II, я отклонил, так как не был уверен в его успехе. Как показало время, я не ошибся в этом.

Опыт по созданию крупных монографий в соавторстве с другими ортопедами-травматологами убедил меня в том, что книга получается тем лучше, идея и научное направление тем яснее, чем меньше будет участвовать авторов с различными направлениями.

Книга, не объединенная общей идеей и не отражающая основные принципы

подхода к больному, болезни и ее лечению, напоминает лоскутный сборник статей различных авторов. Вот почему, как в книге «Основы оперативной ортопедии и травматологии», так и в двух томах «Руководства по хирургии» (тома XI и XII, 1960-1961г.г.) основные главы я писал сам, стараясь сохранить функциональное направление в хирургии и ортопедии, а другие главы редактировал в соответствующем направлении.

Выпущенные мною за последние десятилетия три тома (общая ортопедия – книга 1, частная ортопедия – книга 2, и основы оперативной ортопедии и травматологии) содержали далеко не полный материал, так как были сокращены издательством. Книги требуют в настоящее время дополнений и поправок, но в свое время положительную роль они сыграли, особенно в подготовке молодых ортопедов-травматологов.

С другой стороны, подготовка к изданию указанных книг дала возможность позднее перейти к более глубокой разработке и отражению в печати новых разделов нашей специальности, освещая материал с современных позиций ортопедической науки. Так возникли новые монографии: «Костная пластика» («Медицина», 1971г.), «Сколиоз и кифозы», написанные совместно с профессором Е.А.Абальмасовой («Медицина», 1973г.) и «Опухоли костей» («Медицина», 1974г.).

Чем я огорчен и неудовлетворен? Тем, что не мог объединить и переиздать свои две книги по травматологии: «Переломы костей и их лечение» (Свердловск, 1935г.) и «Переломы костей и их лечение» (Свердловск, 1936г.), где мною совместно с учениками отражены некоторые идеи, которые теперь декларируются, как нечто совершенно новое. Например, вопрос о васкуляризации и оссификации, о возможности первичного заживления при переломах. Надеюсь, что, может быть, мои ученики переработают и издадут новую монографию «Переломы костей и повреждения суставов», чему я отдал большую часть своей жизни, начиная с вегнеровского периода.

Опыт работы с трехтомником и другими монографиями показал, какие невероятные усилия и настойчивость требуются от автора для преодоления препятствий, закулисных интриг недобросовестных рецензентов прежде, чем книга дойдет до читателя.

Автор должен «пройти между Сциллой и Харибдой».

Выше я уже приводил историю с задержкой на 8 месяцев рецензии на первую в СССР книгу «Оперативная ортопедия». Нечто аналогичное я испытал с одной из рецензий на рукопись «Сколиоз и кифозы».

Невольно вспоминаются крылатые слова одного из писателей: «Книги подобны зеркалу: если осел заглянет в него (зеркало), нельзя ожидать ангельского изображения».

Другой рецензент (уже после смены главного редактора «Медгиза») дал весьма положительную рецензию на нашу рукопись «Сколиоз и кифозы».

Я очень ценю самую строгую критику с точным указанием того, что нужно изменить, переработать или дополнить, но строить критические замечания по мелочным вопросам, не касаясь серьезного существа книги, это то же,

что можно найти в басне Крылова, когда Волк говорит: «Ты виноват уж тем, что хочется мне кушать». Применительно к рецензенту не хватает лишь одного слова: “кушать” автора.

Так шла жизнь - творчество и огорчения попеременно. Период депрессии и администрирования сменился периодом оживления научной мысли и раскрытия возможностей для истинной науки. Я рад, что после тяжелого периода гонений, болезненно отразившихся на некоторых ученых, периода депрессии, затормозившей прогресс науки, особенно биологической, эти строки пишутся под впечатлением нового этапа в жизни : широких возможностей для творчества ученых, которые всегда были стойкими защитниками прогресса и всего передового в жизни нашей Родины.

К сожалению, успех и оценка труда ученого приходят иногда с опозданием, но такова жизнь.

### *11.2. Процесс творчества.*

Он, очевидно, не одинаков у различных ученых и писателей. Работа над медицинской книгой – сложный процесс. Требуется большой подготовительный период, зрелость суждений, хорошая теоретическая основа, значительный личный опыт, который проверяется временем и отдаленными наблюдениями. Наконец, необходимо постоянное изучение медицинской литературы как отечественной, так и зарубежной. Все наблюдения, литературные выписки, краткие истории болезни, рентгенограммы, микрофотограммы и другие материалы по мере их накопления хранят в отдельных папках, распределяя материал по разделам нашей специальности. Если автор работает над одной проблемой, ему легче распределить свой материал по разделам, которые впоследствии станут главами монографии. Гораздо сложнее обстоит дело, когда собирается материал для крупной монографии, включающей в себя многие проблемы и разделы травматологии и ортопедии. Такие монографии иногда пишут 10-15 лет. Разумеется, здесь я говорю о так называемых коллективных трудах, которые составляют по материалам чужих источников, прибавляя лишь частицу своего труда.

Оригинальная монография обычно отражает кредо автора, его концепции, его научное направление, новые оригинальные методы исследования и лечения, а также модификации методов других авторов. Техника операций и анатомо-физиологическое обоснование некоторых методик излагаются в сжатой форме, дополняются убедительными рисунками и рентгенограммами с отдаленными результатами лечения.

*План работы.* Вначале он не всегда бывает ясен самому автору до накопления достаточного материала. Затем его контуры постепенно вырисовываются. Возникает первый, «сырой», образец оглавления, который в процессе обработки книги меняется многократно.

*Структура* книги определяется ее внутренним содержанием и шириной

проблемы. Правильно построенная монография облегчает пользование ею. Окончательная структура книги создается в конце работы автора и нередко частично видоизменяется по рекомендации редактора. У меня неоднократно возникал вопрос при подготовке к печати большой монографии: по какому признаку создавать структуру книги? По анатомическим областям человеческого тела или по клиническим формам заболевания? В большинстве своих монографий я следовал смешанному принципу. Вначале излагается патология, клиника и лечение по признакам заболеваний, затем следуют разделы, построенные по анатомическому признаку. Последнего принципа особенно полезно держаться при построении больших монографий с оперативным направлением. В таком случае общий хирург и ортопед-травматолог легко могут найти нужную для себя анатомическую область хирургического вмешательства. Подобное изложение облегчает также возможность освещать оперативную технику с анатомо-топографических позиций. Я нахожу полезным изложение кратких анатомо-топографических данных в сочетании с некоторыми физиологическими и биомеханическими данными локомоторного аппарата, что бывает полезно для практикующих врачей и специалистов по реабилитации.

*Изложение материала* может быть пространным (описательный стиль изложения) или предельно кратким. Многие читатели, которые пользовались моей книгой «Основы оперативной ортопедии и травматологии», говорили не в виде комплимента, а скорее в форме сожаления, что некоторые главы написаны настолько в сжатой форме, что нельзя вставить ни одного слова. Особенно это относится к описанию техники некоторых операций. Но автор находится под тяжелым прессом договора с издательством, а бухгалтерия бывает строже любого рецензента. Нужно сказать без преувеличения, что моя первая книга «Оперативная ортопедия» издания 1951 года была сокращена на одну треть своего первоначального объема. Описательный стиль изложения мы находим в интересных монографиях П.Г.Корнева по костному туберкулезу. Когда дается большой листаж на монографию по одной проблеме, то можно применить клиническо-описательный стиль изложения. Сухое перечисление фактов или излишне сжатое изложение операций придает книге слишком строгий стиль. Приведение собственных клинических наблюдений с краткими историями болезней оживляет монографию, придавая ей индивидуальный стиль изложения. Я, например, люблю излагать свои мысли и концепции, разделяя текст не только по главам, но и в отдельных главах выделяю места, на которых делаю акцент в заголовке (подтекст). В такой форме содержание большой главы доходит до читателя более четко. Говоря о стиле изложения, следует повторить удачное французское определение: «стиль – это сам человек». Собранный, сжатый стиль присущ чаще всего хирургам, которые меньше пишут, больше делают. Клинико-описательный стиль изложения чаще присущ невропатологам и терапевтам.

Индивидуальность исследователя и характер освещения проблемы

сказываются на стиле монографии. Даже среди литературных произведений нередко встречаются скучные книги, в которых не чувствуется широкого диапазона мышления автора, нет остроты, «изюминки», фабула неинтересна, стиль оставляет желать много лучшего. Подобное же явление, правда, с иным содержанием можно встретить и среди медицинских монографий. Освещение проблемы не только со своей личной точки зрения, но и с точки зрения других авторов, включая и зарубежных, несколько оживляет изложение, особенно, когда дается критический анализ противоречивых точек зрения. Элементы дискуссии в монографии допустимы, иначе текст выглядит иногда в подчеркнуто «вегетарианском» стиле. Нужно смело отображать собственные концепции, собственные критические суждения по тому или иному вопросу, тогда книга «имеет лицо» автора. Многие молодые ученые, особенно докторанты, боятся критических возражений оппонентов. Но в том и заключается ценность открытой защиты своих тезисов, что автор вправе защищать оригинальные положения работы, даже если это не нравится некоторым оппонентам.

Нечего бояться и критических рецензий. Читая многие из них, думаешь, для чего собственно рецензент излагал свою оценку? В рецензии больше трех четвертей ее текста посвящается изложению содержания книги по главам (кому это нужно?), и лишь в конце имеется два-три замечания по существу. Интересно то, что на мою первую книгу «Оперативная ортопедия» ленинградский состав ортопедов, расчленив книгу по главам, дал не вполне дружественную рецензию. Но книга, по словам и отзывам многих специалистов, стала настольным руководством для хирургов и ортопедов-травматологов. Недостатки я тоже учел при выпуске другой книги «Основы оперативной ортопедии и травматологии». Дельная рецензия приносит пользу не только рецензенту, но и автору. Наряду с изложением содержания мы придаем исключительно большое значение иллюстративному материалу книги. Недооценка важности иллюстраций в изданиях по ортопедии-травматологии значительно обедняет всю книгу. Интересное сопоставление нам удалось наблюдать при издании «Ортопедии» (книги 1 и 2, 1957г.). Они были изданы сравнительно неплохо для того периода работы издательства «Медгиз». Через несколько лет (1965г.) эти же две книги были выпущены в Будапеште издательством Академии Наук. Получилась заметная разница в выполнении рисунков. Разумеется, качество бумаги тоже имеет значение, но рисунки стали неузнаваемы в лучшем смысле этого слова.

Большая беда наших научно-исследовательских институтов заключается в том, что у нас нет медицинских художников, нет культуры эстетики в медицине, вследствие чего первичные материалы (рисунки, рентгенограммы) поступают в журналы и в издательство в жалком виде. В Свердловском институте травматологии и ортопедии мы добились появления должности художника, который готовил рисунки с гистологических препаратов и схемы операций. Многие его рисунки до сих пор украшают отдельные главы моих книг. Нужно проявлять большую требовательность

к первичным рентгенограммам и умело хранить их вместе с картотекой кратких данных о больном и его заболевании.

Такой личный архив ученого помогает ему работать и выпускать монографии с отдаленными результатами лечения. Подбор хороших иллюстраций, схем операций, длительная работа автора с художником составляют не менее важную часть его творчества, чем подготовка текста. Я всегда держусь принципа: «учи не наказом, а показом». К сожалению, это до сих пор составляет трудную сторону жизни в работах ученого. Значительно облегчается его труд при наличии толкового секретаря и опытной машинистки.

Часто в штате администрации имеется должность секретаря, но такой секретарь не имеет ничего общего с наукой. Здесь говорится о личном секретаре ученого, как это практикуется в других странах. Он ведет большую подготовительную работу при подборе материалов и подготовке монографии к печати. Я уже не мечтаю о стенографистке, которая также сокращает труд ученого, делая его более продуктивным. Но этим далеко не исчерпывается подготовительная работа над монографией.

### *11.3. Последующая обработка материала.*

При подготовке многих монографий я держался такого правила: когда основные главы были написаны, я укладывал их в папку и оставлял без движения на несколько недель и даже месяцев. Затем многие главы снова перечитывал, дополнял, убирал лишнее, исправлял стиль. В этот «вторичный творческий» заход желательно дать просмотреть текст критически мыслящему помощнику или представителю литературному редактору, знакомому с медициной. Его замечания по главам и по монографии в целом имеют большое значение, причем я всегда прошу быть весьма строгим и придиричивым.

Всякое замечание на этом этапе работы принимается с благодарностью. Недостатки виднее со стороны, а исправления в текст вносятся сразу. Далее составляется рабочее оглавление и первый вариант оглавления книги. Собранный из разрозненных глав первый вариант книги снова перечитывается автором, вносятся некоторые сокращения, делаются вставки на машинке и на нужных местах укладываются рисунки или схемы операций пока еще без порядкового номера. К этому времени должны быть готовы отпечатки рентгенограмм и основные художественные зарисовки.

В процессе повторного авторского чтения намечаются места расположения рисунков. Опись их составляется позже. Тщательность обработки текста со всеми вставками и перепечатка на машинке исправленных страниц составляет существенную часть работы. Количество страниц текста должно быть тщательно подсчитано с учетом количества листов, требующихся для рисунков. Я понимаю, что в период длительного творческого процесса появятся некоторые дополнительные данные и новые мысли, которые автор

захочет включить в монографию, но это нужно сделать на этапе повторной вычитки текста, чтобы перейти к нумерации страниц. В это же период нужно окончательно отшлифовать стиль, избегая трафаретных выражений и длительных «гоголевских» периодов речи. Лучше держаться кратких фраз с точным выражением мысли автора.

Всякий раз, работая над книгой, я вспоминаю слова блестящего стилиста Сомерсета Моэма: «Книга должна заставить Вас думать и должна удовлетворять Ваше эстетическое чувство. Но, прежде всего, ее содержание должно захватывать Вас. Нельзя злоупотреблять словами», - говорит он далее. «Я был изумлен, когда обнаружил, сколько прилагательных и глаголов можно было выбросить из рукописи, не нарушая существа и содержания рассказов». Часто пишут бесполезные слова лишь потому, что они «закругляют фразу». Можно удачно сбалансировать фразы, не прибегая к словам, которые не обязательны для выражения определенной мысли. Увы, далеко не все эти пожелания реализованы мной в моих книгах.

Когда текст будет готов в окончательной форме и страницы пронумерованы, начинается не менее сложный этап: составление описи рисунков. Прежде всего, должно быть уточнено их количество, они должны быть разложены по соответствующим страницам. Автор лично, пересматривая главы, уточняет месторасположение каждого рисунка, дает ему номер на обратной стороне фотографии, подписывает рисунок и в специальной описи дает ему краткое точное название. Желательно, чтобы рисунки распределялись равномерно. Впрочем, это зависит от содержания текста. Нередко в процессе работы опись рисунков приходится переделывать многократно по мере сокращения количества рисунков. Повторяю, что все рисунки должны быть обсуждены с художником и тщательно проверены после получения из литографии. Особое внимание следует обращать на отводы и проверить, соответствуют ли они описанию рисунка по описи.

Работа над литературой – существенная часть создания книги. Уже в самом начале подготовки рукописи необходимо брать в картотеку все источники, которые цитирует автор. Затем карточки сортируют по главам. При заготовке карточек и печатании списка литературы требуется соблюдать строгий порядок и последовательность печатания: автор статьи, название работы, название журнала; причем необходимо строго держаться принятого международного сокращения названия журналов. Далее следует указание года, тома, страницы. Для книги обязательно указание издательства и года издания. Хорошо, когда список иностранной литературы проверяет или готовит опытный библиограф. Трансляция иностранных названий в солидной книге должна быть безупречной. К сожалению, приходится видеть ошибки при печатании даже в моей недавней книге «Костная пластика». Рукопись идет к неизвестному рецензенту. Лучше, если рецензент строг, но деловит и укажет на слабые места, на повторения в тексте, на литературные ошибки, на несоответствие между текстом и рисунком. Нужно ценить такую критику больше, чем похвалу. После получения замечаний рецензента дается

срок на внесение поправок. Право автора - не соглашаться с рецензентом по тем принципиальным положениям, где автор абсолютно уверен в своей правоте. А лучше прислушаться и еще раз проверить то, о чем пишешь. И этим еще не заканчивается труд над изданием своей книги. Далее следует проверка гранок, сверка рисунков после получения их из типографии. В первых книгах я вносил исправления и небольшие дополнения даже в гранки, потому что появлялось нечто новое, что хотелось отразить в печати. Книга должна отражать самое свежее, последнее, что заслуживает внимания из личного опыта и из мировой литературы. Борьба за качество бумаги и качество рисунков должна быть решительной. Многие зарубежные журналы, давая высокую оценку содержанию наших книг, весьма сдержанно оценивали рисунки. Многолетние наблюдения, концепции автора, отраженные в книге, рисунки, рентгенограммы, эстетическая сторона оформления книги должны составлять общую гармонию. Нельзя автору быть в положении «бедного родственника», который выпрашивает у издателя то, что принадлежит ему по праву.

Мы привели здесь некоторые особенности работы автора над рукописью. Разумеется, не все работают в одинаковом стиле. Но одно очевидно для всех: издание книги – кропотливый и тяжелый труд .

Настоящие страницы пишутся для молодых авторов, которым, может быть, пригодятся наши личные замечания по важному вопросу работы над книгой. Иногда, начиная первую книгу, вспоминаешь легенду о сотворении мира: «вначале бе твердь». Картина хаоса первоздания, много авторской воды, которую постепенно удаляешь из книги. Молодые авторы долгое время раздумывают, с чего начать диссертацию или небольшую книгу. Пусть их не смущают трудности. Даже немолодым ученым приходится многое переделывать из ранее написанного ими. Создается иногда два, три различных текста книги прежде, чем автор остановится на отработанном варианте. К мнению опытного редактора приходится прислушиваться.

Здесь изложена примерная схема отработки монографии, которую пишет один автор. Гораздо сложнее объединять в стройную систему материалы нескольких участников книги, что мы испытали при подготовке к печати многотомного руководства по хирургии (том XI и XII). Но об этом мы не можем писать подробно.

Завершение многолетнего труда, казалось бы, должно стать праздником, но для автора, привыкшего трудиться и вести жизнь, наполненную творчеством до отказа, переход к временному бездействию, пустоте является периодом какой-то внутренней неудовлетворенности, периодом неполноценной жизни. По-видимому, существует инерция творчества. В такой переходный период нужно дать своему мозгу и эмоциям другое направление, переключиться с одного вида впечатлений на другой, например, на музыку, литературу, стать ближе к природе, к солнцу, морю. Но, между нами говоря, даже в этих условиях нас тянет к перу и бумаге.



*В.Д.Чаклин (60-е годы).*

## **Глава XII. Ученый и его творчество. Наука и искусство в ортопедии и пластической хирургии.**

В нашей стране всегда высоко оценивались научные школы, которые создавались крупными учеными. В медицинском мире, например, широко известны школы И.П.Павлова, С.П.Боткина, Г.Ф.Ланга, Н.Н.Бурденко и многие другие. Такие ученые создавали особое направление в той научной области, в которой они работали и оставляли после себя достойных учеников.

Существуют различные категории ученых. Одни работают одиночками и, тем не менее, вносят значительный вклад в науку. Крупные философы древности были крупными учеными-одиночками, но оставили после себя вечные мысли. Другие создают вокруг себя учеников и, заставляя их работать, сами не теряют творческой способности до пожилого возраста. Наконец, третьи, развивая кипучую энергию на служебном поприще, добиваются высокого положения в науке.

Пожалуй, для первых двух категорий ученых характерной чертой становится создание оригинального научного направления или рождение крупной идеи, практическая значимость которой вполне оценивается через многие десятки лет. Нельзя упрекать ученого за его своеобразную индивидуальность в научной работе, т.к. в этом заложена особенность его

творчества. Лишь бы творчество имело теоретическую или практическую ценность.

Идеи – чаще всего продукт индивидуального творчества; иногда рождение идеи подготавливается годами предшествующей работы многих исследователей. Важно культивировать и своевременно продвигать для реализации оригинальные идеи, а не только техническое решение небольших вопросов в науке и в медицинской науке в частности. В развитии идей и широкого научного мышления было величайшее значение Университетов с их воспитанием глубоко мыслящих ученых.

Общим для всех наших исследований и нашей школы является биологическое направление и создание функциональной ортопедии-травматологии.

Мы считали возможным подчеркнуть это направление в противоположность излишнему «технизму» в биологической науке.

Не отрицая огромного значения технического усовершенствования в методах исследования человеческого организма, мы не поощряем слепого перенесения в практику костной хирургии множества средств металлического и пластмассового остеосинтеза, особенно выполненного кустарным путем, при котором количество осложнений увеличивается. Следует поощрять развитие биологической мысли, понимания процессов остеогенеза и твердого знания негативных реакций костной ткани на различные раздражители.

### *12.1. Новизна идеи и претворение ее в жизнь.*

Идея может быть одна, ее техническое выполнение – многообразно. Иногда у ученого рождается какая-либо концепция, и он сам ее претворяет в жизнь, как это бывает, например, у хирургов, ортопедов, композиторов. Но чаще теория создается годами в голове ученого, а претворяют ее в жизнь другие в течение ряда лет. Как у хирургов-ортопедов, так и у композиторов создание теоретической концепции и нового метода или музыкального произведения завершается и передается исполнителям различными путями. К сожалению, исполнители бывают разные. О некоторых исполнителях немцы говорят: «Gute Leute, schlechte Muslcante».\* Иногда бывает так, что хирург или ортопед-травматолог, наблюдая исполнение своего метода в руках других, не узнает своей операции.

Важна новизна идеи, а для выполнения ее ищут различные пути.

В хирургии, ортопедии-травматологии, да и в других областях медицины, наблюдается следующее явление: создается новый оригинальный метод операции. Автор вынашивал идею многие годы, обосновал теоретически и описал в одном из журналов. Затем появляются различные варианты метода, авторы вариантов приписывают себе новизну метода операции (или исследования), даже не ссылаясь на то, что опубликовано в печати. Эта «поэтическая вольность» (*licentia poetica*), к сожалению, приобретает

---

\* *Хорошие люди, но плохие музыканты (нем.).*

распространение. В создании нового метода прежде всего важна оригинальная идея, а небольшие технические изменения можно назвать лишь модификацией основного метода. Так, например, получилось с методом операции на телах позвонков. Как известно, такая операция была выполнена нами в Свердловске (июнь 1931г.), причем был использован более безопасный внебрюшинный доступ. Затем появились описания чрезбрюшинного доступа к телам позвонков и различные варианты переднего спондилодеза. Но основная идея операции, обоснованная теоретически и выполненная впервые в Свердловске, остается за автором, несмотря на различные модификации. От рождения идеи до ее опубликования нередко проходит длительный период времени.

Многое зависит от содержания работы и руководства учреждения, из которого выходит работа. Идея комплексного метода исследования, когда представители нескольких теоретических дисциплин и кафедр совместно с клиницистом решают какую-либо большую проблему, заслуживает одобрения. Ценность такого исследования увеличивается. Но прекрасная идея порой принимает уродливые формы, когда руководитель учреждения участвует (номинально) почти во всех работах своих сотрудников даже в тех случаях, когда он лично ничего не сделал по материалу представленной статьи. Право и обязанность руководителя стимулировать исследования и продвигать их в печать, не обязательно приписывая свое соавторство.

Порой за количеством выпущенных работ теряется их качество. Стиль работ также оставляет желать лучшего.

Еще сложнее обстоит вопрос с продвижением в жизнь медико-технического изобретения. Здесь от создания технической модели до ее внедрения часто проходят годы. В таких случаях ускорению реализации изобретения иногда помогает лишь сломанная нога или болезнь какого-либо крупного технического руководителя. Можно с благодарностью вспомнить техническую помощь крупных ученых и инженеров, которые охотно шли навстречу исканиям хирургов и ортопедов-травматологов, неразрывно связанных с постоянным усовершенствованием аппаратуры, искусственных суставов и другой техники.

Нужно подчеркнуть, что, несмотря на то, что медицинская наука связана теснейшими узами с естествознанием, достижения современной техники, биофизики, биохимии, кибернетики и других теоретических дисциплин не чужды ученым медикам и практическим работникам здравоохранения.

В настоящее время существует большой разрыв между достижениями медицинской науки и практическим внедрением в обиход периферийных учреждений здравоохранения. Кроме печати, важны личные контакты, демонстрации методов исследования и операций на местах, беседы за круглым столом (не обязательно только на банкетах). Такой путь внедрения новых методов испытан нами в свое время на Урале. Наше посещение (1971г.) Харьковского института ортопедии и травматологии, наш доклад, обход, научные беседы за круглым столом, проведение дня редакционной коллегии

с критикой работ были полезны не только для хозяев и молодежи, но и для меня – уже немолодого научного руководителя и педагога, воспитывавшего молодые кадры.

В ряде крупных периферийных научных учреждений ведутся интересные и оригинальные научные исследования, которые необходимо быстрее продвигать в жизнь. Я хотел бы особо подчеркнуть качество научных работ и качество лечения, как важнейшие критерии оценки работы научно-практических учреждений. Количеством нас теперь не удивишь, а качественные показатели необходимо вырабатывать и почаще обсуждать, не стесняясь анализировать свои ошибки и осложнения.

### *12.2. Некоторые препятствия к развитию медицинской науки.*

На первый взгляд кажется, что для научного творчества ученого или научного работника нет существенных препятствий, кроме собственного желания, но если серьезно проследить формирование интеллекта ученого и развитие его идей на определенном промежутке времени (скажем, на протяжении 50 лет), то легко будет заметить, что такое развитие определяется очень многими факторами. Некоторые мысли по этому поводу я привожу, возможно, слишком субъективно. Нам кажется, что препятствия к развитию части ученых можно разделить на: а). субъективные и б). объективные. Заранее оговорюсь, что, несмотря на некоторые препятствия, наша медицинская наука сделала огромный скачок вперед за последние 50 лет.

#### *А). Субъективные препятствия.*

Большинство из них не требует особых пояснений, и поэтому я их просто перечислю:

- недостаточное общее образование;
- незнание иностранных языков;
- неполноценность информации. Теоретическая неподготовленность по разделам биологической науки, в частности, по генетике, по морфогенезу и эмбриогенезу человека и его соединительной ткани;
- неумение работать над большими проблемами;
- нетренированное аналитическое и синтетическое мышление;
- отсутствие привычки к регулярной научной работе;
- разбросанность вместо концентрации ума на одной большой проблеме;
- нарушение физиологических условий чередования умственной и физической (спортивной) работы.

Многие из перечисленных выше «субъективных» причин могут быть устранены в процессе исследования и роста молодого ученого. Самое трудное – втянуться в научную работу, а затем она становится необходимостью, основной частью жизни ученого. Разумеется, я не представляю себе ученого-аскета, ученого-«сухаря», который далек от радостей

жизни. Таких ученых, пожалуй, можно было найти в романах Жюль Верна. Современный ученый – это фигура общественная. Но нерентабельно было бы ученого, на которого затрачены государством большие средства, превращать в общественного деятеля по преимуществу. Одно обстоятельство мне знакомо: если в голове возникла какая-либо идея, то ученый ходит с этой «тяжестью» до тех пор, пока не “родит” ее на свет божий, как говорят. В этот период вынашивания идеи он не принадлежит ни семье, ни обществу. В этом заключается своеобразие ума и центров человеческих эмоций. Все сконцентрировано на одной точке. Мысленно я представляю творческий процесс и эмоции К.Э.Циолковского. Ни насмешки, ни окружающая общественная среда, ни бедность – ничто не могло изменить направление его мысли. Прозорливость ума и упорство ученого вели его к величайшей цели – истине. На древней вазе, которая была найдена при раскопках, были начертаны слова: «Истина – красива, красота – в истине».

#### *Б). Объективные факторы.*

Администрирование в крупном научном институте полезно ученому для продвижения в жизнь некоторых идей и создания базы для творческого процесса не только себе и своим сотрудникам. Соединение администрирования с научным руководством иногда бывает затруднительно, и тогда директор подбирает себе заместителя, который не должен тормозить научную работу других сотрудников.

Заседания в Министерстве, на различных ученых советах, в ВАКе и на других совещаниях отнимают значительную долю времени ученого. Когда читаешь длинный список учреждений, которые чтят память академика, задумываешься над тем, как долго покойный мог выдержать такую нагрузку.

К объективным помехам относятся также:

- конференции, пленумы, съезды, регулярные заседания на Ученом совете института;
- загруженность ученого организационной работой;
- неустроенный быт;
- отсутствие секретаря-машинистки;
- отсутствие медицинского художника и хорошего фотографа (микрофото);
- недоступность информации;
- отсутствие контакта с учеными других стран;
- отсутствие условий для дискуссий.

Неустроенный быт относится к числу очень важных факторов, мешающих научной работе. Нет смысла подробно останавливаться на быте: жилище ученого, транспорте, питании и прочих благах. Если хирург после тяжелой операции не может уютно и вкусно поесть в своем учреждении (не бесплатно, разумеется), если после огромного напряжения и труда он идет домой пешком или разыскивает случайную машину, то это плохо. Подобный «неустроенный быт» я чувствую на себе. Беда в том, что администраторы питаются в лечебном учреждении, а в каком состоянии уедет ученый после

операции, их мало беспокоит. Мы часто говорим о теплоте и сердечности врача. Почему же мы не проявляем этих качеств в отношениях друг к другу? Мы просто забыли элементарную коллегиальность и заботливость о старших.

Прогресс медицинской науки нельзя рассматривать под углом зрения одной какой-либо страны. Контакты с другими учеными, обмен мыслями, даже споры одухотворяют ученых и рождают новые идеи. Почему в зарубежные поездки направляют чаще всего одних и тех же «проверенных» лиц? В смысле обмена опытом и знакомства с новыми достижениями наши ученые поставлены в менее благоприятные условия, чем даже польские, югославские ученые. Мы живем надеждой, что все это постепенно «образуется».

### *12.3. Наука и искусство в ортопедии и пластической хирургии.*

Медицина как наука есть познание закономерностей в физиологическом и патологическом состоянии человеческого организма. Но, кроме исканий, нужно еще уметь претворять знания в материальные формы. Это можно делать так, как делает посредственный ремесленник, или делать это с большим искусством, в художественной форме, что особенно заметно в ортопедии и пластической хирургии.

Интересен факт сочетания у одного и того же лица научных знаний и художественного отображения этих знаний, например у Леонардо да Винчи. Талант отображения действительности или мечты у классических мастеров художественного искусства доходит до высокого совершенства, образцом которого, например, был Тициан или Репин. Еще студентом Харьковского университета, посещая реконструированный анатомический театр, созданный талантливым В.П.Воробьевым (после «холодного» Зоммера), я изумлялся богатству художественных росписей на стенах анатомического театра и аудитории, где можно было видеть картины Леонардо да Винчи. Талантливый педагог и широко образованный ученый В.П.Воробьев старался с первых курсов привить студентам элементы знаний и эстетики. Частично этой способностью обладал и К.Ф.Вегнер, который сочетал знания патофизиологии мышц при травме костей и искусное отображение этих знаний в своих прекрасных рисунках. В данном случае я имею в виду проявление знаний в большом искусстве ортопедической и пластической хирургии.

На вопрос: «что такое хирургия – наука или искусство?» – нельзя ответить односложно.

С одной стороны, хирургия и ортопедическая хирургия, в частности, строятся на теоретическом фундаменте, в основе которого лежат морфология, патологическая физиология, биохимия и другие теоретические дисциплины и, кроме того, ортопедическая хирургия имеет свои теоретические концепции. Теоретический базис и теоретические концепции

позволяют научно мыслить не только в постановке сложного диагноза болезни, но и в понимании дальнейшего хода болезни, в прогнозировании, приближаясь к истине, а также в поисках путей активного прерывания патологического процесса и радикального излечения болезни с сохранением функции органов движения, где это возможно. Как в постановке сложного диагноза, так и в определении показаний к операции имеет существенное значение практический опыт и логическое мышление. Осведомленность о современной литературе, зрительные образы различных патологических процессов в рисунках и личный опыт помогают мне в значительной степени при постановке диагноза. Логическое мышление, основанное на критическом разборе анамнеза, изучение клинико-рентгенологических факторов с учетом динамики процесса и морфологических исследований (пункционная и открытая биопсия) приводят к логическому выводу о диагнозе. Правда, иногда приходится осматривать больного дважды, трижды, прежде чем остановишься на окончательном решении. В неясных случаях, подавляя чувство снобизма, даже крупный специалист обязан консультироваться с представителями смежных дисциплин. Многочему учит критический анализ собственных диагностических ошибок. Разумеется, в центре внимания находится больной человек с его психическими особенностями. С другой стороны, хирургический акт, подчас очень сложный, требует от хирурга большого искусства. Можно иметь научно обоснованный план операции, но выполнить ее без должного искусства, и тогда нельзя ожидать желаемого результата. В период постановки сложного диагноза, определения плана лечения и выполнения крупной операции совершается сложный творческий процесс, в котором участвуют не только руки хирурга, но и его мозг, эмоции – все существо человека и врача. Иногда приходится отступать от намеченного плана операции в зависимости от обнаруженных патологических изменений тканей, и тогда возникают новые мысли. В этот момент творческого процесса проявляется индивидуальность хирурга, его знания, искусство, уверенность, которые помогают успешно выполнить сложную операцию. Творческий процесс происходит не только в период уточнения данных и построения плана хирургической операции, но и особенно в процессе выполнения самой операции. Здесь уместно упомянуть важность еще одного человеческого качества: честность хирурга перед собой. Смелость не должна превышать умелость, и в процессе выполнения операции хирург не должен забывать ни одной технической детали. Операция – научно обоснованный творческий процесс, но одних знаний недостаточно, нужно и умение.

Искусство хирурга или ортопеда служит проявлением его индивидуальности и умения создать благоприятный фон для операции. Часто говорят: “У него золотые руки”. Но при этом забывают важное обстоятельство: чтобы так искусно оперировать, хирургу пришлось много лет учиться, познавать смежные области науки, например, топографическую анатомию, что придает хирургу уверенность в его действиях.

В диагностике и особенно в восстановительной и пластической хирургии нужно развивать мастерство, помня, повторяюсь, что совершенная ваза никогда не выходила из рук плохого мастера.

Искусство хирургии воспринимается и трактуется отдельными лицами неправильно. Применительно к хирургии и ортопедии оно дает право чрезмерно смелому хирургу делать не всегда обоснованную операцию. Переоценка своего искусства приводит к ошибкам, которые приходится исправлять другим ортопедам. Создается некоторая вольность индивидуального творчества и психологическое чувство, которое можно было бы выразить словами: «лучше грешить и раскаиваться, чем раскаиваться в том, что не грешил». Стремление к оригинальности и к славе свойственно особенно молодым ортопедам-травматологам, когда они занимают самостоятельное положение. Красиво сказал об этом Байрон: «*Fame is the thirst of youth*».\* Чтобы реже «раскаиваться», хирургу-ортопеду следует держаться законов медицинской и биологической науки. Характерна в этом смысле история эндопротезирования головки бедра при различных патологических состояниях тазобедренного сустава. В погоне за техническим прогрессом некоторые ортопеды широко ввели в хирургическую практику применение пластмассовых изделий. Многие сделали себе имя и состояние на таких операциях. Ближайший эффект был хороший, но отдаленные результаты оказались плачевными. Здесь было применено техническое искусство с игнорированием биологических реакций тканей живого организма человека. Но ортопедическая хирургия – не плотницкое и не инженерное ремесло. В данном случае инженерное искусство и хирургическая мода вошли в противоречие с законами биологии. Недооценка биологической науки и реакцией тканей на различные механические и химические раздражители привела к тому, что у многих больных наступило значительное ухудшение. Метод себя не оправдал. Получилось так, что хирургическое искусство родилось раньше науки. Лучше, если наука и искусство идут рядом.

Правда, в медицине нередко практика определяет науку, но подобное явление подчеркивает лишь отставание теоретиков медицины от практических вопросов. Если хирургическое искусство в большинстве случаев зависит от одной индивидуальности хирурга-ортопеда и травматолога, то наука создается трудом многих ученых и не только медиков. Она имеет установившиеся законы, ее достижения проверяются другими учеными, что исключает ошибочный диагноз одного лица.

Порой одна идея не покидает Ваш мозг многие месяцы, сомнения чередуются с радостным чувством приближения к истине, затем снова возникают сомнения, пока факты, проверенные годами наблюдения, не убедят окружающих в правдивости концепции. Умение ученого сомневаться, искать, добиваться точных фактов является признаком его зрелости и осторожности в своих выводах.

Очень хорошо было сказано о крупном, старом ортопедике Hugh Owen

---

\* *Жажда славы свойственна юности (англ.).*

Thomas: «Выше всего нужно ценить его сомнения, горение и рвение раскрыть истину». Это чувство горения в науке лучше всех высказал И.П.Павлов: «Наука требует от ученого всей его жизни».

Совершенно естественно, что подобная наука будет прекрасной основой для развития искусства ортопедии и пластической хирургии. Этот последний раздел ортопедии (я имею в виду пластическую хирургию) мы начали успешно развивать в последние десятилетия и не жалею об этом. Костно-пластическая хирургия стала поистине и наукой, и искусством. Благодаря углубленному изучению остеогенеза в эмбриональном периоде и при свежих травмах (изучение свежей мозоли) мы вывели четыре постулата остеогенеза в физиологических и патологических условиях, смогли теоретически обосновать свой метод экстра-интрамедуллярного остеогенеза и приблизиться к истине в решении вопроса о снижении реакции несовместимости тканей при гомопластике, проводя многолетние наблюдения над ауто-гомопластикой. В данном исследовании пластическое искусство ортопеда находится в гармонии с научными предпосылками.

Итак, мы вновь подошли к вопросу, который нередко задают: «Что же такое хирургия – наука или искусство?». Мне очевидно, что ортопедическая пластическая хирургия и травматология это – гармоничное сочетание глубокой биологической науки с искусством. Вот почему блестящие хирурги международного масштаба (Н.Н.Бурденко, Б.В.Петровский, Мерль д'Обинье и др.) по праву занимают почетное место в науке. А за последнее 50-летие наша медицинская наука и, в частности, ортопедия-травматология сделала скачок вперед и получила международное признание.

Пусть эти слова не послужат помехой к ее дальнейшему, еще более быстрому развитию в теоретическом и клиническом плане. Всю жизнь ученый хирург-ортопед трудится и учится. Совершенствование мастерства становится для него внутренней потребностью. Мы, современники этого славного пятидесятилетия, горды тем, что частица нашего труда, знаний и искусства вложена в общее дело.

#### ***12.4. «Пределы» творчества ученого.***

Творчество ученого продолжается всю его жизнь. Это относится особенно к естествоиспытателям и врачам. С некоторых пор установилось совершенно неправильная, на мой взгляд, практика, когда ученых, достигших определенного возврата, по существу, отстраняют от активной деятельности, хотя они могут еще плодотворно работать. Мы не так богаты крупными учеными и видными специалистами, чтобы с легкостью отказаться от того огромного опыта и знаний, которые особенно ценны у естествоиспытателей и врачей в зрелом возрасте. Паспортный возраст далеко не всегда идентичен творческим и научным возможностям ученого, особенно медика, опыт и количество знаний которого с годами увеличиваются. Эта практика наносит ущерб подготовке молодых кадров и тормозит развитие медицинской науки,

не говоря уже о том, как глубоко страдает самолюбие человека. Научные школы ряда ученых преждевременно прекращают свое активное существование.

Человеческое счастье достигается не только свершившейся мечтой о путешествии в космос, но и реализацией земной мечты человечества, в том числе в области медицины. Столетиями люди мечтали о том, чтобы добиться наиболее совершенного способа сращения костей после травмы, достичь предупреждения и лечения горба у детей и подростков; мечтали о том, чтобы заменить больной сустав другим суставом, заместить половину конечности и сохранить движения; мечтали о том, чтобы при травме и костных опухолях реже ампутировать людям конечности, особенно в молодые годы. И сейчас эти мечты становятся реальностью благодаря новым горизонтам медицинской науки. В ближайшие десятилетия придется много поработать как старшему, так и младшему поколению. Нужно, чтобы процветали школы советских ученых, известных всему миру.

Искания, вечные искания истины и совершенства – вот что создает состояние ученого и мыслящего врача. Когда мы пишем об ученом и его школе, то в это понятие мы вкладываем также и оригинальные идеи и теоретические концепции, и труды ученого, и подготовленные кадры теоретически образованных учеников.

Эти ценности вынашиваются и создаются многими десятками лет. Вот почему нужно хранить научные школы и беречь ученых – этот золотой фонд нашей страны.

### **Глава XIII. О воспитании ортопедов-травматологов.**

*Прежде всего – врач,  
затем – ортопед-травматолог.*

Через мои руки прошли сотни врачей, которые затем стали специалистами по разделу ортопедии и травматологии. Анализируя свое медицинское воспитание, я позволю себе высказать некоторые суждения о длительной подготовке врача к высокому званию специалиста.

Прежде всего, о понятии «ортопедия-травматология». Это международное название нашей специальности. Наш журнал также называется «Ортопедия, травматология и протезирование». Глубина и разносторонность научной дисциплины «ортопедия»\* значительно изменилась за последние десятилетия. Одним из крупнейших ее разделов является травматология. Далее следуют такие разделы, как ортопедия детского возраста с врожденными и наследственными аномалиями, костно-суставной туберкулез и смежные заболевания суставов, опухоли костей (костная онкология), вертебральная хирургия и др. Из малой специальности ортопедия-

---

\* Многие неправильно производят это слово от *orthos-pedes*, тогда как оно происходит от *orthos-palos* (*palos* - ребенок).

травматология превратилась в большую специальность со своей теорией, учебниками, новыми методами исследования и лечения. Ее развитие идет вглубь в соответствии с общим прогрессом биологических и физических наук. Эта «малая» специальность стала в наши годы такой, что я за 50 лет своей работы не мог изучить все ее разделы достаточно углубленно. Большая часть моей жизни была отдана травматологии, да и сейчас, когда пишутся эти строки, травматология находится в центре нашего внимания.

Но наука строится не только на изучении патологии, вызванной механической травмой. Причины заболеваний детей и взрослого населения с поражением опорно-двигательного аппарата гораздо глубже и многообразнее, чем принято думать. Содержание предмета с учетом заболеваемости населения приобретает важное государственное значение, а потому и название специальности должно соответствовать международной терминологии. Период ортопедии, ограничивавшийся косолапостью и врожденным вывихом бедра, прошел. Ортопедия – это, прежде всего, профилактическая и реконструктивная хирургия в широком понимании ее оборонного значения. Следует лишь правильно ориентировать высокие организации и население на значение этой области науки и дать научное название в соответствии с содержанием предмета. Разделение на ортопедию и травматологию недопустимо и антинаучно. Говорят, что в объединенных ортопедо-травматологических отделениях травма вытесняет ортопедию. Это зависит от руководителя. У меня было отделение и клиника ортопедии-травматологии, и я умел решать многие ортопедические вопросы, не отказывая в приеме травмы. Нужно лишь создавать не “карликовые”, а полноценные отделения на 50-100 коек с одним главным руководителем.

Возвратимся, однако, к воспитанию специалиста. Нередко на вопрос: “Имеется ли у вас специалист, на которого можно опереться в области или в районе?”- Отвечают: «Да, у нас есть травматолог». При уточнении оказывается, что один из хирургов ведет травму, но системы, ортопедических принципов нет. Необходимой подготовки такого «специалиста» также не было, если не считать 3-4 месяцев прикомандирования на рабочее место или на курсы. На курсах хирургии также не видно полноценной ортопедии, а в травматологии учатся преимущественно оперативному лечению переломов. Разве этого достаточно, чтобы носить высокое звание ортопед-травматолог или травматолог-ортопед?

Необходима методичная, систематическая подготовка настоящих специалистов ортопедов-травматологов.

### *Длительный путь специализации.*

Пожалуй, я не очень ошибусь, если скажу, что нет ничего дороже здоровья и человеческой жизни. Все остальные ценности создаются головой и руками человека. В медицине, как и в других областях, особенно требуются четыре основные качества: знания, умение, добросовестность и любовь к своему

делу. Начну со знаний.

Мы, старшее поколение, во многих случаях испытываем большое неудовлетворение общей подготовкой молодого врача. Я имею в виду общую подготовку, которую юноши или девушки получают еще в средней школе. Особенно чувствуется неумение трудолюбиво самостоятельно работать над книгой, незнание ни одного иностранного языка (я говорю о возможности переводить и разговаривать), незнание латинского языка, который крайне важен для лиц с биологическим направлением, и слабое знание литературы, а временами – шероховатости в русской грамматике. Я уже не говорю о такой «мечте», как умение печатать на машинке.

Отсюда понятна и та относительная «культура» медицинской документации, проявляющаяся в историях болезни и других медицинских документах.

Хирург ортопед-травматолог должен быть подготовлен теоретически по всем разделам своей специальности. Для клиницистов наука и практика неразделимы.

Справедливость требует отметить, что у нас имеется много блестящих специалистов без официальных признаний ученой степени, которые по своей теоретической и практической подготовке вполне достойны присуждения им ученой степени. Таких специалистов необходимо поощрять и лелеять, потому что они приносят пользу больным иногда в большей степени, нежели дипломированные кандидаты.

Грустно бывает видеть, как иногда кандидат медицинских наук «заведует» отделением, почти не оперирует и получает значительный оклад, тогда как хирург или ортопед без степени блестяще оперирует, несет огромную нагрузку, но материальная оценка его труда несравненно ниже. Здесь – полное отсутствие оценки работы врача по ее качеству.

Чрезмерно поспешное продвижение по линии ученых степеней и званий не всегда способствует росту врача и качеству его работы. Степени доктора медицинских наук (для клиницистов) достоин тот кандидат, который является вполне сложившимся специалистом высокой квалификации, читает отечественную и зарубежную литературу, имеет теоретические и клинические работы, а в представленной диссертации отражает нечто оригинальное, свежую идею.

Легкость и быстрота, с которой некоторые доктора наук получают высокое звание профессора, вызывает смущение. Это особенно относится к профессорам научно-исследовательских институтов. Иногда после защиты докторской диссертации им не написано еще ни одной капитальной работы, но звание профессора он получает. Легкость «прохождения в науку» создает легковесных ученых, легковесные работы и не способствует повышению качества лечения ортопедо-травматологических больных. Кандидатов наук среди семи тысяч так называемых «травматологов» единицы, и каждый год будет небольшой прирост. Что же нужно для планомерной подготовки специалистов нашего профиля? Прежде всего, стремиться к тому, чтобы это

был врач с хорошей общей подготовкой и знанием основ терапии и педиатрии. Затем – не менее двухгодичного стажа по общей и неотложной хирургии; далее – работа в ортопедо-травматологическом отделении и на травматологическом пункте не менее четырех лет. В этот период углубленно изучаются топографическая анатомия с оперативной хирургией олонно-двигательного аппарата, методическое исследование ортопедо-травматологических больных, номенклатура заболеваний и диагностика. Номенклатура – на латинском языке. После ассистенции на операциях, изучения методов гипсования и применения скелетного вытяжения молодому врачу дают делать самостоятельно небольшие ортопедические операции, а затем он последовательно с каждым годом осваивает операции на мягких тканях, костях и суставах. Освоение операции на тазобедренном суставе и позвоночнике откладывается на более поздний период. За весь период подготовки молодого ортопеда-травматолога обработка свежей травмы является обязательной для каждого молодого специалиста независимо от того, работает ли он в ортопедическом или травматологическом отделениях. За четырехлетний период работы в ортопедо-травматологическом отделении врач должен основательно изучить по книгам, журналам и в клинике основные разделы специальности. Выражение «я - травматолог» или «я - ортопед» или «я - детский ортопед» ненаучно и не отражает глубины подготовки специалиста. Нужны фундаментальные знания как в ортопедии, так и в травматологии. О молодом специалисте иногда говорят: “Он перспективный ученый”, но между перспективой и действительностью часто бывает дистанция огромных размеров.

Здесь не говорится о подготовке аспирантов, так как их подготовка идет по специальной программе. Одно обстоятельство хотелось бы подчеркнуть: во время аспирантуры врач должен практически овладеть специальностью «ортопедия-травматология». Нужно считать неправильной практику, когда аспирант, получив тему, перестает практически работать в клинике. Я видел аспирантов, которые, изучив узкий вопрос по своей теме, не умели сделать элементарной ортопедической операции и тем более вылечить больного с переломом бедра. Такой «кандидат наук», попав в другое учреждение, не принесет славы учреждению, из которого он вышел кандидатом.

Овладение специальностью для аспиранта и врача, претендующего на ученую степень кандидата медицинских наук, является обязательным, так как он получает диплом и звание «травматолог-ортопед».

Я остановился здесь только на первой фазе подготовки специалиста ортопеда-травматолога. Естественно, что период от кандидата до доктора медицинских наук будет периодом еще больших усилий и работы над собой в смысле общего и специального развития.

Работа над книгой и журналами как отечественными, так и зарубежными, должна быть повседневной. Я всегда изумляюсь вот чему: молодые врачи Чехославакии, Польши, Болгарии и других стран говорят на двух, иногда на трех иностранных языках. Сам я всю жизнь изучал иностранные языки

(и это не «преклонение»!), чтобы быть в курсе современной международной литературы, и находил для себя время читать журналы, писать и оперировать. Почему же молодежь пассивно относится к работе над книгой и журналами, не стремится узнать новое в нашей специальности (за редким исключением)? Правда, отечественная наука пошла далеко вперед, но это не значит, что мы не должны изучать также и опыт зарубежных ортопедов. Требовательность руководителя на работе – его хорошая черта. Но если руководитель сам не знает языка и не работает над зарубежной литературой, то он не требует этого и от своих сотрудников. Не говоря уже о том, что подобная замкнутость ограничивает общее развитие врача, отрицательно сказывается на уровне науки и практики в данном учреждении.

Иногда говорят, что не обязательно самому изучать иностранный язык, можно пользоваться реферативными журналами. Рефераты отражают не все, что нужно, а диссертанту необходимо изучать основные работы по оригиналам. Я не говорю уже о том, что литературой необходимо пользоваться не только для диссертации, но специалист должен следить за уровнем науки и практики и в своей повседневной работе. Нет ничего более грустного, чем видеть врача-ремесленника.

*Специалист – это прежде всего врач.*

Многие стремятся сразу сделаться специалистами. Овладеть хотя бы элементами какой-либо специальности (терапии, хирургии), разумеется, целесообразно, особенно, если приходится выехать в далекие участки на самостоятельную работу. Я не намерен вступать в дискуссию о подготовке к жизни врача, которого выпускают медицинские институты в последние годы. Пребывание в стенах института в течение 6 лет + 1 год интернатуры может себе позволить лишь богатое государство. Я не вполне уверен, что рабочее время таких студентов-выпускников уплотнено в должной мере. Почему бы не предоставить студенту свободу выбора в посещении тех клиник, которые ему особенно пригодятся на первых шагах самостоятельной работы?

Основная беда наших студентов-выпускников в том, что у них имеется разрыв между понятиями «знать» и «уметь».

Основные принципы здравоохранения, которые четко сформулированы словами Б.В.Петровского, они знают: государственность, профилактическая направленность, единство и плановость, тесная связь науки с практикой, общедоступность и бесплатность медицинской помощи. Все это они знают. А что они умеют делать? Профилактическая направленность не исключает необходимости лечить, и лечение должно быть на высоком уровне. Врач должен лечить – это его первая заповедь. Искусство лечения настолько ценилось с древних времен, что, например, первый хирург Лихотен, живший в начале III тысячелетия до нашей эры, был одновременно верховным жрецом. Asclepios (по латыни Aesculapius – Эскулап) за свое искусство

лечения был причислен к богам, причем в лечении ему помогала вся его семья. Гомер воспел этого врача (700 лет до нашей эры) в «Илиаде» как короля Фессалии и дал ему блестящую характеристику как исцелителю.

Что касается науки и ее матери - философии, то науку и в древности очень ценили. Известен эпизод с Диогеном. То, что он жил в бочке, некоторые рассматривают как комический элемент. В действительности Диоген был крупным философом. Александр Македонский перед своим мировым походом в глубь Азии зашел побеседовать с Диогеном. После беседы он сказал: «Если бы я не был Александром Македонским, то хотел бы быть Диогеном».

### *Наука и практика неразделимы.*

Должна быть известная гармония между теоретическими знаниями и умением практически претворять их в жизнь. Для молодого специалиста очень важно получить хорошее образование и правильное научное направление с молодых лет. Сам я получил основательное функциональное, то есть физиологическое направление, и оно прошло через всю мою деятельность. Иногда показывают хорошие рентгено-морфологические данные сращения кости, а функция сустава погибла. Чисто морфологическое мышление приводит к тому, что молодой специалист видит вальгусное колено и пытается исправить его без учета физиологии, биомеханики и функций тазобедренного сустава. Иногда демонстрируют хороший морфологический эффект после эндопротезирования, а функция и болевые ощущения не достаточно оцениваются.

Функциональное направление и грубое нарушение его принципов дало себя почувствовать, особенно в первые годы Великой Отечественной войны. Многие раненые, у которых после переломов плечевой кости гипсовая повязка достигала концов пальцев, поступали с тяжелой разгибательной контрактурой пальцев, причем срок лечения контрактур был длиннее, чем период лечения перелома. Это значит, что лечение последствий хирургического вмешательства потребовало больше времени, чем основного патологического процесса. Парадоксально, но факт! Элементарное нарушение функциональных принципов вызвало у нас бурную реакцию. Во всех госпиталях Уральского военного округа знали две наши линии: линию счастья (т.е. наложение повязки до линии пястно-фаланговых суставов) и линию несчастья, когда фиксировались все пальцы в разогнутом положении. С последствиями этой несчастной линии усердные работники ЛФК боролись без успеха.

На помощь пришла ортопедия: были внедрены шинки с эластическими тягами для медленного дозированного сгибания пальцев. Сроки излечения и функционального восстановления кисти резко сократились. Мой молодой врач, освоивший эту простую технику, попав в прифронтовой госпиталь, начал широко применять указанную методику, на что обратил внимание

главный хирург фронта при посещении госпиталя. Это лишь маленькая иллюстрация к тому, как важно с молодых лет привить врачу принципы функционального лечения.

Здесь сочеталось знание и умение, что я особенно ценю в специалисте.

Среди других качеств специалиста можно было бы подчеркнуть заботливость и внимание к больному, особенно в послеоперационном периоде. К подобному отношению в молодые годы нас приучила система функционального лечения переломов, при которых приходилось подходить к больному несколько раз в день, контролируя точность оси конечности.

Было правилом также лично контролировать утром и вечером состояние оперированного больного. Исключительное значение мы придаем умелому «выхаживанию» (теперь это называют реабилитацией) больного после снятия гипсовой повязки. Неправильной следует считать практику передачи таких больных сразу в руки работников лечебной физкультуры (ЛФК). Ответственность несет ортопед, и под его контролем делаются смены повязок и первые манипуляции для восстановления движений суставов. Всем известна рефрактура в области неокрепшей мозоли. Мне известно наблюдение жировой эмболии с летальным исходом вследствие перелома бедра у девочки после вправления врожденного вывиха бедра с вторичной контрактурой.

Воспитание молодежи в направлении большой заботы о больном в послеоперационном периоде является важным звеном. Нужен не оператор, а заботливый врач. К элементам обучения специалиста относится также идеологическое его воспитание на ярких примерах.

При наших обходах и разборах больных я нередко задаю молодым ортопедом либо клинические, либо анатомические вопросы, либо прошу показать методику исследования данного больного или дать обоснование диагнозу. При этом приходится думать и сопоставлять различные ортопедические данные. Молодые специалисты приучаются думать логически и ортопедически. Особенно это важно при осмотре и постановке диагноза у амбулаторных больных.

Честность и правдивость в текущей работе ортопедо-травматологических отделений, как и в хирургии, особенно важны. Один из ортопедов, оперируя своего коллегу по поводу ложного сустава плечевой кости, рассек лучевой нерв и ничего не сказал больному. После снятия гипсовой повязки все было обнаружено. Сращения тоже не наступило. Другой молодой «травматолог», вправляя отломки в локтевом суставе во время операции повредил нерв, не проверил функцию кисти и пальцев после операции и не отметил это в истории болезни. После указанных операций пришлось делать повторные вмешательства.

Больной не перестанет верить врачу, если тот правдиво скажет ему, что случилось такое осложнение. Его можно будет поправить.

Снобизм – весьма отрицательное качество не только для ортопедо-травматолога, но и для других специалистов, и часто коллектив поправляет сноба.

Говоря о правдивости и честности в практике и в науке, я вспоминаю одно огорчительное обстоятельство, которое не описал своевременно, не желая портить карьеры молодому ученому.

Раскрыв как-то журнал «Ортопедия, травматология и протезирование» я с изумлением прочитал статью И. С изумлением, потому что я прочел в статье историю болезни пациентки Х.Н., которая длительно лежала в Московском ортопедическом госпитале по поводу синовии коленного сустава. Я сделал больной первый основной этап операции: удаление синовии задне-передним доступом с широкой резекцией коленного сустава. Затем я сделал ей в 1962г. восстановительную операцию (гомопластика целого коленного сустава), пригласив для ассистенции И. Чтобы быть корректным по отношению к нему, я в своей книге «Основы оперативной ортопедии и травматологии» (1964г.) написал (стр.480): «Мною совместно с И. была сделана пересадка целого коленного сустава», при этом привел четкие рисунки на наклейках. Казалось бы, не было оснований повторять описание этой операции в ухудшенном издании.

Но мое изумление еще больше увеличилось, когда я прочел в той же статье «По данной методике нами (кем это «нами»?) в клинике профессора В.Д.Чаклина произведена пересадка коленного сустава от человека к человеку». Далее приводится история болезни, в которой пишется: «Произведена операция», но ни здесь, ни раньше не упоминается о том, что операция произведена мной.

В изложении истории болезни и описании операции допущена неточность. Оба этапа операции были сделаны в Московском ортопедическом госпитале.

Нечто похожее имело место несколько лет назад, когда одним из молодых ортопедов была прислана в редакцию статья с описанием операции без упоминания, что этот метод был обнародован мной в Ленинграде и описан уже в другом журнале. К счастью, редколлегия журнала быстро разобралась в этом вопросе, и статья не была напечатана.

Следует серьезно задуматься над теми обстоятельствами, которые порождают подобные явления.

Мне кажется, имеется несколько причин: утеряна академическая (в лучшем смысле слова) воспитанность части молодого поколения и чувство ответственности перед учеными за правдивость и подлинность материала, который готовится к публикации. Это относится и к некоторым диссертациям. Молодые ученые привыкли сами избирать себе научных руководителей, сами себе назначают рецензентов, и не далек тот час, когда они сами себе будут присуждать ученую степень. Во всяком случае, некоторые из них влияют на выбор рецензентов ВАКа.

Наблюдается излишняя торопливость части молодых ученых и стремление побольше опубликовать работ для предстоящей защиты кандидатской или докторской диссертации. Нужно уметь сочетать разумную торопливость и правдивость; кроме возрастной торопливости, необходима еще научная зрелость, которая гармонически сочетается с академической тактичностью.

Заканчивая свои размышления о подготовке специалистов ортопедо-травматологов, я хотел бы подчеркнуть те благоприятные условия, в которые попадает молодежь в настоящее время. Во всех медицинских институтах имеются кафедры «травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии», где студенты получают элементы знания по специальности. В стране имеются научно-исследовательские институты травматологии и ортопедии (чего нет в других странах, кроме Венгрии). К сожалению, мало имеется кафедр усовершенствования врачей по травматологии и ортопедии. Молодых хирургов прикомандировывают на рабочие места, некоторых выдвигают в ординатуру и аспирантуру, что разумеется, повышает качество подготовки специалиста. Но эти возможности слишком незначительны по сравнению с потребностями и ростом ортопедо-травматологической сети в стране (стационарной и поликлинической). Вот почему меня как старого специалиста все еще продолжают беспокоить качество и квалификация молодых специалистов.

Непрерывно учиться и учить – таков тезис жизни врача.



*В.Д.Чаклин (конец 60-х годов).*

## Глава XIV. Некоторые замечания о повышении качества лечения ортопедо-травматологических больных.

*«Опытный врач драгоценнее  
многих других человек, зная  
вырезывать стрелы и язвы  
целить врачевствами».*

*Гомер «Илиада»*

Повышение качества лечения больных связано, с одной стороны, с общим прогрессом медико-биологической науки и, с другой, - с опытом и искусством врача. Не следует забывать, что сначала ты должен быть хорошим врачом, затем уже – ортопедом-травматологом.

«Подлечивание» и вылечивание. Раздумывая над результатами своей и чужой работы, я убеждаюсь в том, что во многих случаях мы лишь «подлечиваем» больных, не доводя до полного излечения того или иного заболевания. Иногда создается иллюзия сокращения периода стационарного лечения. Больной либо повторно ложится в ту же больницу, либо ищет утешения в другом лечебном учреждении. Если больного с костным абсцессом, костной кистой или остеобластокластомой выписывают с зажившей раной, но с остаточной костной полостью, то такой вид вмешательства скорее можно отнести к «подлечиванию». Ликвидация очага, заполнение полости и восстановление структуры кости с сохранением функции сустава и работоспособности больного будет квалифицироваться как излечение от данного заболевания.

Правда, существуют виды костной патологии, например, опухоли, при которых трудно ожидать полноценного излечения, но на них не распространяется это требование.

Если говорить о качестве лечения, то желательно ставить своей целью вылечивание больного (в стационарной и поликлинической обстановке), а не только его «подлечивание». На последующих примерах мы покажем такие возможности.

Качество стационарной лечебной помощи. Переходя к качественной оценке работы ортопедов-травматологов в стационарах, мы, разумеется, понимаем всю сложность этого вопроса в нашей специальности. В свое время я попытался выработать качественные показатели для травматологических больных с переломами трубчатых костей; здесь не место приводить их полностью. По этому вопросу можно найти интересные материалы в ЦИТО и в Российском институте травматологии и ортопедии.

В основу качественных показателей может быть положено подлинное мастерство в диагностике заболеваний и повреждений, мастерство в хирургии, травматологии, ортопедии (я беру более близкие мне разделы).

Такими общими показателями, с нашей точки зрения, могут быть:

1. Значительное снижение диагностических ошибок.
  2. Снижение хирургических (ортопедических) осложнений и, в частности, нагноений при чистых операциях.
  3. Снижение или нулевая степень летальности после операции.
  4. Снижение процента инвалидности.
  5. Повышение процента хороших функциональных результатов лечения.
- Снижение пятибалльной оценки производится с нарушением пунктов оценки.

Указанные показатели могут быть расширены. Регулярная проверка отдаленных результатов за каждый год лечения по строго выработанным показателям позволит сделать вывод о качестве лечения стационарных больных в ортопедо-травматологических отделениях. Но недостаточно выставить требования к повышению качества лечения. Необходимо создать к этому и некоторые предпосылки.

Как в понимании патогенеза различных заболеваний локомоторного аппарата человека, так и в повышении качества лечения заболеваний и последствий травмы ведущую роль играет теория, тесно связанная с практикой здравоохранения.

От старых представлений о том, что ортопеды занимаются исправлением деформаций и «долечиванием» последствий острой травмы современная ортопедия-травматология перешла к активному вмешательству в наиболее раннюю фазу патологического процесса, стремясь прервать или задержать его развитие. Ранняя ликвидация первичного очага поражения создает оптимальные условия для наиболее совершенной регенерации тканей и предупреждает развитие деформации и функциональных нарушений локомоторного аппарата.

Ортопедом-травматологам известно также, какое значение для здравоохранения и реконструктивной костной хирургии приобретают новые теоретические и практические данные о возможности снижения или погашения феномена биологической несовместимости при костной ауто- и гомопластике (см. «Костная пластика». 1971г.).

Научная информация и качество лечения. Наряду с теорией, способствующей улучшению качества лечения, не менее большое значение имеет научная информация. Нередко специалисты, изучая тот или иной вопрос, широко используют источники литературы, не вдаваясь в серьезную критику о том, насколько метод повышает качество лечения. Иногда пользуются старой информацией, которая за рубежом уже прошла период испытания и получила критическую оценку. Я держусь правила: брать из сокровищниц науки огонь, а не пепел.

Известно, что предложенный ранее «кюретаж» или выскабливание при остеобластокластоме, пройдя период испытания, в настоящее время редко применяется и не способствует качеству лечения. А между тем все еще появляются монографии, популяризирующие такой метод.

Недостаточно, по-видимому, распространяется хорошая практика посещения крупных клиник (отечественных и зарубежных) и демонстративных операций для гостей. С грустью вспоминаю Г.И.Турнера, Р.Р.Вредена, В.Оппеля, от которых я уезжал с новыми мыслями. Важна информация не только через журналы, но и через живое слово или действие хирургов-ортопедов, демонстрирующих хирургическое и ортопедическое искусство.

Хирургическая «мода» и качество лечения. Многие литераторы и журналисты рисуют образ хирурга или ортопеда-травматолога в виде мощного человека с засученными рукавами, решительным лицом, с несгибаемой волей и особыми руками – «золотыми руками», как принято говорить. Я бы нарисовал этот образ в виде человека с ярким лицом, выражающим глубокое размышление над лежащим перед ним больным. Идея, мысль руководят руками хирурга. И размышления начинаются с диагноза.

Точный диагноз, показания к операции и размышления о том, что она может принести больному – это важнейшие моменты, определяющие не только качество лечения, но и жизнь больного. Одинаково достоин уважения хирург-ортопед, который не только умеет хорошо оперировать, но и способен вовремя воздержаться от операции. Разумеется, не следует это гуманное правило понимать превратно и поощрять бездеятельность хирурга в тех случаях, когда операция необходима.

Об ответственности специалиста за поставленный диагноз. Своевременный диагноз влечет за собой своевременное правильное лечение. Ошибочный диагноз возможен, но ошибочное назначение лечения иногда оказывается губельным для больного. Вот примеры из наших наблюдений, уже приведенные выше.

Студент 22 лет обратился в одно компетентное учреждение с жалобами на неопределенные боли в области тазобедренного сустава. Была сделана рентгенограмма, поставлен диагноз «перестройка в области шейки бедра», и больной отпущен домой в другой город с ответом, что все это постепенно пройдет. Вскоре он поступил в Ортопедический госпиталь, где на рентгенограмме мы установили опухоль с деструкцией шейки бедра. Гистологический диагноз – остеогенная саркома. Летальный исход.

Врач обратилась в другое учреждение для амбулаторной консультации по поводу прогрессирующей деструкции в области тазовой кости и acetabulum. Родственникам было сказано: злокачественная опухоль с прогрессирующей деструкцией, сделать ничего нельзя. Больная была отправлена по месту жительства. Через месяц по настоянию родственников больная поступила к нам в клинику. Лечащий врач, находясь в состоянии Suggestio \* (т.к. заключение об опухолевой природе заболевания дано высоким учреждением), настаивал на немедленной операции (amputatio interilioabdominalis). Тем не менее, операция была отложена. Окончательный диагноз: тяжелая ацетабулярная форма туберкулезного коксита. Больная поправилась, ходит в аппарате.

Многие десятки лет опыта широко оперирующего хирурга-ортопеда

---

\* внушения (лат.)

позволили мне высказать свое кредо в монографии «Основы оперативной ортопедии и травматологии», куда вошли, так сказать, классические, проверенные методы операций, которые при искусном их выполнении восстанавливают функцию органов опоры и движения. Но жизнь идет вперед, и наряду с классическими методами появляются новые предложения. И их следует поощрять, если они идут на пользу больному. При этом, когда во время обсуждения больного мне предлагают применить новый метод, я внутренне спрашиваю себя: «А применил бы я этот метод у своей дочери?»

Иногда мода и чрезмерный «технизм» уводят нас в сторону от биологического пути разработки ортопедических и травматологических проблем.

«Технизм» и качество лечения. Будучи сам сторонником развития высокого класса оперативной травматологии и ортопедии, я не могу разделить модного течения любыми средствами продырявить, свинтить скрепить отломки проволокой или пластинкой и даже резецировать неизмененную проксимальную треть бедра, чтобы заместить хирургический дефект металлическим эндопротезом.

Вот яркий пример употребления ненужной и вредной техники.

Больной в связи с врожденным вывихом бедра делают подвертельную остеотомию и скрепляют металлической конструкцией. В соответствии с законами биомеханики развивается вторичная деформация – genu valgum. Вместо того, чтобы исправить неудачную низкую остеотомию в подвертельной области, делают для исправления genu valgum остеотомию в дистальной трети бедра, но значительно выше надмышелков, что является второй ошибкой. При этом применяют сложную металлическую конструкцию. Наступила тугоподвижность коленного сустава, возникли боли, большая потеряла трудоспособность. В течение своей жизни мы сделали сотни остеотомий и никогда не применяли металлической конструкции для скрепления отломков. Ложных суставов при этом не бывает. Это ли не образец ненужного и вредного «технизма» применительно к биологическим тканям! Задумываясь над мудреными «модификациями» остеотомий и других операций с использованием иногда бесполезных технических средств фиксации, невольно хочется (да простят мне коллеги) сказать, перефразировав известную поговорку: «У всякого мудреца довольно простоты». Нужно глубже изучать жизнь и реакции костной ткани на различные раздражители и не мешать физиологическим репаративным процессам.

Некоторое количество нагноений и ложных суставов можно связать с неудачным применением металлических конструкций, не говоря уже о том, что наблюдаются и случаи тяжелого остеомиелита, септикопиемии, с которыми больные поступали в госпиталь. В борьбе за качество лечения и уменьшение числа осложнений нужно умерить пыл некоторых молодых «изобретателей» металлических конструкций.

Количество осложнений и вторичных заживлений при чистых операциях в отделениях, где работают такие врачи, обычно возрастает, что, естественно, снижает качество лечения.

Известно, что ортопедия-травматология, как и общая хирургия, не только наука, но и искусство, а восстановительная и пластическая хирургия – особое искусство. Элементы медицинской науки как крупной биологической отрасли знаний постигаются врачом на протяжении всей его жизни. На восьмидесятом году жизни я продолжаю учиться и следить за литературой, пополняя свои знания. Говорят, что ортопедия – “малая специальность”. Но вот мне, человеку, не лишённому некоторых способностей, не хватает прожитых лет, чтобы освоить глубоко все разделы ортопедии-травматологии. Знания накапливаются не только путем 3-4-месячной командировки в Институт усовершенствования, но также и путем систематического, упорного труда десятилетий жизни травматолога-ортопеда. Вот почему в Москве, как я уже писал в 4-ой главе, организованы “ортопедические среды” (они имеются и в других городах), мы проводим их с врачами города около 20 лет, непрерывно пополняя знания практических ортопедов-травматологов. В моей жизни и в научном развитии значительную долю успеха следует приписать знанию некоторых европейских языков. Но знания знаниями, а кроме знания нужно и умение делать и претворять в жизнь свои замыслы. Искусство постигается путем большого труда. Хорошо по этому поводу сказал Эдисон. Талант – это один процент вдохновения (inspiration) и 99 процентов труда в поте лица (perspiration). В разговорной речи можно сказать проще: 1% вдохновения и 99% - потенция.

Наша специальность заняла прочное место в науке и практике здравоохранения, количественный состав травматологов-ортопедов значительно вырос, созданы кафедры. Настало время подумать о квалификации и присуждении диплома “ортопед-травматолог”. Такое звание ко многому обязывает и, прежде всего, оно обязывает глубоко знать все разделы ортопедии и травматологии и хорошо лечить больного.

Мне известны факты, когда свежеепеченный “молодой специалист” со степенью, попав на самостоятельное место, не мог решать элементарные вопросы ортопедического лечения. Припоминаю разговор с Н.Н.Бурденко при посещении его клиники: “Вот прислали мне в клинику хирурга, который претендует на получение степени доктора медицинских наук и занятие кафедры. Я прошу его сделать операцию в клинике, а он отказывается”. Требовательный старик был прав: мало – знать, нужно и уметь. В этом – особенность нашей специальности. Односторонность подготовки кадров – большое зло и серьезное препятствие к повышению качества лечения больных. Что пригодно для крупных научно-исследовательских институтов, где годами разрабатываются специальные проблемы, то непригодно для ортопедо-травматологических отделений больниц и госпиталей, где должны готовиться полноценные ортопеды-травматологи, могущие оказать квалифицированную помощь населению, а в случае нужды – и армии.



шими к реконструктивной хирургии. В результате – тяжелая инвалидность, хотя больной мог быть еще полезен государству. Почему произошло все это? Я хотел бы сказать два слова, которые напрашиваются: снобизм и безответственность.

Да, личные качества хирурга и травматолога-ортопеда, бесспорно, оказывают влияние на качество лечения больного.

### *Контроль и помощь.*

Контроль над качеством лечения недостаточно налажен. Правда, иногда крупные профессора и главные ортопеды знакомятся с деятельностью отдельных институтов и больниц. Порой такие выезды приурочивают к съездам или конференциям, но при этом дни бывают настолько загружены, что не хватает времени на спокойный, глубокий анализ научно-практической работы научно-исследовательского института или больницы.

К чести так называемых «периферийных» институтов следует заметить, что у некоторых из них можно поучиться организации и оформлению научных работ. Но имеется множество областей, где нет специальных институтов травматологии-ортопедии, где контроль и помощь специалистов не помешает. Опыт выезда крупных специалистов с группой помощников на периферию (по Уралу) неизменно давал полезные результаты, сочетая контроль и помощь.

### *Психологический фактор.*

Психологический фактор в лечении больного недостаточно оценивается. При этом может иметь место психологическое заблуждение врача и лабильная психика больного. Тщательно проанализированный анамнез имеет существенное значение, как для уточнения диагноза, так и для установления контакта между врачом и больным. Не следует омрачать больного: врач улыбается – больному легче.

В.Бехтерев писал: «Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач».

Девочку 14 лет привезли в лежачем состоянии с «ужасающими болями» в позвоночнике и нижних конечностях. Точную локализацию болей не удалось установить, рентгеновские данные – отрицательные. Страдания больной и подавленное состояние родителей побуждали к неоднократным консилиумам с невропатологом, который не находил органических изменений со стороны позвоночника и спинного мозга. В конечном итоге нашли какие-то сомнительные изменения в  $L_5 - S_1$ . Операция ламинэктомии не обнаружила ничего патологического. На некоторое время боли исчезли. Но затем крики больной снова повторились. Это была типичная истеричка, которая вводила в заблуждение всех местных ортопедов.

Множество мнений при обсуждении диагноза и плана лечения на конферен-

ции иногда оказывают психологическое влияние и на ответственного хирурга-ортопеда. Вот почему в сложных и неясных случаях я осматриваю больного один, размышляю, вторично осматриваю через несколько дней, пока у меня не сложится определенное мнение. Ортопед должен быть, прежде всего, врачом и психологом, затем уже следуют хирургические действия. Ошибки возможны, но их необходимо тщательно анализировать, выстрадать, чтобы не повторять.

### *Лечебный процесс в поликлинике.*

За многие годы непрерывного руководства ортопедо-травматологической службой в Москве мы добились некоторых сдвигов в профилактической, диагностической и, частично, в лечебной деятельности детских поликлиник по разделу ортопедии: исчезли запущенные формы сколиоза, врожденный вывих бедра диагностируется своевременно. Ребенок подвергается лечению в первые недели после рождения. Снижаются последствия травмы костей, травматологическая помощь детям налажена относительно удовлетворительно, но еще далеко не все сделано. Ортопедо-травматологическая помощь детям налажена и в других городах, чего нельзя сказать относительно помощи взрослому населению. Одна у меня забота: наладить лечебный процесс в поликлиниках. Правда, он проводится, но не на должной высоте. Нужно внести полную ясность: ортопедия-травматология неразрывна, и лечебная помощь по этим разделам должна оказываться полноценным специалистом ортопедом-травматологом, который работает в поликлинике на полную ставку.

Нужно отказаться от таких ложных понятий, как «чистый ортопед», «чистый травматолог». Как сказано выше, наука ортопедия-травматология едина, практика также должна быть единой как в стационарах, так и в поликлинических учреждениях.

Нужно поднять авторитет поликлинического специалиста, а это достигается делом: хорошей профилактикой и качеством лечения.

### *Ошибки диагностические и лечебные.*

Выше приведены диагностические ошибки. Они бывают даже у опытных специалистов. Знание предмета и смежных заболеваний, умение логически мыслить, опыт и интуиция облегчают постановку диагноза.

Лечебные ошибки – крупная глава жизни и деятельности каждого хирурга и ортопеда-травматолога. Приходится сожалеть, что эта важнейшая проблема хирургической деятельности ортопеда-травматолога так мало освещается в периодической печати. Правда, приятная иллюзия легче воспринимается, чем горькая истина, но в зрелые годы деятельности можно говорить и горькую истину без прикрас.

Я решительно хотел бы избежать менторского тона, но полон искреннего

желания высказать то, что годами продумано, пережито и частицу чего хотелось бы передать молодому поколению ортопедов-травматологов. Были и ошибки, и заблуждения, и периоды депрессии, и радости творчества. Во все периоды жизни оставались неизменными – труд, упорный труд, непрерывное стремление к совершенствованию, творчеству и красоте жизни.

## Глава XV. Встречи с советскими и зарубежными учеными.

Выше, в связи с обсуждением различных сторон деятельности и развития отечественной ортопедии-травматологии, я кратко останавливался на встречах с некоторыми советскими учеными (Н.П.Тринклером, Г.И.Турнером, К.Ф.Вегнером, М.И.Ситенко, Н.Н.Бурденко, С.С.Юдиным, Б.В.Петровским, А.А.Вишневым, М.В.Волковым, А.А.Коржом и многими другими). Научные школы Г.И.Турнера, Р.Р.Вредена и их учеников (Е.К.Никифорова, М.И.Куслика, И.Л.Крупко) освещены особо. Московские школы Н.Н.Приорова, В.В.Гориневской также нашли свое отражение. Подлинная оценка роли Н.Н.Приорова дана ниже. Свердловской школе травматологов-ортопедов (В.Д.Чаклин, Ф.Р.Богданов, А.М.Фамелис, М.В.Мухин, А.М.Наравцевич, З.П.Лубегина и многие другие ученики) также отведено соответствующее место в истории развития травматологии-ортопедии на Урале. На этих страницах книги мне хотелось бы подчеркнуть роль отдельных институтов и их руководителей в процессе развития травматологии-ортопедии последних десятилетий. В последующие годы наблюдалось явление в научном развитии нашей специальности. Как указано выше, она успешно развивалась в северных (Ленинград) и южных (Харьков) областях нашей необъятной страны. В центральных районах, включая Москву, научная ортопедия-травматология была представлена в более скромном виде. Внимание некоторых руководителей было обращено преимущественно на организационные вопросы построения сети. Период становления Московской научной ортопедии-травматологии очень затянулся. Этим отчасти объясняется и задержка с созданием всесоюзного Общества травмато-



*Лазарь Ильич Шудутко (многолетний директор Казанского института травматологии и ортопедии) с В.Д.Чаклиным (1958г.).*

логов-ортопедов. Н.Н.Приоров, как активный заместитель председателя Всесоюзного Общества хирургов, по-видимому, не хотел выходить на самостоятельную дорогу и ограничивался специальным травматологическим днем на общих съездах хирургов. Но к тому времени во всех странах мира и у нас на Урале специальности дифференцировались, что дало толчок к бурному развитию ортопедии-травматологии на Украине. Ортопедия развивалась также в Казани .

С тридцатых годов бурно начала расти научная травматология-ортопедия на Урале с его необъятными пространствами, богатствами и особенно с бурным развитием промышленности. Индустриализация страны была ведущей линией.

### *15.1. Центральный институт травматологии и ортопедии (ЦИТО).*

Заметный перелом в развитии Московской научной травматологии-ортопедии наступил после смерти Н.Н.Приорова и назначения директором института М.В.Волкова – молодого, энергичного ортопеда. С переездом в



*Мстислав Васильевич Волков  
– директор ЦИТО в 1961-1985г.г.*

новое здание и созданием ряда дополнительных лабораторий научная деятельность Центрального института значительно активизировалась. Был организован крупный Ученый Совет института с привлечением в него и других ученых Москвы. Институту было предоставлено право принимать к защите работы для получения степени кандидата и доктора медицинских наук. Был организован 1-й Всесоюзный Съезд травматологов-ортопедов (Москва) с привлечением большого числа зарубежных ученых и вскоре – 2-й Всесоюзный Съезд (Рига). Одновременно были организованы съезды в отдельных республиках. Всероссийский Съезд травматологов-ортопедов приобрел крупное значение и заметно повлиял на развитие науки и практики травматологов в Российской Федерации. Регулярно проводились конференции с участием руководителей

институтов и кафедр травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Была установлена связь института с Академией Медицинских наук. Разработан Всесоюзный план научных исследований по проблеме «Травма, ревматизм и ортопедические заболевания». Активность и научная руководящая роль во всей этой огромной работе принадлежит М.В.Волкову. По организационно-методической работе должно быть отмечено имя А.М.Дворкина . Ему принадлежит огромный труд по подготовке материалов

к изданию двух приказов Министерства Здравоохранения СССР об улучшении ортопедо-травматологической помощи населению. Огромное дело было сделано при активном участии М.В.Волкова и ряда ученых: создание кафедр травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии во всех медицинских институтах. Длительное время сопротивлялся Ленинградский институт, но и эта крепость была взята.

Разумеется, в развитии науч-

ных идей и их практической реализации М.В.Волков был не одинок. Среди клиницистов были такие представители, как А.В.Каплан, А.И.Казьмин, В.Н.Блохин, Е.К.Никифорова, Р.Л.Гинзбург, С.Т.Зацепин, В.Д.Дедова и большой состав молодежи. Среди теоретиков также были крупные силы: Т.П.Виноградова, Г.И.Лаврищева, Т.Я.Балаба, В.М.Мельникова, В.П.Торбенко, Е.М.Меерсон, А.Г.Лапчинский, Б.С. Касавина и др.

Наиболее крупный филиал ЦИТО был создан на базе Московского ортопедического госпиталя в виде клиники детской ортопедии и травматологии (заведующий и научный руководитель В.Д.Чаклин, затем Е.А.Абальмасова). В филиале были разработаны фундаментальные вопросы остеомиелита, костной пластики, вертебральной хирургии и ортопедии. Другой филиал был на базе Боткинской больницы (руководитель наш ученик И.А. Мовшович). Кстати говоря, многие воспитанники Московского ортопедического госпиталя и клиники стали впоследствии активными работниками основного здания ЦИТО.

Институт и его филиал на базе Ортопедического госпиталя стал известен и за рубежом. Большое число гостей посещало нас, интересуясь развитием хирургии позвоночника, пересадкой костей и суставов, аллопластикой. Интеграция науки не исключает активного творческого процесса отдельных групп ученых. То обстоятельство, что некоторые проблемы (например, сколиоз) разрабатывались параллельно в основном здании института и в филиале, на базе Госпиталя, являлись



*Выступление В.Д.Чаклина на I Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов (1963г.).*



*Александр Маркович Дворкин.*



*На обходе в отделении подростковой ортопедии ЦИТО  
(руководитель – академик АМН СССР проф. М.В.Волков; 1971г.).  
(Справа налево) сидят: М.В.Волков, В.Д.Чаклин, Е.К.Никифорова, В.Н.Блохин, Р.Л.Гинзбург,  
М.К.Климова, Т.П.Виноградова, Н.И.Иванова, С.И.Дегтярева; стоят: В.Н.Гурьев, М.И.Осина,  
А.И.Казьмин, А.В.Каплан, А.С.Имамалиев, В.М.Мельникова, Е.М.Меерсон, Т.И.Черкасова,  
М.Н.Павлова, Г.Н.Крамаренко, В.А.Семенов, В.Д.Дедова, И.А.Мовшиович, М.М.Сотникова,  
В.Л.Андреанов, Е.А.Абальмасова, З.С.Миронова.*

крайне полезным для выяснения научной истины. Одни и те же проблемы можно освещать с различных точек зрения, а такая проблема, как сколиоз и кифозы остается неразрешенной вот уже более 100 лет, хотя последние десятилетия, несомненно, внесли свежую струю в науку о патологии и лечении заболеваний позвоночника.

Отдавая должное роли Центрального института травматологии и ортопедии и роли его руководителя, мы не можем не оценить в должной мере других выдающихся травматологов-ортопедов Москвы и Московской области, например, таких как В.А.Чернавский, Я.Г.Дубров, Г.С.Юмашев и многих других, которые способствовали развитию травматологии-ортопедии в Москве и в нашей стране.

Во время 1-го Съезда травматологов-ортопедов, после программного доклада о патологии и лечении сколиоза, Госпиталь посетила группа ортопедов, из которых каждый имел свою специфику в научной разработке ортопедических проблем. Если анализировать научную заинтересованность лиц справа налево (передний ряд), то первый – начальник Госпиталя, доктор медицинских наук С.Н.Воскресенский (организатор), второй – профессор Г.Я.Эпштейн, детский травматолог, в прошлом работавший над оперативным лечением врожденного вывиха бедра, третья слева – профессор А.Е.Фрумина, заведующая клиникой детской ортопедии Киевского ортопедического института, многие годы работавшая над оперативным

лечением врожденного вывиха бедра у детей. Позже мы привлекли А.Е.Фрумину для участия в «Руководстве по хирургии» (том XII). Рядом с ней М.Н.Гончарова, директор Ленинградского детского ортопедического института им. Г.И.Турнера, прекрасный организатор, специализировалась на лечении врожденного вывиха бедра у детей, добросовестно отразила в печати все осложнения и неудачи после оперативного лечения вывихов бедра. Далее, справа от нее видна моя персона в зрелом (ноне перезрелом) периоде. В этот период нас захватили две проблемы: сколиоз и опухоли костей. Справа от меня зав.клиникой ортопедии Ленинградского института усовершенствования врачей профессор М.И. Куслик, ученик Р.Р. Вредена. Он занимался оперативным лечением сколиоза (преимущественно устранением горба) и гигантоклеточными опухолями. По последнему вопросу Михаил Исаакович



*Виктор Алексеевич Чернявский поздравляет В.Д.Чаклина в день 80-летия. На обороте дарственная надпись: «Дорогой Василий Дмитриевич! Поздравляю Вас в 1972 году, как Вы меня в 1967 году, и от души желаю, чтобы наша неизменная дружба сохранилась надолго».*



*Участники I Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов (1963г.) в гостях у В.Д.Чаклина в клинике детской ортопедии и травматологии ЦИТО на базе Московского ортопедического госпиталя*

выпустил хорошую монографию. Последний справа в первом ряду – профессор В.А.Штурм, один из молодых учеников К.Ф.Вегнера. Он глубоко знал вопрос о врожденных аномалиях развития скелета у детей и по этому вопросу написал основательный раздел в «Руководстве по хирургии» (том XII под нашей редакцией). Среди вышерасположенных участников Съезда имеются также крупные представители нашей специальности, например, профессор Р.М.Минина, профессор Р.Л.Гинзбург, В.Я.Тарковская, Н.М.Ободан, профессор З.А.Ляндрес и др. Что меня несколько смущало, так это одностороннее ортопедическое направление их деятельности, без полноценного развития нашей специальности, т.е. без травматологии. Но в этом не их вина. Базы, на которых они работали, предопределяли их научное направление. В этом мы не разделяли направление Ленинградской школы. Харьковское, Московское, Свердловское направления были более современными. Впрочем, это не мешало всем нам дружно работать и вносить в сокровищницу науки частицу того личного, над чем каждый работал десятки лет.

Грустно лишь одно, что в год (1972г.), когда пишутся эти строки приходится вспоминать, как “неумолимая старуха” выхватывала из жизни одного за другим лучших представителей ортопедии первого ряда. Мы с Марией Николаевной Гончаровой держимся и имеем смелость творчески работать.

### *15.2. Киевский ортопедический институт.*

В мою задачу не входит дать научную характеристику старого Киевского ортопедического института. Я был знаком с его деятельностью еще в период работы И.О.Фрумина. Институт носил выраженный характер ортопедического учреждения без признаков травматологии и по своим потенциальным возможностям значительно уступал научно-практической мощи Харьковского института травматологии и ортопедии (руководитель К.Ф.Вегнер). Некоторые разделы ортопедии, например, костно-суставной туберкулез, врожденные вывихи бедра, последствия полиомиелита разрабатывались довольно успешно, но научного блеска там не чувствовалось. Не было и серьезной школы ортопедии, теоретические вопросы почти не разрабатывались. Из солидных работ того времени можно было указать на исследования А.Е.Фруминой. После моего переезда в Свердловск были потеряны наши контакты с Киевом, хотя меня усиленно приглашали работать в этом институте. Грянула война, все было разрушено. С переездом в Киев Ф.Р. Богданова (из Свердловска) научная жизнь Киевского института заметно оживилась, особенно в области травматологии. Присутствуя на одной из расширенных конференций (директор Е.П.Меженина), я почувствовал развитие теоретического направления в работах Киевского института. Проблема гетеропластики была представлена довольно широко и освещена с теоретических и клинических позиций. Ознакомившись с лабораторным сектором и экспериментальным отделом, я убедился в том,

что здесь можно вести исследования на достаточно высоком уровне. Хотя сама по себе гетеропластика - проблема костнопластической хирургии, но она (гетеропластика) оказалась полезной для некоторых пластических операций и для остеосинтеза. Впрочем, большинство докладов носило практический характер. В институте разрабатываются также вопросы патологии суставов, сколиоза. Клиника травматологии размещена на базе одной из больниц, где я нашел кое-что полезное для практической травматологии. Здание института и размещение клиник оставляют желать много лучшего, если учесть, что Киевский институт ортопедии и травматологии является столичным институтом. Имеются солидные кадры, однако, не чувствуется объединяющего научного начала, которое так важно для крупного научно-исследовательского института.

### *15.3. Рижский институт травматологии и ортопедии.*

В мою задачу не входит описание деятельности институтов травматологии-ортопедии, но я не могу пройти мимо Рижского института, хотя он и самый молодой. При посещении институтов и клиник меня всегда интересовали три основных звена: состав научных сотрудников, оригинальные методы исследования и капитальные труды. Само собой разумеется, что качество лечебного процесса определяется во время знакомства с клиниками и по отдаленным результатам, опубликованным в печати.

Я поверхностно был знаком с первым директором института А.Н.Мачабели, но объективная история требует воздать должное его организаторским способностям в первые годы возникновения института - в тяжелый период войны. Допускаю, что профиль и научное направление молодого института были недостаточно очерчены и уточнены. Но то обстоятельство, что институт планомерно развивался, а ученик А.Н.Мачабели стал талантливым продолжателем начатого дела, заслуживает положительной оценки. Молодой травматолог-ортопед Виктор Константинович Калнберз сочетал в себе черты хорошего организатора, способного хирурга-травматолога и тактичного, доброжелательного человека. Он сумел привлечь к работе Института прекрасного, эрудированного помощника по науке А.Н.Биезиня, хороших заведующих отделениями и лабораториями. Наблюдая развитие института в течение ряда лет, я мог убедиться в его неизменном прогрессе, как в направлении научных исследований, так и в расширении территории.

В Рижском институте были подготовлены докторские и кандидатские диссертации по ряду оригинальных вопросов: остеосинтезу с костной пластикой, замещению костных дефектов, по применению эмбриональной ткани для усиления регенерации и др. Среди других работ выпущена монография по биохимии в ортопедии-травматологии (Л.И.Слуцкий).

Особенно следует отметить способность В.К.Калнберза отразить свои исследования и осветить деятельность института с помощью хороших

киноплёнок. Организационные способности директора и его помощников облегчили проведение в Риге 2-го Всесоюзного съезда ортопедов-травматологов (1969г.). Умение научно работать и развлекать гостей – ценное качество рижан.



*В.К.Калиберз (4-ый слева в последнем ряду) и А.Н.Биезинь (1-ый слева во 2-ом ряду) среди участников Пленума правления Всесоюзного общества травматологов-ортопедов (1972г.). В первом ряду четвертый слева – В.Д.Чаклин.*

#### **15.4. Болезнь и раздумья. Встреча с писателем Л.Леоновым.**

Встречи с различными учеными – и не только ортопедами – очень обогащают наши впечатления от окружающего мира. Всю жизнь я боялся превратиться в ремесленника – ортопеда, который далее костей ничего не видит.

Также точно я избегал выслушивать написанные речи отдельных руководителей, говорящих «графаретным» языком, избегал слушать их из боязни поддаться влиянию такой речи, которая далека от литературных образцов. Вот почему мне особенно приятно было встретиться с писателем Л.Леоновым.

После месячного пребывания в специальной больнице, где усиленно лечили мое сердце, я попал в прекрасный санаторий в Крыму. Была ранняя весна, чудесная природа, солидный санаторий. Здесь я надеялся полностью поправить свое сердце. Меня осмотрела молодая доктор и после проверки всех анализов назначила таблетки, чтобы устранить аритмию, которая меня все время беспокоила. На следующий день сестра принесла запечатанные

таблетки и сказала, что нужно принимать их ежедневно. Узнав, что я профессор, она решила, что больной все сам знает и по части терапии сердца. Однако прошла неделя, а мне не становилось лучше. Наоборот, аритмия стала нарастать. Молодая доктор, выслушав мое сердце, проверив его рентгенологически, не прислушалась к моим жалобам. Я продолжал прием таблеток.

Больше того, когда к другому больному приехал профессор из Москвы, я попросил его посмотреть меня (он меня консультировал ранее в Москве). Профессор не внес существенных изменений в мой режим и не обратил особого внимания на те таблетки, которые мне были назначены. Приближалось время моего отъезда, а мне не делалось лучше. Когда я более решительно стал настаивать на изменении курса лечения и вызвал более опытного терапевта, который дежурил в то время, оказалось, что мои сердечные таблетки давно нужно было отменить, их предписывали временно, в истории болезни не была указана дата отмены, а все лекарство находилось у меня.

Когда на следующий день лечащий врач узнала о длительности приема таблеток, она побледнела, забрала таблетки и больше я не получал никаких лекарств. Таким образом, в течение месяца я невольно стал подопытным кроликом, и нужно было удивляться, как мое здоровье выдержало, и я остался жив, несмотря на "лечение". С медиками бывают такие курьезы.

Единственное светлое воспоминание от пребывания в санатории было связано со встречей здесь с писателем Л.Леоновым. Через несколько дней по приезде со мной начала мило раскланиваться приятная дама. Она оказалась моей пациенткой, женой Л.Леонова. Мы сблизились с ними, много гуляли, спускались к морю, хотя я все время следил за своим пульсом. Л.Леонов оказался крайне интересным собеседником, человеком высокой культуры, разносторонне образованным. Уединенные беседы с ними позволили мне глубже заглянуть в процесс творчества писателя и сравнить его с творчеством ученого – врача. Как для того, так и для другого, необходимы высокий уровень общего образования, знание психологии людей, знание жизни всех слоев общества, умение найти в человеке скрытые богатства его души. Подобно тому, как хирург и анатом, препарируя ткани человека, знают в деталях каждый нерв и сосуд независимо от того, в каком положении находится человек, так и наблюдательный писатель незаметно «препарирует» психику, индивидуальность своего «героя» и умело отображает его поведение, действия в определенном кусочке жизни. Но для писателя мало «препарировать», нужно найти еще и образный, красивый язык, чтобы в соответствующем плане художественно отобразить все существо человека.

Встреча с Л.Леоновым сгладила мое неприятное впечатление от санаторной медицины.

Встречи с писателями, композиторами, артистами, художниками (например с П.П. Кончаловским) в различные периоды жизни скрашивали однообразные формы жизни и творчества ученого и врача.

## 15.5. Встречи с коллегами.

### 15.5.1. Б.В. Петровский.

Первая наша встреча с Б.В.Петровским состоялась вскоре после избрания меня в Академию медицинских наук. Меня назначили в комиссию по обследованию Института хирургии, которым руководил родоначальник династии А.В.Вишневский. Припоминаю, что тогда в комиссии были также В.Р.Брайцев, Б.В.Петровский и Г.Е.Островерхов. Затем Борис Васильевич был в длительной командировке в Венгрии, где он занимал кафедру хирургии в Будапеште. Позже при посещении Венгрии я слышал прекрасные отзывы об этом периоде его работы.

После смерти П.А.Герцена Б.В.Петровский занял его кафедру госпитальной хирургии I Московского медицинского института им.



*Борис Васильевич Петровский.*

И.М.Сеченова, и здесь мы неоднократно встречались с ним, работая над подготовкой многотомного издания по хирургии. Мне было предложено быть ответственным редактором двух томов: том XI – патологии верхней конечности и том XII – патологии нижней конечности. Наиболее сложным был вопрос подбора авторов, у которых были свои концепции, свой метод обработки материалов, свой стиль. Пришлось неоднократно советоваться с Борисом Васильевичем по поводу авторов и представленных материалов. Многие пришлось заново перерабатывать. Сдержанность и корректность Б.В. Петровского вносили спокойную струю в работу редколлегии многотомника. Мне было легче писать после того, как я выпустил три тома своей монографии по ортопедии и

травматологии. Мы старались по возможности не повторяться и дать все самое новое по своему разделу. Наиболее аккуратными оказались Ленинградские авторы. Некоторых авторов пришлось заменить. Все это облекалось в тактичную форму. Выпуск наших двух томов был принят хорошо и понравился Б.В.Петровскому.

Жизнь шла... Приближалось мое 70-летие. Я был в расцвете своих хирургических и авторских возможностей. Мои ученики с Ученым Советом ЦИТО (директором института тогда уже был М.В.Волков) устроили торжественное чествование моей скромной особы. Борис Васильевич, несмотря на свою крайнюю загрузку, нашел время быть на чествовании и поздравить меня лично. Затем он был на банкете, что мы все очень оценили.

Наиболее запоминающиеся встречи были в последующее десятилетие. Борис Васильевич закончил строительство нового здания института клинической и экспериментальной хирургии, в котором затем развивалась большая экспериментальная и клиническая работа. Я подробно знакомился с этим институтом, нашел много полезного для себя и своей работы. Дело в том, что «восстановительная хирургия» предполагает исследования не только в области сердца. Еще в большей степени восстановительная хирургия должна охватывать проблемы восстановления локомоторного аппарата. Эта проблема разрешалась с клинических позиций в Московском ортопедическом госпитале. Но в тех условиях теоретические вопросы нельзя было развивать, требовались лаборатории, научные сотрудники.

Борис Васильевич - не травматолог, но как бывший военный хирург, он знал травму и даже предложил свой метод экзартикуляции бедра, который был описан мной в книгах. Вопросы аутопластики, гомопластики и несовместимости тканей составляли предмет споров и размышлений как хирургов, так и травматологов. На происходившем в Рязани Пленуме хирургов был выделен специальный травматологический день, и Президиум съезда (Б.В.Петровский) предложил мне быть председателем этого дня. Борис Васильевич умел ценить ученых – это было крупным его достоинством как хирурга и администратора. Для истории можно сказать без преувеличения, что Б.В.Петровский сделал для развития травматологии и ортопедии в период руководства Министерством Здравоохранения СССР больше, чем было сделано за 40 лет до него. Ученые оценивают администрацию с положительной стороны по основным признакам: начальство хорошее в двух случаях – когда оно не мешает и когда оно немного помогает. Борис Васильевич не только Министр, но и крупный ученый и политический деятель. Его качество, которое мне особенно нравится: благоприятствование начинаниям ученых, его слово не расходится с делом. Под его руководством наша область науки расцвела: был издан большой приказ о коренной реорганизации ортопедо-травматологической помощи населению, открыто множество научных лабораторий. Наука пронизывает текущую жизнь ортопедов-травматологов, созданы новые институты, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии во всех медицинских институтах. Начали функционировать Всесоюзные съезды травматологов-ортопедов. Кадры травматологов-ортопедов и научные кадры значительно выросли в количественном и качественном отношении.

Огромным завоеванием медицины в период руководства Б.В.Петровского является издание Правительственного закона о здравоохранении. Это крупнейшее событие, которое оценят последующие поколения. Как-то много десятков лет назад, изучая развитие ортопедии в Германии довоенного времени, я нашел закон об обязательном лечении детей с ортопедическими заболеваниями. Над этим законом много работал Бизальски – крупный ортопед и организатор. В свое время я мечтал о таком законе. Советский закон о здравоохранении гораздо глубже, шире захватывал все вопросы, и

претворение его в жизнь обеспечит наилучшие санитарные условия и лечебную помощь населению. Да, большой ученый и организатор многое может сделать для своей страны. Не кратковременная популярность, а большие дела определяют основную черту жизни ученого.

### *15.5.2. Александр Васильевич и Александр Александрович Вишневецкие.*

Идеи зреют, развиваются в течение долгих лет и реализуются иногда двумя, тремя поколениями. Вот почему мне хочется сказать несколько слов о двух поколениях Вишневецких. Хотя родоначальник династии – Александр



*Александр Васильевич Вишневецкий (1874-1948 г.г.)  
и Александр Александрович Вишневецкий (1906-1976 г.г.).*

Васильевич и его талантливый наследник Александр Александрович не были травматологами, но, как блестящие общие и военные хирурги, они сделали для травматологии не меньше, если не сказать больше, чем многие признанные травматологи-ортопеды. Проявляя глубокий интерес к воспалительным процессам в костях и хрящах, начиная с 1920г.-1921г. и до настоящего времени, я испытывал глубокое удовлетворение, проникая в сущность концепции А.В.Вишневецкого о нервизме, воспалительных процессах в тканях и применении маслянобальзамических повязок при открытых повреждениях тканей и, в частности, костной ткани. Уже в первый год Отечественной войны возникла дилемма: оставлять ли открытым инфицированный перелом со смещенными отломками в таком виде, в каком прибыл раненый в тыловой госпиталь, или же попытаться вправить отломки. Боязнь распространения воспалительного процесса при форсированном вправлении отломков удерживала нас некоторое время. Но затем (1941г.) мы пошли на открытую деликатную репозицию с одномоментным применением скелетного вытяжения под контролем глаза на операционном столе. Рану зашили частично, применив сульфамидные препараты. У раненого наступило сращение отломков без признаков остеомиелита. Это и последовавшие аналогичные наблюдения побудили нас к активной тактике вторичной поздней обработки костной раны. Своевременная репозиция отломков с применением скелетного вытяжения для бедра стала нашей тактикой. При таком вправлении отломки костей приходили в тесный контакт, устранялись «карманы», предупреждалась возможность образования затеков, мышцы

плотно облегли отломки, что было важно для питания, репаративных процессов, создавались условия физиологической компрессии. Щадящей тактикой ранней открытой репозиции отломков мы поделились на Госпитальном Совете в Москве. Позже мы узнали, что сотрудники А.В.Вишневого делали активную репозицию.

Позже я посетил клинику А.В.Вишневого и нашел там много интересного и смелого для себя.

Меня привлекло щадящее отношение к тканям, создание условий покоя и применение бальзамической повязки. Некоторым контрастом прозвучал прекрасный по форме доклад С.С.Юдина на госпитальном совете о поздней обработке костной раны. Его предложение сводилось к обширным разрезам, иссечению мягких тканей, резекции концов отломков, засыпанию раны сульфамидами и наложением большой гипсовой повязки.

Весь доклад был иллюстрирован огромными рисунками и производил впечатление. Но нам была ближе тактика щадящей обработки раны с применением скелетного вытяжения. Для предложения С.С.Юдина существовали ограниченные показания.

К сожалению, в этом споре, как и в споре по другим принципиальным вопросам общей хирургии, действовали не только законы объективной научной истины, но и личные взаимоотношения и симпатии. А.В.Вишневого долгое время не пропускали в состав Академии медицинских наук. Зато наследник его идей и института Александр Александрович Вишневский сохранил и преумножил достижения школы Вишневских. Он дальше развил учение А.В.Вишневого, напечатал все его труды, создал целую эпоху с операциями на сердце, внес много ценного в развитие теоретических идей общей хирургии. В период Великой Отечественной войны он приобрел богатейший опыт в военно-полевой и госпитальной хирургии, стал после Н.Н.Бурденко главным хирургом Советской Армии и написал прекрасную книгу своих воспоминаний. В Академии медицинских наук А.А.Вишневский занял прочное место как директор Института экспериментальной и клинической хирургии им. А.В.Вишневого.

Построив за последние годы новое чудесное здание института на старой базе, Александр Александрович создал блестящий памятник Александру Васильевичу Вишневскому и советской экспериментальной хирургии. Институт по праву приобрел мировую известность.



Первая встреча с Николаем Ниловичем Бурденко была на обеде у Г.С. Бома. Это было в первые годы по приезде Николая Ниловича в Москву, где он был встречен по традиции старой Москвы не совсем дружелюбно. В нем сразу чувствовался ученый с большим оригинальным умом. При последующих посещениях его клиники и операций я все больше убеждался в том, что Николай Нилович – это талантливый своеобразный ученый с необычайной волей и работоспособностью. Большой общий хирург, который вел клиническую кафедру, одновременно работал экспериментально и на трупах. Разрабатывая некоторые вопросы нейрохирургии,



*Николай Нилович Бурденко  
(1876-1946г.г.).*

он создавал новое направление в хирургии. Сражения со старой группой московских ученых продолжались. Я вспоминаю небольшой эпизод на всесоюзном съезде хирургов (тридцатые годы). Н.Н.Бурденко – докладчик по хирургии позвоночника. Оппонент – один из его противников – выразил сомнение в необходимости операции, ссылаясь на то, что и он делал такие же операции, но без успеха. Вдруг раздался зычный голос Николая Ниловича из президиума: «А Вы дуру видели?» Он имел в виду *dura mater* (твердую мозговую оболочку), но получилась игра слов, которую аудитория восприняла как русскую поговорку в споре: «А ты дуру видел?» последовал взрыв хохота во всей аудитории. Оппонент был уничтожен одной фразой. От хирургии на позвоночнике Николай Нилович перешел к

глубокому изучению патофизиологии и хирургии головного мозга и впоследствии создал блестящее учреждение - Институт нейрохирургии, носящий сейчас его имя.

Надвигались грозные времена военных столкновений и Николай Нилович принимал все более активное участие в подготовительной медико-хирургической службе Красной Армии. Он весьма положительно относился к организованному нами тогда еще молодому Уральскому институту травматологии и ортопедии и поддерживал его активное направление.

Нами разрабатывались вопросы нейрохирургии при повреждениях периферических нервов, и Николай Нилович привлек меня к участию в пленумах и совещаниях по нейрохирургии. Его обобщающие резюме производили большое впечатление, а встречи и беседы за столом в домашней обстановке сохранились в моей памяти до сих пор. Обсуждая некоторые

работы и мысли своих противников, Николай Нилович как-то сказал не без сарказма «Раньше гусиным пером писались вечные мысли, а теперь некоторые ученые вечным пером излагают гусиные мысли». Но по натуре Николай Нилович не был скептиком и создавал больше, чем говорил. Общение с ним, изучение его нового направления в общей хирургии и нейрохирургии служили для меня большим стимулом к творческой работе в Свердловске.

Неожиданно разразилась Великая Отечественная война, и в 1941г. как-то ночью раздался телефонный звонок. Я сразу узнал зычный голос Николая Ниловича: «Послушай, мы на вокзале в Свердловске, ты сможешь накормить нас горячим борщом (было 2 часа ночи)? Так мы приедем.». Вскоре приехали Н.Н.Бурденко, А.И.Абрикосов, А.Д.Сперанский. Их ожидали горячие щи и все, что можно было срочно приготовить в ночное время.

Энергичный и остроумный Николай Нилович подшучивал над путешествием на восток всей группы профессоров и рассматривал их поездку как временную командировку. Сдержанный и корректный профессор А.И.Абрикосов был молчалив. Наоборот, А.Д.Сперанский (ведущая фигура в патофизиологии и создании теории нервизмы) был многословен, просил поставить на стол все запасы водочных изделий и спирта. Они уехали под утро. При активном участии одного из ночных гостей наши запасы всех видов жидкости начисто исчезли.

В дальнейшем Н.Н.Бурденко в качестве главного хирурга Красной Армии развил неутомимую деятельность и служил всем нам образцом ученого организатора и патриота. Несмотря на свой возраст, он лично проверял постановку дела в прифронтовых госпиталях, лазил в санитарные вагоны, проверял, в каком состоянии эвакуируют раненых. Даже когда он потерял слух, он продолжал контролировать хирургическую службу в госпиталях. Во время войны Николай Нилович мне рассказывал, что заставлял главных хирургов и начальников госпиталей писать ему в блокнот ответы на интересующие его вопросы. «Таким образом, - говорил он, - у меня все было документированно». Помимо организационной и контрольной функции он многое делал в разработке методических указаний по лечению военных травм.

Многие позиции мирного времени пришлось пересмотреть. Были созданы специальные конференции, посвященные обработке ран при открытых переломах, после больших дискуссий пришлось изменить хирургическую тактику при ранениях черепа, живота, при огнестрельных переломах. Удалось приблизить лечебный процесс к прифронтовым госпиталям, были созданы специализированные госпитали и, в частности, госпитали по лечению легкораненых, которые без эвакуации заканчивали лечение и снова возвращались в свою часть. Это явилось большим резервом пополнения рядов армии.

Нужно отдать должное энергичному начальнику Санитарного управления армии генералу-полковнику Е.И.Смирнову, который организовал строгую

систему эвакуации и лечения раненых в Великую Отечественную войну. Его имя вошло в историю. Наряду с большой организационной работой Н.Н.Бурденко создал центр медицинской науки – Академию Медицинских наук СССР.

Как ученый Николай Нилович Бурденко представлял собой разносторонне образованного хирурга-исследователя. Его талант отражал качества русского самородка. Помимо знания всех сторон хирургии, он направил свои исследования в сторону нейрохирургии, которую он фактически создал в СССР. Я посещал нейрохирургический институт в его первом здании на Солянке, где Николай Нилович создал тесное содружество крупных невропатологов и хирургов, посвятивших себя нейрохирургии. Были созданы прекрасные лаборатории нейроморфологии, нейрофизиологии. Проблема опухолей спинного мозга являлась ведущей. Присутствуя на операциях Николая Ниловича, я учился тому, как нужно организовать серьезную исследовательскую работу. После таких посещений его института и личных бесед с Н.Н.Бурденко (а они иногда продолжались за обедом у него дома) я уезжал в Свердловск, обогащенный его идеями и остроумным отражением хирургической и травматологической деятельности Москвы. По существу Николай Нилович был ведущей фигурой в хирургии, нейрохирургии и в организации медицинской науки. Нужно было обладать колоссальной энергией и огромным авторитетом, чтобы в конце войны, в обстановке огромных разрушений убедить Правительство создать Академию Медицинских наук СССР, первым президентом которой стал Н.Н.Бурденко.

После войны, в восстановительный период, Институт нейрохирургии был переведен в здание одного из госпиталей, которое было реконструировано. После смерти Н.Н.Бурденко нейрохирургическому институту заслуженно было присвоено его имя. Ученик Николая Ниловича, действительный член АМН Б.Г.Егоров и А.И.Коновалов расширили институт, сохранив традиции школы блестящего ученого Н.Н.Бурденко.

В эти же годы в Свердловске появился не менее блестящий хирург Николай Николаевич Петров из Ленинграда, который прожил в нашем институте в качестве гостя несколько месяцев. Необыкновенная эрудиция, простота и скромность этого ученого делали его пребывание чрезвычайно полезным и приятным. Несмотря на тяжелое время, Николай Николаевич продолжал работать над рукописью очередной книги.

Консультации Николая Николаевича и его непосредственное участие в наших конференциях оставили неизгладимые впечатления. Ученый с мировым именем продолжал научно работать в любых условиях. Его пример заставил вспомнить о другом великом ученом древности – Архимеде, который и во время войны продолжал чертить на песке математические формулы. Когда группа вражеских воинов прорвалась к нему, Архимед не думал о сохранении жизни, а крикнул: «Только не разрушайте мои чертежи»\*.

С Николаем Николаевичем Петровым мы встречались неоднократно и в

---

\* *Nolle tangera circulas meas (лат.)*

последние годы. Сравнивая двух блестящих ученых и хирургов того времени – Н.Н.Бурденко и Н.Н.Петрова – я бы сказал, что Николай Нилович Бурденко был крупным ученым, организатором и борцом. Н.Н.Петров – глубоким ученым и большим врачом-гуманистом, основателем научной онкологии в нашей стране. Я счастлив, что мое общение с Николаем Николаевичем не прекратилось и после войны, а мой сын работал в Ленинграде под его руководством несколько лет. Нас сближало с Н.Н.Петровым также и то, что он оставил серьезные труды по регенерации костей и по костной онкологии. Те и другие вопросы живо интересовали меня и, может быть, интуитивно с молодых лет во мне созревало биологическое направление в ортопедии и травматологии, которого я держусь и поныне, умело сочетая его с техническим прогрессом общей хирургии и травматологии.

#### *15.5.4. На операции у В.А.Оппеля.*

Работая на Урале, я встретился с рядом больных, страдающих анкилозирующим спондилезом. Одновременно меня интересовали и сосудистые расстройства – эндоартерииты, как их тогда называли. Курортное лечение мало помогало этим страдальцам, консервативная хирургия и ортопедия – тоже. Совершенно естественно, что я, как и многие хирурги, потянулся в Ленинград, узнав, что смелый и решительный хирург В.А.Оппель предложил своеобразные операции для лечения этих заболеваний. Обстановка в операционной новой, хорошо оборудованной больницы привлекла всеобщее внимание: голубые халаты хирургов и цветное белье операционной, окраска стен и весь распорядок работы.

Клиника была насыщена многочисленными лабораториями (морфологическая, физиологическая, биохимическая и др.). Исходя из теории гиперкальцемии и дисфункции паращитовидных желез, В.А.Оппель предложил операцию паратиреоидэктомию с одной стороны. Операция несложна, но требует большой тщательности при обнаружении и удалении паращитовидных желез. Я лично делал эту операцию неоднократно, и в случаях удаления истинной паращитовидной железы, доказанной гистологически, больные испытывали облегчение. Хотя прекращения процесса анкилозирования не отмечалось, но болезнен-



*Владимир Андреевич Оппель  
(1872-1932г.г.).*

ность исчезала, движения позвоночника, особенно шейного отдела, становились свободнее.

Внимание общих хирургов привлекла также операция удаления надпочечников. В.А.Оппель теоретически обосновал необходимость такой операции при отдельных формах эндоартериитов. Лабораторные исследования позволили ему создать новую концепцию, объясняющую патологию и клинику этого заболевания. Насколько она была убедительной, могло доказать будущее и проверка отдаленных результатов. Но для того отрезка времени такая концепция представляла новизну, и многие хирурги увлеклись оперативной стороной вопроса.

Последующие годы доказали, что был разрыв между многочисленными лабораторными исследованиями и клиникой. Немудрено, что против такого направления в хирургии выступил не менее блестящий клиницист С.П.Федоров, который напечатал статью "Хирургия на распутье".

Возникла интересная дискуссия, представленная на страницах хирургического журнала, которая очень оживила хирургическую мысль.

Прошли десятки лет, многие вопросы ортопедии-травматологии и общей хирургии освещаются с теоретических позиций более углубленно, нежели раньше. Особенно это сказалось на пластической хирургии и ортопедии, где созданы новые концепции и написана монография, посвященная физиологии и биологии костной ткани. Но клиницист, изучая новейшие теоретические данные, должен умело синтезировать их с клинкорентгенологическими данными. Вспоминая двух блестящих отечественных хирургов – В.А.Оппеля и С.П.Федорова, невольно хочется сказать, что понятие "блестящий мастер" в оперативной хирургии не идентично понятию "блестящий клиницист".

#### *15.5.5. С.С. Юдин.*

Последняя мысль о блестящем мастере хирургии связывается у меня также с личностью С.С.Юдина. Первое знакомство с ним относится к тридцатым годам. В 1932г. состоялся Всероссийский Съезд хирургов, на котором мне представилась возможность в качестве руководителя Уральского института травматологии и ортопедии выступить с докладом об организации травматологической помощи на Урале, где была представлена небольшая выставка института. Наша деятельность была отмечена теплыми словами министра здравоохранения. Тогда же я познакомился с Н.Н.Бурденко, С.С.Юдиным и другими корифеями хирургии. Вскоре меня вызвали в Москву, где представили одного из зарубежных травматологов (из Аргентины) - доктора Зено, который организовал травматологическое отделение в Институте Склифосовского под контролем С.С.Юдина.

Ознакомление с методикой и техникой бескровного лечения переломов костей убедило меня в том, что техника лечения заслуживала внимания, но теоретического фундамента не было. Мы находились под влиянием

теоретически обоснованных функциональных методов лечения переломов в школе К.Ф.Вегнера и потому не по всем позициям лечения переломов были согласны с доктором Зено. Наши беседы с С.С.Юдиным в тот период касались общих вопросов травматологии.

Более основательное знакомство с ним как ученым и хирургом-травматологом состоялось уже в первые годы войны, когда нас вызвали в Министерство на заседание Госпитального Совета. До заседания я ознакомился в институте Склифосовского с методикой первичной и вторичной обработки раны при огнестрельном переломе бедра и затем внимательно выслушал доклад С.С.Юдина по этому вопросу. Его "героическая" обработка ран, при которой иссекались огромные участки мышц и костей, казалась мне антифизиологической, не соответствующей требованиям ускорения процессов заживления переломов. Помню эти огромные рисунки и схемы обработки раны. Мы много спорили с ним по этому вопросу. Свои положения я высказал на Госпитальном Совете. Методика не получила распространения, хотя для небольшой части случаев она и была пригодна. Здесь столкнулись две концепции: концепция хирургического радикализма без учета репаративных возможностей повреждений кости и концепция щадящей хирургии с ее принципами прочной фиксации и покоя для отломков с обязательным экономным иссечением поврежденных мягких тканей и дренированием раны.

Встречи с С.С.Юдиным после моего перевода в Москву оставили у меня незабываемые впечатления после посещения операционной, где делались его блестящие операции на желудке и пищеводе, и бесед с ним по пограничным разделам хирургии и травматологии. К тому времени травматологией в институте им. Склифосовского занималась В.В.Гориневская – добросовестный работник, которой, однако, было трудно состязаться с таким ученым и талантливым хирургом. Это состязание в дальнейшем приняло нездоровый характер. Мой перевод в Москву и организация нового научно-исследовательского института протезирования и ортопедии был встречен без энтузиазма (если не сказать больше) основным травматологом г.Москвы. Но я имел большую поддержку хирургов.

Вскоре после завершения организации института мы устроили конференцию с моим докладом, на которой председательствовал С.С.Юдин, в президиуме был А.Н.Бакулев. Тепло относился ко мне также Н.Н.Бурденко. После осмотра института, доклада и показа новых реконструктивных



*Сергей Сергеевич Юдин  
(1891-1954г.г.).*

операций и протезирования как председатель, так и гости положительно оценили первые шаги нового института. Но были и противники, которые находились временно в латентном, выжидательном состоянии. Насколько С.С.Юдин был смел и оригинален в хирургии, настолько же он был самобытен и отважен в общественной жизни. Это был несомненно ученый, преданный своей Родине. В период гонения ученых он смело выступил на заседании Академии Медицинских наук против осуждения ученых за научные связи с зарубежными специалистами. Вскоре он был арестован вместе с рядом профессоров-медиков.

Даже в ссылке он работал и писал свою последнюю монографию. Он был возвращен из ссылки, занял свое место, но пережитое сказалось на сердце. Он внезапно умер от инфаркта в период научной командировки.

Это был оригинальный ум и блестящий талант.

#### *15.5.6. В.В. Парин, Л.М. Ратнер, А.Т. Лидский.*

Шли последние годы Великой Отечественной войны. Работа в госпиталях была налажена. Многие из моих учеников принимали в этом активное участие. Мой ученик, профессор Ф.Р.Богданов, был главным хирургом Уральского военного округа, мой заместитель, кандидат медицинских наук, М.А.Мухин работал в Челюстно-лицевом госпитале, доктор медицинских наук З.В. Базилевская руководила спинальным госпиталем, доктор медицинских наук А.М.Наравцевич работал в ортопедическом госпитале, кандидат медицинских наук А.М.Фамелис – в периферическом госпитале, многие из молодых уехали на фронт. На свое требование (в начале войны), посланное в Министерство здравоохранения, разрешить мне работать на фронте, я получил отказ с мотивировкой, что я нужен в Институте и госпиталях Свердловской области. Продолжая заведовать кафедрой травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии, я часто встречался с В.В.Париным, который ведал учебным процессом и наукой в Медицинском институте. Василий Васильевич – человек теоретически весьма эрудированный, с ровным, спокойным характером и чувством юмора, помогал ученым. С его помощью был создан объединенный Ученый совет Медицинского института и Уральского института травматологии и ортопедии, которому было предоставлено право приема к защите кандидатских диссертаций. Защита проходила в нашей аудитории в присутствии заведующих кафедрами и гостей из смежных специальностей и общественности. Публичная защита очень оживила научную работу среди молодых ортопедов-травматологов. Была поставлена явная цель, был накоплен большой теоретический и клинический материал. Диссертации шли на высоком уровне, и степень кандидата медицинских наук присуждалась лицам, которых с уверенностью можно было считать специалистами ортопедами-травматологами.

Среди хирургов выделялись две солидные кандидатуры: А.Т.Лидский и

Л.М.Ратнер. Аркадий Тимофеевич Лидский потратил немало усилий на формирование Медицинского института и привлечение крупных сил. Это был хороший разносторонний хирург с академическими традициями. Во время войны он был назначен главным хирургом Облздравотдела. В методике лечения раненых мы с ним соглашались. Он блестяще знал патологию и клинику желчных путей и опубликовал хорошую монографию. По его совету многих из моих учеников командировали в госпитали, так что к концу войны состав научных работников института травматологии почти полностью обновился. Пришлось снова начинать организацию института и воспитывать новое поколение кандидатов медицинских наук. Мой ближайший помощник М.В.Мухин был избран на кафедру военно-медицинской академии и переехал в Ленинград, Ф.Р.Богданов занял кафедру общей хирургии в Свердловском институте, к концу войны я принял в институт молодого врача прямо с фронта и начал ее учить элементам ортопедии-травматологии. В последствии она оказалась способным и дельным работником и заняла мое место директора института (после Ф.Р.Богданова). Это была З.П.Лубегина. Теперь она доктор медицинских наук, профессор). Рад отметить, что ей удалось собрать в институте дельный коллектив и продолжать традиции функциональной травматологии и ортопедии, основанные на прочном теоретическом базисе.



*Встреча В.Д.Чаклина с Аркадием Тимофеевичем Лидским в Свердловске ( 1971г. ).*

Своеобразной фигурой был Л.М.Ратнер. Он несомненно был способным хирургом с большим уклоном в онкологию. Человек исключительно добросовестный и честный в оценке исходов своих операций. Нам пришлось некоторое время пользоваться одной большой операционной, разумеется, в разные дни. Помню один факт, который поразил меня в то время. Лев Моисеевич оперировал (делал резекцию желудка) одного моего знакомого. Все прошло благополучно, хотя больной чувствовал какую-то неловкость в желудке. Л.М.Ратнер посмотрел его рентгенологически и клинически, и решил, что имеется рецидив. Больной согласился на повторную операцию. Когда Л.М.Ратнер сделал ему субтотальную резекцию желудка, то после операции он рассек удаленный большой узел уплотнения и нашел большую марлевую салфетку, оставленную в желудке при первой операции. Это был такой психологический "стресс", что хирург упал в предоперационной, потеряв сознание. Сердечный человек в жизни, он тяжело переживал свои

ошибки, не скрывая их, и опубликовал свой материал. В жизни он был остроумный человек.

Несмотря на тяжелые времена и большой недостаток во всем, я все же с теплотой вспоминаю наши встречи, наши дискуссии, работу хорошего коллектива института, который помогал мне создавать ортопедо-травматологическую сеть и науку на Урале.

#### *15.5.7. Чехословацкие ученые.*

Признанные в СССР некоторые идеи и концепции ортопедии-травматологии мне хотелось обсудить также и среди зарубежных ученых.

Отдыхая на Карловых Варах, я неожиданно получил приглашение в качестве почетного гостя посетить ведущие ортопедо-травматологические клиники Чехословакии. Все путешествие от Карловых Вар до Брно, а затем до Братиславы и Праги мы проделали на машине. В Брно наше внимание привлекла ортопедическая клиника. Профессор П.Фрейка – председатель Чехословацкого общества ортопедов и руководитель клиники – ортопед европейского масштаба, скромный, обаятельный человек и всесторонне образованный ученый. Известны его работы по патологии позвоночника, по бескровному лечению врожденного вывиха бедра у малолетних. Подушка Фрейка, позволяющая лечить детей с дисплазией тазобедренного сустава, дала толчок к развитию бескровного функционального метода с применением различных распорок. В клинике удалось видеть больных с многообразной патологией костей и суставов. Состоялся обмен мнениями по поводу лечения сколиоза – наиболее сложной проблемы, над которой работала наша клиника в Москве. Сотрудники клиники П.Фрейка делали первые шаги в разработке проблемы лечения сколиоза. На обеде, который устроил для нас П.Фрейка, я познакомился с его очень радушной и милой семьей. Мадам Фрейка скромная, приветливая хозяйка, к сожалению, не говорила по-русски, и пришлось пользоваться переводчиком. К счастью, младшая дочь оказалась медиком, понимающим русский язык, а один из ассистентов неплохо владел английским, поэтому можно было достичь взаимопонимания.

Обед был замечательный, в чем нужно отдать честь хозяйке дома, прием в клинике и взаимный обмен мнениями по научным вопросам оказался полезным как для меня, так и для клинических сотрудников. Мы были ограничены временем и потому с чувством большой благодарности уехали в Братиславу, для чего пришлось пересечь всю Чехословакию. Позже мы снова посетили Брно и Прагу, о чем я скажу ниже.

При посещении Пражской квартиры семьи Фрейка меня познакомили со старшей его дочерью – архитектором Ириной Фрейка, обаятельной женщиной, с которой у нас возникли чистые дружеские отношения. События прервали эти отношения.

Братислава – прекрасный город на берегу Дуная. Отель и ресторан на

европейском уровне, много туристов. Прогулка по набережной, созерцание вод голубого Дуная, размеренный образ жизни создает чувство покоя.

Целью нашей поездки было ознакомление с клиником профессора Червенянского. К сожалению, Я. Червенянский был нездоров, и мы нанесли ему визит вежливости вместе с сопровождавшим нас доцентом клиники.

Я. Червенянский, член Чехословацкой Академии Наук, и его милая жена приняли нас очень радушно. Оба говорили по-русски достаточно удовлетворительно. Теоретически всесторонне образованный хирург-ортопед, он занимался различными вопросами костной патологии, в частности, опухолями костей. Позже мы встречались с ним неоднократно, слышали его доклады по этому вопросу и читали статьи в нашем журнале "Ортопедия, травматология и протезирование". Я. Червенянский по своему складу и душевной теплоте ближе стоит к русским ученым. Между строк чувствуется, что Чехословацкие ортопеды не очень связаны с Братиславой.

Доцент клиники показал нам больных. В противоположность другим клиникам Чехословакии там широко были раскрыты двери для свежей травмы. Проводились некоторые оригинальные операции. Хорошо систематизировался материал. Мы поблагодарили сотрудников клиники, пожелали здоровья профессору Червенянскому и уехали в Прагу.

#### *Заградничек и его клиника. Профессор Ярош.*

В Праге я был гостем профессора Заградничека. Меня привезли в прекрасный отель, который был оплачен хозяином клиники. Но в кассе мне передали пакет с деньгами, который, очевидно, оставил профессор Фрейка. Я спросил: "За что оставлены деньги?" – «За номер в отеле и пребывание в городе в качестве гостя». По аналогии с пьесой «Слуга двух господ» я невольно оказался гостем двух господ. Разумеется, я отказался от этих денег и просил вернуть их хозяину пакета. Это подчеркивает крайнюю деликатность профессора П.Фрейка, который, будучи председателем Чехословацкого общества, пригласил меня в качестве почетного гостя. Мы осмотрели клинику профессора Фрейка, где были представлены разнообразные ортопедические заболевания, но почти отсутствовала свежая травма, о чем я деликатно намекнул руководителю клиники.

Отличительной чертой указанной клиники было оперативное лечение врожденного вывиха бедра у детей по способу Заградничека. Меня пригласили на операцию. Профессор Заградничек с удивительным искусством провел две операции. Основная идея операции, как известно, заключается в высокой косой остеотомии бедра с небольшой клиновидной резекцией для устранения антеверсии шейки бедра. Деликатное вправление головки бедра происходит при этом легко. С учетом точной оси шейки всего бедра делают остеосинтез одним или двумя тонкими гвоздями. Обе операции прошли блестяще. Через несколько лет профессор Заградничек выступал с докладом о своей операции на большом совещании ортопедов в Ленинграде. Я вместе с другими учеными был избран почетным членом Чехословацкого общества имени Пуркинье. Это была большая честь. В тот же приезд в Прагу

я сделал доклад в честь Чехословацкого ортопедического общества на тему: «Новый метод операции туберкулезного коксита и опухолей внутритазовым доступом», продемонстрировав новый путь для резекции суставной впадины с сохранением функции сустава, с показом отдаленных результатов. На обществе присутствовали крупные ортопеды и хирурги Праги. После официальной части мы были приглашены на обед к профессору Заградничеку. Въезд машины почти в первый этаж квартиры, расположение квартиры на четырех этажах по вертикали, музей необыкновенного стекла и картин, признаки роскоши – все это произвело впечатление. Я сказал в шутку, что присутствую в гостях у блестящего ортопеда и в доме солидного буржуа. На что Я.Заградничек ответил (тоже в виде шутки): «Все это остатки проклятого капиталистического прошлого».

К нашему общему огорчению, как мы узнали позже, Я.Заградничек умер от инфаркта. Не только Чехословакия, но и вся Европа потеряла блестящего ортопеда старой классической школы ортопедии.

Из столпов чехословацкой ортопедии остались проф. Фрейка и Червенянский. П.Фрейка организовал в Брно интересную международную конференцию по сколиозу, на которую были приглашены делегации из СССР, Франции, Германской Демократической Республики, США, Польши и других стран. Это был весьма интересный форум ученых по одному вопросу



*Встреча с чешскими ортопедами на конференции по сколиозу в Брно (1961г.). Слева – Милош Янечек.*

и протекал он очень живо, сблизив ученых многих стран. Тогда был период перехода от консервативного к оперативному лечению сколиоза. И в оперативном лечении намечались первые шаги преимущественно заднего спондилодеза. В последующие десятки лет позиции московских ортопедов претерпели эволюцию. Но уже на Чехословацком форуме намечались различные пути изучения патогенеза сколиоза (доклад Понсетти),

лечения заболевания: коррекции искривления деформации пружинами без фиксации (профессор Груца), перекрестная фиксация позвоночника и вмешательства на телах позвонков (В.Чаклин, А.Казьмин), метод эпифизиодеза и другие. Некоторые контуры форума по сколиозу намечались уже на встрече ученых накануне официального открытия. Нас рассадили так, что изящная француженка (жена видного ортопеда) сидела между мною и Груца и все время наклонялась в мою сторону. Это послужило для меня

поводом к шутке, и в своей речи я сказал, что очень высоко ценю метод Груца – искривления кривизны позвоночника.

В один из приездов в Прагу я ознакомился с интересной работой ортопедического диспансера, который в то время возглавлял профессор Ярош. Это был ортопед скорее консервативного направления, но хороший организатор. После смерти Я.Заградничека он занял его место руководителя клиники, которую я посетил через несколько лет. Клиника приобрела другое направление: появилось травматологическое отделение, начали изучать остеомиелит (гематогенный и травматический). Оперировали преимущественно доценты и ассистенты. В последний раз мы виделись с профессором Ярошем на съезде чехословацких ортопедов с международным участием в Праге, где я сделал доклад о патологии и лечении пояснично-крестцовых болей. Были представлены хорошие доклады из Швеции, Чехословакии, Германии и других стран. Для нас было некоторым сюрпризом, что официальными языками, кроме чешского, были английский, немецкий. Пришлось срочно переводить свой доклад на немецкий язык. На банкете профессор Ярош приветствовал гостей на французском языке.

После смерти профессора Яроша наступил некоторый перерыв во взаимоотношениях между советскими и чехословацкими ортопедами.

#### ***15.5.8. Венгерские встречи.***

Через наше Министерство Здравоохранения я как-то получил приглашение от Президента Венгерской Академии Наук академика Рузняка посетить Будапешт в качестве гостя Академии Наук. Визит продолжался около двух недель. Я консультировал и затем оперировал одну больную. Меня устроили в первоклассном отеле, было оказано много внимания. В таких условиях я мог отдыхать и писать. Академик Рузняк – крупнейший терапевт и ученый страны и, кроме того, добрый отзывчивый человек. Здание Академии на берегу Дуная и весь антураж производили хорошее впечатление. Я прочитал в Будапеште три лекции для врачей, иллюстрируя свое сообщение большим числом слайдов. Вопросы клиники и лечения сколиозов и щадящие операции при опухолях костей и суставов были для них новы. Молодая ортопедическая клиника, которую возглавлял профессор Глаубер, лишь набирала силы. Лекция об оперативном лечении опухолей костей привлекла и хирургов. У меня было много времени, чтобы ознакомиться с Будапештом. Прекрасный



*На обходе в ортопедическом диспансере в Брно (1961г.).*

город на Дунае сразу завладел моим вниманием. Меня возили повсюду, что позволяло знакомиться со своеобразной архитектурой города, с приветливыми людьми. Субботу и воскресенье мы провели за городом на знаменитом озере Балатон, где имеется уютный уголок Академии Наук.

Наблюдая больную после операции, я одновременно знакомился и с другим центром травматологии – Венгерским институтом травматологии, который возглавляет молодой энергичный профессор Г.Санто. Ранее он посетил нашу клинику и видел больных после операции на позвоночнике. Нужно сказать без преувеличения, что его институт в Будапеште достоин особого внимания. Расположенный в прекрасном здании, он принимает всю травму от Будапешта и других городов Венгрии. Меня привлекло разнообразие больных с последствиями тяжелой травмы, хорошие операционные и налаженный центр реанимации. Лечение переломов костей поставлено на высоком уровне, особенно переломов шейки бедра. Занимается этим доцент Мейердинг с сотрудниками. Оборудование института достаточно удовлетворительное, и все изготавливается в Венгрии. Научное направление института – разработка вопросов тяжелой комбинированной травмы; ортопедия была в зачаточном состоянии при моем первом посещении, позже, при последующих посещениях, я увидел самостоятельное ортопедическое отделение и еще лучшую постановку работы реанимационного центра.

В Будапеште имеется сравнительно небольшое число солидных травматологов-ортопедов; излишне подчеркнутое разделение травматологии и ортопедии вызвано скорее местными условиями возглавляющих лиц, чем интересами дела.

### *Издание моей книги «Ортопедия» в Венгрии.*

Еще при первом посещении Венгерской Академии Наук я получил предложение издать в Будапеште мою книгу «Ортопедия» в двух томах. При втором посещении наметили переводчиков. Я написал новое предисловие к Венгерскому изданию книги и внес в текст небольшие поправки. Для меня было большим сюрпризом получение двух книг моей «Ортопедии» в прекрасном издании Мадьярской Академии Наук. Позже я получил из Будапешта хорошие отзывы на это издание. Оно оказалось полезным для венгерских хирургов, ортопедов и для студентов, которые в то время не имели других руководств по ортопедии. Редактором книги был профессор Пап, известный ортопед и прекрасный человек. Я провел у него в Дебрецене целый день, чувствуя уют и дружбу в милой семейной обстановке. Мне пришлось побывать в Будапеште и позже - на конгрессе с международным участием, где я ближе познакомился с профессором Белером – ведущим травматологом Европы.

Академик Рузняк пригласил меня в свой новый экспериментальный институт, размещенный в великолепном здании. Здесь царил дух углубленных теоретических исследований.

От всех посещений Будапешта и встреч с различными учеными у меня сохранились хорошие воспоминания. Деловые качества ортопедов-травматологов этого прекрасного города я высоко ценю.

### *15.5.9. Встречи со шведскими учеными.*

О плодотворной деятельности Свена Фриберга я знал давно. Он – руководитель большой ортопедической клиники в Стокгольме и редактор журнала *Acta Orthopædica Scandinavica*. Его посещение нашей клиники и госпиталя представляло значительный интерес. Свен Фриберг – высокий, стройный блондин с проседью, человек спортивного типа, прост в обращении и дружелюбно настроенный ученый. Его интересовали не только специальные вопросы ортопедии, но и общие вопросы науки и жизни ученых. Мы демонстрировали ряд больных после операции переднего спондилодеза по поводу спондилолистеза, а также группу больных со сколиозом после операции.

На конференции врачей он поделился некоторыми вопросами ортопедии в Швеции. Нужно заметить, что я хорошо знал преимущественно консервативную ортопедию Гаглунда, и потому мне интересно было узнать направление шведской ортопедии настоящего периода. В Швеции сохранились основы классической ортопедии немецких мастеров (Гоффа, Иоахимшталя и др.). Оперативная ортопедия широкого масштаба, как ее развивали американские ортопеды, чувствовалась в меньшей степени, хотя Свен Фриберг был блестящим хирургом-ортопедом. Приближалось время ленча, и я пригласил Свена Фриберга в Дом ученых Академии Наук. Мы скромно позавтракали и продолжали обсуждать некоторые вопросы общей ортопедии. Я, между прочим, напомнил шведскому коллеге о том, что первая операция на телах позвонков и первое описание переднего спондилодеза было сделано нами еще в Свердловске (Урал) в 1931г. Бернс и японские авторы сделали ее позже. С.Фриберг интересовался жизнью ученых, оплатой, вопросами питания. Среди прочих разговоров он задал коварный вопрос: правда ли, что коммунисты получают особый паек. Пришлось разъяснить ему, что речь, по - видимому, идет о крупных руководителях и крупных ученых Академии Наук, так как я, например, пользовался тем, что покупал в магазине. Обедать я могу в Доме ученых как член этого клуба. Речь зашла также о нашей печати, он знал о нашем скромном журнале. Предложил публиковать некоторые оригинальные работы в *Acta Orthopædica Scandinavica*. К сожалению, я до сих пор не мог воспользоваться его любезностью. Мы расстались с общим благоприятным, дружеским ощущением от этой встречи в Москве.

С другим шведским ортопедом К.Гиршем мы познакомились в Праге на съезде с международным участием. Он сделал интересный доклад на немецком языке о морфологических изменениях в поясничном отделе позвоночника, иллюстрируя свои мысли прекрасными диапозитивами.

Я сделал доклад (к сожалению, также на немецком языке, по предложению Президиума) о патологии поясничных болей с предложением делать передний спондилодез при тяжелой форме остеохондроза и "дисцита". Эту операцию в Праге еще не делали, в других странах (Англия, США) она только начала входить в круг оперативных вмешательств на позвоночнике. Вечером на банкете я сидел за одним столиком с Гиршем и его милой женой. Было много шуток, тостов за дружбу. О научных вопросах избегали говорить. Хозяином банкета был профессор Ярош (Прага), который сказал приветственную речь на французском языке. Эта встреча немного сблизила нас с К.Гиршем. При второй встрече он сообщил мне, что его жена неожиданно умерла; это меня очень огорчило, и я выразил свои чувства К.Гиршу. От встречи у меня сохранилось впечатление о нем как об активном образованном ортопед.

### *15.5.10. Советско-американский симпозиум.*

Международный авторитет отечественной ортопедии значительно вырос за последние десятилетия. Правда, этот рост нельзя объяснить только событиями последнего времени. Старую школу Ленинградских ортопедов Г.И.Турнера, Р.Р.Вредена хорошо знали в Европе и Америке, травматологическую школу К.Ф.Вегнера знали в Европе и особенно в Германии, но затем наступил разрыв в период войны и непосредственно в послевоенный период. Ортопедо-травматологическая наука продолжала развиваться в узком направлении в соответствии с потребностями восстановительного послевоенного периода.

Поездка (1944г.-1945г.) в США (В.Д.Чаклин) и Англию (Н.Н.Приоров), приезд зарубежных гостей на наши съезды также в качестве туристов, целеустремленные работы ортопедов по хирургии позвоночника, по разделу костной пластики, хирургическому лечению опухолей костей привлекли внимание ученых социалистических и других стран.

Большая группа зарубежных ученых была на 1-ом Всесоюзном съезде травматологов-ортопедов, что также популяризировало за рубежом нашу ортопедию-травматологию.

В 1970г. по инициативе американских ученых в Москве и Ленинграде был организован советско-американский симпозиум по костно-пластической хирургии. Состоялась дружеская встреча. С американской стороны прибыло более 90 человек, связанных с ортопедией теоретически и практически. Профессором Малкиным был сделан прекрасный доклад по морфологии и патофизиологии хрящевой ткани.

С нашей стороны в симпозиуме участвовало более 90 человек. Было сделано два доклада на английском языке М.В.Волковым и В.Д.Чаклиным: «Теоретические и клинические аспекты костной пластики» с демонстрацией диапозитивов и больных. Все доклады были встречены очень тепло. Состоялась встреча ученых двух стран в небольшом составе. Среди

американских гостей я встретил некоторых ученых, которые принимали меня в своих клиниках, например, старейшего ортопеда Лео Мэйера из Нью-Йорка (встреча была в 1944г.). Пришлось экспромтом сказать несколько слов приветствия на английском языке. У нас осталось хорошее впечатление от этого первого симпозиума. Предполагалось наметить второй симпозиум на территории Соединенных Штатов. В тот же вечер группа гостей – ортопедов уехала в Ленинград.

Знакомясь лично с отдельными учеными и регулярно следя за развитием международной ортопедии, я заметил, что американские ученые совместно с биохимиками и морфологами уделяют большое внимание теоретическим вопросам изучения костной ткани и хряща, применяя новейшие методы электронной микроскопии. Второе, что можно было отметить – зарубежные ученые почти не применяли гомопластику костей, считая это пройденным периодом.

Теоретические обоснования и отдаленные результаты ауто-гомопластики, представленные нами в диапозитивах, были восприняты положительно.

К сожалению, симпозиум был организован так, что почти не было прений. Французские гости демонстрировали некоторые бытовые сценки. Было необычайно весело. Хозяин и приветливая хозяйка (мадам Фрейка) устроили прием, на котором было много делегатов конференции. В последующие годы я неоднократно имел дружеские встречи с Адамом Груца (на ортопедическом съезде в Москве, в Ленинграде, в Венгрии). Как ученый А.Груца представлял собой крупного специалиста ортопедии. Его книга «Ортопедия» заслуживает высокой оценки.

Мне было особенно приятно получить от польских ортопедов извещение об избрании меня в Почетные члены Польского Общества ортопедов-травматологов. Все это мы рассматривали как дань уважения к заслугам отечественной ортопедии.

### *15.5.11. Встреча с А.Груца (Польша).*

Адам Груца – ведущий ортопед Польши. С его работами по сколиозу мы были знакомы давно. Лично с Адамом Груца мы познакомились в Чехословакии, в Брно, где состоялась конференция по сколиозу с международным участием, куда он приехал со своими ближайшими помощниками и группой польской делегации. Мы представили группу советских ученых, среди которых были Ф.Р.Богданов, Е.К.Никифорова, Л.И.Шулутко, Е.А.Абальмасова, А.Т.Прохорова, Е.П.Меженина, И.А.Мовшович, А.И.Казьмин, И.М.Митбрейт и другие.

Адам Груца выступил с докладом о коррекции сколиоза с помощью пружины. Коррекция удавалась хорошо, но отдаленные результаты не были представлены. Главный вопрос – последующее сохранение достигнутой коррекции. Я посвятил свой доклад юбилею нашего друга проф. Фрейка (Брно) и изложил свою концепцию о патогенезе и лечении сколиоза. Мои

помощники представили дополнительные материалы по сколиозу. Научная сессия проходила очень оживленно. Интересные сообщения сделали Станьяра (Франция) и Понсети (США).

После научной сессии нас повезли на завод по изготовлению вин, и в подвалах среди бочек с вином различных сортов мы честно выполняли функцию дегустаторов. А.Груца и его коллеги оказались очень веселыми гостями. Сам Груца – небольшого роста, худощавый, оживленный человек, который не расстается с трубкой. После дегустации мы выпили с А.Груца на брудершафт хорошее вино, танцевали, пели польские, русские, чехословацкие песни.

### *15.5.12. Встречи с австрийскими и немецкими ортопедами-травматологами.*

Существуют проблемы, над которыми отдельные ученые работают всю свою жизнь. К таким проблемам относятся переломы костей. Над этим вопросом Белер работал всю свою врачебную жизнь, и нужно отдать ему должное – он достиг совершенства. С первой монографией мы познакомились свыше сорока лет назад. Характерной особенностью его научного направления является разработка бескровных методов лечения переломов. Подробно описана вся система бескровного лечения отдельных видов переломов трубчатых костей. Первое издание его книги было переведено на русский язык под ред. Н.Н.Приорова. Но жизнь вносила некоторые изменения в эту систему. Прежде всего, приходилось вносить существенные поправки в лечение переломов бедра и костей голени. Шина Белера не удовлетворяла нас тем, что в ней нельзя было менять углы в тазобедренном и коленном суставах. А в зависимости от уровня и типа переломов бедра нужно было создавать различные углы в процессе фиксации и особенно в период последующего функционального лечения. Поэтому мы в нашей мастерской при Свердловском институте травматологии создали функциональную шину Чаклина, позволяющую придавать конечности требуемый угол. Эта же шина оказалась незаменимой при разработке движений в суставах, например, после артропластики. На указанной шине один из моих помощников (В.П.Скрыгин) провел лечение переломов бедра и получил хорошее сращение отломков. Не наблюдалось ни одного случая псевдоартрозов, летальность равнялась нулю. В последующие годы, уже в Москве, мы внесли небольшие поправки в нашу шину, приспособленную для лечения переломов у детей и подростков. Преимущество указанной шины перед неподвижной шиной Белера очевидно. Стоит лишь пожалеть о том, что такая функциональная шина не изготавливается в серийном порядке, а то количество шин, которое мы изготовили благодаря помощи академика А.Н.Туполева и его сотрудников, оказалось явно недостаточным. Вторую поправку в систему Белера лечения переломов нижней конечности и, в

частности, бедра, внесла жизнь. Кюнчер применил «гвоздевание» при переломах бедра.

Хотя такой метод и не нов в травматологии, но Кюнчер разработал его детально, применил толстый гвоздь с рассверливанием костномозгового канала, благодаря чему создавалась возможность сколачивания (компрессии) отломков, предупреждалась



*На 1 Съезде травматологов-ортопедов СССР.  
Слева от В.Д.Чаклина – Л.Белер.*

миграция гвоздя и вторичное смещение отломков вследствие искривления или поломки бедра. Горячими сторонниками такого метода в нашей стране были Я.Г.Дубров, В.А.Чернявский, Ф.Р.Богданов и другие. Мы предпочитали фиксацию отломков гетеро- или аутооттрансплантатами, взятыми в соответствии с диаметром костномозгового канала. Для надежности должен был быть выдержан принцип экстра-интрамедуллярной фиксации. Впоследствии мой ученик Ф.Р.Богданов использовал этот физиологический принцип, применил сочетание гвоздя и наружного аутооттрансплантата, что обеспечивало наилучшие условия для периостальной регенерации и консолидации. Указанные выше изменения и дополнения не умаляют достоинств метода Белера, который выпустил несколько изданий своей книги и в последней книге дал ценные дополнения ко всей системе лечения. Мы встречались с Л.Белером неоднократно на международных конференциях и конгрессах. Несмотря на свои немолодые годы, Л.Белер продолжал активную жизнь и полезную деятельность в области травматологии. Он создал новое травматологическое учреждение в Вене, куда я получил приглашение приехать, но некоторые обстоятельства помешали этой поездке.

П.Матцен (Matzen, Лейпциг) представлял другой тип ученого. С ним я встречался неоднократно: в его клинике в Лейпциге, у нас на Съезде травматологов-ортопедов, в Чехословакии на конгрессе ортопедов, у него дома на обеде. П.Матцен – стройный, сдержанный, привлекательный человек, ученый преимущественно с ортопедическим направлением. Живет при клинике и, как хороший хозяин, держит всю клинику под постоянным контролем. Связка ключей от всех кабинетов и лабораторий всегда была при нем. Клиника в хорошем состоянии, лаборатории, рентгеновское отделение на должном уровне. Прекрасно оборудованное поликлиническое отделение. Хорошая операционная.

В детском отделении можно было видеть многих детей после операций по поводу дисплазии шейки бедра. Дети активны, передвигались сами на

хорошо приспособленных маленьких подвижных колясках. Штат врачей небольшой. При вторичном посещении клиники я сделал небольшой доклад на конференции по поводу новой операции удаления очага в крыше суставной впадины. Доступ понравился. В 1964 году, когда в Лейпциге печаталась моя монография «Основы оперативной ортопедии-травматологии», я снова посетил его клинику. П.Матцен работал над вторым изданием своей книги «Ортопедия», которую он затем мне прислал. Книга в двух томах с участием многих авторов представляла капитальный труд по ортопедии. Это было, пожалуй, лучшее, что имелось в то время среди печатных изданий демократических стран. В 1971 году я послал ему свою книгу «Костная пластика» и получил очень теплое письмо по поводу моей активной деятельности в период наступления 80-летия. Среди известных мне немецких ортопедов я очень высоко ценю эрудицию П.Матцена.

В Берлине мне пришлось познакомиться с клиникой профессора Кайзера. Это старинное здание, в котором работали классики немецкой ортопедии Гоффа и другие. Научные интересы профессора Кайзера были направлены на ортопедию тазобедренного сустава. Я присутствовал у него на операции по поводу коксартроза. Сделана операция была хорошо. Мне особенно понравилось то, что он сам гипсовал больную. В домашней обстановке профессор Кайзер и его милая жена были приветливы.

Резюмируя мои встречи с немецкими ортопедами, я мог бы высказать лишь одно пожелание: необходимость объединения ортопедии и травматологии в одной клинике. До сих пор у них травматологию ведут хирурги, что не соответствует требованиям времени.

### *15.5.13. Контакты с английскими, французскими и другими зарубежными коллегами.*

С профессором R.Roaf мы познакомились ранее. Нас связывала общая проблема, над которой мы работали: генез и оперативное лечение сколиоза. Роберт Роаф в числе других гостей был приглашен на Первый Всесоюзный съезд травматологов-ортопедов. Я встретил высокого худого человека, своим видом похожего на ирландца, с рыжеватым оттенком волос. Он говорил немного по-русски и понимал речь, что облегчало ему пребывание на съезде. До заседаний он посетил нашу клинику и ознакомился с методикой лечения сколиоза, других заболеваний позвоночника, в частности – спондилолистеза. На съезде он сделал программный доклад. Затем в конце съезда большая группа ученых из разных стран посетила нашу клинику.

Среди гостей были английские, французские ортопеды - Бертран, Жюде, немецкие – Матцен, Кайзер, венгерский - Г.Сонто, польский - А.Груца, делегат из Финляндии - К.Калио и многие другие.

Кроме сколиоза их особенно интересовала наша операция на телах позвонков с внебрюшным доступом. Были представлены схемы этапов операции, рентгенограммы с отдаленными результатами, были показаны



Ортопедической Ассоциации Осмон-Кларком и с крупнейшим ортопедом-травматологом Англии сэром Р. Ватсон-Джонсоном. Группа в течение трех дней знакомилась с деятельностью Центрального института травматологии и ортопедии и Клиникой детской ортопедии и травматологии на базе Московского ортопедического госпиталя. В группе был также профессор Роберт Роаф, который, зная немного русский язык, помогал нам лучше



*Английские ортопеды-травматологи при посещении клиники детской ортопедии и травматологии ЦИТО на базе Московского ортопедического госпиталя. В гостях у В.Д.Чаклина (крайний справа): проф. сэр Р.Ватсон-Джонс (с ним рядом), проф. Осмон-Кларк (в центре), проф. Роберт Роаф (четвертый слева), между ними М.В.Волков. Первая слева – проф. Р.Л. Гизбург, переводчик книги Р.Ватсон-Джонса «Переломы костей».*

понимать друг друга. Впрочем, все пояснения я давал на английском языке.

В группе были два крупнейших ученых с мировым именем: сэр Р.Ватсон-Джонс и президент Британской Ортопедической Ассоциации Осмон-Кларк. Последний – среднего роста, крепкого сложения, имел весьма благожелательный вид. Он считался ортопедом широкого профиля. Р.Ватсон-Джонс – худощав, подвижен, весьма энергичный человек, разносторонне образованный ученый с уклоном в травматологию. Его последняя книга «Переломы костей» в двух томах, которую он преподнес мне, считается непревзойденным капитальным трудом.

На второй день нашей встречи в Центральном институте травматологии и ортопедии меня ждал сюрприз. При большой аудитории врачей весь состав английской делегации занял место в президиуме. После обсуждения небольших текущих вопросов Ученого совета Института председательство было передано профессору Осмон-Кларку. Он пригласил меня в президиум, затем повесил себе на шею массивную эмблему президента, взошел на

кафедру и торжественно сообщил: «За заслуги в области мировой науки Василий Чаклин избран почетным членом Британской ортопедической Ассоциации».

Причем, по традиции этого высшего научного органа в Англии, президент прочел подробную мою биографию и отметил наиболее значительные труды. Некоторые детали обо мне он знал больше, чем я сам. Торжественный акт закончился вручением мне диплома.

Я, как мог, ответил по-английски, подчеркнув, что эта честь оказана русской и советской ортопедической науке.

Затем Р.Ватсон-Джонс, как принято среди ученых, сделал прекрасный доклад по артродезу тазобедренного сустава. Были представлены замечательные рисунки. Доклад и сама операция произвели впечатление исключительного мастерства. На меня встреча с Р.Ватсон-Джонсом и его доклад произвели такое впечатление, что на банкете в английском посольстве (где было много крупных представителей советской науки) мне пришлось сказать несколько хороших слов об английской делегации ученых, и чтобы разрядить чопорность обеда, зная, как англичане ценят шутку, я между прочим отметил: доклад профессора Р.Ватсон-Джонса был настолько красочным и убедительным, что слушая его, я пожалел, что у меня нет артроза (доклад был о лечении артроза). Это вызвало взрыв смеха, обстановка стала более непринужденной.

На следующий день мы устроили операционный день для английских гостей, заранее извинившись за скромность обстановки Госпиталя. Я показал свою операцию переднего внебрюшинного доступа к позвоночнику, причем Ватсон-Джонс и Р.Роаф интересовались всеми деталями техники операции, которая, к счастью, прошла весьма удачно.

В конце операции представитель международной прессы долго беседовал с Ватсон-Джонсом (без моего участия), и меня поразило то, что через день мне показали английскую газету, на передней странице которой крупной полосой было написано «Советская ортопедия на высоком уровне» и была приведена беседа корреспондента с Ватсон-Джонсом.

В день операции (вернее – перед операцией) в кабинете начальника Госпиталя и в присутствии врачей редактор международного журнала «Journal of Bone and Joint Surgery» сообщил, что я избран иностранным соредактором журнала от СССР и преподнес мне номер журнала.

Таким образом, меня ждали два сюрприза. Разумеется, и тот и другой я отношу на счет уважения к советским ортопедам.

Я описываю несколько подробнее посещение ЦИТО и Клинику на базе Госпиталя зарубежными гостями в тот период времени, когда некоторые из них говорили, что в СССР нет ортопедии, нет Общества ортопедов-травматологов. Мы многие годы не печатали своих работ в зарубежных журналах.

Совершенно естественным был их интерес к деятельности наших ортопедов и к тем проблемам, над которыми мы работали. В частности, в области

✓ хирургии и ортопедии позвоночника и костной пластики мы заняли  
✓ лидирующее место. Кроме того, по операции на телах позвонков, по  
✓ сколиозу мы, бесспорно, пошли дальше, нежели наши зарубежные коллеги.  
✓ Повторилось то, что я наблюдал в США в 1944-1945г.г., посещая многие  
✓ клиники и госпитали: оборудование и оснащение операционных у них выше,  
✓ но идеи и искусство наших ортопедов-травматологов достойны быть  
✓ отмеченными, что и сделали лучшие английские представители ортопедии.



*В.Д.Чаклин (начало 70-х годов).*

## **Глава XVI. Все ли сделано?**

Такой вопрос возникал у меня неоднократно, особенно в последние годы. Чем измеряются человеческие деяния? Другие более правильно оценят деяния хирурга-ортопеда. А я вновь повторяю: великий конец жизни - не знания, а дела.

В глубине души и в сознании врача, проработавшего более 50 лет, все еще сохраняются уголки чего-то недоделанного. Так происходит и со мной, когда я пишу в конце эти строки. Жизнь нельзя ограничить рамками, и нельзя жить под стеклянным колпаком. Невольно оказываешься в гуще событий. Для врача почти треть жизни уходит на учебный процесс, часть второй трети также уходит на повышение своих знаний и посильную помощь больным. Для личной жизни остаются часы, остальное время суток принадлежит

работе, больным, заседаниям, науке, чтению специальной литературы. Даже при встречах с друзьями тема разговоров невольно переходит на хирургию или травматологию-ортопедию. Не берусь судить, но мне кажется, что у многих хирургов и травматологов-ортопедов преобладает жизнеутверждающее начало, и для них изящество форм и красота являются не только абстрактными понятиями. Такую красоту, пластичность я люблю и в операциях. Смелый разрез, нежное обращение с тканями, изящные пластические действия рук без излишней суетливости, щадящая резекция кости или пересадка трансплантата - все это должно соответствовать высокому искусству, отражающему внутреннюю красоту хирурга – художника. А художник ценит все красивое в жизни. Так я учил оперировать своих учеников. Анатомическая точность знаний сочетается с искусством хирургических действий. Нужно сказать правду: такие черты ученого и хирургическое искусство приобретаются не сразу. Некоторая интуитивная склонность хирурга-ортопеда к щадящей работе бывает заложена в его таланте, но, в конечном счете, это приобретается огромным трудом и практикой. Я начал эту главу под трудным заглавием: все ли сделано? Так



*Чествование В.Д.Чаклина на заседании Учетного совета ЦИТО в связи с его 80-летним юбилеем. За столом Президиума (справа налево): М.В.Волков, А.А.Корж, В.Д.Чаклин, В.К.Калиберз, А.В.Чаклин; 1972г. (Из архива А.А.Коржа).*

вот не все еще сделано в воспитании большой плеяды образованных и талантливых учеников. В Свердловске была создана школа способных ортопедов-травматологов, и институт живет традициями старой школы. Я горжусь своим первым доктором медицинских наук Ф.Р.Богдановым, крупным ученым, и моей ученицей - профессором З.П.Лубегиной. В Москве также было создано первое поколение способных и талантливых хирургов-

ортопедов. Я подчеркиваю - хирургов-ортопедов, так как они освоили костную хирургию большого масштаба (ортопедия и реконструктивная хирургия тазобедренного сустава, пластические операции на костях, большая хирургия позвоночника, опухоли таза с обширными резекциями и т.д.). Представители первой московской генерации (профессоры Е.А.Абальмасова, И.А.Мовшович, И.М.Митбрэйт, М.А.Берглезов) уже заняли самостоятельные должности и продолжают традиции нашей активной школы. Вторая генерация более молодых ортопедов только входит в гущу ортопедической науки и практики. Пройдут годы, а может быть, десяток лет, пока не родится следующая генерация крупных научно образованных ортопедов-травматологов.

Да, воспитание кадров, специалистов - это, на мой взгляд, незавершенный вопрос. Иногда я прихожу с заседания Ученого Совета института с неудовлетворенным чувством. Защищал человек кандидатскую или докторскую диссертацию для получения звания по разделу «травматология-ортопедия». Он не теоретик, а клиницист, но оперировать не умеет, следовательно, его квалификация как ортопеда неадекватна высокой научной степени, которую присуждает Ученый Совет института. Этот вопрос не обсуждается на предшествующих «проблемных комиссиях», а поднимать его на Ученом Совете - значит вызывать дискуссию, в которой ты же останешься виноватым. Мне кажется, кроме характеристики, следует требовать от учреждения, которое рекомендует кандидата, также и подробный отзыв о его практической деятельности с указанием списка наиболее сложных операций и неоперативных методов лечения.

Наконец, повторюсь, незавершенным остается вопрос о присуждении высокого звания «специалист ортопед-травматолог» или «травматолог-ортопед» для лиц, не имеющих ученой степени. Для них также после прохождения хирургического стажа требуется специализация по травматологии и ортопедии в течение 4-х лет.

Документ для присуждения звания специалиста должен выдаваться коллегией из представителей крупных специалистов, и список должен печататься в журнале «Ортопедия, травматология и протезирование».

Мы вышли из первого периода формирования нашей специальности – периода количественного роста специалистов (среди которых много общих хирургов). Теперь можно приступить к качественному оформлению специалистов с учетом их научно-практической подготовки. Дело в настоящее время облегчается организацией кафедр травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии, а также существующей сетью научно-исследовательских институтов нашего профиля и кафедр институтов усовершенствования врачей. Столь мощной организации во главе с Центральным институтом травматологии и ортопедии под силу поднять этот назревший вопрос.

Второе незавершенное мною дело – переиздание моих трех монографий по ортопедии-травматологии. Огромный рост числа специалистов и

организация кафедр в медицинских институтах требуют фундаментальных руководств, пронизанных общей теорией и идеей функционального восстановления. Изданных ранее книг «Ортопедия» (книга 1 и книга 2, 1957г.) и «Основы оперативной ортопедии и травматологии», 1964 г., что составляет 3 тома, нельзя найти в настоящее время, а потребность в них большая как со стороны преподавателей, курсантов, так и практических хирургов и травматологов-ортопедов. Меня отвлекали издания новых книг «Костная пластика», «Сколиоз и кифозы» (написанные совместно с Е.А.Абальмасовой) и «Опухоли костей». В настоящее время работа над указанными монографиями завершена, и можно было бы приступить к подготовке нового издания «Ортопедии-травматологии». Тогда появилось бы чувство некоторого удовлетворения. Если я при жизни не смогу этого сделать, поручаю завершить новое издание моим ученикам.

Моя третья мечта – оставить после себя не только учеников, но и материальную базу для дальнейшего развития дела, которому я посвятил большую часть жизни. Московский ортопедический Госпиталь давно существует как научно-практическая база для исследований в области ортопедии и восстановительной хирургии. Детская ортопедия оформилась прочно в отдельном корпусе и в загородном отделении (Полушкино). База в 350 коек детской ортопедии представляется солидной для научных исследований и лечения детей.

Теперь жизнь настойчиво требует открытия большого ортопедического отделения и клиники для взрослых больных, что необходимо для практических и научных целей. Надеюсь, еще при жизни мне удастся создать такую клинику.

### *Углубление теоретических исследований в ортопедии-травматологии.*

Выше я уже упоминал о том, что лишь в зрелые годы нам удалось синтезировать некоторые клинические наблюдения и факты и попытаться создать концепцию активного прерывания патологического процесса в ортопедии-травматологии. Чем больше я живу и активно действую, тем глубже я понимаю правдивость подобной концепции.

В течение многих лет я пытаюсь создать теорию ортопедии, основанную на фактах, проверенных динамически. Но положено лишь начало этой работе. Вместе с учениками я намерен и дальше разрабатывать теоретические стороны различных заболеваний.

Следующее поколение ортопедов-травматологов, именно зрелая часть из них, должна работать над созданием теории ортопедии-травматологии. Этим наша специальность будет отличаться от ортопедии других стран.

И еще одна забота преследует меня под конец жизни: я имею в виду наш журнал «Ортопедия, травматология и протезирование». Наша наука обогатилась, к ней прислушиваются за рубежом, журнал читают, а объем журнала, бумага, на которой его печатают, качество рисунков не выдер-

живают никакой критики. Больше того, крупные исследования наших ученых печатаются в виде небольших статей, не отражающих всю глубину исследований. Весьма демонстративные рисунки приходится сокращать, а костно-пластическая хирургия и ортопедия без хороших, наглядных рисунков не воспринимается читателем в нужной степени.

Последняя моя мечта: поставить травматологию-ортопедию Москвы на высокий уровень, какой подобает столице.

Москва имеет мощные базы с хорошими руководителями во главе. Не пора ли создать Московский институт усовершенствования врачей? Над этим следует серьезно подумать. Его содержание окупится огромной пользой для населения и улучшением качества лечения.

Остаток сил и все накопившиеся знания хочется передать молодому поколению. Нужно сохранить прочно установившиеся традиции классической ортопедии-травматологии. Говоря о сохранении хороших научных традиций в лечебном учреждении, я вспоминаю слова американского писателя Р.Уоррена: «Прошлое можно сохранить только имея будущее, ибо они связаны навечно». А будущее нашей отечественной ортопедии-травматологии мне представляется ярким, оригинальным, построенным на прочной теоретической базе.

Об одном японском художнике было сказано, когда ему исполнилось 60 лет: «Это возраст душевной зрелости, когда «человек слышит лишь истину»». Мне больше 60, я также стремлюсь к истине, хотя не всегда это удается.

В мрачный период своей жизни, когда пострадали многие ученые, когда душевные силы, казалось, иссякли, а стимул к работе и творчеству погас, в глубине души все же теплилась надежда на то, что страна и ученые выйдут из состояния «массового гипноза». Оставался единственный слабый огонек надежды, он в дальнейшем послужил стимулом к науке, к исканию истины. После периода тяжелой депрессии медленно, постепенно наступала регенерация душевных сил. Энтузиазм и чрезмерный оптимизм сменились более глубокими поисками научной истины, доверчивость – критикой, опора на авторитеты сменилась исканиями собственных путей и наблюдений. От понимания частных явлений в патологии (аналитический период жизни) невольно влекло стремление к синтезу, обобщению явлений. Дана была пища для духовной работы, что можно было бы назвать ферментом, стимулирующим регенерацию. Подобно регенеративным процессам в тканях душевная деятельность также нуждалась в ферментах как катализаторах жизнедеятельности духовной сферы человека. Правда, после тяжелой жизненной депрессии бляшки на аорте остались так же, как и бляшки на духовной сфере ученого.

Существует поговорка, что тот еще не жил полноценной жизнью, кто не знал бедности, любви и войны. Я бы добавил: кто не знал и радости творчества. В непрекращающейся внутренней борьбе, в неуспокоенности, вечном поиске – смысл и счастье творческого процесса ученого. Если подходить к жизни с этой оценкой прожитых лет, то я, пожалуй, жил

полноценной жизнью, по крайней мере, в основные периоды жизни. Пережил и бедность, и любовь, и войны, и радость творчества, и горе, и страдания и понял, что жизнь врача сложна, но благородна. Искания, вечные искания истины и совершенства – вот что создает творческое состояние ученого и мыслящего врача. Если бы мне пришлось начинать жизнь сначала, то я снова избрал бы специальность пластического хирурга или ортопеда-травматолога. Я готов снова повторить слова Гете: «Хирургия есть божественное искусство, предмет которого – прекрасный и священный человеческий образ». А я имею полное основание отнести эти слова и к ортопедической хирургии.

Я русский человек и горжусь своей Родиной, которая в будущем принесет человечеству мир, плоды гениального творческого труда ученых и создаст предпосылки для счастья народов.

По существу, заключительные слова, обращенные к молодым хирургам и ортопедам-травматологам, слова, отражающие мое жизненное и научное credo, можно было бы считать и концом настоящей книги, которая, впрочем, отражает лишь часть моей жизни, творчества и довольно скромных дел. Удоволетворен ли я прожитыми годами и делами? Не вполне.

Были периоды гармонического сочетания душевных и физических эмоций, когда казалось, что на этом периоде жизнь могла бы остановиться! Проходили годы, одни эмоции сменялись другими, но творческие эмоции оставались той константой, которой в физиологии определяются основные жизненные процессы. Не будь такой константы, мне кажется, я не выдержал бы некоторых кризисных периодов жизни. И сейчас после 80 лет, прожитых на свете, и 55 лет труда константа творческого процесса сохраняется, и мне кажется, я смогу завершить намеченные дела и закончить некоторые теоретические обобщения, оставив молодым специалистам теоретические основы ортопедии и травматологии.



ПАМЯТИ  
ВАСИЛИЯ ДМИТРИЕВИЧА ЧАКЛИНА



*Медаль, посвященная памяти Василия Дмитриевича Чаклина,  
выпущенная к его столетнему юбилею  
Уральским институтом травматологии и ортопедии.*

**Василий Дмитриевич Чаклин**  
**(к 100-летию со дня рождения)\***

Без малого шесть десятков лет отдал Василий Дмитриевич Чаклин служению медицине.

Выдающийся ученый современности, блестящий хирург ортопед-травматолог, человек широчайшей эрудиции, талантливый организатор науки и практического здравоохранения, он прошел труднейший путь от рядового врача до ученого с мировым именем, лауреата Государственной премии СССР, члена-корреспондента Академии Медицинских наук, заслуженного деятеля науки РСФСР.

Скупые строки автобиографии из личного дела ученого донесли до нас факты жизни и деятельности В.Д.Чаклина.

Родился он 13 марта 1892 года в семье железнодорожного мастера Голубовского рудника Екатеринославской губернии.

По окончании экстерном Бахмутской гимназии поступил на медицинский факультет Харьковского университета, который окончил в 1919 году, прошел хирургическую школу профессора Н.П.Тринклера и сразу же был мобилизован в армию Деникина, где работал 5 месяцев ординатором перевязочного отряда. После бегства Деникина был назначен главным врачом дорожного поезда перевязочного отряда армии Буденного. С 1920г. по 1928г. работал хирургом госпиталя и позже - начальником санитарной части авиагруппы Красной Армии, одновременно занимая должность старшего научного сотрудника Украинского института ортопедии и травматологии (1920г.-1931г.).

В 1924г. защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук по теме «Заболевания реберных хрящей в связи с тифами». В качестве преподавателя работал ассистентом факультетской хирургической клиники, старшим ассистентом кафедры оперативной хирургии и ассистентом кафедры ортопедии в Харькове. С 1929г. начал чтение доцентского курса по травматологии и ортопедии в Харькове.

В 1931 году переехал в Свердловск для организации Уральского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии на базе отделения травматологии института физических методов лечения.

---

\* Из кн. «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Лечение повреждений и заболеваний позвоночника и переломов костей таза». Екатеринбург, 1992, с. 3-6.

Огромные знания В.Д.Чаклина по нормальной и топографической анатомии и биомеханике опорно-двигательного аппарата определили направление института в лечении заболеваний и повреждений.

В течение 13 лет В.Д.Чаклин возглавлял организованный им институт и был его первым директором и научным руководителем.

Институтом проведена большая работа по организации травматологической помощи в г. Свердловске и в Уральской области. В хирургических отделениях больниц Свердловска, Челябинска, Перми, Кизела, Магнитогорска, Березников, Кушвы и др. были выделены травматологические палаты, а на Уралмаше, Уралвагонзаводе в Нижнем Тагиле, Магнитогорске были открыты травматологические отделения. Профессор В.Д.Чаклин лично консультировал больных на здравпункте Верх-Исетского и протезного завода. Научные сотрудники института выезжали в районы для оказания травматологической помощи, проведения показательных операций и организации работы здравпунктов.

По инициативе профессора В.Д.Чаклина в 1935 году при институте создана экспериментально-механическая мастерская, которая вырабатывала специальную травматологическую и ортопедическую аппаратуру.

Одновременно с руководством института В.Д.Чаклин заведовал кафедрой оперативной хирургии Свердловского государственного медицинского института. В 1935 году был утвержден в звании профессора. В этом же году создал кафедру травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, которой заведовал до 1944 года.

Огромное значение Василий Дмитриевич придавал подготовке научных кадров, так по его инициативе и участии были организованы курсы по травматологии в Воронеже, Новосибирске, Красноярске, Иркутске.

Много внимания было уделено подготовке квалифицированных травматологов во время трехмесячных курсов на рабочих местах. К 1941 году было подготовлено 70 врачей. Так же интенсивно велась подготовка среднего медперсонала – операционных сестер, гипсовых техников, массажистов, инструкторов по лечебной физкультуре.

Немалую роль в подготовке кадров сыграло созданное В.Д.Чаклиным в 1933 году научное медицинское общество травматологов-ортопедов. Успешно возглавляя его в течение многих лет, В.Д.Чаклин одновременно являлся и заместителем председателя хирургического общества.

Профессор Л.М.Ратнер, выступая на заседании, посвященном 25-летию Свердловского хирургического общества, говорил: «Имя профессора Чаклина сохраняется в анналах хирургического общества, где он многие годы был заместителем председателя. Он внес в жизнь общества новую полезную струю. Доклады его и его учеников всегда были прекрасно оформлены рисунками, фотографиями, гипсовыми слепками, муляжами, его доклады утопали в рентгеновских снимках».

С первых дней Великой Отечественной войны почти все врачи и многие медицинские сестры были призваны на фронт, и в институт пришли врачи,

досрочно окончившие мединститут. Только благодаря педагогическому таланту В.Д.Чаклина работа института продолжалась на том же высочайшем профессиональном уровне. Ученики В.Д.Чаклина – З.В.Базилевская, М.Л.Золотавина, М.В.Мухин и др. были организаторами эвакогоспиталей № 1708 и № 1710. Другие сотрудники института и кафедры возглавили соответствующие службы и отделения в эвакогоспиталях и на фронте. Василий Дмитриевич был консультантом всех эвакогоспиталей на Урале.

В годы войны в институте действовали курсы усовершенствования медицинского состава, на которых обучался 341 врач и 242 средних медицинских работника.

В 1944 году В.Д.Чаклин был переведен в Москву и возглавил Московский научно-исследовательский институт протезирования; в 1946 году был избран член-корреспондентом АМН СССР; с 1947 года научный руководитель и старший хирург госпиталя Мосгорздравотдела инвалидов Отечественной войны. На базе этого госпиталя, по инициативе В.Д.Чаклина как главного ортопеда Москвы, была организована в 1956 году клиника детской ортопедии ЦИТО.

В.Д.Чаклин – автор свыше 250 научных работ, в том числе 10 монографий. Мировую известность получили разработанные им методы интра-экстремедуллярного остеосинтеза, переднего и заднего спондилодеза, методы ауто-аллопалстического замещения костей, внебрюшинный доступ к межпозвоночным дискам и телам поясничных позвонков, внутритазовый доступ ко дну вертлужной впадины и головке бедренной кости, операция при паралитической конской стопе (операция Путти-Чаклина) и др.

Государственной премии СССР В.Д.Чаклин удостоен за экспериментальное обоснование, клиническую разработку и внедрение в практику метода пересадок крупных костных аллотрансплантатов человеку.

В.Д.Чаклин был почетным членом Всесоюзного научного общества травматологов и ортопедов, а также почетным членом Болгарского, Польского, Чехословацкого ортопедических обществ, Британской ассоциации хирургов-ортопедов, членом Международного общества ортопедов-травматологов. Награжден орденом «Трудового Красного Знамени».

В.Д.Чаклин умер в Москве 11 октября 1976 года.



**Василий Дмитриевич Чаклин – гордость Харьковской  
ортопедической школы  
(к 100-летию со дня рождения)\***

О Василии Дмитриевиче Чаклине написано немало. Обычно писали по юбилейным датам. Чаще – его преданные и благодарные ученики. Сегодня исполняется 100 лет со дня рождения выдающегося ученого, одного из талантливейших отечественных ортопедов. В его жизни отчетливо выделяются три периода: харьковский, уральский и московский. Все меньше остается тех, кто имел счастье работать вместе с ним и даже тех, кто просто был лично с ним знаком. Теперь нескоро возникнет повод вспомнить на страницах журнала об этом замечательном человеке, уйдет со сцены наше поколение, и навсегда канут в архивах, музейных фондах и частных собраниях полузабытые воспоминания, неостребованные документы и неповторимые фотографии. Вот почему долг людей, чья память еще хранит живые черты одного из наиболее значительных советских ортопедов, оставить и передать эту память молодым коллегам – тем, которые идут вслед за нами, и тем, которые придут вслед за ними.

В этих строках – только факты и фотографии, ранее не публиковавшиеся в печати, касающиеся наименее известного харьковского периода. Он не сделал выдающихся открытий, не здесь он стал членом-корреспондентом АМН СССР и лауреатом Государственной премии СССР, заслуженным деятелем науки и даже профессором. Но на Украине, и, в частности, в Харькове, он провел почти половину своей жизни, здесь он формировался как человек и ученый, здесь он готовился к тому рывку в большую Жизнь и большую Науку, которые сделали его известным всей стране и всему ортопедическому миру профессором Чаклиным.

Василий Дмитриевич Чаклин родился 1 (13) марта 1892 года в Донбассе, на берегу небольшой украинской речки Лугань, в поселке Голубовский рудник (ныне – г. Кировск, Луганской области) – в 57 км к западу от Луганска и в 4 км от железнодорожной станции Голубовка, где отец его работал железнодорожным мастером, а мать вела хозяйство многодетной семьи. Подготовившись самостоятельно к экзаменам за курс гимназии, юноша едет в уездный город Бахмут, Екатеринославской губернии (ныне – г. Артемовск Донецкой области), в местной гимназии экстерном сдает экзамены на аттестат зрелости и поступает на медицинский факультет Харьковского Императорского Университета. На прилежного и способного студента обратил внимание заведовавший в те годы в Харькове кафедрой факультетской хирургии выдающийся отечественный хирург профессор Николай Петрович Тринклер. Закончив обучение в Харьковском университете в бурном 1919 году, Василий Дмитриевич получил, как и все специалисты этого выпуска, диплом зауряд-врача, дававший, однако, право занимать врачебные должности и по предложению профессора Тринклера

---

\* Из журнала «Ортопедия, травматология и протезирование», 1992, № 1, с.59-66.

остался работать ассистентом в его клинике.

Кафедра профессора Н.П. Тринклера всегда шла на шаг впереди других хирургических клиник: здесь первыми в Харькове, в то время уже одним из передовых медицинских центров страны, внедрили метод антисептики, одними из первых начали применять рентгеновский метод исследования. Хотя кафедра и клиника имели общехирургический профиль, Н.П. Тринклер живо интересовался патологией костной системы, свою докторскую диссертацию он посвятил хирургическому лечению поперечных переломов надколенника. Самостоятельной кафедры травматологии и ортопедии тогда еще не существовало, однако профессор Тринклер, широко оперируя на костях и суставах, организовал в своей клинике специальный кабинет и отделение, ведавшие этим разделом хирургии. Интерес к патологии костно-суставного аппарата пробудился и у его молодого ассистента В.Д. Чаклина.

Время было бурное, беспокойное, в разгаре – гражданская война, власть в Харькове многократно переходила из рук в руки: красные, белые, австро-германские интервенты, петлюровская Директория, киевская Центральная рада, корниловцы, деникинцы, каледины и снова красные, и снова Деникин... Проработав несколько месяцев в клинике профессора Тринклера и едва начав постигать основы хирургии, Василий Дмитриевич был мобилизован в армию генерала Деникина, в которой в течение пяти месяцев прослужил врачом-ординатором перевязочного отряда. После бегства деникинской армии с Украины Василий Дмитриевич, переболев тифом, снова попал в армию, но на этот раз – в Красную и был назначен на должность главного врача перевязочного отряда дорожного поезда армии С.М. Буденного.

В 1920 году В.Д. Чаклин демобилизовался и вернулся в Харьков, где получил место прозектора кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Харьковской медицинской академии, только что созданной после слияния медицинского факультета университета и Женского медицинского института. Эту кафедру в 1920-1922гг. временно возглавлял по совместительству один из ведущих в то время ортопедов страны, директор Харьковского медико-механического института (так до 1925 года назывался Харьковский институт ортопедии и травматологии) профессор Карл Федорович Вегнер. Он-то и пригласил В.Д. Чаклина к себе в институт на должность ассистента. На этой же кафедре в качестве прозектора работал и вернувшийся с фронта, из Одесского травматологического госпиталя М.И. Ситенко, которого профессор К.Ф. Вегнер тоже пригласил в возглавляемый им институт на должность главного врача и старшего ассистента. Так, в конце 1920 года судьбе угодно было свести в Харьковском медико-механическом институте под руководством видного российского ортопеда К.Ф. Вегнера двух молодых врачей, составивших впоследствии гордость отечественной ортопедии и травматологии – В.Д. Чаклина и М.И. Ситенко.

Основы классической ортопедии и травматологии под руководством

блестящего хирурга-ортопеда К.Ф.Вегнера Василий Дмитриевич освоил в кратчайший срок. Уже в марте 1921 года в своем письме в Наркомздрав УССР профессор Вегнер рекомендовал его «как вполне подготовленного сотрудника» на должность заведующего 30-коечными женским ортопедо-травматологическим и детским ортопедическим отделениями, а также ортопедической мастерской института.



*К.Ф.Вегнер (в центре) с сотрудниками Харьковского медико-механического института (слева от него – В.Д.Чаклин, справа-М.И.Ситенко). 20-е годы.*

Получив непосредственно в главном корпусе института благотворительную трехкомнатную квартиру, Василий Дмитриевич поселился в ней с женой и крошечным сыном Сашей. Дни и ночи проводил он в институте, полностью отдавая себя больным и науке, которая уже тогда привлекала к себе все его внимание. В 1924 году он завершил большое научное исследование и защитил диссертацию на степень доктора медицины на тему «Заболевание реберных хрящей в связи с тифами (патологическая анатомия, клиника)», а вскоре был утвержден в ученом звании приват-доцента (звания профессора он был удостоен значительно позже – уже работая директором Уральского института травматологии и ортопедии, в 1935 году).

Научные интересы Василия Дмитриевича уже тогда были достаточно широки и разносторонни. Помимо диссертационного исследования, в бытность свою в Харьковском медико-механическом институте (а с 1925г. – Украинском Государственном Клиническом Институте Ортопедии и Травматологии) он опубликовал еще 9 работ, которые по меркам 20-х годов и возможностям в тот период публиковать свои научные труды – отнюдь не

мало. Эти работы были посвящены лечению переломов трубчатых костей и в частности – шейки бедра, лечению инфекционных кокситов, оперативному лечению больных с врожденными и патологическими вывихами бедра, bursitis trochanterica, методикам остеотомии, тенодеза при паралитической стопе, разработанному им оригинальному методу интерэкстраартикулярного артродеза, переломам в области голеностопного сустава.

Глубокие познания в области нормальной и топографической анатомии, оперативной хирургии и оперативной ортопедии (которой он впоследствии посвятил свое первое в стране руководство «Оперативная ортопедия»), а также совместная работа с профессором Л.П.Николаевым, создавшим несколько позже в этом же институте первую в стране лабораторию биомеханики опорно-двигательного аппарата, уже тогда предопределили избранное В.Д.Чаклиным биологическое направление в лечении больных с ортопедическими заболеваниями и травмами. Virtuозная хирургическая техника, которой обладал Василий Дмитриевич, позволила ему одним из первых в мире хирургов освоить оперативные вмешательства на телах позвонков. Первым осуществив операцию переднего спондилодеза с использованием внебрюшинного доступа к телам и межпозвоночным дискам поясничного отдела позвоночника, принесшую ему мировое признание, он широко применял это новаторское в то время вмешательство при спондилолистезе, туберкулезном спондилите, остеохондрозе позвоночника и в других случаях. Однако для осуществления первой такой операции в клинике Уральского института травматологии и ортопедии в июне 1931 года, то есть сразу же после переезда из Харькова в Свердловск, несомненно, потребовались предварительные теоретические обоснования, тщательные экспериментальные исследования и разработки, которые Василий Дмитриевич должен был начать еще в Харькове.

Говоря о деятельности В.Д.Чаклина как хирурга, хотелось бы вспомнить о том, что в октябре 1925 года он оперировал длительно лечившегося в институте Николая Островского – в то время еще никому не известного юношу, произведя ему синовэктомию правого коленного сустава. Это была одна из девяти операций, перенесенных будущим писателем. Когда в 1985 году сын В.Д.Чаклина, московский профессор-онколог, лауреат Государственной премии СССР А.В.Чаклин посетил Харьковский институт ортопедии и травматологии, в стенах которого прошли первые десять лет его жизни, он с удивлением впервые узнал об этой операции, прочитав копию истории болезни Н.А.Островского, хранящуюся в музее истории института. «При посещении музея института, - записал Александр Васильевич в книге отзывов, - у каждого рождаются свои воспоминания и ассоциации. Для меня это раннее детство, работа дни и ночи моего отца, у которого тогда было двое детей – я и травматология».

Когда в мае 1927 года в Харькове начал издаваться украинский республиканский, а фактически – единственный всесоюзный журнал

«Ортопедия и травматология», приват-доцент В.Д.Чаклин сразу же вошел в состав его редколлегии и оставался там до своего отъезда с Украины в 1931 году. В 1955 году возобновилось прерванное войной издание журнала, уже как всесоюзного научного печатного органа. Василий Дмитриевич был вновь избран членом редколлегии журнала и оставался им вплоть до дня своей кончины.



*Члены редколлегии журнала «Ортопедия, травматология и протезирование» в саду Киевского института ортопедии после заседания редколлегии, 1962г.  
(Из архива А.А.Коржа).*

Сохранившиеся в личном архиве ученого записки позволяют оценить его необыкновенную трудоспособность. Заведая двумя отделениями и ортопедической мастерской института, работая над докторской диссертацией, широко занимаясь активной хирургической деятельностью, он еще умудрялся одновременно со всем этим в 1920г.-1928г. работать хирургом госпиталя и начальником санитарной части авиагруппы Красной Армии, а с 1929 года – читать лекции доцентского курса по травматологии и ортопедии. Впрочем, материальное положение семьи Чаклиных в 20-е годы оставляло желать лучшего, должностной оклад Василия Дмитриевича в 4 раза уступал, например, жалованью главного врача института, что с учетом возникшей в те годы инфляции заставляло искать дополнительные заработки.

Большой интерес вызывают воспоминания врача-ортопеда Ванды Яновны Тарковской, работавшей в 1924г.-1926г. после окончания медицинского института вместе с врачом В.П.Скрыгиным в Харьковском медико-механическом институте в качестве врачей-интернов. Оба они, встретившись

в институте с В.Д.Чаклиным, фактически связали с ним всю свою дальнейшую трудовую деятельность – и в Свердловске, и в Москве – и были в числе его наиболее преданных учеников. «В институте, - рассказывала Ванда Яновна, - царил особая атмосфера доброжелательности, и нам был оказан сердечный прием, какого мы в других клиниках не встречали. С нами вели беседы и разборы больных. Мы чувствовали себя не как ученики, а как равные среди равных». В 1927г.-1930г. В.Я.Тарковская обучалась в ординатуре в ортопедическом отделении Московского института физиатрии и ортопедии (ГИФО), куда в 1926г. переехал из Харькова заведовать ортопедическим отделением К.Ф.Вегнер. После окончания ординатуры она и ее супруг Ф.Р.Богданов, тоже ученик В.Д.Чаклина, закончивший в 1925 году в его отделении в Харькове аспирантуру и работавший после этого в ГИФО, решили уехать работать на Урал, где в ту пору бурно развивалась промышленность и ощущалась острая потребность в квалифицированных врачебных кадрах. Испытывая горячую привязанность к В.Д.Чаклину, они перед переездом в Свердловск побывали в Харькове и обсудили с Василием Дмитриевичем возможность совместной работы на Урале. В этот период в Уральском физиотерапевтическом институте, где имелось травматологическое отделение, работал бывший сотрудник ГИФО профессор Горбачев. Ванда Яновна познакомилась с В.Д.Чаклиным, и он по договоренности с главврачом Уральского института пригласил Василия Дмитриевича в Свердловск. К этому времени у В.Д.Чаклина в Харькове возник конфликт с руководством института, связанный, в частности, с расширением институтских служебных помещений за счет отселения проживавших в них сотрудников. Василий Дмитриевич был вынужден переселиться с семьей в другую, менее благоустроенную квартиру, что также отчасти послужило толчком к его переезду на Урал. Так или иначе в 1931 году В.Д.Чаклин из Харькова, а В.Я.Тарковская и Ф.Р.Богданов – из Москвы одновременно переехали в г. Свердловск, где Василий Дмитриевич сразу же развернул кипучую организаторскую деятельность, сумев в кратчайший срок превратить травматологическое отделение физиотерапевтического института в Уральский институт травматологии и ортопедии, а спустя четыре года – создать самостоятельную кафедру ортопедии и травматологии Свердловского медицинского института. Вслед за В.Д.Чаклиным в Свердловск уехал еще один его ученик, работавший под его руководством в Харькове – В.П.Скрыгин. Жизненным путем этих людей суждено было не раз переплетаться: Ф.Р.Богданову, уезжая в 1943 году из Свердловска в Москву, Василий Дмитриевич передал «по наследству» Уральский институт травматологии и ортопедии, с В.Я.Тарковской их свела еще раз судьба в Москве, где после Отечественной войны Ванда Яновна работала ведущим хирургом и начмедом госпиталя. На базе этого госпиталя со временем была создана клиника ЦИТО, а консультантом этой клиники был назначен профессор В.Д.Чаклин. Вслед за Василием Дмитриевичем переехал в Москву и В.П.Скрыгин и работал под его руководством, когда

Василий Дмитриевич в 1943 году создал и возглавил Московский НИИ протезирования (ныне —ЦНИИПП). Но это все — тема для отдельного разговора. Мы же вернемся в Харьков, с которым судьба Василия Дмитриевича разлучила, но который никогда не уходил из его памяти.

В 1972 году, в канун своего 80-летнего юбилея, приехав в Харьков на заседание редколлегии журнала «Ортопедия, травматология и протезирование», Василий Дмитриевич вновь посетил свою alma mater — Харьковский научно-исследовательский институт ортопедии и травматологии, в стенах которого он не бывал более 40 лет. Вместе с Ф.Р.Богдановым они с волнением поднялись на второй этаж старенького флигеля, где оба они в те же годы жили, и с которым было связано много воспоминаний. Василий Дмитриевич вместе с директором института членом-корреспондентом АМН СССР А.А.Коржом принял активное участие в обходе клиники, живо обсуждал тактику лечения больных и охотно высказал по этому поводу свое мнение, выступил на заседании Ученого совета. В каждом отделении были проведены клинические разборы с его участием, которые навсегда остались в памяти всех сотрудников института.

На этом можно было бы поставить и точку, если бы не одно обстоятельство: жизнь загадочно переплетала всегда судьбу Василия Дмитриевича с судьбами других воспитанников харьковской ортопедической школы. Когда в послевоенные годы В.Д.Чаклин стал главным травматологом-ортопедом Москвы, главным травматологом-ортопедом Московской области стал профессор Я.Г.Дубров. Когда в 1977 году за обоснование, разработку и внедрение в практику пересадок крупных костных аллотрансплантатов Василий Дмитриевич в составе группы ведущих специалистов страны был представлен к Государственной премии СССР, в числе восьми ученых, удостоенных этой высокой награды, вместе с В.Д.Чаклиным были отмечены бывший сотрудник Харьковского института ортопедии и травматологии профессор Я.Г.Дубров и его нынешний директор - академик АМН СССР А.А.Корж. Жизнь накрепко связала Василия Дмитриевича с Украиной, с Харьковом, с харьковчанами, с харьковской ортопедической школой. И он навсегда остался в памяти харьковчан как выдающийся ученый, эрудит, мыслитель, организатор, врач, хирург, товарищ, Человек — гордость харьковской ортопедической школы.

*В.Б.Тариус (Харьков)*





*Обсуждение научных проблем в клиниках Харьковского института ортопедии и травматологии. 1972г. (Из архива В.Б.Таришса).*



*А.Груца (слева), Н.П.Новаченко и В.Д.Чаклин (справа) в перерыве между заседаниями Международного Конгресса ортопедов-травматологов (Прага, 1958г.).*

**В.Д. Чаклин - организатор уральской  
школы ортопедов-травматологов  
(К 100-летию со дня рождения) \***

Ортопедия и травматология как наука начала развиваться на Урале в годы первой пятилетки.

В 1931 году был образован научно-практический институт травматологии и ортопедии (УНИТО) под руководством В.Д.Чаклина.

Понимая актуальность проблемы и ответственность при ее выполнении, руководство института создало специальный сектор массовой борьбы с травматизмом. Сотрудники УНИТО совместно с инженерно-технической и рабочей общественностью проводили большую разъяснительную и организационную работу по усовершенствованию методов профилактики травм на промышленных предприятиях. Для организации квалифицированной помощи пострадавшим были созданы специальные бригады, называемые В.Д.Чалиным «экспедициями», которые состояли из врача-травматолога, гипсового техника и медицинской сестры. Эти бригады выезжали в районы угольных шахт Кизела, Челябинска, на предприятия металлургии и машиностроения. В таких экспедициях часто принимал участие и В.Д.Чаклин.



*В.Д.Чаклин в бытность директором  
Уральского института травматологии  
и ортопедии (начало 30-х годов).*

На заседании Ученого Совета института 17.04.1932 года В.Д.Чаклин предложил схему построения травматологической помощи для Уральского региона. Она состояла из четырех звеньев: здравпункт на предприятии, при нем травматологический кабинет и врач «с уклоном травматолога»; травматологический кабинет в поликлинике или амбулатории с включением в себя обязательно физиотерапевтического кабинета; травматологическое отделение больницы - филиалы Института с соответственно подготовленным штатом работников и, наконец, институт травматологии и ортопедии – штаб борьбы с травматизмом.

Ученый совет регулярно обращался к проблеме травматизма и тщательно следил за работой научных сотрудников на предприятиях. При активном участии института стала развиваться сеть специализированной травматологической помощи.

*\* Из журнала «Ортопедия, травматология и протезирование»,  
1992, №1, с. 66-70*

Обладая широкой эрудицией и неутомимой энергией, В.Д.Чаклин за короткий промежуток времени сформировал коллектив. Из небольшого травматологического отделения он создал клиническую базу на 120 коек с поликлиникой и травмпунктом, научно-учебным сектором, экспериментальным отделением и оргсектором. Также были организованы патологоанатомические, клинико-бактериологические лаборатории, научный архив и библиотека. В 1933 г. создается мастерская по изготовлению ортопедо-травматологической аппаратуры, которая снабжала своими изделиями не только клинику института, но и многие города Урала.

Ближайшими помощниками Василия Дмитриевича в образовании научного учреждения были З.В.Базилевская, Ф.Р.Богданов, В.Я.Тарковская, В.П.Скрыгин, С.А.Степин, М.Д.Золотавина, А.П.Апасова, А.М.Фамелис, Г.Г.Спиридонов, А.М.Наравцевич, Ф.Л.Гектин. Коллектив научных сотрудников, состоящий из 23 человек, активно включился в разработку таких актуальных проблем, как борьба с производственным травматизмом, усовершенствование методов лечения переломов и ложных суставов костей, регенерация костной и хрящевой ткани при различных повреждениях и заболеваниях, лечение острого и хронического остеомиелита, повреждений и заболеваний позвоночника и др.

В 1933 году, уже через 2 года работы УНИТО был издан сборник научных трудов его сотрудников под редакцией В.Д.Чаклина. В первой статье, написанной в Свердловске, Василий Дмитриевич на основе гистологического изучения процессов консолидации высказал свои взгляды на регенерацию кости в различных условиях, в частности, установил возможность сращения переломов метафиза первичным заживлением при отсутствии смещения фрагментов.

В 1936 г. В.Д.Чаклин опубликовал книгу «Переломы костей и их лечение», отдельные главы которой были написаны В.Я.Тарковской, З.В.Базилевской, Х.Я.Лешиной, Ф.Р.Богдановым, В.И.Циренщиковым, А.М.Наравцевичем, А.М.Фамелисом, А.П.Апасовой, Ф.Л.Гектиным. В предисловии В.Д.Чаклин писал: «Мы проводим основное направление в вопросе переломов, именно неоперативное лечение, но в некоторых случаях даже свежих переломов считаем показанным оперативное вмешательство, не говоря о том, что несращенные переломы, псевдоартрозы и неправильно сращенные переломы требуют специальной хирургической техники». Эта книга вышла в период становления травматологической помощи на Урале и стала необходимой каждому травматологу. Заметим, что двухтомное руководство «Основы травматологии» под редакцией В.В.Гориневской вышло только в 1952-1953 гг.

В книге «Переломы костей и их лечение», довольно небольшой по объему, приведены данные, касающиеся механизма нарушения целостности кости, симптоматика, номенклатура переломов. Особое внимание было уделено процессу заживления переломов, а в некоторых главах подробно описаны переломы отдельных костей. В сжатой форме изложены: механизм перелома,

клиника, лечение, ошибки и осложнения, приведены сроки лечения, возможный прогноз.

Большое внимание уделял В.Д.Чаклин лечению суставов длинных костей. Итогом экспериментальных разработок и клинических наблюдений явился метод интра-экстремедуллярной костной пластинки, примененный в клинике 26 июля 1933 года у больной с открытым переломом бедра.

Принцип операции состоит в использовании двух кортикальных ауто-трансплантатов, один из которых плотно внедряется сначала в один, а затем и в другой конец трубчатой кости, а второй, более тонкий, с надкостницей, после удаления тонкого слоя кортикального вещества с обоих отломков укладывается на подготовленное ложе. Этому трансплантату В.Д.Чаклин придавал исключительное значение как стимулу к образованию новой кости.

Интра-экстремедуллярная пластинка была использована при лечении дефектов костей и суставов, лечении опухолей и других заболеваний. Обширный опыт костной пластики В.Д.Чаклин позже обобщил в прекрасной монографии «Костная пластика», которая вышла в Москве в 1971 году.

В Харькове Василий Дмитриевич закончил обширное исследование послетифозных хондритов и перихондритов, а в Свердловске продолжил изучение гнойных заболеваний костей и суставов. Монография «Инфекционные заболевания костей, суставов и хрящей» вышла в Свердловске уже в 1937 году. В нее В.Д.Чаклин включил обширные сведения о таких заболеваниях, как острый гематогенный остеомиелит, хронические формы стафилококковых остеомиелитов, первично-хронические остеомиелиты и оститы, микозы костей, инфекционные кокситы младенческого возраста, тифозные и паратифозные артриты, инфекционные хондриты и хондромиелиты. В.Д.Чаклин значительно расширил знания в области гнойных и грибковых заболеваний костей и суставов, усовершенствовал методы лечения острого и хронического остеомиелита. Им разработаны наиболее рациональные и малотравматичные доступы к гнойному очагу, усовершенствована техника мышечной пластики после секвестротомии. Использование для пластических целей костных ауто-трансплантатов во время, когда медицина еще не располагала антибиотиками, было очень смелым приемом. Многие хирурги и при наличии антибиотиков категорически возражали против применения костной пластики при остеомиелите.

Это была первая доступная книга, посвященная одному из актуальнейших вопросов хирургии, по которой училось не одно поколение врачей.

Высочайшим взлетом творческой мысли В.Д.Чаклина является разработка уникальных операций на позвоночнике при таких тяжелых заболеваниях, как туберкулезный спондилит, спондилолистез, опухоли позвоночника и сколиоз.

В 1931 г., изучив в эксперименте внутритазовый доступ к телам позвонков, В.Д.Чаклин воспользовался им для операции переднего спондилодеза при спондилолистезе L<sub>IV</sub> позвонка. Это была первая в мире операция с

благополучным исходом и выполнил ее Василий Дмитриевич 28 июня 1931 года.

Первая публикация об этой операции появилась в сборнике трудов Свердловского облздравотдела, вышедшем в 1933 г., и только спустя 6 лет материал о переднем спондилодезе был помещен в журнале «Вестник хирургии им. И.И.Грекова» (1939г.).

26 января 1933 года В.Д.Чаклин также впервые в мире провел еще более сложную операцию, которую скромно назвал *arthrodesis vertebral*. У 29-летней больной с туберкулезным спондилитом L<sub>v</sub> позвонка были полностью удалены тела пораженных позвонков, а образовавшийся дефект заполнен аутоотрансплантатами.

Подобную операцию мог разработать и произвести ортопед самого высокого класса, понимающий меру риска и меру ответственности.

В.Д.Чаклин по праву считается пионером в такой трудной и малоизученной области, как вертебрология.

Большое внимание В.Д.Чаклин уделял лечению детей со сколиозом, последствиями полиомиелита, церебральными параличами и другими заболеваниями. При лечении остаточных явлений полиомиелита В.Д.Чаклин предложил эффективные оперативные вмешательства. Это были относительно простые операции, доступные квалифицированному ортопеду, например, трансоссальный тенодез стопы с использованием ее трех разгибателей, задний артритоз стопы с использованием кортикального аутоотрансплантата. Иногда эти операции производили одновременно.

Больные с туберкулезом костей и суставов всегда находились в поле зрения В.Д.Чаклина. В стадии затихания туберкулезного процесса им применялся внесуставный артродез тазобедренного и голеностопного суставов.

С 1933 года В.Д.Чаклин приступил к педагогической деятельности в Свердловском медицинском институте – вначале на кафедре физической культуры, затем топографической анатомии. В 1934 году на клинической базе института травматологии и ортопедии была организована кафедра травматологии и ортопедии мединститута. На должность заведующего этой кафедрой был избран Василий Дмитриевич.

В феврале 1932 г. было учреждено Уральское научное общество травматологов-ортопедов и работников протезного дела. Первым председателем Правления общества был избран В.Д.Чаклин и оставался им до отъезда в Москву. Одновременно Василий Дмитриевич выполнял функции заместителя председателя научного общества хирургов.

Научная и медицинская общественность Свердловска высоко оценила деятельность В.Д.Чаклина на этом посту. Так, в докладе о 25-летней работе Свердловского хирургического общества профессор Л.М.Ратнер сказал: «В.Д.Чаклин научил хирургов иллюстрировать и документировать свои доклады и демонстрации. Он быстро создал в своем институте ряд лабораторий, в том числе экспериментальную, и доклады его школы воочию показали, насколько глубже, содержательнее и доказательнее стали

хирургические работы, если они опирались на экспериментальные лабораторные и патологоанатомические данные. В.Д.Чаклин любовно и умело воспитывал кадры и в этом отношении подавал нам хороший пример. При активном участии Василия Дмитриевича в 1935-38 гг. организованы кафедры и доцентуры по ортопедической травматологии в Хабаровске, Новосибирске, Томске, Омске, Иркутске, Воронеже.

Великая Отечественная война внесла серьезные коррективы в работу Уральского института травматологии и ортопедии. Уже в первые дни войны 19 сотрудников были призваны в ряды Красной Армии. В.Д.Чаклин был назначен главным травматологом эвакогоспиталей Свердловского облздравотдела, Ф.Р.Богданов – главным хирургом УралВО, а З.В.Базилевская, М.В.Мухин, В.Я.Тарковская, Э.Л.Файвышенко, И.Я.Штенберг стали ведущими хирургами и консультантами крупных специализированных эвакогоспиталей.

На смену высококвалифицированным специалистам и ученым в начале войны в институт пришли молодые врачи: Е.С.Карпенко, З.К.Горбунова, Л.М.Воскобойникова, А.В.Чиненков, З.М.Малышева, З.П.Лубегина и другие. Только величайший педагогический талант В.Д.Чаклина позволил молодым, мало подготовленным в практическом отношении врачам быстро освоить специальность, продуктивно работать в клинике и оказывать помощь раненым в госпиталях. Учеба молодых врачей в клинике начиналась с повторения анатомии, в течение 1-2 месяцев врач выполнял роль операционной сестры и только после этого ему разрешалось принимать участие в операциях. Путь к самостоятельной хирургической работе был долог.

Период работы В.Д.Чаклина в Свердловске был чрезвычайно плодотворным: успешно развивалась сеть травматологических учреждений, активно готовили кадры для работы в них, в клинике успешно разрабатывали новые операции, открывались новые направления в травматологии и ортопедии.

За 13 лет работы в Свердловске под руководством В.Д.Чаклина были выполнены 2 докторские и 13 кандидатских диссертаций, опубликовано 185 журнальных статей, издано 3 монографии и 2 сборника научных статей. Сам В.Д.Чаклин в этот период опубликовал 2 монографии и более 50 журнальных статей.

За большие успехи в организации помощи пострадавшим от травм, участие в профилактических мероприятиях по борьбе с травматизмом на Урале В.Д.Чаклин в 1932 г. был награжден значком «Отличнику здравоохранения», орденом Трудового Красного Знамени.

В начале 1944 г. В.Д.Чаклин перешел на работу в Москву.

В Свердловске он создал не только научно-исследовательский институт, кафедру травматологии, но и школу уральских травматологов-ортопедов.

Имена уральских ученых ортопедов-травматологов: профессор З.В.Базилевской, член-корр. АМН СССР Ф.Р.Богданова, А.М.Наравцевича,

М.В.Мухина, Ф.Л.Гектина, И.Я.Штернберга, А.В.Чиненкова, Н.И.Бутиковой, Э.Л.Файвышенко, З.П.Лубегиной, В.И.Стецулы, В.И.Фишкина, Г.А.Илизарова, Н.В.Новицкой, И.А.Стахеева, В.П.Штина, С.В.Гюльназаровой, Д.И.Глазырина известны не только в нашей стране, но и за рубежом.

Жизнь В.Д.Чаклина – пример беззаветного и творческого служения науке, яркого Ученого и великого Педагога.

Его многочисленные книги содержали новые мысли и концепции, во многом определившие время. Даже в 70 лет он использовал принцип: «Ты молод, пока еще имеется стремление и силы оперировать. Хирург не должен переживать хирургическую старость. Хирург умирает стоя».

*З.П.Лубегина, (Екатеринбург)*

### **Василий Дмитриевич Чаклин в Москве (К 100-летию со дня рождения)\***

13 марта 1992 года исполняется 100 лет со дня рождения выдающегося ученого современности, ортопеда-травматолога, лауреата Государственной премии СССР, члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора В.Д.Чаклина.

Это был человек широкой эрудиции, блестящий хирург ортопед-травматолог, выдающийся врач, организатор науки и практического здравоохранения. Высок был авторитет В.Д.Чаклина среди хирургов нашей страны, а среди ортопедов-травматологов он был непререкаем.

В.Д.Чаклин получил широкое хирургическое образование в Харьковском медицинском институте, в клинике общей хирургии профессора Николая Петровича Тринклера и на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии. Избрав в дальнейшем своей специальностью ортопедию-травматологию, он, работая в Харьковском медико-механическом институте, возглавлявшемся крупнейшим отечественным ортопедом-травматологом Карлом Федоровичем Вегнером, многие годы не оставлял работу на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии.

Такая фундаментальная хирургическая подготовка дала возможность Василию Дмитриевичу Чаклину достичь больших высот в хирургии органов опоры и движения.

---

\* Из журнала «Ортопедия, травматология и протезирование», 1992, №1, с.71-74. В статье использованы материалы Е.А.Абальмасовой, опубликованные в ж. «Ортопедия, травматология и протезирование», 1982, №5.

Через несколько лет после успешной защиты в 1924г. докторской диссертации В.Д.Чаклин переезжает на Урал, где в 1931г. открылся Свердловский медицинский институт. До приезда В.Д.Чаклина на Урале не существовало системы оказания помощи больным с повреждениями и заболеваниями органов опоры и движения. Заняв вначале должность заведующего кафедрой топографической анатомии и оперативной ортопедии, В.Д.Чаклин вскоре, в 1931 году, организовал Уральский институт травматологии и ортопедии и позднее - аналогичную кафедру в Свердловском медицинском институте. Многие годы Уральский институт травматологии и ортопедии фактически был научным и методическим центром в области травматологии и ортопедии всей Сибири и оказал большую помощь практическому здравоохранению на Урале и в Сибири, где в то время создавались колоссальные промышленные комплексы – первенцы 1-й пятилетки.

Созданная В.Д.Чаклиным на Урале система оказания помощи травматологическим и ортопедическим больным, а также подготовленные кадры ортопедов-травматологов послужили основой для организации в годы Великой Отечественной войны на Урале и в прилегающих областях сети крупных специализированных госпиталей для лечения раненых с повреждениями конечностей, суставов и позвоночника. Как консультант этих госпиталей, В.Д.Чаклин во многом способствовал совершенствованию применяемых методов лечения и тем самым – возвращению в строй бойцов Советской Армии.

Тринадцать лет проработал на Урале В.Д.Чаклин, но как много им было создано за этот сравнительно короткий период. Передав институт своему ученику Ф.Р.Богданову, В.Д.Чаклин в 1944г. переезжает в Москву в качестве директора Московского научно-исследовательского института протезирования и протезостроения МСО РСФСР.

В этом учреждении вновь проявился блестящий организаторский талант В.Д.Чаклина. Институту явно не хватало коечного фонда, и уже через год число коек со 150 увеличивается до 400. С приходом в институт В.Д. Чаклина создаются новые теоретические подразделения – морфологическая и биохимическая лаборатории, в которых основной акцент делается на исследование локомоторного аппарата. Институт выдвигается в число ведущих учреждений нашей страны в области ортопедии и протезирования.

После обвинения в космополитизме, в конце 1947г., В.Д.Чаклин был снят с должности директора Института протезирования, исключен из членов Академии Медицинских наук СССР, выселен из квартиры. Лишь через год, в 1948г., он смог приступить к работе в Московском ортопедическом госпитале для инвалидов Отечественной войны. Совершенствуя систему оказания помощи инвалидам, он в тот же период времени создает в госпитале детское ортопедическое отделение, а позднее – ортопедическое отделение для взрослых. Став главным ортопедом Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома, В.Д.Чаклин создает в Москве систему

оказания помощи больным с заболеваниями органов опоры и движения. В первую очередь, это относится к детям. Именно с его именем связана организация системы раннего выявления больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Это стало возможным благодаря созданию школы районных ортопедов, организации ортопедических кабинетов при детских поликлиниках. По инициативе В.Д.Чаклина в Москве были созданы загородные отделения для лечения детей с патологией опоры и движения.

Помощь больным с заболеваниями и повреждениями органов опоры и движения еще больше улучшилась после организации на базе Московского ортопедического госпиталя клиники детской ортопедии и травматологии Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. Эту клинику В.Д.Чаклин возглавлял с 1956г. по 1965г., передав ее своей ученице – профессору Е.А.Абальмасовой. В качестве консультанта этой клиники он работал в ней до конца жизни.

Своей деятельностью на протяжении всей жизни В.Д.Чаклин доказывал, что ученый и врач должен быть одновременно и организатором здравоохранения.

Очень требовательный к себе, всегда собранный и подтянутый, В.Д.Чаклин во всех организованных им научных и лечебных учреждениях создавал атмосферу, где царила твердая дисциплина и не было места расхлябанности. От своих учеников он неукоснительно требовал знания топографической анатомии, оперативной хирургии. Его сотрудники обязаны были знать основы морфологии и патофизиологии локомоторного аппарата. Он считал, что ортопед-травматолог должен знать все аспекты повреждений и заболеваний органов опоры и движения, в том числе воспалительные и паралитические заболевания, а также опухоли костей и суставов. Он требовал от своих помощников быстрой, четкой, максимально слаженной работы во время операции; большое внимание обращал на бережное отношение к тканям.

В.Д.Чаклин был прекрасным учителем. Он учил в студенческих аудиториях будущих врачей, своих сотрудников – на блестящих обходах, клинических разборах больных, на консультациях, в операционной и гипсовочной, а также московских ортопедов – на знаменитых чаклинских средах.

Сам владея английским, немецким, французским, итальянским и латинским языками, от своих учеников он требовал знания иностранных языков, постоянного знакомства со всеми новыми мировыми достижениями в ортопедии и травматологии.

Всю свою творческую жизнь В.Д.Чаклин считал своим долгом делиться опытом и знаниями. Он создал уральскую и московскую школы активных ортопедов-травматологов. Среди его непосредственных учеников – Ф.Р.Богданов, З.П.Лубегина, А.М.Наравцевич, В.П.Скрыгин, В.Я.Тарковская, З.В.Базилевская, Е.А.Абальмасова, И.М.Митбрейт, И.А.Мовшович, В.В.Кузьменко, М.А.Берглезов, С.А.Уразгельдиев, И.К.Бабиченко, И.С.Шепелева, Ю.Б.Гинзбург, А.Г.Прохорова,

И.И.Грошин, М.М.Сотникова, С.И.Гарбарская, А.М.Миронов и многие другие. Некоторые из них в разные годы руководили институтами, кафедрами травматологии и ортопедии, клиниками в научно-исследовательских институтах.

В.Д.Чаклин – неперенный участник и один из основных докладчиков на всесоюзных и республиканских конференциях, съездах травматологов-ортопедов нашей страны на протяжении 20-70-х годов.

В течение десятилетий В.Д.Чаклин – член редакционной коллегии журнала «Ортопедия, травматология и протезирование».

Он был первым хирургом ортопедом-травматологом, избранным в 1946 г. членом-корреспондентом в Академию медицинских наук СССР. Признание заслуг В.Д.Чаклина как ортопеда-травматолога мирового класса выразилось в избрании его редактором-корреспондентом «Journal of Bone and Joint Surgery», почетным членом многих ортопедических и медицинских обществ, а также академий мира.

Много нового внесено В.Д.Чаклиным в проблему ампутации конечностей. Им внедрены в хирургическую практику нашей страны методы фасцио- и тендопластических ампутаций. Недаром именно В.Д.Чаклину была оказана честь выступить на 25-ом Всероссийском съезде хирургов с докладом, посвященным проблеме ампутаций и реампутаций.

В.Д.Чаклин работал до последних дней своей жизни. Он писал «Теоретические основы ортопедии и травматологии» и книгу «Жизнь, искания, встречи». К сожалению, эти книги не были изданы. Между тем, в них много ценного и полезного для ортопедов-травматологов; в них – мудрость большого врача, прекрасного хирурга, выдающегося ученого, учителя и организатора здравоохранения.

Приведем лишь несколько выдержек из книги В.Д.Чаклина «Жизнь, искания, встречи» и его статьи «Ортопед-травматолог и его призвание».

«...Я иногда думаю, что, если бы произошло чудесное превращение вроде того, какое произошло с Фаустом, и меня, как в молодые годы, спросили бы: «Кем Вы хотите быть?» я, не задумываясь, ответил бы: «Ортопедом-травматологом, потому что это благородная специальность, сохраняющая жизнь больного при тяжелой травме, восстанавливающая функцию органов движения и опоры, восстанавливающая травмированную кисть художнику, пальцы музыканту, специальность, создающая красивую человеческую форму ребенку и молодой девушке при сколиозе. От руки ортопеда иногда зависит счастье и вся жизнь молодого существа».

«Об одном японском художнике было сказано:» Ему исполнилось 60 лет. Это возраст душевной зрелости, когда «человек слышит истину»». Мне больше 60 лет, я также стремлюсь к истине, хотя не всегда это удается. Существует поговорка, что тот не жил полноценной жизнью, кто не знает бедности, любви и войны. Я бы добавил еще - кто не знал радость творчества. Лукреций, Гораций, Данте... может быть, их не толкнуло бы написать божественные опусы, если бы их жизнь не была полна горя и переживаний.

В непрекращающейся внутренней борьбе, в неуспокоенности, вечном поиске – смысл и счастье творческого процесса ученого. Если подходить к жизни с этой оценкой прожитых лет, то я, пожалуй, жил полноценной жизнью, по крайней мере, в основные периоды жизни. Пережил и бедность, и любовь, и войны, и радость творчества, и горе, и страдания и понял, что жизнь врача сложна, но благородна. Если бы мне пришлось начинать жизнь сначала, то я снова избрал бы специальность пластического хирурга или ортопеда-травматолога. Я готов снова повторить слова Гете: «Хирургия (добавим - и ортопедическая хирургия) есть божественное искусство, предмет которого – прекрасный и священный человеческий образ».

«Убеленный сединами хирург-ортопед может сказать: великий конец жизни – не знания, а дела. ...Искания, вечные искания истины и совершенства – вот, что создает творческое состояние ученого и мыслящего врача. Когда мы пишем об ученом и его школе, то в это понятие мы вкладываем также и оригинальные идеи, теоретические концепции, труды ученого, подготовленные кадры теоретически образованных учеников. Эти ценности вынашиваются и создаются многими десятками лет. Вот почему нужно хранить научные школы и беречь ученых – этот золотой фонд нашей страны».

Как хорошо сказано: великий конец жизни – не знания, а дела. Василий Дмитриевич Чаклин очень много знал, но он также очень много умел сделать своими руками. Он создал институты, кафедры, научные школы, вырастил учеников, оставил будущим поколениям ортопедов-травматологов большое эпистолярное наследие.

Человек жив до тех пор, пока о нем помнят. И кому как не нам, живущим, сделать все возможное, чтобы сохранить для следующих поколений то, что таким титаническим трудом было создано нашим Чаклиным. Это наш долг. Это лишь мизерная плата за то, что с такой щедростью отдал нам и ортопедам-травматологам нашей страны выдающийся хирург и ученый Василий Дмитриевич Чаклин. Пусть имя его и дела золотыми буквами будут вписаны в историю отечественной ортопедии и травматологии.

*И.М.Митбрейт, И.А.Мовшович, (Москва).*

### **В.Д. Чаклин – основоположник хирургии позвоночника\***

На всю научную и практическую деятельность В.Д.Чаклина оказала влияние разносторонняя его подготовка. Смолоду он увлекался наряду с травматологией, изучением морфологии хрящевой и костной ткани.

Отличные знания анатомии опорно-двигательного аппарата и прилежащих

---

\* Из кн. «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Лечение поврежденных и заболеваний позвоночника и переломов костей таза». Екатеринбург, 1992, с 28-30.

областей в сочетании с большим клиническим опытом позволили В.Д.Чаклину широко и «бесстрашно» оперировать практически во всех областях человеческого тела. Это был хирург-виртуоз, который всегда оперировал быстро, анатомично, малотравматично. Участие в операции или просто присутствие на операции В.Д.Чаклина доставляло удовольствие. Такие качества Чаклина-хирурга позволили ему в 1931г.-1933г. разработать совершенно уникальную операцию – передний спондилодез поясничного отдела позвоночника, операцию, которая явилась поворотным пунктом в хирургии позвоночника вообще. Это была пионерская операция, которая принесла автору мировую славу. Сегодня передний спондилодез – распространенная, в деталях разработанная операция, которая выполняется при содействии современной анестезиологической службы. А что было в 1931 году? Анестезиологической службы просто не существовало. Об операциях на переднем отделе позвоночника можно было только мечтать. И надо было иметь великую смелость и глубочайшие знания анатомии и клиники, чтобы решиться на такой подвиг. И В.Д.Чаклин решился и вышел победителем! И не только победителем, но и отцом нового направления, которое в наши дни получило блестящее развитие, особенно в нашей стране и за рубежом.

Великая отечественная война прервала исследования В.Д.Чаклина по проблеме хирургии позвоночника. Он все свои силы и знания отдает в эти годы лечению раненых, по окончании войны изысканию и разработке методов борьбы с гнойными осложнениями, развившимися после огнестрельных ранений костей и суставов.

С открытием в Московском ортопедическом госпитале ИОВ детского ортопедического отделения и организации в 1956г. клиники ЦИТО на его базе В.Д.Чаклин начинает новый этап глубоких исследований по проблеме патологии позвоночника, и в первую очередь сколиоза. Проблема сколиоза изучается с нескольких позиций: исследуется морфология сколиотического позвоночника, этиология и патогенез, клиника и рентгенология, вопросы коррекции и оперативной стабилизации, хирургия реберного горба.

В это время В.Д.Чаклиным разрабатывается оригинальный метод фиксации при S-образном сколиозе – перекрестный спондилодез ригидным трансплантатом, который не потерял своего значения и в наши дни, несмотря на большой скачок, который сделала хирургия сколиоза. Справедливости ради нужно еще отметить, что операции на межпозвоночных дисках при сколиозе – эпифизеодез тел позвонков, т.е. удаление единым блоком фиброзного кольца, желатинозного ядра и соответствующих ростковых пластинок, в СССР впервые выполнены в клинике В.Д.Чаклина (1962).

Результатом исследований школы В.Д.Чаклина по сколиозу и другим разделам патологии позвоночника явилась публикация целого ряда статей и монографий. Среди последних следует отметить монографии «Сколиоз, хирургическая анатомия и патогенез» (И.А.Мовшович, М., Медицина, 1964г.), «Рентгенодиагностика и принцип лечения сколиоза»

(И.А.Мовшович и И.А.Риц, М., Медицина, 1969), «Сколиоз и кифозы» (В.Д.Чаклин и Е.А.Абальмасова, М., Медицина, 1973).

Проблема спондилолистеза, которой В.Д.Чаклин начал заниматься еще в 30-е годы, вновь подверглась изучению в руководимой им клинике 25-30 лет спустя, уже на более высоком уровне с применением новых методов исследования и новыми оперативными подходами. Результаты этих исследований были обобщены в докторской диссертации и монографии И.М.Митбрейта «Спондилолистез» (М., Медицина, 1978г.).

Много сил и ума В.Д.Чаклин вложил в разработку проблемы воспалительных заболеваний позвоночника – неспецифического и туберкулезного спондилита. Смелость и умение такого хирурга, как В.Д.Чаклин, удивляла его современников. Ведь он шел на радикальное удаление воспалительных очагов из позвоночника в период, когда отсутствовали мощные антибактериальные средства, которыми мы обладаем сегодня. И он выходил победителем в борьбе с этим тяжелым недугом. В.Д.Чаклин впервые стал применять после удаления воспалительных очагов костную аутопластику – метод, который обеспечивает оптимальные условия восстановления поврежденного органа.

В.Д.Чаклин и его школа не прошли мимо лечения больных с опухолями позвоночника и других областей. И здесь проявились его незаурядные способности блестящего хирурга и врача. Василий Дмитриевич смело вторгался в почти недоступные области позвоночника. Не всегда удавалось достигнуть радикального удаления патологического очага. Но и здесь обеспечивалось продление жизни больного.

Исследования и изучение результатов лечения онкологических больных позволили В.Д.Чаклину сформулировать концепцию сберегательных операций при опухолях костей. Из клиники вышел целый ряд публикаций и по этой проблеме. Среди них следует отметить главы в руководствах по ортопедии В.Д.Чаклина, а также докторскую диссертацию М.А.Берглезова.

Следует особо подчеркнуть, что «госпитальный» плодотворный период деятельности В.Д.Чаклина и его школы настолько высоко поднял всестороннее изучение патологии позвоночника, что руководимая им клиника стала центром, который постепенно посещался советскими и иностранными ортопедами с целью изучения этого тяжелого заболевания. Период подъема клиники В.Д.Чаклина сыграл немалую роль в развитии и повышении престижа всей советской ортопедии.

*И.А.Мовшович, (Москва).*



Конечно, многое зависит от человека, от того, какие в нем заложены гены, в какой семье он вырос, какие задачи он ставит перед собой в жизни, от наличия у него воли их решить. Однако всех этих качеств очень часто оказывается недостаточно, если человеку не встретился хороший учитель.

Сколько людей из-за того, что им не выпало счастья найти учителя, попасть в его школу, не состоялись, не смогли достичь того, о чем мечталось в юности. Я – из тех, кому судьба послала учителя и не какого-нибудь, а великого Чаклина! Я не боюсь этого эпитета – великого. Чем дальше скорбные дни прощания с Василием Дмитриевичем Чаклиным, чем больше приближаешься сам к старости и, следовательно, становишься мудрее, тем все более отчетливо осознаешь, кем был твой учитель и какова его роль в отечественной, да и в мировой ортопедии и травматологии. Поэтому эпитет «великий» ни в какой мере не преувеличение.

В.Д.Чаклин был не только человеком широкой эрудиции, блестящим хирургом ортопедом-травматологом, выдающимся врачом, научным организатором науки и практического здравоохранения, он был не менее выдающимся учителем. Он учил в студенческих аудиториях будущих врачей, он учил своих сотрудников на обходах, разборах больных, на консультациях, в операционной и гипсовочной. Многие годы он учил московских ортопедов на знаменитых чаклинских средах. Сам в совершенстве зная анатомию, топографическую анатомию, он не допускал к операции того, кто не знал области, в которой предстоит оперативное вмешательство. Глубоко зная патологическую анатомию заболевания, его патогенез и клинику, В.Д.Чаклин никогда не ставил показаний к операции тогда, когда полагал, что исцеление больного может быть достигнуто средствами консервативной терапии, и в то же время именно ему принадлежит концепция, а затем и теория раннего активного прерывания патологического процесса оперативными средствами.

В.Д.Чаклин учил, что хирург ортопед-травматолог должен обладать ортопедическим мышлением, как он говорил «Orthopedische Denken». Для этого врач, помимо знаний анатомии, топографической анатомии, патологической анатомии обязан знать физиологию локомоторного аппарата – биомеханику, рентгенодиагностику, воспалительные заболевания, в т.ч. туберкулез, последствия полиомиелита, опухоли костей. Поскольку ортопеду-травматологу приходится лечить больных с детским церебральным параличом, различными неврологическими заболеваниями вертеброгенного генеза, ему необходимы знания основ неврологии. Именно ему – первому и самому значительному вертебральному хирургу ортопедо-травматологу нашей страны это было известно больше, чем кому бы то ни было; и он от нас, его учеников, требовал, чтобы мы всем этим владели. Он

---

\* Из кн. «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Лечение повреждений и заболеваний позвоночника и переломов костей таза». Екатеринбург, 1992, с.23-27.

считал непреложным для нас и знания общей хирургии, ибо без этого невозможно оперировать, в частности, на позвоночнике, в различных его отделах – поясничном, грудном, шейном, в области таза. И это были не просто требования ради требований. Без этого была бы невозможна та научная и разнообразная ежедневная наша работа. В операционных клиниках, которыми руководил Василий Дмитриевич Чаплин, можно было научиться выполнению самых различных оперативных вмешательств при заболеваниях и повреждениях органов опоры и движения у детей и взрослых. Оперировались больные по поводу косолапости и по поводу хондросаркомы таза (выполнялась либо органосохраняющая резекция таза или чрезподвздошно-брюшная ампутация конечности), по поводу врожденного вывиха бедра и сколиоза, полой стопы и спондилолистеза, пяточной стопы и тотально парализованной конечности после полиомиелита, по поводу абсцесса Броди и остеомиелита позвоночника и т.д. и т.д. В то же время в палатах можно было учиться идеальной репозиции фрагментов костей у больных с переломом бедренной кости методом скелетного вытяжения. Да разве перечислишь все, чем жила эта многопрофильная клиника В.Д. Чаплина!

Непрестанно обучая своих учеников оперативной ортопедии и травматологии, В.Д. Чаплин требовал от нас знаний консервативных методов лечения, в т.ч. гипсовой техники, лечебной физкультуры, массажа (которым, кстати, сам хорошо владел); нам вменялось и знание физической терапии. Вопросы восстановительной терапии были всегда в поле зрения Василия Дмитриевича, а следовательно, и нас, его учеников.

В.Д. Чаплин учил нас никогда не спешить с постановкой диагноза, если не осмотрел больного раздетым. «Keine Diagnose durch die Hose» (буквально: ни одного диагноза через штаны) было неременным требованием, которым он сам следовал и приучал к нему своих учеников. От скольких ошибок уберег он нас, какую тем самым сослужил он пользу больным!

Всю жизнь В.Д. Чаплин следовал правилу при контакте с больным: сначала изучи досконально клинические проявления заболевания, а затем смотри рентгенограмму. «Primum clinica, secundum rentgenologica» (буквально: сначала клиника, затем рентгенология) – этому крылатому афоризму В.Д. Чаплина, этой его заповеди мы всегда следуем.

Умению наблюдать за больными, не суетясь, создавать атмосферу доверия больного к врачу учил В.Д. Чаплин. Как это мудро!

Василий Дмитриевич учил, что врач должен лечить больного не только своими знаниями и умениями, но всем своим обликом, бережным с ним обращением. Я не помню случая, чтобы Василий Дмитриевич пришел в клинику без галстука, в неглаженных брюках и нечищенной обуви. Нетерпимый к разгильдяйству, непунктуальности, лени, он обрушивал гнев с присущим ему темпераментом на провинившегося, невзирая на его должность и звание, но он никогда не повышал голос в разговоре с больными. Доверие к врачу – не меньший стимул на пути больного к выздоровлению.

Василий Дмитриевич никогда не позволял себе негативно высказываться о неудачно проведенном оперативном вмешательстве в каком-нибудь другом лечебном учреждении. «Nomina sunt odiosa» (дословно: имена – суть ненавистны) – учил он. Каждого хирурга, каким бы блестящим он ни был, может постигнуть неудача. Из этого следует делать вывод о степени компетентности хирурга. Тем более в это не должны посвящаться больные. Как горько порой приходится наблюдать иное, когда врач, хуля коллегу, тем самым губит веру больного в исцеление, да и в медицину вообще.

Василий Дмитриевич не терпел пустословия. Мерилом его отношения к людям было дело, отношение человека к порученному ему заданию. Он не терпел людей, создававших видимость работы. В памяти его латинская поговорка «Ud aliquid vieri videatur» (дословно: чтобы было видно, что что-то делается). Она относилась к тем, кто не работал, а мельтишился, хотя порой кое-кому казалось, что делается что-то большое. Можно было обмануть многих, но не В.Д.Чаклина: он таких людей немедленно примечал, и они либо исправлялись, включались в общий деловой ритм клиники, либо уходили. Настоящие ученики В.Д.Чаклина очень ценили эту черту Василия Дмитриевича; им никто не бросал упрека в пустомельстве.

В.Д.Чаклин требовал от учеников скромности. Снобизм был ему органически неприятен. Слово «сноб» могло относиться к кому угодно, но не к чаклинцам.

Василий Дмитриевич учил нас ежедневной работе с книгой. Сам владея английским, немецким, французским, итальянским и латинским языками, он от своих учеников требовал знания иностранных языков, постоянного знакомства со всеми новыми мировыми достижениями в ортопедии и травматологии. В.Д.Чаклин учил умению накапливать клинические наблюдения, без спешки их анализировать. Сама жизнь, творческий дух клиники заставлял следовать этому правилу. Но, постигнув истину, придя к тому или иному выводу, требовалось обязательно изложить это на бумаге, причем в коротком, лапидарном стиле, которым владел Василий Дмитриевич и к чему приучил нас. Он учил нас и умению в кратком, трехминутном выступлении выразить основное, главное, умению завладеть аудиторией, а это можно сделать не только содержанием сообщения, но и формой его изложения, его иллюстративностью, которой учил Василий Дмитриевич.

Василий Дмитриевич Чаклин был очень образованным человеком. Он постоянно работал, много писал (недаром в 50 – 70-е годы им были опубликованы у нас в стране основные монографические работы по ортопедии). В то же время его творчеству, его научным изысканиям присуща постоянная новизна. «Saepe vertere stillum» (дословно: чаще меняй перо) – его девиз. Человек должен быть в постоянном движении, поиске истины. И это не слова, это дела. В одно и то же время или поэтапно В.Д.Чаклин мог заниматься и разработкой проблемы лечения больных с переломами костей, воспалительных заболеваний костей и суставов, добиваться высот в

хирургии позвоночника, развивать учение о ложных суставах костей и сколиозе, заниматься проблемами лечения больных костным туберкулезом и спондилолистезом и др. Недаром ему под силу было написать книги «Ортопедия» в двух томах и «Основы оперативной ортопедии и травматологии», ряд крупных монографий и почти две с половиной сотни статей!

Где бы ни работал В.Д.Чаклин, он создавал свою школу учеников, единомышленников. Так было в свердловский период его жизни, так было и в Москве, куда он приехал в 1943 г.. В.Д.Чаклин создал уральскую и московскую школы активных ортопедов-травматологов. Среди его непосредственных учеников Ф.Р.Богданов, А.М.Наравцевич, З.П.Лубегина, В.П.Скрыгин, В.Н.Тарковская, З.В.Базилевская, Е.А.Абальмасова, И.А.Мовшович, М.А.Берглезов, И.С.Щепелева, Ю.Б.Гинзбург, А.Г.Прохорова, И.К.Бабиченко, В.В.Кузьменко, С.И.Уразгильдеев, А.М.Миронов, А.В.Митрофанова, И.И.Грошин, М.М.Сотникова, С.И.Гербарская и многие другие, а также автор этих строк. Многие из учеников В.Д.Чаклина в разные годы руководили и руководят ныне институтами, кафедрами травматологии и ортопедии, клиниками в научно-исследовательских институтах, они продолжают и творчески развивают дела и мысли своего учителя. Вот почему уже к концу жизни Василий Дмитриевич с полным основанием мог сказать: «... Великий конец жизни – не знания, а дела... Искания, вечные искания истины и совершенства – вот что создает творческое состояние ученого и мыслящего врача. Когда мы пишем об ученом и его школе, то в это понятие мы вкладываем также и оригинальные идеи, теоретические концепции, труды ученого, подготовленные кадры теоретически образованных учеников. Эти ценности вынашиваются и создаются многими десятками лет. Вот почему нужно хранить научные школы и беречь ученых – этот золотой фонд нашей страны».

Как хорошо сказано: великий конец жизни – не знания, а дела. Василий Дмитриевич Чаклин много знал, но он также очень много умел сделать сам своими руками. Он создал институты, кафедры, научные школы, вырастил учеников, оставил будущим поколениям ортопедов-травматологов большое эпистолярное наследство, по которому учится нынешнее поколение ортопедов-травматологов, и, верю, будет учиться еще не одно поколение будущих учеников Василия Дмитриевича Чаклина. Они не смогут сказать, что они – чаклинцы, но, знакомясь с трудами В.Д.Чаклина, будут испытывать радость и счастье от общения с истиной.



*И. М. Мумбрэйт*

*И. М. Мумбрэйт (Москва).*

## Публикации о В.Д.Чаклине

**1. Василий Дмитриевич Чаклин (род. В 1892г.).**

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1960, № 1, с.93.*

**2. Чествование ученого (70-летие со дня рождения В.Д.Чаклина).**

*«Медицинский работник», 1962, 27 марта, № 25.*

**3. Василий Дмитриевич Чаклин (70 лет со дня рождения и 45 лет научно-практической деятельности).**

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1962, № 5, с.94).*

**4. 50 лет врачебной и научно-общественной деятельности профессора В.Д.Чаклина.**

*«Хирургия», 1969, № 10, с.135-136.*

**5. Василий Дмитриевич Чаклин (к 80-летию со дня рождения).**

*«Хирургия», 1972, № 5, с.3-5.*

**6. Василий Дмитриевич Чаклин (к 80-летию со дня рождения).**

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1972, № 6, с.1-2.*

**7. Чаклин Василий Дмитриевич (некролог).**

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1976, № 11, с.84-86.*

**8. Василий Дмитриевич Чаклин (к 90-летию со дня рождения).**

Авторы Е.А.Абальмасова, И.М.Митбрейт, И.А.Мовшович.

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1982, № 5, с.66-68.*

**9. Чаклин Василий Дмитриевич (1892г.-1975г.).**

*«БМЭ», изд. 1986г., т.27, с.806.*

**10. Василий Дмитриевич Чаклин (к 100-летию со дня рождения).**

Автор Д.И.Глазырин.

*В кн.: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Лечение повреждений и заболеваний позвоночника и костей таза.»*

*Сборник научных трудов. Екатеринбург, 1992, с.3-6.*

**11. Василий Дмитриевич Чаклин – учитель. Автор И.М.Митбрейт.**

*В кн.: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Лечение повреждений и заболеваний позвоночника и костей таза.»*

*Сборник научных трудов. Екатеринбург, 1992, с.23-27.*

**12. В.Д.Чаклин – основоположник хирургии позвоночника.**

Автор И.А.Мовшович.

*В кн.: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Лечение повреждений и заболеваний позвоночника и костей таза.» Сборник научных трудов. Екатеринбург, 1992, с.28-30.*

**13. Василий Дмитриевич Чаклин – гордость Харьковской ортопедической школы (к 100-летию со дня рождения).**

Автор В.Б.Таршис.

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1992, № 1, с.59-66.*

**14. В.Д.Чаклин – организатор Уральской школы травматологов-ортопедов (к 100-летию со дня рождения).**

Автор З.П.Лубегина.

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1992, № 1, с.66-70.*

**15. К 100-летию со дня рождения В.Д.Чаклина.**

Авторы И.М.Митбрейт, И.А.Мовшович.

*«Ортопедия, травматология и протезирование», 1992, № 1, с.71-74.*



# Титульные листы книг В.Д.Чаклина



1.



2.



3.



4.



5.



6.



7а.



7б.



8а.



8б.



9.



10.



1. Переломы костей и их лечение. Свердловск. 1935г.
2. Переломы костей и их лечение. Свердловск. 1936г.
3. Инфекционные заболевания костей, суставов и хрящей. Свердловск. 1937г.
4. Оперативная ортопедия. Москва. 1951г.
5. Ортопедия. Книга первая. (Общая часть). Москва. 1957г.
6. Ортопедия. Книга вторая. (Частная ортопедия). Москва. 1957г.
- 7 а,б. а – многотомное руководство по хирургии, том XI;  
б – Хирургия верхней конечности. Москва. 1960г.
- 8 а,б. а – многотомное руководство по хирургии– том XII;  
б – Нижняя конечность. Москва. 1960г.
9. Основы оперативной ортопедии и травматологии. Москва. 1964г.
10. Костная пластика. Москва. 1971г.
11. Сколиоз и кифозы. Москва. 1973г.
12. Опухоли костей и суставов. Москва. 1974г.

## Примечания.

1. *Профессор Зоммер Альфред Генрихович*, даты жизни неизвестны. Заведовал кафедрой нормальной анатомии медицинского факультета Харьковского императорского университета в 1910г.-1917г.\*

2. *Профессор Шатилов Петр Иванович (1869г.-1921г.)*, заведовал кафедрой госпитальной терапии.

3. *Профессор Пенский Юлиан Романович (1859г.-1920г.)*, заведовал кафедрой госпитальной хирургии с 1908г. до 1920г.

4. *Профессор Грубе Вильгельм Федорович (1827г.-1898г.)*, заведовал кафедрой факультетской хирургии.

5. *Ординарный профессор Поляков Петр Андреевич*, даты жизни неизвестны, заведовал кафедрой гистологии с 1912г. до 1917г.

6. *Профессор Милостанов Николай Николаевич (родился в 1892г., дата кончины неизвестна)*.

7. *Медико-механический институт* был создан в Харькове Советом съезда горнопромышленников по инициативе доктора Карла Федоровича Вегнера. Открытие состоялось 7 июня 1907г. Первым директором института был назначен К.Ф.Вегнер (с 1914г. – профессор). В 1925г. институт переименован в Украинский государственный клинический институт ортопедии и травматологии. После освобождения Харькова от немецко-фашистских захватчиков институт был восстановлен и получил имя профессора М.И.Ситенко. С 1974г. носит название Харьковский НИИ ортопедии и травматологии имени профессора М.И.Ситенко.

8. *Профессор Еленевский Константин Феликсович (1864г.-1942г.)*, видный патологоанатом и гистолог, в Харьковском институте ортопедии и травматологии заведовал лабораторией патогистоморфологии с 1927г. до 1941г.

9. *Доктор Сова Полина Петровна (1896г.-1985г.)*, работала ординатором в Харьковской детской ортопедической больнице, руководимой Михаилом Герасимовичем Зелениным.

10. *Профессор Трегубов Самуил Леонтьевич (1872г.-1944г.)*, заведовал кафедрой ортопедической хирургии с 1921г. до 1944г.

11. *Профессор Орлов Леонид Владимирович (родился в 1855г., дата кончины неизвестна)*.

12. *Профессор Скосогоренко Григорий Филиппович (1903г.-1961г.)*.

---

\* Примечание 1-14 подготовлены В.Б.Таршисом

13. *Профессор Зайченко Илья Леонтьевич (1896г.-1964г.).*

14. *Профессор Яков Григорьевич Дубров (1903г.-1992г.)* с 1938г. был заместителем директора по науке Украинского института ортопедии и травматологии, с 1940г. – директором института. Во время Великой Отечественной войны был на фронте. В 1954г. он возглавил ортопедо-травматологическую службу в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте и Московской области.

15. *Первый в СССР съезд ортопедов-травматологов* был подготовлен и проведен в Харькове с 24 по 28 января 1936г., он назывался «I Украинский съезд ортопедов, травматологов и работников протезного дела», на нем присутствовало 400 делегатов и гостей из других республик СССР.

На этом съезде В.Д.Чаклин дважды выступал, уже будучи директором Уральского института травматологии и ортопедии, с докладом «Ортопедия в системе медицинского образования и здравоохранения на Урале», а также на заседании съезда, посвященном проблеме полиомиелита он выступил с сообщением о возможности миофасциоза при неустойчивости тазобедренного сустава. Труды съезда не издавались, сокращенный стенографический отчет о нем был подготовлен А.А.Коржом и опубликован в Сборнике «Труды Республиканского научного общества травматологов и ортопедов УССР», выпуск 1, Харьков, 1958.



## Л итература

1. Чаклин В.Д. Записки: Семейный архив А.В.Чаклина – Москва.
2. ЦГАОР Украины, ф.342, оп.3, д.696, л. 28-29.
3. Хроника // Врачебное дело. – 1924. – № 11-13. – С. 737.
4. Чаклин В.Д. старое и новое в лечении переломов трубчатых костей // Ж. Современ. Хир. – 1929. – Т. IV – Вып. 22-23. – С. 944 – 966.
5. Чаклин В.Д. Перелом шейки бедра // Врачебное дело. – 1922. – № 7-9. – С. 147. – 153.
6. Чаклин В.Д. Инфекционные кокситы // Ж. Современ. Хир. – 1927. – Т. 2. – Вып. 2(8). – С. 243-251.
7. Чаклин В.Д. Паллиативные операции при врожденных и патологических вывихах бедра. – В кн.: Труды I областного съезда хирургов Левобержной Украины. – Часть II. – Харьков, 1925. – 1925. – С. 91-93.
8. Чаклин В.Д. Bursitis trochanterica chronica. // Нов. Хир. – 1926. – Т. 3. – С.385.
9. Чаклин В.Д. Некоторые наблюдения над остеотомиями // Ортопед. Травматол. – 1930. – № 3-4. – С. 35-41.
10. Чаклин В.Д. Надежный метод тенодеза при паралитической стопе // Ортопед. Травматол. – 1930. – № 5-6. – С. 4-7.
11. Чаклин В.Д. Интра-экстраартикулярный метод артродеза тазобедренного сустава // Ортопед. Травматол. – 1931. – № 1. – С. 36-39.
12. Чаклин В.Д. Закрытые переломы в области голеностопного сустава // Нов.хир.арх. – 1928. – Т. XV, кн.2-3 (№58-59). – С.388-392
13. Абальмасова Е.А., Митбрейт И.М., Мовшович И.А.  
Василий Дмитриевич Чаклин (К 90-летию со дня рождения // Ортопед. Травматол. – 1982. – № 5. – С. 66-68.
14. История болезни № 8028 (1) Островского Николая Алексеевича, 20 лет. – Харьков: Харьковский медико-механический институт, 1925. – (Фонды музея истории и достижения ХНИИОТ им. М.И.Ситенко).
15. Книга отзывов музея истории и достижений Харьковского НИИ ортопедии и травматологии им.М.И.Ситенко. Запись 10 июня 1985г.
16. ЦГАОР Украины, ф 342, оп. 3, д.696, л.114-114 об.
17. Тарковская В.Я. воспоминания ортопеда 20-х годов. – М., 5с. (фонды музея истории и достижений ХНИИОТ им.М.И.Ситенко).
18. Украинский государственный клинический институт ортопедии и травматологии (бывший медико-механический институт). – В кн.: Медицинская помощь застрахованным в 1925-26 году. – Харьков: НКЗ УССР. – 1927. – С. 53-55. 19. ЦГАОР Украины, ф. 242, оп. 3, д. 356, л.61-61 об.



## Оглавление.

<i>Предисловие</i> .....	5
<i>Введение</i> .....	7
 <b>Глава I. Студенческие годы. Первые шаги в хирургии.</b>	
1.1. Харьковский университет. ....	9
1.2. Поездка в Италию. ....	11
1.3. Первые шаги в хирургии. Н.П.Тринклер. ....	14
 <b>Глава II. Путь в ортопедию-травматологию.</b>	
2.1. Переход в медико-механический институт. ....	16
2.2. Приобщение к науке. Докторская диссертация. ....	17
2.3. К.Ф.Вегнер, М.И.Ситенко, Н.П.Новаченко, Я.Г.Дубров и А.А.Корж. ....	19
 <b>Глава III. Становление научной травматологии и ортопедии на Урале.</b>	
3.1. Организация Уральского института травматологии и ортопедии, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии медицинского института, травматологических отделений и травмпунктов в городах Урала. ....	36
3.2. От Свердловска до Владивостока. ....	41
3.3. Искания в области хирургии позвоночника. ....	43
3.4. Две встречи и две концепции. ....	46
3.5. Встреча с Г.И.Турнером и Р.Р.Вреденом. ....	47
3.6. Искания в области лечения больных с переломами костей и псевдоартрозами в Уральском институте травматологии и ортопедии. ....	50
 <b>Глава IV. Переезд в Москву.</b>	
4.1. Московский научно-исследовательский институт протезирования. Поездка в США. Избрание в Академию медицинских наук СССР. ....	54
4.2. Темные времена. ....	56
4.3. Московский ортопедический госпиталь. ....	58
4.3.1. Метод работы. ....	59
4.3.2. Обходы и резюме. ....	60
4.3.3. Диагностические конференции. ....	60
4.3.4. Показательные операции. ....	61
4.3.5. Операция и лаборатория. ....	61

4.3.6. Конференции. Разбор ошибок. ....	62
4.3.7. Развитие научно-критического мышления. ....	62
4.3.8. Научное руководство диссертантами. ....	63
4.4. Организация клиники детской ортопедии и травма-тологии ЦИТО. Ортопедические среды. ....	65
4.5. Ортопедический госпиталь и роль Центрального института травматологии и ортопедии (ЦИТО). ....	69

<b>Глава V. Искания в области переломов костей, псевдо-артрозов и костных дефектов. Оперативные методы лечения. ....</b>	<b>70</b>
--	-----------

5.1. Теоретические основы лечения переломов от А.Ламботта до наших дней. ....	71
5.2. «Склеивание» и «сварка» костей. ....	72
5.3. Псевдоартрозы и костные дефекты. ....	76
5.3.1. Теоретические и клинические предпосылки к лечению псевдоартрозов и костных дефектов. ....	76
5.3.2. Тактика ортопеда-травматолога. ....	79
5.3.3. Псевдоартроз и остеомиелит. ....	82
5.3.4. Псевдоартроз с одновременным повреждением периферического нерва. ....	83

<b>Глава VI. Наши искания при лечении больных с некоторыми заболеваниями нижних и верхних конечностей. ....</b>	<b>84</b>
---	-----------

6.1. Огнестрельный остеомиелит. ....	84
6.2. Абсцесс Броди. ....	88
6.3. Эпифизарный очаг остеомиелита и гнойный коксит. ....	88
6.4. Отдельные наблюдения из восстановительной хирургии. ....	89
6.4.2. Пересадка сгибателя предплечья на сгибатель пальцев. ....	90
6.4.3. Повреждение лучевого нерва и паралич кисти. ....	91
6.4.4. Замещение функции парализованных аддукторов бедра. ....	92
6.5. Неотложная ортопедия-травматология. ....	92
6.6. Лечение некоторых остаточных явлений полиомиелита. ....	94

<b>Глава VII. Концепция активного прерывания патологического процесса. ....</b>	<b>97</b>
---	-----------

7.1. Некоторые теоретические вопросы. ....	97
7.2. Активное прерывание патологического	

процесса при костно-суставном туберкулезе. ....	101
7.3. Активное прерывание патологического процесса при развитии «Скользящего эпифиза» и соха vara. ....	103
7.4. Активная стабилизация патологического процесса при сколиозе. ....	103
7.5. Оперативная коррекция грудного кифоза. ....	107

**Глава VIII. Странички из патологии тазобедренного сустава. Реконструктивные операции.**

8.1. Туберкулезный коксит. ....	109
8.2. Дисплазия тазобедренного сустава и болезнь Legg-Calve-Perthes'a. ....	113
8.3. Реконструктивные и пластические операции на тазобедренном суставе. ....	114
8.3.1. Гомопластика и ауто-гомопластика. ....	115
8.3.2. Аллопластика сустава. ....	118
8.3.3. Ауто-гомопластика и аллопластика целого сустава. ....	119

**Глава IX. Законы компенсации и функциональная триада. ....**

**Глава X. Искания в области костной онкологии. ....**

10.1. Об активном прерывании патологического процесса. ....	127
10.2. Сохранить не только жизнь, но и конечность больного. ....	128
10.3. Реконструктивные методы после удаления опухоли. ....	130
10.4. Страничка из костной онкологии таза. ....	134
10.5. Возможность продления жизни. ....	137

**Глава XI. Работа над монографиями по ортопедии-травматологии.**

11.1. Подготовительный период. ....	142
11.2. Процесс творчества. ....	147
11.3. Последующая обработка материала. ....	150

**Глава XII. Ученый и его творчество. Наука**

<b>и искусство в ортопедии и пластической хирургии. ....</b>	<b>153</b>
12.1. Новизна идеи и претворение ее в жизнь. ....	154
12.2. Некоторые препятствия к развитию медицинской науки. ....	156
12.3. Наука и искусство в ортопедии и пластической хирургии. ....	158

12.4. «Пределы» творчества ученого. ....	161
<b>Глава XIII. О воспитании ортопедов-травматологов. ....</b>	<b>162</b>
<b>Глава XIV. Некоторые замечания о повышении качества лечения ортопедо-травматологи- ческих больных. ....</b>	<b>171</b>
<b>Глава XV. Встречи с советскими и зарубежными учеными. ....</b>	<b>179</b>
15.1. Центральный институт травматологии и ортопедии (ЦИТО). ....	180
15.2. Киевский ортопедический институт. ....	184
15.3. Рижский институт травматологии и ортопедии. ....	185
15.4. Болезнь и раздумья. Встреча с писателем Л.Леоновым. ....	186
15.5. Встречи с коллегами. ....	188
15.5.1. Б.В.Петровский. ....	188
15.5.2. Александр Васильевич и Александр Александрович Вишневецкие. ....	190
15.5.3. Н.Н.Бурденко и Н.Н.Петров. ....	192
15.5.4. На операции у В.А.Оппеля. ....	195
15.5.5. С.С.Юдин. ....	196
15.5.6. В.В.Парин, Л.М.Ратнер, А.Т.Лидский. ....	198
15.5.7. Чехословацкие ученые. ....	200
15.5.8. Венгерские встречи. ....	203
15.5.9. Встречи со шведскими учеными. ....	205
15.5.10. Советско-американский симпозиум. ....	206
15.5.11. Встреча с А.Груца (Польша). ....	207
15.5.12. Встречи с австрийскими и немецкими ортопедами-травматологами. ....	208
15.5.13. Контакты с английскими, французскими и другими зарубежными коллегами. ....	210
<b>Глава XVI. Все ли сделано? ....</b>	<b>214</b>
<b>Памяти Василия Дмитриевича Чаклина. ....</b>	<b>220</b>
<b>Василий Дмитриевич Чаклин (К 100-летию со дня рождения) – Д.И.Глазырин ....</b>	<b>221</b>
<b>Василий Дмитриевич Чаклин – гордость харьковской ортопедической школы (К 100-летию со дня рождения) – В.Б.Таршиш. ....</b>	<b>224</b>

<i>В.Д.Чаклин – организатор уральской школы травматологов-ортопедов (К 100-летию со дня рождения) – З.П.Лубегина.</i> .....	232
<i>Василий Дмитриевич Чаклин в Москве (К 100-летию со дня рождения) – И.М.Митбрейт, И.А.Мовшович.</i> .....	237
<i>В.Д.Чаклин – основоположник хирургии позвоночника. – И.А.Мовшович.</i> .....	241
<i>Василий Дмитриевич Чаклин – Учитель – И.М.Митбрейт.</i> .....	244
<i>Публикации о В.Д.Чаклине.</i> .....	248
<i>Титульные листы В.Д.Чаклина.</i> .....	250
<i>Примечания.</i> .....	252
<i>Приложение.</i> .....	254



*Эта книга не увидела бы свет без помощи и поддержки  
наших меценатов:*

**ЗАО “Исеть-груп” и лично генерального директора Породнова В.Б.;**

**Благотворительного фонда “Спорт и здоровье”;**

**ОАО “СУМЗ”.**

---

Выпускающий редактор - Яицкий С. И.

Заказ 255. Тираж 1000.

Цех оперативной печати Свердловской железной дороги

Лицензия ПЛр № 020111 от 22.07.1999 г.

620013, г. Екатеринбург, ул. Челюскинцев, 11, тел (3432) 58-23-41