

**Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Пермский федеральный исследовательский центр
Уральского отделения Российской академии наук**

на правах рукописи

Нечаев Олег Игоревич

**СТАНОВЛЕНИЕ ПЕРМСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА**

Специальность 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –
академик РАН
доктор медицинских наук
профессор ЧЕРЕШНЕВ В.А.

Москва – 2018

Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.....	5
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.	
ИСТОРИОГРАФИЯ ПРОБЛЕМЫ. МАТЕРИАЛЫ И	
МЕТОДЫ	11
1.1. Научная школа как структурный элемент научной деятельности.	
Классификация научных школ. Особенности медицинских научных школ.....	11
1.2. Материалы и методы исследования.....	30
Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕДПОСЫЛОК СОЗДАНИЯ ПЕРМСКОЙ	
ХИРУРГИЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ.....	40
2.1. Становление кафедры госпитальной хирургии. Проф. В.Н. Парин	
и его ученики	40
2.2. Кафедра госпитальной хирургии в послевоенный период. Проф.	
С.Ю. Минкин – основоположник ряда научных направлений.	46
Глава 3. КРИТЕРИИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИОДОВ НАУЧНОЙ	
ШКОЛЫ АКАД. Е.А. ВАГНЕРА	50
3.1. Формирование личности Е.А. Вагнера. Учителя и наставники..	51
3.2. Период узкого круга единомышленников.....	57
3.3. Становление крупного научного коллектива.....	60
3.4. Формирование собственных научных направлений учениками и	
соратниками акад. Е.А. Вагнера	65
Глава 4. ИЗУЧЕНИЕ ТРАВМЫ ГРУДИ – ГЛАВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАД. Е.А. ВАГНЕРА	67
4.1. Экспериментальное и клиническое изучение патологической	
физиологии травмы груди	67
4.2. Сочетанная травма груди	75
4.3. Комбинированная травма груди.....	82
4.4. Анестезиологическое обеспечение хирургических методов	
лечения травмы груди.....	86
4.5. Диапевтические и миниинвазивные технологии в оказании	
помощи при травме груди	89
Глава 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧЕНИКОВ,	
СОТРУДНИКОВ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ АКАД. Е.А. ВАГНЕРА	92
5.1. Хирургия сосудов (проф. С.Г. Суханов)	92
5.2. Билиарная хирургия (проф. Л.Ф. Палатова, проф. Л.П.	
Котельникова, проф. П.Я. Сандаков).....	97

5.3. Хирургическая фтизиатрия (проф. В.А. Черкасов).....	107
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	115
ВЫВОДЫ	117
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ.....	119
Опубликованные	119
Неопубликованные	133
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	137
Прил.1 ИНФОРМАЦИЯ О ПРИЗНАНИИ ЗАСЛУГ АКАДЕМИКА АМН СССР (РАМН) Е.А. ВАГНЕРА	145
Научное признание	145
Государственное признание.....	146
Общественное признание.....	146
Прил.2 СПИСОК ДИССЕРТАЦИЙ, ЗАЩИЩЕННЫХ ПОД РУКОВОДСТВОМ АКАДЕМИКА АМН СССР (РАМН) Е.А. Вагнера	147
Прил.3 РУКОПИСНЫЕ АВТОБИОГРАФИЯ И РАПОРТ Е.А. ВАГНЕРА	156

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДСП – для служебного пользования

ЗТГ – закрытая травма груди

ИТУ – исправительно-трудовое учреждение

КРП – комбинированное радиационное поражение

МЗ РСФСР – Министерство здравоохранения РСФСР

НИР – научно-исследовательская работа

НШ – научная школа

ОЛБ – острая лучевая болезнь

ПЖ – поджелудочная железа

ПРГМВ – проникающее ранение груди мирного времени

РККА – Рабоче-крестьянская красная армия

СНК – студенческий научный кружок

СТГ – сочетанная травма груди

СТГГ – сочетанная травма груди и головы

СТГТ – сочетанная травма груди и таза

УФОАК – ультрафиолетовое облучение аутокрови

ЦОЛИУВ – Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Современная наука создается, как правило, крупными научными коллективами. Интерес к изучению научных школ (НШ) вызван пониманием значения НШ как основной структурной единицы научной деятельности. В рамках НШ происходит подготовка научных кадров, выявление и кристаллизация идей, разработка концепций для практического применения. В существующих условиях возникла проблема отбора и сохранения в ходе реформ лучших традиций российской национальной научной школы, что диктует необходимость обращения к истории научных школ как государственного, так и регионального уровня.

НШ в медицине - это один из наиболее дискуссионных терминов историко-медицинского исследования. Многие авторы к научным НШ причисляют разнообразные коллективы, постоянного и временного характера, объединённые формальными критериями.

Термин «НШ» часто используется для перечисления работ, в лучшем случае объединенных именем руководителя. Нами был предпринят анализ и обоснование выявления специализированной научной школы по изучению травмы груди, сформированной лидером – академиком АМН СССР (РАМН) Евгением Антоновичем Вагнером. Под руководством Е.А. Вагнера было защищено 80 кандидатских и 28 докторских диссертаций.

В рассматриваемый период в НШ были подготовлены известные хирурги, учёные и организаторы здравоохранения и науки: академик РАН В.А. Черешнев и лауреаты Государственной премии РФ (Е.А. Вагнер, В.А. Брунс, А.С. Денисов), ректор Пермской государственной медицинской академии В.А. Черкасов, заведующие кафедрами ВУЗов России (Ю.Ю. Соколов, Т.И. Субботина) заведующие хирургическими кафедрами Пермского медицинского университета (А.В. Касатов, В.М. Субботин, Л.П. Котельникова, М.Ф. Заривчацкий и др.), главные специалисты города и края (В.Н. Перепелицын, Л.Ф.

Копытов и др.), главные врачи больниц (А.В. Касатов, Б.И. Светлаков и др.), заведующие отделениями больниц (И.Г. Бурнышев, В.Д. Кривошеков и др.).

Научная актуальность изучаемой проблемы определена и ситуацией, сложившейся в её историографии. Из анализа литературы следует вывод о недостаточности и разрозненности сведений об истории и деятельности руководителей и сотрудников клиники. Встречается определённое количество фактических ошибок и разночтений. Исследования обобщающего характера по проблеме научной школы госпитальной хирургии Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера отсутствуют.

Цель исследования

Доказать наличие научно-практической школы акад. Е.А. Вагнера в области хирургии, стратегическим направлением которой было изучение травмы груди. Проследить эволюцию НШ на протяжении полувека и определить вклад акад. Е.А. Вагнера и его учеников в развитие хирургии в Пермском крае и России в целом.

Задачи исследования

1. Собрать и проанализировать материалы (опубликованные и неопубликованные источники), позволяющие очертить рамки НШ акад. Е.А. Вагнера
2. Показать эволюцию НШ акад. Е.А. Вагнера, определить основные этапы и способы их реализации
3. Применительно к каждому крупному направлению выявить объединяющую идею, определить персональный состав, проследить научные биографии представителей.
4. Обозначить вклад НШ акад. Е.А. Вагнера в становление учения о травме груди; хирургию сосудов, внепеченочных желчных путей и фтизиохирургию.

Хронологические рамки исследования

охватывают период с 1950-х г. по 2000-е г. Начало мы определяем с момента зарождения идеи изучения травмы груди и объединения единомышленников в г. Березники. Конечная дата также размыта и определяется

завершением создания учения о травме груди, формированием и оформлением дочерних направлений. В работе сделаны необходимые экскурсы к моменту создания НШ и отражены отдельные фрагменты деятельности продолжателей НШ до настоящего времени.

Объект и предмет исследования

Объект исследования – хирургическая наука и практика в Советском Союзе и Российской Федерации в 1950-2000 гг.

Предмет исследования – становление и функционирование НШ акад. Е.А. Вагнера

Научная новизна исследования

Представленная работа – это первое в отечественной историко-медицинской и хирургической научной литературе обобщающее исследование по изучению особенностей развития, приоритетов и достижений периферийной хирургической НШ.

Предложена периодизация и указано на изменяемость критериев НШ в зависимости от развития лидера и масштабов коллектива, включённого в процесс научного поиска: период узкого круга единомышленников, формирование крупного научного коллектива, развитие собственных направлений последователями школы.

Впервые показана целостная картина истории региональной хирургической научной школы от зарождения в районном центре и до известности на уровне страны.

В научный оборот введены документы, касающиеся планирования научной деятельности, и документы, касающиеся лидера научной школы: личное дело студента, личное дело проректора и ректора института (академии) и протокол защиты диссертации.

Научно-практическая значимость

Изучение процесса формирования НШ акад. Е.А. Вагнера позволило восполнить ряд пробелов, существовавших в историко-медицинской науке. В ходе работы систематизированы архивные материалы по теме исследования,

собраны фотографии, подлинные документы, копии документов из различных архивов. Результаты исследования могут быть также использованы:

- научными работниками и практическими хирургами и при подготовке докладов и лекций, написании диссертаций и научных статей по истории и современному состоянию достижений НШ акад. Е.А. Вагнера;
- преподавателями медицинских вузов в учебном процессе на кафедрах хирургии, истории медицины и культурологии;
- сотрудниками медицинских музеев для создания экспозиций, посвященных деятельности или личностям НШ акад. Е.А. Вагнера и проблеме травмы груди.

Апробация материалов диссертации

Материалы были представлены на форумах: всероссийская конференция «Культура Урала в контексте отечественной» (Пермь, 1997), всероссийская конференция «Медицинская профессура СССР» (Москва, 2014), всероссийская конференция «Березники, Соликамск, Усолье: пути исторического развития и культурного возрождения» (Березники, 2014), международном методологическом семинаре «Историческая и инновационная регионалистика» (Пермь, 2014), IX международном симпозиуме «История и политика: Региональная интеграция, региональная идентичность и устойчивое развитие в сравнительной перспективе» (Н-Новгород, 2014), совместном заседании ИК РОС «Социология медицины» и ИК РОС «Социология здоровья и здравоохранения» Общество и здоровье: зона социальной ответственности (Москва, 2016), международной конференции «Первая мировая война и национальный вопрос» (Пермь, 2014), конференции «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» в рамках III (XIII) Съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ (Москва, 2016), международной конференции «Пенитенциарная система и общество: опыт взаимодействия подход» (Пермь, 2017), международной конференции «Научное наследие Н.Д. Кондратьева и современность» (Москва, 2017).

Основные положения, выносимые на защиту

1. В Перми Е.А. Вагнером была создана НШ, исследования которой были направлены на решение проблемы оказания помощи пострадавшим с травмой груди, комбинированной и сочетанной травмой.
2. В истории формирования и развития НШ академика Е.А. Вагнера необходимо выделять периоды: формирования узкого круга единомышленников, развития крупного научного коллектива, создания собственных направлений последователями школы.
3. Особенности НШ Е.А. Вагнера были: разработка патофизиологического и патофизиолого-клинического направлений, изучение комбинированной травмы груди в экспериментальном ключе, изучение сочетанной травмы на базе специализированного отделения.
4. Пермская НШ внесла значимый вклад в развитие учения о травме груди.
5. Кроме изучения травмы груди НШ были достигнуты значительные успехи в хирургии сосудов и сердца (проф. С.Г. Суханов), билиарной (проф. Л.Ф. Палатова) и фтизиохирургии (проф. В.А. Черкасов)

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработаны программа и план исследования, проведён аналитический обзор опубликованных и неопубликованных источников. Автор лично проводил работу в государственных, региональных и ведомственных архивах; центральных и местных библиотеках. Автором организован и осуществлен сбор первичного материала исследования, самостоятельно проведена интерпретация результатов, полученных в ходе исследования. С целью научных консультаций автор нашел и опросил ключевых сотрудников НШ, работавших на кафедре госпитальной хирургии и других кафедрах университета. Результаты проведенного исследования нашли свое отражение в научных публикациях автора.

Соответствие паспорту специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки). Результаты

проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 1, 2, 4, 5, 7, 8.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ИСТОРИОГРАФИЯ ПРОБЛЕМЫ. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

1.1. Научная школа как структурный элемент научной деятельности. Классификация научных школ. Особенности медицинских научных школ

Изучение НШ объединяет в себе проблемно-содержательный, институциональный, образовательный, психологический и биографический подходы.

В современной исторической, медицинской и научной литературе понятие «НШ» стало «общим местом». При описании деятельности кафедр, институтов, отдельных ученых применяется выражение «НШ» обычно без выделения критериев и отвечающих им признаков описываемого научного коллектива. В ряде случаев приводится лишь систематизированное¹ или хронологическое² изложение основных работ крупного ученого и его коллектива. В некоторых случаях авторы ограничиваются названием «НШ» на обложке книги, представляющей собой сборник биографий сотрудников³. Даже в диссертационных работах допускается смешивание понятий ученик и последователь НШ (в частности, так говорится о С.Н. Виноградском и З. Ваксмане)⁴. Исследователи, работающие в стиле биографистики, подробно описывая отношения с учениками и коллегами крупного ученого⁵, не останавливаются на этапах формирования НШ, часто ограничиваясь словами

¹ Академик К.А. Валиев и его научная школа: избранные труды / Российская акад. наук, Физ.-технологический ин-т РАН Москва: Наука, 2011 – 482 с.

² Избранные страницы истории хирургической школы Удмуртии / под ред. В.А. Ситникова; Ижевск: ГОУ ВПО «Ижевская гос. мед. акад.», 2010 - 175с.

³ Научная школа Н.К. Кольцова. Ученики и соратники: Н.Д. Озернюк М.: Товарищество науч. изд. КМК, 2012 - 359 с.

⁴ Андрюшкевич, Т.В. Становление микробиологических школ института экспериментальной медицины и их влияние на развитие научных исследований в России: автореф. дис. ... канд. биол. наук: Спец. 07.00.10 / Т.В. Андрюшкевич - М.: 2005.

⁵ Например, об акад. В.Д. Кузнецове рассказывается, что он «писал стихи, неплохо рисовал, увлекался музыкой, особенно классической, собрал прекрасную фонотеку»

«уже оформившаяся школа»⁶ или перечислением учеников (сотрудников?)⁷. В работе, посвященной научному наследию Н.Н. Еланского, только в выводах (!) указывается на то, что «НШ внесла большой вклад в развитие отечественной хирургии»⁸.

В диссертациях, посвященных подготовке кадров высшей квалификации, в частности Н.П. Цехового⁹, объединяются задачи НШ и научного направления. Более того, даже в перечислении исследовательских программ НШ и направления объединены. В информации о конкретных ученых часто указывается – «основал НШ», без уточнения её принципов и «индивидуального лица». Основным мериллом успешности работы коллектива предлагается считать наличие лишь высокой квалификации кадров, причём по формальным критериям – наличию ученых степеней кандидата и доктора наук.

К сожалению, определения официальных документов дают широкую и расплывчатую формулировку НШ: «Ведущей НШ Российской Федерации считается сложившийся коллектив исследователей различных возрастных групп и научной квалификации, связанных проведением исследований по общему научному направлению и объединённых совместной научной деятельностью. Указанный коллектив должен осуществлять подготовку научных кадров, иметь в своём составе руководителя, а также молодых (до 35 лет) исследователей»¹⁰, что позволяет назвать НШ коллектив практически любой кафедры, центра, отдела, сектора, института, университета, НИИ и даже временный коллектив, работающий над научным проектом.

⁶ Костерев А.Г. Научная биография академика В.Д. Кузнецова: дисс. ... канд. ист. наук: 07.00.10 / А.Г. Костерев - Томск, 2008. - 215 с

⁷ Якупов, И.А. Вклад профессора Павла Семеновича Григорьева в развитие отечественной дерматовенерологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10. / И.А. Якупов - Москва, 2010. - 22 с.

⁸ Куликовский, Л.Н. Вклад Н.Н. Еланского в развитие отечественной военно-полевой хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10. / Л.Н. Куликовский - Москва, 1996. - 20 с.

⁹ Цеховой, Н.П. Аспирантура и докторантура Томского государственного университета и их роль в формировании и развитии научных школ и направлений (середина 1920-Х гг. - 1991 г.): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.10. / Н.П. Цеховой - Томск, 2011. - 30 с.

¹⁰ Постановление Правительства РФ от 27 апреля 2005 г. № 260 «О мерах по государственной поддержке молодых российских ученых - кандидатов наук и докторов наук и ведущих научных школ Российской Федерации»

Можно выделить три периода активизации изучения НШ в отечественном науковедении:

- 1920 – 30-е гг. , когда шло активное переустройство науки, вызванное необходимостью стратификации кадров учёных в условиях существования старых специалистов и «красной профессуры».
- 1970 – 80-е гг., когда вышли фундаментальные науковедческие работы¹¹, охватывающие вопросы создания, развития и угасания НШ¹². Особое значение придавали роли и месту НШ в глобальном социокультурном контексте¹³.
- 1995 г. и далее, что связано с мерами государственной поддержки отдельных научных коллективов. Наряду с философскими, социологическими и психологическими показателями НШ, изучали экономическую, организационную и производственную составляющие.

Понятие и формулировки НШ менялись со временем.

В трудах М.Г. Ярошевского НШ представляется коллективом ученых-единомышленников с образовательной и исследовательской функциями – «во-первых – единство обучения творчеству и процесса исследования, во-вторых – позицию, которой придерживается одна группа ученых в отношении других»¹⁴. Эти работы стали классическими и на них ссылается большинство последующих исследователей.

А. Г. Аллахвердян с соавт. предложил выделять продуктивное ядро «невидимого колледжа» (собственно НШ), и оболочку, состоящую из авторов, которые только репродуцируют новаторские идеи ядра¹⁵. При этом возможность

¹¹ Храмов, Ю.А. Научные школы в физике / Ю.А. Храмов. – Киев, Наук. думка, 1987 – 400 с.

¹² Микулинский С. Р, Родный Н.И. Наука как предмет специального исследования (к формированию науки о науке) // Вопросы философии. 1966. № 5. С. 25-38.

¹³ Основы науковедения. / под ред. С. Микулинского М., 1985 – 432 с.

¹⁴ Ярошевский, М.Г. Логика развития науки и научная школа: школы в науке / Ред.: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Кребер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 7–97.

¹⁵ Аллахвердян, А.Г., Мошкова, Г.Ю., Юревич, А.В., Ярошевский, М.Г. Психология науки: М. Флинта, 1998 – 310 с.

активной коммуникации относится к важнейшим факторам формирования НШ¹⁶.

На основании анализа современной литературы С.А. Кабановой приводится следующее определение НШ: под термином НШ понимается коллектив ученых и исследователей, объединенный оригинальной исследовательской программой, новым теоретическим или методическим направлением, выдвинутыми основателем НШ; общностью естественнонаучных взглядов, основной тематики исследований и подхода к вопросам практики, выработанной в процессе многолетнего повседневного общения учителя и учеников; наличие среди учеников творцов науки, в борьбе мнений, отстаивающих позицию НШ и творчески развивающих, а не только уточняющих и пропагандирующих взгляды Учителя.

Б.В. Петровский на основании анализа своего жизненного пути и своей НШ отмечал, что «школа – это то, что позволяет удерживать равновесие между традицией и новаторством ...»¹⁷.

А.М. Сточик считал, что НШ — это сообщество людей, объединенных помимо единой деятельности едиными методологическими подходами к постановке научных проблем и их решению, обеспечивающих преемственность существования сложного научного коллектива¹⁸.

Относительно институционального оформления НШ существуют разные подходы. Ряд авторов не признают институализации НШ в рамках одного учреждения¹⁹, там самым приближаясь к определению «невидимого колледжа». Другие²⁰ не придают принципиального значения организационным рамкам: «НШ – относительно небольшой научный коллектив, объединенный не столько

¹⁶ Микиртчян, Г.Л. Некоторые методические аспекты изучения научных школ в педиатрии (на примере Петербурга – Ленинграда // *Historiae medicinae scriptorum Rossicorum OPERA MEDICA HISTORICA*. Российских историков медицины ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. – Альманах РОИМ. Том 1 М., 2016. С 229-242

¹⁷ Петровский, Борис Васильевич. Хирург и жизнь / Б. В. Петровский. - М.: Медицина, 1989. – 316 с. с. 261

¹⁸ Сточик А.М. О школах в хирургии // *Анналы хирургии*. 2003. № 5/6. С. 7–10

¹⁹ Курленя, М.В. Научная школа: геомеханика и технологии освоения недр / М.В. Курленя, Новосибирск: Наука, 2016 - 268 с.

²⁰ Ведущие научные школы России: подгот. А. С. Левин. – М.: Янус-К, 1998 622 с.

организационными рамками, не только общей конкретной тематикой, но и общей системой взглядов, идей, интересов, традиций – сохраняющейся, передающейся и развивающейся при смене научных направлений». Можно согласиться с тем, что НШ распространяется над формальными ограничениями (кафедры, отделения), но в рамках крупного учреждения функционирование НШ облегчается за счёт административного ресурса лидера.

НШ имеют индивидуальность, вызванную личностью лидера, особенностями системы обучения научному творчеству и межличностными отношениями. По мнению Т.Е. Беньковской²¹ собственный стиль научного мышления делает НШ в значительной степени уникальным, неповторимым явлением. Вызывает сомнение стремление отнести к характеризующим чертам отдельной НШ «принципы приоритетности научных исследований; многоплановость, комплексность, своевременность и направленность решаемых проблем; тщательная сбалансированность последовательности научных исследований; организация, преемственность и последовательность решаемых научных задач; высокая достоверность и качество научных результатов; глубокий анализ полученных данных; методичность в изложении результатов; аргументированность и научная обоснованность решаемых проблем; связь научных исследований с практикой; новаторство в подготовке кадров»²².

Количество критериев НШ и их расширенное толкование стремится к увеличению и уточнению. Так, наиболее часто приводится определение «трёх «У» - учитель, ученики, учение. Причём, некоторые исследователями указывают на то, что научная идея может заменять лидера после его смерти²³.

²¹ Беньковская, Т.Е. Научные направления и школы в российской методике преподавания литературы XVIII — начала XXI века / Т.Е. Беньковская. — М.: ФЛИНТА: Наука, 2014. — 360 с.

²² Черкасов, Ю.А. Александр Иванович Евдокимов – основоположник отечественной стоматологии: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21, 07.00.10 / Ю.А. Черкасов. — Москва: Моск. гос. мед-стомат. университет, 2003. — 151 с.

²³ Арпентьева, М.Р. Особенности научного творчества в контексте развития научных школ / М.Р. Арпентьева // Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л.Н. Толстого. – 2015. – № 3 (15) – С. 25–34.

НШ может быть рассмотрена с позиций эпистемиологических²⁴ основ: наличие программы, разработанной лидером; непосредственное общение коллектива НШ; наличие методического инструментария исследований; наличие внутренних стандартов оценки деятельности²⁵. С позиций личностей, формирующих НШ, она выглядит как наличие научного лидера, конструктора новой исследовательской программы; наличие «учеников», последователей, приверженцев созданной лидером научно-исследовательской программы (объединенных либо в формальную научную группу, либо в «невидимый» колледж); воспроизводство нескольких поколений исследователей – приверженцев программы; эффективности программы, подтвержденной результатами деятельности её исполнителей²⁶.

С позиций производственного объединения можно выделить: «общность деятельности, объект и предмет исследования, целевые установки, идейно-методические критерии оценки деятельности и её результатов; наличие лидера (либо харизматичного, в качестве морально-организующего звена, либо «хозяина» или администратора и управленца); кооперативный принцип деятельности, обмен результатами, как по горизонтали (коллеги), так и по вертикали (ученик – учитель); оптимизацию процесса обучения научной молодёжи и воспроизводство научной культуры; публичное признание – международного, государственного, отраслевого или регионального научного сообщества»²⁷.

В обобщении работ Института истории естествознания и техники РАН (ИИЕТ) выделены весьма расплывчатые формулировки НШ: «учёный-лидер, обладающий незаурядной личностью, преданный своему делу и обладающий определёнными организаторскими способностями; перспективная программа

²⁴ Эпистемология — философско-методологическая дисциплина, в которой исследуется научное знание, его строение, структура, функционирование и развитие.

²⁵ Логинова, Н.А. Феномен ученичества / Н.А. Логинова // Психол. журн. – 2000. – № 5. – Т. 21. – С. 106–111

²⁶ Лебедев, С.А. Философия науки / С.А. Лебедев. – М.: Академ. проект, 2004.

²⁷ Дежина И.Г., Киселёва В.В. 2009. Тенденции развития научных школ в современной России. М.: ИЭПП. 164 с.

исследования научной идеи; разработки методологии, методики, метода, притягательных для всех членов научного коллектива. Долгая совместная работа по разработке одной идеи, темы в рамках одной организации; регулярное обсуждение в коллективе научных проблем, предлагаемых вариантов решений проблемы, полученных этапных или окончательных результатов. Право каждого на критику без оглядки на авторитет, статус в науке и возраст; демократизм и равенство всех членов коллектива при обсуждениях. Право на выдвижение самых “сумасшедших идей”; реальное взаимное уважение достоинства членов коллектива, благожелательные межличностные отношения; справедливая оценка со стороны лидера личного вклада младших коллег при опубликовании результатов, оплате, премировании и т. п.»²⁸.

А.А. Баев обозначил качества создателя НШ – выдающаяся одаренность, преданность идее, способность привлекать учеников²⁹.

Спорно утверждение ряда авторов, оставляющих только за лидером право на генерацию идей.

В статье В.И. Бородулина и С.П. Глянцева³⁰ подчеркнута малая значимость количественных показателей (количество статей, защищенных диссертаций и т.п.) при высокой важности оригинального направления исследований. Среди характеристик лидера школы должны выделяться направленные стремления и усилия в направлении формирования собственной школы³¹.

О.Ю. Грезневой выделены группы качеств ученого, необходимых для формирования собственной НШ³²:

- качества исследователя: личная заинтересованность в разработке определенных научных проблем, высокая мотивация, направленность

²⁸ Лазар М. Г. Социология и этика науки в России: прошлое и настоящее. СПб.: РГГМУ. 262 с.

²⁹ Баев, А.А. О научных школах: Школы в науке / Ред.: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Кребер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 503–504.

³⁰ Бородулин В.И., Глянец С.П. Наши подходы к изучению проблемы научных клинических школ в России. // *Historiae medicinae scriptorum Rossicorum OPERA MEDICA HISTORICA*. Российских историков медицины ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. – Альманах РОИМ. Том 1 М., 2016. С 222-229

³¹ Так многие яркие пермские хирурги (доц. Д.И. Егоров, проф. С.В. Смоленков) не создали собственного направления, не смотря на наличие организационных, технических возможностей и наличие учеников.

³² Грезнева, О.Ю. Научные школы (педагогический аспект) / О.Ю. Грезнева. – М.: Ин-т теории образования и педагогики, 2003. – 69 с.

способностей на актуальные проблемы практики и теории, чувствительность и восприимчивость к новому, способность к генерации идей, критический талант, ясная интеллектуальная позиция, высокие требования к профессиональному мастерству, широта и разносторонность интересов, целеустремленность, энтузиазм, работоспособность и т.д.;

- качества организатора: стремление к коллективному способу работы, высокую коммуникативность, контактность, потребность в передаче своих взглядов и их обсуждений;
- качества педагога: способность ярко и доступно излагать свои мысли и убеждать, способность заряжать энтузиазмом, умение найти для учеников занятие в соответствии с их запросами, способностями и требованиям науки, терпимость к критике, доброжелательность к ученикам и т.д.;
- нравственные и морально-этические качества.

Е.В. Устюжаниной³³, в зависимости от преобладающих черт, выделены организационный, идеологический, интеллектуальный и эмоциональный лидеры и объединяющий все черты – харизматичный. Другими авторами отмечается, что только харизматичный лидер может создать школу³⁴.

В определении НШ Е.З. Мирской наряду с перечислением её атрибутов (наличие лидера, известного авторитетного учёного с качествами харизматической личности, генератора идей и учителя; наличие у лидера оригинальной новаторской научной программы, достаточно разработанной для реального исполнения; наличие учеников – “школьников” – и возможностей пополнения школы; принятие единой (особой) концептуальной точки зрения на избранную проблему и общих методик для её исследования; творческая – деловая и доброжелательная атмосфера в коллективе; поощрение инициативы и самостоятельности мышления; приобретение учениками высокой

³³ Устюжанина, Е.В. Евсюков, С.Г. Петров, А.Г. Казанкин, Р.В. Дмитриева, М.Б./ Научная школа как структурная единица научной деятельности / Е.В. Устюжанина [и др.]. – Препринт № WP /2011/288. – М.: ЦЭМИ РАН, 2011. – 73 с.

³⁴ Федюк, Е.Р. Академик Сергей Алексеевич Христианович и его научные школы: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.10. / Е.Р. Федюк - Томск, 2010. - 22 с.

квалификации; значимость научных результатов, полученных школой; высокий научный авторитет школы и “школьников” в своей области знания) отмечается, что они не могут быть одинаково характерны для всех стадий развития школы³⁵.

Ряд авторов выделяют до восьми условий НШ: идейно-методическая общность вида деятельности, наличие лидера, оригинальность и высокий уровень исследований, корпоративные принципы взаимодействия, принцип преемственности поколений, известность в научном сообществе, публичное признание государственного и научного сообщества³⁶.

Для принятия решения о государственной финансовой поддержке НШ были выделены следующие признаки³⁷:

- общность научных интересов представителей школы и научная значимость рассматриваемых проблем;
- уровень научных результатов школы и признание в стране и за рубежом;
- роль научного лидера, стабильность и перспективы школы.

Хирургическим НШ присущи особенности, вызванные деятельностью на стыке направлений в науке. Они заключаются не только в двуединстве лидера хирургической НШ, который должен быть эрудированным учёным и, одновременно, хорошо и много оперирующим хирургом³⁸, но в объединении принципиально разной специфики естественнонаучного и гуманитарного подходов³⁹.

³⁵ Мирская Е.З. Научные школы как форма организации науки. Социологический анализ проблемы // Наукоеведение. № 3 (15). С. 8 – 24.

³⁶ 90 лет НижГМА. Нижегородские научные медицинские школы: история и современность / под общ. ред. В.В. Шкарина. – Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2012 - 326 с.

³⁷ Куперштох Н.А. Научные школы в России и Сибири: проблемы изучения // Философия науки. Новосибирск, 2005. № 2 (25). С. 93-106.

³⁸ Богопольский, П.М. История реконструктивной хирургии пищевода в России: дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / П.М. Богопольский - Москва, 2014. - 428 с.

³⁹ Захарчук Т. В. Научная школа в библиографоведении: теоретико-методологический аспект. Автореф. дисс. ... д. пед. наук. СПб., 2013.

В работах В.И. Бородулина⁴⁰ и А.В. Тополянского⁴¹ выделяется 4 критерия НШ.

- Лидер, соответствующий ряду критериев: «руководство ведущими кафедрами ведущих вузов; ведущая роль на съездах терапевтов (председательство на заседаниях, основные доклады, место в президиуме); научные труды (капитальные руководства, учебники, монографии); руководство ведущими клиническими журналами; высказывания современников».
- Ученик, способный выйти за рамки заданных учителем положений и творчески развить его взгляды.
- Научно-исследовательская программа (новые направления исследований, концептуальные или методические подходы), выдвинутая основателем школы и объединяющая исследования коллектива.
- Облик НШ, который формируется при многолетнем повседневном общении учителя и учеников в процессе научной, лечебной и образовательной деятельности.

Стадийность научной идеи была отмечена в монографии А. Г. Аллахвердяна, который, ссылаясь на Куна⁴², обозначил цикл научного прогресса: «предпарадигмальный период – парадигма – кризис-революция – новая парадигма». Стадийность НШ, по мнению М.Р. Арпентьевой, состоит из: исследовательской программы или интереса к одной и той же теме, объединяющих ряд ученых; превращения исследовательского коллектива в школу – со своей методологией, ценностями и миссией, лидерами и учениками; зарождения нового научного направления, раздела или дисциплины; возникновения «научно-образовательной» школы для новых поколений ученых, магистрантов, аспирантов и т.д. НШ возникают из предшествующих – среди

⁴⁰ Бородулин В.И., Сорокина Т. С., Тополянский А. В. Клиническая медицина в двадцатом веке. Очерки истории. - М., 2011.

⁴¹ Тополянский, А.В. Московские научные терапевтические школы (20-е – 40-е годы 20 века) и их роль в становлении кафедр внутренних болезней в МСИ – МГМСУ: дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / А.В. Тополянский - Москва, 2014. - 329 с.

⁴² Видимо имеется ввиду Томас Сэмюэль Кун — американский историк и философ науки, автор книги «Структура научных революций»

учеников выделяются лидеры, с которыми связаны новые ветви и «расколы» внутри старой школы; в развитых науках школы конкурируют между собой исследовательские программы (истощаются, распадаются)⁴³.

НШ могут создаваться на принципах саморазвития и самоорганизации, пропагандируемых А.В. Молодчиком⁴⁴: децентрализация полномочий; предоставление финансовой самостоятельности структурным подразделениям при установлении долгосрочных внутренних нормативов; развитие многоуровневого лидерства, привитие навыков командной работы и групповой рефлексии.

В классическом представлении преемственность и долговечность НШ поддерживается на протяжении трёх поколений: учитель – ученик (ученики) – его (их) ученики⁴⁵. Но Л.Б. Лихтерман⁴⁶ считает оптимальным определение НШ, данное Д.Ю. Гузевичем: «возникшее в процессе совместной деятельности и состоящее, как минимум, из двух поколений сообщество людей, выработавшее обладающую рядом особенностей эпистемологическую систему и обеспечившее её наследование».

Воспитанник НШ, по мнению ряда ученых, это исследователь, прошедший аспирантуру с написанием диссертации под руководством учителя или практический врач, длительно интенсивно работающий под руководством лидера или представителя НШ. Это положение не может не вызвать ряд вопросов, ответ на которые был дан в статье В.И. Бородулина и С.П. Глянцева. Ими были выделены критерии для отнесения ученого к представителям школы (развивающим взгляды учителя), ученикам (осваивавшим профессию под руководством учителя), сотрудникам (сформированный другими специалист, работавший под началом учителя и, обычно, разрабатывающий своё

⁴³ Арпентьева, М.Р. Особенности научного творчества в контексте развития научных школ / М.Р. Арпентьева // Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л.Н. Толстого. – 2015. – № 3 (15) – С. 25–34.

⁴⁴ Молодчик, А.В. Теория и практика формирования саморазвивающейся организации. Екатеринбург: УрО РАН, 2001 – 247 с.

⁴⁵ Мирский, Э. М. Естественнонаучная школа в системе научной деятельности / Школы в науке / Ред: С. Р. Микулинский, М. Г. Ярошевский, Г. Крёбер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 161–181.

⁴⁶ Лихтерман, Л.Б. Клиническая философия нейрохирургии / Л.Б. Лихтерман, Д. Лонг, Б.Л. Лихтерман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 268 с.

направление), последователям (развивший принципиально новое направление школы)⁴⁷.

Поскольку нет общепринятой классификации НШ, нами выполнен анализ известных способов систематизации. Некоторые авторы выделяют глобальные и локальные школы, причем последние делятся на школы-фракции (привязанные к центру кристаллизации – лидеру) и региональные (привязанные к географической точке)⁴⁸. Другие⁴⁹ предлагают разделить НШ на научное течение (совокупность исследователей, рассматривающих общую проблемную область, которые могут иметь значительные расхождения во взглядах) и научный коллектив (единая научная идеология, постоянный процесс накопления и структуризации знания, несколько поколений ученых, разделение членов коллектива по своим качествам).

О. Ю. Грезнева предлагает многомерную классификацию НШ как научных коллективов, завоевавших известность высоким уровнем исследований в конкретном научном направлении, устойчивостью научной репутации и традиций, преемственностью поколений в ходе подготовки научных кадров высокой квалификации⁵⁰:

- по виду связей между членами НШ – научное течение (связи преимущественно опосредованные: научные статьи, монографии, журналы, конференции и т.д., но опять-таки на базе единых теоретических установок). «Невидимый колледж» (не имеющая организационного оформления группа по изучению проблем науки). Научная группировка (характеризуется единством времени и места, т.е. они предполагают наличие непосредственных связей и контактов между членами данного сообщества, когда ученые работают в одном,

⁴⁷ Бородулин В.И., Глянцев С.П. Наши подходы к изучению проблемы научных клинических школ в России. // *Historiae medicinae scriptorum Rossicorum OPERA MEDICA HISTORICA*. Российских историков медицины ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. – Альманах РОИМ. Том 1 М., 2016. С. 222-229.

⁴⁸ Гузевич, Д.Ю. Научная школа как форма деятельности / Д.Ю. Гузевич // *Вестник истории естествознания и техники*. – 2001. – № 1 – С. 64–93.

⁴⁹ Фёдорова, Г.В., Щербаков, Д.В. К истории вопроса о научных школах / Г.В. Фёдорова, Д.В. Щербаков // *Бюллетень сибирской медицины*. – 2009. – № 4 т. 8 – С. 86–92.

⁵⁰ Грезнева, О.Ю. Научные школы (педагогический аспект) / О.Ю. Грезнева. – М.: Ин-т теории образования и педагогики, 2003. – 69 с.

возможно нескольких коллективах, объединены одними целевыми установками, придерживаются общих научных принципов в процессе работы);

- по статусу научной идеи – экспериментальные, когда для решения проблемы применяется ранее не использовавшийся метод, теоретические, когда разнородные знания о предмете объединяются в целостную систему;
- по широте исследуемой предметной области – узкопрофильные (все работают над общей проблемой в том направлении, как его определил лидер школы), широкопрофильные (наличествуют несколько сосуществующих или сменяющих друг друга исследовательских программ);
- по функциональному назначению продуцируемых знаний – фундаментальные (разработка и развитие теоретических концепций, и их результаты не всегда находят прямой выход в практику), прикладные (решают практические задачи или теоретические вопросы практического направления);
- по форме организации деятельности учеников – с индивидуальными формами организации научно-исследовательской работы, с коллективными формами организации НИР;
- по характеру связей между поколениями – одноуровневые (одно поколение учеников, и, когда ученики становятся самостоятельными, они создают собственные НИИ). Многоуровневые (присутствуют одновременно два и более поколений учеников, объединяемых под руководством основателя школы, но непосредственное руководство начинающими исследователями осуществляют, как правило, более старшие и опытные члены школы);
- по степени институализации – неформальные объединения (отсутствие формальной организации), кружки (подчеркнутая ориентированность на неформальность взаимодействий), институальные (кафедры, лаборатории, институты и т.д.);
- по уровню локации – национальные, локальные, личностные.

Е.В. Устюжанина⁵¹ выделяет четыре варианта понятия НШ и признаки НШ выстраиваются в зависимости от этих вариантов:

- «направление в науке» определяется через общую парадигму исследовательской деятельности (общий научный язык, общую аксиоматику исследования, модельные проблемы, определяющие одинаковые вопросы, которые задают себе исследователи, общие образцы решения проблем, самоидентификация через определение границ школы и критериев вхождения в нее, признаваемое большинством участников распределение внутренних статусов);
- «образовательная система» определяется через общую базу подготовки к исследовательской деятельности (наличие нескольких поколений выдающихся исследователей, значимость вклада учеников в развитие соответствующего направления исследований, взаимообогащение учеников по горизонтали, собственная научная платформа);
- «производственная система» определяется через совместную исследовательскую деятельность (генерация нового знания; генерация новых исследователей; синергия творчества, собственные технологии создания, передачи и применения знания; спрос на результаты научной деятельности);
- «инкубатор» определяется через общность научной идеологии: мировоззрение, традиции, нормы и ценности, характеризуется разнообразием исследовательских программ.

Анализируя НШ с позиций системного подхода, рекомендованного Н.А. Куперштох⁵², можно рассмотреть региональную медицинскую НШ как холон⁵³ научного потенциала Урала, научного потенциала России, отечественных НШ, системы высшего медицинского образования.

⁵¹ Устюжанина, Е.В. Евсюков, С.Г. Петров, А.Г. Казанкин, Р.В. Дмитриева, М.Б./ Научная школа как структурная единица научной деятельности / Е.В. Устюжанина [и др.]. – Препринт № WP /2011/288. – М.: ЦЭМИ РАН, 2011. – 73 с.

⁵² Куперштох Н.А. Научные школы в России и Сибири: проблемы изучения // Философия науки. Новосибирск, 2005. № 2 (25). С. 93-106.

⁵³ Холон – нечто, одновременно являющееся и целым само по себе, и частью чего-то ещё



Схема 1-1 НШ Е.А. Вагнера как холон более крупных систем (по Н.А. Куперитох)

Среди литературы, посвященной отраслевым НШ, необходимо выделить работу В.П. Визгина⁵⁴, который предлагает следующие измерения НШ: научно-содержательное, научно-организационное, научно-образовательное, научно-коммуникативное, научно-политическое и социокультурное. В истории отечественной гравитационной физики он выделяет НШ Я.Б. Зельдовича, как единственную, удовлетворяющую всем измерениям. При этом, автор отрицает существование НШ в форме научного течения или невидимого колледжа. Вместе с тем, автор вводит понятие «супершкола» - когда наряду с крупной теоретической проблемой, решается важная технически-производственная

⁵⁴ Визгин, В.П., Кессених, А.В. Научные школы в истории отечественной физики / В.П. Визгин, А.В. Кессених // Исследования по истории физики и механики. 2014-2015. М.: 2016. Янус-К. С. 177 – 206

задача. Так, перед школой И.В. Курчатова наряду с созданием ядерного оружия стояла задача создания атомной промышленности.

Нами была изучена литература, касающаяся медицинских НШ.

При рассмотрении НШ в нейропсихологии⁵⁵ с позиций их отношения к проблеме афазии были выделены следующие сравнительные характеристики: распространенность и признание в мировой нейропсихологической науке, распространенность применения этого учения в науке и практике нейропсихологии, разработанность концептуального аппарата, целостной научной основы анализа дефекта и путей его преодоления, связь теории и практики.

На основании изучения анатомических НШ⁵⁶ было предложено следующее разделение:

- Авторская школа – группа исследователей вокруг продуцирующей идеи (причём иногда в разных направлениях) учителя-творца (школа микромакроанатомии В.П. Воробьева).
- Проблемная школа, разрабатывающая определённую научную проблему или направление (школа лимфологов Г.М. Иосифова).
- Исследователи разных направлений и разных авторских школ, длительно взаимодействующие и выработавшие общность подходов и принципов научного творчества, могут рассматриваться в качестве региональной НШ (Харьковская анатомическая школа).

Ю.А. Шилинис⁵⁷, описывая НШ А.Б. Фохта, отметил его организаторский талант (организовал при Московском университете Институт общей и экспериментальной патологии, а затем – подобный институт при Московских высших женских курсах) и оригинальное направление исследований – изучение

⁵⁵ Кинтглиар, Р.Л. Современные представления в нейропсихологии об афазии, теории и методах восстановления речи в различных научных школах: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 07.00.04 / Р.Л. Кинтглиар - Москва, 1992. - 32 с.

⁵⁶ Никитюк, Б.А. Научные школы: критерии выделения, условия формирования (на примере некоторых анатомических школ России) // Российские морфологические ведомости 1993 № 2-3-4 стр. 3-6

⁵⁷ Шилинис, Ю.А. История формирования направлений общей патологии и научной школы А.Б. Фохта: автореферат дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / Ю.А. Шилинис - Москва, 1994. - 36 с.: ил.

приспособительных компенсаторных реакций организма на влияние болезнетворных причин и роль нервных и гуморальных механизмов регуляции функций в условиях патологии.

При социокультурном анализе НШ Е.Н. Мешалкина⁵⁸ было выявлено, что она возникла как фундаментальная, но потребность региона в практической кардиохирургии обусловила отказ от первоначальных планов и определила развитие школы преимущественно как лечебного учреждения. В период стабильного развития именно практическая медицинская деятельность определяла направленность научной и образовательной сфер активности, ориентированных в первую очередь на потребности региона.

Д.В. Щербаков останавливается на развитии медицинских направлений, последовательности перехода от операций на работающем сердце (ушивание раны, митральная комиссуротомия) к большим хирургическим вмешательствам на остановленном сердце, а от них к мининвазивным рентгеноэндоваскулярным технологиям⁵⁹. Работа представляет интерес как случай анализа развития высокотехнологичного направления медицины в периферийном регионе страны.

В рассмотренных обобщениях признаков НШ основной упор делается на наличие нескольких поколений учеников, общее направление исследований и интеллектуальное объединение. Отдавая должное отмеченным критериям, мы использовали концепцию, предложенную В.А. Черешневым⁶⁰, включающую вопросы создания инфраструктуры исследований⁶¹ и признания научным сообществом и общественностью.

Согласно этой концепции, выделяется пять компонентов целостной системы НШ:

⁵⁸ Поскотина, М.И. Социальные факторы в развитии медицинских научно-педагогических школ (на примере научно-педагогической школы кардиохирургии академика Е.Н. Мешалкина): автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.11 / М.И. Поскотина - Омск, 2007. - 19 с.

⁵⁹ 14. Щербаков, Д.В. Становление и развитие сердечно-сосудистой хирургии в Западной Сибири (конец XIX - XX): дисс. ... канд. мед. наук: 07.00.10 / Д.В. Щербаков - Москва, 2008. - 235 с.

⁶⁰ Черешнев, В.А. Палатова Л.Ф. Нечаев О.И. Травма груди в научной школе академика Е.А. Вагнера / В.А. Черешнев и др. // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2017. – № 1 – С. 95–103.

⁶¹ Так по рассказам современников, будущий создатель пермской кардиохирургии С.Г. Суханов, тренировался в сшивании сосудов на кишке лабораторных мышей, использовавшихся в Проблемной лаборатории неотложных состояний

- Революционная идея – принцип решения крупной научно-практической проблемы, ранее считавшейся неразрешимой или крайне трудноразрешимой. Например, использование технологий порошковой металлургии позволило не только удешевить производство и наладить выпуск высокоточных изделий, но открыло возможности создания композитных материалов. Или принципиальная смена парадигмы применения ранее известных методов, как коронарография и эндоваскулярный тромболизис в остром периоде инфаркта миокарда⁶².
- Лидер (схоларх) и последователи. Лидер, обладающий в первую очередь «властью авторитета»⁶³ и только затем «авторитетом власти». Важнейшей способностью лидера, отмечавшуюся рядом современников Е.А. Вагнера, было умение сплотить вокруг себя людей, превосходивших его самого в отдельных сферах деятельности. Уверенность в своём выборе научного направления, соратников, учеников зиждется на базе жизненного опыта, черт характера и воли.
- Организационная структура (инфраструктура). Институализированная⁶⁴ НШ, для реализации поставленных лидером задач требует идеологического и материально-технического обеспечения. Под идеологическим обеспечением подразумевается интеграция научной работы в лечебный и образовательный процесс. Объединение научной и лечебной работы происходит в рамках т.н. «университетской клиники», прошедшей на периферии три этапа: создание клиник в процессе организации ВУЗов; формальное разделение на кафедру и больницу; сохранение неформальной клиники под руководством лидера. Взаимодействие с образованием происходит как по пути передачи наработок

⁶² Лауреаты Ленинской премии в области науки и техники 1982 г. Чазов, Евгений Иванович, генеральный директор, Смирнов, Владимир Николаевич, ч.-к. АН СССР, зам. генерального директора, Торчилин, Владимир Петрович, руководитель лаборатории ВКНЦ АМН СССР; Мартинек, Карел (Чехословакия), профессор МГУ имени М. В. Ломоносова; Березин, Илья Васильевич, ч.-к. АН СССР, директор ИБХАН имени А. Н. Баха, — за теоретическое, экспериментальное и клиническое обоснование использования иммобилизованных ферментов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний

⁶³ Долецкий, С.Я. Мысли в пути / С.Я. Долецкий. - 2-е изд., перераб. и доп. М., Сов. Россия, 1977 - 703 с.

⁶⁴ В отличие от «невидимого колледжа»

НШ в образовательный процесс⁶⁵, так и по пути вовлечения студентов в научные исследования. Наличие финансовой и материально-технической базы для проведения исследований нельзя переоценить.

- Практическое применение результатов. Исследования НШ, востребованные жизнью, не могут (и не должны) оставаться «мёртвым грузом». Применительно к хирургии практическим применением могут быть как новые способы оперативных вмешательств, так и модификация стратегии лечения больных, причем положительный опыт региона может быть распространён на страну или весь мир.
- Признание. Реализация новой идеи, приведшая к значительному улучшению практических результатов не может оставаться незамеченной научным сообществом и обществом в целом. Исходя из того, что деятельность НШ оказывает существенное влияние на ход развития науки, техникой и социальных прогресс, она может быть оценена узкопрофессиональным сообществом, сообществом представителей фундаментальной науки и государственными (общественными) организациями.

Вопрос периодизации НШ недостаточно разрешен в литературе. Мы, основываясь на принципах, изложенных Ю.П. Лисицыным⁶⁶ и поддержанных П.М. Богопольским, выделили:

- период узкого круга единомышленников;
- становление крупного научного коллектива, в котором опытные и «статусные» сотрудники руководят отдельными направлениями исследований в НШ;
- формирование собственных научных направлений учениками и соратниками лидера НШ.

⁶⁵ «Отделить учебное от научного в университете нельзя. Но научное и без учебного все-таки светит и греет. А учебное без научного, как ни была бы приманчива его внешность, только блещит» Н.И. Пирогов

⁶⁶ Лисицын Ю.П. Вопросы периодизации истории медицины. М.; 1958.

1.2. Материалы и методы исследования

В структуризации и обобщении материалов, положенных в основу диссертации и описании методов, использовавшихся при её подготовке, мы использовали схему, предложенную С.П. Глянцевым⁶⁷.

Основой нашей работы стали опубликованные и неопубликованные письменно-печатные источники.

К **опубликованным источникам** необходимо отнести:

Диссертации и авторефераты представителей НШ, учеников, сотрудников и последователей академика АМН СССР (РАМН) Е.А. Вагнера. Медицинские диссертации и авторефераты как исторический источник обладают следующими характеристиками:

- высокий научный уровень, связанный с теоретической проработкой предшествовавших исследований и анализом новизны собственных исследований автора;
- обобщение большого клинического материала. Так, основу докторской диссертации С.Г. Суханова составили более 2500 случаев лечения мультифокального атеросклероза;
- структурированность, причем структура диссертаций изменялась в различные периоды в зависимости от требований Всесоюзной (Всероссийской) аттестационной коллегии (ВАК);
- применение специфической терминологии;
- отражение как особенностей технологий соответствующего периода, так и подходов научной школы;
- введение в научный оборот новых терминов;

⁶⁷ Глянец С.П., Альбицкий В.Ю. Диссертационное исследование по истории медицины. Методические рекомендации для аспирантов и соискателей учёной степени по специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки). М.: РОИМ, 2016. 76с.

- ряд диссертаций были подготовлены и защищены без публикации в открытых источниках с ограничением доступа на уровне «для служебного пользования» (ДСП)⁶⁸;
- в диссертациях, подготовленных к началу 1990-х гг. и далее, уделяется большее значение компьютерной обработке материалов с введением критериев статистической достоверности;
- кандидатская диссертация направлена на решение отдельного вопроса, а докторская – крупной научной проблемы⁶⁹;
- диссертация имеет более развернутую структуру в сравнении с авторефератом.

Монографии, в которых обобщен опыт НШ в решении важных народно-хозяйственных задач. В монографии посвященных предикции и коррекции осложнений в хирургии легких⁷⁰ были впервые в научной школе озвучены идеи о минимизации показаний к открытым операциям при бронхиальных свищах, описаны случаи положительного применения бронхо- и торакоскопических методик. Были опубликованы результаты применения эндоскопических и плазменных технологий закрытия бронхиальных свищей⁷¹. В монографии «Реторакотомии и повторные операции при заболеваниях и травмах легких»⁷² был сформулирован принцип целенаправленной подготовки к повторным операциям. В монографии «Инфузионно-трансфузионная терапия острой

⁶⁸ Что значительно осложнило поиск и работу с этим видом источников. Работы, опубликованные под грифом «для служебного пользования» недоступны в центральных и местных библиотеках, как непрошедшие процедуру рассекречивания.

⁶⁹ Плаксин, С.А. Нарушение центральной гемодинамики при тяжелой сочетанной травме груди и принципы их коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ С.А. Плаксин. – Пермь, 1985. – 16 с.

Плаксин, С.А. Острый период тяжелой изолированной и сочетанной травмы груди: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ С.А. Плаксин. – Пермь, 1995. – 37 с.

⁷⁰ Вагнер, Е.А. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии / Е.А. Вагнер, В.М. Тавровский. – Пермь: кн. изд-во, 1977. – 262 с.

Реторакотомии и повторные операции при заболеваниях и травмах легких / Е.А. Вагнер, А.Н. Кабанов, В.В. Павлов [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1992. – 100 с.

⁷¹ Лечение бронхиальных свищей/ Е.А. Вагнер, А.Н. Кабанов, В.В. Павлов [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1993. – 112 с.

⁷² Реторакотомии и повторные операции при заболеваниях и травмах легких / Е.А. Вагнер, А.Н. Кабанов, В.В. Павлов [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1992. – 100 с.

кровопотери»⁷³ были описаны и проанализированы оптимальные способы коррекции острой кровопотери путём переливания кровезамещающих жидкостей и реинфузии. В монографии «Грудобрюшные ранения» была обоснована активно-выжидательная тактика и концепция «доминирующей» травмы⁷⁴. В монографии «Реинфузия крови»⁷⁵ были рассмотрены предпосылки и обоснование переливания крови, собранной во время операции по поводу ранений и заболеваний. Книга «Углеродный материал нового поколения в эндопротезировании костей и суставов»⁷⁶ стала результатом совместной работы сотрудников Уральского НИИ композиционных материалов и Пермской медицинской академии. После снятия ограничения на публикации по комбинированной травме была издана книга «Иммунология комбинированных радиационных поражений»⁷⁷.

Научные статьи, в которых изложены этапные результаты НШ, дополняющие материал, изложенный монографически.

К **неопубликованным источникам** относятся материалы следующих архивов:

- Документы о научной деятельности Пермского медицинского института, которые хранятся в фонде № 482 «Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР)» **Государственного архива Российской Федерации**⁷⁸. В отчетах о выполнении основного и инициативного планов научных работ приводится информация о запланированных поисковых темах, кандидатских и докторских диссертациях. Основными направлениями научной деятельности

⁷³ Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери / Е.А. Вагнер, В.С. Заугольников, Я.А. Ортенберг [и др.]. – М.: Медицина, 1986. – 160 с.

⁷⁴ Грудобрюшные ранения / Е.А. Вагнер, В.А. Брунс, М.Г. Урман [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1992. – 88 с.

⁷⁵ Вагнер, Е.А. Реинфузия крови / Е.А. Вагнер, В.М. Тавровский, Я.А. Ортенберг. – Пермь: кн. изд-во, 1977. – 92 с.

⁷⁶ Вагнер, Е.А. Углеродный материал нового поколения в эндопротезировании костей и суставов / Е.А. Вагнер, А.С. Денисов, В.Л. Скрябин. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1993. – 64 с.

⁷⁷ Иммунология комбинированных радиационных поражений / В.А. Черешнев, Н.Н. Кеворков, К.В. Шмагель [и др.]. – Екатеринбург: УрО РАН, 1997. – 163 с.

⁷⁸ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 54. – Д.7093; Оп. 56. – Д. 382, 1648, 1649, 2219, 2678, 2679, 3086, 3126, 3833, 4147, 4148, 4439, 4440, 4505. Ф. 9606.

пермской хирургической НШ были: травма груди у пациентов разных возрастных групп, хирургия лёгких и анестезиологическое обеспечение операций. Докладываются причины задержек с выполнением научных работ или сроками защиты диссертации. Многие документы позднесоветского периода не прошли архивную обработку, и, соответственно, недоступны исследователю. Многие дела и даже описи не прошли процедуру рассекречивания, в центральных архивах, перспектив на которую практически нет, а в региональных она занимает длительное время.

- Протоколы заседаний Ученого Совета Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей Минздрава СССР (ЦОЛИУВ) хранятся в **Государственном архиве научно-технической документации** в ф. № 71 «ЦОЛИУВ Минздрава СССР»⁷⁹. Для нас представляли наибольший интерес материалы 1965 г., когда происходила защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук главным врачом Березниковской областной больницы № 2 Е.А. Вагнером. В деле отражено внимание руководителей советской медицины (акад. АМН СССР Б.В. Петровского, чл-корр. АМН СССР проф. Д.А. Арапова, чл-корр. АМН СССР проф. Б.В. Огнева и д.м.н. М.И. Перельмана) к защищаемой работе. Имеется информация об успешном завершении темы «Закрытая травма груди мирного времени», выполняемой Е.А. Вагнером, консультантом которой был заведующий кафедрой хирургии № 2 ЦОЛИУВ Б.К. Осипов.

- Документы о жизни и деятельности Е.А. Вагнера собраны в ф. № р-1762 «Вагнер Е.А.» **Государственного архива Пермского края**⁸⁰. Представлены оригиналы и копии авторских свидетельств и патентов на изобретения, выполненные авторским коллективом с участием Е.А. Вагнера; отзывы и

⁷⁹ Российский государственный архив научно-технической документации (РГАНТД): Ф. 71. ЦОЛИУВ Минздрава СССР. – Оп. 1. – Д. 569 «Протоколы и стенограммы заседаний Ученого Совета хирургического факультета по присуждению ученых степеней 18.05.1965-21.12.65»

⁸⁰ Государственный архив Пермского края (ГАПК): Ф. р-1762. Вагнер Евгений Антонович (1918-1998 гг.). – Оп. 1. – Д. 21

рецензии проф. Ясницкого П.А., проф. Степанова Н.М., проф. Шипова А.К. и др. на научные работы Вагнера Е.А. в области хирургии

- Документы фонда личных дел **архива Пермского государственного медицинского университета им. Акад. Е.А. Вагнера** разделены на две описи: для лиц имеющих ученую степень⁸¹ и не имеющих таковой⁸².
- Личное дело студента Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова Е.А. Вагнера (1935-1940 гг.) хранится в **архиве Одесского национального медицинского университета (ОНМУ)**⁸³.

К **визуальным источникам** можно отнести:

- произведения изобразительного искусства в форме медицинской фалеристики (нагрудные знаки и почетные медали проводившихся в Перми форумов).
- фотографии Е.А. Вагнера, его предшественников, учителей, последователей, сотрудников и учеников.
- Объекты культурного наследия, такие как мраморный бюст работы скульптора А.А. Уральского «Портрет ректора Пермского медицинского института, акад. Е. А. Вагнера» 1987 г., картина Е.Н. Широкова «Портрет акад. Е. Вагнера» 1989 г.

⁸¹ Архив Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Брунс А.В. № 878, Брунс В.А. № 1092, Бурдуков П.М. № 683, Бурухина Л.В. № б/н, Ваврешук З.С. № 51, Вагнер Е.А. 1-2т. № 828-828а, Вечтомов А.А. № 59, Григорьев Н.И. № 91, Дмитриева А.М. 1-2т. № 1080-1081, Егоров Д.И. № 859, Знаменский М.С. № 134, Кеворков Н.Н. № 695, Копытов Л.Ф. № 863, Крылов В.С. № 199, Лишке А.А. № 665, Лопанов А.А. № 1028, Матвеев А.Т. № 736, Минкин С.Ю. № 251, Оргенберг Я.А. № 669, Парин Б.В. № 290, Парин В.Н. № 291, Повар Л.В. № 864, Пределин Н.С. № 318, Ривкус И.А. № 910, Родионова В.Я. № 779, Сандаков П.Я. 1-2 т. №1161-1162, Соколов А.П. № 370, Соколов С.Д. № 378, Соколов Ю.С. № 869, Соколов Ю.Ю. № 1066, Срыбных С.И. № 1087, Стародубцев Н.Г. № 970, Степанов Н.М. № 385, Степанов С.А. № 1088, Суханов С.Г. № 871, Фенелонов А.Л. № 405, Фирсов В.Д. № 674, Ханжин К.И. № 821, Черешнев В.А. № 639, Черкасов В.А. № 001 (о.к.), Шац М.В. № 425

⁸² Архив Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, не имеющих ученые степени. – Оп. 2. – Д. Бачериков В.Н. № 4123, Василец В.А. № б/н, Харитонов В.С. № 4066, Храпцов А.А. № 4067

⁸³ Архив Одесского национального медицинского университета (ОНМУ): Ф. Р-2147. – оп. 7. – Д. 477. – 20 л.



*А. Уральский «Портрет ректора
академика Е.А. Вагнера».
Мрамор, 60х40х50, 1987 г.
Рис. 1-1*



*Е. Широков.
«Портрет академика Е. Вагнера»
Оргалит, масло. 170х140. 1989 г.
Рис. 1-2*

Нами рассматривались следующие **конструкты**⁸⁴:

- Исторические факты – события, произошедшие в прошлом и имевшие значение для развития НШ (например, создание специализированного отделения сочетанной травмы.
- Историко-медицинские процессы – эволюция взглядов и установок клиники на оказание помощи при травме груди и лечения ряда заболеваний.
- Историко-медицинские персоны – представители медицины жизнь и деятельность которых подлежит изучению и анализу, а достижения – обобщению. Центральной фигурой диссертационного исследования безусловно стал академик АМН СССР (РАМН) Евгений Антонович Вагнер – создатель пермской хирургической НШ. Достижения отдельных сотрудников и

⁸⁴ Конструкт – понятие, создаваемое по поводу наблюдаемых событий или объектов

представителей НШ были проанализированы на основании их работ в периодической печати и диссертаций, а этапы жизненного пути на основании личных дел, хранящихся в архиве Пермского государственного медицинского университета им. Акад. Е.А. Вагнера.

- Научная школа в медицине – неформальное объединение ученых на единой мировоззренческой и научной платформе.
- Историко-медицинский регион – были рассмотрены особенности Пермской (Молотовской) области: большое количество промышленных предприятий и, соответственно, высокий уровень производственного травматизма; большое количество исправительно-трудовых учреждений.

Методы исследования.

В основу исследования положены принципы историзма и объективности. В ходе работы автором применялись следующие исторические методы научного познания: сравнительно-исторический, системно-структурный метод, проблемно-хронологический. Перечисленные методы способствовали изучению процессов формирования и развития НШ акад. Е.А. Вагнера с различных сторон, в динамике, с выходом на обобщения на уровне конкретных направлений и организации в целом.

Нами был использован и дополнен метод ранее примененный П.М. Богопольским⁸⁵ и А.В. Тополянским⁸⁶, выполнившими составление рисунка-схемы – «генеалогического древа» школы. В работе были использованы концепт-карты⁸⁷, диаграммы временной шкалы и организационные диаграммы с необходимыми дополнениями и пояснениями.

⁸⁵ «Генеалогическое дерево» российских научных школ реконструктивной хирургии пищевода. Богопольский, П.М. История реконструктивной хирургии пищевода в России: дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / П.М. Богопольский - Москва, 2014. - 428 с.

⁸⁶ Тополянский, А.В. Московские научные терапевтические школы (20-е – 40-е годы 20 века) и их роль в становлении кафедр внутренних болезней в МСИ – МГМСУ: дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / А.В. Тополянский - Москва, 2014. - 329 с.

⁸⁷ Метод структуризации концепций с использованием графической записи в виде диаграммы. Диаграмма связей реализуется в виде древовидной схемы, на которой изображены слова, идеи, задачи или другие понятия, связанные ветвями, отходящими от центрального понятия или идеи.

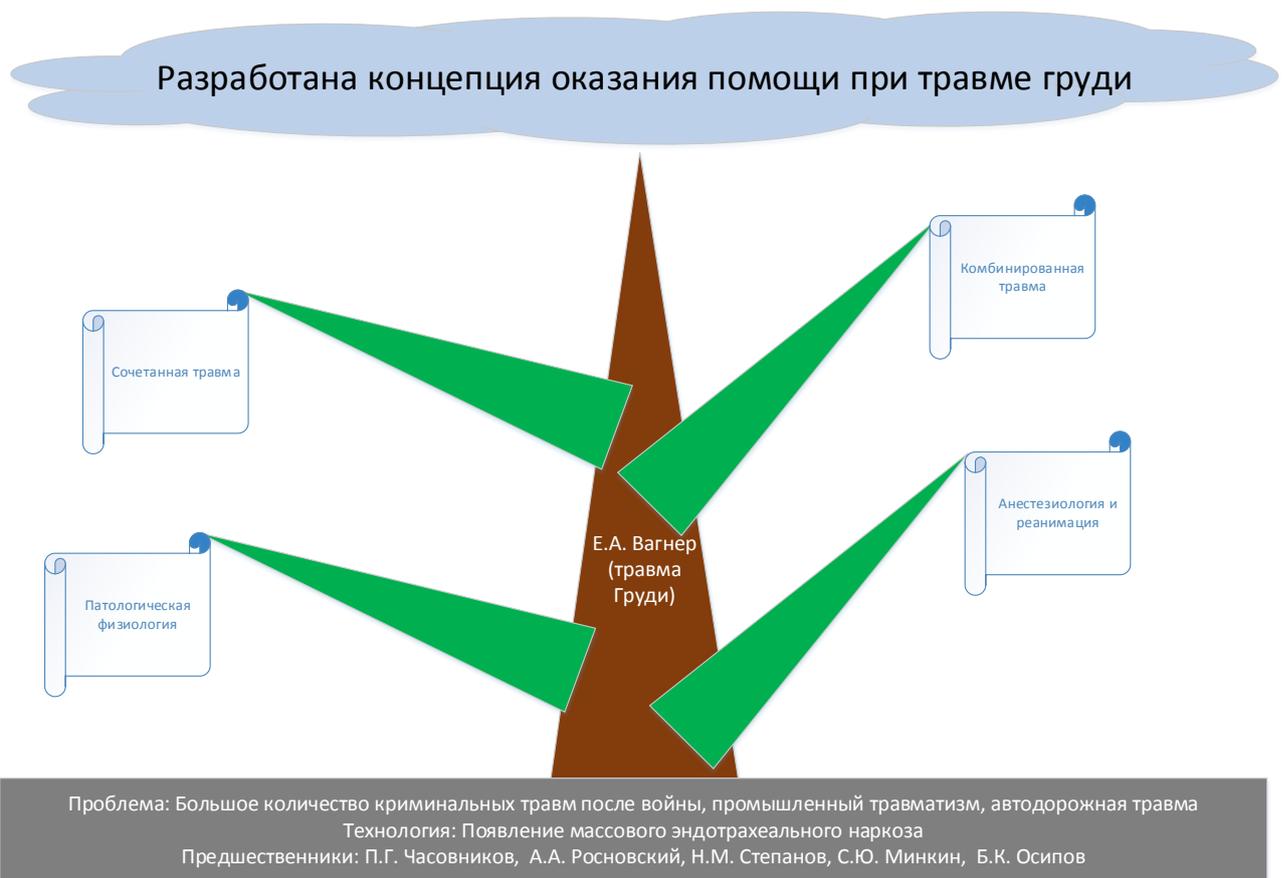


Схема 1-2 Схема НШ, рекомендованная М.Р. Арпентьевой, и примененная к НШ Е.А. Вагнера

Нами были использованы следующие методы медико-исторического исследования.

Исторический метод. Мы рассмотрели деятельность представителей и сотрудников НШ в контексте исторической эпохи. Так, рекомендованное в кандидатской диссертации Е.А. Вагнера расширение показаний к диагностическим торакотомиям было вызвано несовершенством диагностических возможностей того времени. Разработанная Е.Н. Тер-Григоровой и внедренная в клинику Л.Ф. Палатовой, патогенетическая классификация желтух была ответом на отсутствие единой системы понимания патологии печени.

Диалектический метод. Согласно закону «отрицания отрицания» первоначальное частое применение эксплоративной торакотомии при травме груди на следующем этапе сменилось использованием неинвазивных методов исследования, в дальнейшем активно внедрялись миниинвазивные диагностические способы диагностики и лечения.



Схема 1-3 Демонстрация закона «отрицания отрицания» на примере изменения показаний к оперативным вмешательствам при травме груди

Закон единства и борьбы противоположностей прослеживается на примере разработки стратегии оказания помощи пострадавшим с повреждением головки поджелудочной железы (ПЖ): тотальное удаление поджелудочной железы приводило к алиментарной и инсулиновой недостаточности, а наложение панкреатоюноанастомоза с выключенной по Ру петлей кишки позволило сохранить эндо и экзокринную функцию ПЖ⁸⁸.

Системный метод. НШ акад. Е.А. Вагнера была рассмотрена как вложенная составная часть системы научной, лечебной и образовательной деятельности. Проблемы, рассматриваемые в НШ Е.А. Вагнера, входили в общесоюзную тематику и практические рекомендации, основанные на результатах школы получили распространение по всему Советскому союзу (Российской Федерации).

Индуктивно-дедуктивный метод использует для достижения цели исследования два пути (две методики): от общего к частному и от частного к общему. Так, накопление отдельных фактов, касающихся экспериментальной и клинической патологической физиологии травмы груди, позволило сделать обобщающий вывод о травме груди как частном случае теории стресса Г. Селье. С другой стороны, доказанные преимущества снижения болевой импульсации и

⁸⁸ Бурнышев, И. Г. Хирургическое лечение повреждений поджелудочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / И. Г. Бурнышев. – Пермь: Перм. гос. мед. академия, 2004. – 26 с.

восстановления дыхания после паравертебральной и перидуральной блокады, позволили выйти на обобщения⁸⁹, открывшие возможности применения этого подхода у больных с осложнёнными формами желчнокаменной болезни⁹⁰ и инфарктом миокарда⁹¹.

⁸⁹ Матвеев, А.Т. Регионарная аналгезия в лечении болевых синдромов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27; 14.00.37 / А.Т. Матвеев. – Пермь: Перм. мед. ин-т, 1990. – 35 с.

⁹⁰ Сандаков, П.Я. Оценка факторов риска и хирургическая тактика при холецистите в сочетании с заболеваниями гепатодуоденальной зоны: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / П. Я. Сандаков. – Пермь, 1993. – 39 с.

⁹¹ Заугольникова, Т.В. Кардиоваскулярные расстройства у больных хирургического профиля в критических состояниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 14.00.06 / Т. В. Заугольникова. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1987. – 12 с.

Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕДПОСЫЛОК СОЗДАНИЯ ПЕРМСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ

Базой (материальной основой) пермской хирургической НШ стала кафедра госпитальной хирургии Пермского медицинского института и хирургические отделения Областной клинической больницы. К 1971 г., когда проф. Е.А. Вагнер был избран заведующим, кафедра имела богатую историю, связанную с именами проф. В.Н. Парина и С.Ю. Минкина. Основными направлениями деятельности сотрудников клиники были лечение травм военного и мирного времени и их последствий, изучение нейротрофических расстройств в эксперименте.

2.1. Становление кафедры госпитальной хирургии. Проф. В.Н. Парин и его ученики

Первый руководитель клиники В.Н. Парин⁹² – выпускник медицинского факультета Казанского университета. Его студенческая научная работа «О патологоанатомических изменениях в органах животных, отравленных кокаином, по оживлении их хлороформом» была удостоена Большой золотой медали и бесплатно издана.

Во время работы в хирургической клинике Казанского университета, руководимой профессором В. И. Разумовским, Василий Николаевич защитил диссертацию «К вопросу об экспериментальных атипических разрастаниях и терапевтическом применении Seharlachrot и Amiloazotoluola для закрытия дефектов кожи». Во время заграничной командировки приват-доцент В.Н. Парин занимался в клиниках Вильмса, Вульпиуса, Ланге, Бира, Роттера, Кэрте и патологоанатомическом институте Обендофера.

После революции Василий Николаевич выполняет обязанности доцента (с 1918 г.), профессора (с 1919 г.) и заведующего хирургической клиники медицинских факультетов Новороссийского (Одесского) и Казанского университетов.

⁹² Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Парин Василий Николаевич

В трудах ученого рассматриваются вопросы хирургии боевой травмы и её осложнений, реконструктивной хирургии, применения инновационных методов, описываются редкие клинические наблюдения.



Рис. 2-1 В.Н. Парин

В.Н. Парин руководил кафедрой госпитальной хирургии в 1921-1933 гг. и в 1945-1947 гг.

Основным научным направлениям кафедры был анализ опыта медицинской службы армии и эвакогоспиталей, реконструктивная и восстановительная хирургия послевоенной травмы и тяжелых инфекций, абдоминальная хирургия.

Разработке проблемы хирургической реабилитации раненых посвящена докторская диссертация⁹³ А.П. Соколова⁹⁴. В дальнейшем он занимался вопросами вариативной анатомии по В.Н. Шевкуненко.

Среди его учеников необходимо назвать: профессоров В.С. Крылова⁹⁵, А.А. Лопанова⁹⁶, Н.Г. Стародубцева⁹⁷; доцентов И.А. Ривкуса⁹⁸, Ю.С. Соколова⁹⁹, К.И. Ханжина¹⁰⁰.

⁹³ Соколов, А. П. Ампутационная культя нижней конечности в анатомо-клиническом освещении: дис. ... д-ра мед. наук / А. П. Соколов. — Молотов, 1946. — 354 л.

⁹⁴ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Соколов Александр Петрович

⁹⁵ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Крылов Виктор Соломонович

⁹⁶ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Лопанов Александр Алемпьевич

⁹⁷ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Стародубцев Николай Григорьевич

⁹⁸ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Ривкус Игорь Анатольевич

⁹⁹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Соколов Юрий Степанович

¹⁰⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Ханжин Константин Иванович

В диссертации¹⁰¹ Б.В. Парина¹⁰² были доказаны преимущества использования Филатовского стебля, такие как мощное кровоснабжение благодаря вновь образованным сосудам, устойчивость к инфекции и ненужность абсолютно неподвижной фиксации конечности. В монографии¹⁰³ был предложен собственный способ свободной кожной пластики перфорированным лоскутом, сводящий к минимуму риск некроза трансплантата. Изобретенный Б.В. Париним способ кожной пластики нашел отражение в работе И.А. Панова¹⁰⁴. Преимущества использования портняжной мышцы для пластических целей были доказаны в диссертации¹⁰⁵ ведущего хирурга эвакогоспиталей С.Д. Соколовым¹⁰⁶.

Вопросам коллатерального кровообращения посвящены диссертация¹⁰⁷ А.К. Шипова¹⁰⁸ и диссертация¹⁰⁹ С.Я. Стрелкова¹¹⁰.

Доцент Д.М. Розживин¹¹¹ и доцент А.П. Соколов¹¹² рекомендовали активизацию хирургической тактики при гемотораксе и инородных телах легкого. При пневмотораксе рекомендовалось применение активной аспирации

¹⁰¹ Парин, Б.В. Круглый кожный стебель в восстановительной хирургии верхней конечности. Пластика круглым стеблем при устранении рубцовых контрактур и восстановлении утраченных пальцев: дис. ... д-ра мед. наук / Б.В. Парин. — Молотов, 1940. — 321 л.

¹⁰² Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Парин Борис Васильевич

¹⁰³ Парин, Б.В. Оперативное лечение рубцовых контрактур / Б.В. Парин. — Молотов: Молотовское обл. изд-во, 1946. — 62 с.

¹⁰⁴ Панов, И.А. Рубцово-дерматогенные контрактуры кисти и пальцев и их лечение: дис. ... канд. мед. наук / И.А. Панов. — Молотов, 1945. — 220 л.

¹⁰⁵ Соколов, С.Д. Сарториопластика при больших рецидивных грыжах и при дефектах мышц брюшной стенки: дис. ... канд. мед. наук / С.Д. Соколов. — Молотов, 1945. — 213 л.

¹⁰⁶ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Соколов Степан Дмитриевич

¹⁰⁷ Шипов, А. К. Пути оттока крови при перевязке нижней полой вены: дис. ... канд. мед. наук / А. К. Шипов. — Молотов, 1945. — 89с.

¹⁰⁸ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Шипов Анатолий Константинович

¹⁰⁹ Стрелков, С.Я. К учению о коллатеральном кровообращении: перевязка безымянной артерии в эксперим. и клинич. патологии в связи с этим учением / С.Я. Стрелков. — Пермь: госпит. клин. Пермского гос. ун-та, 1926. — 134 с.

¹¹⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Стрелков Степан Яковлевич

¹¹¹ Розживин, Д.М. Специализированная помощь в армейском районе при проникающих ранениях грудной клетки (по материалам армейских П.П.Г. и О.Р.М.У. Н-ской армии): дис. / Д.М. Розживин. — Молотов, 1946. — 248 с.

¹¹² Соколов, А.П. Проникающие огнестрельные ранения грудной клетки / А.П. Соколов // Сб. науч. работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла. — Свердловск, 1941. — С. 173–179.

или подшивание легкого к краю раны. К преимуществам такого метода относилось: предупреждение спадания легкого, снижение частоты вторичных кровотечений, упрощение доступа к абсцессу легкого в случае возникновения такого осложнения.

Исследования в области абдоминальной хирургии занимали значительное место в научной работе клиники. В диссертации¹¹³ З.С. Ваврешука¹¹⁴ доказано, что ведущая роль в причинах смерти этой категории больных принадлежит интоксикации. С целью детоксикации применялось подкожное введение физиологического раствора и внутривенное введение гипертонического раствора поваренной соли. Изучение травмы живота началось учениками профессора В.Н. Парина. В диссертации¹¹⁵ В.И. Колесова был изучен механизм развития выпадения селезенки при ранении живота. Доказано отсутствие жизнеугрожающих кровотечений раннего периода и высокая вероятность развития поздних нагноительных осложнений. Операцией выбора при неповрежденной селезенке в двенадцатичасовом промежутке с момента травмы до операции рекомендовано вправление.

Вопросы хирургического лечения заболеваний желудка рассматривались в работах В.Н. Шубина¹¹⁶, книге А.С. Федореева¹¹⁷ и диссертации¹¹⁸ А.П. Носкова был обобщен собственный опыт автора операций по типу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера.

¹¹³ Ваврешук, З.С. Острая кишечная непроходимость: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.27 / З.С. Ваврешук. – Молотов: Молот. гос. мед. ин-т, 1947. – 295 с.

¹¹⁴ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Ваврешук Захар Семенович

¹¹⁵ Колесов, В.И. О выпадении селезенки в брюшную рану (экспериментально-клиническое исследование): дис. / В.И. Колесов. – Молотов, 1940. – С.89–128.

¹¹⁶ Шубин, В.Н. Редкие хирургические болезни / В.Н. Шубин. – Казань: изд-во Казанского ун-та. – 296 с.

¹¹⁷ Федореев, А.С. Рак желудка из язвы (патологическая анатомия и клиника) / А.С. Федореев. – М.: Медгиз, 1948. – 120 с.

¹¹⁸ Носков, А.П. Резекция желудка при язвенной болезни и ее отдаленные результаты: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.П. Носков. – Березники, 1953. – 13 с.

Наряду с общехирургическими направлениями в 1923 г. на кафедре был организован курс одонтологии, которым руководил Н.М. Степанов¹¹⁹. Он



Рис. 2-2 Н.М. Степанов

предложил несколько оригинальных методик: промежуточная миграция Филатовского стебля на слизистую губы или щеки при пластике дефектов нёба, вживление кожного лоскута на круглом стебле при недостаточной длине мягкого неба и проистекающей от этого «гносоватости» речи, восстановление носа при помощи круглого Филатовского стебля с вживлением в боковые поверхности хряща из ушных раковин, восстановление перегородки носа путем пересадки мостовидного куска ушной раковины. В послевоенный период научные интересы

клиники, руководимой профессором Н.М. Степановым, обращены к самым сложным проблемам хирургии того времени: лечению рака кардии и пищевода – анте- и трансторакальным реконструктивным операциям (В.Я. Родионова¹²⁰), хирургии туберкулеза и рака легких (Н.И. Григорьев¹²¹), лечению стенозов митрального клапана (Н.С. Пределин¹²²). Под его руководством были

¹¹⁹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Степанов Николай Михайлович

¹²⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Родионова Вера Яковлевна

¹²¹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Григорьев Николай Иванович

¹²² Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Пределин Николай Степанович

выполнены диссертации¹²³ А.А. Лишке¹²⁴ (основателем клиники детской хирургии), Е.А. Вагнером¹²⁵.

Параллельно с Н.М. Степановым вопросами пластической хирургии занимался доцент А.А. Вечтомов¹²⁶. Он оптимизировал методику и внедрил в Перми ринохондропластику реберным хрящом, в том числе в амбулаторных условиях.

Таким образом, работы сотрудников кафедры в период руководства проф. В.Н. Париным были направлены на решение проблем хирургической реабилитации раненых, восстановительное лечение последствий инфекционных заболеваний, разработке способов органосохраняющего лечения при травме живота. Были заложены основы изучения травмы груди на этапах медицинской эвакуации. В лечении язвенной болезни желудка приоритет отдавался радикальной операции – резекции желудка. Воспитанники кафедры в дальнейшем руководили научными коллективами в г. Перми, Ленинграде¹²⁷, Астрахани и др.

Руководивший кафедрой с 1933 по 1945 гг. проф. М.В. Шац¹²⁸ заложил основы активной хирургической работы в клинике. В годы Великой отечественной войны он был ведущим хирургом нейрохирургического эвакогоспиталя, располагавшегося в Областной больнице.

¹²³ Лишке, А.А. Хирургическое лечение гнойных заболеваний пальцев и кисти с зашиванием раны и местным введением пенициллина: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ А.А. Лишке. Пермский гос. мед. ин-т. - Пермь 1958. - 24 с.

¹²⁴ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Лишке Август Августович

¹²⁵ Вагнер, Е.А. Хирургическая тактика при проникающих ранениях груди в условиях мирного времени: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Е.А. Вагнер. – Молотов, 1956. – 19 с.

¹²⁶ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Вечтомов Андрей Александрович

¹²⁷ Рузматов, Т.М. К 111-летию Василия Ивановича Колесова – пионера коронарной хирургии / Т.М. Рузматов, А.Б. Шляховой, Е.А. Моржанаев // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2015. – Т. 19. – № 4. – С. 142–147.

¹²⁸ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Шац Моисей Вольфович

2.2. Кафедра госпитальной хирургии в послевоенный период. Проф. С.Ю. Минкин – основоположник ряда научных направлений.



Рис. 2-3 С.Ю. Минкин

С 1948 по 1971 гг. кафедрой руководил проф. С.Ю. Минкин¹²⁹, выпускник Харьковского медицинского института, который в годы студенчества определил основное направление своей деятельности – нейрохирургия.

В 1932–1940 гг. С.Ю. Минкин заведовал экспериментальной лабораторией Украинского филиала Всесоюзного института экспериментальной медицины. В 1935 г. по совокупности работ С.Ю. Минкину была присуждена ученая степень кандидата медицинских наук, а в 1939 г. он как докторант Украинского филиала

ВИЭМ защитил докторскую диссертацию¹³⁰. По приглашению акад. В.Н. Шамова Семен Юлианович в 1940 г. вступил в должность профессора факультетской хирургической клиники Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Во время эвакуации клиники в г. Самарканд с 1941 по 1946 гг. временно исполнял обязанности начальника клиники. Был приглашён на кафедру госпитальной хирургии после смерти проф. В.Н. Парина.

Учениками Семена Юлиановича Минкина были продолжены исследования влияния иннервации на трофику тканей, начатые в Военно-

¹²⁹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Минкин Семен Юлианович

¹³⁰ Минкин, С. Ю. Структурные изменения головного мозга после ранения: тез. к дис. / отв. ред. проф. С. Я. Штейнберг/ С. Ю. Минкин. – Харьков: УИЭМ, 1939 (тип. им. Фрунзе). – 8 с.

медицинской академии¹³¹. Так, И.Ш. Вайсманом¹³² при экспериментальной травме спинного мозга было выявлено резкое повышение проницаемости сосудистой стенки, что приводило к смерти животного от массивного желудочного кровотечения. В диссертации¹³³ Л.Ф. Палатовой была выявлена взаимосвязь тяжести морфологических изменений в желудочно-кишечном тракте с характером повреждения спинного мозга. Выявлена прямая зависимость между изменениями в спинном мозге и нарушениями в желудке (кровоизлиянии и язвы слизистой оболочки), которые возникают при наличии изменённых нервных клеток каудальнее травмы. Исследования роли периферической нервной системы в патогенезе трофических язв были проведены Г.Ф. Маргаритовой¹³⁴. В ходе работы возникла гипотеза о появлении трофической язвы в денервированной конечности как следствие «неспособности к адаптации тканей, лишенной нервных «приборов», к изменениям внутренней среды». Рекомендованная профилактика возникновения трофической язвы после ранения должна заключаться в оперативном и консервативном восстановлении нервной проводимости.

Вопросам диагностики патологии позвоночника были посвящены работы А.М. Дмитриевой и Я.К. Асса. В кандидатской диссертации¹³⁵ А.М. Дмитриевой¹³⁶ были определены показания и оценена значимость таких методов как рентгенофункциональное исследование, дискография, пневмомиеелография, пневмоперидурография. Наиболее диагностически значимыми признаны пневмоперидурография в боковой проекции и сочетание дискографии и

¹³¹ Асс, Я.К. Некоторые данные об изменениях в симпатической нервной системе при облитерирующем эндартериите: реферат дис. / Я.К. Асс. – Л., 1949.

¹³² Вайсман, И.Ш. Материалы к патологической морфологии экспериментальной травмы спинного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Ш. Вайсман. – Л., 1959. – 18 с.

¹³³ Палатова, Л.Ф. Материалы к экспериментальному изучению осложнений травмы спинного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Ф. Палатова. – Свердловск: Свердл. гос. мед. ин-т, 1962. – 17 с.

¹³⁴ Маргаритова, Г.Ф. Материалы к патогенезу трофической язвы после повреждения седалищного нерва: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Ф. Маргаритова. — Пермь, 1962. — 18 с.

¹³⁵ Дмитриева, А.М. Сравнительная оценка рентгенологических методик исследований в диагностике дегенеративно-дистрофических поражений поясничных межпозвоночных дисков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М. Дмитриева. — Пермь: Центр. науч.-исслед. рентгено-радиол. ин-т, 1965. – 19 с.

¹³⁶ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Дмитриева Антонина Михайловна

пневмопериурографии. В докторской диссертации¹³⁷ Я.К. Асса¹³⁸ и монографии¹³⁹ обобщены работы по патологии межпозвонковых дисков. Автором в качестве одной из причин радикулита выделен развивающийся вследствие дегенерации дисков ограниченный спинальный эпидурит, описана его патология и впервые в мировой литературе разработана его клиническая и рентгенологическая диагностика.

Исследованиям осложнений резекции желудка посвящена диссертация¹⁴⁰ Л.В. Повара¹⁴¹. На основании экспериментов и клинических наблюдений было выяснено, что повышенное выделение серотонина, возникающее при быстром поступлении в тонкую кишку желудочного содержимого с высокой осмотической активностью, имеет ведущее значение в развитии этой патологии. Рекомендовалось комплексное применение резерпина и других антисеротониновых веществ в сочетании с диетотерапией.

Д.И. Егоровым¹⁴² была выполнена диссертация¹⁴³, давшая начало сосудистой хирургии в г. Перми. В ходе исследования было доказано, что закрытие бокового дефекта артерии мышцей на питающей ножке приводит к надежному гемостазу, сохраняет проходимость артерии и обладает небольшим риском возникновения вторичного кровотечения и ложной аневризмы.

¹³⁷ Асс, Я.К. Материалы к диагностике и хирургическому лечению грыж поясничных межпозвонковых дисков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Я.К. Асс. – Пермь, 1965.

¹³⁸ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Асс Яков Кононович

¹³⁹ Асс, Я.К. Пояснично-крестцовый радикулит (клиника и хирургическое лечение) / Я.К. Асс. – М.: Медицина, 1971.

¹⁴⁰ Повар, Л.В. Материалы к патогенезу демпинг-синдрома (клинико-эксперим. изучение роли серотонина): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Повар. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1967. – 15 с.

¹⁴¹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Повар Лев Вольфович

¹⁴² Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Егоров Дмитрий Иванович

¹⁴³ Егоров, Д.И. Мышечная пластика бокового дефекта артериальной стенки: Экспериментальное исследование: дис. ... канд. мед. наук / Д.И. Егоров. – Пермь: госп. хирург. клиника Перм. гос. мед. ин-та, 1950. — 325 л.



Рис. 2-4 Коллектив хирургической клиники. В центре С.Ю. Минкин, М.С. Знаменский, Д.И. Егоров

В описываемый период продолжалось осмысление опыта советской медицины в лечении и реабилитации раненых во время боевых действий. В докторской диссертации¹⁴⁴ М.С. Знаменского¹⁴⁵ наряду со скелетным вытяжением был описан примененный автором метод интрамедуллярного и экстрамедуллярного

остеосинтеза магниевыми рассасывающимися пластинами и штифтами.

Среди учеников С.Ю. Минкина необходимо назвать Е.А. Вагнера, обобщившего колоссальный материал амбулаторной, больничной и судебно-медицинской служб в докторской диссертации¹⁴⁶.

Работы сотрудников кафедры были посвящены актуальным вопросам экспериментальной нейрохирургии, анестезиологии, хирургии последствий боевой травмы, сосудистой хирургии. Были заложены основы изучения патологии печени и её связи с желчнокаменной болезнью, продолженные в дальнейшем на протяжении более полувека.

¹⁴⁴ Знаменский, М. С. Переломы бедра у бойцов Великой Отечественной войны: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. С. Знаменский. – Молотов [б. и.], 1951. – 5 с.

¹⁴⁵ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Знаменский Михаил Сергеевич

¹⁴⁶ Вагнер, Е.А. Материалы к изучению закрытых травм груди мирного времени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ Е.А. Вагнер. – Березники, 1965. – 37 с.

Глава 3. КРИТЕРИИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИОДОВ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАД. Е.А. ВАГНЕРА



Рис. 3-1 Е.А. Вагнер

Прежде чем стать руководителем кафедры госпитальной хирургии Евгений Антонович Вагнер¹⁴⁷ прошёл тяжелую жизненную школу. Он объединил в своих руках лечебную, научную и организационную деятельность вверенных ему структур. Е.А. Вагнеру были присущи лидерские качества, уверенность в своих силах и своём коллективе, умение принимать трудные решения и целеустремленность.

¹⁴⁷ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Вагнер Евгений Антонович 1-2 т.

3.1. Формирование личности Е.А. Вагнера. Учителя и наставники

Начиная с третьего курса Одесского медицинского института¹⁴⁸, студент Вагнер занимался в хирургической секции единого научного студенческого общества, им были выполнены работы по экспериментальному пневмотораксу под руководством доц. С.А. Баккала¹⁴⁹.

В аспирантуре на кафедре факультетской хирургии ОГМИ проф. П.Г. Часовников предложил Е.А. Вагнеру тему хирургической помощи пострадавшим с проникающими ранениями груди мирного времени (ПРГМВ). Направленный для укрепления сельской медицины хирург Вагнер в условиях районной больницы ушил разрыв бронха¹⁵⁰.

С 23 июня 1941 года Евгений Антонович был мобилизован в ряды Рабоче-Крестьянской Красной Армии (РККА). Служил в должности начальника хирургического отделения эвакогоспиталя № 34-12 фронтового эвакуационного пункта № 99 Юго-Западного фронта. В феврале 1942 года, согласно Директиве Народного Комиссара Оборона СССР об изъятии военнослужащих-немцев из РККА¹⁵¹, военврач Вагнер был снят с фронта и отправлен сначала в лагерь в Казахстане, а затем в трудовой лагерь под городом Соликамск Молотовской области.

¹⁴⁸ Архив Одесского національного медичного університету (ОНМУ): Ф. Р-2147. – оп. 7. – Д. 477. – 20 л.

¹⁴⁹ Васильев, К.К. Нечаев, О.И. Участник великой отечественной войны профессор С.А. Баккал (1888-1957) // Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: сборник материалов XIII Всероссийской конференции с международным участием, М. – 2017. С. 32-36

¹⁵⁰ 41. Шахтаев, М.-Р. По зову сердца / М.-Р. Шахтаев. – Махачкала: типография им. С.М. Кирова, 1985. – 134 с.

¹⁵¹ Директива Народного Комиссара Оборона СССР № 35105 с 8 сентября 1941 г. «Изъять из частей, академий, военно-учебных заведений и учреждений Красной Армии, как на фронте, так и в тылу, всех военнослужащих рядового и начальствующего состава немецкой национальности и послать их во внутренние округа для направления в строительные батальоны. В тех случаях, когда командиры и комиссары соединений сочтут необходимым оставить военнослужащих немецкой национальности в частях, они обязаны возбудить об этом мотивированное ходатайство перед НКО через Военные Советы фронтов, округов и отдельных армий. Об исполнении донести не позднее 15 сентября.» Народный комиссар оборона СССР И. Сталин ЦАМО РФ. Ф. 23-й гв. сд. Оп. 2. Д. 41. Л. 152. Цит. По <http://www.geschichte.rusdeutsch.ru/21/44/182> Режим доступа: дата 05.08.16 время 11.48

В г. Соликамске состоялось знакомство с А.А. Росновским – которого в дальнейшем Евгений Антонович назвал «духовным отцом НШ»¹⁵². Заведующий



Рис. 3-2 А.А. Росновский и Е.А. Вагнер

отделением А.А. Росновский рекомендовал оставить молодого врача хирургом больницы стройуправления. Спецпоселенец Е.А. Вагнер становится начальником больницы стройуправления № 881 системы НКВД СССР (г. Соликамск). В 1946 г. состоялся переход Е.А. Вагнера в Березниковскую городскую больницу на ставку врача-хирурга. В 1950 году он занимает должность заведующего отделением, а с 1955 – главного врача больницы (продолжая отмечаться в комендатуре как спецпоселенец!).

Под влиянием А.П. Носкова¹⁵³ (главного хирурга Березниковского здравоохранения, Заслуженного врача РСФСР, кандидата медицинских наук) вернулся интерес к научной работе. Каждый из хирургов города готовил

¹⁵² Черкасов, В.А. Хирургическая школа академика РАМН Е.А. Вагнера (1918–1998) / В.А. Черкасов, В.А. Брунс // *Анналы хирургии*. – 2003. – № 5/6. – С. 78–82.

¹⁵³ Нечаев, О.И. Истоки научной деятельности академика Е.А. Вагнера / О.И. Нечаев // *Регионы в современном мире – 214: матер. междунар. науч.-практ. конф.* – Пермь: Березниковский филиал ПНИПУ, 2014. – С.384–387.

реферативные сообщения, а затем – исследовательские работы, и выступал перед коллегами.

Научное руководство над практическим врачом взял на себя профессор Н.М. Степанов¹⁵⁴. Для того, чтобы принять экзамен у трудармейца-поселенца, въезд в «закрытый» город Молотов которому не был разрешен комендатурой, на станцию Яйва выезжают профессора С.Ю. Минкин, Н.М. Степанов, А.Л. Фенелонов¹⁵⁵.

После снятия ограничений в правовом положении с немцев-спецпоселенцев¹⁵⁶, на заседании учёного совета Молотовского медицинского института в 1956 г. Е.А. Вагнером была защищена кандидатская диссертация «Хирургическая тактика при проникающих ранениях груди в условиях мирного времени»¹⁵⁷.

Больница, главным врачом которой был Е.А. Вагнер, настолько выросла в материальном (построен целый больничный городок!), лечебно-диагностическом и организационно-методическом плане, что она была переведена в статус Второй областной больницы, куда доставляются раненые и пострадавшие санитарной авиацией из Березниковского, Горнозаводского и других районов. Была сформирована команда единомышленников. Больница становится клинической базой кафедры госпитальной хирургии Пермского медицинского института, а кандидат медицинских наук Вагнер с 1961 года –

¹⁵⁴ Нечаев, О.И. Профессор Н.М. Степанов – хирург, педагог, организатор / О.И. Нечаев // Бюллетень ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко: матер. междунар. конф. «Сточиковские чтения»: тез. докл. – М., 2016. – С. 292–294.

¹⁵⁵ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Фенелонов Аркадий Лаврович

¹⁵⁶ Учитывая, что существующие ограничения в правовом положении спецпоселенцев-немцев, и членов их семей, высланных в разные районы страны, в дальнейшем не вызываются необходимостью, Президиум Верховного Совета СССР постановляет: 1. Снять с учёта спецпоселения и освободить из-под административного надзора органов МВД немцев и членов их семей, высланных на спецпоселение в период Великой Отечественной войны, а также немцев – граждан СССР, которые после репатриации из Германии были направлены на спецпоселение. 2. Установить, что снятие с немцев ограничений по спецпоселению не влечёт за собой возвращение имущества, конфискованного при выселении, и что они не имеют права возвращаться в места, откуда они были выселены. О снятии ограничений в правовом положении с немцев и членов их семей, находящихся на спецпоселении Указ Президиума Верховного Совета СССР от 13 декабря 1955 года История российских немцев в документах. Ч. 1. М., 1993. С. 177. Цит. <http://www.geschichte.rusdeutsch.ru/21/79/252> Параметры доступа: дата 05.08.16 время 11.48

¹⁵⁷ Вагнер, Е.А. Хирургическая тактика при проникающих ранениях груди в условиях мирного времени: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Е.А. Вагнер. – Молотов, 1956. – 19 с.



Рис. 3-3 Е.А. Вагнер в г. Березники

доцентом кафедры госпитальной хирургии, руководителем Березниковского филиала кафедры. Именно в Березниках сложился знаменитый стиль работы Е.А. Вагнера – объединение в одних руках лечебной, научной и административной работы.

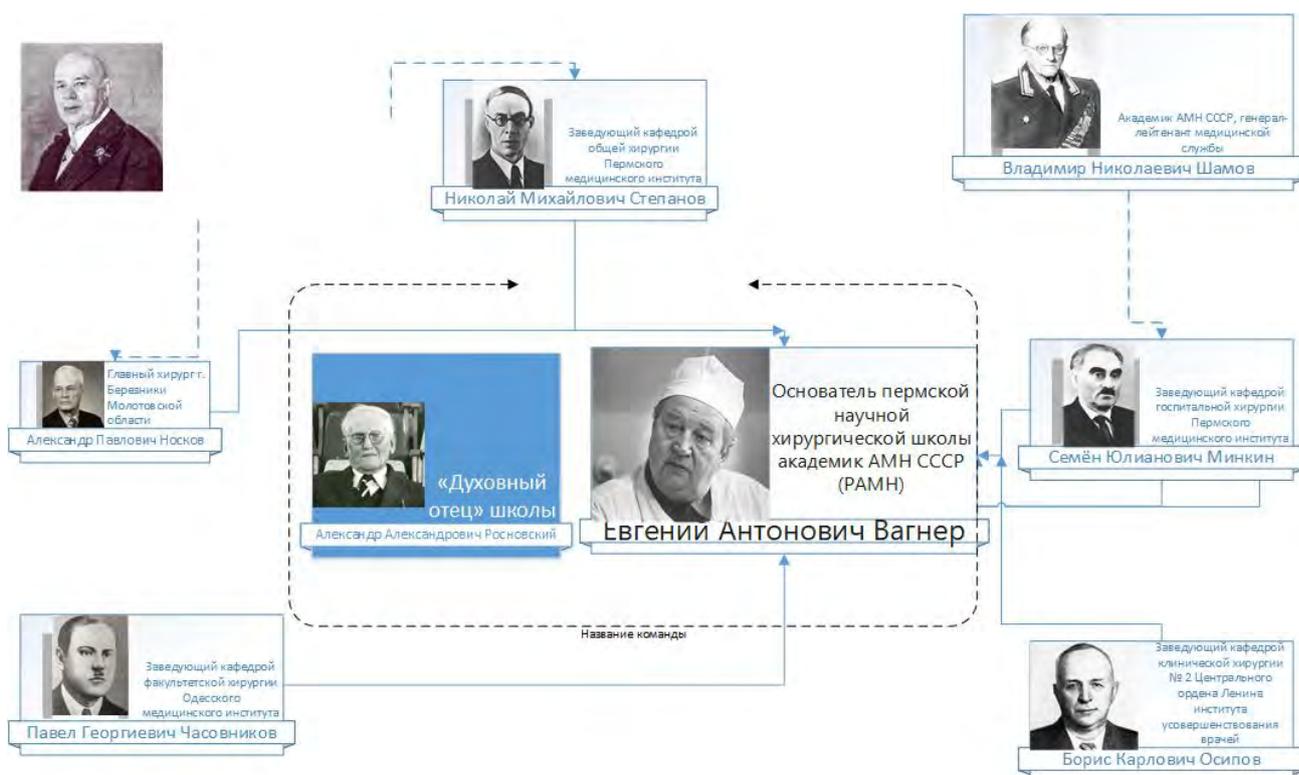


Схема 3-1. Схема учителей и наставников Е.А. Вагнера. На схеме отмечено опосредованное влияние проф. В.Н. Парина и акад. В.Н. Шамова. Фигуры расставлены в хронологическом порядке по часовой стрелке

Под консультативным руководством профессоров С.Ю. Минкина и Б.К. Осипова¹⁵⁸ была утверждена тема в докторантуре ЦОЛИУВ – «закрытая травма груди». Защита докторской диссертации «Материалы к изучению закрытых травм груди мирного времени» состоялась 16 ноября 1965 г. в Москве.

¹⁵⁸ Заведующий второй кафедрой клинической хирургии ЦОЛИУВ

В 1965 году на основании приказа министра здравоохранения РСФСР Трофимова В.В. главный врач Березниковской областной больницы доцент Е.А. Вагнер освобождается от занимаемой должности и переводится в Пермский медицинский институт на должность проректора по научной работе.

В 1966 г. Евгений Антонович Вагнер избирается заведующим кафедрой факультетской хирургии¹⁵⁹ – старейшей кафедрой, берущей свое начало с факультетской хирургической клиники медицинского факультета Пермского университета¹⁶⁰.



Рис. 3-4 Коллектив кафедры факультетской хирургии С.В. Смоленков, З.А. Титлянова, А.Л. Фенелонов, Е.А. Вагнер, М.И. Шалаев, неизвестная, И.Ф. Вечеровский

С его приходом на кафедре резко активизировалась клиническая и научная работа. В частности, за пять лет были защищены кандидатские (В.А. Орлов¹⁶¹,

¹⁵⁹ Грязнов, В.Н. Славный путь чести, доблести, созидания и милосердия. История Городской клинической больницы № 2 имени Ф.Х. Граля (1915–2015) / В.Н. Грязнов, М.И. Давидов. – 2001. – 108 с.

¹⁶⁰ Давидов, М.И. Старейшая медицинская кафедра Перм. ун-та (к 90-летию со дня основания) / М.И. Давидов // Вестник пермского университета. – 2011. – Вып. 3 (17). – С. 139–146.

¹⁶¹ Орлов В.А. Чрескожная пункционная биопсия предстательной железы в диагностике ранних форм рака: (Клинико-эксперим. исследования): Дисс. канд. мед. наук / В.А. Орлов; Перм. гос. мед. ин-т. — Пермь, 1967 г. — III, 128 л.

Л.М. Ким¹⁶², Я.А. Ортенберг¹⁶³, М.-Р. Шахтаев¹⁶⁴) и докторские диссертации (М.И. Шалаев¹⁶⁵, И.Ф. Вечеровский¹⁶⁶). Были основаны три лаборатории, функционировавшие более двадцати лет: лаборатория по изучению медицинского применения цианакрилатных соединений¹⁶⁷, трансплантологии¹⁶⁸, проблемная лаборатория по созданию Уральского научно-исследовательского института клинической и неотложной помощи. На кафедре активизировался студенческий научный кружок, среди студентов-исследователей можно называть В.А. Черешнева¹⁶⁹, П.Я. Сандакова¹⁷⁰, Л.Ф. Копытова¹⁷¹.

В 1970 г. приказом министра здравоохранения РСФСР Трофимова Вагнер Е.А. был назначен ректором Пермского медицинского института, а в 1971 г. избран заведующим кафедрой госпитальной хирургии.

В должности ректора и заведующего кафедрой Е.А. Вагнер работал 25 лет. В этот период были открыты педиатрический факультет (1971 г.), факультет усовершенствования врачей (1970 г.), кафедра терапии ФУВ (1980 г.), кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения ФУВ (1984 г.), филиал Пермского медицинского института в г. Киров (1987 г.).

¹⁶² Ким, Л.М. Травма груди мирного времени: автореф. дис. ... канд. мед. Наук: 777 / Л.М. Ким. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1969. – 19 с.

¹⁶³ Ортенберг, Я.А. Реанимация и обезболивание при тяжелой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.777 / Я.А. Ортенберг. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1970. – 18 с.

¹⁶⁴ Шахтаев, М.-Р.И. Некоторые вопросы клиники и лечения проникающих колото-резаных ран груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.-Р.И. Шахтаев. – Ставрополь, 1968. – 18 с.

¹⁶⁵ Экспериментальные клинические материалы по патогенезу, клинике и лечению нагноений лёгких: дис. ... д-ра мед. наук / Шалаев М.И. - Пермь, 1964. - 1021 с.

¹⁶⁶ Вечеровский, И.Ф. Материалы к патогенезу острого гематогенного остеомиелита: дис. ... д-ра мед. наук / И.Ф. Вечеровский. — Пермь: Перм. мед. ин-т, 1968. — 490 л.

¹⁶⁷ Стародубцев, Н.Г. Совершенствование шовных и клеевых способов соединения тканей в хирургии: автореф. дис. ... мед. наук / Н.Г. Стародубцев. – Пермь, 1989. – 35 с.

¹⁶⁸ Митясов, Ю.А. Некоторые вопросы уто- и аллотрансплантации легких (эксперим. исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14/00/27 / Ю.А. Митясов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1976. — 15 с.

¹⁶⁹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Черешнев Валерий Александрович

¹⁷⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Сандаков Павел Яковлевич

¹⁷¹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Копытов Леонид Федорович

Нравственные аспекты опыта Евгения Антоновича Вагнера в организации лечебной и научной работы были рассмотрены и обобщены в книге «Раздумья о врачебном долге», выдержавшей несколько переизданий¹⁷².

3.2. Период узкого круга единомышленников

Изучение проблемы оказания помощи пострадавшим с ПРГМВ было рекомендовано Е.А. Вагнеру ещё до Великой отечественной войны профессором Одесского медицинского института П.Г. Часовниковым. Начавшаяся война не позволила Евгению Антоновичу продолжить научную работу. Вопросы оказания помощи пострадавшим в военное время на этапах медицинской эвакуации были подробно разработаны¹⁷³. Относительно же травмы груди мирного времени господствовала выжидательная тактика¹⁷⁴. Послевоенный период характеризовался усилением важности проблемы оказания помощи при травме, что было связано с активным промышленным и гражданским строительством, перемещением больших масс людей. Особенно остро проблема встала в местах заключения и спецпоселениях.

Начиная с 1950 г. Е.А. Вагнером, А.А. Росновским¹⁷⁵, А.С. Кривелевой (врач-патологоанатом, супруга Евгения Антоновича) проводится анализ результатов лечения пострадавших с ПРГМВ. В результате был сделан вывод о неэффективности и опасности господствовавшей доктрины консервативного ведения этой категории раненых¹⁷⁶.

В диссертации «Хирургическая тактика при проникающих ранениях груди в условиях мирного времени» была рекомендована активная хирургическая тактика при ПРГМВ. Учитывая ограниченные диагностические возможности

¹⁷² Вагнер, Е.А. Раздумья о врачебном долге / Е.А. Вагнер. – Пермь: кн. изд-во, 1986. – 222 с.; 2-е изд., испр. и доп. – Пермь: кн. изд-во, 1991. – 245 с.; 3-е изд. – Пермь: кн. изд-во, 1994.

¹⁷³ Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Т.9. – Ч. 1. Хирургия. – Разд. 6. Огнестрельные ранения и повреждения груди. – М.: Медгиз, 1950. – 530 с.

¹⁷⁴ Farringer, J.L. and Carr Duane. Penetrating wounds of the chest: Relief Of 251 cases, An. Journal of Surgery. 1953 85; 747 (Abstracts): Surgery, Gynecology and obstetrics. V.98; № 1, 1954, p.49

¹⁷⁵ Vagner, E.A., Rosnovski, A.A. On the history of the problem of the mechanism of lung rupture in closed wounds of the chest (L. Gosselin and his theory) (1968) Sovetskaya Meditsina, 31 (4), pp. 146-148. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

¹⁷⁶ Абезгауз А.М., Рухман Л.Е., Тимченко Л.А. Лечение ранений плевры и легких в условиях ДМП // Труды эвакуогоспиталей системы фронтового эвакуационного пункта № 50 и лечебных учреждений армий. Ранения грудной клетки № 4 Л., Военно-санитарное управление Ленфронта 1943 с. 6-15

рассматриваемого периода, установить наличие ранения сердца¹⁷⁷, диафрагмы или органов брюшной полости нередко было возможно только при эксплоративном вмешательстве. На большом клиническом материале было доказано, что диагностическая торакотомия менее опасна для больного, чем зашивание раны без ревизии плевральной полости. Показаниями к ней были подозрение на ранение легкого, сердца и диафрагмы, гемоторакс. Осложнения в виде спаек плевральной полости и ограничения подвижности диафрагмы были следствием неустранённого гемоторакса. О диссертации положительно отзывались ряд крупных отечественных хирургов. Так, профессор А.Н. Бакулев писал: «Можно приветствовать точку зрения, принятую автором о необходимости расширения показаний к широким торакотомиям при таких ранениях, что в настоящее время, к сожалению, ещё не принято всеми хирургами»¹⁷⁸.

Закрытые повреждения груди оставались малоизученными клинически¹⁷⁹ и экспериментально¹⁸⁰ на протяжении длительного времени. Рассмотрение закрытой травмы груди, продолжавшееся в г. Березники до 1965 г., потребовало привлечения специалиста анестезиолога – Я.А. Ортенберга¹⁸¹ и хирурга-экспериментатора – В.Н. Бачерикова¹⁸². Наряду с клиническими наблюдениями – более 2 500 историй болезни и более 8 000 амбулаторных карт, были проанализированы 2 000 протоколов судебно-медицинских вскрытий трупов, выполнены более 100 экспериментов на животных.

¹⁷⁷ Vagner, E.A. Diagnosis and treatment of injuries of the pericardium and the heart. (1955) *Khirurgiia*, (9), pp. 70-71.

¹⁷⁸ Государственный архив Пермского края (ГАПК): Ф. р-1762. Вагнер Евгений Антонович (1918-1998 гг.). – Оп. 1. – Д. 50

¹⁷⁹ Sournia J.C. *Les traumatismes du thorax* Paris, 1958

¹⁸⁰ Farringer, J.L. and Carr Duane. Penetrating wounds of the chest: Relief of 251 cases, *An. Journal of Surgery*. 1953 85; 747 (Abstracts): *Surgery, Gynecology and obstetrics*. V.98; № 1, 1954, p. 49

¹⁸¹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Ортенберг Ян Абрамович

¹⁸² Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Бачериков Всеволод Николаевич

Завершилась работа защитой в 1965 г. докторской диссертации «Материалы к изучению закрытых травм груди мирного времени». В ней были сделаны выводы, определившие развитие НШ:

- Была выделена группа пострадавших с «тяжелой закрытой травмой груди», ранее терявшаяся из-за своей малочисленности, хотя именно в этой группе была наиболее высокая смертность.
- Было обращено внимание на пострадавших с повреждением нескольких анатомических областей – т.н. «сочетанная травма», которая характеризуется синдромом взаимного отягощения¹⁸³.
- Были получены первые результаты переливания крови, излившейся в плевральную и брюшную полости при травме¹⁸⁴.
- Была определена потребность в создании методики патофизиологического эксперимента¹⁸⁵.
- Были сужены показания к эксплоративной торакотомии и расширены – к применению инструментальных методов диагностики.

На диссертацию были получены положительные отзывы от академиков Б.В. Петровского и А.Н. Бакулева, заведующего кафедрой факультетской хирургии Куйбышевского медицинского института профессора Г.Л. Ратнера, директора Горьковского института травм и ортопедии профессора Б.В. Парина, ректора Тбилисского института усовершенствования врачей, заведующего кафедрой анестезиологии и неотложной хирургии Г.Р. Хундадзе. Официальные оппоненты подчеркнули важность работы: член-корреспондент АМН СССР профессор Д.А. Арапов высказал мнение: «материал военного времени как по открытым, так и по закрытым повреждениям грудной клетки, потерял всякое

¹⁸³ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.3086 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г. л46

¹⁸⁴ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.4148 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1982 г.

¹⁸⁵ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.3833 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г. л3

значение... Читая материал по опыту ВОВ мало что можно приобрести в этом отношении... Война в госпитальную хирургию Советской Армии, по существу, ничего нового не внесла в открытые и закрытые повреждения грудной клетки». Член-корреспондент АМН СССР профессор Б.В. Огнев: «этого материала хватило бы на три докторские диссертации... Можно было написать на 8 297 амбулаторных больных одну работу, на 2 498 стационарных вторую работу, и данные о 2 061 судебно-медицинских исследований могли стать материалом для третьей интереснейшей работы». Неофициальный оппонент, представитель Минздрава РСФСР, Матвеев¹⁸⁶ отметил, что «Е.А. Вагнер, находясь на отдаленной периферии – в г. Березняки¹⁸⁷ Пермской области, проводил там очень оригинальные исследования. Больница стала лучшей в Пермской области, и руководство мединститута решило, что занятия по госпитальной хирургии целесообразно проводить не в Перми, а в Березняках. ... этот опыт надо шире практиковать в пределах Советского Союза»¹⁸⁸.

3.3. Становление крупного научного коллектива

Главным направлением НШ было всестороннее изучение травмы груди в патофизиологическом, клиническом и организационном аспекте на базе специализированных отделений «грудной хирургии и травмы груди» и сочетанной травмы. Социальная значимость определялась тем, что большинство пострадавших составляют лица активного трудоспособного возраста, а по данным судебно-медицинских исследований, около половины летальных исходов от механических повреждений приходится на травму груди.

¹⁸⁶ Инициалов в протоколе нет

¹⁸⁷ Так в протоколе

¹⁸⁸ Российский государственный архив научно-технической документации (РГАНТД): Ф. 71. ЦОЛИУВ Минздрава СССР. – Оп. 1. – Д. 569 «Протоколы и стенограммы заседаний Ученого Совета хирургического факультета по присуждению ученых степеней 18.05.1965-21.12.65»



Рис. 3-5 Коллектив клиники госпитальной хирургии

В научных исследованиях по решению этой проблемы участвовали 85 сотрудников 12 клинических и теоретических кафедр института, а также специальная группа сотрудников (18 человек) проблемной лаборатории неотложных состояний ЦНИЛ, приданная в 1975 г. приказом Министерства здравоохранения РСФСР кафедре госпитальной хирургии. Были проведены совместные исследования с Московским научно-исследовательским институтом скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Центральным научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова и рядом других организаций.

Результаты исследований, проводимых в НШ, активно внедрялись в практическую деятельность хирургических отделений Областной клинической больницы, за счёт «включенности» научных работников в лечебную деятельность¹⁸⁹, а практических врачей – в научную.

¹⁸⁹ Так в 1991 г. из 4 505 операций, проведенных в хирургических отделениях ОКБ, 1 311 (29%) были выполнены сотрудниками кафедры. Из них Вагнер Е.А. выполнил 52 операции, Батусов В.В. – 16, Бачериков В.Н. – 9, Веретенников А.Н. – 36, Волков С.В. – 9, Гореев И.С. – 1, Ильчишин В.И. – 22, Копытов Л.Ф. – 22, Котельникова Л.П. – 91, Кривошеков В.Д. – 46, Кубариков А.П. – 30, Ладейщиков В.М. – 29, Палатова Л.Ф. – 60, Перепелицын В.Н. – 3, Плаксин С.А. – 76, Попов А.В. – 12, Протопопов В.В. – 82, Репин М.В. – 45, Русинов В.М. – 65, Рыжаков П.С. – 28, Смоленков С.В. – 52, Соколов Ю.Ю. – 97, Субботин В.М. – 96, Суханов С.Г. – 212, Урман М.Г. – 67 операций.



Схема 3-2. Схема интеграции лечебной, научной и образовательной деятельности НШ

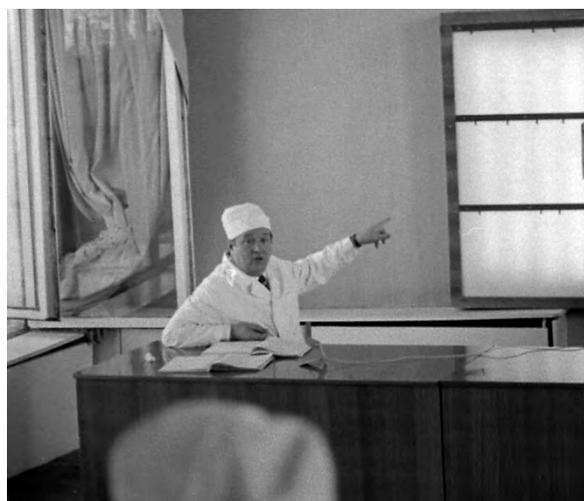


Рис. 3-6 Е.А. Вагнер во время утренней врачебной конференции (линейки)

В указанный период отбор в аспирантуру осуществлялся среди студентов, ординаторов и практических врачей. Критериями отбора студентов было участие в работе студенческого научного общества, участие в профсоюзных и партийных организациях, а ординаторов – желание заниматься наукой. Подготовка научных кадров осуществлялась широко и системно.

Кадровым резервом для формирования будущего круга научных сотрудников были: студенческая среда, ординаторы, практические врачи, аспиранты. Практические врачи, имевшие опыт работы, наиболее часто поступали в заочную аспирантуру.

Научный коллектив, руководимый Е.А. Вагнером, на кафедре факультетской, а затем госпитальной хирургии был выстроен по принципу многоуровневой НШ.

Уровень	Выполняемая роль	Носитель
Руководитель исследовательской (диссертационной) работы	Лидер НШ (Вагнер Е.А.)	Совокупности системно упорядоченных взглядов НШ
Куратор исследования	Доцент (профессор) – наиболее компетентный в предметной области	Специальных знаний
Исполнитель	Аспирант (соискатель)	Знаний предметной области
Помощник исследователя	Студент, член СНК	собственных исследований

Схема 3-3 Схема многоуровневой НШ акад. Е.А. Вагнера

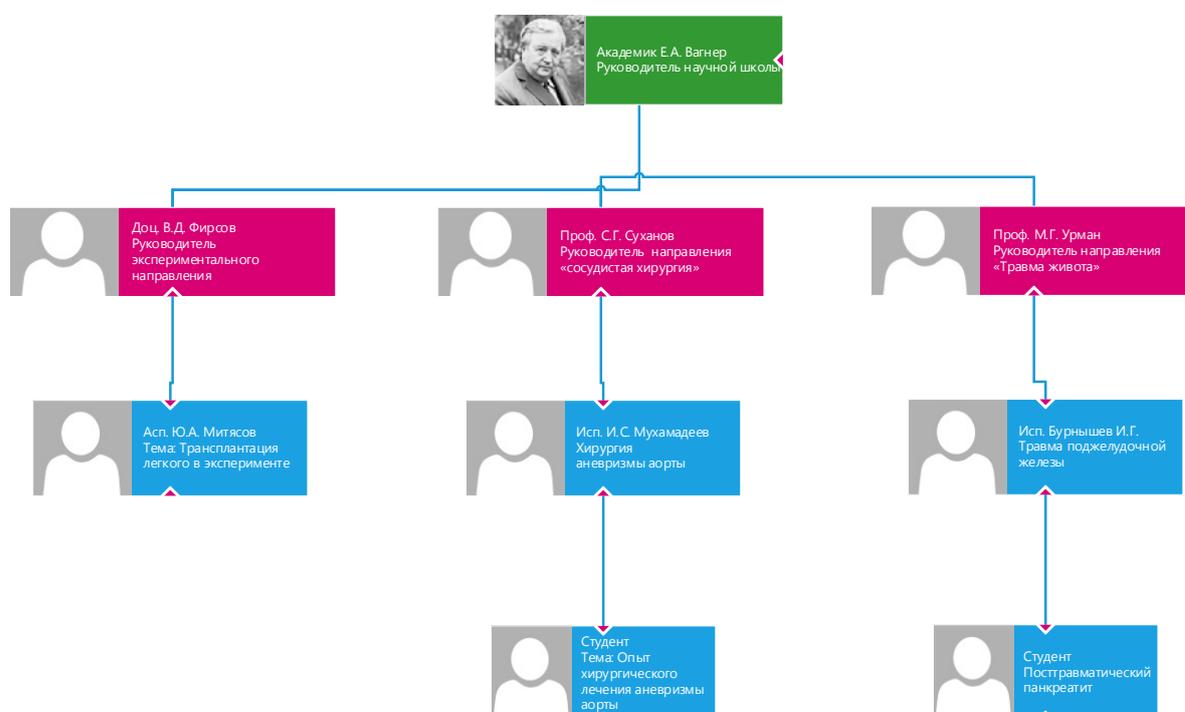


Схема 3-4 Схема организации работ в многоуровневой НШ Е.А. Вагнера

Под управлением Е.А. Вагнера систематически организовывались хирургические форумы в Перми с участием корифеев отечественной медицины. Наиболее значимыми были:

- 1969 г. – уральская межобластная Конференция хирургов¹⁹⁰
- 1972 г. – межобластная конференция хирургов¹⁹¹
- 1973 г. – IV Всероссийский съезд хирургов¹⁹²



Рис. 3-7 Значок участника IV Всероссийского съезда хирургов

1974 г. – Межинститутская конференция ЦНИЛ медицинских институтов¹⁹³

• 1975 г. – XIX Пироговские чтения

• 1984 г. – Выездной пленум проблемной комиссии «Шок и Коллапс»

- 1985 г. – Всероссийская конференция хирургов: Травма груди. Релапаротомия. Радионуклидная диагностика в хирургии¹⁹⁴



Рис. 3-8 Значок участника Всероссийской конференции хирургов 1985 г.

1987 г. – Пленум научного Совета по фармакологии и фармации АМН СССР

• Первый пленум проблемной комиссии по гемосорбции МЗ РСФСР

• Пленум Ученого совета по травматологии АМН СССР

¹⁹⁰ Труды Уральской конференции хирургов 24-27 июня 1969 Пермь, 1971 576 стр.

¹⁹¹ Травма груди. Новое в хирургии. Материалы Межобл. Конф. Хирургов в г. Перми 15-17 июня 1972г. Пермь, 1972г 484 стр.)

¹⁹² Труды Четвертого съезда хирургов Российской Федерации, Пермь, 25-29 июня 1973г. – Пермь: 1975. – 480с. с ил.)

¹⁹³ Механизмы защитных и компенсаторных реакций организма в норме и патологии Выпуск 1. Материалы межинститутской конференции ЦНИЛ медицинских институтов Пермь 18-20 октября 1972 Пермь, изд Звезда, 14, 25 печатных листа

¹⁹⁴ Травма груди. Релапаротомия. Радионуклидная диагностика в хирургии: Всероссийская конференция хирургов /Перм. Мед. ин-т и др.: Ред. В.С. Савельев и др. – Пермь. 1985. – 295с.



Рис. 3-9 Коллективное фото участников конференции

Научные форумы служили признанием пермской НШ и одновременно способствовали завязыванию новых контактов между специалистами.

Научная идея трансформировалась от широкого применения открытых операций, к расширению спектра диагностических методик и переходу к диапевтическим мининвазивным эндоскопическим вмешательствам.

3.4. Формирование собственных научных направлений учениками и соратниками акад. Е.А. Вагнера

Пермская НШ, основным направлением которой было изучение травмы груди, выполнила свою задачу. Травма груди была изучена на уровне, ограниченном современными возможностями техники и технологий. Мощный научный, организационный и человеческий ресурс вылился в развитие исследовательских направлений во главе которых стоят представители, ученики, сотрудники и последователи НШ акад. Е.А. Вагнера.

Среди пермской хирургической науки можно выделить научные направления, начатые сотрудниками акад. Е.А. Вагнера и продолженные в дальнейшем.

- Цикл работ направления профессора С.Г. Суханова по биомеханике атеросклерозированных сосудов и локальной гемодинамики в стенозированных артериях стал фундаментом для развития клинического направления – хирургии мультифокального атеросклероза. По этой проблеме были защищены ряд диссертаций. Начиная с 1995 г. осваивалось кардиохирургическое направление деятельности в практическом, научном и организационном аспекте. Научный

аспект охватывал изучение миокардиальных мостиков, вопросов хирургического ремоделирования полостей сердца и атриовентрикулярных клапанов при ишемической кардиомиопатии, использование аллографтов в сосудистой, коронарной хирургии и хирургии корня аорты, хирургического лечения фибрилляции и трепетания предсердий. С.Г. Суханов разработал и внедрил эффективно действующую модель регионального центра ангиологии и сердечно-сосудистой хирургии: в 1999 г. был создан областной центр сердечно-сосудистой хирургии, в 2001 г. – Институт сердца, в 2005 г. – филиал НЦССХ им. акад. А.Н. Бакулева РАМН, в 2012 г. – Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии.

- Проблемой патологии печени и внепеченочных желчных путей занимались профессора Л.Ф. Палатова¹⁹⁵, Л.П. Котельникова, П.Я. Сандаков. Исследования были направлены на дифференциальную диагностику желтух, изучение связи патологии печени с течением желчнокаменной болезни, лечение осложненных форм холелитиаза.
- Проф. В.А. Черкасов¹⁹⁶ сформировал своё направление во фтизиохирургии заключающееся в интенсификации предоперационного периода и иммуностимуляции¹⁹⁷, активной хирургической тактике у асоциальных больных.

¹⁹⁵ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.382 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1974 г.

¹⁹⁶ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Черкасов Владимир Аристархович

¹⁹⁷ Черешнев В.А., Родионов С.Ю., Черкасов В.А., Малютина Н.Н., Орлов О.А. Альфа-фетопротеин. Екатеринбург: УрО РАН, 2004. – 376 с.

Глава 4. ИЗУЧЕНИЕ ТРАВМЫ ГРУДИ – ГЛАВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ АКАД. Е.А. ВАГНЕРА

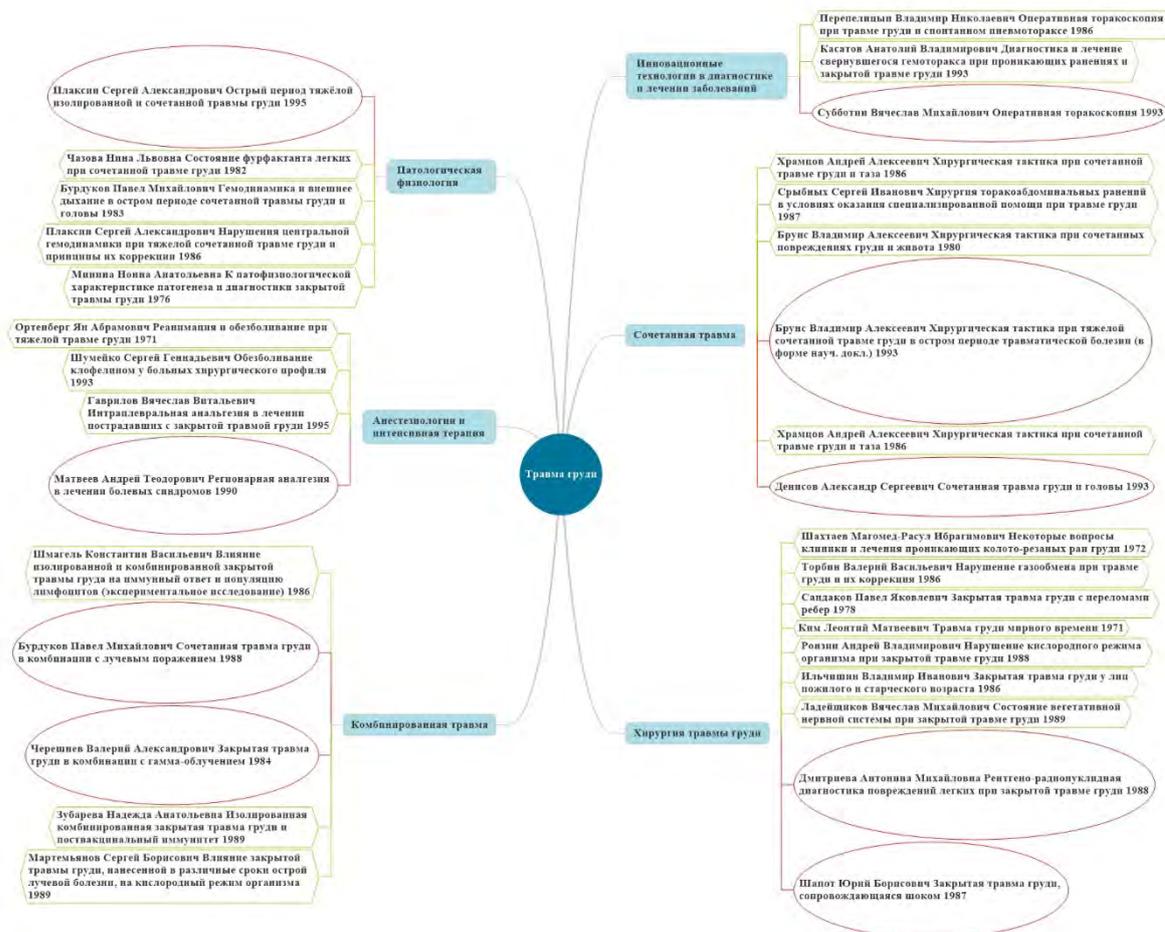


Схема 4-1 Схема научного направления «травма груди» (красным кругом отмечены докторские диссертации, зеленым шестигранником – кандидатские)

4.1. Экспериментальное и клиническое изучение патологической физиологии травмы груди

В цикле работ по патофизиологии травмы груди изучены специфические изменения гемодинамики малого круга кровообращения и выделены 3 синдрома – гипертензионный, гиповолемический и кардиальный, что позволило определить оптимальный выбор патогенетической терапии.

С диссертации Н.А. Мининой¹⁹⁸, началась серия работ по изучению патофизиологического аспекта травмы груди. Была разработана

¹⁹⁸ Минина, Н.А. К патофизиологической характеристике и диагностике тяжелой закрытой травмы груди различной степени: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Н.А. Минина. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1975. – 15 с.

экспериментальная модель закрытой травмы груди различной степени тяжести. При анализе активности лейкоцитарных ферментов и изоферментного спектра лактатдегидрогеназы в сыворотке крови при экстремальных состояниях (гемо- и пневмоторакс, травматический шок и острая кровопотеря) было выяснено, что отклонения в ферментной активности лейкоцитов отражают общую реакцию на травму, а в спектре лактатдегидрогеназы – развитие гипоксии. Прогностически неблагоприятными признаками были признаны изменения ферментативной активности в лейкоцитах (выход за пределы клетки гранул формазана и фосфолипидов) и инверсия изоферментной сывороточной лактатдегидрогеназы (увеличение активности катодных и уменьшение – анодных изоэнзимов этого фермента).



Рис. 4-1 Е.А. Вагнер, А.В. Ронзин, В.Д. Фирсов, В.А. Черешнев, П.М. Бурдуков

У больных снижается эффективность и экономичность кислородного режима за счет тахипное, приводящего к альвеолярной гипервентиляции. Происходит увеличение минутного объема кровообращения. Нарушения микроциркуляции характеризуются уменьшением числа функционирующих капилляров, включением артериовенозных шунтов и агрегацией форменных элементов. Автор рекомендовал восстанавливать

В исследованиях А.В. Ронзина¹⁹⁹ было установлено, что основные нарушения транспорта кислорода при закрытой травме груди легкой и средней степени тяжести происходят на альвеолярно-капиллярном и

¹⁹⁹ Ронзин, А.В. Кислородный режим организма при закрытой травме груди (клинико-эксперим. исслед.): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ А.В. Ронзин. – Пермь, 1988. — 117с.

кислородный режим организма за счет повышения экономичности и эффективности транспорта кислорода, уменьшения энергетических затрат и улучшения микроциркуляции.

В результате исследований В.М. Ладейщикова²⁰⁰ было выявлено, что в остром периоде закрытой травмы груди возникают адаптационные и патологические изменения вегетативной нервной системы²⁰¹. В патогенезе этих изменений основную роль играет синдром застойно-гипоксической венозной энцефалопатии. Тяжелые сочетанные травмы груди сопровождаются преобладанием парасимпатического тонуса, понижением и извращением реакций висцеральной нервной системы. Продленный ганглионарный блок и эпидуральная анестезия нормализуют вегетативные реакции.

В.В. Торбиным²⁰² доказано высокое диагностическое значение внутрилегочного шунтирования, которое напрямую коррелирует с тяжестью травмы. Основной из причин внутрилегочного шунтирования отмечается некардиогенный отек легких. Дегидратационная терапия лазиксом приводит к снижению внутрилегочного шунтирования, состава крови, нормализации уровня внутрилегочной жидкости. Автором доказана эффективность искусственной вентиляции легких и предпочтительность перидуральной анестезии местными анестетиками по сравнению с дикаином и морфином.

В работах С.А. Плаксина²⁰³ и других авторов²⁰⁴ было предложено измерение давления в правых полостях сердца и легочной артерии и построение кривых Франка-Старлинга для выявления нарушения насосной и

²⁰⁰ Ладейщиков, В.М. Состояние вегетативной нервной системы при закрытой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.М. Ладейщиков. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1989. – 21 с.

²⁰¹ Vagner, E.A., Denisov, A.S., Ladeishchikov, V.M. Use of ganglionic blockaders in the treatment of patients with closed thoracic injuries (1989) Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova, 143 (11), pp. 70-71. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

²⁰² Торбин, В.В. Нарушения газообмена при травме груди и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ В. В. Торбин. – Пермь, 1986. – 14 с.

²⁰³ Плаксин, С.А. Нарушение центральной гемодинамики при тяжелой сочетанной травме груди и принципы их коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ С.А. Плаксин. – Пермь, 1985. – 16 с.

Плаксин, С.А. Острый период тяжелой изолированной и сочетанной травмы груди: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ С.А. Плаксин. – Пермь, 1995. – 37 с.

²⁰⁴ Vagner, E.A., Chereshevnev, V.A., Kharitonov, V.S., Burdukov, P.M. Changes in the electrocardiogram and the phase structure of the cardiac systole in experimental closed chest injury (1983) Patologicheskaya Fiziologiya i Eksperimentalnaya Terapiya, (1), pp. 36-38. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

сократительной функции сердца и диагностики ушиба сердца. Доказано преимущество использования дикаина (снижение давления в правом желудочке и легочной артерии) перед морфином для перидуральной анестезии при травме груди. Прогностически неблагоприятными показателями отмечены повышение лёгочного сосудистого сопротивления, давления в правом желудочке и легочной артерии, снижение сердечного выброса²⁰⁵.



Рис. 4-2 С.А. Плаксин

В дальнейшем были обобщены материалы исследований и выявлены характерные особенности изменений центральной гемодинамики и газообмена: значительное повышение легочного сосудистого сопротивления, давления в легочной артерии и правом желудочке, снижение производительности сердца, артериальная гипоксемия и выраженное увеличение легочного шунтирования. По результатам комплексного функционального обследования у пострадавших с тяжелой изолированной и сочетанной травмой груди было определено, что

нарушения гемодинамики протекают по трем типам, которым соответствуют три синдрома: гипертензионный, гиповолемический и кардиальный. Для дифференциальной диагностики компенсированной сердечной недостаточности от гиповолемии был предложен гемодинамический мониторинг, серийная ЭКГ и эхокардиография. К достоверным критериям закрытой травмы сердца автор

²⁰⁵ Vagner, E.A., Plaksin, S.A. Principles of correction of central hemodynamic disorders in severe combined chest trauma (1991) *Grudnaya i Serdechno-Sosudistaya Khirurgiya*, (2), pp. 28-30. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

отнес тяжелые аритмии, нарушения сократимости миокарда и повреждения внутренних структур сердца по данным УЗИ, радионуклидной ангиографии и вентрикулографии, признаки повреждения сердца при торакоскопии и торакотомии. Наиболее точным количественным критерием дыхательной недостаточности явилась величина внутрилегочного шунтирования.

Выбор оптимальной патогенетической терапии нарушений гемодинамики рекомендовано основывать на выявлении ведущего гемодинамического синдрома. «Режим ушиба сердца и лёгкого» предполагает ограничение объема вводимой жидкости, минимально необходимого для поддержания адекватной гемодинамики. Инфузия коллоидов приводит к значительному нарастанию давления в малом круге кровообращения. Перидуральное введение дикаина производит гипотензивный эффект, снижает потребление кислорода миокардом, уменьшает артериальную гипоксемию и внутрилегочное шунтирование. При множественных переломах ребер пролонгированная интраплевральная блокада улучшает газовый состав крови.

Хирургическая тактика при тяжёлой сочетанной травме определится в зависимости от тяжести жизнеугрожающих расстройств, обусловленных доминирующим повреждением²⁰⁶. В первую очередь выполняются операции по остановке кровотечений, декомпрессии головного мозга, сердца и средостения, восстановлению проходимости дыхательных путей. При сочетании внутриплевральной и внутрибрюшной геморрагий предпочтительным будет комбинированный тораколапаротомный доступ.

В работах В.С. Харитонов²⁰⁷ при радиокардиографии в сочетании с реопульмонографией в клинике и эксперименте было выявлено снижение объема циркулирующей крови в легких и возрастание периферического сопротивления. При экспериментальном реографическом исследовании было

²⁰⁶ Vagner, E.A., Subbotin, V.M., Bruns, V.A., Kubarikov, A.P. Heart injuries in isolated and multiple trauma (1990) Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova, 145 (9), pp. 84-87. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

²⁰⁷ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, не имеющих ученой степени. – Оп. 1. – Д. Харитонов Владимир Сергеевич

выявлено, что травма груди приводит к значительному нарушению кровообращения в печени, за счет затруднения систолического притока и возрастания периферического сопротивления.

В начале 1990-х гг. расширились возможности исследования изменений иммунного статуса у пострадавших с закрытой травмой груди. В диссертации Н.А. Шиловой²⁰⁸ были выявлены две волны увеличения абсолютного числа лимфоцитов в периферической крови – на 1-2 и 8-14 сутки после травмы. У больных с инфекционными осложнениями в посттравматическом периоде значительно искажена динамика: отсутствуют обе волны увеличения абсолютного числа лимфоцитов, более того, на 3-4 сутки отмечается снижение абсолютного числа лимфоцитов.

В дальнейшем, группой ученых²⁰⁹ (В.А. Черешнев, Н.Н. Кеворков²¹⁰, К.В. Шмагель, А.А. Ярилин) был сделан вывод о фазности иммунного ответа на травму груди. В первую, антиген-стрессорную фазу (длительность 3—7 суток), генерализованно снижается число Т-клеток и повышается количество В-клеток. Эта фаза протекает на фоне травматического нарушения целостности органов и тканей, что ведет к появлению в кровотоке аутоантигенов. Вследствие этого отмечаются высокий уровень спонтанной бласттрансформации лимфоцитов, повышение численности иммунокомпетентных клеток в регионарных лимфоузлах, крови, селезенке. Снижение количества Т-клеток в тимусе, лимфатических узлах и крови в раннем посттравматическом периоде можно расценивать как стрессорную реакцию межорганного перераспределения лимфоцитов. Часть Т-клеток мигрирует в костный мозг, где происходит активация кроветворения, в том числе и Т-клеточного роста. В результате запуска ранней дифференцировки Т-лимфоцитов наблюдается стимуляция иммунного ответа на Т-зависимый антиген. Вторая фаза – фаза Т-клеточной

²⁰⁸ Шилова, Н.А. Оценка различных звеньев иммунной системы при закрытой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.36/ Н.А. Шилова. – Пермь, 1995. – 23 с.

²⁰⁹ Иммунология комбинированных радиационных поражений / В.А. Черешнев, Н.Н. Кеворков, К.В. Шмагель [и др.]. – Екатеринбург: УрО РАН, 1997. – 163 с.

²¹⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Кеворков Николай Николаевич

гиперплазии возникает со второй недели посттравматического периода и продолжается от двух до трех недель. Эта фаза характеризуется генерализованным ростом числа Т-клеток в тимусе, региональных лимфоузлах и селезенке. Этот процесс можно расценивать с одной стороны, как результат постстрессорной перестройки иммунной системы, а с другой — как дальнейшее развитие реакции на аутоантигены поврежденных тканей. Избирательная гиперплазия Т-клеточного ростка, по-видимому, становится средством усиления иммунологического надзора.

Описанные фазы перестройки иммунной системы не ограничиваются рамками конкретной моделируемой травмы. Антиген-стрессорная фаза характерна для большинства механических повреждений. Вторая фаза развивается при травмах легкой и средней степени тяжести. При тяжелых массивных механических повреждениях нередко возникает гипоплазия лимфоидной ткани с характерным Т-клеточным иммунодефицитом, поэтому развитие третьей фазы прямо зависит от состояния иммунной системы во вторую фазу. После Т-лимфоцитарной гиперплазии наступает выздоровление, сопровождающееся нормализацией структуры лимфоидных органов. Если же число Т-клеток через две недели после травмы находится на низком уровне, риск осложнения резко возрастает.

Вопросы морфологии также рассматривались применительно к травме груди. Диссертация Н.Л. Чазовой²¹¹ посвящена патологоанатомическим изменениям при сочетанной травме груди. ЗТГ с разрывами легких характеризовалась гемопневмотораксом, разрывами париетальной и висцеральной плевры, главных и долевых бронхов и сосудов легких. Повреждения стенок бронхов сопровождаются их спазмом, спаданием и развитием ателектазов. Наблюдались кровоизлияния в лёгких, острая очаговая эмфизема и ателектазы. Разработанная экспериментальная модель стала подтверждением схожести патологоанатомических изменений у человека и

²¹¹ Чазова, Н.Л. Состояние сурфактанта легких при сочетанной травме груди: автор. дис. ... канд. мед. наук/ Н.Л. Чазова. – Пермь, 1982. – 13 с.

животного. В развитии ателектазов и дизлектазов большую роль играет падение содержания сурфактанта. В участках сниженного содержания сурфактанта было резко снижено количество альвеолярных макрофагов в отличие от участков с нормальным содержанием сурфактанта.

Экспериментальное обоснование возможности реэрации легкого, находящегося в ателектазе вследствие разрыва бронха или его посттравматического стеноза, было обосновано в монографии²¹².

Цикл работ обобщен в монографии «Патологическая физиология травмы груди»²¹³. Была выявлена периодизация респираторного дистресс-синдрома на основании данных динамического контроля показателей вентиляции, газообменной функции легких, сократительной и насосной функции сердца²¹⁴.

- Первая стадия характеризуется снижением показателей сердечного выброса.
- Вторая – их динамическим восстановлением.
- Третья – снижением функциональных резервов сердца и легких.
- Четвертая – критическим снижением уровня газообмена и производительности сердца.

Подчеркнута роль факторов метаболической природы (гипоксии) в развитии механизмов повреждения кардиореспираторной системы.

²¹² Разрывы бронхов / Е.А. Вагнер, М.И. Перельман, А.П. Кузьмичев [и др.]. – Пермь: кн. изд-во, 1985. – 185 с.

²¹³ Вагнер, Е.А. Патологическая физиология травмы груди/ Е.А. Вагнер, Г.Г. Рогацкий, В.А. Черешнев. – Пермь: кн. изд-во, 1990. – 190 с.

²¹⁴ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.4147 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1982 г.

4.2. Сочетанная травма груди

На основании патофизиологических моделей была разработаны лечебные подходы в отношении пострадавших с сочетанной травмой груди (СТГ)²¹⁵. Вопросами оказания помощи при сочетанной травме занимались В.Д. Фирсов²¹⁶, В.А. Брунс²¹⁷, С.В. Смоленков²¹⁸, А.С. Денисов²¹⁹, Ю.Б. Шапот, П.М. Бурдуков²²⁰, А.А. Храмцов²²¹, Г.Ф. Маргаритова²²², М.Г. Урман²²³, В.С. Харитонов.

Активное строительство, увеличение числа транспортных средств привели к росту количества дорожно-транспортных происшествий, техногенных травм, что способствовало умножению численности пострадавших с сочетанными травмами. Успехи службы скорой медицинской помощи и служб медицинской эвакуации позволили обеспечить доставку в стационар пациентов, ранее погибавших на месте.

Патофизиологический аспект был разработан на экспериментальной модели П.М. Бурдуковым²²⁴. Им был выполнен анализ результатов

²¹⁵ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.3833 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1981 г.

²¹⁶ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.4440 Отчет о выполнении инициативного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1981 г. Запланирована докторская диссертация доц. В.Д. Фирсова Хирургия осложнений и последствий травмы груди 1969-1978 л.2

²¹⁷ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.3086 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г.

²¹⁸ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 54. – Д.7093 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1973 г.

²¹⁹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.4439 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1983 г.

²²⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Бурдуков Павел Михайлович

²²¹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, не имеющих ученой степени. – Оп. 1. – Д. Храмцов Андрей Алексеевич

²²² Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.1648 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1976 г.

²²³ Vagner, E.A., Firsov, V.D., Urman, M.G., Bruns, V.A. Diagnosis and treatment of closed combined trauma of the chest and abdomen (1978) *Grudnaya Khirurgiya*, 20 (1), pp. 60-66. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

²²⁴ Бурдуков, П.М. Гемодинамика и внешнее дыхание в остром периоде сочетанной травмы груди и головы: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ П.Г. Бурдуков. – Пермь, 1981. – 23 с.

экспериментов стандартизированных моделей сочетанных и изолированных травм груди и головы. На указанных моделях было выявлено, что нарушения электрической активности миокарда неспецифичны и вызваны гипоксией. При изолированной травме страдает сократительная функция только правого желудочка, при сочетанной – правого и левого. Нарушения газообменной функции легких при сочетанной травме связано со снижением эффективности вентиляции, повышением энергетической стоимости дыхания, уменьшением проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны, снижением потребления кислорода и выделения углекислого газа. Изменения внешнего дыхания при сочетанной травме носит фазный характер: гипервентиляция первые 30 минут с последующей гиповентиляцией, а затем отмечается растущая гипервентиляция. Наблюдается снижение регионарного кровотока в бассейнах передней и среднемозговых артерий, базальных сосудах мозга, сонной и позвоночных артериях. Сочетанная травма характеризуется более выраженными признаками – уменьшением кровотока, затруднением прекапиллярного притока и посткапиллярного оттока крови, изменением периферического сопротивления в сосудах головного мозга, легких, печени²²⁵.

Первой обобщающей клинической работой была диссертация В.А. Брунса²²⁶. Сочетанная травма была признана особенно тяжелой формой повреждений, что вызвано резким нарушением витальных функций: шок, нарушения внешнего дыхания, выраженная кровопотеря. Одной из важных особенностей сочетанной травмы груди и живота отмечается большая динамичность функциональных расстройств и смена доминирующих факторов, обуславливающих критическое состояние. Впервые в НШ высказана идея «доминирующей травмы» – наиболее жизнеугрожающего повреждения, на поиск которого должен быть нацелен диагностический процесс. По мнению

²²⁵ Vagner, E.A., Firsov, V.D., Chereshev, V.A., Bruns, V.A., Kharitonov, V.S. Clinical, diagnostic and treatment characteristics of severe, combined chest injury (1980) *Sovetskaya Meditsina*, (10), pp. 85-86. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

²²⁶ Брунс, В.А. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной травме груди и живота: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В. А. Брунс. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1980. – 21 с.

автора, даже терминальное состояние больного не должно быть препятствием для выполнения жизненно-необходимых диагностических манипуляций. Инструментальным исследованиям (рентгеновское исследование, «ультразвуковая биолокация», лапароцентез, лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия) придавалось всё большее значение. Оперативное вмешательство должно производиться одновременно с выведением больного из шока, коррекции дыхательной недостаточности и возмещением кровопотери. Показаниями к операции должны быть продолжающееся внутриперикардальное или внутриплевральное кровотечение, напряженный клапанный пневмоторакс при неэффективности декомпрессии, грудобрюшные повреждения с разрывом диафрагмы, повреждения паренхиматозных и полых органов живота. «Доминирующей травмой» определяется последовательность оперативных вмешательств: декомпрессия (пункция, дренаж) при напряженном гемоперикарде и напряженном пневмотораксе со смещением средостения²²⁷; торакотомия при нарастающем гемотораксе и лапаротомия при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении. Среди причин летальности особо выделена «задержка операции в связи с выведением больного из шока».

В докторской диссертации в форме научного доклада В.А. Брунса²²⁸, определены алгоритмы диагностической и хирургической тактики при сочетании травмы груди с повреждением других анатомических областей. При тяжелой сочетанной травме груди и живота автором выделены следующие принципы: ранняя и полная коррекция острой дыхательной недостаточности и острой кровопотери, операция по абсолютным показаниям на фоне проведения противошоковой терапии. Выбор последовательности операций определяется доминирующей травмой. При тяжелой сочетанной травме груди и таза основным патогенетическим звеном отмечается кровопотеря, и её адекватная коррекция обеспечивает предупреждение развития осложнений. При этом виде травмы

²²⁷ В будущем гемоперикард будет признан абсолютным показанием к экстренной операции.

²²⁸ Брунс, В.А. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной травме груди в остром периоде травматической болезни: Диагностика, лечение, исходы): дис. ... д-ра мед. наук (в форме научного доклада): 14.00.27 / В.А. Брунс. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. – 40 с.

необоснованное расширение хирургической активности приводит к росту летальности. Тяжелая сочетанная травма груди и скелета наряду с острой дыхательной недостаточностью и гиповолемией может осложняться травматическим шоком и жировой эмболией. Первоочередными задачами должны быть ликвидация патологии дыхания, шока. В период выраженных кардиореспираторных расстройств рекомендовано соблюдать принцип минимального вмешательства на скелете. Тяжелая сочетанная травма груди и головы требует декомпрессии головного мозга и дренирования плевральной полости. Торакотомия показана при тампонаде сердца, прогрессирующем внутриплевральном кровотечении, непреодолимом напряженном пневмотораксе.

А.А. Храмцовым²²⁹, выделены три периода в клиническом течении травматической болезни: острый (1-3 суток), токсический (4-10 суток) и период септических осложнений (до 3-4 недель). Для диагностики забрюшинного кровотечения было предложено использовать внутрикостную флебографию. Пролонгированная внутрикостная гемостатическая блокада таза позволяет рано и эффективно добиться обезболивания и начать региональную гемостатическую терапию. С диагностической целью рекомендовано предпочесть лапароскопию лапаротомии. Доказана эффективность гемосорбции как одного из методов детоксикации в третий период травмы. В дальнейшем, было рекомендовано при тяжелых степенях гиповолемического шока и нестабильной гемодинамике при активной инфузионной терапии выполнять двухстороннюю перевязку внутренних подвздошных артерий.

Опыт работы специализированного торакального отделения Пермской областной клинической больницы, «усиленного группой научных сотрудников Пермского медицинского института», был обобщен в диссертации²³⁰ С.И.

²²⁹ Храмцов, А.А. Хирургическая тактика при сочетанной травме груди и таза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ А.А. Храмцов. – Пермь, 1985. – 13 с.

²³⁰ Срыбных, С.И. Хирургия торакоабдоминальных ранений в условиях оказания специализированной помощи при травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С. И. Срыбных. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1986. – 17 с.

Срыбных²³¹. Автор подчеркнул сложность диагностики торакоабдоминальных ранений. При одновременном кровотечении в грудную полость и живот оптимальным было признано последовательное дренирование плевральной полости, реинфузия крови и лапаротомия для остановки внутрибрюшного кровотечения. Наилучшие результаты были при боковой торакотомии по 7-8 межреберьям. Торакофренолапаротомия может быть оправдана при обширных огнестрельных ранениях со значительными повреждениями в обеих полостях.

В монографии²³² сформулированы принципы широкого применения инструментальных методов диагностики, в том числе перерастания диагностического пособия в лечебное. Дифференцированный подход и активно-выжидательная тактика были признаны более обоснованными, нежели обязательная торакотомия, обязательная лапаротомия и тем более торакофренолапаротомия. Показанием к торакотомии может быть только неустранимая дренированием патология грудной полости, а к лапаротомии – объективно доказанный гемоперитонеум.

Формирование в составе скорой помощи реанимационно-хирургических бригад было обосновано на опыте хирургической службы г. Ленинграда в докторской диссертации Ю.Б. Шапота²³³. Предлагалось оснащение наборами для дренирования плевральных полостей, системами для реинфузии крови из плевральной полости и иглами с клапанами для дренирования плевральных полостей. Впервые применённая компьютерная обработка большого клинического материала позволила выделить группы пострадавших с благоприятным, сомнительным и неблагоприятным прогнозом для оперативных вмешательств и определить оптимальную очередность и объем помощи на этапах медицинской эвакуации. Доказан выраженный противошоковый эффект экстремедуллярного костного внеочагового остеосинтеза ребер и

²³¹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Срыбных Сергей Иванович

²³² Грудобрюшные ранения / Е.А. Вагнер, В.А. Брунс, М.Г. Урман [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1992. – 88 с.

²³³ Шапот, Ю.Б. Закрытая сочетанная травма груди, сопровождающаяся шоком: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ Ю.Б. Шапот. – Пермь, 1987. – 44с.

ретроплевральной региональной анестезии при множественных переломах ребер. Наиболее частые осложнения (пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии и отек легких) требуют противовоспалительной и антиагрегантной терапии. Показаниями к экстренной операции служат тампонада сердца, продолжающееся внутриплевральное кровотечение и неустраняемый консервативно напряженный пневмоторакс. В срочном порядке должны оперироваться больные с разрывами диафрагмы, некупирующимся хилотораксом и свернувшимся гемотораксом.

А.С. Денисовым²³⁴ была дана характеристика сочетанной травме как системному процессу. Тяжесть состояния больного обусловлена «синдромами взаимного отягощения» и «порочных кругов», сложным комплексом ответных реакций организма на «болеую агрессию», «уплотненностью» патологических явлений, ускоренностью и интенсивностью происходящих в организме разрушений. Рекомендовалось подчинить диагностику хирургической тактике и рассматривать её как «неотложное изучение пострадавшего». Критериями определения суммарной тяжести сочетанной травмы могут быть вегетативный ответ на травму (вегетативный тонус, реактивность и обеспеченность деятельности), эндогенная токсичность крови и спинномозговой жидкости. Автор придает большое значение гемо- и ликворосорбции как методу снятия эндогенной интоксикации. Анализ клинического материала позволил выявить значительное количество ошибок на диагностическом (неполная диагностика) и лечебном (несвоевременная или недостаточная инфузионно-трансфузионная терапия) этапах.

Цикл работ был обобщен в монографии²³⁵, выпущенной под общей редакцией акад. Е.А. Вагнера. В книге были сформулированы постулаты современной стратегии оказания помощи поражённым в грудь: предельная

²³⁴ Денисов, А.С. Сочетанная травма груди и головы: (Клиника, диагностика, хирургическая тактика, реабилитация): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.22 / А. С. Денисов. – Пермь: Пермский гос. мед. ин-т, 1993. – 31 с.

²³⁵ Лечение пораженных в грудь на госпитальном этапе/ Е.А. Вагнер, В. А. Брунс, А. С. Денисов [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1994.

объективизация диагностики, комбинированное одномоментное использование различных инструментальных методов, отказ от обязательной торакотомии при повреждении внутригрудных органов, выявление и коррекция доминирующего нарушения при сочетанной травме.

Общественное признание результатов работ выразилось в присуждении Государственной премии РФ²³⁶ в области науки и техники коллективу авторов под руководством акад. Е.А. Вагнера (среди пермяков были: проф. В.А. Брунс²³⁷ – заведующий кафедрой хирургии факультета усовершенствования врачей, проф. А.С. Денисов – заведующий кафедрой травматологии и ортопедии с курсом военно-полевой хирургии) за разработку и внедрение современных концепций лечения тяжелой сочетанной травмы груди и ее осложнений.

В дальнейшем, учениками и соратниками акад. Е.А. Вагнера было продолжено изучение сочетанной травмы в концепции развития травматической болезни²³⁸. На основании выявленных закономерностей была сформулирована дифференцированная хирургическая тактика. В первой прогностической группе (благоприятной для оперативного лечения) делались операции в полном объеме. Во второй – операции проводились в сокращенном объеме, а в третьей осуществлялись только операции реанимационного характера²³⁹.

²³⁶ О присуждении государственных премий Российской Федерации 1997 года в области науки и техники: Указ Президента РФ от 10.06.1997 г. № 564

²³⁷ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Брунс Владимир Алексеевич

²³⁸ Сочетанная травма и травматическая болезнь (общие и частные вопросы патогенеза, клиника и лечение) /под ред. С.А. Селезнева, В.А. Черкасова. — Пермь: Пермская государственная медицинская академия, 1999. 332с.

²³⁹ С.А. Селезнев, Ю.Б. Шапот, С.Ф. Багненко Травматическая болезнь (30 лет размышлений) // Скорая медицинская помощь № 4 2003 «Сочетанная шокогенная травма в аспекте концепции травматической болезни» с. 6-8

4.3. Комбинированная травма груди

Изучение комбинированной травмы было вопросом оборонного характера. Сочетание радиационного воздействия с травматической болезнью, приводит к значительно более тяжелому течению патологического процесса в условиях комбинированного радиационного поражения (КРП), характеризующегося возникновением качественно нового состояния, обусловленного развитием синдромом взаимного отягощения. В проблемной комиссии союзного значения, возглавляемой профессором А.Ф. Цыбом²⁴⁰, работали ученые из Перми: В.А. Черешнев²⁴¹, В.Д. Фирсов²⁴², П.М. Бурдуков, К.В. Шмагель²⁴³, С.Б. Мартемьянов, Н.А. Зубарева, А.Н. Еремеев, Г.В. Зотов.



Рис. 4-3 Коллектив советских ученых, занимавшихся проблемой комбинированных радиационных поражений. В.С. Заугольников, В.А. Черешнев, Р.С. Будагов, В.И. Шантырь, Сотрудница Харьковского НИИ медрadiологии, А.И. Бритун, Е.А. Вагнер, В.С. Харитонов

²⁴⁰ Академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, директор Медицинского радиологического научного центра РАМН, Лауреат Государственной премии СССР в области науки и техники.

²⁴¹ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Черешнев Валерий Александрович

²⁴² Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Фирсов Виктор Дмитриевич

²⁴³ Vagner, E.A., Kevorkov, N.N., Shmagel', K.V. Lymphocyte populations in the post-traumatic period in closed chest trauma (1985) Vestnik Akademii meditsinskikh nauk SSSR, (11), pp. 78-81. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

Vagner, E.A., Kevorkov, N.N., Shmagel', K.V. Mechanisms of the activating effect of a closed chest injury on the immune response (1984) Byulleten Eksperimentalnoi Biologii i Meditsiny, 98 (12), pp. 706-708. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

Результаты, полученные в цикле работ по изучению комбинированного радиационного поражения, легли в основу докторской диссертации В.А. Черешнева²⁴⁴. В дальнейшем Е.А. Вагнер и В.А. Черешнев вошли в состав авторского коллектива руководства по лечению КРП²⁴⁵. В этой работе уже упоминается о многофакторности воздействия при ядерном взрыве, но внимание уделено только механическому аспекту, а радиационный рассматривается лишь как один из сопутствующих. Выявлена ведущая роль радиационного компонента комбинированного поражения в развитии поздних гнойных осложнений.

Экспериментальная модель, отработанная в патофизиологическом эксперименте сочетанной травмы, была трансформирована для изучения КРП. На её основе П.М. Бурдуковым²⁴⁶ было выявлено, что в раннем посттравматическом периоде наблюдается синдром взаимного отягощения – расстройства функционирования жизненно важных органов и систем. Нарушения внешнего дыхания и газообмена проявляются в неэффективности вентиляции, повышении энергетических затрат на дыхание, ухудшении кислородного снабжения организма и появлении смешанного респираторного и метаболического ацидоза. Мобилизуются резервные источники энергоснабжения организма – анаэробный гликолиз и свободнорадикальное окисление. Снижение сократительной способности миокарда, несмотря на гиперкинетический тип активности, приводит к сердечной недостаточности на фоне выраженной вазодилатации. Нарушения микроциркуляции характеризуются сладж-синдромом и синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. На клеточном уровне происходит деструкция мембран.

²⁴⁴ Черешнев, В.А. Закрытая травма груди в комбинации с гамма-облучением (клиника, патогенез, лечение, медицинская защита): дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.27 / В.А. Черешнев. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1982. – 320 с.

²⁴⁵ Руководство по лечению комбинированных радиационных поражений на этапах медицинской эвакуации / под ред. Е.А. Жербина. – М.: Медицина, 1982. – 152 с.

²⁴⁶ Бурдуков, П.М. Сочетанная травма груди в комбинации с лучевым поражением: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / П.М. Бурдуков. – Пермь: ПГМИ, 1988. – 31 с.

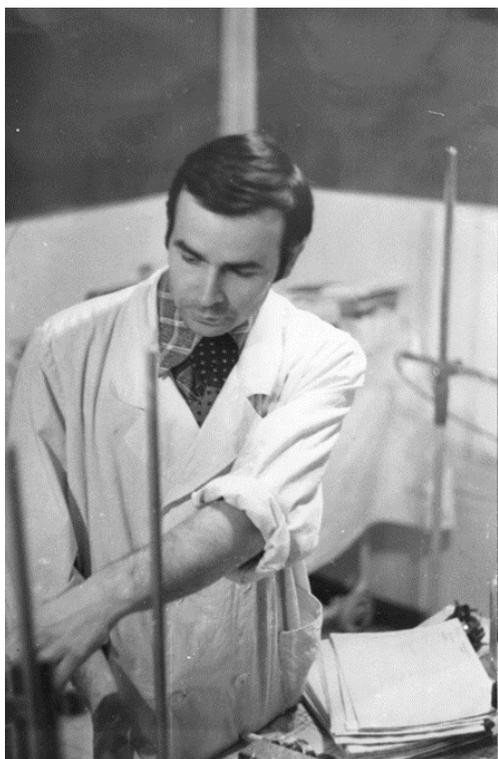


Рис. 4-4 П.М. Бурдуков

Развитие патогенеза при комбинированном радиационном поражении носит фазный характер: первоначально выступают гипоксические расстройства (респираторно-циркуляторного характера), развивается диссеминированное внутрисосудистое свертывание, происходит первичная активизация свободно радикальных процессов; на следующем этапе главную роль обретают нарушения метаболизма, ухудшение свойств крови и несостоятельность ее как газотранспортирующей среды. Кризис энергоснабжения клеток организма и

расстройства кислородного гомеостаза формируют развитие синдромов эндогенной интоксикации и диссеминированного внутрисосудистого свертывания, затем вторичной активизацией свободнорадикального окисления и выраженных мембранодеструктурирующих процессов.

В комплексное лечение рекомендовано включать высокоэффективный радиопротектор цистамин, гемосорбцию как действенное средство детоксикации; коррекцию острой дыхательной недостаточности – спонтанное дыхание с положительным давлением на вдохе и выдохе, нормобарическую и гипербарическую оксигенацию, гелиевую терапию и терапию карбогеном. Инъекции лазикса значительно улучшают газообменную функцию легких.

Была выявлена²⁴⁷ стадийность течения травмы в зависимости от времени, прошедшего с момента гамма-нейтронного поражения. В первые сутки острой лучевой болезни (ОЛБ) резистентность к травме груди повышена, гипоксия вызвана нарушением циркуляции крови. В стадии разгара ОЛБ травма груди

²⁴⁷ Мартемьянов, С.Б. Изменение кислородного режима организма под влиянием закрытой травмы груди, нанесенной в различные сроки лучевой болезни: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.16 / С. Б. Мартемьянов. – Пермь: ПГМИ, 1989. – 17 с.

осложняется гемической и гистотоксической формами гипоксии. При комбинированной травме наблюдается гипоплазия структур костного мозга, качественные и количественные изменения митохондрий.

Сравнение иммунного ответа при изолированной и комбинированной закрытой травме груди было проведено в ряде экспериментальных работ. В работе К.В. Шмагеля²⁴⁸ было доказано, что несмотря на стимулирующее влияние закрытой травмы груди на Т-иммуногенез, лучевое поражение доминирует в картине комбинированного воздействия – происходит угнетение иммунного ответа на Т-зависимый антиген. Т-клеточные нарушения определяются не количественными, а качественными изменениями, и попытка несистемной коррекции (левамизолом) приводит только к росту летальности среди животных. Иммунодепрессия при комбинированном радиационном поражении, в отличие от изолированного, более чем в два раза длительнее, что укладывается в синдром «взаимного отягощения»²⁴⁹. Был выявлен радиопротективный эффект химической сыпнотифозной вакцины.

Результаты исследований, проводившихся под грифом ДСП, были обобщены и изданы в открытой печати²⁵⁰ после завершения периода секретности.

²⁴⁸ Шмагель, К.В. Влияние изолированной и комбинированной закрытой травмы груди на иммунный ответ и популяцию лимфоцитов (экспериментальное исследование) автореф. дис. ... канд. мед наук/ К.В. Шмагель. – Пермь, 1986. – 18 с.

²⁴⁹ Зубарева, Н.А. Изолированная, комбинированная закрытая травма груди и поствакцинальный иммунитет: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 03.00.07 / Н.А. Зубарева. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. – 14 с.

²⁵⁰ Иммунология комбинированных радиационных поражений / В.А. Черешнев, Н.Н. Кеворков, К.В. Шмагель [и др.]. – Екатеринбург: УрО РАН, 1997. – 163 с.

4.4. Анестезиологическое обеспечение хирургических методов лечения травмы груди

Оптимизация хирургической тактики при травме груди потребовала пересмотра требований к анестезиологическому обеспечению²⁵¹. Первой работой в изучении реанимации и обезболивания была диссертация Я.А. Ортенберга²⁵² - организатора первого в Пермской области реанимационного отделения во Второй областной больнице г. Березники²⁵³. В ней высказывается идея о том, что анестезиологическое обеспечение должно быть адекватно хирургическому. Так, первоочередной задачей должно быть восстановление проходимости трахеобронхиального дерева (интубация трахеи, трахеостомия, бронхоскопия). Оптимальным методом обезболивания для оперативного вмешательства при повреждении внутригрудных органов был признан эндотрахеальный наркоз с искусственной вентиляцией легких. С целью предупреждения осложнений интубационного наркоза (усиление напряженного пневмоторакса со смещением средостения, эмфизему средостения и экстраперикардальную тампонаду сердца, вторичную травму обломками ребер) рекомендовано использовать отдельную интубацию бронхов двухпросветной трубкой. Для наглядного графического отображения результатов динамического наблюдения в работу клиники была внедрена «Экспресс-карта наблюдения за тяжелым больным», которая используется до настоящего времени.

²⁵¹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.3086 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г.

²⁵² Ортенберг, Я.А. Реанимация и обезболивание при тяжелой травме груди: автореф дис. ... канд. мед. наук: 14.777 / Я. А. Ортенберг. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1970. – 18 с.

²⁵³ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Ортенберг Ян Абрамович

С.Г. Шумейко²⁵⁴ были изучены преимущества премедикации клофелином, которые заключались в уменьшении гиперрегической реакции, стабилизации показателей гомеостаза, снижении необходимой дозы наркотических анальгетиков. Клофелин-калипсоловая анестезия не приводит к наркотическому



Рис. 4-5 в отделении реанимации Областной клинической больницы во время Пироговских чтений. Е.А. Вагнер, Б.В. Коноплев, Б.В. Петровский, Н.М. Каганович, В.А. Черкасов, П.Г. Кубариков

угнетению дыхания, способствует быстрому восстановлению физической активности больных. Эпидуральное и субдуральное введение клофелина вызывает длительную аналгезию, достаточную для купирования болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.

В работе В.В. Гаврилова²⁵⁵ доказано преимущество длительной интраплевральной анестезии по сравнению с эпидуральной.

Эффекты интраплеврального введения анестетика обусловлены воздействием на межреберные нервы и элементы симпатической нервной системы и заключаются в улучшении газового состава крови, снижением количества пневмоний и ателектазов.

В докторской диссертации²⁵⁶ А.Т. Матвеева²⁵⁷, был сделан вывод о том, что эпидуральная анестезия может широко применяться как компонент комплексного лечения или самостоятельный метод. Эффект эпидуральной

²⁵⁴ Шумейко, С.Г. Обезболивание клофелином у больных хирургического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ С. Г. Шумейко. – Пермь, 1994. – 25 с.

²⁵⁵ Гаврилов, В.В. Интраплевральная анальгезия в лечении пострадавших с закрытой травмой груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 14.00.37 / В. В. Гаврилов. – Пермь: Перм. обл. клиническая больница, 1995. – 16 с.

²⁵⁶ Матвеев, А.Т. Регионарная анальгезия в лечении болевых синдромов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27; 14.00.37 / А. Т. Матвеев. – Пермь: Перм. мед. ин-т, 1990. – 35 с.

²⁵⁷ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Матвеев Андрей Теодорович

анестезии обусловлен сочетанием сегментарных супраспинальных механизмов действия наркотических анестетиков. Для обезболивания при хирургических операциях предпочтительно эпидуральное введение фентанила по сравнению с дикаином или морфином. При односторонних переломах 3-4 ребер эффективна длительная субплевральная блокада, при множественных и двухсторонних – эпидуральная анестезия наркотическими анальгетиками²⁵⁸. Были подтверждены данные С.А. Плаксина о нежелательности применения морфина для эпидуральной анестезии, т.к. он повышает давление в малом круге кровообращения. Эпидуральная анестезия дикаином оказывает гипотензивный эффект, снижает потребление кислорода миокардом и уменьшает внутрилёгочное шунтирование. Применение региональной анестезии при дегенеративно-дистрофическом поражении поясничного отдела позвоночника эффективно купирует боли. Применение субплевральных блокад у больных с нестабильной стенокардией вызывает снижение потребления нитратов или полный отказ от них. Способ лечения болевого синдрома при остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии был защищен патентом в 1985 г.²⁵⁹.

В монографиях «Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери»²⁶⁰ и «Реинфузия крови»²⁶¹ рассмотрены предпосылки и обоснование переливания крови, собранной во время операции по поводу ранений и заболеваний. Были описаны и проанализированы оптимальные способы коррекции острой кровопотери путём переливания кровезамещающих жидкостей и реинфузии. Даны практические рекомендации по предупреждению и борьбе с осложнениями переливания крови.

²⁵⁸ Vagner, E.A., Matveev, A.T. Methods of regional analgesia in closed trauma of the chest (1990) Vestnik Akademii meditsinskikh nauk SSSR, (3), pp. 40-43. (входит в международную базу данных научных статей Scopus) ²⁵⁹ № 1264944

²⁶⁰ Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери / Е.А. Вагнер, В.С. Заугольников, Я.А. Ортенберг [и др.]. – М.: Медицина, 1986. – 160 с.

²⁶¹ Вагнер, Е.А. Реинфузия крови / Е. А. Вагнер, В. М. Тавровский, Я.А. Ортенберг. – Пермь: кн. изд-во, 1977. – 92 с.

4.5. Диапевтические и миниинвазивные технологии в оказании помощи при травме груди

В соответствии с развитием материальной базы и расширением возможностей инвазивной диагностики менялось отношение к торакокопии как диагностической и лечебной процедуре. Её возможности были отмечены в монографии²⁶² на основании клинического опыта.



Схема 4-2 Изменение подходов НШ в отношении миниинвазивных вмешательств



Рис. 4-6 А.В. Касатов

В диссертации А.В. Касатова²⁶³ на основании большого клинического опыта было доказано, что выполнение торакокопии показано всем пострадавшим с подозрением на свернувшийся гемоторакс. Высокая частота обсеменённости посттравматического свернувшегося гемоторакса микрофлорой, отсутствие связи между инфицированностью, объёмом свернувшегося гемоторакса, и сроками с момента его образования и обусловленный этим высокий риск развития посттравматической эмпиемы плевры обуславливают необходимость его удаления во всех случаях. Открытая операция

²⁶² Вагнер, Е.А. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии / Е. А. Вагнер, В. М. Тавровский. – Пермь: кн. изд-во, 1977. – 262 с.

²⁶³ Касатов, А.В. Диагностика и лечение свернувшегося гемоторакса при проникающих ранениях и закрытой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.27 / А. В. Касатов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 21с.

(декортикация лёгкого с париетальной плеврэктомией) показана только в поздние сроки при наличии выраженной плевральной шварты, препятствующей расправлению легкого.

В докторской диссертации В.М. Субботина²⁶⁴ были обобщены диапневтические возможности торакоскопии. Под контролем эндоскопа при проникающих и закрытых травмах груди возможно выполнение ушивания поверхностных дефектов легкого, лечебный плевродез, электрокоагуляцию ран лёгкого и грудной клетки. Удаление свернувшегося гемоторакса как одного из осложнений травмы груди может быть осуществлено с использованием ультразвукового диссектора и гильотинного аспиратора. Необходимость



Рис. 4-7 В.М. Субботин

активной хирургической тактики подтверждается результатами лабораторных исследований и обнаруженной аэробной и анаэробной флорой внутри сгустка. При спонтанном пневмотораксе возможно выполнение плевродеза, париетальной плеврэктомии и электрокоагуляции. Эффективность ранней видеоторакоскопии при боевой травме была подтверждена опытом оказания помощи раненым во время чеченской военной кампании²⁶⁵.

Преимущества ранней торакоскопии были доказаны в диссертации Ю.В. Трефиловой²⁶⁶. Санация и прицельное дренирование под визуальным контролем сокращает лечение на госпитальном этапе и сроки реабилитации.

²⁶⁴ Субботин, В.М. Оперативная торакоскопия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / В. М. Субботин. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 36с.

²⁶⁵ Брюсов, П.Г. Дневник главного хирурга. Военно-полевая хирургия в локальном военном конфликте на Северном Кавказе / П. Г. Брюсов. — М.: Домашняя библиотека: изд. дом Брюсова, 2013. — 183 с.

²⁶⁶ Трефилова, Ю. В. Оптимизация диагностики и лечения малого и среднего гемоторакса и пневмоторакса у пострадавших с проникающими ранениями и закрытой травмой груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Ю. В. Трефилова. — Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера, 2006. — 20 с.

Внедрение электронно-вычислительной техники дало возможность на основании компьютерного анализа оценки шокогенности травмы груди и прогноза исхода травмы на основе времени изгнания, индекса преднагрузки, фракции выброса из левого желудочка²⁶⁷.

²⁶⁷ Щеткина, И. Н. Прогнозирование исхода закрытой изолированной и сочетанной травмы груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / И. Н. Щеткина. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1999. — 22с.

Глава 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧЕНИКОВ, СОТРУДНИКОВ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ АКАД. Е.А. ВАГНЕРА

Изучение травмы груди было центральным «ударным» направлением научной школы, принесшим ей известность в Советском Союзе. Динамично развивающийся коллектив разноплановых исследователей привлекал зрелых ученых и молодых специалистов. Например, кандидатская диссертация П.Я. Сандакова посвящена травме груди²⁶⁸, а докторская – лечению осложненных форм желчно-каменной болезни²⁶⁹. Формирующаяся инфраструктура обеспечивающих направлений позволила решать ряд других важных народно-хозяйственных задач.

5.1. Хирургия сосудов (проф. С.Г. Суханов)

Вопросами хирургического лечения заболеваний сердца и сосудов занимались С.Г. Суханов, В.А. Черкасов, В.Н. Бачериков, С.А. Красильников, Н.А. Лихачева, В.А. Василец, И.С. Мухамадеев, А.И. Катков, Н.М. Пысин.

Развитие направления началось с работ В.Н. Бачерикова²⁷⁰, который занимался операциями при травме сосудов²⁷¹. С.Г. Сухановым²⁷² на основании математической модели было выявлено, что стенозирование происходит под влиянием радиально направленных сил вывернутого эластического края участков соустья²⁷³. Контрастная реовазография позволяет определить степень

²⁶⁸ Сандаков, П.Я. Закрытая травма груди с переломами ребер (клинико-эксперим. исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / П.Я. Сандаков. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1977. – 14 с.

²⁶⁹ Сандаков, П.Я. Оценка факторов риска и хирургическая тактика при холецистите в сочетании с заболеваниями гепатодуоденальной зоны: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / П.Я. Сандаков. – Пермь, 1993. – 39 с.

²⁷⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, не имеющих ученой степени. – Оп. 1. – Д. Бачериков Всеволод Николаевич

²⁷¹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 54. – Д.7093 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1973 г.

²⁷² Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Суханов Сергей Германович

²⁷³ Vagner, E.A., Sukhanov, S.G., Aptukov, V.N. Mechanical behavior of vascular anastomoses in sclerotic arteries and a model for this behavior *Mechanics of Composite Materials*, 18 (2), pp. 240-245. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)



Рис. 5-1 С.Г. Суханов

изменения сосудистой стенки. Разработанный способ сшивания сосудов²⁷⁴, основанный на рассечении вывернутого края в четырех местах и наложении восьмиобразных швов в местах насечек не вызывает сужения анастомоза.

В диссертации Н.И. Филоненко²⁷⁵ была доказана необходимость выявления в предоперационном периоде бессимптомно протекающей ишемической болезни сердца. Для этого использовались методики чреспищеводной электростимуляции предсердий и нагрузочной эхокардиографии.

Критериями риска развития инфаркта миокарда были признаны низкий порог ишемии и нагрузочная фракция выброса, отсутствие прироста сердечного индекса и снижения общего периферического сопротивления. Проведение комплексной антиангинальной терапии (нитраты, бета-блокаторы и антагонисты кальция) позволило значительно снизить частоту кардиальных осложнений.

Изучение вопросов оказания помощи больным с распространённым атеросклерозом было продолжено учениками Е.А. Вагнера и С.Г. Суханова. Так, в работе Н.А. Лихачевой²⁷⁶, выяснено, что множественность и тяжесть поражений аорты и магистральных артерий приводит к большому числу «конкурирующих» поражений. Изменения крови характеризуются гиперагрегацией, угнетением фибринолиза, гиперфиброногемией с одной

²⁷⁴ Авторское свидетельство на изобретение № 825034 «Способ сшивания сосудов», выдано С.Г. Суханову

²⁷⁵ Филоненко, Н. И. Клинико-функциональная оценка коронарного и гемодинамического резерва у больных с окклюзирующими заболеваниями аорты и магистральных артерий в предоперационном периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Н. И. Филоненко. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1991. — 25с.

²⁷⁶ Лихачева, Н. А. Тактика и результаты хирургического лечения мультифокального атеросклероза у больных сахарным диабетом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Н. А. Лихачева. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1998. — 23с.

стороны и гипокоагуляцией (вплоть до коагулопатий в стадии декомпенсации углеводного обмена) с другой. Необходимость антиангинальной терапии в предоперационном периоде вызвана доказанным наличием у таких пациентов ишемической дисфункции и диабетической кардиомиопатии. Применение одномоментных или в короткие сроки множественных операций не приводят к росту числа послеоперационных осложнений и летальности. И.С. Мухамадеев²⁷⁷ подтвердил тезис об оправданности активной хирургической тактики. При адекватной предоперационной терапии, направленной на увеличение коронарного резерва, одномоментные сочетанные операции при аневризме брюшной аорты хорошо переносятся больными.

С.А. Красильников²⁷⁸ доказал эффективность внутривенного применения аспирина и аспирина для предупреждения послеоперационных тромбозов.



Рис. 5-2 В.А. Василец

В.В. Протопопов²⁷⁹ разработал оптимальную технологию сбора и переливания аутокрови, описал преимущества такого способа восполнения кровопотери перед традиционным переливанием донорской крови.

Большой личный опыт заведующего ангиографическим отделением В.А. Васильца²⁸⁰ послужил основой для диссертации²⁸¹.

Рентгеноэндоваскулярные вмешательства позволили оптимизировать лечебный процесс у больных с мультифокальными поражениями. Они могут применяться самостоятельно (например, при высокой

²⁷⁷ Мухамадеев, И. С. Тактика и хирургическое лечение аневризм брюшной аорты у больных мультифокальным атеросклерозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / И. С. Мухамадеев. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1996. — 32с.

²⁷⁸ Красильников, С.А. Применение ацетилсалициловой кислоты в реконструктивной хирургии аорты и магистральных артерий и перспективы создания ее водорастворимых форм (клинико-эксперим. исслед.): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С. А. Красильников. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 21с.

²⁷⁹ Протопопов, В. В. Реинфузия крови при плановых операциях на аорте и магистральных артериях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В. В. Протопопов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1988. — 20с.

²⁸⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, не имеющих ученой степени. — Оп. 1. — Д. Василец Владимир Анатольевич

²⁸¹ Василец, В. А. Эндоваскулярная дилатация в комплексном лечении окклюзирующих заболеваний аорты и магистральных артерий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.44 / В. А. Василец. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 23 с.

степени операционного риска) и в комплексе с открытыми вмешательствами на брахицефальных артериях, почечных артериях, терминальном отделе аорты и подвздошных артериях.

В диссертации С.Н. Шибанова²⁸², рассмотрены вопросы санаторно-курортного лечения в послеоперационном периоде. Для больных без сопутствующей ишемической болезни сердца и хронической недостаточности мозгового кровообращения были рекомендованы сероводородные ванны и локальная баротерапия на нижние конечности, при наличии этой сопутствующей патологии – йодобромные ванны с локальной баротерапией.



Схема 5-1 Схема научного направления сосудистой хирургии, возглавляемого проф. С.Г. Сухановым

Цикл работ был обобщен С.Г. Сухановым²⁸³, который на основании опыта лечения более 2 500 больных доказал преимущества одномоментной коррекции кровотока в разных анатомо-функциональных бассейнах при сочетанном атеросклеротическом поражении сосудов.

Наряду с лечением атеросклеротических поражений сосудов сердца и конечностей были проведены работы по лечению патологической извитости брахицефальных артерий, которая часто приводит к ишемическому инсульту у лиц молодого возраста. В этом направлении была выполнена работа А.И.

²⁸² Шибанов, С.Н. Реабилитация больных окклюзирующим атеросклерозом после реконструктивных операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей на курорте «Усть-Качка»: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.Н. Шибанов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1992. — 20 с.

²⁸³ Суханов, С.Г. Хирургическое лечение и реабилитация больных с мультифокальными поражениями при заболеваниях аорты и магистральных артерий: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / С. Г. Суханов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 31 с.

Каткова²⁸⁴. Было выявлено, что неблагоприятные условия в фокусе долихоартропатии способствуют дистрофии сосудистой стенки и развитию выраженных атеросклеротических изменений, что создает предпосылки для тромбо- и эмболических осложнений и должно быть показанием для резекции пораженного участка артерии. Автор пришел к выводу об оправданности у больных с множественным поражением брахицефальных артерий одностенных (или этапных в короткие сроки) реконструкций с целью максимально возможной коррекции мозгового кровотока.

В кандидатской диссертации²⁸⁵ Ю.Ю. Соколова²⁸⁶ было доказано, что реоксигенация после длительной ишемии (6 ч.) не приводит к восстановлению функционального состояния митохондриальных и цитозольных энергетически-транспортных цепей, активирует перекисное окисление липидов. К реперфузионным повреждениям относятся миоцитоллиз, повреждение эндотелиоцитов микрососудов с экстравазацией клеток крови и выраженным интерстициальным отеком. Их предупреждение возможно при дозированной реперфузии, умеренной локальной гипотермии, региональной гемосорбции и ультрафиолетовом облучении крови. Результаты работы были внедрены в практику при реплантации конечностей²⁸⁷.

²⁸⁴ Катков, А.И. Хирургическое лечение патологической извитости сонных артерий: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.27 / А.И. Катков. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1999. — 21 с.

²⁸⁵ Соколов, Ю.Ю. Реперфузионные нарушения при острой ишемии конечностей (клинико-эксперим. исслед.): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Ю.Ю. Соколов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 24 с.

²⁸⁶ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Соколов Юрий Юрьевич

²⁸⁷ «Уникальная операция» А. Лебединский Звезда 24 мая 1986, «Редкая операция» А. Лебединский Социалистическая индустрия 10 июня 1986

5.2. Билиарная хирургия (проф. Л.Ф. Палатова, проф. Л.П. Котельникова, проф. П.Я. Сандаков)

Лечение больных с патологией печени и внепеченочных желчных путей было одним из основных направлений НШ, интерес к которому возник ещё у предшественника Е.А. Вагнера на посту заведующего кафедрой – проф. С.Ю. Минкина.

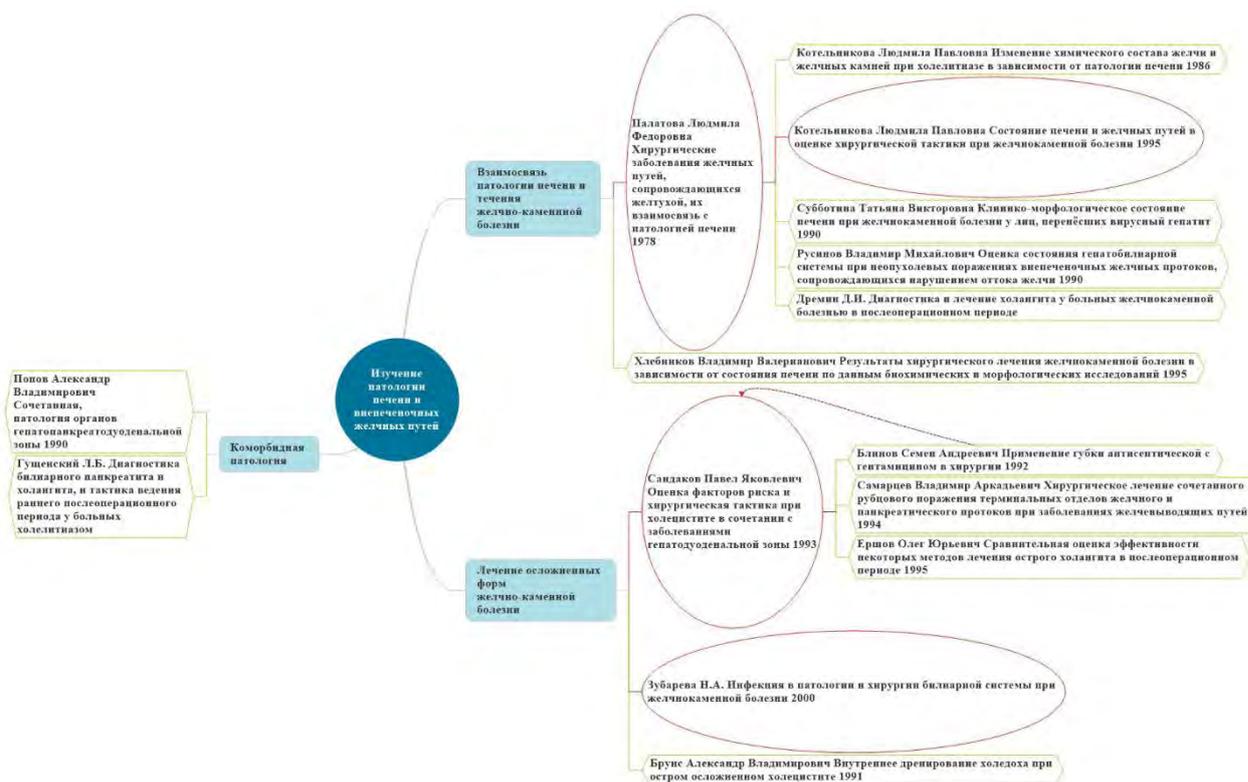


Схема 5-2 Схема научного направления билиарной хирургии и гепатологии (красным кругом отмечены докторские диссертации, зеленым шестиугольником – кандидатские)

К середине XX века существовали серьезные проблемы в гепатологии, в том числе в диагностике желтух. Доклад на эту тему на XXVII Всесоюзном съезде хирургов в 1960 г. сделал С.Ю. Минкин²⁸⁸. Этой проблемой в тоже время начала заниматься Л.Ф. Палатова²⁸⁹. В результате анализа полученных результатов был разработан алгоритм дифференциальной диагностики желтух на основе патогенетической их классификации, предложенной Е.Н. Тер-

²⁸⁸ Исторические очерки Пермской областной клинической больницы. – Пермь: СОТА, 2008. – 152 с.

²⁸⁹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ): Ф. 482. Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56. – Д.1649 Отчет о выполнении инициативного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1976 г.

Григоровой. По ходу исследований стало ясно, что многочисленная группа страдающих желчнокаменной болезнью неоднородна. Была обнаружена четкая зависимость патологии желчных путей от состояния самой печени, а состава камней – от морфологических изменений гепатоцитов. Пробелы в представлении о патогенезе камнеобразования дали толчок в направлении выяснения различий в составе холестериновых и пигментных конкрементов, патологических изменений в печени при их образовании, что позволило определить показания и методы лечения желчнокаменной болезни.

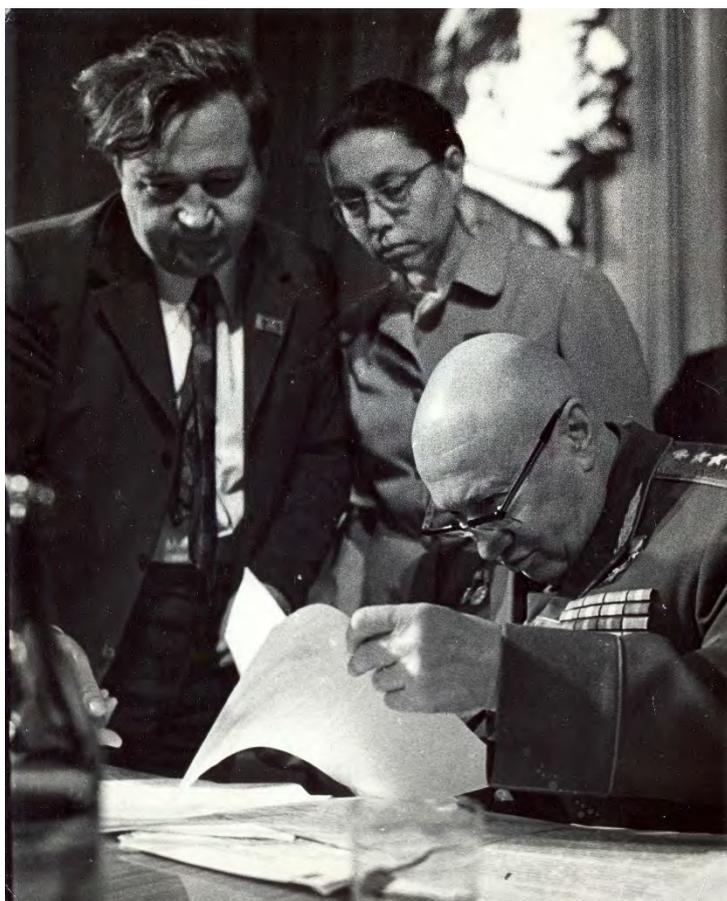


Рис. 5-3 Е.А. Вагнер, Л.Ф. Палатова, А.А. Вишневский

Основу заложила профессор Л.Ф. Палатова в докторской диссертации²⁹⁰. В ней была разработана и доказана концепция, согласно которой механизм развития желтухи при заболеваниях внепеченочных желчных путей определяют причины нарушения оттока желчи: опухолевая обструкция всегда вызывает внепеченочный холестаз, желчнокаменная болезнь осложняется внепеченочным холестазом только при вклинении камня или

рубцовом стенозе. У большинства больных проходимость желчных путей сохраняется, а желтуха возникает на фоне хронических поражений печени в связи с внутрипеченочным холестазом. Было выделено две фазы в развитии вторичных нарушений в паренхиме печени при опухолевой обструкции. Вначале задержка желчи вызывает функциональное напряжение интактной до этого

²⁹⁰ Палатова, Л.Ф. Хирургические заболевания желчных путей, сопровождающиеся желтухой, их взаимосвязь с патологией печени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/Л.Ф. Палатова. – Пермь, 1976. – 39 с.

печени. Позднее наступает декомпенсация с недостаточностью функций печени, дистрофией гепатоцитов, снижением активности тканевых фосфатаз, уменьшением содержания основных компонентов вплоть до образования «белой желчи». Был создан алгоритм дифференциальной диагностики желтух.

В диссертации Л.П. Котельниковой²⁹¹ была выявлена взаимосвязь между структурой желчных камней и состоянием печеночной паренхимы. Было выяснено, что образование холестериновых и смешанных камней в желчном пузыре соответствует умеренным дистрофическим изменениям печени, а пигментных камней в желчном пузыре и протоке – хроническому гепатиту, приведшему к глубокому нарушению химизма желчи. Высокое содержание азота и фосфора в желчных камнях отражает некробиоз и выраженные изменения обмена билирубина и фосфолипидов²⁹². Клиническим следствием этого вывода было обнаружение высокого риска рецидива холелитиаза и формирования стеноза большого дуоденального сосочка у больных, страдающих желчнокаменной болезнью на фоне хронического гепатита.

В диссертации Т.И. Субботиной²⁹³, защищенной в 1990 г., было доказано, что морфологические изменения, обусловленные вирусным гепатитом, отягощают течение заболевания независимо от нарушения оттока желчи и продолжительности холестаза. Для этих пациентов характерно преобладание морфологических изменений в виде хронического активного и персистирующего гепатита и цирроза печени, которые сопровождаются развитием печеночной недостаточности и повышением литогенности желчи. Больные желчнокаменной болезнью, перенёсшие вирусный гепатит, требуют раннего хирургического вмешательства, направленного на устранение подпеченочного холестаза и улучшения пассажа по желчевыводящим путям.

²⁹¹ Котельникова, Л.П. Изменения химического состава желчи и желчных камней при холелитиазе в зависимости от патологии печени: дис. ... канд. мед. наук :14.00.27/ Л. П. Котельникова. — Пермь, 1985. — 164с.

²⁹² Vagner, E.A., Palatova, L.F., Kotel'nikova, L.P. Interrelations of changes in liver tissue and chemical composition of the bile and biliary calculi (1987) Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova, 139 (12), pp. 24-27. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

²⁹³ Субботина, Т.И. Клинико-морфологическое состояние печени при желчнокаменной болезни у лиц, перенесших вирусный: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Т. И. Субботина. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. — 22с.

Глубина воспалительных, дистрофических и некробиотических изменений при вторичном вовлечении в патологический процесс зависит от продолжительности заболевания, выраженности обструкции общего желчного протока и наличия сопутствующей патологии.

Критерии оценки показателей энзимологических изменений как характеристик состояния гепатобилиарной системы были разработаны в диссертации В.В. Хлебникова²⁹⁴. Было установлено, что признаком острого воспаления желчных путей может служить повышенная активность каталазы и лактатдегидрогеназы желчи. Исследование активности органоспецифичных ферментов печени гистидазы и урокиназазы в динамике служит показателем эффективности лечения. Антиоксидантная терапия²⁹⁵ (витамин С и альфа-токоферол) нормализует активность ферментов крови, желчи, улучшает состояние печени и способствует благоприятному течению послеоперационного периода.

Использование уровня каталазы желчи для динамического контроля над эффективностью лечения холангита было освещено О.Ю. Ершовым²⁹⁶. Учитывая практически 100% инфицированность желчи холедоха при остром холангите, было предложено применение низкоэнергетического излучения гелий-неонового лазера для повышения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, вводимым парентерально.

Вопросы коморбидности были рассмотрены в диссертации А.В. Попова²⁹⁷. Было выявлено, что желчнокаменная болезнь способствует развитию дуоденогастрального рефлюкса и прогрессированию воспалительных и

²⁹⁴ Хлебников, В.В. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни в зависимости от состояния печени по данным биохимических и морфологических исследований: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.В. Хлебников. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1995. — 19с.

²⁹⁵ Vagner, E.A., Khlebnikov, V.V., Terekhina, N.A., Palatova, L.F. Antioxidants in the treatment of cholelithiasis patients (1997) Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova, 156 (1), pp. 36-39. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

²⁹⁶ Ершов, О.Ю. Сравнительная оценка эффективности некоторых методов лечения острого холангита в послеоперационном периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / О.Ю. Ершов. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1995. — 17с.

²⁹⁷ Попов, А.В. Лечебная тактика при желчнокаменной болезни в сочетании с патологией желудка, двенадцатиперстной кишки и печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / А.В. Попов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. — 23с.

склеротических процессов в слизистой оболочке желудка; недостаточности сфинктера Одди и функционально-морфологическим изменениям в двенадцатиперстной кишке; повышению содержания продуктов перекисного окисления липидов (особенно у больных с хронически активным и хроническим персистирующим гепатитом). Диагностический алгоритм у больных с желчнокаменной болезнью должен включать эндоскопическое и рентгенологическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Своевременное выявление сопутствующей патологии служит одним из факторов предупреждения постхолецистэктомического синдрома.

Оптимизации хирургической тактики при патологии внепеченочных желчных путей был посвящен ряд работ. В диссертации В.М. Русинова²⁹⁸ были выделены компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная стадии нарушения оттока желчи. Классификация отражает клинические, морфологические и сосудистые (определяемые при реогепатографии) нарушения. Выявленный при интраоперационном гистологическом исследовании патоморфологический синдром желчной гипертензии (вне- и внутриклеточной холестаза, пролиферация холангиол, расширение междольковых желчных протоков, хронический холангит и перидуктулярный фиброз) позволяет установить показания к коррекции нарушений оттока желчи. В компенсированной и субкомпенсированных стадиях вмешательство выполняется в полном объеме, в декомпенсированной – в зависимости от выраженности печёночной недостаточности и перитонита, может ограничиваться холецистэктомией, холедохолитотомией и наружным дренированием желчных протоков.

²⁹⁸ Русинов, В.М. Оценка состояния гепатобилиарной системы при неопухолевых поражениях внепеченочных желчных протоков, сопровождающихся нарушением оттока желчи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.М. Русинов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. — 26с.

Двухэтапность лечения больных с острым осложнённым холангитом была предложена в диссертации²⁹⁹ А.В. Брунса³⁰⁰: первый этап – эндоскопические операции с целью наружного отведения желчи, второй этап – радикальное вмешательство в плановом порядке.



*Рис. 5-4 С.А. Плаксин, В.А. Журавлев,
Р.Н. Хохлова, Л.П. Котельникова,
В.А. Черкасов, Е.А. Вагнер*

Работы по изучению связи патологии печени и внепеченочных желчных путей были обобщены в докторской диссертации Л.П. Котельниковой³⁰¹. В ней на основании более 300 наблюдений, было выявлено, что печёночная недостаточность при желчнокаменной болезни тяжелее протекает у больных с первичными хроническими заболеваниями печени. Реконструктивные операции на желчных путях, завершённые наружным дренированием, служат для профилактики печеночной недостаточности. Было установлено, что одномоментная операция на желчных путях и коррекция сопутствующего заболевания желудка улучшает отдалённые результаты хирургического вмешательства. При повторных операциях, для дифференциальной диагностики оставленного и рецидивного камня холедоха можно использовать метод инфракрасной спектроскопии. Учениками Л.П. Котельниковой, в частности Д.И. Дреминым³⁰² было выявлено, что патология печени отягощает течение холангита, а гнойный процесс в желчных путях приводит к возрастанию некротических процессов и гидролитической дистрофии гепатоцитов.

²⁹⁹ Брунс, А.В. Внутреннее дренирование холедоха при остром осложненном холецистите: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.27 / А.В. Брунс. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1991. — 20 с.

³⁰⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Брунс Александр Владимирович

³⁰¹ Котельникова, Л.П. Состояние печени и желчных путей в оценке хирургической тактики при желчнокаменной болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Л.П. Котельникова. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1995. — 34 с.

³⁰² Дремин, Д.И. Диагностика и лечение холангита у больных желчнокаменной болезнью в послеоперационном периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.И. Дремин. – Пермь, 1999.

В докторской диссертации П.Я. Сандакова³⁰³ были изучены факторы риска операции на желчных путях (перитонит, холангит, желтуха, острая печеночная



Рисунок 5-5 Э.И. Гальперин, П.Я. Сандаков

недостаточность). Кроме того, была разработана классификация степени опасности предстоящей операции: низкая (не выявленная патология, могущая вызвать осложнения), средняя (проявления патологии могут быть купированы) и высокая (проявления не могут быть купированы, а вмешательство необходимо по жизненным показаниям). Эффективным методом предоперационной подготовки была определена лапароскопическая декомпрессионная микрохолецистомия за счет снижения желчной гипертензии; билирубинемии, ферментемии, купирования болевого синдрома, уменьшения воспаления и интоксикации. При небольшом риске операции у больных с сочетанной патологией (холецистит с холедохолитиазом, рубцовым стенозом большого дуоденального соска, хронически панкреатитом и дуоденостазом) целесообразно выполнение наряду с холецистэктомией трансдуоденальной папиллосфинктеропластики, наложение холедоходуоденоанастомоза и септэктомии. Благоприятному исходу способствуют применение губки антисептической с гентамицином, эндovesикального и эндохоледохеального облучения. Интраплевральная новокаиновая блокада, хорошо зарекомендовавшая себя при переломах ребер, была эффективна у больных с осложнёнными формами желчнокаменной болезни благодаря уменьшению

³⁰³ Сандаков, П.Я. Оценка факторов риска и хирургическая тактика при холецистите в сочетании с заболеваниями гепатодуоденальной зоны: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / П.Я. Сандаков. – Пермь, 1993. – 39 с.

болевого синдрома, улучшению функции внешнего дыхания и бронхиальной проводимости.

Зависимость между давлением в трубчатых структурах (холедохе, панкреатическом протоке и двенадцатиперстной кишке) и степенью рубцового стеноза большого дуоденального сосочка, воспалительных изменений в желчном пузыре, экскреторной недостаточностью поджелудочной железы и хроническим нарушением дуоденальной проходимости была доказана В.А. Самарцевым³⁰⁴. В качестве операции выбора предложена трапециевидная септэктомия с вирсунготомией, что позволяет обойтись без наружного дренирования панкреатического протока. Отмечена положительная роль иммобилизованных антибиотиков³⁰⁵, интраплевральной аналгезии, комплексной низкоинтенсивной лазерной терапии.

В докторской диссертации Н.А. Зубаревой³⁰⁶ были раскрыты взаимосвязи между толстокишечным дисбиозом, бактериохолией и развитием гнойно-воспалительных осложнений. Изучение микробиоценоза толстой кишки позволяет прогнозировать бактериохолию и микробный пейзаж желчи для проведения целенаправленной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии хирургической инфекции при холелитиазе.

³⁰⁴ Самарцев, В.А. Хирургическое лечение сочетанного рубцового поражения терминальных отделов желчного и панкреатического протоков при заболеваниях желчевыводящих путей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.А. Самарцев. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1994. — 24 с.

³⁰⁵ Блинов, С.А. Применение губки антисептической с гентамицином в хирургии (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.А. Блинов. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1992. — 1,25 п.л.

³⁰⁶ Зубарева, Н.А. Инфекция в патологии и хирургии билиарной системы при желчнокаменной болезни: дис. ... д-ра мед. наук: 03.00.07, 14.00.27 / Н.А. Зубарева. — Пермь [б. и.], 1999. — 34 с.



Рис. 5-6 Н.А. Зубарева

Сочетание низкого уровня лизоцима и высокого уровня каталазы свидетельствует о возможной генерализации инфекции и развитии билиарного сепсиса. Прогрессирующее снижение уровня холестерина в желчи при наружном дренировании может быть расценено как раннее проявление печеночной недостаточности.

Включение в предоперационную подготовку коррекции дисбиоза положительно сказывается на результатах лечения, благодаря устранению бактериохолии и уменьшения

литогенности желчи. Больным с тяжелыми формами дисбиоза показано проведение перед операцией селективной деконтаминации, для которой предпочтительно использовать бактериофаги и сильные антагонисты типа бактисубтила. В тоже время, ликвидация бактериохолии делает нецелесообразным профилактическое применение антибиотиков в плановой хирургии желчных путей, особенно полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов третьего поколения и линкозаминов повреждающих микрофлору толстой кишки. С целью экспресс-оценки чувствительности билиокультур к лечению может быть использовано определение оптической плотности образцов желчи до и после их инкубации при разных температурных режимах с антимикробными препаратами.

В программе реабилитации больных после операции на желчных путях целесообразно обследование на дисбактериоз. Коррекция нарушений микробного заселения толстой кишки приводит к стерилизации желчи и уменьшению ее литогенности.

Коморбидность была выявлена при изучении патологии печени и желчных путей. Включение в воспаление поджелудочной железы при желчнокаменной болезни было рассмотрено Л.Б. Гущенским³⁰⁷. Исследованиями автора установлено, что некробиотические изменения печени, холестаза и расширение синусоидов более характерны для сочетания холелитиаза с билиарным панкреатитом, нежели для изолированного холелитиаза. Первичный острый и билиарный панкреатит сопровождаются грубыми нарушениями органного кровотока печени, усугубляющимися после оперативного вмешательства. С диагностической целью было предложено использовать определение электропроводности желчи – её рост свидетельствует о нарастании гнойно-воспалительного поражения желчных путей и поджелудочной железы, а снижение служит показанием для прекращения дренирования общего желчного протока. С целью предупреждения вторичного инфицирования желчи у больных с холедохостомой (наблюдаемого у половины больных), рекомендовано использование закрытых дренажных систем.

Работы были обобщены в монографии³⁰⁸.

³⁰⁷ Гущенский, Л.Б. Диагностика билиарного панкреатита и холангита, и тактика ведения раннего послеоперационного периода у больных холелитиазом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Л.Б. Гущенский; Пермская гос. мед. акад. - Пермь, 2003. - 24 с.

³⁰⁸ Палатова, Л.Ф. и др. Патология печени при желчнокаменной болезни / под общ. ред. Л.Ф. Палатовой. - Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, 2008. - 148с.

5.3. Хирургическая фтизиатрия (проф. В.А. Черкасов)

К семидесятым годам XX в. консервативный подход к лечению туберкулеза практически исчерпал себя. Основу активизации хирургической тактики при туберкулезе положила диссертация В.А. Черкасова³⁰⁹.



Рис. 5-7 В.А. Черкасов

Автором были выделены три клинко-рентгено-морфологические формы: туберкуломы в стадии стабилизации, стадии прогрессирования, стадии регрессирования, причем прогрессирование наблюдается уже на первом году заболевания. Оперативное лечение показано больным с крупными, средними и множественными туберкуломами и при локализации в шестом сегменте. Прогрессирование течения, выявленное при клиническом или рентгенологическом обследовании, также должно быть показанием к операции. Учитывая, что не всегда удастся выполнить дифференциальную диагностику, подозрение на периферический рак служит основанием для оперативного лечения. Перед оперативным вмешательством необходима антибактериальная терапия 2-6 месяцев для уменьшения зоны перифокального воспаления.

На вопросы о необходимости, объеме и продолжительности предоперационной подготовки не было точного ответа. С.А. Степановым³¹⁰, было доказано³¹¹, что отсутствие специфического лечения перед операцией у больных ограниченным туберкулезом лёгких с признаками хронического заболевания не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений

³⁰⁹ Черкасов, В.А. Опыт хирургического лечения туберкулом легкого: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14. 00. 27 / В.А. Черкасов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1973. — 16 с.

³¹⁰ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. — Оп. 1. — Д. Степанов Сергей Анатольевич

³¹¹ Степанов, С.А. Особенности и результаты хирургических вмешательств у больных туберкулезом легких без предшествующей или с краткосрочной предоперационной химиотерапией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.А. Степанов. — Пермь: Пермский гос. мед. ин-т, 1992. — 14 с.

и активации процесса. При инфильтративном туберкулёзе, по мнению автора, залогом излечения служит ранняя массивная и длительная послеоперационная специфическая терапия³¹². Показанием для интраоперационного экспресс-гистологического исследования может служить как неясность диагноза шаровидного образования в легких, так и гнойно-деструктивные процессы в лёгких, осложнённые пиопневмотораксом. Доказана высокая эффективность метода трансторакального интрапульмонального введения антибактериальных препаратов у больных со свежими деструктивными формами и у длительно безуспешно лечившихся по стандартным методикам.



Схема 5-3 Схема, демонстрирующая принцип триады «проблема-технология-личность», на примере интенсификации лечебной тактики при туберкулезе легких

Отдельным направлением в лечении туберкулеза легких была разработка алгоритмов лечения осужденных больных, находящихся в исправительно-трудовых учреждениях. Первым в этом направлении выполнил исследование

³¹² Vagner, E.A., Cherkasov, V.A., Stepanov, S.A. Surgical interventions in tuberculosis of the lungs without prior antibacterial therapy (1991) *Grudnaya i Serdechno-Sosudistaya Khirurgiya*, (1), pp. 34-37. (входит в международную базу данных научных статей Scopus)

А.М. Эпштейн³¹³. Первоначально были выделены социологические характеристики этой категории больных – это пациенты до 40 лет, характеризующиеся выраженными асоциальными чертами, отрицательно относящиеся к систематическому лечению. После резекций легкого, выполненных при инфильтративном процессе на фоне бацилловыделения, недостаточного содержания белка, низких показателей эритроцитов и гемоглобина высок риск возникновения эмпиемы плевры с бронхиальным свищом. Применение коротких курсов химиотерапии до операции при фиброзно-кавернозном и инфильтративном туберкулезе, а также после – при активно-прогрессирующем процессе и остаточных туберкулёзных изменениях, в два раза снижает обострение в раннем послеоперационном периоде.

Обобщение материалов лечения больных туберкулезом в учреждениях пенитенциарной системы (Мошевской межобластной туберкулезной больницы МВД РФ, межобластной больницы легочной хирургии УВД Кировской области) было сделано в докторской диссертации В.А. Черкасова³¹⁴. Туберкулезное поражение у таких пациентов отличается быстрым нарастанием распространённых, двухсторонних и хронических деструктивных форм. Большинство больных были из категории повторно осужденных, неадекватно лечившихся. Рекомендованная активная хирургическая тактика, дополненная интенсивной предоперационной терапией и комплексной коррекцией нарушения гомеостаза, позволила добиться высокой (95%) эффективности лечения. В подготовке к операции использовали внутрилегочные игольно-струйные инстилляци тубазида, для детоксикации – экстракорпоральную гемосорбцию, энтеросорбцию и УФОАК. Оперативные вмешательства выполнялись по щадящим методикам – резекции сегмента, доли, кавернопластики, корригирующие торакопластики. Широкие возможности открыло применение

³¹³ Эпштейн, А.М. Отдаленные результаты частичных резекций легких и пневмонэктомий, выполненных по поводу различных форм туберкулеза легких в условиях исправительно-трудовых учреждений: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ А.М. Эпштейн. – М., 1995.

³¹⁴ Черкасов, В.А. Особенности и эффективность хирургического лечения туберкулеза легких среди неблагополучных клинико-социальных групп больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / В.А. Черкасов. – Пермь: Перм. мед. ин-т, 1993. – 28 с.

лазерного и плазменного скальпеля, на материале применения которых была защищена диссертация заведующим отделением Мошевской межобластной туберкулезной больнице МВД РФ К.Н. Брежневым³¹⁵. Было доказано, что применение инновационных методов рассечения тканей позволяет с минимальной травматичностью и кровопотерей выполнять резекции легких даже в условиях обширной очаговой диссеминации специфического процесса, характерной для контингента противотуберкулезных учреждений пенитенциарной системы. А длительная перидуральная анестезия в послеоперационном периоде снижает частоту возникновения осложнений.

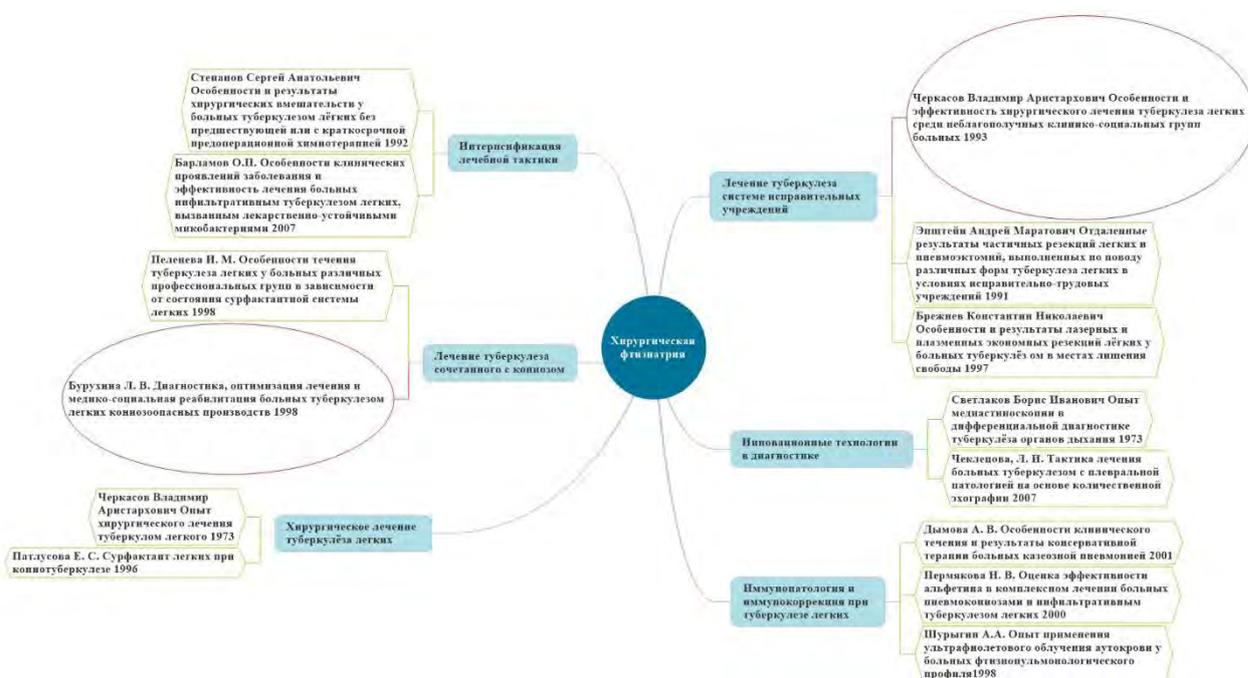


Схема 5-4 Схема научного направления фтизиохирургии (красным кругом отмечены докторские диссертации, зеленым шестигранником – кандидатские)

В работе Л.И. Чеклецовой³¹⁶ было предложено использование метода ультразвуковой визуализации толщины париетального и висцерального плевральных листков для дифференциальной диагностики туберкулезной, онкологической и неспецифической природы поражения плевры. Индекс отношения толщины париетального и висцерального листков плевры был

³¹⁵ Брежнев, К.Н. Особенности и результаты лазерных и плазменных экономных резекций легких у больных туберкулезом в местах лишения свободы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / К.Н. Брежнев. – Пермь, 1997. – 24 с.

³¹⁶ Чеклецова, Л.И. Тактика лечения больных туберкулезом с плевральной патологией на основе количественной эхографии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / Л.И. Чеклецова. — М., 2007. — 23 с.

эффективен в целях дифференциальной диагностики между сочетанным легочно-плевральным поражением и изолированными плевритами. Высокая чувствительность ультразвукового исследования позволяет выявить перифокальные изменения плевры у всех впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких. На основании определения объема свободного выпота и толщины париетального листа плевры были обоснованы показания для торакоскопии, плеврэктомии, дополненных лимфотропной терапией, обеспечивающей стимуляцию лимфатического дренажа легких и плевры.

Взаимосвязь патоморфологических особенностей течения туберкулеза и особенностей оперативного лечения была рассмотрена Е.С. Патлусовой³¹⁷. Было выявлено, что у лиц кониозоопасных профессий содержание сурфактанта снижено не только в зонах туберкулезных и кониотических изменений, но и во внешне неизмененных участках. Имеется прямая зависимость между прогрессированием кониотического и туберкулёзного процессов и снижением содержания сурфактанта, нулевой уровень которого выявлен в кониотических и туберкулёзных очагах, стенках каверн и участках фиброза. Выявленные при электронной микроскопии деструктивные процессы в митохондриях и лизосомах альвеоцитов объясняют закономерность снижения поверхностно-активных веществ. На основании изучения протоколов операций был сделан вывод о том, что травматичность операции возрастает по мере прогрессирования кониотического процесса. Это связано с прогрессирующими фибропластическими процессами в легочной ткани с перестройкой сосудистого русла и нарушением бронхиальной проводимости.

И.М. Пеленева³¹⁸ было выявлено значительное снижение поверхностной активности сурфактанта (уменьшение фосфатидилхолина и увеличение

³¹⁷ Патлусова, Е.С. Сурфактант легких при кониотуберкулезе: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.15 / Е.С. Патлусова. — Челябинск, 1996. — 23 с.

³¹⁸ Пеленева, И.М. Особенности течения туберкулеза легких у больных различных профессиональных групп в зависимости от состояния сурфактантной системы легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / И.М. Пеленева. — Новосибирск, 1998. — 20 с.

малоактивного кардиолипина) у больных кониозоопасных профессий. Доказано прямое отражение состояния фосфолипидов сурфактанта альвеол и их фракций в выдыхаемом воздухе и сыворотке крови. Цитологическая картина бронхоальвеолярных смывов (уменьшение жизнеспособности альвеолярных макрофагов, значительное снижение их доли в эндопульмональной цитограмме) соответствуют клиническим изменениям (эндобронхит, пневмофиброз). Использование в комплексной терапии электромагнитного излучения крайне высокой частоты способствует нормализации сурфактантной системы легких.

Нарушения иммунитета при туберкулезе легких, их роль в патогенезе заболевания, вопросы иммунодиагностики и иммунокоррекции были рассмотрены в ряде диссертаций. В диссертации А.В. Дымовой³¹⁹, было обосновано выделение двух вариантов клинического течения казеозной пневмонии: быстро и медленно прогрессирующий. Остроначавшаяся быстро прогрессирующая форма заболевания часто заканчивается летальным исходом в ранние сроки. Низкая эффективность курса традиционной консервативной терапии, наличие большого синдрома эндотоксикоза, нарушения клеточного и гуморального иммунитета привели к пониманию необходимости внедрения современных методов оптимизации патогенетического воздействия (УФОАК, инъекции препарата «альфетин»).

Коррекция иммунного статуса больных туберкулезом была темой исследования Н.В. Пермяковой³²⁰. Иммунный статус больных нарушен как при пневмокониозах (угнетение Т-клеточного звена, снижение IgM), особенно при антракосиликозе, и значительно – при активном инфильтративном туберкулезе легких. Иммуномодулирующее действие препарата на основе альфафетопротеина основано на угнетении избыточного антителообразования (уменьшении гиперпродукции IgG) и нормализующем влиянии на Т-

³¹⁹ Дымова, А.В. Особенности клинического течения и результаты консервативной терапии больных казеозной пневмонией: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26/ А.В. Дымова. — Пермь, 2001. — 146с.

³²⁰ Пермякова, Н.В. Оценка эффективности альфетина в комплексном лечении больных пневмокониозами и инфильтративным туберкулезом легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Н.В. Пермякова. – Пермь: Перм. гос. мед. акад., 2000. — 22с.

клеточное звено иммунитета. Были отмечены десенсибилизирующий, противовоспалительный и мембранопротективный эффекты альфетина.

Комплексный подход к лечению туберкулеза легких предусматривал рассмотрение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Примененный А.А. Шурыгиным³²¹ метод иммуномодулирующего воздействия на кровь позволил ускорить дифференциальную диагностику между затяжной деструктивной пневмонией и туберкулезом легких и лечение. Метод УФОАК воздействует на клеточное звено иммунитета, улучшает бронхиальную проводимость и показатели внешнего дыхания, облегчает переносимость антибактериальных препаратов. Предоперационный курс УФОАК снижает риск развития осложнений, а применение в послеоперационном периоде – предупреждает рецидивы.

Вопросы состояния и коррекции иммунного статуса больных туберкулезом получили дальнейшее разрешение в докторской диссертации³²² Л.В. Бурухиной³²³. Было выявлено, что при использовании в комплексе реабилитационных мероприятий корректоров иммунной защиты и системы сурфактанта легких, УФОАК, интенсивной санации трахеобронхиального дерева и после своевременных экономных резекций легких значительно улучшается клинический и трудовой прогноз.

О.П. Барламовым³²⁴ выявлены следующие характерные черты туберкулезного процесса: острая клиническая симптоматика, частое развитие осложнений, массивное бактериовыделение, распространенность специфической инфильтрации и очаговой диссеминации, множественный

³²¹ Шурыгин, А.А. Опыт применения ультрафиолетового облучения аутокрови у больных фтизиопульмонологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05, 14.00.26 / А.А. Шурыгин. – Пермь: Перм. гос. мед. акад., 1998. – 22 с.

³²² Бурухина, Л.В. Диагностика, оптимизация лечения и медико-социальная реабилитация больных туберкулезом легких кониозоопасных производств: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05 / Л.В. Бурухина. — Пермь, 1998. — 324 с.

³²³ Архив ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп. 1. – Д. Бурухина Людмила Васильевна

³²⁴ Барламов, О.П. Особенности клинических проявлений заболевания и эффективность лечения больных инфильтративным туберкулезом легких, вызванным лекарственно-устойчивыми микобактериями: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / О.П. Барламов. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 2007. – 23 с.

характер полостей деструкции. Учитывая лекарственную устойчивость и полирезистентность микобактерий, выделенных из мокроты впервые выявленных пациентов, были применены способы внутрилегочного введения и органного электрофореза препаратов. Активная хирургическая тактика после массивной органонаправленной терапии позволила значительно повысить показатель клинического излечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Акад. Е.А. Вагнером и единомышленниками была сформирована многоуровневая НШ, приоритетными направлениями которой были изучение травмы груди, сосудистая хирургия, билиарная хирургия и фтизиохирургия.

Базис НШ Е.А. Вагнера состоял из двух компонентов:

- Опыт пермской хирургической науки, прошедшей путь от малых операций под местным обезболиванием и до полостных вмешательств под эндотрахеальным наркозом. Боевой опыт хирургов и анализ результатов оказания помощи в молотовских госпиталях.
- Научный опыт учителей и наставников Е.А. Вагнера: П.Г. Часовникова, А.А. Росновского, А.П. Носкова, Н.М. Степанова, С.Ю. Минкина, Б.К. Осипова.

Научная школа акад. Е.А. Вагнера соответствует следующим критериям:

1. **Революционная идея.** Революционной идеей на раннем этапе была активизация хирургической тактики при травме груди.
2. **Лидер и его последователи.** Лидерские качества Евгения Антоновича проявились ещё в годы войны. Начальник хирургического отделения госпиталя, заведующий отделением и главный врач областной больницы выделялся способностью организовать работу и хозяйственное обеспечение. Особым качеством был подбор необходимых людей для выполнения отдельных видов работ. Потрясающая работоспособность, умение принимать решения и смелость отвечать за них отличали ректора, заведующего кафедрой, директора НИИ Клинической хирургии академика Е.А. Вагнера.
3. **Организационная структура (инфраструктура) исследований.** Решение задачи осуществлялось путём объединения клинической, научной и экспериментальной базы. Объём, насыщенность квалифицированными кадрами и технологическая оснащённость росли вместе с широтой поставленных задач. Был создан коллектив учёных и практиков разного возраста, с разными наклонностями и интересами, объединённых в одном направлении.

4. Практическое применение научных результатов. Предложенные подходы в оказании помощи пострадавшим с травмой груди были признаны на всесоюзном уровне и нашли отражение в соответствующих рекомендациях министерства здравоохранения РСФСР и СССР.

5. Признание результатов деятельности лидера и научной школы. О признании научным сообществом результатов деятельности научной школы говорит факт избрания Е.А. Вагнера членом-корреспондентом АМН СССР в 1980 г. и действительным членом с 1986 г. В 1997 г. группа ученых под руководством акад. Е.А. Вагнера была удостоена Государственной премии Российской Федерации за разработку и внедрение современных концепций лечения тяжелой сочетанной травмы груди и её осложнений. Е.А. Вагнеру присвоены звания почетного жителя городов Березники, Пермь и Пермской области. Большой научно-организационный опыт был востребован в должности заместителя председателя Всероссийского общества хирургов, председателя совета ректоров ВУЗов города Перми.

ВЫВОДЫ

1. Под руководством акад. Е.А. Вагнера была создана научная школа, главные интересы которой были сосредоточены на решении проблемы организации помощи пострадавшим с ранениями груди, комбинированными радиационными поражениями, сочетанной травмой.
2. В рамках решения вышеуказанной научной проблемы были проведены фундаментальные патофизиологические экспериментальные и клинические исследования, позволившие рассмотреть травму груди с позиций общепатологической теории стресса.
3. Изучение комбинированных радиационных поражений осуществлялось в рамках союзной проблемы оборонного значения. Выявленная стадийность патофизиологических и иммунологических изменений и способы их коррекции позволили оптимизировать лечебную тактику.
4. Была разработана система лечения тяжелой сочетанной травмы груди в рамках которой была обоснована концепция «доминирующей травмы». Согласно этой концепции, в первую очередь необходима коррекция наиболее жизнеугрожающего состояния.
5. Внедрение в практику медицинских учреждений достижений пермской хирургической научной школы позволило значительно снизить летальность и смертность у пострадавших с травмой груди и сочетанной травмой.
6. Пермская хирургическая научная школа прошла этапы: узкого круга единомышленников, становления крупного научного коллектива, формирования собственных научных направлений учениками и соратниками акад. Е.А. Вагнера.
7. Решение проблемы хирургического лечения больных с мультифокальными атеросклеротическими поражениями было выполнено коллективом, которым руководил ученик академика Е.А. Вагнера проф. С.Г. Суханов.
8. В научной школе Е.А. Вагнера продолжено направление в билиарной хирургии, включавшее в себя дифференциальную диагностику желтух на базе патофизиологической классификации; изучение патогенеза холелитиаза;

изучение нарушения гемодинамики и коморбидной патологии гепатогастропанкреатодуоденальной зоны.

9. Последователем научной школы Е.А. Вагнера проф. В.А. Черкасовым было разработано направление в хирургической фтизиатрии, основными принципами которого были интенсификация лечебной тактики, сокращение предоперационного периода, иммунокорреция в лечении больных туберкулезом.

10. Необходимо отметить многоуровневый характер пермской хирургической научной школы. В ней выделяются: лидер (создатель совокупности системно упорядоченных взглядов научной школы), куратор направления (наиболее компетентный в узкой предметной области специалист), исполнитель исследования и помощник исполнителя.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

Опубликованные

1. Абезгауз А.М., Рухман Л.Е., Тимченко Л.А. Лечение ранений плевры и легких в условиях ДМП // Труды эвакогоспиталей системы фронтового эвакуационного пункта № 50 и лечебных учреждений армий. Ранения грудной клетки № 4 Л., Военно-санитарное управление Ленфронта 1943 с. 6-15
2. Асс, Я.К. Материалы к диагностике и хирургическому лечению грыж поясничных межпозвонковых дисков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ Я.К. Асс. – Пермь, 1965.
3. Асс, Я.К. Некоторые данные об изменениях в симпатической нервной системе при облитерирующем эндартериите: реферат дис. / Я.К. Асс. – Л., 1949.
4. Асс, Я.К. Пояснично-крестцовый радикулит (клиника и хирургическое лечение) / Я.К. Асс. – М.: Медицина, 1971
5. Барламов, О.П. Особенности клинических проявлений заболевания и эффективность лечения больных инфильтративным туберкулезом легких, вызванным лекарственно-устойчивыми микобактериями: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / О.П. Барламов. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 2007. – 23 с.
6. Блинов, С.А. Применение губки антисептической с гентамицином в хирургии (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.А. Блинов. – Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1992. – 1, 25 п.л.
7. Брежнев, К.Н. Особенности и результаты лазерных и плазменных экономных резекций легких у больных туберкулезом в местах лишения свободы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / К.Н. Брежнев. – Пермь, 1997. – 24 с.
8. Брунс, В.А. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной травме груди и живота: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.А. Брунс. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1980. – 21 с.
9. Брунс, В.А. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной травме груди в остром периоде травматической болезни: (Диагностика, лечение, исходы): дис.

- ... д-ра мед. наук (в форме научного доклада): 14.00.27 / В.А. Брунс. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. – 40 с.
10. Бурдуков, П.М. Сочетанная травма груди в комбинации с лучевым поражением: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ П.М. Бурдуков. – Пермь: ПГМИ, 1988. – 31 с.
11. Бурдуков, П.М. Гемодинамика и внешнее дыхание в остром периоде сочетанной травмы груди и головы: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ П.М. Бурдуков. – Пермь, 1981. – 23 с.
12. Бурухина, Л.В. Диагностика, оптимизация лечения и медико-социальная реабилитация больных туберкулезом легких кониозоопасных производств: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05 / Л.В. Бурухина. — Пермь, 1998. — 324 с.
13. Ваврешук, З.С. Острая кишечная непроходимость: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.27 / З.С. Ваврешук. – Молотов: Молот. гос. мед. ин-т, 1947. – 295 с.
14. Вагнер, Е.А. Материалы к изучению закрытых травм груди мирного времени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Вагнер. – Березники, 1965. – 37 с.
15. Вагнер, Е.А. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии / Е. А. Вагнер, В.М. Тавровский. – Пермь: кн. изд-во, 1977. – 262 с.
16. Вагнер, Е.А. Патологическая физиология травмы груди / Е.А. Вагнер, Г.Г. Рогацкий, В.А. Черешнев. – Пермь: кн. изд-во, 1990. – 190 с.
17. Вагнер, Е.А. Проникающие ранения груди / Е.А. Вагнер. – М.: Медицина, 1975. – 179 с.
18. Вагнер, Е.А. Раздумья о врачебном долге / Е.А. Вагнер. – Пермь: кн. изд-во, 1986. – 222 с.; 2-е изд., испр. и доп. – Пермь: кн. изд-во, 1991. – 245 с.; 3-е изд. – Пермь: кн. изд-во, 1994.
19. Вагнер, Е.А. Реинфузия крови / Е.А. Вагнер, В.М. Тавровский, Я.А. Ортенберг. – Пермь: кн. изд-во, 1977. – 92 с.
20. Вагнер, Е.А. Углеродный материал нового поколения в эндопротезировании костей и суставов / Е.А. Вагнер, А.С. Денисов, В.Л. Скрябин. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1993. – 64 с.

21. Вагнер, Е.А. Хирургическая тактика при проникающих ранениях груди в условиях мирного времени: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Е.А. Вагнер. – Молотов, 1956. – 19 с.
22. Вагнер, Е.А. Хирургия повреждений груди/ Е.А. Вагнер. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
23. Вайсман, И.Ш. Материалы к патологической морфологии экспериментальной травмы спинного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ И.Ш. Вайсман. – Л., 1959. – 18 с.
24. Василец, В.А. Эндovasкулярная дилатация в комплексном лечении окклюзирующих заболеваний аорты и магистральных артерий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.44 / В.А. Василец. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. – 23 с.
25. Вечеровский, И.Ф. Материалы к патогенезу острого гематогенного остеомиелита: дис. ... д-ра мед. наук / И.Ф. Вечеровский. — Пермь: Перм. мед. ин-т, 1968. — 490 л.
26. Волков, С.В. Ранняя диагностика осложнений послеоперационных и посттравматических плевритов: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ С.В. Волков. – Пермь, 1990.
27. Гаврилов, В.В. Интраплевральная анальгезия в лечении пострадавших с закрытой травмой груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 14.00.37 / В. В. Гаврилов. – Пермь: Перм. обл. клиническая больница, 1995. – 16 с.
28. Грудобрюшные ранения / Е.А. Вагнер, В.А. Брунс, М.Г. Урман [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1992. – 88 с.
29. Гущенский, Л.Б. Диагностика билиарного панкреатита и холангита, и тактика ведения раннего послеоперационного периода у больных холелитиазом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Л.Б. Гущенский; Пермская гос. мед. акад. - Пермь, 2003. - 24 с.
30. Денисов, А.С. Сочетанная травма груди и головы: (Клиника, диагностика, хирургическая тактика, реабилитация): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.22 / А.С. Денисов. – Пермь: Пермский гос. мед. ин-т, 1993. – 31 с.

31. Дмитриева, А.М. Сравнительная оценка рентгенологических методик исследований в диагностике дегенеративно-дистрофических поражений поясничных межпозвоночных дисков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.М. Дмитриева. — Пермь: Центр. науч.-исслед. рентгено-радиол. ин-т, 1965. — 19 с.
32. Дремин, Д.И. Диагностика и лечение холангита у больных желчнокаменной болезнью в послеоперационном периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.И. Дремин. — Пермь, 1999.
33. Дымова, А.В. Особенности клинического течения и результаты консервативной терапии больных казеозной пневмонией: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26/ А.В. Дымова. — Пермь, 2001. — 146с.
34. Егоров, Д.И. Мышечная пластика бокового дефекта артериальной стенки: Экспериментальное исследование: дис. ... канд. мед. наук / Д.И. Егоров. — Пермь: госп. хирург. клиника Перм. гос. мед. ин-та, 1950. — 325 л.
35. Ершов, О.Ю. Сравнительная оценка эффективности некоторых методов лечения острого холангита в послеоперационном периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / О.Ю. Ершов. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1995. — 17с.
36. Заугольникова, Т.В. Кардиоваскулярные расстройства у больных хирургического профиля в критических состояниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 14.00.06 / Т.В. Заугольникова. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1987. — 12 с.
37. Знаменский, М.С. Переломы бедра у бойцов Великой Отечественной войны: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.С. Знаменский. — Молотов [б. и.], 1951. — 5 с.
38. Зубарева, Н.А. Изолированная, комбинированная закрытая травма груди и поствакцинальный иммунитет: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 03.00.07 / Н.А. Зубарева. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. — 14 с.
39. Зубарева, Н.А. Инфекция в патологии и хирургии билиарной системы при желчнокаменной болезни: дис. ... д-ра мед. наук: 03.00.07, 14.00.27 / Н.А. Зубарева. — Пермь [б. и.], 1999. — 34 с.

40. Иммунология комбинированных радиационных поражений / В.А. Черешнев, Н.Н. Кеворков, К.В. Шмагель [и др.]. – Екатеринбург: УрО РАН, 1997. – 163 с.
41. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери / Е.А. Вагнер, В.С. Заугольников, Я.А. Ортенберг [и др.]. – М.: Медицина, 1986. – 160 с.
42. Касатов, А.В. Диагностика и лечение свернувшегося гемоторакса при проникающих ранениях и закрытой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.27 / А.В. Касатов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 21с.
43. Катков, А.И. Хирургическое лечение патологической извитости сонных артерий: автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.00.27 / А.И. Катков. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1999. — 21с.
44. Ким, Л.М. Травма груди мирного времени: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 777 / Л.М. Ким. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1969. – 19 с.
45. Колесов, В.И. О выпадении селезенки в брюшную рану (экспериментально-клиническое исследование): дис. / В.И. Колесов. – Молотов, 1940. – С.89–128.
46. Котельникова, Л.П. Изменения химического состава желчи и желчных камней при холелитиазе в зависимости от патологии печени: дис. ... канд. мед. наук :14.00.27/ Л.П. Котельникова. — Пермь, 1985. — 164с.
47. Котельникова, Л.П. Состояние печени и желчных путей в оценке хирургической тактики при желчнокаменной болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Л.П. Котельникова. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1995. — 34с.
48. Красильников, С.А. Применение ацетилсалициловой кислоты в реконструктивной хирургии аорты и магистральных артерий и перспективы создания ее водорастворимых форм (клинико-эксперим. исслед.): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.А. Красильников. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 21с.

49. Ладейщиков, В.М. Состояние вегетативной нервной системы при закрытой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.М. Ладейщиков. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1989. – 21 с.
50. Лечение бронхиальных свищей/ Е.А. Вагнер, А.Н. Кабанов, В.В. Павлов [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1993. – 112 с.
51. Лечение пораженных в грудь на госпитальном этапе/ Е.А. Вагнер, В.А. Брунс, А.С. Денисов [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1994.
52. Лихачева, Н.А. Тактика и результаты хирургического лечения мультифокального атеросклероза у больных сахарным диабетом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Н.А. Лихачева. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1998. — 23с.
53. Лишке, А.А. Хирургическое лечение гнойных заболеваний пальцев и кисти с зашиванием раны и местным введением пенициллина: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ А.А. Лишке. Пермский гос. мед. ин-т. - Пермь 1958. - 24 с.
54. Маргаритова, Г.Ф. Материалы к патогенезу трофической язвы после повреждения седалищного нерва: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Ф. Маргаритова. — Пермь, 1962. — 18 с.
55. Мартемьянов, С.Б. Изменение кислородного режима организма под влиянием закрытой травмы груди, нанесенной в различные сроки лучевой болезни: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.16 / С.Б. Мартемьянов. – Пермь: ПГМИ, 1989. – 17 с.
56. Матвеев, А.Т. Регионарная аналгезия в лечении болевых синдромов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27, 14.00.37 / А.Т. Матвеев. – Пермь: Перм. мед. ин-т, 1990. – 35 с.
57. Минина, Н.А. К патофизиологической характеристике и диагностике тяжелой закрытой травмы груди различной степени: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Н.А. Минина. – Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1975. – 15 с.
58. Минкин, С.Ю. Структурные изменения головного мозга после ранения: тез. к дис. / отв. ред. проф. С. Я. Штейнберг/ С.Ю. Минкин. – Харьков: УИЭМ, 1939 (тип. им. Фрунзе). – 8 с.

59. Митясов, Ю.А. Некоторые вопросы уто- и аллотрансплантации легких (эксперим. исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14/00/27 / Ю.А. Митясов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1976. — 15 с.
60. Мухамадеев, И.С. Тактика и хирургическое лечение аневризм брюшной аорты у больных мультифокальным атеросклерозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / И.С. Мухамадеев. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1996. — 32 с.
61. Носков, А.П. Резекция желудка при язвенной болезни и ее отдаленные результаты: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.П. Носков. — Березники, 1953. — 13 с.
62. Орлов В.А. Чрескожная пункционная биопсия предстательной железы в диагностике ранних форм рака: (Клинико-эксперим. исследования): дис. ... канд. мед. наук / В.А. Орлов; Перм. гос. мед. ин-т. — Пермь, 1967 г. — III, 128 л.
63. Ортенберг, Я.А. Реанимация и обезболивание при тяжелой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.777 / Я.А. Ортенберг. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1970. — 18 с.
64. Палатова, Л. Ф. и др. Патология печени при желчнокаменной болезни / под общ. ред. Л.Ф. Палатовой. - Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, 2008. - 148 с.
65. Палатова, Л.Ф. Материалы к экспериментальному изучению осложнений травмы спинного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Ф. Палатова. — Свердловск: Свердл. гос. мед. ин-т, 1962. — 17 с.
66. Палатова, Л.Ф. Хирургические заболевания желчных путей, сопровождающиеся желтухой, их взаимосвязь с патологией печени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/Л.Ф. Палатова. — Пермь, 1976. — 39 с.
67. Панов, И.А. Рубцово-дерматогенные контрактуры кисти и пальцев и их лечение: дис. ... канд. мед. наук / И.А. Панов. — Молотов, 1945. — 220 л.
68. Парин, Б.В. Круглый кожный стебель в восстановительной хирургии верхней конечности. Пластика круглым стеблем при устранении рубцовых

контрактур и восстановлении утраченных пальцев: дис. ... д-ра мед. наук / Б.В. Парин. — Молотов, 1940. — 321 л.

69. Пеленева, И.М. Особенности течения туберкулеза легких у больных различных профессиональных групп в зависимости от состояния сурфактантной системы легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / И.М. Пеленева. — Новосибирск, 1998. — 20с.

70. Перепелицын, В.Н. Оперативная торакоскопия при травме груди и спонтанном пневмотораксе: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14. 00. 27. / В.Н. Перепелицын. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1986. — 22 с.

71. Пермякова, Н.В. Оценка эффективности альфетина в комплексном лечении больных пневмокониозами и инфильтративным туберкулезом легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Н.В. Пермякова. — Пермь: Перм. гос. мед. акад., 2000. — 22с.

72. Плаксин, С.А. Нарушение центральной гемодинамики при тяжелой сочетанной травме груди и принципы их коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ С.А. Плаксин. — Пермь, 1985. — 16 с.

73. Плаксин, С.А. Острый период тяжелой изолированной и сочетанной травмы груди: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ С.А. Плаксин. — Пермь, 1995. — 37 с.

74. Повар, Л.В. Материалы к патогенезу демпинг-синдрома (клинико-эксперим. изучение роли серотонина): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Повар. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1967. — 15 с.

75. Попов, А.В. Лечебная тактика при желчнокаменной болезни в сочетании с патологией желудка, двенадцатиперстной кишки и печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / А.В. Попов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. — 23с.

76. Протопопов, В.В. Реинфузия крови при плановых операциях на аорте и магистральных артериях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.В. Протопопов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1988. — 20с.

77. Разрывы бронхов / Е.А. Вагнер, М.И. Перельман, А.П. Кузьмичев [и др.]. — Пермь: Перм. книжн. изд-во, 1985. — 185 с.

78. Реторакотомии и повторные операции при заболеваниях и травмах легких / Е.А. Вагнер, А.Н. Кабанов, В.В. Павлов [и др.]. – Пермь: изд-во Перм. ун-та, 1992. – 100 с.
79. Розживин, Д.М. Специализированная помощь в армейском районе при проникающих ранениях грудной клетки (по материалам армейских П.П.Г. и О.Р.М.У. Н-ской армии): дис. / Д.М. Розживин. – Молотов, 1946. – 248 с.
80. Ронзин, А.В. Кислородный режим организма при закрытой травме груди (клинико-эксперим. исслед.): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ А. В. Ронзин. – Пермь, 1988. — 117с.
81. Руководство по лечению комбинированных радиационных поражений на этапах медицинской эвакуации / под. ред. Е.А. Жербина. – М.: Медицина, 1982. – 152 с.
82. Русинов, В.М. Оценка состояния гепатобилиарной системы при неопухолевых поражениях внепеченочных желчных протоков, сопровождающихся нарушением оттока желчи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.М. Русинов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. — 26с.
83. Самарцев, В.А. Хирургическое лечение сочетанного рубцового поражения терминальных отделов желчного и панкреатического протоков при заболеваниях желчевыводящих путей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.А. Самарцев. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1994. — 24с.
84. Сандаков, П.Я. Закрытая травма груди с переломами ребер (клинико-эксперим. исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / П.Я. Сандаков. –Пермь: Перм. гос. мед. ин-т [б. и.], 1977. – 14 с.
85. Сандаков, П.Я. Оценка факторов риска и хирургическая тактика при холецистите в сочетании с заболеваниями гепатодуоденальной зоны: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / П.Я. Сандаков. – Пермь, 1993. – 39 с.
86. Селезнев С.А., Шапот Ю.Б., Багненко С.Ф. Травматическая болезнь (30 лет размышлений) // Скорая медицинская помощь № 4 2003 «Сочетанная шокогенная травма в аспекте концепции травматической болезни» с. 6-8

87. Соколов, А.П. Ампутиционная культя нижней конечности в анатомо-клиническом освещении: дис. ... д-ра мед. наук / А.П. Соколов. — Молотов, 1946. — 354 л.
88. Соколов, А.П. Проникающие огнестрельные ранения грудной клетки / А.П. Соколов // Сб. науч. работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла. — Свердловск, 1941. — С. 173–179.
89. Соколов, С.Д. Сарториопластика при больших рецидивных грыжах и при дефектах мышц брюшной стенки: дис. ... канд. мед. наук / С.Д. Соколов. — Молотов, 1945. — 213 л.
90. Соколов, Ю.Ю. Реперфузионные нарушения при острой ишемии конечностей (клинико-эксперим. исслед.): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Ю.Ю. Соколов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 24с.
91. Сочетанная травма и травматическая болезнь (общие и частные вопросы патогенеза, клиника и лечение) /под ред. С.А. Селезнева, В.А. Черкасова. — Пермь: Пермская государственная медицинская академия, 1999 332с.
92. Срыбных, С.И. Хирургия торакоабдоминальных ранений в условиях оказания специализированной помощи при травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.И. Срыбных. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1986. — 17 с.
93. Стародубцев, Н.Г. Совершенствование шовных и клеевых способов соединения тканей в хирургии: автореф. дис. ... мед. наук / Н.Г. Стародубцев. — Пермь, 1989. — 35 с.
94. Степанов, С.А. Особенности и результаты хирургических вмешательств у больных туберкулезом легких без предшествующей или с краткосрочной предоперационной химиотерапией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.А. Степанов. — Пермь: Пермский гос. мед. ин-т, 1992. — 14 с.
95. Субботин, В.М. Оперативная торакоскопия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / В.М. Субботин. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 36с.
96. Субботина, Т.И. Клинико-морфологическое состояние печени при желчнокаменной болезни у лиц, перенесших вирусный: автореф. дис. ... канд.

- мед. наук: 14.00.27 / Т.И. Субботина. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1990. — 22с.
97. Суханов, С.Г. Круговой шов склерозированных артерий среднего и малого калибров: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14. 00. 27/ С.Г. Суханов. — Пермь, 1984. — 20 с.
98. Суханов, С.Г. Хирургическое лечение и реабилитация больных с мультифокальными поражениями при заболеваниях аорты и магистральных артерий: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / С.Г. Суханов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1993. — 31с.
99. Торбин, В.В. Нарушения газообмена при травме груди и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.В. Торбин. — Пермь, 1986. — 14 с.
100. Трефилова, Ю.В. Оптимизация диагностики и лечения малого и среднего гемоторакса и пневмоторакса у пострадавших с проникающими ранениями и закрытой травмой груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Ю.В. Трефилова. — Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, 2006. — 20 с.
101. Федореев, А.С. Рак желудка из язвы (патологическая анатомия и клиника)/ А.С. Федореев. — М.: Медгиз, 1948. — 120 с.
102. Филоненко, Н.И. Клинико-функциональная оценка коронарного и гемодинамического резерва у больных с окклюзирующими заболеваниями аорты и магистральных артерий в предоперационном периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Н.И. Филоненко. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1991. — 25 с.
103. Хлебников, В.В. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни в зависимости от состояния печени по данным биохимических и морфологических исследований: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.В. Хлебников. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1995. — 19с.
104. Храмцов, А.А. Хирургическая тактика при сочетанной травме груди и таза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27/ А.А. Храмцов. — Пермь, 1985. — 13 с.
105. Чазова, Н.Л. Состояние сурфактанта легких при сочетанной травме груди: автор. дис. ... канд. мед. наук/ Н.Л. Чазова. — Пермь, 1982. — 13 с.

106. Чеклецова, Л.И. Тактика лечения больных туберкулезом с плевральной патологией на основе количественной эхографии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / Л.И. Чеклецова. — М., 2007. — 23 с.
107. Черешнев В.А., Родионов С. Ю., Черкасов В. А., Малютина Н. Н., Орлов О. А. Альфа-фетопротеин. Екатеринбург: УрО РАН, 2004. — 376 с.
108. Черешнев, В.А. Закрытая травма груди в комбинации с гамма-облучением (клиника, патогенез, лечение, медицинская защита): дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.27 / В.А. Черешнев. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1982. — 320 с.
109. Черкасов, В.А. Опыт хирургического лечения туберкулом легкого: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14. 00. 27 / В.А. Черкасов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1973. — 16 с.
110. Черкасов, В.А. Особенности и эффективность хирургического лечения туберкулеза легких среди неблагополучных клинико-социальных групп больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / В.А. Черкасов. — Пермь: Перм. мед. ин-т, 1993. — 28 с.
111. Шалаев М.И. Экспериментальные клинические материалы по патогенезу, клинике и лечению нагноений лёгких: дис. ... д-ра мед. наук / М.И. Шалаев - Пермь, 1964. - 1021 с.
112. Шапот, Ю.Б. Закрытая сочетанная травма груди, сопровождающаяся шоком: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ Ю.Б. Шапот. — Пермь, 1987. — 44с.
113. Шахтаев, М.-Р. И. Некоторые вопросы клиники и лечения проникающих колото-резаных ран груди: автореф. дис. ... канд. мед наук/ М.-Р. И. Шахтаев. — Ставрополь, 1968. — 18 с.
114. Шибанов, С.Н. Реабилитация больных окклюзирующим атеросклерозом после реконструктивных операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей на курорте «Усть-Качка»: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.Н. Шибанов. — Пермь: Перм. гос. мед. ин-т, 1992. — 20 с.
115. Шилова, Н.А. Оценка различных звеньев иммунной системы при закрытой травме груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.36/ Н.А. Шилова. — Пермь, 1995. — 23 с.

116. Шмагель, К.В. Влияние изолированной и комбинированной закрытой травмы груди на иммунный ответ и популяцию лимфоцитов (экспериментальное исследование) автореф. дис. ... канд. мед наук / К.В. Шмагель. – Пермь, 1986. – 18 с.
117. Шумейко, С.Г. Обезболивание клофелином у больных хирургического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / С.Г. Шумейко. – Пермь, 1994. – 25 с.
118. Шурыгин, А.А. Опыт применения ультрафиолетового облучения аутокрови у больных фтизиопульмонологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05, 14.00.26 / А.А. Шурыгин. – Пермь: Перм. гос. мед. акад., 1998. – 22 с.
119. Щеткина, И.Н. Прогнозирование исхода закрытой изолированной и сочетанной травмы груди: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / И.Н. Щеткина. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 1999. — 22с.
120. Эпштейн, А.М. Отдаленные результаты частичных резекций легких и пневмонэктомий, выполненных по поводу различных форм туберкулеза легких в условиях исправительно-трудовых учреждений: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ А.М. Эпштейн. – М., 1995.
121. Vagner, E.A. Diagnosis and treatment of injuries of the pericardium and the heart. (1955) *Khirurgiia*, (9), pp. 70-71.
122. Vagner, E.A., Chereshev, V.A., Kharitonov, V.S., Burdukov, P.M. Changes in the electrocardiogram and the phase structure of the cardiac systole in experimental closed chest injury (1983) *Patologicheskaya Fiziologiya i Eksperimentalnaya Terapiya*, (1), pp. 36-38.
123. Vagner, E.A., Cherkasov, V.A., Stepanov, S.A. Surgical interventions in tuberculosis of the lungs without prior antibacterial therapy (1991) *Grudnaya i Serdechno-Sosudistaya Khirurgiya*, (1), pp. 34-37.
124. Vagner, E.A., Denisov, A.S., Ladeishchikov, V.M. Use of ganglionic blockaders in the treatment of patients with closed thoracic injuries (1989) *Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova*, 143 (11), pp. 70-71.

125. Vagner, E.A., Firsov, V.D., Chereshev, V.A., Bruns, V.A., Kharitonov, V.S. Clinical, diagnostic and treatment characteristics of severe, combined chest injury (1980) *Sovetskaya Meditsina*, (10), pp. 85-86.
126. Vagner, E.A., Firsov, V.D., Urman, M.G., Bruns, V.A. Diagnosis and treatment of closed combined trauma of the chest and abdomen (1978) *Grudnaya Khirurgiya*, 20 (1), pp. 60-66.
127. Vagner, E.A., Kevorkov, N.N., Shmagel', K.V. Lymphocyte populations in the post-traumatic period in closed chest trauma (1985) *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk SSSR*, (11), pp. 78-81.
128. Vagner, E.A., Kevorkov, N.N., Shmagel', K.V. Mechanisms of the activating effect of a closed chest injury on the immune response (1984) *Byulleten Eksperimentalnoi Biologii i Meditsiny*, 98 (12), pp. 706-708.
129. Vagner, E.A., Khlebnikov, V.V., Terekhina, N.A., Palatova, L.F. Antioxidants in the treatment of cholelithiasis patients (1997) *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*, 156 (1), pp. 36-39.
130. Vagner, E.A., Matveev, A.T. Methods of regional analgesia in closed trauma of the chest (1990) *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk SSSR*, (3), pp. 40-43.
131. Vagner, E.A., Palatova, L.F., Kotel'nikova, L.P. Interrelations of changes in liver tissue and chemical composition of the bile and biliary calculi (1987) *Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova*, 139 (12), pp. 24-27.
132. Vagner, E.A., Plaksin, S.A. Principles of correction of central hemodynamic disorders in severe combined chest trauma (1991) *Grudnaya i Serdechno-Sosudistaya Khirurgiya*, (2), pp. 28-30.
133. Vagner, E.A., Rosnovski, A.A. On the history of the problem of the mechanism of lung rupture in closed wounds of the chest (L. Gosselin and his theory) (1968) *Sovetskaya Meditsina*, 31 (4), pp. 146-148.
134. Vagner, E.A., Subbotin, V.M., Bruns, V.A., Kubarikov, A.P. Heart injuries in isolated and multiple trauma (1990) *Vestnik Khirurgii Imeni I.I. Grekova*, 145 (9), pp. 84-87.

135. Vagner, E.A., Sukharov, S.G., Aptukov, V.N. Mechanical behavior of vascular anastomoses in sclerotic arteries and a model for this behavior *Mechanics of Composite Materials*, 18 (2), pp. 240-245.

Неопубликованные

Документы центральных архивов Российской Федерации

**Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 482.
Министерство здравоохранения РСФСР (Минздрав РСФСР). – Оп. 56.**

1. Д.1648 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1976 г.
2. Д.1649 Отчет о выполнении инициативного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1976 г.
3. Д.3086 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г.
4. Д.3086 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г.
5. Д.3086 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г.
6. Д.382 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1974 г.
7. Д.3833 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1979 г.
8. Д.3833 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1981 г.
9. Д.4147 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1982 г.
10. Д.4148 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1982 г.
11. Д.4439 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1983 г.

12. Д.4440 Отчет о выполнении инициативного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1981 г.

13. Д.7093 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1973 г.

14. Д.7093 Отчет о выполнении основного плана научных работ Пермским медицинским институтом за 1973 г.

Российский государственный архив научно-технической документации (РГАНТД). Ф. 2. ЦОЛИУВ Минздрава СССР. – Оп. 1.

1. Д. 569 «Протоколы и стенограммы заседаний Ученого Совета хирургического факультета по присуждению ученых степеней 18.05.1965-21.12.65»

Документы региональных архивов

Государственный архив Пермского края (ГАПК): Ф. р-1762. Вагнер Евгений Антонович (1918-1998 гг.). – Оп. 1.

1. Д. 21 Авторские свидетельства и копия патента на изобретения Вагнера Е.А. в области хирургии. Подлинники и копии

2. Д. 50 Отзывы и рецензии профессора Ясницкого П.А., профессора Степанова Н., профессора Шипова А.К. и др. на научные работы Вагнера Е.А. в области хирургии. Маш. экз.

Документы ведомственных архивов

Архив Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, имеющих ученые степени. – Оп.

1. – личные дела:

1. Брунс Александр Владимирович № 878
2. Брунс Владимир Алексеевич № 1092
3. Бурдуков Павел Михайлович № 683
4. Бурухина Людмила Васильевна № б/н
5. Ваврешук Захар Семенович № 51
6. Вагнер Евгений Антонович 1-2т. № 828-828а
7. Вечтомов Андрей Александрович № 59

8. Григорьев Николай Иванович № 91
9. Дмитриева Антонина Михайловна 1-2т. № 1080-1081
- 10.Егоров Дмитрий Иванович № 859
- 11.Знаменский Михаил Сергеевич № 134
- 12.Кеворков Николай Николаевич № 695
- 13.Копытов Леонид Федорович № 863
- 14.Крылов Виктор Соломонович № 199
- 15.Лишке Август Августович № 665
- 16.Лопанов Александр Алемпьевич № 1028
- 17.Матвеев Андрей Теодорович № 736
- 18.Минкин Семен Юлианович № 251
- 19.Ортенберг Ян Абрамович № 669
- 20.Парин Борис Васильевич № 290
- 21.Парин Василий Николаевич № 291
- 22.Повар Лев Вольфович № 864
- 23.Пределин Николай Степанович № 318
- 24.Ривкус Игорь Анатольевич № 910
- 25.Родионова Вера Яковлевна № 779
- 26.Сандаков Павел Яковлевич 1-2 т. №1161-1162
- 27.Соколов Александр Петрович № 370
- 28.Соколов Степан Дмитриевич № 378
- 29.Соколов Юрий Степанович № 869
- 30.Соколов Юрий Юрьевич № 1066
- 31.Срыбных Сергей Иванович № 1087
- 32.Стародубцев Николай Григорьевич № 970
- 33.Степанов Николай Михайлович № 385
- 34.Степанов Сергей Анатольевич № 1088
- 35.Суханов Сергей Германович № 871
- 36.Фенелонов Аркадий Лаврович № 405
- 37.Фирсов Виктор Дмитриевич № 674
- 38.Ханжин Константин Иванович № 821
- 39.Черешнев Валерий Александрович № 639
- 40.Черкасов Владимир Аристархович № 001 (о.к.)
- 41.Шац Моисей Вольфович № 425

Архив Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера: Ф. личных дел сотрудников, не имеющих ученой степени. –

Оп. 1. – личные дела:

1. Бачериков Всеволод Николаевич № 4123
2. Василец Владимир Анатольевич № б/н
3. Харитонов Владимир Сергеевич № 4066
4. Храмцов Андрей Алексеевич № 4067

Архив Одеського національного медичного університету (ОНМУ): Ф. Р-2147. – оп. 7.

1. Д. 477. – 20 л.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 90 лет НижГМА. Нижегородские научные медицинские школы: история и современность / под общ. ред. В.В. Шкарина. – Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2012 - 326 с.
1. Академик К. А. Валиев и его научная школа: избранные труды / Российская акад. наук, Физ.-технологический ин-т РАН Москва: Наука, 2011 – 482 с.
2. Аллахвердян, А.Г., Мошкова, Г.Ю., Юревич, А.В., Ярошевский, М.Г. Психология науки: М. Флинта, 1998 – 310 с.
3. Андриюшкевич, Т.В. Становление микробиологических школ института экспериментальной медицины и их влияние на развитие научных исследований в России: автореф. дис. ... канд. биол. наук: Спец. 07.00.10 / Т.В. Андриюшкевич - М.: 2005.
4. Арпентьева, М.Р. Особенности научного творчества в контексте развития научных школ / М.Р. Арпентьева // Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л.Н. Толстого. – 2015. – № 3 (15) – С. 25–34.
5. Баев, А.А. О научных школах: Школы в науке / Ред.: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Кребер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 503–504.
6. Беньковская, Т.Е. Научные направления и школы в российской методике преподавания литературы XVIII — начала XXI века / Т.Е. Беньковская. — М.: ФЛИНТА: Наука, 2014. — 360 с.
7. Богопольский П.М., Кабанова С.А., Гольдфарб Ю.С. О критериях периодизации истории частных областей медицины // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (4): 58—61.
8. Богопольский, П.М. История реконструктивной хирургии пищевода в России: дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / П.М. Богопольский - Москва, 2014. - 428 с.
9. Бородулин В.И., Сорокина Т.С., Тополянский А.В. Клиническая медицина в двадцатом веке. Очерки истории. - М., 2011.

10. Бородулин, В.И., Глянецев, С.П. Наши подходы к изучению проблемы научных клинических школ в России. // *Historiae medicinae scriptorum Rossicorum OPERA MEDICA HISTORICA. Российских историков медицины ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ.* – Альманах РОИМ. Том 1 М., 2016. С 222-229
11. Брюсов, П. Г. Дневник главного хирурга. Военно-полевая хирургия в локальном военном конфликте на Северном Кавказе / П. Г. Брюсов. – М.: Домашняя библиотека: изд. дом Брюсова, 2013. – 183 с.
12. Васильев, К.К. Нечаев, О.И. Участник великой отечественной войны профессор С.А. Баккал (1888-1957) // *Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.: сборник материалов XIII Всероссийской конференции с международным участием*, М. – 2017. С. 32-36
13. Ведущие научные школы России: подгот. А.С. Левиным. – М.: Янус-К, 1998, 622 с.
14. Визгин, В.П., Кессених, А.В. Научные школы в истории отечественной физики / В.П. Визгин, А.В. Кессених // *Исследования по истории физики и механики.* 2014-2015. М.: 2016. Янус-К. С. 177 – 206
15. Грезнева, О.Ю. Научные школы (педагогический аспект) / О.Ю. Грезнева. – М.: Ин-т теории образования и педагогики, 2003. – 69 с.
16. Грязнов, В.Н. Славный путь чести, доблести, созидания и милосердия. История Городской клинической больницы № 2 имени Ф.Х. Граля (1915–2015) / В.Н. Грязнов, М.И. Давидов. – 2001. – 108 с.
17. Гузевич, Д.Ю. Научная школа как форма деятельности / Д.Ю. Гузевич // *Вестник истории естествознания и техники.* – 2001. – № 1 – С. 64–93.
18. Давидов, М.И. Старейшая медицинская кафедра Перм. ун-та (к 90-летию со дня основания) / М.И. Давидов // *Вестник пермского университета.* – 2011. – Вып. 3 (17). – С. 139–146.
19. Дежина И. Г., Киселёва В. В. 2009. Тенденции развития научных школ в современной России. М.: ИЭПП. 164 с.
20. Долецкий, С.Я. Мысли в пути / С.Я. Долецкий. - 2-е изд., перераб. и доп. М., Сов. Россия, 1977 - 703 с.

21. Е. А. Вагнер – врач, ученый, организатор науки, общественный деятель. К 90-летию со дня рождения // Пермский медицинский журнал. – 2008. – Вып. 3. – Т. 25. – С. 141-146
22. Евгений Антонович Вагнер // Хирургия. 1994. № 4. С. 61.
23. Захарчук Т.В. Научная школа в библиографоведении: теоретико-методологический аспект. Автореф. дисс. ... д. пед. наук. СПб., 2013.
24. Избранные страницы истории хирургической школы Удмуртии / под ред. В.А. Ситникова; Ижевск: ГОУ ВПО «Ижевская гос. мед. акад.», 2010 - 175с.
25. Исторические очерки Пермской областной клинической больницы. – Пермь: СОТА, 2008. – 152 с.
26. Исторические очерки становления и развития хирургической службы Прикамья и хирургических клиник Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера (1916–2016 гг.) / сост. И.А. Баландина, М.Ф. Заривчацкий, Л.П. Котельникова, Н.А. Невоструев, Л.Ф. Палатова, М.Я. Подлужная, В.А. Самарцев, Э.А. Рудакова, доценты Н.Я. Азанова, С.А. Блинов, Ю.Б. Бусырев, М.И. Давидов, С.А. Денисов, А.В. Касатов, О.А. Ковалева, М.В. Колыванова, кандидаты медицинских наук Е.Д. Каменских, Н.С. Теплых, О.И. Нечаев; под ред. М.Ф. Заривчацкого. – Пермь: изд-во ПНИПУ, 2016. – 387 с.
27. Кабанова, С.А. Научная школа академика Б.В. Петровского / С.А. Кабанова. – М.: РНЦХ РАМН, 2001. – 216 с.: ил.
28. Кинтлиар, Р.Л. Современные представления в нейропсихологии об афазии, теории и методах восстановления речи в различных научных школах: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 07.00.04 / Р.Л. Кинтлиар - Москва, 1992. - 32 с.
29. Козлова, Л.А. «Научная школа» в научной политике и социальном исследовании / Л. А. Козлова // Вестн. института социологии – 2014. – № 3 (10) – С. 45–65
30. Корюкина И.П., Заривчацкий М.Ф., Подлужная М.Я., Азанова Н.Я. Вагнер – крупный представитель отечественной хирургии, основатель научной школы //

Советская медицинская профессура: Всеросс. конф. в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. М., 2007. С. 111-114.

31. Корюкина, И. П. Очерки становления и развития Пермской государственной медицинской академии / И. П. Корюкина, М. Я. Подлужная. – Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, 2006. – 148 с.

32. Костерев А.Г. Научная биография академика В.Д. Кузнецова: дисс. ... канд. ист. наук: 07.00.10 / А.Г. Костерев - Томск, 2008. - 215 с.

33. Куликовский, Л.Н. Вклад Н.Н. Еланского в развитие отечественной военно-полевой хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10. / Л.Н. Куликовский - Москва, 1996. - 20 с.

34. Куперштох Н.А. Научные школы в России и Сибири: проблемы изучения // Философия науки. Новосибирск, 2005. № 2 (25). С. 93-106.

35. Курленя, М.В. Научная школа: геомеханика и технологии освоения недр / М.В. Курленя, Новосибирск: Наука, 2016 - 268 с.

36. Лазар М. Г. 2012. Социология и этика науки в России: прошлое и настоящее. СПб.: РГГМУ. 262 с.

37. Лебедев, С. А. Философия науки / С. А. Лебедев. – М.: Академ. проект, 2004.

38. Лисицын Ю. П. Вопросы периодизации истории медицины. М.; 1958.

39. Лихтерман, Л.Б. Клиническая философия нейрохирургии / Л.Б. Лихтерман, Д. Лонг, Б.Л. Лихтерман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 268 с.

40. Логинова, Н.А. Феномен ученичества / Н. А. Логинова // Психол. журн. – 2000. – № 5. – Т. 21. – С. 106–111

41. Механизмы защитных и компенсаторных реакций организма в норме и патологии Выпуск 1. Материалы межинститутской конференции ЦНИЛ медицинских институтов Пермь 18-20 октября 1972 Пермь, изд Звезда, 14, 25 печатных листа

42. Микиртичан, Г.Л. Некоторые методические аспекты изучения научных школ в педиатрии (на примере Петербурга – Ленинграда // *Historiae medicinae scriptorum Rossicorum OPERA MEDICA HISTORICA*. Российских историков

медицины ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. – Альманах РОИМ. Том 1 М., 2016. С 229-242

43. Микулинский, С.Р, Родный, Н.И. Наука как предмет специального исследования (к формированию науки о науке) // Вопросы философии. 1966. № 5. С. 25-38.

44. Мирская, Е.З. Научные школы как форма организации науки. Социологический анализ проблемы // Науковедение. № 3 (15). С. 8–24.

45. Мирский, Э.М. Естественнонаучная школа в системе научной деятельности / Школы в науке / Ред: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Крёбер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 161–181.

46. Молодчик, А.В. Теория и практика формирования саморазвивающейся организации. Екатеринбург: УрО РАН, 2001 – 247 с.

47. Научная школа Н.К. Кольцова. Ученики и соратники: Н.Д. Озернюк М.: Товарищество науч. изд. КМК, 2012 - 359 с.

48. Нечаев, О.И. Истоки научной деятельности академика Е.А. Вагнера/ О.И. Нечаев // Регионы в современном мире – 214: матер. междунар. науч.-практ. конф. – Пермь: Березниковский филиал ПНИПУ, 2014. – С.384–387.

49. Нечаев, О.И. Профессор Н.М. Степанов – хирург, педагог, организатор / О.И. Нечаев // Бюллетень ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко: матер. междунар. конф. «Сточиковские чтения»: тез. докл. – М., 2016. – С. 292–294.

50. Никитюк, Б.А. Научные школы: критерии выделения, условия формирования (на примере некоторых анатомических школ России) // Российские морфологические ведомости 1993 № 2-3-4 стр. 3-6

51. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Т.9. – Ч. 1. Хирургия. – Разд. 6. Огнестрельные ранения и повреждения груди. – М.: Медгиз, 1950. – 530 с.

52. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – Т.9. – Ч. 1. Хирургия. – Разд. 6. Огнестрельные ранения и повреждения груди. – М.: Медгиз, 1950. – 530 с.

53. Основы науковедения. / под ред. С. Микулинского М., 1985 – 432 с.
54. Петровский, Борис Васильевич. Хирург и жизнь / Б.В. Петровский. - М.: Медицина, 1989. – 316 с.
55. Поскотина, М.И. Социальные факторы в развитии медицинских научно-педагогических школ (на примере научно-педагогической школы кардиохирургии академика Е.Н. Мешалкина): автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.11 / М.И. Поскотина - Омск, 2007. - 19 с.
56. Сточик, А.М. О школах в хирургии // Анналы хирургии. 2003. № 5/6. С. 7—10.
57. Тополянский, А.В. Московские научные терапевтические школы (20-е – 40-е годы 20 века) и их роль в становлении кафедр внутренних болезней в МСИ – МГМСУ: дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / А.В. Тополянский - Москва, 2014. - 329 с.
58. Травма груди. Новое в хирургии. Материалы Межобл. Конф. Хирургов в г. Перми 15-17 июня 1972г. Пермь, 1972г 484 стр.)
59. Травма груди. Релапаротомия. Радионуклидная диагностика в хирургии: Всероссийская конференция хирургов /Перм. Мед. ин-т и др.: Ред. В.С. Савельев и др. – Пермь. 1985. – 295с.
60. Труды Уральской конференции хирургов 24-27 июня 1969 Пермь, 1971 576 стр.
61. Труды Четвертого съезда хирургов Российской Федерации, Пермь, 25-29 июня 1973г. – Пермь: 1975. – 480с. с ил.)
62. Устюжанина, Е.В. Евсюков, С.Г. Петров, А.Г. Казанкин, Р.В. Дмитриева, М.Б. / Научная школа как структурная единица научной деятельности / Е.В. Устюжанина [и др.]. – Препринт № WP /2011/288. – М.: ЦЭМИ РАН, 2011. – 73 с.
63. Фёдорова, Г.В. Щербаков, Д.В. К истории вопроса о научных школах / Г.В. Фёдорова, Д.В. Щербаков // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – № 4 т .8 – С. 86–92.

64. Федюк, Е.Р. Академик Сергей Алексеевич Христианович и его научные школы: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.10. / Е.Р. Федюк - Томск, 2010. - 22 с.
65. Храмов, Ю.А. Научные школы в физике / Ю.А. Храмов. – Киев, Наук. думка, 1987 – 400 с.
66. Цеховой, Н.П. Аспирантура и докторантура Томского государственного университета и их роль в формировании и развитии научных школ и направлений (середина 1920-Х гг. - 1991 г.): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.10. / Н.П. Цеховой - Томск, 2011. - 30 с.
67. Черешнев, В.А. Палатова Л.Ф. Нечаев О.И. Травма груди в научной школе академика Е.А. Вагнера / В.А. Черешнев и др. // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2017. – № 1 – С. 95–103.
68. Черкасов В.А., Брунс В.А., Пермь, Россия. Хирург А.А. Росновский: неизвестные страницы учения о травме груди.
69. Черкасов, В.А. Хирургическая школа академика РАМН Е.А. Вагнера (1918–1998) / В.А. Черкасов, В.А. Брунс // Анналы хирургии. – 2003. – № 5/6. – С. 78–82.
70. Черкасов, Ю.А. Александр Иванович Евдокимов – основоположник отечественной стоматологии: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21, 07.00.10 / Ю.А. Черкасов. — Москва: Моск. гос. мед-стомат. университет, 2003. — 151с.
71. Шахтаев, М.-Р. По зову сердца / М.-Р. Шахтаев. – Махачкала: типография им. С.М. Кирова, 1985. – 134 с.
72. Шилинис, Ю.А. История формирования направлений общей патологии и научной школы А.Б. Фохта: автореферат дисс. ... докт. мед. наук: 07.00.10 / Ю.А. Шилинис - Москва, 1994. - 36 с.: ил.
73. Щербаков, Д.В. Становление и развитие сердечно-сосудистой хирургии в Западной Сибири (конец XIX - XX): дисс. ... канд. мед. наук: 07.00.10 / Д.В. Щербаков - Москва, 2008. - 235 с.

74. Якупов, И.А. Вклад профессора Павла Семеновича Григорьева в развитие отечественной дерматовенерологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10. / И.А. Якупов - Москва, 2010. - 22 с.
75. Ярошевский, М.Г. Логика развития науки и научная школа: школы в науке / Ред.: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Кребер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 7–97.
76. Farringer, J.L. and Carr Duane. Penetrating wounds of the chest: Relief Of 251 cases, An. Journal of Surgery. 1953 85; 747 (Abstracts): Surgery, Gynecology and obstetrics. V.98; № 1, 1954, p.49
77. Montgomery G.L. Healing of experimental wounds of lung. Brit.J.Surg., 1944, p. 299
78. Sournia J.C. Les traumatismes du thorax Paris, 1958
79. Fedorov, V.D., Petrovski, B.V., Burakovski, V.I., Vagner, E.A., Konstantinov, B.A., Perel'man, M.I., Poluektov, L.V., Savel'ev, V.S., Shumakov, V.I. Advances in Russian surgery (1995) Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk / Rossiiskaia akademiia meditsinskikh nauk, (8), pp. 20-23.

Прил.1 ИНФОРМАЦИЯ О ПРИЗНАНИИ ЗАСЛУГ АКАДЕМИКА АМН СССР (РАМН) Е.А. ВАГНЕРА

Научное признание

1. 1956 – присуждена ученая степень кандидата медицинских наук
2. 1963 – присуждено ученое звание доцента
3. 1966 – присуждена ученая степень доктора медицинских наук
4. 1967 – утвержден в ученом звании профессора
5. 1973 – присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР»
6. 1980 – избран членом-корреспондентом АМН СССР
7. 1984 – присуждена премия им. А.Н. Бакулева за монографию «Хирургия поврежденных груди» изданную в 1981 г.
8. 1986 – избран академиком АМН СССР
9. 1987 – присуждена премия им. С.И. Спасокукоцкого АМН СССР
10. 1997 - присуждена Государственная премия РФ в области науки и техники коллективу авторов (Вагнеру Е.А., акад. РАМН, заведующему кафедрой госпитальной хирургии ПГМА, руководителю работы; Брунсу В.А., д.м.н., заведующему кафедрой хирургии ФУВ ПГМА, Денисову А.С., д.м.н., проректору по лечебной работе, заведующему кафедрой травматологии и ортопедии ПГМА; Брюсову П.Г., д.м.н., главному хирургу Министерства обороны Российской Федерации; Жижину В.Н., к.м.н., старшему преподавателю РМАПО; Перельману М.И., акад. РАМН, заведующему кафедрой ММА им. И.М. Сеченова; Селезневу С.А., д.м.н., главному научному сотруднику – консультанту С-Петербургского НИИ скорой помощи имени проф. И.И. Джанелидзе), за разработку и внедрение современных концепций лечения тяжелой сочетанной травмы груди и ее осложнений.
11. 2006 – Пермской государственной медицинской академии присвоено имя Е.А. Вагнера (в настоящее время – Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А. Вагнера)

Государственное признание

1. 1961 – награжден орденом «Знак почета»
2. 1965 – награжден медалью «XX лет победы над Германией»
3. 1965 – присуждено звание «Заслуженный врач РСФСР»
4. 1969 – награжден медалью «50 лет Вооруженных сил СССР»
5. 1970 – награжден медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина»
6. 1971 – награжден бронзовой медалью Главного комитета ВДНХ
7. 1971 – награжден орденом «Трудового Красного знамени»
8. 1971 – награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения РСФСР
9. 1971 – присуждено звание «Ударника коммунистического труда»
10. 1973 – награжден значком Министерства высшего и среднего специального образования
11. 1978 – награжден орденом «Трудового красного знамени»
12. 1983 – награжден бронзовой медалью Главного комитета ВДНХ
13. 1985 – награжден медалью «40-лет Победы в Великой отечественной войне»
14. 1985 – награжден орденом «Отечественной войны 2 степени»
15. 1986 – награжден орденом «Октябрьской революции»
16. 1991 – награжден знаком «Заслуженный изобретатель СССР»
17. 1993 – награжден орденом «Дружбы народов»

Общественное признание

1. Избран почетным гражданином г. Березники
2. Избран почетным гражданином г. Перми
3. Избран почетным гражданином Пермской области
4. Избран почетным членом Кировского областного общества хирургов
5. Избран председателем совета ректоров ВУЗов Перми
6. Избран членом международного общества хирургов

Прил.2 СПИСОК ДИССЕРТАЦИЙ, ЗАЩИЩЕННЫХ ПОД РУКОВОДСТВОМ АКАДЕМИКА АМН СССР (РАМН) Е.А. Вагнера

Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

1. 1969 - Грачев Константин Александрович «Слепые ранения печени мирного времени»
2. 1969 - Орлов Вадим Александрович «Чрескожная пункционная биопсия предстательной железы в диагностике ранних форм рака»
3. 1971 - Ким Леонтий Матвеевич «Травма груди мирного времени»
4. 1971 - Ортенберг Ян Абрамович «Реанимация и обезболивание при тяжелой травме груди»
5. 1972 - Данченков Валерий Михайлович «Кислотообразующая и моторно-эвакуаторная функция желудка при панкреатитах и холециститах по данным радиотелеметрии»
6. 1972 - Муратов Евгений Ильич «Вросший ноготь и его лечение»
7. 1972 - Шахтаев Магомед-Расул Ибрагимович «Некоторые вопросы клиники и лечения проникающих колото-резаных ран груди»
8. 1973 - Светлаков Борис Иванович «Опыт медиастиноскопии в дифференциальной диагностике туберкулёза органов дыхания»
9. 1973 - Черкасов Владимир Аристархович «Опыт хирургического лечения туберкулом легкого»
10. 1973 - Щепочкин Валентин Иванович «Желчный перитонит у больных описторхозом»
11. 1974 - Кулешова Зоя Дмитриевна «К применению ротационного способа кожной пластики»
12. 1975 - Арасланов Рафаил Равильевич «Изменения некоторых функциональных показателей внешнего дыхания, сердечной деятельности и свертывания крови при обратимом нарушении легочного кровообращения»
13. 1976 - Денисов Александр Сергеевич «Ортопедические аспекты диагностики и лечения шейных вертеброгенных синдромов»

14. 1976 - Кузьмин Михаил Федорович «Лимфатическое русло эпикарда человека и собаки в норме, патологии и эксперименте»
15. 1976 - Медведев Владимир Анатольевич «Микроциркуляция в ожоговой ране при антикоагулянтной терапии»
16. 1976 - Минина Нонна Анатольевна «К патофизиологической характеристике патогенеза и диагностики закрытой травмы груди»
17. 1976 - Митясов Юрий Александрович «Некоторые вопросы ауто- и аллотрансплантации легких (экспериментальное исследование)»
18. 1978 - Овчинников Николай Афанасьевич «Морфология внутри органного лимфатического русла желчного пузыря»
19. 1978 - Сандаков Павел Яковлевич «Закрытая травма груди с переломами ребер»
20. 1979 - Возгомент Олег Васильевич «Инфузионная терапия в послеоперационном периоде у больных с разлитым перитонитом»
21. 1980 - Брунс Владимир Алексеевич «Хирургическая тактика при сочетанных повреждениях груди и живота»
22. 1980 - Золотарев Юрий Всеволодович «Хирургическое лечение хронических заболеваний легких и роль нарушений онтогенеза в возникновении этой патологии»
23. 1980 - Кадынцев Валерий Михайлович «Кожная пластика при лечении ран нижних конечностей (первичная и вторичная кожная пластика, подготовка больных к вторичной пластике с применением ультразвука)»
24. 1981 - Артемов Олег Тимофеевич «Клиническая оценка методик, улучшающих диагностику рака желудка и исходы его хирургического лечения»
25. 1981 - Кибанов Валентин Петрович «Лимфография при опухолях малого таза»
26. 1981 - Копытов Леонид Федорович «Хирургические аспекты трансплантации трахеи в эксперименте»
27. 1982 - Бурдуков Павел Михайлович «Гемодинамика и внешнее дыхание в остром периоде сочетанной травмы груди и головы»

28. 1982 - Вечеровская Нина Васильевна «Комплексная диагностика и хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях»
29. 1982 - Чазова Нина Львовна «Состояние фурфактанта легких при сочетанной травме груди»
30. 1984 - Дьяков Николай Константинович «Гемосорбция как метод дезинтоксикации в критических состояниях в хирургии»
31. 1985 - Рыжаков Павел Серафимович «Особенности хирургической тактики при осложненных язвах 12-перстной кишки различной локализации»
32. 1986 - Астахов Геннадий Иванович «Патогенетические обоснования активации протеолиза при разлитом гнойном перитоните»
33. 1986 - Ильчишин Владимир Иванович «Закрытая травма груди у лиц пожилого и старческого возраста»
34. 1986 - Котельникова Людмила Павловна «Изменение химического состава желчи и желчных кашей при холелитиазе в зависимости от патологии печени»
35. 1986 - Перепелицын Владимир Николаевич «Оперативная торакоскопия при травме груди и спонтанном пневмотораксе»
36. 1986 - Плаксин Сергей Александрович «Нарушения центральной гемодинамики при тяжелой сочетанной травме груди и принципы их коррекции»
37. 1986 - Суханов Сергей Германович «Круговой шов склерозированных артерий среднего и малого калибров»
38. 1986 - Торбин Валерий Васильевич «Нарушение газообмена ПРИ травме груди и их коррекция»
39. 1986 - Храмцов Андрей Алексеевич «Хирургическая тактика при сочетанной травме груди и таза»
40. 1986 - Шмагель Константин Васильевич «Влияние изолированной и комбинированной закрытой травмы груди на иммунный ответ и популяцию лимфоцитов (экспериментальное исследование)»
41. 1987 - Заугольникова Татьяна Васильевна «Кардиоваскулярные расстройства у больных хирургического профиля в критических состояниях»

42. 1987 - Кубариков Андрей Павлович «Радикальное оперативное лечение распространенной, гангрены легкого»
43. 1987 - Срыбных Сергей Иванович «Хирургия торакоабдоминальных ранений в условиях оказания специализированной помощи при травме груди»
44. 1988 - Дворянский Сергей Афанасьевич «Комплексный метод лечения и профилактика осложнений послеродовых травм промежности»
45. 1988 - Петухов Валерий Николаевич «Управляемая гемодилюция с реинфузией крови при кесаревом сечении у беременных с нефропатией»
46. 1988 - Протопопов Виктор Вадимович «Реифузия крови при плановых операциях на аорте и магистральных артериях»
47. 1988 - Ронзин Андрей Владимирович «Нарушение кислородного режима организма при закрытой травме груди»
48. 1989 - Зубарева Надежда Анатольевна «Изолированная комбинированная закрытая травма груди и поствакцинальный иммунитет»
49. 1989 - Ладейщиков Вячеслав Михайлович «Состояние вегетативной нервной системы при закрытой травме груди»
50. 1989 - Мартемьянов Сергей Борисович «Влияние закрытой травмы груди, нанесенной в различные сроки острой лучевой болезни, на кислородный режим организма»
51. 1990 - Волков Сергей Викторович «Ранняя диагностика осложнений послеоперационных и травматических плевритов»
52. 1990 - Попов Александр Владимирович «Сочетанная, патология органов гепатопанкреатодуоденальной зоны»
53. 1990 - Репин Максим Васильевич «Диагностика и хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости»
54. 1990 - Русинов Владимир Михайлович «Оценка состояния гепатобилиарной системы при неопухолевых поражениях внепеченочных желчных протоков, сопровождающихся нарушением оттока желчи»

55. 1990 - Субботина Татьяна Игоревна «Клинико-морфологическое состояние печени при желчнокаменной болезни у лиц, перенёсших вирусный гепатит»
56. 1991 - Брунс Александр Владимирович «Внутреннее дренирование холедоха при остром осложненном холецистите»
57. 1991 - Филоненко Надежда Ивановна «Клинико-функциональная оценка коронарного и гемодинамического резерва у больных с окклюзирующими заболеваниями аорты и магистральных артерий в предоперационном периоде»
58. 1991 - Шибанов Сергей Николаевич «Реабилитация больных окклюзирующими атеросклерозом после реконструктивных операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей на курорте "Усть-Качка"»
59. 1991 - Эпштейн Андрей Маратович «Отдаленные результаты частичных резекций легких и пневмоэтомий, выполненных по поводу различных форм туберкулеза легких в условиях исправительно-трудовых учреждений»
60. 1992 - Блинов Семен Андреевич «Применение губки антисептической с гентамицином в хирургии»
61. 1992 - Веретенников Анатолий Николаевич «Ранняя дифференциальная диагностика некроза кожи при ожогах»
62. 1992 - Волина Светлана Георгиевна «Профилактика раневой инфекции при кесаревом сечении»
63. 1992 - Красильников Сергей Аркадьевич «Применение ацетилсалициловой кислоты в реконструктивной хирургии аорты и магистральных артерий, и перспективы создания её водорастворимых форм»
64. 1992 - Степанов Сергей Анатольевич «Особенности и результаты хирургических вмешательств у больных туберкулезом лёгких без предшествующей или с краткосрочной предоперационной химиотерапией»
65. 1993 - Василец Владимир Анатольевич «Эндоваскулярная дилатация в комплексном лечении окклюзирующих заболеваний аорты и магистральных артерий»

66. 1993 - Касатов Анатолий Владимирович «Диагностика и лечение свернувшегося гемоторакса при проникающих ранениях и закрытой травме груди»
67. 1993 - Кривощёков Виталий Давидович «Патология позвоночного канала»
68. 1993 - Соколов Юрий Юрьевич «Реперфузионные нарушения при острой ишемии конечностей»
69. 1993 - Шумейко Сергей Геннадьевич «Обезболивание клофелином у больных хирургического профиля»
70. 1994 - Самарцев Владимир Аркадьевич «Хирургическое лечение сочетанного рубцового поражения терминальных отделов желчного и панкреатического протоков при заболеваниях желчевыводящих путей»
71. 1995 - Батусов Владимир Викторович «Экстракорпоральное подключение донорской селезенки и использование спленоперфузата в комплексной терапии разлитого перитонита»
72. 1995 - Гаврилов Вячеслав Витальевич «Интраплевральная анальгезия в лечении пострадавших с закрытой травмой груди»
73. 1995 - Ершов Олег Юрьевич «Сравнительная оценка эффективности некоторых методов лечения острого холангита в послеоперационном периоде»
74. 1995 - Хлебников Владимир Валерианович «Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни в зависимости от состояния печени по данным биохимических и морфологических исследований»
75. 1995 - Шилова Наталья Александровна «Оценка различных звеньев иммунной системы при закрытой травме груди»
76. 1996 - Давидов Михаил Иванович «Инородные тела желудочно-кишечного тракта и брюшной полости»
77. 1996 - Мухамадеев Ильдус Султанович «Тактика и хирургическое лечение аневризм брюшной аорты у больных с мультифокальным атеросклерозом»
78. 1997 - Молодых Сергей Владимирович «Тактика постоянной учащающей электрокардиостимуляции с учетом оценки хронотропной функции сердца»

79. 1998 - Лихачева Надежда Адольфовна «Тактика и результаты хирургического лечения мультифокального атеросклероза у больных сахарным диабетом»

80. 1999 - Катков Андрей Ильич «Хирургическое лечение патологической извилистости сонных артерий»

Диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук

1. 1970 - Вечеровский Иван Федорович «Материалы к патогенезу острого гематогенного остеомиелита»

2. 1973 - Нельзина Зинаида Фёдоровна «Первичная хирургическая обработка открытых повреждений кисти и пальцев»

3. 1976 - Лишке Август Августович «Частичная денервация лёгких при бронхиальной астме»

4. 1977 - Зиганьшин Рашид Валеевич «Хирургические осложнения описторхоза печени и желчного пузыря»

5. 1978 - Палатова Людмила Федоровна «Хирургические заболевания желчных путей, сопровождающихся желтухой, их взаимосвязь с патологией печени»

6. 1983 - Орлов Вадим Александрович «Лечение пузырно-влагалищных свищей»

7. 1984 - Черешнев Валерий Александрович «Закрытая травма груди в комбинации с гамма-облучением»

8. 1985 - Репин Василий Николаевич «Оперативное лечение и профилактика постгастрорезекционных расстройств»

9. 1987 - Шапот Юрий Борисович «Закрытая травма груди, сопровождающаяся шоком»

10. 1988 - Бурдуков Павел Михайлович «Сочетанная травма груди в комбинации с лучевым поражением»

11. 1988 - Дмитриева Антонина Михайловна «Рентгено-радионуклидная диагностика повреждений легких при закрытой травме груди»

12. 1988 - Елькин Иван Федорович «Патофизиология, бактериальной интоксикации (на модели скрыто протекающей столбнячной интоксикации)»
13. 1989 - Стародубцев Николай Григорьевич «Совершенствование способов соединения органов трубчатого строения»
14. 1990 - Заривчацкий Михаил Федорович «Энтеральный путь поддержания и коррекции гомеостаза у хирургических больных»
15. 1990 - Матвеев Андрей Теодорович «Регионарная аналгезия в лечении болевых синдромов»
16. 1992 - Бордуновский Виктор Николаевич «Пластическая хирургия селезёнки и печени»
17. 1993 - Брунс Владимир Алексеевич «Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной травме груди в остром периоде травматической болезни»
18. 1993 - Денисов Александр Сергеевич «Сочетанная травма груди и головы»
19. 1993 - Сандаков Павел Яковлевич «Оценка факторов риска и хирургическая тактика при холецистите в сочетании с заболеваниями гепатодуоденальной зоны»
20. 1993 - Субботин Вячеслав Михайлович «Оперативная торакоскопия»
21. 1993 - Суханов Сергей Германович «Хирургическое лечение и реабилитация больных с мультифокальными поражениями при заболеваниях аорты и магистральных артерий»
22. 1993 - Урман Михаил Григорьевич «Хирургическая тактика при травме живота»
23. 1993 - Цейликман Эдуард Гавриелевич «Пути повышения эффективности гастрэктомии и резекции желудка»
24. 1993 - Черкасов Владимир Аристархович «Особенности и эффективность хирургического лечения туберкулеза легких среди неблагополучных клинико-социальных групп больных»
25. 1994 - Лопанов Александр Алемпьевич «Вены сердца в норме патологии и эксперименте»

26. 1995 - Котельникова Людмила Павловна «Состояние печени и желчных путей в оценке хирургической тактики при желчнокаменной болезни»
27. 1995 - Плаксин Сергей Александрович «Острый период тяжёлой изолированной и сочетанной травмы груди»
28. 1996 - Перепелицин Владимир Николаевич «Малоинвазивные способы хирургического лечения неспецифической эмпиемы»

