

© CC BY С. Ф. Багненко, Н. А. Яицкий, С. М. Лазарев, 2022
УДК 616-089 (470.23-2)»18»
DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-1-117-122

О ПЕРВЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ, ВЫПОЛНЕННЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В XIX в.

С. Ф. Багненко, Н. А. Яицкий, С. М. Лазарев*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 16.03.2022 г.; принята к печати 06.04.2022 г.

Статья посвящена истории желудочной хирургии в Санкт-Петербурге (Россия) XIX в. В последние десятилетия XIX в. произошел прорыв в хирургии – хирурги всего мира начали оперировать желудок. Русские хирурги М. К. Китаевский, Д. М. Монастырский и Н. В. Экк впервые в Санкт-Петербурге и в России выполнили резекцию желудка по поводу рака по методу Бильрот I (М. К. Китаевский, 16 июля 1881 г.) и гастроэнтероанастомоз при рубцовом стенозе привратника (Н. Д. Монастырский, 13 марта 1882 г.), а Н. В. Экк предложил на заседании Общества русских врачей в Санкт-Петербурге в мае 1882 г. накладывать анастомоз между культей резецированного желудка и петель тонкой кишки, которая была реализована венским хирургом Т. Бильротом только через 3 года, в 1885 г., и получила название модификации резекции желудка по методу Бильрот II. Необходимо заметить, что М. К. Китаевский и Н. Д. Монастырский работали в Петропавловской больнице, на базе которой был создан в 1897 г. Женский медицинский институт (ныне Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова).

Ключевые слова: хирургия, история, операции на желудке, Санкт-Петербург, М. К. Китаевский, Н. Д. Монастырский, Н. В. Экк, Петропавловская больница

Для цитирования: Багненко С. Ф., Яицкий Н. А., Лазарев С. М. О первых операциях на желудке, выполненных в Санкт-Петербурге в XIX в. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2022;181(1):117–122. DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-1-117-122.

* **Автор для связи:** Сергей Михайлович Лазарев, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: sergelazarev@list.ru.

ABOUT THE FIRST GASTRIC SURGERIES PERFORMED IN SAINT PETERSBURG IN THE XIX CENTURY

Sergey F. Bagnenko, Nikolay A. Yaitsky, Sergey M. Lazarev*

Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

Received 16.03.2022; accepted 06.04.2022.

The article is devoted to the history of gastric surgery in Saint Petersburg (Russia) in the XIX century. In the last decades of the 19th century, there was a breakthrough in surgery – surgeons from all over the world began to operate on the stomach. For the first time in Saint Petersburg and in Russia, Russian surgeons M. K. Kitaevsky, D. M. Monastyrsky and N. V. Ekk performed stomach resection for cancer by Billroth I method (M. K. Kitaevsky, 16.07.1881) and gastroenteroanastomosis for cicatricial pyloric stenosis (N. D. Monastyrsky, 13.03.1882), and at the meeting of the Society of Russian Doctors in Saint Petersburg in May 1882, V. Ekk proposed to overlap an anastomosis between the stump of the resected stomach and the loop of the small intestine that was realized by the Viennese surgeon T. Billroth only 3 years later in 1885, and got the name of the modification of gastric resection by the Billroth II method. It should be noted that M. K. Kitaevsky and N. D. Monastyrsky worked at Petropavlovsky Hospital – on the basis of which the Women's Medical Institute was established in 1897 (now the Pavlov First Saint Petersburg State Medical University).

Keywords: surgery, history, gastric surgery, Saint Petersburg, M. K. Kitaevsky, N. D. Monastyrsky, N. V. Ekk, Petropavlovsky Hospital

For citation: Bagnenko S. F., Yaitsky N. A., Lazarev S. M. About the first gastric surgeries performed in Saint Petersburg in the XIX century. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2022;181(1):117–122. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-1-117-122.

* **Corresponding author:** Sergey M. Lazarev, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: sergelazarev@list.ru.

История зарождения хирургии желудка в России неразрывно связана с историей 1-го СПбГМУ им. И. П. Павлова и уходит в конец XIX в., когда в стенах Петропавловской больницы для бедных Санкт-Петербурга – будущей клинической базе Женского Медицинского института, основанного 125 лет назад, в 1897 г., были выполнены в хирургическом «Суворовском» корпусе больницы первые операции на желудке. На рубеже веков в этом корпусе располагались вновь созданные хирургические кафедры – общая, факультетская и госпитальная.

Открытие и внедрение в хирургическую практику асептики и антисептики практически ликвидировали проблему «антонова огня» (перитонита), а использование наркоза, в частности, хлороформного, позволило хирургам выйти на качественно новый уровень проведения операций, существенно снизить риск осложнений и смерти, создало условия для внедрения новых оперативных вмешательств, в том числе полостных операций. В русской медицинской печати, начиная с 1881 г., появлялись первые сообщения о попытках внедрения новых операций на желудке – резекции, гастростомии, пилоропластики. Проводившиеся до этого времени гастростомии выполняли только у безнадежных больных или при осложнениях. В Санкт-Петербурге 120 лет назад русские хирурги впервые начали выполнять операции на желудке, сообщения о которых были опубликованы. Нельзя исключить попытки выполнения этих операций и в других городах и медицинских учреждениях России, но публикаций об этом нет.

Как известно, первая в мире резекция желудка при раковом поражении антральной его части была успешно выполнена французским хирургом Пеаном 9 апреля 1879 г. Хирург выполнил операцию, которую назвал гастрэктомия: были удалены резецированные желудок и двенадцатиперстная кишка с последующим анастомозом «конец в конец». Больной погиб через 4 суток – то ли от перитонита, то ли от осложнений гемотрансфузии, так как больному дважды (!) переливали кровь, естественно, без знания группы крови и резус-фактора. Вторая операция резекции желудка была выполнена 16 ноября 1880 г. Ридигером, но пациент умер в первую же ночь после операции. И уже 29 января 1881 г. венский хирург Т. Бильрот прооперировал больную по поводу рака антральной части желудка. Больная прожила 4 месяца и умерла от рецидива рака. Бильрот в эти месяцы прооперировал еще 3 больных. Всем больным был наложен гастродуоденальный анастомоз – операция Бильрот I. Чем же была обусловлена такая смелость хирурга, прооперировавшего подряд 4 больных? Готовясь к операции, Бильрот изучил истории более 500 пациентов, умерших от рака нижней трети желудка, за период более чем 50 лет, и обратил внимание, что более чем у трети из них не было найдено отдаленных метастазов! В журнале «Wienere Medizinische Wochenschrift» уже 4 февраля 1881 г. появилось описание первой резекции желудка по поводу рака, представленное Бильротом.

Первая успешная операция по поводу язвенной болезни выполнена 21 октября 1881 г. Ридигером, который произвел антральную резекцию желудка при язве в нем, и больная была выписана 4 января 1882 г. Необходимо отметить, что предшественниками резекции желудка в Европе были физиологи Меррем (1810), который выполнил в эксперименте эксцизию привратника у собаки, и сотрудники Бильрота – Gussenbauer и Winiwarten (1874).

Первая гастростомия (антеколика передняя) осуществлена Вельфлером (ассистент Бильрота) 28 сентября 1881 г.

Первая резекция желудка в России была осуществлена 16 июля 1881 г. в женском хирургическом отделении Суворовского корпуса Петропавловской больницы (так называлось учреждение до открытия Женского медицинского университета в 1997 г. – ныне ПСПбГМУ им. И. П. Павлова) Санкт-Петербурга М. К. Китаевским.

Хирургический корпус Петропавловской больницы (архитектор – И. А. Варнек), в котором зародилась хирургия желудка в России, был построен 150 лет назад. 28 января 1869 г. на территории больницы был сдан в эксплуатацию каменный трехэтажный хирургический корпус, который боковой частью выходил на Малую Архьерейскую улицу (ныне Петропавловская ул., ведущая к реке Карповка) (рисунки). Председателем Попечительского совета строительства заведений Общественного призрения в Санкт-Петербурге был генерал-губернатор Санкт-Петербурга князь Александр Аркадьевич Суворов, поэтому корпус получил название «Суворовский». В этом корпусе были впоследствии, после организации Женского медицинского института, в 1897 г., созданы общая, факультетская и госпитальная хирургические кафедры. Петропавловская больница барачного типа была размещена на земле архиерейского подворья Феофана Прокоповича, сподвижника Петра I, и ограничена улицами Большой Архьерейской (ныне ул. Льва Толстого), Малой Архьерейской (ныне Петропавловская ул.) и рекой Карповкой на Петроградской стороне Санкт-Петербурга. Она располагалась на первой городской территории Санкт-Петербурга. Рядом располагались казармы Преображенского полка, на другой стороне реки Карповки был разбит еще во времена Петра I архиатром Арескиным государственный Аптекарский огород и сад для выращивания лекарственных растений на нужд русской армии. Поэтому размещение больницы напротив Аптекарского огорода было удачным. Интерес в Суворовском корпусу объясняется тем, что в нем и зародилась желудочная хирургия России. Кроме того, в этом здании впоследствии возглавляли кафедру и клинику госпитальной хирургии Первого медицинского института Ленинграда (ныне ПСПбГМУ им. И. П. Павлова) основоположник отечественной онкологии Н. Н. Петров, основоположники отечественной сердечно-сосудистой и легочной хирургии – И. И. Джанелидзе, Ф. Г. Углов.

Первый этаж здания был предоставлен для жилья обслуживающему персоналу. На втором этаже было размещено женское и на третьем этаже – мужское отделение. Всего было 120–140 коек. Здание имело неплохую вытяжную вентиляцию, обогревалось небольшими калориферами и печами, что весьма важно, так как фундамента практически не было. Помещения освещались керосиновыми лампами.

Планировки второго и третьего этажа были одинаковые. На каждом этаже было по шесть палат для больных, по одной операционной, две ваннные комнаты, помещение для надзирательницы, санитарный узел и кладовая. В каждой палате размещалось по 12 кроватей, и одна палата на шесть коек была выделена для изолятора. Общей операционной не было, а на каждом этаже для этой цели имелась комната в 10,8 квадратной сажени.

Каменное здание хирургического корпуса выделялось среди других построек больницы своим нарядным видом.

Первым заведующим отделением был доктор Валь, известный широкому кругу хирургов и в настоящее время, так как он описал симптом высокого ограниченного тимпанита при непроходимости кишечника.

В 1880-х гг. в хирургическом отделении в среднем за год лечили около 1000 больных. Среди операций преобладали ампутации конечностей, резекции суставов, вылушивание костей, удаление опухолей и др. Изредка производились операции по поводу грыж и новую операцию – гастростомеоанастомоз. Смертность в эти годы колебалась в среднем от 5,8 % (1880) до 3,6 % (1883).

В стенах этого корпуса в конце 70-х гг. XIX в. оказались два доктора, которые определили начало желудочной хирургии в России. Это были Нестор Дмитриевич Монастырский и Максимилиан Казимирович Китаевский. Монастырский был принят на работу в больницу раньше Китаевского, но последний первым выполнил реконструктивную операцию на желудке.

Несомненно, что названные хирурги были знакомы с работами В. А. Басова, опубликованными за 40 лет до рассматриваемых событий и посвященные искусственному пути в желудок животных (гастростомия) и клиническому использованию этой операции В. Ф. Снегирёвым в Москве, результаты которой были доложены на заседании Физико-медицинского общества 7 марта 1877 г., а также успехам венских хирургов – Бильрота, Вельфлера и французов Седилло, выполнившим в клинике операцию Басова – гастростомию, и Пеана, ранее Бильрота произведшим операцию по типу Бильрот I. Уже через несколько лет резекцию желудка выполнил хирург Одесской городской больницы Бела (сообщение Е. М. Гольденгорна и С. И. Колачевского на собрании врачей этой больницы 10 апреля 1888 г.)

М. К. Китаевский после окончания Медико-хирургической академии должен был отслужить стипендию и был направлен на Кавказ в Ставропольский полк. Один из батальонов этого полка, в котором служил М. К. Китаевский, после объявления войны 1877 г. с Турцией был окружен 40-тысячным турецким корпусом в крепости Баязет. Оставшиеся в живых героически выдержали осаду в течение 23 дней. Невероятно тяжелые условия осады и блокады крепости не прошли бесследно для психики уцелевших. В дальнейшем они все, за исключением одного, покончили жизнь самоубийством. М. К. Китаевский после демобилизации по болезни вернулся в СПб., устроился сверхштатным врачом в терапевтическое отделение Петропавловской больницы и взял на себя обязанности врача для бедных жителей Петроградской стороны по медико-филантропическому ведомству. В дальнейшем он занял место штатного младшего врача этой больницы, что заставило его отказаться от должности врача для бедных. Сначала он заведовал терапевтическим отделением, а затем перешел в Суворовский корпус больницы в женское хирургическое отделение в качестве ординатора, а затем заведующего. Много времени он уделял больным и накоплению экспериментального материала для диссертации, тему которой ему предоставил профессор П. Ф. Лесгафт. Тяжелая нужда, слабое здоровье не позволили ему закончить работу. **16 июля 1881 г.**, т. е. через полгода после Т. Бильрота, он первым в России выполнил резекцию желудка по поводу рака по методу Бильрот I. В своей научной работе «Случай резекции рака желудка» [1] Китаевский подробно описывает картину заболевания и признаки опухоли.

Было бы неправильно, описывая саму операцию, не упомянуть о жалобах пациентки, ее состоянии, обследовании хирургом, которые послужили причиной постановки диагноза, без специальных методов исследования, которыми хирурги пользуются ныне для установки диагноза (рентгенография желудка, фиброгастродуоденоскопия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, биопсия и т. д.): «Мария Шнейдер, 52-х лет, поступила в заведомое мною женское хирургическое отделение Петропавловской больницы, 20 июня 1881 г., жалуясь на постоянную, наступающую через 1–1,5 ч после еды рвоту, доведшую ее в последнее время до такой слабости, что она почти не покидает кровати; эта рвота началась постепенно месяцев 8 назад и теперь наступает после всякого, даже незначительного приема пищи; стул, делавшийся все реже и реже, наступает теперь лишь через 6–7 недель. Крови во рвоте никогда не было. Исследуя больную, я нашел следующее: она небольшого роста, очень худая, кожа и слизистая оболочка поразительно бледны; мускулатура, не говоря уже о жировой ткани, почти отсутствует, так что больная в полном смысле слова представляет кожу и кости... Живот, особенно при горизонтальном на спине положении больной, представляет резкое неравномерное вздутие, а именно, начиная из под левого подреберья, тянется огибая дугообразно пупок снизу, к правому подреберью, упругая, подвижная, тимпанически звучащая взду-



«Суворовский корпус» Петропавловской больницы Женского медицинского института (ныне здание общей хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова)

«Suvorov Building» of the Petropavlovsk Hospital of the Women's Medical Institute (now the building of General Surgery of Pavlov University)

тость. Последняя оканчивается в правом подреберьи на 3 поперечных пальца не достигая ложных ребер по сосковой линии, твердою, несколько бугристою в 5 см длиною подвижную, тупо звучащую и слегка болезненною опухолью ощупывая и смещая то вздутость, то опухоль. Можно положительно убедиться, что последняя стоит в связи с первою. Выше и ниже этой вздутости живот так сильно запал, что позвоночник прощупывается без малейшего труда. А в нижней части живота он даже обрисован. Печень не увеличена, между нею и опухолью имеется поперечно идущая полоса тимпанического звука в 2–3 поперечных пальца. Пищевод совершенно проходим для пищи, так и для желудочного зонда. Наливая через последний воду в желудок убеждаемся, что вышеописанная нами, огибающая пупок снизу и оканчивающаяся опухолью в правом подреберьи вздутость есть несомненно желудок, так как, во-первых, через брюшную стенку в ней ощупывается введенный в желудок, зонд. Во-вторых, при наполнении желудка через зонд водою, тимпанический звук вздутости сменяется тупым и, в-третьих, после опорожнения желудка от воды этот тупой звук опять превращается в тимпанический. Эти же опыты убеждают нас в том, что опухоль связана с выходом желудка и, что ни тот ни другая не сращены по видимому с соседними органами, хотя, само собою разумеется, подвижность в брюшной полости несколько не исключает возможности сращения с подвижными органами.

На основании этих данных объективного исследования было, что у нашей больной имеется опухоль, всего вероятнее канкротного свойства, занимающая выход желудка и сузившая настолько его просвет, что дальнейшее прохождение пищи в кишечный канал сделалось невозможным, следствием чего явилось сильное расширение желудка и все те объективные и субъективные болезненные явления, которые заставили нашу больную искать решительной хирургической помощи.

Принимая во внимание, что силы больной со всяким днем падают более и более, убедившись в благоприятном отношении опухоли к окружающим частям, ее не особенно значительный размер (только сильное расширение желудка обещало представить значительные затруднения), я уступил настоятельным просьбам больной и решился произвести *resectionem pylori*, что и было сделано мною 16 июля в присутствии докторов Метцлера, Мартынова, Монастырского, Иогансена и Миловзорова.

Накануне операции, ровно за два часа и за час до последней желудок больной был промыт тепловатой водой (для получения совершенно чистой истекающей жидкости потребовалось полведра воды), брюшная стенка была вымыта теплою водою с мылом, затем, для удаления могущего остаться на ней сала,

обмыта серноокислым эфиром и наконец 5 % раствором карболовой кислоты. Больная одела бумажные штаны и кофту. В 11,5 часа начато хлороформирование, для чего употреблялась смесь из 100 частей хлороформа, 30 частей спирта и 30 же частей эфира. Наркоз наступил скоро, период возбуждения был очень короткий. Разрез живота произведен послышно по длиннику опухоли, имел 12,5 см длины и начинался из правого подреберья на 3 пальца ниже пупка, по белой линии. В этот разрез не попало ни одной брызгающей артерии; тем не менее, на места более других кровоточившие наложены, до вскрытия брюшины, 2 шелковые лигатуры *en masse*. Брюшина вскрыта сперва по желобоватому зонду, а затем пуговчатым герниотомом про палец. Разрез сразу хорошо обнажил опухоль, почти на всем ее протяжении. Осторожное и внимательное исследование опухоли пальцем показало, во-первых, что она значительно больше чем предполагалось до операции, во-вторых, совершенно подвижна. В-третьих, только немного переходит на *duodenum* занимая по преимуществу и очень значительно *pylorus* и малую кривизну. Поэтому (учитывая, что Бильрот считает противопоказанием к операции: а) сращение опухоли и ее переход на *pancreas*; б) узлы в печени; в) переход опухоли на *lig.hepato-duodenalis*) приступлено к освобождению пораженной части от сальников. Отделение сальника начато с большого и производилось следующим образом. Отделение сальника и особенно малого, в силу очень близкого положения малой кривизны к печени, и постоянного дыхательного надвигания последней на операционное поле, очень затруднило и замедлило работу, так что полное изолирование назначенной к резекции части заняло два с лишним часа (считая с начала наркоза). На оба сальника наложено 20 шелковых лигатур. Подлежащая резекции часть, после ее совершенного отделения, захвачена Мюзеевскими щипцами выведена из брюшной полости, а под желудок, через рану в стенке живота, подложены теплые дезинфицированные салфетки. Разрез желудка начат ножницами с большой кривизны, причем разрез захватывал на поперечный палец здоровую ткань. Из желудка вытекло довольно значительное количество содержимого, ни одной капли которого, как увидим ниже, не попало в полость брюшины. Желудок промыт теплою водою и очищен губками. Вскрытие желудка. Так как желудок оказался очень растянутым, и малую кривизну пришлось срезать почти до половины ее длины, то решено было пришить *dudenum ad curvatorum majorem* и уменьшающий просвет желудка шов – „*Occlusionsnaht zur Verkleinerung des Magenlumens*“ – начать накладывая с малой кривизны. Уменьшающий просвет желудка швов наложено 33. Во все время наложения последних желудок удерживался на 2 длинных лигатурах. Теперь проведено 2 временных шелковых лигатуры через всю толщу *dudeni* и они переданы помощнику, а удерживающаяся до сих пор Мюзеевскими щипцами опухоль отделена от двенадцатиперстной кишки косым разрезом соответственно отверстию в желудка. Сшивание кишки с желудком начато с задней стенки последнего и швы проводились так, что прокалывалось все, кроме слизистой оболочки; узлы завязывались со стороны полости сшиваемых органов. Словом накладывался, предложенный Вельфером, внутренний кишечный шов. Я употреблял для этого шва шелк средней толщины. Особых швов на слизистую оболочку, так как она очень хорошо закрывала узлы, наложено не было. Остальная часть *duodeni* пришта к желудку обыкновенным ламбертовским швом; таким образом двенадцатиперстная кишка сшита с желудком 32 швами. Во все время операции не было ни малейшего выпадения внутренностей. Желудок обмыт теплым раствором тимоля, и вправлен в брюшную полость. Рана брюшной полости сшита обыкновенным шелковым узловатым швом, так что брюшина соединена особо, мускулатура тоже и кожа

наконец соединена швами, захватывающими и мускулатуру. Больная обмыта теплою водою и рана перевязана принятою у нас в больнице антисептической повязкой.

Потеря крови во время операции была незначительной. Вышеупомянутой хлороформной смеси израсходовано до 32 драхм. Вся операция длилась около 4-х часов.

Еще во время наложения швов на малую кривизну желудка, у больной замечен был значительный упадок пульса и очень поверхностное дыхание, почему ей сделано несколько подкожных впрыскиваний *aetheris sulf.* После операции больная довольно скоро пришла в себя. Пульс был 100 в мин, полный, правильный. В 8 ч вечера она была в относительно хорошем состоянии и только жаловалась на затрудненное дыхание, хотя объективно в последнем нельзя было заметить ничего особенного. В 9 ч вечера пульс больной стал заметно падать, на него не действовали подкожные впрыскивания *spirithus camphorati*, дыхание сделалось очень поверхностным, частым и больная скончалась в 10 ч 5 мин вечера, т. е. через 6 с небольшим часов с небольшим часов после операции.

Вскрытие произведено 17 июля доктором Франкенгейзером... Раковых узлов нигде не найдено. В полости брюшины нет ни крови, ни капли желудочного содержимого. Большой сальник и серозная оболочка желудка слегка гиперемированы. Брюшинный покров остальных кишек не представляет ни малейшей гиперемии. Желудок для более удобного рассмотрения его, вынут целиком с 12-й кишкой из трупа и расправлен на листе белой бумаги, чтобы снять его контуры и размеры. Длина его по большой кривизне 9 см, со стороны малой кривизны – 10 см. Сужение выхода желудка было столь значительно, что со стороны последнего в дуоденум едва можно провести конец мизинца. Опухоль на разрезе белесоватая, плотная, при соскабливании дает мало сока. Швы хорошо и плотно удерживают сшитые органы».

Значительного рассвета достигло мужское хирургическое отделение Петропавловской больницы с приходом Нестора Дмитриевича Монастырского. Окончив Медицинский факультет Венского университета в 1875 г., он переехал в СПб. и поступил сверхштатным ординатором хирургического отделения Петропавловской больницы. В 1877 г., так же как и Китаевский, он уехал на русско-турецкий фронт в должности старшего врача лазарета, а в 1878 г. возвратился и был назначен исполняющим обязанности, а затем утвержден в должности старшего ординатора хирургического отделения. В дальнейшем Н. Д. Монастырский возглавил мужское хирургическое отделение, которое под его руководством быстро стало достигать успехов, так как он смело выполнял ряд крупных для того времени операций и начал довольно активно участвовать в научной жизни Петербурга.

Круг интересов Н. Д. Монастырского был достаточно велик. Особый интерес он проявил к зарождающимся полостным операциям. Впервые в мире 13 марта 1882 г. Н. Д. Монастырский произвел гастроэнтеростомию при рубцовом стенозе привратника. Это произошло через 5,5 месяца после впервые выполненной операции Вельфлером в клинике Т. Бильбота по поводу рака пищевода. К этому времени в мире были осуществлены четыре подобные операции, и все они были выполнены при раке. В 1885 г. Н. Д. Монастырский покинул больницу в связи с зачислением его в качестве штатного профессора во вновь организованный Клинический институт для усовершенствования врачей (позднее ГИДУВ и МАПО) в Санкт-Петербурге.

В том же 1882 г. Нестор Дмитриевич описал случай эзофаготомии для удаления инородного тела из пищевода, а также опубликовал в 1883 г. статью «К вопросу о лечении рубцовых сужений пищевых путей токсического происхождения» [2].

Что подвигло Н. Д. Монастырского на эту операцию? Как он написал, это были мнения Шенбурна, который высказал мысль о постепенной механической дилатации привратника

при его опухолевом поражении вместо наложения гастростомы, и Тренделенбурга, предложившего бужирование суженного привратника через наложенный ранее желудочный свищ (гастростому). Шеде модернизировал методику Тренделенбурга, введя через гастростому и суженный привратник больной зонд для питания. Но до этапа последующего бужирования привратника больная не дожила. Вельфлер в 1881 г. Н. Д. Монастырский написал о резекции привратника желудка при рубцовом стенозе его, так же как и при раке и стенозирующей язвенной стенозе привратника (Ридигер – 1881 г., Лансштен – 1882 г., ван Клиф – 1882 г.). Описание случая цитируется по Монастырскому [2]: «П. 36 лет, который в нетрезвом состоянии пытался покончить с собой выпив 24.01.1882 г. полчаши кислоты и прибавив 8 головок обыкновенных спичек, и был доставлен в Петропавловскую больницу, где его сразу осмотрел доктор Ю. Э. Мелленфельдом. К 30 января состояние больного значительно улучшилось – прекратились рвоты и боль и больной был выписан. Но уже 4 марта больной вновь поступает к доктору Мелленфельду, который обратил внимание на резкое похудание больного и с диагнозом непроходимость изолированного рубцового привратника желудка больной был переведен на хирургическое отделение на котором Н. Д. Монастырский, введя зонд в желудок и промыв его теплой водой, убедился, что имеется непроходимость привратника, который хирург прощупал в виде небольшой опухоли», приблизительно со сливу величиною, как бы сплюснутая спереди назад». Н. Д. Монастырский должен был выбрать один из двух вариантов лечения: резекцию привратника по способу Бильрота или выполнить искусственное сообщение между желудком и кишечником по способу Вельфлера. Учитывая истощение больного, хирург выбрал гастростероанастомоз. Предоставим слово Н. Д. Монастырскому в тщательном и выверенном описании операции, чего сейчас не всегда найдешь среди современных хирургов, которая была произведена **13 марта 1882 г.**: «...больного от верхушки мечевидного отростка вниз, по белой линии живота, послыно, до сывороточного слоя, длиною в 13 см. После тщательной остановки кровотечения – перевязано 4–5 сосудов – приступлено ко вскрытию полости живота; пристеночная брюшина вскрыта сперва между пинцетами, а затем по желобоватому зонду во всю длину раны. Тут дальнейшая подача хлороформа прекращена. В верхней половине раны предлежал желудок и виделся левый край печени, в нижней половине раны лежала поперечная ободочная кишка, сильно контрагированная. Еще раз тщательно продезинфицировав свои руки теплым крепким карболовым раствором, я подвел правую руку к привратнику желудка и убедился, что опухоль, которую я прежде прощупывал через переднюю брюшную стенку, действительно принадлежит привратнику. Судя по мягкоэластичной консистенции и по ровной, гладкой поверхности опухоли, можно было предположить, что она по всей вероятности образовалась вследствие гипертрофии стенок привратника. Ориентировавшись таким образом, я оттянул потом левой рукой сальник вверх. А правую руку запустил в брюшную полость сейчас под ободочной кишкой. Направляя руку спереди назад и немного влево, я захватил первую попавшуюся мне петлю тонких кишок и вытащил ее через рану наружу. Потягивая за концы петли я убедился однако, что они оба безпрепятственно выдвигаются из полости живота. Это означало, что я не захватил нужную мне первую петлю *intestine jejuni*, а какую-то другую петлю, более отдаленную от двенадцатиперстной кишки. А потому респондировал извлеченную кишку, я вторично запустил правую руку в полость живота и вытащил другую попавшуюся мне петлю. На этот раз вышло удачно. Один конец извлеченной петли свободно выдвигался из брюшной полости, другой

же конец вскоре оказался фиксированным; стало быть, этот последний конец был приводящим концом нужной мне первой петли *jejuni*. При более подробном осмотре извлеченной петли оказалось что она повернута вокруг длинной оси, так как приводящий и отводящий ее концы перекрещивались между собою. Вследствие этого я повернул петлю так, что концы ее стали параллельно друг к другу. В этом положении я провел через брыжейку у самого прикрепления ее к кишке, две толстые нитки антисептического шелка, в расстоянии друг от друга около 10 см; эти нитки предназначались для временного закрытия проходимости кишки с помощью перевязки. Покончив эту работу, я покрыл петлю двумя дезинфицированными теплыми салфетками и отложил ее вниз. Дальше приступлено ко вскрытию желудка, как оказалось, самой хлопотливой части операции. Передняя стенка желудка захвачена пальцами в виде складки и приподнята, насколько это было возможно; вокруг складки вся рана тщательно закрыта губками и салфетками. На вершине складки желудочная стенка вскрыта разрезом, длиною в 1 см; содержимое желудка немедленно хлынуло в виде фонтана. В рану заложены два трехзубые тупые крючка. С помощью которых выведенная часть желудка постоянно удерживалась вне полости живота. Разрез стенке желудка, расширенный до 4 см длины, был расположен параллельно большой кривизне и на один палец выше ее. Четыре небольшие сосуда, лежавшие в том месте, где надо было сделать разрез, предварительно перевязаны кетгутом, обеззараженным по способу Кохера; лигатуры подводились под сосуды при помощи обкалывания, каждый сосуд перевязан в двух местах. Содержимое желудка, хлынувшее сначала довольно сильными фонтаном, продолжало и впоследствии высасывать небольшими струйками каждый раз, как только грудобрюшная преграда опускалась вниз. Все время я усердно собирал губками немедленно и по возможности тщательно изливающееся содержимое желудка, дабы не дать ему попасть в брюшную полость. Для совершенного опорожнения желудка пришлось больного повернуть на правый бок. Когда пациент снова был положен на спину, желудок тщательно дезинфицирован теплой салициловой водой, а губки и салфетки, закрывающие рану, заменены свежими. Шелковые нити, проведенные через брыжейку самой начальной части *jejuni*, завязаны в петли так, что последние обхватывали кишку, причем петли не туго затягивались. После этого тонкая кишка продольным разрезом в 4 см длиною, который расположен против места прикрепления брыжейки. При этом появилось небольшое, но очень упорное, видимо венозное кровотечение из слизистой оболочки кишки. После тщательной дезинфекции внутренности кишки, приступлено к сшиванию краев раны желудка с краями раны кишечной, причем материалом для швов служил тонкий шелк, обеззараженный и хранимый по рецепту Кохера. С помощью 10-и швов Вельфлера соединен нижний край раны желудка с задним краем раны в кишке при том сероза к серозе; слизистая же оболочка этих краев соединена с помощью 11 узловатых швов. Которые положены так, что узлы их смотрели внутрь образуемого нового выхода желудка.

Дальше приступлено к соединению верхнего края желудочной раны с передним краем кишечной раны. Сперва соединены края слизистых оболочек с помощью 12-и узловатых швов таким образом, что узлы лежали в подслизистой ткани, а затем уже прилажены друг к другу серозные поверхности с помощью 12 швов Ламберта. Убедившись в том, что все швы установлены прочно и в достаточном количестве и что пришитая петля *in situ* не будет отвисать своими концами под острым углом, я снял временные лигатуры, очистил теплыми губками желудок и пришитую к нему петлю и опустил их внутрь полости живота. До сих пор больной не получал хлороформа,

тем не менее лежал все время совершенно спокойно. Когда же приступлено к сшиванию краев раны в брюшной стенке, больной стал сильно беспокоиться, а потому пришлось его опять захлороформировать. Через всю толщу краев раны в брюшной стенке проведены три шва из толстого антисептического шелка; прежде чем закрепить эти швы, я соединял края пристеночной оболочки с помощью 12 узловатых швов из тонкого кетгута, обеззараженного по способу Кохера. Наконец, наложено еще 18 промежуточных швов из тонкого обеззараженного шелка. Операция продолжалась 2 часа. Линеарно соединенная рана запудрена небольшим количеством пульверизированного иодоформа; перевязка из марли, приготовленной по способу Бкурмана и толстого слоя 10 % салициловой ваты, охватывала весь живот и укреплена с помощью опрессированного марлевого бинта, предварительно смоченного.

Во время наложения перевязки с больным случился опасный приступ коллапса: цианоз лица, дыхание очень поверхностное, почти безпульсное состояние. Немедленно впрыснута подкожно *Tinctura Moschii* (8 шприцев) и *Oleum camphoratum* (3 шприца); больной укутан в согреты одеяла, к ногам поставлены грелки. Вскоре пульс немного поднялся, дыхание стало правильнее, цианоз вовсе прошел; через полчаса больной оправился окончательно. . . В 9 часов вечера больной заявил, что хочет немного поспать и закрыл глаза. Минут 15 спустя вдруг проснулся, стал проспать с окружающими, глаза закатились. *Exitus*».

Данное описание, несмотря на то, что прошло почти полтора века, очень поучительно и для хирургов современных. Обратите внимание на тщательность выполнения операции и ее описания.

Хотелось бы отметить вклад петербургского хирурга Н. В. Экка в развитие хирургии рака желудка. Н. В. Экк в 1882 г. доложил на заседании Общества русских врачей случай успешно выполненной им резекции антрального отдела желудка по поводу рака и продемонстрировал больную 35 лет [3]. Хирург отметил на операции в малом сальнике плотные узлы, убрать которые не представлялось возможным. Эту операцию, в связи с этим, нельзя считать радикальной, и больная вскоре погибла от прогрессии процесса. Однако самое главное в этом случае то, что он в своем сообщении предложил впервые накладывать анастомоз между культей резецированного желудка и петель тонкой кишки. Вот что говорил по этому поводу Н. В. Экк на заседании Общества русских врачей в Санкт-Петербурге в мае 1882 г.: «Я думаю, что при надобности вырезанный желудок совместно с частью толстой кишки, а равно в случае ракового перерождения большей части желудка без перехода на соседние органы не следует делать свищ двенадцатиперстной кишки, как предложено Вельфлером, на тот конец, если бы оказалось невозможным стянуть отрезки желудка и кишки, а зашив двенадцатиперстную кишку наглухо, пришить к *pars cardiac* желудка и часть *jejuni*, смежную с *duodenum*, проведя ее вперед ободочной кишки или сделав отверстие в мезоколон: последняя, по моему мнению, лучше» [3]. Это предложение было забыто, и только спустя три года (15 мая 1885 г.) была реализована идея Экка венским хирур-

гом Т. Бильротом и получила признание как новая модификация резекции желудка по методу Бильрот-П. Мы согласны с отечественными коллегами – авторами статьи об Экке, что данный способ резекции желудка, который лежит в основе наиболее распространенных современных модификаций, должен называться резекцией желудка по Экку – Бильроту [4]. «Н. В. Экк родился в 1849 г., звание врача получил в 1871 г. Он был одним из талантливейших врачей, оставленных при императорской военно-медицинской академии для приготовления к профессуре, но... не достигнул кафедры». Так было написано в некрологе [5].

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Китаевский М. К. Случай резекции желудка. Из женского отделения Петропавловской больницы в Санкт-Петербурге // Мед. обозрение. 1881. Т. XV1. Август. С. 192–197.
2. Монастырский. Н. Д. К вопросу о лечении рубцовых сужений пищеводных путей токсического происхождения // Ежедневная клин. газета. 1883. Т. 9, № 11. С. 151–153.
3. Экк Н. В. Два случая чревосечения с целью резекции привратника // Труды Об-ва русских врачей. 1882. С. 257–259.
4. Курыгин А. А., Семенов В. В. Николай Владимирович ЭКК (1849–1908). Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2016. Т. 175, №5. С. 10–12.
5. Экк Н. В. (некролог) // Военно-мед. журн. 1908. Т. 221. С. 185.

REFERENCES

1. Kitaevsky M. K. A case of gastric resection. From the women's department Peter and Paul Hospital in St. Petersburg // Med. obozreniye. 1881;XV1(August):192–197. (In Russ.).
2. Monastyrsky N. D. To the question of the treatment of cicatricial narrowing of the esophageal tract of toxic origin// Yezhenedel'naya klin.gazeta 1883;9(11):151–153. (In Russ.).
3. Ekk N. V. Two cases of pelvic resection for the purpose of resection of the pylorus // Trudy Ob-va russkikh vrachey. 1882:257–259. (In Russ.).
4. Kurygin A. A., Semenov V. V. Ekk N. V. (1849–1908) // Grekov's Bulletin of Surgery. 2016;175(5):10–12. (In Russ.).
5. Eck N. V. (obituary) // Voenno-med. Zhurn. 1908;221:185. (In Russ.).

Информация об авторах:

Багненко Сергей Фёдорович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, ректор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-6380-137X; **Яицкий Николай Антонович**, профессор, академик РАН, зав. кафедрой хирургии госпитальной с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия); **Лазарев Сергей Михайлович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-5269-5233.

Information about authors:

Bagnenko Sergey F., Dr. Sci. (Med), Professor, Academician of the Russian Academy of Science, Rector, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-6380-137X; **Yaitsky Nikolay A.**, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Hospital Surgery, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia); **Lazarev Sergey M.**, Dr. Sci. (Med), Professor, Department of Hospital Surgery with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-5269-5233.