

© В. М. Седов, К. К. Мирчук, 2014
УДК 616.441-089(091)

В. М. Седов, К. К. Мирчук

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИИ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. М. Седов), ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ

Ключевые слова: щитовидная железа, история хирургии в России, хирургическое лечение зоба

Исторические аспекты становления хирургии щитовидной железы (ЩЖ) в России освещены недостаточно, а имеющиеся единичные публикации, посвященные этому вопросу, представляют собой скорее перечень кратких биографий хирургов, внёсших наибольший вклад в развитие хирургии ЩЖ [7, 8]. Цель настоящего исследования — изучение и подробное изложение периода становления тиреоидной хирургии в России.

Первые операции в России на ЩЖ были выполнены в середине XIX в. Эти операции были единичными и выполнены Н. И. Пироговым и А. А. Миславским. Так, в 1847 г. во Владикавказе Н. И. Пирогов выполнил первую струмэктомию, а в 1852–1853 гг. в Петербурге — ещё три успешные операции на ЩЖ, причём впервые в мире использовал наркоз при операции на ЩЖ [12]. В 1852 г. операцию по удалению зоба в Екатеринбурге выполнил А. А. Миславский. Сохранились довольно курьёзные обстоятельства выполнения этой операции. Со слов хирурга, «Большой рабочей рискнуть подвергнуться операции зоба не столько ради самой бользни, сколько изъ желанія получить отъ заводской администраціи ... 10 руб., которые платили тогда въ видъ пособія после произведенной операціи» [10]. Эта операция также закончилась успешно.

Несмотря на успешные результаты первых операций на ЩЖ, в последующие два десятилетия каких-либо сообщений об оперативном лечении зоба в России не обнаруживается. Лишь через 22 года — в 1874 г. в Санкт-Петербурге Н. В. Склифосовский, который работал в этот период времени на кафедре хирургической патологии Медико-хирургической академии, с успехом оперировал больную с обширным зобом, простиравшимся от нижней челюсти до яремной вырезки грудины [9]. П. И. Тихов, анализировавший статистику оперативного лечения зоба в России, констатирует, что «...до 1880 г. было проведено 9 случаев

операціи удаленія зоба» [9]. Обусловлено это было плохими результатами операции в Европе в середине XIX в. Так, в 1850 г. Французская академия наук даже запретила производить вмешательства на ЩЖ из-за высокой летальности, которая составляла около 40%. Основными причинами смерти были интраоперационные кровотечения и послеоперационные гнойные осложнения. Тем не менее, в 70–90-х годах XIX в. в Европе продолжают выполняться операции на ЩЖ при резком снижении частоты операционных осложнений и, соответственно, послеоперационной летальности (до 3–4%). Достигнуто это было, прежде всего, благодаря совершенствованию техники операции, строгому соблюдению асептики и антисептики. Успехи в хирургическом лечении заболеваний ЩЖ были достигнуты благодаря таким выдающимся хирургам той поры, как Т. Billroth, I. Reverdin, Т. Kocher, J. Mikulicz. Причём наиболее преуспел в хирургии ЩЖ Т. Kocher, который к концу XIX в. лично оперировал около 2000 пациентов и достиг феноменально низкого для того времени показателя операционной летальности в 0,2% [13].

Эти успехи европейских хирургов возродили интерес к хирургическому лечению заболеваний ЩЖ и в России. Причём первыми активно начали оперировать ЩЖ земские хирурги. Так, в 1883 г. А. Цандер сообщил о 6 случаях операций на ЩЖ, выполненных им в 1881–1882 гг. в Пермской земской больнице [11]. Автор сообщал, что все зобы были больших размеров (соответствовали IV–V степени увеличения по современной классификации А. В. Николаева), в раннем послеоперационном периоде от инфекционных осложнений погибла 1 больная. К концу следующего десятилетия (90-х годов) земским хирургом А. Цандером было выполнено уже 58 операций на ЩЖ, другим земским хирургом Кузнецким — 34 операции. А в 1899 г. на VII съезде Общества русских врачей в своём докладе, посвящённом оперативному лечению зоба в России, П. И. Тихов сообщал: «Общая цифра большихъ операціи на зобъ, произведенныхъ въ нашемъ отечествѣ доходить до 400. Эти цифры краснорѣчиво

Сведения об авторах:

Седов Валерий Михайлович (e-mail: vamsedov@gmail.com), Мирчук Константин Константинович (e-mail: mirkko@mail.ru), кафедра факультетской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8

свидетельствуют о быстром развитии операции удаления зоба в нашей отечественной хирургии» [9]. Несмотря на такой казался бы быстрый рост оперативной активности при лечении заболеваний ЩЖ, общее число выполненных в России этих операций в конце XIX — начале XX в. оставалось относительно небольшим. Анализируя причины этого, Н.А.Вельяминов писал: «Наша публика ещё мало знакома с пользой этих операций, боится их, и больные часто отказываются от них, больные же состоятельные нередко предпочитают обращаться к швейцарским хирургам» [1].

Также следует отметить, что в это время — период становления тиреоидной хирургии в России — в качестве хирургического пособия при зобе применялись различные операции, причём в разных хирургических школах предпочтение отдавалось разным методикам операций.

В Москве наибольшим опытом операций на ЩЖ обладал проф. А.А.Бобров, который свою первую операцию выполнил в 1882 г. Результаты лечения первых 13 пациентов с зобом доложены на VI съезде Общества русских врачей, проходившем в г.Киеве в 1896 г. Сообщалось, что всем больным было выполнено «внутрикапсульное вылущение зоба по Socin» (энуклеация узлов), причём перевязка верхних и нижних щитовидных артерий во время операции не производилась [3]. Во всех случаях «раны зажили prima intentio». В 1904 г. Н.Ф.Лежнев в диссертации на степень доктора медицины обобщил опыт хирургического лечения зоба в факультетской хирургической клинике (руководимой проф. А.А.Бобровым) медицинского факультета Московского университета. Автор детально проанализировал результаты 101 операции при хирургическом лечении заболеваний ЩЖ [4]. При этом сообщалось, что в 5 случаях выполнена операция Beck (вскрытие кисты ЩЖ и сшивание краёв кожной раны с краями стенок вскрытой кисты); в 4 случаях было выполнено простое вскрытие нагноившихся кист ЩЖ; в 24 случаях — струмэктомия; в 8 случаях была выполнена «resection strumatis» — менее радикальная операция, нежели струмэктомия, при которой «удаляется та часть железы, которая больше всего вызывает расстройство»; в 63 случаях выполнена энуклеация узлов по методике проф. Socin, при которой, как уже упоминалось выше, не производится перевязка щитовидных артерий. После операции погибли 4 (4%) пациента, осложнения со стороны голоса в послеоперационном периоде наблюдались в 6 (6%) случаях. Как видно из представленных Н.Ф.Лежневым данных, наиболее часто в клинике проф. А.А.Боброва при узловом зобе применялась энуклеация узлов. К числу преимуществ данной операции автор относил следующее: во-первых, данная операция исключала возможность повреждения возвратных нервов; во-вторых, она позволяла удалять и глубоко расположенные аденомы, которые ранее были недоступны из-за боязни надсечь ткань железы и вели к струмэктомии или резекции; в-третьих, при этой операции удалялась только больная ткань, а неизменная — сохранялась и функционировала; в-четвёртых, о cachexia strumipriva (так наименовали стойкий послеоперационный гипотиреоз) «не может быть и речи». В заключение изложенного Н.Ф.Лежнев резюмировал: «Благодаря этим достоинствам энуклеация, по нашему мнению, должна стоять выше всех других способов и с точки зрения современных хирургических требований вполне претендует на название идеальной операции».

В Петербурге наибольшим опытом операций на ЩЖ в конце XIX — начале XX в. обладал проф. Н.А.Вельями-

нов, причём свою первую операцию он выполнил в 1886 г. в Военно-медицинской академии. К 1909 г. в руководимой им хирургической клинике было выполнено 76 операций. Результаты этих операций обобщены в диссертации на степень доктора медицины Е.К.Догадкина [2]. В 8 случаях была выполнена энуклеация (вылущивание узла), в 61 случае — струмэктомия, в остальных случаях — резекция доли, перешейка ЩЖ. Таким образом, проф. Н.А.Вельяминов наиболее часто в качестве операции выбора при лечении зоба применял струмэктомию. Подробно излагая технику операции струмэктомии, Е.К.Догадкин отмечал: «Разрезь кожи во всьхъ случаяхъ дѣлался по Kocher'у дугообразный, выпуклый книзу, такихъ размеров, чтобы можно было въ глубинѣ раны производить всѣ манипуляціи. Крупныя подкожныя вены по возможности щадились или же перевязывались. Мышцы, покрывающія опухоль, или раздвигались въ стороны тупыми крючками, или же перерѣзались, когда онѣ мѣшали операциі и представлялись уже атрофированными. Дойдя до capsula prothia железы, начинаемъ осторожно выдѣлять зобъ, захватывая пинцетами всѣ сосуды, идущія въ capsulam prothiam. Подходимъ къ верхней щитовидной артеріи, зажимаемъ сосуды въ двухъ мѣстахъ и перерѣзаемъ. Затемъ идемъ къ нижнему рогу железы, ищемъ возвратный нервъ, изолируемъ его и перерезаемъ нижніе щитовидные сосуды, также какъ и верхніе. Послѣ этого остаётся отдѣлить больную долю отъ перешейка, для чего латеральнѣ трахеи на всю массу железы накладывается экрэзеръ Kocher'a, сжимается нѣсколько разъ; ткань железы раздавливается и въ образующейся такимъ образомъ какъ бы ножкѣ остаются сосуды capsula prothia. Эта ножка перетягивается крѣпкой лигатурой и зобъ отсѣкается. Осматриваемъ рану, перевязываемъ всѣ зажатые и кровоточащія сосуды и приступаемъ къ сшиванію раны». Исходя из приведённой техники операции, обращают на себя внимание тщательный гемостаз, визуализация и изоляция возвратного нерва как профилактика интраоперационной его травмы. В раннем послеоперационном периоде погибли 4 (5,3%) пациентов. Парез голосовых связок «был констатированъ одинъ разъ, а охриплость голоса въ первые дни наблюдалась 7 разъ (9,5%)». Объясняя свою приверженность струмэктомии, Н.А.Вельяминов писал: «Выгоды струмэктомии — какъ правило, ничтожная кровопотеря и идеальныя условия для заживленія раны, отрицательная сторона — возможность повредить возвратный нерв и удаленіе эпителиальныхъ телець. Вообще я не думаю, что опасность поврежденія возвратного нерва при струмэктоміи так велика, какъ объ этомъ обыкновенно говорятъ. В целом ряде случаевъ измененія въ этомъ нерве существуютъ до операциі и они нередко улучшаются или исчезаютъ подъ влияніемъ струмэктоміи, что едва-ли достигается, например, при энуклеациі, не освобождаящей нерва; во-вторыхъ, что далеко не все измененія голоса зависятъ только отъ нашей технической погрѣшности: измененія въ глоткѣ послѣ струмэктоміи наблюдаются часто, но очень не многіе изъ нихъ остаются постоянными, большинство же со временемъ совершенно исчезаетъ» [1].

Несмотря на различные предпочтения в выборе операции при зобе, русские хирурги были достаточно единодушны в выборе способа обезболивания при операциях на ЩЖ. В западной Европе в конце XIX — начале XX в. зачастую в качестве метода обезболивания при этих операциях применялась местная анестезия. Широко применяли и пропагандировали местную анестезию, были её принципиальными сторонниками при операциях на ЩЖ Kocher и Roux [1].

Сторонники местной анестезии отказывались от наркоза при операциях на ЩЖ не только и не столько из-за возможных осложнений самого наркоза, сколько из-за желания свести к минимуму риск повреждения возвратного нерва во время операции. Проф. П.И.Тихов, излагая данное обстоятельство, писал: «... вот почему посѣтителѣ клиники Kocher постоянно слышатъ во время операциі зоба приказаніе оперирующаго оперируемому: ssagen Sie lot: a-a (по швейцарскому простонародному произношенію: “скажите громко: a-a”)» [10]. Reverden, используя в основном местную анестезию, не отрицал возможность применения наркоза в отдельных случаях [1]. Другие известные европейские хирурги — Eiselsberg, Poncet, Verard, не отрицая возможность оперировать ЩЖ под местной анестезией, при операциях часто пользовались и эфирным или хлороформным наркозом [1]. В России же А.А.Бобров оперировал почти во всех случаях под наркозом [4], а Н.А.Вельяминов писал: «...я пользуюсь наркозомъ принципиально во всехъ случаяхъ» [1]. Проф. В.И.Разумовский (из Казани), активно участвовавший в становлении тиреоидной хирургии в России, также предпочитал наркоз при операциях на ЩЖ [5, 6]. Такая приверженность российских хирургов к наркозу при операциях на ЩЖ объяснима с точки зрения техники выполнения обширных резекций или удалений ЩЖ. Во время операций на этапе мобилизации нижнего полюса долей ЩЖ обязательно контролировался ход возвратного нерва [2, 4]. Кроме того, согласно рекомендациям П.И.Тихова, «... если вести наркозъ осторожно, такъ что къ послѣднимъ минутамъ оперирования больной уже начинаетъ просыпаться, то по звуку голоса можно легко уловить происшедшее поврежденіе нервовъ гортани, слѣдовательно, можно такъ или иначе устранить поврежденіе ... слѣдуетъ тотчасъ же снять лигатуру и освободить мягкія части на задней части зоба» [10].

Таким образом, несмотря на относительно небольшое число операций по поводу заболеваний ЩЖ, выполненных в России к началу XX в., при этих операциях применялись передовые технологии, не утратившие актуальность и до настоящего времени. Это касается как техники выполнения операции, так и анестезиологического пособия во время операции. Кроме того, активно проводились научные исследования, посвященные вопросам физиологии, патологии и лечения заболеваний ЩЖ. В это время в России сложились несколько научных школ в области тиреоидологии. В Санкт-Петербурге активно работали Н.А.Вельяминов, Н.В.Склифосовский, будучи профессором Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге, выполнил первым экстирпацию ЩЖ; С.П.Фѣдоров, будучи профессором ВМедА, выполнил первым трансплантацию ткани ЩЖ; В.А.Оппель, Л.Л.Окипчиц и др. Из числа представителей московской научной школы того периода известны хирурги А.А.Бобров, А.В.Мартынов, а также терапевт В.Д.Шервинский, которого принято считать основателем отечественной терапевтической эндокринологии. В.Д.Шервинский глубоко изучал заболевания ЩЖ, надпочечников, гипофиза, занимался организацией исследований по эндокринологии в нашей стране. В.Д.Шервинский был редактором и одним из авторов руководства «Основы эндокринологии» (1929). Основателем харьковской школы был проф. А.В.Репрев — выходец из петербургской научной школы. В течение многих лет в его лаборатории при Харьковском университете выполнялись работы по изучению внутренней секреции (И.В.Кудинцев, Я.Я.Постоев, Д.П.Гринев, Д.Е.Альпери и др.). Основателем казанской и саратовской научных школ в конце XIX и начале XX в.

был проф. В.И.Разумовский, издавший первую в России монографию, посвященную лечению заболеваний ЩЖ [11]. Следует отметить, что наибольший авторитет на тот период в области тиреоидологии и хирургии ЩЖ имела петербургская научная школа и её основатель — проф. Н.А.Вельяминов, которого заслуженно принято считать и основателем отечественной научной хирургической эндокринологии. Вклад Н.А.Вельяминова в изучение болезней ЩЖ очень значительный: он детально изучил патогенез и клинику, а также вопросы хирургического лечения эндокринных заболеваний; он одним из первых указал на значение эндокринологии в хирургии, им описана новая эндокринная форма заболеваний суставов — тиреотоксический полиартрит, дана первая клиническая классификация заболеваний ЩЖ (в монографии «Русская хирургія» под ред. П.И.Дьяконова, Л.Л.Левшина, В.И.Разумовского, М.С.Субботина, 1916 г.). В т. III этой монографии она приведена на стр.49 под заглавием «Новѣйшая классификація зобов по Вельяминову». Особое внимание Н.А.Вельяминов уделял операциям на ЩЖ. В 1910 г. на X съезде российских хирургов Н.А.Вельяминов выступил с большим программным докладом о хирургическом лечении больных с базедовой болезнью. Также следует отметить, что до 1917 г. в России были защищены не менее 16 диссертаций, посвященных физиологии, патологии и лечению заболеваний ЩЖ. Из них 12 — защищены в Санкт-Петербурге, причём многими научными исследованиями руководил или был их цензором проф. Н.А.Вельяминов, авторитет которого в этой области хирургии был велик, а петербургская научная школа занимала ведущие позиции.

Последующие несколько поколений отечественных хирургов усовершенствовали и методику выполнения операций на ЩЖ, и анестезиологическое пособие при выполнении этих операций, значительно улучшили ближайшие и отдаленные результаты лечения заболеваний ЩЖ. Но фундамент будущих успехов был заложен замечательными хирургами, имена которых приведены в данной публикации.

Выводы. 1. Разработка и активное внедрение в широкую практику операций на щитовидной железе в России происходили на рубеже XIX–XX вв.

2. Несмотря на относительно небольшое количество операций, выполненных в России на тот период времени, результаты оперативного лечения были сопоставимы с результатами западноевропейских клиник.

3. Основным методом обезболивания при операциях на щитовидной железе в России был наркоз, в то время как во многих клиниках Европы широко использовалась местная анестезия.

4. В начале XX в. в России сложилось несколько научных школ в области тиреоидологии. Лидирующие позиции занимала петербургская научная школа, а её руководитель проф. Н.А.Вельяминов стал основателем отечественной хирургической эндокринологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вельяминов Н.А. Заболевания щитовидной железы и их хирургическое лечение. СПб., 1910. 87 с.
2. Догадкин Е.К. Материалы къ клиникѣ зоба и его оперативному лечению по даннымъ академической хирургической клиники: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1909. 126 с.

3. Кисилев П. Е. Материалы къ хирургическому леченію зоба // Дневникъ шестого съезда общества русскихъ врачей. 1896. Пр. 10. С. 18–20.
4. Лежнев Н. Ф. Зобъ въ Россіи: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1904. 341 с.
5. Разумовский В. И. Несколько замъчаній объ операціи удаленія очень большихъ зобовъ // Дневникъ седьмого съезда Общества русскихъ врачей. 1899. Пр. 14. С. 325–327.
6. Разумовский В. И. Поврежденія и заболеванія щитовидной железы. СПб., 1903. 58 с.
7. Романчишен А. Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидныхъ желѣз. СПб., 2009. С. 21–42.
8. Романчишен А. Ф., Майстренко Н. А. История эндокринной хирургии в России // Вестн. хир. 2005. № 2. С. 93–94.
9. Тихов П. И. Материалы къ статистикѣ оперативного леченія зоба // Дневникъ седьмого съезда Общества русскихъ врачей. 1899. Пр. 14. С. 322–328.
10. Тихов П. И. Частная хирургія. Томъ первый. П., 1916. С. 499–508.
11. Цандер А. Шесть случаевъ вылуценія зоба // Врачъ. 1883. Т. IV. С. 499–500.
12. Halsted W. S. The operative story of Goitre // Johns. Hopkins. Hosp. Rep. 1920. Vol. 19. P. 71.
13. McGreevy P. S., Miller F. A. Biography of Theodor Kocher // Surgery. 1969. Vol. 65. P. 990–999.

Поступила в редакцію 28.06.2013 г.