

История развития хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в России (конец XIX — XX вв.)

Канд. мел. наук Д.А. БАЛАЛЫКИН (Москва)

History of surgical treatment of gastric and duodenal ulcers in Russia in XIX — XX centuries

D.A. BALALYKIN

Начальный период развития желудочной хирургии в России относится к 80-м годам XIX века. Говоря о зарождении и начальном периоде развития принципов хирургического лечения язвенной болезни, нельзя обойтись без упоминания о прочной теоретической и методологической базе, созданной российскими физиологами на рубеже XIX и XX веков. Благодаря работам школы И. П. Павлова были раскрыты фундаментальные принципы функционирования пищеварительной системы, накоплен обширный экспериментальный материал. В этот период были разработаны и патофизиологически обоснованы основные виды оперативных вмешательств на желудке.

За более чем вековой период хирургия язвенной болезни прошла сложный противоречивый путь. В истории этого раздела хирургии выделяются основные этапы, различающиеся по техническим возможностям хирургического лечения и по задачам, поставленным перед собой хирургами в зависимости от господствовавших в определенное время взглядов на этиологию и патогенез язвенной болезни. Для любого исторического исследования вопрос о принципах и критериях периодизации имеет первостепенное значение. С нашей точки зрения, основным критерием для периодизации истории хирургического лечения язвенной болезни является понятие "метод выбора" операции. "Метод выбора" определяется как система представлений о целях лечебных мероприятий, об этиологии и патогенезе заболевания, а также о видах оперативных вмешательств, которые должны привести к оптимальным результатам. Исходя из этой предпосылки, можно выделить три основных периода в истории хирургического лечения язвенной болезни. Первый период — 80-е годы XIX — 20-е годы XX века, метод выбора — гастроэнтерология. Второй период — 30 — 60-е годы XX века, метод выбора — резекция желудка. Третий период — с 70-х годов по настоящее время. Данный период характеризуется бурным развитием органосохраняющих методов, внедрением ваготомии, что привело к расширению арсенала хирурга и торжеству принципа индивидуального выбора метода лечения — "каждому больному — своя операция".

История желудочной хирургии, в том числе и в России, начинается с середины XIX века. В 1842 г. доктор медицины и хирургии В.А. Басов опубликовал работу, посвященную созданию "искусственного пути в желудок" в эксперименте на животных. Первое свое сообщение В.А. Басов опубликовал в "Bulletins de la société des Naturalistes de Moscou". Впоследствии этот вид операции на желудке получил название гастростомии. Впервые в клинике ее применил в 1849 г. французский хирург Седилло. Затем гастростомию стали широко использовать при непроходимости пищевода и привратника желудка в качестве симптоматического метода лечения [3].

В 1879 г. французский хирург Пеан, а в 1881 г. венский хирург Бильрот произвели первые резекции желудка с наложением гастродуоденального анастомоза. Эта операция впоследствии стала известна как операция типа Бильрот-I. В 1881 г. Вельфлер осуществил операцию, известную в настоящее время как гастроэнтеростомия.

В 1886 г. Гейнеке, в 1887 г. независимо от него Микулич ввели в хирургическую практику операцию, известную под названием "пилоропластика".

В 1885 г. Бильрот предложил операцию, которая в настоящее время известна как Бильрот-II. В течение последних десятилетий XIX века и в начале XX века было создано большое количество

модификаций резекции желудка, гастроэнтеростомии и пилоропластики. Быстрому развитию желудочной хирургии способствовало внедрение в хирургическую практику наркоза, антисептики и асептики.

Развитие желудочной хирургии в России в целом шло в русле развития мировой науки. Первые операции на желудке, относящиеся к 70 — 90-м годам XIX века, производили безнадежно больным при отсутствии выбора другого метода лечения. "Среди хирургов того времени, — писал в 1891 г. Ю. В. Сумароков, — мы должны отметить стремление к оперативному лечению главным образом в случаях злокачественных опухолей, что объясняется, с одной стороны, неуверенностью их в антисептике и методе операций, с другой — тем, что вышеупомянутые больные все равно были безнадежными" [23].

Первую гастростомию в России произвел В.Ф. Снегирев. Об этой операции он доложил на заседании физико-медицинского общества 7 марта 1877 г. в Москве. 9 января 1877 г. была оперирована женщина 30 лет. Смерть наступила через 30 ч после окончания операции. С 1877 по 1882 г. в России произведено 15 гастростомий из 126, сделанных к тому времени в мире [26].

Первая резекция желудка с России по методу Бильрот-I была осуществлена 16 июля 1881 г. М.К. Китаевским в женском хирургическом отделении Петропавловской больницы в Санкт-Петербурге. Была оперирована больная М. Шнейдер, 52 лет, по поводу рака привратника желудка. К 1895 г., поданным К. Клейна, в России было сделано 15 резекций желудка.

Первая гастроэнтеростомия по Бельфлеру была осуществлена в России 13 марта 1882 г. Н.Д. Монастырским. Гастроэнтеростомия выполнена больному Федору Петрову, 36 лет. Операция длилась 2 ч, больной умер через 7 ч после ее окончания. По поводу трагического окончания этой операции Н.Д. Монастырский писал: "Моя попытка, к сожалению, не увенчалась успехом, ноя глубоко убежден, что мысль все же таки верна и что при более благоприятных условиях можно бы надеяться на успех" [18].

14 апреля 1888 г. Е.М. Гольденгорн и С.Н. Кочаевский на собрании врачей Одесской городской больницы сообщили об операции, которую они провели 10 апреля 1888 г. в той же больнице. Больной был выписан из больницы 27 мая того же года с диагнозом: "вполне здоров" [7].

Насколько нам удалось выяснить, это была первая успешная в России резекция желудка по Бильрот-I при язвенной болезни. Первая в России пилоропластика по методу Гейнеке — Микулича осуществлена в частной хирургической лечебнице доктора А.Д. Кни 30 мая 1890 г. по поводу сужения привратника после принятия неочищенной серной кислоты [22]. В нашей историко-медицинской литературе широко распространено неточное мнение о том, что первая пилоропластика в России произведена К. Клейном. В "Этюдах желудочной хирургии" С.С. Юдин, ссылаясь на диссертацию К. Клейна, писал: "... в России первая пилоропластика была выполнена К. Клейном 29 ноября 1890 г. в Ново-Екатерининской больнице в Москве". Поданным С.С. Юдина, к 1895 г. в России было сделано 35 пилоропластик [30].

В 1896 г. появилось первое сообщение И.П. Павлова о выживании собак после двусторонней ваготомии [20], в 1897 г. были опубликованы его "Лекции о работе главных пищеварительных желез" [21]. Эти работы русского гения в дальнейшем стали физиологической основой развития желудочной хирургии во всем мире.

Приведенные выше краткие сведения об операциях на желудке в России до конца XIX столетия дают основание сделать вывод,

что русские хирурги к тому времени накопили достаточный клинический опыт и освоили основные приемы хирургических операций на желудке.

Еще на ранних этапах развития желудочной хирургии были намечены основные критерии обоснования преимуществ резекции, пластики или гастрозентеростомии. Л. Филлер в 1883 г. в диссертации "К учению об операциях на желудке" писал: "Тот или другой образ действий, очевидно, обуславливается тем, какие патологические воззрения господствовали в данное время и какие получились конечные результаты" [26]. В 1897 г. на конгрессе немецких хирургов Микулич высказал мысль о том, что вопрос о выборе метода хирургического лечения будет решаться не столько непосредственными результатами операций, сколько отдаленными их последствиями [22]. Эти идеи проходят красной нитью через всю историю желудочной хирургии вплоть до наших дней. В вышедшей в 1975 г. монографии "Резекция желудка и гастрэктомия" В.С. Маят и соавт. пишут: "Каковы же основные черты современного периода желудочной хирургии, приближающейся к своему вековому историческому рубежу? На наш взгляд, для этого периода характерен прежде всего критический подход большинства хирургов к оценке отдаленных последствий оперативных вмешательств на желудке" [17].

К концу 80-х годов XIX века появились первые признаки деления отечественных хирургов на сторонников гастрозентеростомии и резекции желудка при лечении язвенной болезни. В то время веским аргументом в пользу гастрозентеростомии была более низкая послеоперационная летальность — 47% против 71% при резекции желудка (поданным на 1888 г.). Операции на желудке по поводу язвы в то время производились лишь по жизненным показаниям и имели паллиативный характер [2, 25].

К началу XX века желудочная хирургия в России накопила достаточно опыта для того, чтобы развиваться как самостоятельный раздел хирургии, вопросы которой чаще других обсуждались на съездах российских хирургов. Так, например, на I съезде, состоявшемся в 1890 г., с докладом "К казуистике хирургического лечения сужения привратника" выступил А.Д. Бирштейн. В обсуждении этого доклада приняли участие такие известные хирурги, как С.П. Федоров, В.И. Разумовский, В.М. Зыков, С.И. Спасокукоцкий, А.С. Таубер, К.М. Сапежко, Г.Ф. Цейдлер и др. [24].

На II съезде российских хирургов проблемы желудочной хирургии были выделены в специальный программный раздел "Показания к гастрозентеростомии; способы проведения и ее результаты".

Первые попытки рассматривать резекцию желудка как способ лечения язвенной болезни следует отнести к 1909 г. В том же году состоялся IX съезд российских хирургов, одно из программных заседаний которого было посвящено проблеме "Хирургическое лечение круглой язвы и отдаленные ее результаты". Заседание состоялось как совместное с I съездом российских терапевтов. Сторонники резекции подвергали критике слабые стороны гастрозентеростомии. К.М. Сапежко, отстаивая позиции резекционизма, говорил, что к ранним двум направлениям в лечении язвы — терапевтическому и паллиативно-хирургическому (гастрозентеростомия) — присоединяется третье — "радикальное предложение иссекать язву желудка". С.И. Спасокукоцкий заявил, что "гастрозентеростомия не решила проблемы хирургического лечения язвы и будущее за резекцией". На X съезде российских хирургов П.С. Бабицкий говорил, что резекция желудка станет "операцией выбора в будущем" [22].

Первая мировая война и революционные события в России изменили образ жизни многих миллионов людей, что привело к "язвенной эпидемии" в 20-х годах. Это обстоятельство выдвинуло проблему хирургического лечения язвы на одно из первых мест [10]. Достаточно сослаться на факт, что на XV съезде российских хирургов в 1922 г. программным был обозначен вопрос: "Ulcus ventriculi et ulcus duodeni". С докладами на эту тему выступили ведущие хирурги России. Большинство из них стояли еще на позициях гастрозентеростомии, но у "резекционистов" были сильные аргументы и их голос звучал увереннее, чем на всех предыдущих съездах.

Обозначившееся на XV съезде противостояние сторонников гастрозентеростомии, с одной стороны, и сторонников резекции желудка — с другой, особенно резко проявилось на XIX съезде, на

котором программным был вопрос о повторных операциях. С докладами и сообщениями на этом съезде выступили Н.Н. Петров, В.А. Опель, Э.Р. Гессе, С.С. Гирголав, И.И. Греков, Я.О. Гальперн и др. Остроту дискуссии о методе выбора на этом съезде хирургов И.И. Греков сравнивал со спором "раскольников с православными". Хотя количество сторонников резекции и гастрозентеростомии было приблизительно одинаковым (и по числу, и по научному авторитету), нет оснований считать XIX съезд "переломным в отношении выбора метода оперативного вмешательства в пользу резекции".

Состоявшийся в 1938 г. в Харькове XXIV Всесоюзный съезд хирургов стал авторитетным форумом, на котором резекция желудка официально была признана методом выбора. Особо важную роль в этом отношении сыграли доклад С.С. Юдина и выступления П.А. Герцена, А.А. Оглоблина, Е.Л. Березова и других хирургов-резекционистов [1].

За три первых десятилетия XX века клиницистами накоплен опыт многих тысяч гастрозентеростомии и на основе большого статистически достоверного материала выявлены ее отрицательные непосредственные и отдаленные последствия. Даже такой известный сторонник гастрозентеростомии, как Я.О. Гальперн, считал, что она сама по себе язву не лечит. Кроме того, к концу 20-х годов показатель послеоперационной летальности при резекции гастрозентеростомии сравнялся и составил около 5%.

Наиболее тяжелым осложнением после гастрозентеростомии оказалась пептическая язва соустья. И поскольку при этой операции язва желудка и двенадцатиперстной кишки не удаляется, остается риск ее малигнизации, перфорации, пенетрации в соседние органы, кровотечения, стеноза кардии и привратника.

Превращению резекции в метод выбора способствовали усовершенствование методики операции и общий прогресс медицины — развитие методов наркоза и анестезии, гемотрансфузии, а чуть позже и внедрение в практику антибиотиков.

Становление резекции желудка методом выбора тесно связано с пониманием роли различных отделов желудка в секреции желудочного сока и прежде всего соляной кислоты. Как известно, И. П. Павлов выделил две основные фазы в секреторной деятельности желудка: первую — психическую и вторую — химическую. В 1906 г. Эдкинс выдвинул идею о том, что антральная часть желудка вырабатывает гормон гастрин, стимулирующий секрецию соляной кислоты обкладочными клетками. Функционирование второй, химической, фазы желудочной секреции стали рассматривать как относительно самостоятельное звено в целостном процессе регуляции деятельности желудка. В 40-е годы возникли методики, при помощи которых можно было определять преобладание одной из двух фаз желудочной секреции [5].

Все это привело к тому, что усилия хирургов сконцентрировались на подавлении именно второй фазы желудочной секреции. На роль метода выбора при таком понимании патогенеза язвенной болезни могла претендовать только резекция, которая реально стала выполнять эту роль с 30-х по 60-е годы XX века.

О преобладании резекции желудка в хирургической практике того времени можно судить по следующим фактам. В 1913 г. в России было произведено всего 297 резекций желудка по поводу язвы. В 1928 г. резекций было 942, в 1937 г. — 951, в 1950 г. — 25 821, а в 60-х годах каждый год делали около 60 000 резекций по поводу язвенной болезни [8, 14].

На фоне массового применения резекции стали выявляться ее отрицательные последствия. Летальность в ведущих клиниках составляла 2 — 3%, в целом по стране она держалась на уровне 7 — 8%. После резекции больные достаточно долго находятся в стационаре (15 — 18 дней). Послеоперационная временная нетрудоспособность сохраняется около 5 — 6 мес. Велик показатель инвалидности — по некоторым данным до 30%. Невысоко качество жизни оперированных больных. Были выявлены специфические последствия операции, так называемые пострезекционные синдромы — демпинг-синдром, синдром приводящей петли, гипогликемический синдром, диарея и др., которые нередко делали качество жизни пациентов хуже, чем до операции [4, 11, 16, 29].

Как альтернативный резекции метод в 20-х годах появилась ваготомия. Начиная с середины 40-х годов, ваготомия с органо-сохраняющими операциями стала быстро развиваться и к концу

60-х годов приобрела статус метода выбора в хирургическом лечении язвенной болезни.

Теоретической и этико-деонтологической основой развития ваготомии для лечения язвы стали классические работы И.П. Павлова по экспериментальной ваготомии на собаках. Первые ваготомии в клинике начали проводить в Европе в 20-х годах XX века. У истоков этого метода стояли Экскер, Бирхер, Латарже и другие хирурги. Первые 18 операций ваготомии в СССР провел в 1924 г. в Харькове НА. Подкаминский. Экскер и Бирхер производили стволовую ваготомию. а Латарже ввел в клиническую практику селективную ваготомию. НА. Подкаминский произвел все 18 операций по методике Латарже в сочетании с гастроэнтеростомией, добившись хороших результатов. Но с середины 20-х годов до середины 40-х годов западные и советские хирурги не использовали ваготомию.

С 1943 г. ваготомию стал производить американский хирург Л. Драгстедт. В 40-х годах некоторые советские хирурги также применяли ваготомию при лечении язвенной болезни. Но они пользовались этим методом лишь по очень ограниченным показаниям (А.И. Бакулев, А.Н. Филатов, М.И. Брякин и др.) или в качестве вспомогательной операции для профилактики пептических язв (С.С. Юдин). С конца 40-х до середины 60-х годов ваготомия не применялась советскими хирургами в качестве хирургического метода лечения язвенной болезни. За это время хирургами США и Западной Европы были разработаны основные варианты ваготомии, которыми пользуются современные хирурги [27, 28, 30].

Ваготомия становится методом выбора при лечении язвенной болезни в советской хирургии к концу 60-х — началу 70-х годов, когда ряд ведущих хирургов (М.И. Кузин, В.С. Маят, Ю.М. Панцырев, АА. Шалимов, А.А. Курыгин и др.) начинают широко

внедрять ее в клиническую практику. Вторумом, на котором ваготомия получила официальное признание, явился XXIX Всесоюзный съезд хирургов, состоявшийся в Киеве в 1974 г. На съезде была принята резолюция, в которой содержался призыв к более широкому применению ваготомии в сочетании с органосохраняющими операциями. Свообразные итоги применения ваготомии в СССР подвела всесоюзная конференция, состоявшаяся в Москве в 1978 г. Вместе со становлением ваготомии как метода выбора утвердилась идея индивидуализированного подхода в лечении язвенной болезни. Резекция желудка, как известно, выполняется по строго определенным стандартам с удалением $2/3$ ИЛИ $3/4$ желудка. Внедрение ваготомии в сочетании с различными видами органосохраняющих операций дает возможность осуществлять принцип "каждому больному — своя операция" [13, 15, 19].

Развитие хирургии в 80-е и 90-е годы подтверждает правильность тезиса о важности индивидуального выбора метода операции. Дискуссии, связанные с уточнением показаний к тому или иному виду оперативных вмешательств, активно продолжаются на страницах специализированных изданий по сей день. Разные хирурги считают патофизиологически обоснованными как радикальные резекции, так и органосохраняющие операции [6, 9, 12]. Целесообразным кажется комплексный анализ причинно-следственных закономерностей развития заболевания, представляющий собой совместный труд хирургов, терапевтов, морфологов и физиологов. Однако нюансы сегодняшних дискуссий клиницистов не могут пока являться предметом анализа истории медицины. Можно выразить надежду, что опыт тернистого пути, пройденного врачами в XX веке в поисках оптимального подхода к лечению язвенной болезни, будет востребован врачами века XXI.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелава Н.В., Гуревич Г.М., Ковалев М.М. К истории развития хирургии в России и СССР (по материалам российских и всесоюзных съездов хирургов). Тбилиси 1967.
2. Бабаджанов Б.Р. Эволюция хирургического лечения гастродуоденальной язвы. Ташкент 1990.
3. Басов В.А. Замечания об искусственном пути в желудок животных. Записки по части врачебных наук, издаваемые Санкт-Петербургской медико-хирургической академией. Под ред. П. Дубовицкого. СПб 1843; 2: 83 - 87.
4. Березов Е.Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Горький 1950.
5. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М 1987.
6. Гаджиев А.С., Скукина В.Н. Выбор метода резекции желудка. Хирургия 1989; 4: 6- 10.
7. Гольденгорн Е.М., Колачевский СИ. Резекция желудка по способу Бильрот-1 с удачным исходом. Медицинское обозрение 1888; 30: 4: 93 - 103.
8. Горбашко А.И. Развитие хирургии желудка за 70 лет Советской власти. Вестн хир 1987; 12: 8 — 15.
9. Гринберг А.А. Ваготомия в неотложной хирургии осложненных дуоденальной язвы. Хирургия 1990; 7: 20 — 24.
10. Дьяконов П.И. Выступление на VII съезде российских хирургов. М 1908; 213.
11. Захаров Е.И., Захаров А.Е. Тонкокишечная пластика при гастрэктомии и резекции желудка. М 1962.
12. Зубарев П.Н., Кочетков А.В. Комбинированная ваготомия при дуоденальных язвах. Вестн хир 1999; 158: 4: 25 — 28.
13. Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М. Техника расширенной селективной ваготомии. Хирургия 1980; 2: 3 — 9.
14. Кузин М.И. Хирургия язвенной болезни в СССР. Всесоюзная конференция по органосохраняющим операциям (ваготомия) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М 1978; 3 - 5.
15. Кузин М.И., Кузин И.М., Егоров А. В. Экономическая эффективность консервативного и хирургического методов лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста. Хирургия 1991; 3: 14 — 19.
16. Маят В.С., Панцырев Ю.М. О некоторых дискуссионных вопросах хирургии язвенной болезни. Хирургия 1971; 9: 3 — 8.
17. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Квашин Ю.К. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. М 1975.
18. Монастырский Н.Д. К вопросу о лечении Рубцовых сужений пищевых путей токсического происхождения. Еженедельная клиническая газета 1883; 9 — 11: 153.
19. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар 1995.
20. Павлов И.П. О выживании собак с перерезанными блуждающими нервами (1896). И.П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. I. М - Л 1951:536-549.
21. Павлов И. П. Лекции о работе главных пищеварительных желез (1897). И.П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. II. М —Л 1951; 2: 111 - 195.
22. Спасокукоцкий СИ. Резекция желудка как радикальная и паллиативная операция. Хирургический архив Вельяминова 1912; 739 - 745.
23. Сумароков Ю.В. Случай пилоропластики по Heineke — Mikulicz'y с благоприятным исходом. Медицинское обозрение 1891; 35: 1: 32 - 40.
24. Теребинский Н.П. К истории российских и всесоюзных съездов хирургов. М 1946; 142.
25. Федоров СП. К казуистике желудочной хирургии; полное иссечение желудка. Рус хир арх 1903; 9.
26. Фидлер Л. К учению об операциях на желудке. М 1893.
27. Филатов А.Н. Результаты поддиафрагмальной ваготомии при язвенной болезни. Вестн хир 1949; 3: 28 — 35.
28. Филатов А.Н., Сенчило Е.А. Отдаленные результаты ваготомии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестн хир 1959; 4: 50 - 55.
29. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев 1972.
30. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М 1955.

Поступила 07.07.2000