

звляющей гражданину соотносить с ними свое поведение как запрещенное, так и дозволенное [5]. Однако, как уже было сказано выше, в силу положений ст. 90 Федерального закона № 323-ФЗ порядок осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности самостоятельно устанавливается руководителем медицинской организации. Как следствие необходимо выработать единую методику осуществления внутреннего контроля, основанную на общих принципах, позволяющую учитывать степень нарушения важнейших составляющих медицинской деятельности, способность медицинской организации и ее работников исполнить нормативные требования с учетом конкретной ситуации и вместе с тем не допускающую возможности умаления роли лечащего врача и его ответственности перед пациентом. Представляется целесообразным, чтобы координацию в разработке данной методики, установление единых критериев и способов оценки деятельности врача детского хирурга, а также помощь в непосредственном осуществлении внутреннего контроля на местах взяли на себя профессиональные медицинские общественные организации, такие как Российская ассоциация детских хирургов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 30.11.2010. Российская газета. 2010; 271.
2. "Об итогах реализации программы "Родовой сертификат" в Российской Федерации в 2006—2008 годах": Методическое письмо.

(Утв. Минздравсоцразвития РФ 23.09.2009 №15-4/2328-07). М.; 2009.

3. Письмо Минздравсоцразвития России от 24.11.2011 № 14-3/10/2-11668 «О стандартах медицинской помощи». М.; 2011.
4. Письмо Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 №12-1/10/2-2744 «Об уточнении государственного органа, осуществляющего функцию по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий». М.; 2012.
5. Постановление Конституционного Суда РФ от 14.04.2008 N 7-П. Вестник Конституционного Суда РФ. 2008; 3.

REFERENCES

1. Message from the President of the Federal Assembly of the Russian Federation dated 30.11.2010 // Rossiyskaya Gazeta, 2010; 271.
2. "Standardized letter. Results of implementation of the program "birth certificate" in the Russian Federation in 2006 - 2008, " (approved by the Health Ministry of the Russian Federation 23.09.2009 No. 15-4/2328-07) // Background of the legal system "Consultant".
3. The letter from the Health Ministry of Russia 24.11.2011 No. 14-3/10/2-11668 « On the standards of care" // Reference legal system "Consultant".
4. The letter from the Health Ministry of Russia 23.03.2012 No. 12-1/10/2-2744 « On the refinement of the state authority in charge of issuing permits for the use of new medical technologies" // Reference legal system "Consultant".
5. Decision of the Constitutional Court of the Russian Federation of 14.04.2008 No. 7-P // Bulletin of the Constitutional Court of the Russian Federation. 2008; 3.

Поступила 27.12.12

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

© Н.П. ШАСТИН, Ю.В. НАГОРНАЯ, 2014

УДК 617-089-053.2:93

Н.П. Шастин, Ю.В. Нагорная

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ НА РУБЕЖЕ XIX—XX ВЕКОВ ПО МАТЕРИАЛАМ МОСКОВСКОЙ СОФИЙСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (к 170-летию Московской городской детской клинической больницы им. Н.Ф. Филатова)

ФГБУ "Российская детская клиническая больница" Минздрава России, Москва

На рубеже XIX—XX веков в Московской городской детской клинической больнице, ныне носящей имя Н.Ф. Филатова, закладывались основы детской хирургии как особой медицинской специальности. Уже в то время работа приняла организационные формы, значительная часть которых действует и в настоящее время. Ключевой проблемой, приводившей к печальным исходам, решение которой было еще впереди, в то время были хирургические и нехирургические инфекции.

Ключевые слова: история детской хирургии; Московская Софийская детская больница; Московская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова

Shastin N.P., Nagornaya Yu.V.

PEDIATRIC SURGERY AT THE TURN OF THE XIX CENTURY: FROM THE MATERIALS OF MOSCOW SOFIYSKAYA CHILDREN'S HOSPITAL (ON THE OCCASION OF THE 170TH ANNIVERSARY OF MOSCOW N.F.FILATOV CITY CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL)

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, 117997 Moscow

Fundamentals of pediatric surgery as a self-contained medical discipline were laid at Moscow Sofiyskaya Children's Hospital (presently N.F.Filatov Moscow City Children's Clinical Hospital) at the turn of the XIX century. Some organizational forms created at that time are still in use. The key challenge encountered by physicians in the late XIX and early XX centuries was surgical and non-surgical infections.

Key words: history of pediatric surgery, Moscow Sofiyskaya Children's Hospital, Moscow N.F.Filatov City Children's Clinical Hospital

В декабре 2012 г. исполнилось 170 лет с момента основания Московской городской детской клинической больницы, ныне носящей имя Н.Ф. Филатова. Она стала первым в Москве учреждением, предназначенным специально для оказания помощи детям. По данным отчета за 1842—1897 гг. о работе "Бронной" (так она в то время называлась) больницы [2] хирургического отделения как обособленной структуры в то время не существовало. После получения 14 ноября 1897 г. в дар от князя А.А. Щербатова обширной усадьбы и переноса больницы (с этого момента она называется "Софийской") на новую территорию такое подразделение начало свою деятельность. К этому времени в России уже функционировали хирургические отделения в детских больницах: принца Ольденбургского (Санкт-Петербург), Владимирской и Ольгинской (Москва) [3]. Таким образом, хирургическое отделение в детской Софийской больнице не было первым, однако, как показало время, ему суждено было сыграть большую роль в развитии детской хирургии в нашей стране.

Настоящая статья основывается главным образом на медицинских отчетах детской Софийской больницы за 1897—1902 гг. [1]. Они составлены под руководством главного врача больницы Дмитрия Егоровича Горохова, одновременно заведовавшего хирургическим отделением, и представляют собой объективный анализ деятельности учреждения. Кроме освещения результатов работы, иллюстрированных большим количеством цифрового материала, даются десятки выписок из историй болезни. К сожалению, стремясь к объективности, авторы излагают факты в сдержанной манере, не высказывая своего отношения к ним. Можно лишь посоветовать, что в настоящее время подобные отчеты не публикуются, тем более что теперь возможность обнародования такого материала неизмеримо выше. С электронным вариантом источников можно ознакомиться по адресу: <http://filatovdgbk.ru>.

Хирургическое отделение Софийской больницы было развернуто на 50 коек (из 100 имевшихся в больнице по штату) и располагалось в пристроенном к Щербатовскому дому трехэтажном каменном корпусе. В нижнем этаже центральный коридор разделял операционное отделение и три небольшие палаты. На втором этаже располагались две большие палаты для мальчиков и девочек и вспомогательные помещения. На третьем этаже пристройки, как и в нижнем, были расположены 5 палат, которые имели статус "запасного отделения" и заполнялись только в особых случаях.

Всего с 14 ноября 1897 г. до конца 1902 г. в Софийскую детскую больницу было госпитализировано 3337 детей (1852 мальчика и 1485 девочек), из них выбыло выздоровевшими и с улучшением 2464, без улучшения 278 (82,2%), умерли 423 (12,7%). В хирургическое отделение поступили 1552 ребенка (936 мальчиков и 616 девочек); количество детей, лечившихся в хирургическом отделении, с каждым годом увеличивалось. Выбыли выздоровевшими и с улучшением 1163, без улучшения 159, переведены в другие стационары 48, умерли — 136.

Уже в то время Софийская больница была местом, где принимались на лечение дети всей страны (в "Отчетах" читаем: "из области Войска Донского", "дочь крестьянина Гжатского уезда", "Тульской губернии Епифанского уезда", "сын крестьянина Костромской губернии" и др.).

Средняя продолжительность госпитализации больного в конце XIX — начале XX века, по нашим меркам, была очень большой и составляла 55,8 дня. Отчасти это объясняется тем, что в преобладающей группе больных с патологией органов движения значительную часть составляли пациенты с хроническими заболеваниями (артритами, спондилитами, преимущественно туберкулезной этиологии).

Смертность по хирургическому отделению (8,8%) была ниже, чем по больнице в целом (12,7%). При этом значительный процент печальных исходов определялся нехирургической патологией. Среди оперированных детей смертность составила 10,2%, а за вычетом умерших от вторичных забо-

леваний — 6,4%. В больницу принимались дети от рождения до 12 лет, т.е. новорожденных уже пытались лечить, но самая высокая смертность приходилась на группу детей до 2 лет (21,2% от всех больных хирургического профиля в возрасте до 2 лет).

Почти треть умерших в хирургическом отделении детей умерли от инфекционных заболеваний, которые были бичом всей больницы. В "Отчетах" описано много случаев, демонстрирующих, что после плановых операций дети нередко тяжело, с осложнениями, болеют корью, ветрянкой и т.п., не говоря уже о банальных нагноениях. В больнице ежегодно наблюдались заболевания эпидемическими формами болезней среди детей хирургического отделения. Всего за отчетный период заразными болезнями заболело 954 (14%) ребенка. Первое место в ряду инфекций занимала корь (9,2%), второе — ветряная оспа, затем рожа, дифтерия, скарлатина, коклюш, краснуха.

Оперативная активность на рубеже XIX—XX века, по нашим меркам, была низкой, но за отчетный период она заметно возрастает. Среднее число операций в месяц в 1902 г. 22,3, в 1902—1905 гг. 25,9. В 1902—1905 гг. было выполнено 54 пластических операции, 47 трепанаций сосцевидного отростка, 43 иссечения опухолей, 39 резекций ребер, 36 герниотомий, 27 секвестротомий, 19 операций при козалопасти, 19 оперативных вмешательств при фимозах и парафимозах, 16 при периоститах, 15 высоких сечений мочевого пузыря, 13 трахеотомий, 12 радикальных операций при водянке яичка, 10 резекций костей.

Хирургическое отделение с момента открытия было устроено по принципам асептики. Операционная, перевязочная и стерилизационная комнаты были для этого специально оборудованы, сделаны непроницаемые полы со стоками для жидкостей, "стены операционной обделаны эмалированным цинком" [1], потолок выкрашен масляной краской. Операции велись сухо, кровь вытиралась марлевыми сухими салфетками; "свежая раневая поверхность и перевязочный материал при операции от всякого воздействия антисептических средств оберегаются" (т.е. "Листеровская" антисептика осталась уже в прошлом) [1]. Из антисептических растворов в операционной и перевязочной имелись растворы цианистой ртути, лизола, борной кислоты и марганцово-кислого калия.

В больнице существовала лаборатория, которая выполняла анализы мочи (учитывался удельный вес, pH, количество белка и сахара, выполнялась микроскопия осадка), крови (гемоглобин, лейкоциты, эритроциты, реакция Vidal'a), также проводилось исследование слизи из зева на дифтерийные палочки, мокроты, выпотов, гноя, опухолей, тканей, испражнений, мочевых камней, волос, цереброспинальной жидкости, молока.

Рентгеновский кабинет существовал с 1899 г., в частности здесь удаляли инородные тела. В то же время прибегать к рентгеновским лучам для оценки соотношения фрагментов перелома и его консолидации у врачей больницы еще не вошло в привычку. Во множестве случаев упоминается, что смещение отломков определялось пальпаторно.

Большинство операций проводилось под наркозом (чуть более 90% всех операций в 1901—1902 гг., около 80% — в 1902—1905 гг.). При этом в качестве анестетика использовался хлороформ. Остальные операции были проведены под местной анестезией (кокаин, эфир) или без анестезии. Наркоз проводился при пустом желудке (с утра ничего не давалось есть). Важным представляется анализ осложнений: "...рвота у 47 детей, асфиксия у 10, падение пульса у 8, цианоз у 3, продолжительная наклонность к западению языка у 2 и долговременное расширение зрачков в одном случае. Смерти от хлороформа, стоящей с ним в бесспорной связи, не наблюдалось". Общее количество осложнений 6,2%. Подводя итог анализа, авторы делают следующий вывод: "хлороформ у детей является пока наилучшим средством для анестезии и

к замене его другими формами анестезии, считая в том числе и так называемые комбинированные формы хлороформного наркоза, нет пока достаточных оснований".

Вызывает интерес описание мероприятий, проводившихся при угрожающих симптомах во время наркоза. В частности, "правильное поддержание откидывающейся нижней челюсти; вытягивание языка в случае западания <...>; искусственное дыхание и пр." Одним из лучших "оживляющих факторов" названо "вливание под кожу физиологического раствора поваренной соли", которое также использовалось и при значительных кровопотерях во время операций. Упоминаний о внутривенном введении растворов обнаружить в "Отчетах" нам не удалось.

Результаты лечения детей трудно оценить, так как распределение пациентов по группам отлично от принятого в настоящее время. В частности, некоторые состояния, которые сейчас мы считаем составляющей патологического процесса, выделяли как нозологическую единицу (см. ниже: болезни органов движения). Многие болезни, которые в настоящее время мы уверенно относим к разряду хирургических, в то время столь же уверенно относили к терапевтическим: плеврит, перикардит, выпадение прямой кишки, септические состояния (на фоне пневмонии, например), сотрясение головного мозга, внутричерепные гематомы.

Основной группой хирургических больных были дети с патологией опорно-двигательного аппарата (наибольшее число больных было с болезнями органов движения — 36,4%, на втором месте дети с повреждениями — 20,8%).

Болезни органов движения. Периоститы, некрозы, оститы описаны в "Отчете" как самостоятельные нозологические единицы. В нашем понимании это различные формы остеомиелита. Общими принципами лечения было проведение оперативного вмешательства (разрезы, вскрытие гнояника, удаление секвестров, выскабливание, артротомии, остеотомии). При артритах лечение проводилось преимущественно консервативное.

Повреждения. Сроки сращения переломов, которые указывает Д.Е. Горохов, существенно ниже, чем принятые в настоящее время. Это, видимо, не означает, что переломы срастались быстрее, а лишь отражает представление врачей того периода о том, что такое консолидация перелома. Возможно, под сращением перелома понимали несколько иное. Вот, например, некоторые указания о консолидации переломов: "У 18 больных точно обозначены дни исчезновения или бывшей до того подвижности или крепитации, или образования плотной спайки... на 22—23-й день"; "у 12 больных точно обозначены дни, когда они начали учиться ходить... в среднем... 27,7-й день", "подвижность в изломе... исчезла на третьей неделе (перелом плечевой кости)", "травма была за 3 дня до поступления; на 10 дней после нее отмечено исчезновение треска в месте перелома плечевой шейки".

Лечение перелома бедра в большинстве случаев состояло в наложении петли (обычно под наркозом) для вытяжения и гипсовой повязки. Иногда вместо гипсовой повязки применялись картонные шины, укрепленные крахмальными бинтами. Судя по всему, вытяжение за спицу не применяли.

При описании результатов лечения детей с черепно-мозговой травмой имеет место такое же смешение понятий, что и при рассмотрении вопроса об остеомиелитах. Дети с этой патологией описаны в разделах "ушибы", "переломы других костей", в частности в разделе "переломы других костей" — подраздел о больных с "сотрясением мозга", которых, судя по описанию, отнести к данной категории в нашем понимании невозможно.

В изложении примеров лечения ран часто встречается описание послеоперационного нагноения с лихорадкой до 40°C. Часть ран лечили открыто, часть — "после очистки и освежения или выравнивания краев зашивали наглухо" [1] или вводили дренажи. Из 30 зашитых наглухо ран первичное заживление имело место в половине случаев.

Лечение ожогов II и III степени состояло из "предварительной ванны, вскрытия пузырей, удаления омертвевших частей кожи, омовения борной водой раневой поверхности и наложения повязки с ксероформной мазью" [1]. При образовании рубцовых деформаций, нарушающих функционирование органов, выполнялось оперативное вмешательство. Наглядно продемонстрировано, что пересадка кожи от человека к человеку невозможна — лоскуты всегда отторгаются. Использовалась свободная аутопластика кожи по Тиршу, нередко позволявшая получить положительный результат.

Болезни органов дыхания. Торакальная хирургия в то время находилась в зачаточном состоянии. В ряду перечисленных вмешательств есть упоминание о выполнении плевро-ральных пункций по поводу экссудативного плеврита и резекции VI—IX ребер с целью осуществления дренажа (в некоторых случаях эти манипуляции приводили к успеху). Все вмешательства проводились исходя из данных физикального исследования. Упоминаний о применении рентгенографии для топической диагностики патологического процесса нет. Трахеостомия и интубация гортани в то время были величайшим достижением, позволявшим спасти детей в ситуациях, ранее приводивших к их гибели.

Надо подчеркнуть, что уже в то время существовало обособление отоларингологии. Существовал "специальный кабинет для больных горлом, ушами и носом".

Болезни органов пищеварения и брюшной полости. Вопрос диагностики и лечения аппендицита на рубеже XIX—XX века был в центре внимания врачей, что демонстрируют тщательные и вдумчивые записи наблюдений. В то время существовало деление аппендицита на "терапевтические" и "хирургические" формы. Лечение было преимущественно консервативным, из лечебных средств употреблялись диета, лед, согревающие компрессы, клизмы, опий, кодеин, возбуждающие, зеленое мыло, мышьяк, препараты гваякола. Очевидно, что диагностировали это заболевание поздно и состояния, которые описаны как аппендицит, по всей видимости, являлись уже аппендикулярным абсцессом или другими формами перитонита, когда собственно и выполнялись оперативные вмешательства. На основании клинических наблюдений делается важное заключение: "... для операции при аппендицитах следует избирать ... более ранний срок для оперативного воздействия".

Неоспоримо значение четко и ясно выраженной в "Отчетах" мысли о грыжах у детей: "... это страдание по существу в большинстве случаев должно бы было быть отнесено к порокам развития" [1]. Во всех случаях выполненных операций грыжи были значительных размеров, какие сейчас встречаются редко ("от грецкого ореха до кулака взрослого и, наконец, полное выпадение внутренностей" [1]). При выполнении оперативных вмешательств по поводу пупочных грыж "применялся трехэтажный шов", при паховых проводилась операция по способу Bassini. Надо отметить, что по тому времени это был один из современных, лучших способов лечения грыж. Есть указание на то, что начиная с 1901 г. при выполнении герниотомий раны зашивались наглухо, следовательно, до этого момента подразумевалась высокая вероятность нагноения и первичный шов не накладывался, существовало мнение (McBurney), что после заживления раны вторичным натяжением формируется более крепкий рубец.

Болезни мочеполовых органов. Высокое сечение мочевого пузыря по поводу мочекаменной болезни в то время было хорошо отработанной, массовой операцией, дававшей удовлетворительные результаты. В "Отчетах..." имеется важное указание, что при литотомии на пузырь следует накладывать первичный шов, что позволяет полагать, что ранее этого не делали ввиду высокой опасности нагноения. Любопытно, что "орхит" в то время являлся показанием к операции — удалению яичка. В "Отчетах..." подчеркивается очень важное положение о том, что у детей грыжи, водянка яичка

и семенного канатика не что иное, как различные варианты патологии processus vaginalis peritonei.

Новообразования. Тогда, как и сейчас, в ряду онкологической патологии детского возраста особое место занимали ангиомы. В "Отчетах" подчеркнут врожденный характер, быстрый рост этих образований, опасность кровотечения. Использование блока регионарного кровотока как метода лечения сосудистой патологии у детей было предложено еще Н.И. Пироговым [4]. В отчетах Д.Е. Горохова эта идея получает дальнейшее развитие, при удалении обширных сосудистых опухолей предлагается предварительно выполнять перевязку питающих сосудов. Описаны случаи удачного оперативного лечения больших гемангиом с выполнением кожной пластики. Имеется сообщение о том, что при лечении явно неоперабельной опухоли применялся "электролиз", к сожалению, на настоящий момент нам не удалось достоверно установить, что в то время понимали под этим термином.

Амбулаторное отделение Софийской больницы располагалось в отдельном здании, оно было лучшим в ряду аналогичных подразделений Москвы того времени. Здесь был просторный зал ожидания, вокруг которого располагалось 8 докторских кабинетов, "из которых три имели специальное назначение: хирургический, ортопедический и для ушных и горловых болезней" [1]. В амбулатории были специальные помещения для выполнения операций и гипсовых работ. В течение дня 7 врачей принимали до 325 детей. С первых же лет деятельности больниц количество посещений было значительным: в 1900 и 1901 гг. немногим не доходило до 44 тыс. Особенно повышается число больных в летние месяцы. Научная работа в Софийской детской больнице проводилась регулярно в форме врачебных совещаний. За 5 лет было проведено 33 заседания, на которых сделано 48 докладов и демонстраций. Уже тогда закладывались некоторые направления научных исследований больницы, которые в последующем получили дальнейшее развитие. На собраниях были представлены работы, посвященные врожденным порокам развития (Д.Е. Горохов: К лечению врожденных мозговых грыж, 2 случая Spinae bifidae; И.М. Чупров: Случай fistulae umbilicalis. Лечение ангиом электрическими уколами. Лечение грыж в детском возрасте), абдоминальной хирургии (Д.Е. Горохов: К вопросу об оперативном вмешательстве при аппендицитах в разлитых формах воспаления; И.М. Чупров: Случай удаления polyp recti). Следует отметить, что на этих собраниях выступали врачи не только Софийской больницы, но и других лечебных учреждений.

Подводя итог сказанному выше, следует отметить, что на рубеже XIX—XX века детская хирургия в Московской Софийской больнице уже приняла организационные формы, в целом сохранившиеся до настоящего времени. Принципиальным различием является появление профильных хирургических отделений, произошедшее в середине XX века. Ключевой проблемой, приводившей к печальным исходам, решение которой было еще впереди, в то время были хирургические и нехирургические инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Московская Софийская детская больница. Отчеты Московской Софийской детской больницы/ Сост. врачами больницы. Вып. 1: Медицинский отчет Московской Софийской детской больницы за 1897—1905 гг. М.: Б.и.; 1907: 19, 86, 88, 89, 115, 121, 122, 125, 131. Вып. 2: Медицинский отчет Московской Софийской детской больницы за 1906, 1907 и 1908 гг. и 2 часть отчета с 1897 г. с итогами за 1897—1907 гг. М.: Б.и.; 1910.
2. Исторический очерк Московской Софийской детской больницы 1842—1897 гг., составленный Яблоковым Н.В. М.; 1897.
3. Крылова И.В. Московская детская больница им. Н.Ф. Филатова (исторический очерк). М.: Медицина; 2004.
4. Электронный ресурс: летопись Кисловодска: <http://temnyjles.narod.ru/Letopis.htm>
5. Гераськин А.В., Шастин Н.П., Смолянкин А.А. Развитие идей Н.И. Пирогова в детской хирургии: Вестник Российского государственного медицинского университета. 2010; 5: 31—7.

REFERENCES

1. The Moscow Sofia children's hospital. Reports of the Moscow Sofia children's hospital/ It is made by doctors of hospital. Release 1: The medical report of the Moscow Sofia children's hospital for 1897—1905. Moscow; 1907: 19, 86, 88, 89, 115, 121, 122, 125, 131. Release 2: The medical report of the Moscow Sofia children's hospital for 1906, 1907 both 1908 and 2 part of the report with 1897 with results for 1897—1907. Moscow; 1910 (in Russian).
2. The Historical sketch of the Moscow Sofia children's hospital 1842—1897; the made Jablovkovym N.V. Moscow; 1897 (in Russian).
3. Krylova I. V. Moscow children's hospital of a name of N.F. Filatova (a historical sketch). Moscow: Medicine; 2004 (in Russian).
5. Geraskin A.V., Shastin N.P., Smoljankin A.A. Development of ideas of N.I. Pirogov in children's surgery. The Bulletin of the Russian state medical university. 2010; 5: 31—7 (in Russian).

Поступила 18.03.13