

Морозов Д.А., Айрапетян М.И., Пименова Е.С.

РОЖДЕНИЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НАУКИ В РОССИИ (115 ЛЕТ СОЕДИНЕННОМУ ЗАСЕДАНИЮ СЕКЦИИ ХИРУРГИИ И СЕКЦИИ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПИРОГОВСКОГО СЪЕЗДА)

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
Минздрава России

Morozov D.A., Ayrapetyan M.I., Pimenova E.S.

BIRTH OF PEDIATRIC SURGERY IN RUSSIA (115TH ANNIVERSARY OF THE UNITED MEETING OF THE SECTIONS OF SURGERY AND PEDIATRIC DISEASES OF THE CONGRESS IN THE MEMORY OF PIROGOV)

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia

Резюме

Статья посвящена первому в истории России соединенному заседанию секций хирургии и детских болезней VIII Съезда русских врачей памяти Н.И. Пирогова в 1902 году с обсуждением детской ортопедии, лечения аппендицита и ангиом у детей. Подчеркнута выдающаяся роль главного врача детской больницы Св. Ольги, первого приват-доцента по детской хирургии Императорского Московского Университета (1893–1896 годы) и основоположника детской хирургии как науки Леонтия Петровича Александрова. Дана краткая характеристика участников научной дискуссии хирургов и детских докторов: Е.В. Павлова, В.И. Разумовского, И.А. Праксина, К.Х. Хорна, Т.П. Краснобаева, А.А. Боброва, А.А. Киселя, В.Г. Цеге-фон-Мантейфеля и Н.С. Корсакова.

Ключевые слова: научные исследования в детской хирургии, история детской хирургии в России, Л.П. Александров

Abstract

The article is devoted to the first Russian United Meeting of the Sections of Surgery and Pediatric Diseases of the VIII Congress of the Russian Doctors in memory of N.I. Pirogov held in 1902 discussing the issues of pediatric orthopedics, treatment of appendicitis and angiomas in children. The outstanding role of the head physician of St. Olga's pediatric hospital, first private-docent in pediatric surgery of the Moscow Imperial University (1893-1896) and founder of pediatric surgery as a science Leontiy Petrovich Aleksandrov is stressed. A brief characteristic of the surgeons and pediatric doctors participating in the scientific discussion such as E.V. Pavlov, V.I. Razumovsky, I.A. Praxin, K.H. Horn, T.P. Krasnobayev, A.A. Bobrov, A.A. Kisel, V.G. Tsege-von-Manteuffel and N.S. Korsakov is provided.

Key words: research studies in pediatric surgery, history of pediatric surgery in Russia. L.P. Aleksandrov

Конец XIX века был ознаменован рождением детской хирургии как специальности, отрасли науки и образования. В 1862 году в Окружной больнице Московского Воспитательного дома хирургом Н.А. Воскресенским была начата работа в первом детском хирургическом отделении [1, 2]. Хирурги Э.К. Валь и А.И. Шмитц (Детская больница имени Ольденбургского, Санкт-Петербург,

1869 год), В.И. Иршик (Городская детская больница имени Св. Владимира, Москва, 1876 год) стали активно оперировать детей младшего возраста [1, 3]. В 1887 году открыли хирургическое отделение Детской больницы Св. Ольги в Москве [4], а с 1893 по 1896 год в Хлудовской детской клинике Императорского Московского университета функционировало хирургическое отделение,

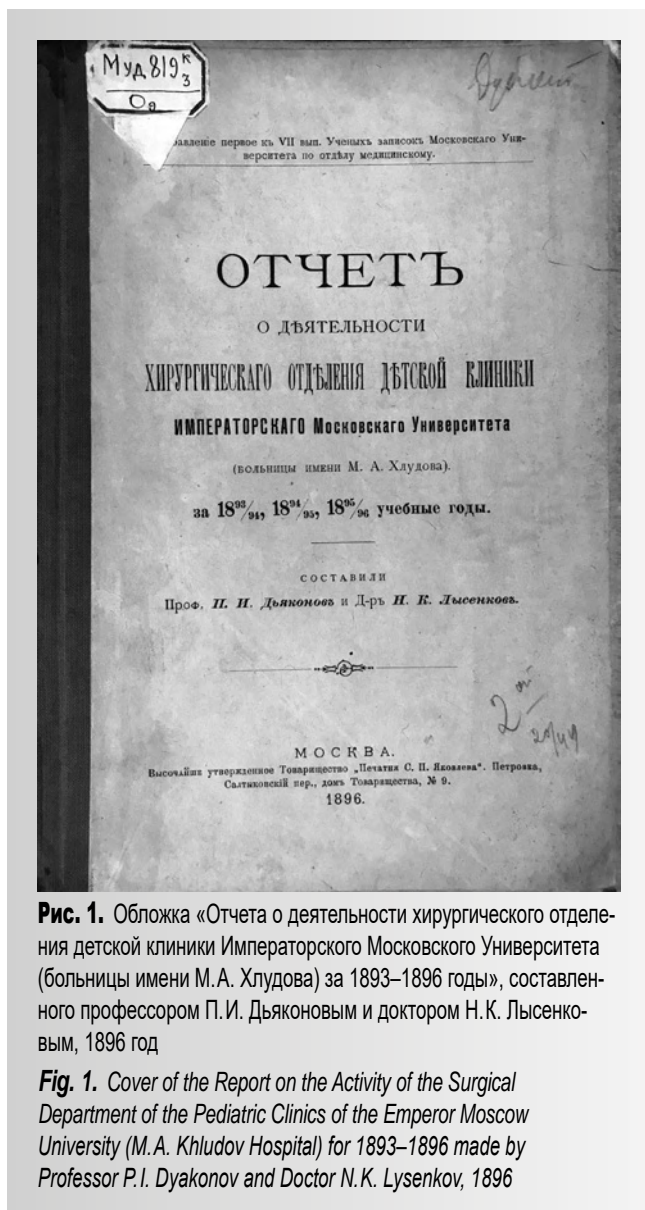


Рис. 1. Обложка «Отчета о деятельности хирургического отделения детской клиники Императорского Московского Университета (больницы имени М. А. Хлудова) за 1893–1896 годы», составленного профессором П. И. Дьяконовым и доктором Н. К. Лысенковым, 1896 год

Fig. 1. Cover of the Report on the Activity of the Surgical Department of the Pediatric Clinics of the Emperor Moscow University (M.A. Khudov Hospital) for 1893–1896 made by Professor P.I. Dyakonov and Doctor N.K. Lysenkov, 1896

явившись результатом сотрудничества выдающегося педиатра Н.Ф. Филатова и известного хирурга П.И. Дьяконова [1, 5] (**рис.1**). В Софийской детской больнице Москвы (с 1897 года) хирургией стал заниматься доктор медицины Д.Е. Горохов – в последующем (1910–1919 гг.) автор первой в России четырехтомной монографии «Детская хирургия: избранные главы» [6, 7, 8]. До начала XX века детские хирургические отделения были последовательно организованы в Кишинёве, Риге, Иркутске и Харькове [1], стали заметны научные публикации, посвященные хирургическим заболеваниям у детей [4, 5, 6].

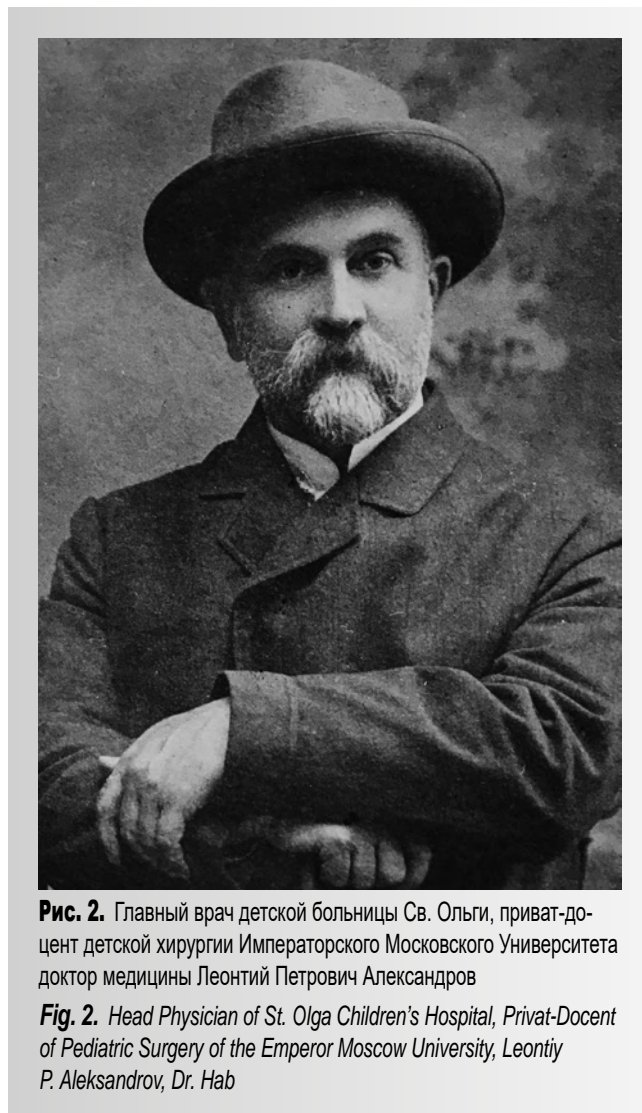


Рис. 2. Главный врач детской больницы Св. Ольги, приват-доцент детской хирургии Императорского Московского Университета доктор медицины Леонтий Петрович Александров

Fig. 2. Head Physician of St. Olga Children's Hospital, Privat-Doцент of Pediatric Surgery of the Emperor Moscow University, Leontiy P. Aleksandrov, Dr. Hab

На рубеже столетий особой, выдающейся, личностью в детской хирургии, медицинском мире России, был доктор медицины **Леонтий Петрович Александров** – главный врач Детской больницы Святой Ольги, первый приват-доцент по детской хирургии (1893–1898 годы) Императорского Московского Университета [4, 9, 10] (**рис. 2**). Л.П. Александров на свои средства в течение 10 лет издавал первый в России научно-практический журнал «Детская Медицина» (1896–1905 гг.), которому суждено было стать единственной площадкой для дискуссий отечественных педиатров, детских хирургов, ортопедов и гигиенистов (**рис. 3**). Огромный опыт и научная эрудиция привлекали к нему многочисленных учеников и исследователей [4]. Именно Л.П. Александрова по праву считают родо-

начальником преподавания российским студентам «Детской хирургии» (в Императорском Московском университете, 1893–1896 годы) и основоположником детской хирургии как науки [1, 9].

Вместе с ведущими медиками России доктор медицины Л.П. Александров стал основателем Общества детских врачей в Москве (1892 год), инициатором Съезда русских хирургов [1, 10], вдохновенно проводил большую работу по организации и проведению Съездов русских врачей памяти Н.И. Пирогова.

В 1902 году в Москве состоялся очередной VIII Съезд русских врачей памяти Н.И. Пирогова, которому было суждено стать знаковым для детской хирургии. По инициативе Л.П. Александрова 4 января провели первое в истории «Соединенное заседание секции хирургии и секции детских болезней» с обсуждением детской ортопедии, лечения аппендицита и ангиом у детей. Стенограмма заседания нашла достойное место на страницах номера журнала «Детская Медицина» [11]. Мы посчитали важным привести эту интереснейшую дискуссию по актуальным проблемам хирургии того времени, и вместе с тем напомнить о выдающихся врачах России, которым по сути обязаны становлением детской хирургической науки:

«...По предложению заведующих секциями – Почетными Председателями избраны: проф. Е. В. Павлов, В. И. Разумовский и И. А. Праксин». Выбор Почетных Председателей был неслучаен – они пользовались заслуженным авторитетом в России начала двадцатого века. Действительный статский советник **Евгений Васильевич Павлов** представлял Санкт-Петербург, являясь лейб-хирургом и профессором Военно-медицинской академии, директором Александринской женской больницы [12]. Полагаем, что его внимание к детской медицине могла сформировать общественная деятельность на посту Председателя Попечительского Совета Елизаветинской Клинической больницы для детей. К тому же, в 1878 году доктор медицины Е. В. Павлов опубликовал серьезную работу «К вопросу об обратном развитии сосудистых опухолей», а в повестке заседания планировалось обсуждение лечения ангиом.

Заведующий кафедрой факультетской хирургии Императорского Казанского Университета профессор **Василий Иванович Разумовский** был блестящим хирургом-организатором, педагогом и исследователем, пользовался непререкаемым авторитетом во всей России, и даже современники называли

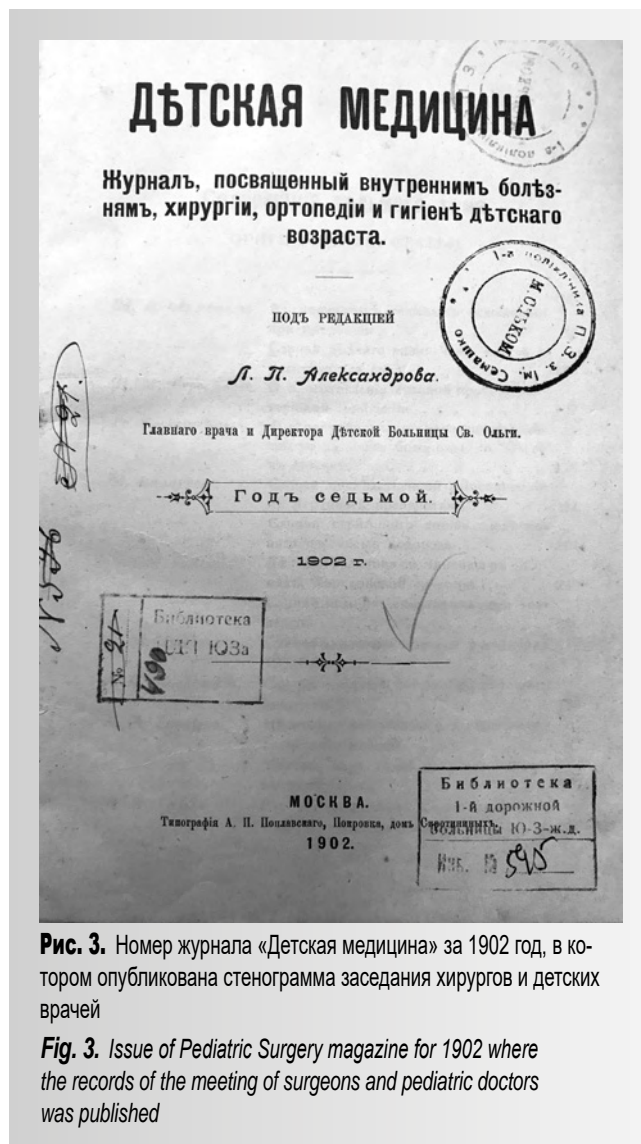


Рис. 3. Номер журнала «Детская медицина» за 1902 год, в котором опубликована стенограмма заседания хирургов и детских врачей

Fig. 3. Issue of Pediatric Surgery magazine for 1902 where the records of the meeting of surgeons and pediatric doctors was published

его – «классиком отечественной медицины» [13]. В 1900 году в Казанском университете Василием Ивановичем был открыт «курс детских хирургических болезней» и отделение (зав. – первый детский хирург Казани, доктор медицины В.Л. Борман) [14]. Примечательно, что в 1897 году В.И. Разумовский впервые в мире произвел успешную операцию при гнойном медиастините у ребенка, первый в Казани выполнил операцию аппендэктомии, а в 1902 году им была удалена опухоль почки массой 1400 граммов у девочки четырех лет [13, 15, 16].

Не менее значимую личность являл собой прекрасный хирург, профессор **Иван Александрович Праксин** – заведующий Кафедрой госпитальной хирургии медицинского факультета Императорско-

го Казанского университета, сменивший на этой должности профессора В.И. Разумовского, автор оригинальной известной методики грыжесечения, специалист в хирургии желудка, щитовидной железы и почек [16].

Заседание началось с доклада доктора медицины **Карла Христиановича Хорна** – выдающегося ортопеда [17] того времени (К.Х. Хорн в 1902 году по приглашению Императрицы Александры Фёдоровны занялся проектированием Ортопедического Института в Санкт-Петербурге):

«... **О пересадке сухожилий.**

Пересадка была предложена Nicoladoni 20 лет тому назад. Разработка же ее ограничивается последними годами. Докладчик изложил ход операции при наличии *pes varo-equinus paralyticus*. Продольным разрезом обнажается Ахиллово сухожилие и разделяется продольно на 2 части, наружная часть его отрезается от пяточной кости. Затем обнажаются *t. t. peronei*, субфасциально делается ход косо вверх и вовнутрь к отделенному пучку Ахиллова сухожилия, последний протягивается через сделанный ход и пришивается к *t. t. peronei*. Так же поступают с сухожилием передней берцовой мышцы, оно перерезается и сшивается с сухожилием *extensor. halluc. longi*. Для швов докладчик пользуется исключительно шелком. Повязка накладывается из гипса при сильном тыльно согнутом и пронированном положении стопы. Спустя 10 дней повязка снимается, удаляются швы и накладывается новая гипсовая повязка, сдерживающая стопу в том же положении. К двум неделям пациенту позволяют ходить, к концу месяца повязка снимается совсем. В это время делают массаж, электризацию и осторожные активные упражнения. Обувь первое время состоит из башмаков со шнурками. Докладчик демонстрировал несколько больных, где получились очень хорошие результаты».

В дискуссии принял участие профессор **Василий Иванович Разумовский**, известный работами в области ортопедии, в частности оригинальной операцией остеопластического вылушивания стопы (1894 год), заменявшей у детей ампутацию голени [15], заявив, что: «...считает пересадку сухожилий за шаг вперед в хирургии. Ему удалось применить операцию с хорошим исходом в двух случаях при *pes calcaneus* и *pes equino-varus paralyticus*».

Действительно, австрийский хирург С. Nicoladoni (1847–1902 годы) предложил выпол-

нить «пластическую операцию пересадки половины пяточного (ахиллова) сухожилия на заднюю большеберцовую мышцу при плоскостопии». Небезынтересно спустя 115 лет обратить внимание на то, что в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями, утвержденными Общероссийской общественной организацией Ассоциацией травматологов-ортопедов России: «Лечение детей с плановальгусными деформациями стоп» (заседание Президиума АТОР 24.04.2014 г, Москва, <http://ator-rf.ru>) [18]: «...Оперативное лечение данной категории больных выполняется в случае отсутствия успеха консервативного лечения, оптимальный возраст – 5–6 месяцев [сила рекомендаций С]. Ригидные формы плоскостопия требуют обязательного обследования для исключения таких патологических состояний, как врожденный вертикальный таран, тарзальная коалиция или серпантинная стопа, которые, как правило, нуждаются в хирургическом лечении...Выполняется удлинение сухожилий малоберцовой группы мышц, ахиллова сухожилия, рассечение капсульно-связочного аппарата по задней и наружной поверхности голени и стопы и открытое вправление таранной кости...при нейромышечных заболеваниях (таких как ДЦП, миопатия Дюшенна, полиомиелит) в большинстве случаев ахиллово сухожилие укорочено, имеет место вторичный вальгус заднего и отведение переднего отдела. Такие деформации стопы могут требовать хирургической коррекции для обеспечения большей стабильности при ходьбе...».

Заседание секции Съезда продолжилось обсуждением «...лечения **косолапости**». С сообщением вновь выступил доктор **К.Х. Хорн** (С. – Петербург): «...указав на недостатки способов *Phelps'a* и *Wolf'a*, докладчик высказал мысль, что способом *Lorenz'a* можно излечить самую запущенную косолапость, сохранив скелет стопы. Далее докладчик описал применение способа, который состоит в постепенном переведении стопы в положение, противоположное деформации, причем должно быть достигнуто не только нормальное положение стопы, но даже переходящее через норму. Сначала нужно исправлять приведение, затем изгиб стопы, потом подошвенное сгибание и супинацию. Из инструментов нужен только деревянный клин и тенотом. Изредка приходилось пользоваться аппаратом *Lorenz'a*. По окончании операции накладывается гипсовая повязка, правильному положению кото-

рой докладчик придает огромное значение. Первая повязка лежит от 3 до 7 дней. Во второй повязке больные должны начинать ходить. Вторая повязка лежит месяца 3–4. Лечение повязками продолжается от 6 до 9 месяцев, после чего применяется массаж, гимнастика и упражнения на приборах. Преимущества этого способа докладчик видит в полном сохранении скелета стопы, устранении всяких пролежней, непродолжительном постельном содержании и отсутствии возвратов. В заключение докладчик продемонстрировал трех детей, которым с успехом была применена операция».

Обсуждение представленного доклада начал известный московский детский хирург больницы Св. Ольги [1, 4, 9] **Тимофей Петрович Краснобаев**: «... хотя результаты, полученные доктором Хорном, и очень хороши, все же я думаю, что в деле лечения косолапости, не моделирующей редрессации Lorenz'a принадлежит будущее. При этом способе все делается в темную: мягкие части разрываются, а кости разминаются настолько, чтобы после того они представляли из себя пластическую массу, из которой можно было формовать нормальную стопу. Всем тканям стопы наносится такая травма, они настолько теряют в своей жизнеспособности, что даже такой мастер этого дела, как д-р Хорн очень подчеркивает опасность мало-мальски неудачно положенной повязки. Несомненно, что та же самая повязка на здоровой стопе – ровно ничем не угрожала бы. И если это справедливо по отношению к таким случаям, как продемонстрированные нам, случаям, которые нельзя отнести к самым тяжелым, то что же сказать про последние, т. е. очень тяжелые, как напр. такой, какой вы видите на этом фотографическом снимке. Здесь у девочки 10 лет при двусторонней очень тяжелой косолапости была сделана мною с прекрасным результатом операция Phelps – Kirmisson'a. В этом случае, несмотря на то, что все сморщенные ткани были рассечены, Шопартовский сустав широко раскрыт и игрекообразная связка рассечена, установить стопу в хорошее положение было чрезвычайно трудно, ткани же стопы, несмотря на то, что травма сведена была до возможного минимума, все-таки очень пострадали, и мне не удалось избежать небольших пролежней. Если на основании вышеизложенного, по моему мнению, нельзя пропагандировать способ Lorenz'a, то давно все способы, уродующие стопу, как удаление и таран-

ной кости и клиновидное иссечение других костей стопы, не могут вызывать сочувствия. В московской городской детской больнице Св. Владимира доктором В.В. Иршиком в свое время охотно применялось удаление таранной кости и с таким хорошим результатом, что я припоминаю одну мать, первому ребенку которой была сделана эта операция, принесшую через несколько лет своего второго косолапного ребенка с просьбой сделать ту же операцию. Я сам несколько лет тому назад, когда еще недостаточно хорошо знаком был со способом Phelps – Kirmisson'a, в одном очень тяжелом случае сделал значительное клиновидное иссечение костей стопы. Результат получился прекрасный. И, однако, как ни хороши были в некоторых случаях результаты этих операций, все же они представляют собой не что иное, как замену одного уродства другим, правда, менее тяжелым. Понятно это не может составлять идеала хирургии. В настоящее же время все эти операции, связанные с удалением костей, являются ненужными, так как при способе Phelps – Kirmisson'a, рассекая под контролем глаза все, что мешает правильной установке стопы, и ничего не удаляя, мы получаем прекрасные результаты даже в очень тяжелых случаях.

Подобных случаев известно уже достаточно. До 1898 года одним только Kirmisson'ом было сделано 76 таких операций и с прекрасными результатами, дающими ему право ставить этот способ выше всех остальных. Насколько позволяет судить мой небольшой личный опыт, я думаю также, что будущее принадлежит способу Phelps – Kirmisson'a...».

Следует отметить, что к 1902 году Тимофей Петрович Краснобаев был одним из самых успешных и авторитетных учеников Л.П. Александрова. Спектр научно-практической деятельности Т.П. Краснобаева включал и хирургию косолапости, и лечение детских параличей, пересадку мышц и сухожилий. Будучи выпускником Московского университета (1888 год), имея за плечами опыт работы в детской больнице Св. Владимира и Ольгинской детской больнице Москвы, именно в 1902 году он был приглашен на должность старшего врача хирургического отделения в новую Детскую городскую больницу купца В.Е. Морозова [9, 19], участвовал в проектировании хирургических корпусов.

В обсуждении принял участие и профессор **И.А. Праксин**: «...у взрослых, когда рост костей

закончен, нельзя обойтись без кровавой операции. В таких случаях приходится удалять иногда *os tali*, а иногда также иссекать горизонтальный клин сверху из пяточной кости, подсекать сухожилие задней больше-берцовой мышцы, Ахиллово сухожилие и подошвенный апоневроз».

Особого внимания заслуживает участие в дискуссии знаменитого московского хирурга профессора **Александра Алексеевича Боброва** – руководителя Факультетской хирургической клиники и кафедры при ней Императорского Московского университета [20]. А.А. Бобров, по сути, был учителем профессора П.И. Дьяконова, удивительного хирурга И.П. Алексинского (депутата-врача Первой Государственной Думы Российской Империи [21]) и Л.П. Александрова, предоставив последнему рекомендацию для работы в Ольгинской больнице. Автор оригинальных отечественных методик грыжесечения, гепатопексии, эхоноккэктомии, ориентирной анатомии, первый в России внедривший рентгеновское исследование (1898 год), примечательно, что именно А.А. Бобров обратил внимание на необходимость оперативного лечения аппендицита, разработав его принципиальные установки для всей страны, внедрив операцию «резекции червеобразного отростка». Учитывая это, а также факт, что А.А. Бобров являлся автором оригинальной операции по поводу гемангиомы, можно утверждать, что повестка заседания Съезда представляла для опытного хирурга определенный интерес. Профессор **А.А. Бобров** «...заметил, что необходимо каждый случай индивидуализировать: в одних случаях может потребоваться кровавая операция, в других постепенное исправление стопы ручными приемами. Будущее, во всяком случае, не за способом *Lorenz'a*, который сам в последнее время отказывается от некоторых грубых приемов своего способа».

В завершение обсуждения проблемы лечения косолапости доктор К.Х. Хорн с уверенностью заявил: «...Я намерен продемонстрировать способ на одном больном, и тогда присутствующим не трудно будет убедиться, что именно грубых приемов я не употребляю».

Спустя столетие детские хирурги-ортопеды предпочитают [18] выбор тактики в соответствии с Федеральными Клиническими рекомендациями, утвержденными Общероссийской общественной организацией Ассоциацией травматологов-ортопе-

дов России (АТОР, 24.04.2014 г., Москва, <http://atorf.ru>) «Лечение детей с врожденной косолапостью по методике Понсети», имея в виду конско-варусную косолапость (Q 66.0) и врожденную приведенную деформацию стоп (Q 66.2):

«...Консервативное лечение при данной патологии является общепринятым стандартом для детей раннего возраста...Методы пассивной коррекции врожденной косолапости основаны на принципе постепенной параллельной коррекции всех основных компонентов деформации (супинации, приведения, кавуса, варуса и эквинуса) этапными гипсовыми повязками, не предполагающими возможности движений конечности во время коррекции. Существуют также методики, сочетающие элементы функционального лечения и пассивной коррекции. Рецидивы деформации после консервативного лечения, требующие тех или иных хирургических вмешательств, составляют от 15 до 30%.

На сегодняшний день особое место занял метод Игнасио Понсети, разработанный в 1950–60 – е годы на основе детального изучения биомеханики стопы в норме и при патологии («золотой стандарт» лечения косолапости). Лечение состоит из трех основных этапов: исправления деформации за счет манипуляций со стопой и гипсовых повязок, удлинения ахиллова сухожилия (закрытая тенотомия) и закрепления полученного результата абдукционными шинами. По данным автора и его последователей, эффективность метода достигает 98%. Важнейшая часть лечения по методу Понсети – ношение брейсов, которые должны быть надеты на ребенка сразу после снятия заключительной гипсовой повязки. Эволюция методов лечения врожденной косолапости отражает общую тенденцию детской ортопедии во всем мире – достижение максимальных целей минимально инвазивными средствами...приоритет долгосрочного и функционального результата над ближайшим и анатомическим» [18].

Заседание продолжилось обсуждением лечения аппендицита у детей – на тот момент задачи далекой от решения. Не случайно первое выступление «...О лечении воспаления червеобразного отростка у детей» поручили известному московскому детскому доктору медицины **Александру Андреевичу Киселю** – руководителю терапевтического отделения детской больницы Св. Ольги [22], Председателю Московского общества детских врачей

с 1889 года: «... У 33 больных детей в возрасте от 2 до 13 лет докладчик применял при аппендицитах лечение слабительными. В начале давался большой прием касторового масла, а затем в течение 3–4 дней 10% и 20% эмульсия из касторового масла. Narcotica не применялись, а для успокоения болей клали лед или пузырь с горячей водой. Покойное положение. Из 33 человек леченных таким образом больных выздоровело 31. Двое умерли от разлитого воспаления брюшины. В 7 случаях в области червеобразного отростка образовался надрыв. Выздоровевшие оставались в больнице в среднем 19 дней, причем после назначения слабительного наступало быстрое улучшение».

«...**Д-р Бенисович** указал на опасность прободения при назначении слабительных», после чего профессор **И.А. Праксин** поддержал эту точку зрения: «...Я горячо протестую против метода лечения, применявшегося докладчиком. Слабительное, вызывая перистальтику, может привести к разрыву свежих фибриновых спаек и к перитониту. Мне два раза пришлось наблюдать такие случаи. Да и у докладчика нельзя признать статистику совсем хорошей: на 33 больных 2 смертельных исхода – надо считать предостерегающим моментом, по моему убеждению, лечение аппендицита в остром периоде должно вестись при помощи опия и тепла в виде согревающих компрессов, пузыря с горячей водой и теплых припарок».

Настоящая дискуссия состоялась с выступлением авторитетного профессора **А.А. Боброва**: «...Я рад слышать от терапевта предложение лечить аппендициты слабительными, так как пропагандирую ту же мысль в течение ряда лет. Мое убеждение, что следует настойчиво добиваться очищения желудочно-кишечного канала и его обеззараживания».

В.П. Зеренин указал, «...что при острых аппендицитах, где есть подозрение на прободение червеобразного отростка, не следует давать слабительных, а назначать опиаты. В одном случае в Мариинской больнице при вскрытии у больного, которому было при жизни дано слабительное, найдено было прободение червеобразного отростка...».

Профессор госпитальной хирургической клиники Дерптского университета **Вернер Германович Цеге-фон-Мантейфель** – признанный блестящий диагност заболеваний желудочно-кишечного тракта и первоклассный техник своего времени [23],

известный внедрением в России использования резиновых перчаток при операциях: «...высказался против назначения слабительных, и заметил, что предложенная в последнее время белладонна имеет некоторые преимущества перед опиумом».

Обсуждение проблемы лечения воспаления червеобразного отростка у детей завершил ученик основателя Кафедры детских болезней Императорского Московского университета Николая Алексеевича Тольского – профессор **Н.С. Корсаков** [24], назначенный в 1902 году директором университетской Клиники детских болезней: «...из своей 25-летней деятельности вынес убеждение, что у детей слабительные при аппендицитах не применимы, тем более что в этих случаях часто присутствует рвота. Даже при промывательном наблюдаются увеличение болей и явления раздражения брюшины. Для выведения газов полезно ввести в прямую кишку дренажную трубку. Опиум является иногда очень полезным в таких случаях; лед хорошо успокаивает боли и перистальтику».

Стоит отметить, что в Санкт-Петербурге доктором Домбровским уже в 1888 году была выполнена операция удаления червеобразного отростка в Петропавловской больнице у трехлетнего ребёнка с удачным исходом [8]. В наше время дети с острым аппендицитом подвергаются эндоскопической или открытой хирургической операции – аппендэктомии. Лечение проводится в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями «Острый аппендицит у детей» (МКБ 10: K35.0 / K35.1/K35.9/K37), утвержденными Российской Ассоциацией детских хирургов в 2016 году (<http://www.radh.ru/>). В то же время, вопрос о возможности терапевтического лечения острого аппендицита на ранних стадиях заболевания время от времени ставится и в России, и за рубежом [25].

Завершающим вопросом соединенной секции стало обсуждение доклада «**Ангиомы у детей и их лечение**», представленного доктором **П.П. Михайловым** из детской больницы Св. Ольги, учеником Леонтия Петровича Александрова [10]: «...Ангиомы самые частые новообразования в детском возрасте. Они составляют 47,8% общего числа опухолей у детей. Материал докладчика составили 180 случаев, наблюдавшиеся им в Детской больнице Св. Ольги в Москве. По возрасту больные располагались так: на 1 году было 132, на 2 году – 30, на третьем – 9, на четвертом – 4, на пятом – 1,

на седьмом – 2 и на девятом – 2. Появление ангиом в первые месяцы жизни доказывает их врожденность. По полу дети распределялись так: девочек было 134, мальчиков – 46.

Из группы ангиом докладчик выделяет врожденные расширения капилляров, так наз. родимые пятна (*naevi vasculosi*), отличающиеся от ангиом по клиническому течению и исходу. Являясь в первые дни жизни в виде небольших пятен или припухлостей, ангиомы начинают более или менее быстро расти. Наибольший рост приходится на первые месяцы жизни. Некоторые формы растут очень быстро, прорастая прилежащие ткани и органы. Помещались ангиомы большей частью на лице и голове. Никогда нельзя сказать, какая форма ангиомы в данном случае имеется, быстро или медленно растущая. Поэтому в каждом случае следует приступать к лечению возможно ранее.

Большую часть ангиом докладчик лечил электролизом, пользуясь для этого гальванической батареей *Hirschmann'a* в 24 элемента или батареей *Spater'a* в 10 элементов. Две платиновые иглы в рукоятках, соединенные проводами с тем и другим полюсом втыкались в опухоль и держались от 3 до 5 минут. Сила тока колебалась от 2 до 20 МА. Общей анестезии не применялось. Слизистые смазывались 5% раствором кокаина. Сеансы повторялись через несколько дней.

За последние пять лет докладчик применил электролиз у 155 больных. Лучшие результаты дали ангиомы носа, затем ангиомы век и губ, далее ангиомы темени, лба и щек. В общем, ангиомы, не перерожденные и не смешанные с другими опухолями, при настойчивом лечении поддавались ему. При родимых пятнах (*naevi vasculosi*) электролиз не давал таких хороших результатов.

Из осложнений при электролизе докладчик видел кровотечения, нагноения и один раз асфиксию, длившуюся несколько минут. Преимуществами электролиза перед другими способами докладчик считает легкость его применения и безопасность, почему способ может применяться в самом раннем возрасте (с 2–3 месяцев от роду), чем достигается возможность с самого начала подорвать питание опухоли и атрофировать ее».

Выступая в дискуссии, доктор **Б. С. Козловский** заметил, «...что электролиз принес пользу в его двух случаях ангиомы носа. Применял он один положительный полюс».

Комментируя дискуссию по «Ангиомам у детей и их лечению», необходимо отметить, что, несмотря на столетнюю историю, проблема лечения сосудистых опухолей остается весьма актуальной, поскольку гемангиомы очень распространены и их клиническое течение разнообразно [26], регрессии подвергаются только 5,7% простых гемангиом, причем небольших размеров. Методом выбора лечения гемангиом наружных покровов у детей признана локальная криодеструкция, эффективность которой составляет 94–96% [26].

Спустя 115 лет в Российской Федерации насчитывается свыше 27 млн. детей, хирургическое лечение которых обеспечивают 4473 детских хирургов на 17924 койках [27]. Обеспеченность специалистами составляет в среднем 1,6 на 10 тысяч детей. После реорганизаций последних лет мы имеем 67 научно-практических коллективов в подчинении Министерства здравоохранения РФ. Границы между академической и вузовской наукой практически стерлись, научная работа выполняется двумя НИИ (НИИ неотложной детской хирургии и травматологии и НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова), а также 51 университетской кафедрой и 13 кафедрами последипломного образования [28]. Основные профессиональные журналы: «Детская хирургия им. акад. Ю.Ф. Исакова» и «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии»; главные научные форумы: Съезд детских хирургов России и Симпозиум детских хирургов России. Только за последние годы в рамках апрельских симпозиумов были обсуждены: «Хирургия пищевода» (Омск, 2011 г., Ростов-на-Дону, 2017 г.), «Эндоскопическая хирургия в педиатрии» (Орел, 2012 г.), «Перитониты» (Астрахань, 2013 г.), «Патология сосудов у детей» (Челябинск, 2014 г.), «Гнойно-воспалительные заболевания легких и плевры» (Сочи, 2015 г.), «Крестцово-копчиковые тератомы» (Чебоксары, 2016 г.) [28].

Все в жизни имеет свое начало. Развитие детской хирургической науки в России обязано в первую очередь хирургам-подвижникам XIX века: Л.П. Александрову, П.И. Дьяконову, Д.Е. Горихову и Т.П. Краснобаеву, и отчасти – проведению 4 января 1902 года в Москве первого «Соединенного заседания секции хирургии и секции детских болезней» VIII Съезда русских врачей памяти Н.И. Пирогова.

Литература

1. Давыденко-Суворова Р.В. Хирургическая помощь детям в Москве до Великой Октябрьской социалистической революции// Дисс.... канд. мед. наук. Москва, 1954. 140 С.
2. Морозов Д.А., Прудникова Т.А., Баранов К.Н., Шарков С.М., Зоркин С.Н., Яцык С.П., Александров А.Е., Жердев К.В., Кучеров Ю.И., Тараян М.В. История развития детской хирургии в Научном Центре здоровья детей// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015. №3. С. 118–128.
3. М.Н. Кузнецова: Из прошлого педиатрической службы//Вопросы современной педиатрии. 2008. №5. С. 128–130.
4. Н.Н. Блохина Московская детская больница Св. Ольги (к 125-летию со дня открытия больницы)//Клиническая медицина. 2013. №2. С. 60–64
5. П.И. Дьяконов, Н.К. Лысенков: Отчет о деятельности хирургического отделения детской клиники Императорского Московского Университета (больницы имени М.А. Хлудова) за 1893–1896 годы. Москва. Печатня С.П. Яковлева. 1896. 143 с.
6. 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)// Детская хирургия. 2014. №2. С. 51–54.
7. Нуштаев И.А., Нуштаев А.В. Выдающийся детский хирург Д.Е. Горохов//Детская хирургия. 2005. №. 2. С. 53–55.
8. Горохов В.Г. Дмитрий Егорович Горохов К 150-летию со дня рождения//Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. №1. С. 113–117.
9. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г. Леонтий Петрович Александров//Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012. №4. С. 8–10.
10. Манжос П. И, Файбушевич А.Г., Бачу Р.Х. и др. Этапы развития отечественной хирургии детского возраста// Учебное пособие, Москва: Российский ун-т дружбы народов, 2015. – 69 с.
11. Александров Л.П. VIII Съезд Общества Русских врачей в память Н.И. Пирогова (Соединенное заседание секции хирургии и секции детских болезней 4 января)//Детская Медицина. 1902. №2. С. 141–146;
12. Павлов Евгений Васильевич//Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: в 86 т. (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1890–1907.
13. Ахунзянов А.А. Эволюция детской хирургии и урологии в Казани//Вестник современной клинической медицины. 2010. Том 3. №3. С. 77–82.
14. Ахунзянов А.А. Первый детский хирург Императорского Казанского университета Владимир Леонидович Борман//Казанский медицинский журнал. 2013. Том 94. №2. С. 283–284.
15. Ахунзянов А.А. Роль профессора В.И. Разумовского и его учеников в становлении детской хирургии в Казани// Казанский медицинский журнал. 2015. Том 96. №2. С. 257–264.
16. Красильников Д.М., Карпунин О.Ю. Юбилей кафедры хирургических болезней №1 КГМУ//Практическая медицина. 2010. №8. С. 7–12.
17. Тихилов Р.М. 100-летний Юбилей старейшего в России лечебного, научного и учебного центра травматолого-ортопедического профиля//Травматология и ортопедия России. 2006. №2. С. 5–8.
18. Конюхов М.П. Врожденные и приобретенные деформации стоп у детей и подростков / М.П. Конюхов, И.Ю. Клычкова, Ю.А. Лапкин, Л.А. Дрожжина // Пособие для врачей. – С – Пб., 2000. – 48 с.
19. Врублевский С.Г. Морозовской детской городской клинической больницы 110 лет (история развития хирургической помощи детям в Морозовской больнице)// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. №4. С. 120–124.
20. Мирский М.Б. Профессор А.А. Бобров – хирург и клиницист//Военно-медицинский журнал. 2005. №1. С. 61–63.
21. Трефилова О.А., Розанов И.А. Профессор хирургии Московского Университета И.П. Алексинский: жизнь и деятельность в России и в эмиграции//История медицины. 2014. №4. С. 55–72.
22. В.Ю. Альбицкий О руководителях Союза педиатров России//Вопросы современной педиатрии. 2016. №6. С. 550–555.
23. Нуштаев И.А. Вернер Германович Цеге-фон-Мантейфель (к 150-летию со дня рождения)//Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008. №4. С. 70–71.

24. *Генне Н.А., Лыскина Г.А., Черниченко М.Ю.* От учебного курса Императорского Московского университета – к кафедре детских болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова//Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2011. №3. С. 157–160.
25. *P.C. Minneci, J.B. Mahida, D.L. Lodwick and all.* Эффективность выбора пациентом между консервативным и хирургическим способом лечения неосложненного острого аппендицита у детей//Вопросы современной педиатрии. 2016. – №1. – С. 109–111;
26. *Беляев М.К., Федоров К.К.* Оправдана ли выжидательная тактика при гемангиомах наружной локализации у детей?// Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2014. – №1. – С. 8–16.
27. *Розинов В.М., Ваганов Н.Н., Горбачев О.С.* Детская хирургия в России – предварительные итоги оптимизации// Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – №3. – С. 8–18.
28. *Морозов Д.А.* Состояние и перспективы научных исследований в детской хирургии//Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – №4. – С. 8–17.

Referenses

1. *Davydenko-Suvorova R. V.* Pediatric surgery in Moscow before the Great October Socialist Revolution // Dissertation of the candidate of medical sciences Moscow, 1954. 140 p. (in Russian)
2. *Morozov D.A., Prudnikova T.A., Baranov K.N., Sharkov S.M., Zorkin S.N., Jacyk S.P., Aleksandrov A.E., Zherdev K.V., Kucherov Ju.I., Tarajan M.V.* The history of the development of Pediatric surgery in the Scientific Center for Children's Health // The Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care 2015. №3. p. 118–128. (in Russian)
3. *M.N. Kuznecova:* Pediatric service in past // Current Pediatrics 2008. №5. p. 128–130. (in Russian)
4. *N.N. Blohina* 125 years from Moscow Children's Hospital of St. Olga opening // Clinical Medicine 2013. №2. p. 60–64 (in Russian)
5. *P.I. D'jakonov, N.K. Lysenkov:* Report on the activities of the surgical department of the Children's Clinic of the Moscow Imperial University (Khludov Hospital, 1893–1896). Moscow. Pechatnja S.P. Jakovleva. 1896. 143 p. (in Russian)
6. *N.P. Shastin, Ju. V. Nagornaja* Pediatric surgery at the turn of the XIX–XX centuries (Moscow Sophia Children's Hospital documents). 170th anniversary of the Filatov children's clinical hospital in Moscow // Russian Journal of Pediatric Surgery 2014. №2. p. 51–54. (in Russian)
7. *Nushtaev I.A., Nushtaev A.V.* Gratest pediatric surgeon D.E. Gorohov// Russian Journal of Pediatric Surgery 2005. №. 2. p. 53–55. (in Russian)
8. *Gorohov V.G.* 150th anniversary of Dmitrij Gorohov Birth // The Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care 2013. №1. p. 113–117. (in Russian)
9. *Grigovich I.N., Pjattoev Ju. G.* Leontij Petrovich Aleksandrov// The Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care 2012. №4. p. 8–10. (in Russian)
10. *Manzhos P. I, Fajbushevich A. G., Bachu R. H. i dr.* Stages of development of Russian pediatric surgery // Tutorial Moscow: RUDN university, 2015. – 69 p. (in Russian)
11. *Aleksandrov L.P.* N. I. General meeting of surgeons and pediatricians at the VIII N.I. Pirogov Congress of Russian doctors// Journal of Pediatric Medicine 1902. №2. p. 141–146; (in Russian)
12. *Pavlov Evgenij Vasil'evich*// Brokgauz and Efron Encyclopedic dictionary v 86 t. (82 t. i 4 dop.). – SPb., 1890–1907. (in Russian)
13. *Ahunzjanov A.A.* Evolution of pediatric surgery and urology in Kazan // The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine 2010. Tom 3. №3. p. 77–82. (in Russian)
14. *Ahunzjanov A.A.* The first pediatric surgeon of the Imperial Kazan University Vladimir L. Borman // Kazan medical journal 2013. Tom 94. №2. p. 283–284. (in Russian)
15. *Ahunzjanov A.A.* The role of Professor VI. Razumovsky and his students in the development of pediatric surgery in Kazan // Kazan medical journal 2015. Tom 96. №2. S. 257–264. (in Russian)
16. *Krasil'nikov D. M., Karpuhin O.Ju.* Anniversary of Surgical Department of Kazan Medical University // Practical medicine 2010. №8. p. 7–12. (in Russian)

17. *Tihilov R. M.* 100-letnij 100-year anniversary of the oldest in Russia medical, scientific and training center of traumatologic and orthopedic profile // *Traumatology and orthopedics of Russia* 2006. №2. p. 5–8. (in Russian)
18. *Konjuhov M. P.* Congenital and acquired foot deformities in children and adolescents / M. P. Konjuhov, I. Ju. Klychkova, Ju. A. Lapkin, L. A. Drozhzhina // *Manual for doctors – S – Pb.*, 2000. – 48 p. (in Russian)
19. *Vrublevskij S. G.* 100-year anniversary of the Morozov Children's City Clinical Hospital years (the history of the development of hospital// *The Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care* 2013. №4. p. 120–124. (in Russian)
20. *Mirskij M. B.* Professor A. A. Bobrov – surgeon and doctor // *Military medical Journal* 2005. №1. p. 61–63. (in Russian)
21. *Trefilova O. A., Rozanov I. A.* Professor of Moscow University I. P. Aleksinskij: life and work in Russia and abroad // *History of medicine* 2014. №4. p. 55–72. (in Russian)
22. *V. Ju. Al'bickij* About the leaders of the Union of Pediatricians of Russia // *Current Pediatrics* 2016. №6. p. 550–555. (in Russian)
23. *Nushtaev I. A.* Verner Germanovich Cege-fon-Mantejfel' (150-th anniversary of Birth)// *Journal Surgery named after N. I. Pirogov* 2008. №4. p. 70–71. (in Russian)
24. *Geppe N. A., Lyskina G. A., Chernichenko M. Ju.* Road from the training course of the Moscow Imperial University – to the Department of Children's Diseases of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University // *Journal Pediatrics named after G. N. Speransky* 2011. №3. p. 157–160. (in Russian)
25. *P. C. Minneci, J. B. Mahida, D. L. Lodwick and all.* Effectiveness of patient choice in nonoperative vs surgical management of pediatric uncomplicated acute appendicitis // *Current Pediatrics* 2016. – №1. – p. 109–111; (in Russian)
26. *Beljaev M. K., Fedorov K. K.* Expectant management for external hemangiomas in children// *The Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care* – 2014. – №1. – p. 8–16. (in Russian)
27. *Rozinov V. M., Vaganov N. N., Gorbachev O. S.* Pediatric Surgery in Russia – preliminary results of optimization // *The Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care* – 2016. – №3. – p. 8–18. (in Russian)
28. *Morozov D. A.* The state and prospects of scientific research in pediatric surgery // *The Russian journal of pediatric surgery, anesthesia and intensive care* – 2015. – №4. – p. 8–17. (in Russian)

Принята к печати: 29.11.2017 г. ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ Не указан. КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить. FINANCING SOURCE Not specified. CONFLICT OF INTERESTS Not declared

Авторы

МОРОЗОВ Дмитрий Анатольевич

Доктор медицинских наук, профессор, председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии Первого Московского ГМУ им. И. М. Сеченова, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2 (Morozov D. A. – Chairman of the State Duma Health Protection Committee of the Russian Federation, PhD, Head of the Department of pediatric surgery and urology-andrology of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8–2 Trubetskaya st., Moscow 119991, Russian Federation, Professor, MD).
E-mail: damorozov@list.ru

АЙРАПЕТЯН Максим Игоревич

Ассистент кафедры детской хирургии и урологии-андрологии Первого Московского ГМУ им. И. М. Сеченова, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2 (Ayrapetyan M. I. – assistant lecturer of the Department of pediatric surgery and urology-andrology of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8–2 Trubetskaya st., Moscow 119991, Russian Federation)

ПИМЕНОВА Евгения Сергеевна

Доктор медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии и урологии-андрологии Первого Московского ГМУ им. И. М. Сеченова, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2 (Pimenova E. S. – associate Professor of the Department of pediatric surgery and urology-andrology of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 8–2 Trubetskaya st., Moscow 119991, Russian Federation, PhD)