

СЕРГЕЙ ПЕТРОВИЧ ФЕДОРОВ В ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ (К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

ЧАСТЬ 2.

ПЕТЕРБУРГСКО-ЛЕНИНГРАДСКИЙ ПЕРИОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С.П. ФЕДОРОВА. УЧЕНИКИ

Е.Н. Кондаков¹, Д.В. Свистов², С.А. Ландик², Н.А. Писанов²

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени профессора А. Л. Поленова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

² Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург

С марта 1903 г. С.П. Федоров по результатам конкурса возглавил госпитальную хирургическую клинику Военно-медицинской академии в Петербурге.

Кроме хирургии мочевых и желчных путей, госпитальная хирургическая клиника С.П. Федорова уделяет много внимания хирургии брюшной полости и в особенности хирургии желудка. Черепно-мозговая хирургия также продолжает привлекать внимание С.П. Федорова, хотя к технике трепанации после его московских работ добавить можно было немного. Здесь первое время его интересовали операции на гассеровом узле, а за последние два десятилетия (20-е годы) клиника уделяла внимание хирургии мозговых опухолей и эпилепсии. По хирургии позвоночника и опухолей спинного мозга из клиники также вышло несколько оригинальных работ.

Интересно отметить, что метод электрокоагуляции, значение которого в хирургии было полностью оценено в клинике проф. С.П. Федорова еще в 1910-1911 г., где с того времени он не перестает применяться, и был подробно освещен в докторской диссертации В.Н. Шамова (1911 г.) — «О значении физических методов для хирургии злокачественных новообразований».

Клиника С.П. Федорова одной из первых в СССР начала разработку различных аспектов проблемы переливания крови, операций на симпатической нервной системе и изучению трофических язвенных процессов.

Став в 1929 г. директором Научно-практического Института хирургической невропатологии, проф. С.П. Федоров все глубже занимается хирургией периферической и центральной нервной системы. На рис. 1 показан документ (личный листок по учету кадров), заполненный рукой С.П. Федорова, исполняющего должность директора этого Института.

Продолжая руководить кафедрой и хирургической клиникой госпитальной хирургии в Военно-медицинской академии, он в своих «Клинических

лекциях по хирургии», изданных в 1922, 1928 и 1930 гг. (рис. 2), сообщал слушателям академии современные знания и представления по заболеваниям нервной системы и основам нейрохирургии, в том числе и эпилепсии.

В этой лекции («джексоновская эпилепсия») он, в частности, говорит об очень важном в нейрохирургии оперативно-тактическом приеме — обязательном закрытии образовавшегося при хирургическом доступе дефекта твердой мозговой оболочки: «... оставалось еще закрыть образовавшийся дефект твердой мозговой оболочки, ибо как эксперименты, так и клинический опыт показывают, что, если после трепанации черепа и удаления *durae matris* закрыть дефект только мягкими тканями черепа, то между ними и корой мозга на всем протяжении образуются плотные сращения, которые сами по себе могут сделаться новой причиной для раздражения мозга», и далее «... такие же спайки могут получиться между мозгом и черепными костями, а где нет последних, то с кожными покровами».

В связи с этой проблемой — выбором подходящего материала и способа пластики дефекта твердой мозговой оболочки, сотрудником С.П. Федорова доктором А.В. Смирновым была выполнена работа «О пластике дефектов твердой мозговой оболочки» (1913 г.). В результате этих исследований автор пришел к заключению, что лучшей тканью для замещения дефектов твердой мозговой оболочки является широкая фасция бедра.

В госпитальной хирургической клинике Военно-медицинской академии Сергей Петрович и его сотрудники проводят сложные для того времени оперативные вмешательства на головном и спинном мозге, а также на периферическом отделе центральной нервной системы.

Так, например, в «Отчете о деятельности госпитальной хирургической клиники» (1918-1928) проф. С.П. Федоров пишет: «Успехи хирургии здесь стоят в зависимости от точности диагностики;

Личный листок по учету кадров.

Фамилия *Федоров* Имя *Сергей* Отчество *Петрович*

1. Родился *1869* году и мес. *2* Место рождения *Рязань*

3. Пол *муж* 4. Национальность *русак*

5. Соц. происхождение: а) был, сословие (звание) *дети священника*

6) Основное занятие родителей *священник*

6. Основная профессия (занятие для членов ВКП(б) и моменту вступления в партию, а для беспартийных к моменту начала работы в советских учреждениях)

7. Сколько лет работал по этой профессии 8. Год ухода с производства или оставления с/х

9. Соц. положение *8/п* 10. Партийность *8/п*

11. Партия *8/п* № п/б или канц. карт. 12. Состоит ли в ВЛКСМ с какого времени

13. Состоял ли в др. партиях (каких, когда, как долго и где)

14. Состоял ли ранее в ВКП(б) *нет* с какого по какое время и по какому выводу

15. Изменения в партийном составе

16. Образование

Наименование учебного заведения (университет, институт и др.) и его место нахождения	Полное наименование, дата окончания, указав или ухода	Общая оценка	Дата (м. д. год)	Вступительная экзаменационная комиссия (подпись, печать)	Средний балл	Специальность	Курс	Секция	Специальность
<i>Московский университет</i>	<i>Медицинский факультет</i>	<i>7</i>	<i>1888</i>	<i>1891</i>	<i>5,1</i>	<i>Хирургия</i>	<i>2</i>	<i>Хирургия</i>	<i>Хирургия</i>

17. Имеет ли научные труды и по каким вопросам *Хирургия*

(в приложениях дан перечень с указанием, где опубликованы)

18. Был ли за границей (где, когда, как долго и цель поездки) *при вступлении в партию в 1920 году в течение 2 месяцев*

Удостоверение (или каким документом подтверждается вышесказанное)

№ *2344* (или каким документом подтверждается вышесказанное)

Кем и когда выдан *В.И.И. 20.11.1932*

25. Служил ли в армии: а) в старой армии с *нет* по *какому* году *лет* мес.

б) в Красной Армии и РККА с *нет* по *какому* году *лет* мес. последние

в) Участвовал ли в боях во время гражданской войны (где, когда и в качестве кого)

26. Служил ли в войсках или учреждениях белых правительств (где, когда и в каких должностях)

27. Привлекался ли к судебной ответственности, админ. или дисциплинарным взысканиям (когда, за что и каким)

28. Какие награждения получил после Октябрьской Революции *ордене за мужество*

29. Проходил ли чистку госаппарата (где, когда и результат чистки) *нет*

30. Подвергался ли политическим за время пребывания в ВКП(б).

Дата (мес. год)	Кем вынесен политический	За что (сущность дела)	Какой вынесен политический

Подпись лица, на которое составлен листок *Сергей Федоров*

С подлинным верно:

Должность и подпись снимающего копию

1932 года

Рис. 1. Личный листок по учету кадров, заполненный С.П. Федоровым (1932 г.).

Fig. 1. The individual schedule by personnel records, filled by S.P. Fedorov (1932).

в этом смысле энцефалография и даже простая рентгенография иногда оказывают существенные услуги, в особенности по отношению к локализации опухоли, но в общем приходится руководиться почти исключительно данными неврологическими. Успех оперативного лечения опухолей мозга находится в зависимости от раннего вмешательства, от оперативной методики и технического совершенства приемов. Раннее вмешательство особенно настоятельно диктуется падением зрения; если при прогрессирующем ухудшении зрения локализация опухоли остается не выясненной, следует предпринять предварительную декомпрессию операцию, после чего можно уже выждать и развития местных симптомов» и далее «При подкорковых опухолях иногда следует в первый же момент сделать разрез и через мозговую субстанцию, с целью подготовить условия для произвольного «рождения» опухоли. При диффузных глиомах с обширным распространением от радикального удаления следует воздержаться, в виду неизбежности рецидива и опасности самой операции, связанной, кроме того, с выключением функций обширных участков мозга, особенно если опухоль занимает психомоторную область».

Особо следует отметить изданные С.П. Федоровым «Стереоскопические картины операций

на голове» (1911), которые использовались в его клинике как для процесса подготовки слушателей, так и для усовершенствования навыков хирургов.

Стремясь ввести в повседневную работу клиники самые современные технологии и методики выполнения операций на костях черепа и головного мозга, Сергей Петрович Федоров записывал и сохранял ход оперативного вмешательства при помощи фотографий и стереоскопических картин, которые в настоящее время являются аналогом современных средств видеозаписи микрохирургических операций на нервной системе (рис. 3).

Каждая серия стереоскопических фотографий операций, выполненных на голове, имеет подробные пояснительные записки, раскрывающие суть и смысл проводимого оперативного вмешательства (рис. 4).

Пояснительные записки сопровождаются прижизненными фотографиями, выполненными и запечатленными с высоким разрешением на специальной плотной бумаге. На фотографических стереоскопических картинах изображены этапы операций, а также запечатлены руки оперирующего Сергея Петровича Федорова, его ассистентов и изобретенный им инструментарий (рис. 5).

С. П. ФЕДОРОВ,

Профессор Государственной Хирургической клиники Военно-Медицинской Академии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

по

ХИРУРГИИ.

1918—1920 гг.



ИЗДАТЕЛЬСТВО З. И. ГРНЕБИНА.
Петербург—Берлин,
1922.

ветствующий центр в коре мозга. Таким образом, приступая к операции при Джексоновской эпилепсии, хирург должен быть готовым сделать то или другое, смотря по встретившимся обстоятельствам.

Я не буду говорить вам подробно ни о технике вскрытия полости черепа, ни о том, как удаляются опухоли или кисты мозга, ибо хирургия мозга слишком обширный предмет, чтобы изложить в одной лекции хотя бы вопрос о хирургическом лечении эпилепсии, а скажу только о тех операциях, между которыми, как я предполагаю на основании клинических данных, придется нам выбирать уже по вскрытию черепа у нашего больного. Однако все-же два слова о технике вскрытия черепа.

В настоящее время полость черепа вскрывается обычно на большом пространстве и костнопластически, т. е. с образованием костно-надкостнично-кожного лоскута на ножке, которым наглухо закрывается по окончании операции на мозгу трепанационное отверстие. Последнее делается обычно размерами 25—36 кв. сант. (иногда и гораздо больше). Вскрытие долотами заброшено почти совершенно из-за тех опасностей, которые вызывают сотрясение мозга от ударов долота по черепной коробке. Лучше всего по быстроте, с которой можно образовать даже очень большие отверстия, это круговые пилы *Doyle'a* и винтовые фрезы *Sudeck'a* или *Martell'a*, которые приводятся в быстрое вращательное движение при помощи *сильного* электромотора или моего ручного двигателя. Этот последний особенно применим у нас в России, где электрическая энергия распространена так мало. Работая не хуже электромотора, он имеет перед ним даже некоторые преимущества (см. „Хирургия“ 1899, № 33). Если же нет никакого механического прибора для вращения фрез, пил и сверл, то очень хорошо можно пользоваться ручной фрезой *Doyle'a* для образования в костях черепа ряда отверстий, а промежутки между последними разделяются кусачками *Dalgren'a*. Для последней цели можно употреблять также пилу *Gigli*, которую проводят между костью и твердой мозговой оболочкой из одного трепанационного отверстия в другое.

Для остановки кровотечения из мягких тканей черепа я применяю предварительное обшивание кожи вокруг предполагаемого лоскута толстым шелком по *Heidenhain'u* или накладывая зажимами *Mackas'a*. Последнее делается гораздо скорее. Когда вы оперируете по поводу Джексоновской эпилепсии, то должны обнажить непременно на нужном вам пространстве прецентральную мозговую извилину; в нашем случае приблизительно две верхних трети этой извилины слева. Для этого надо знать проекцию ее снаружи на черепе.

Вопрос этот давно уже занимал внимание анатомов и клиницистов, которыми были предложены приборы, определяющие на покровах черепа проекцию Роландовой и Сильвиевой борозд; положением этих борозд определялось и положение прецентральной извилины. Надо заметить, что все эти приборы довольно сложны (напр. краниоцефалометр русского анатома *Зернова*) и, кроме того, они допускают ошибки. Поэтому ими не пользуются обычно в хирургической практике, а до-

Рис. 2. Титульный лист и страницы из лекции по джексоновской эпилепсии (лекция № 21 от 1922 г.).

Fig. 2. The title page and other pages from lecture dedicated to Jacksonian epilepsy (lecture № 21, 1922).



Рис. 3. Стереоскопические картины операций, выполненных С.П. Федоровым (1911 г.).

Fig. 3. The stereoscopic images of operations performed by S.P. Fedorov (1911).

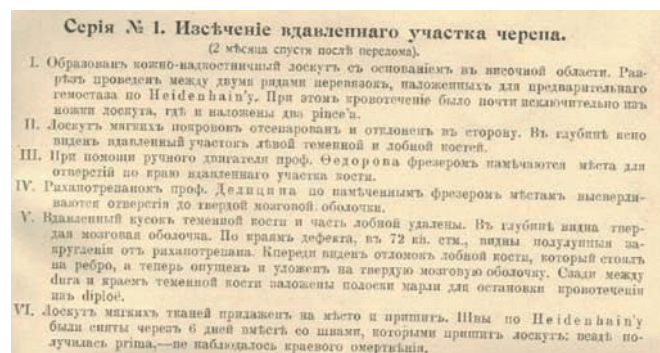


Рис. 4. Пояснительная записка к серии стереоскопических картин «Иссечение вдавленного участка черепа».

Fig. 4. The explanatory note to the series of stereoscopic images «The removal of depressed skull fracture».

Среди работ Сергея Петровича дореволюционного времени, относящихся к этому разделу хирургии, выделялись публикации, посвященные хирургическому вмешательству по поводу опухолей головного мозга, операциям на спинномозговых корешках, лечению невралгии тройничного нерва, гидроцефалии, пластике костей черепа и др. Из клиники Федорова выходят диссертации: К.П. Сапожкова — «Об иннервации тыльной поверхности кисти» (1905), В.Н. Деревенко — «К вопросу об оперативном лечении невралгии тройничного нерва» (1908), А.В. Смирнова — «О пластике дефектов твердой мозговой оболочки» (1913).

Проанализировав свои случаи оперативного лечения по поводу эпилепсии, головной водянки и идиотии, Сергей Петрович пришел к выводу, что этиологическим моментом развития одного из этих заболеваний — микроцефалической идиотии — может являться преждевременное закрытие родничков.



Рис. 5. Стереоскопические картины операции «Иссечения вдавленного участка черепа».
Fig. 5. The stereoscopic images of operation «The removal of depressed skull fracture».

Его выступления на заседаниях научных обществ касались вопросов не только хирургического лечения эпилепсии, но и вскрытия абсцессов, иссечения опухолей головного мозга, дренирования желудочков при водянке мозга и других вмешательств.

Выступая на заседании Русского хирургического общества Н.И. Пирогова 2 ноября 1905 г. по поводу демонстрации В.А. Оппелем больного с фибромой основания черепа, С.П. Федоров сказал: «Мне пришлось всего удалить около двух десятков фибром основания черепа, и я большей частью пользовался типичной резекцией по *Langenbeck*'у носовой кости, особенно в тех случаях, когда опухоль располагалась на основании черепа. Для опухолей, опускающихся до входа в гортань и глотку, этот способ, по моему мнению, вполне достаточен».

Удаляя гипофиз при его новообразованиях и акромегалии, С.П. Федоров отдавал предпочтение носовому доступу (*Proust*) как открывающему наиболее свободный подход к турецкому седлу. Этот выбор был им сделан после практического испытания в начале черепно-мозгового доступа, одобренного С.И. Спасокукоцким, а затем спо-

соба глоточной гипофизэктомии, предложенного В.Н. Шевкуненко.

Из истории этих операций в России, изложенной П.Д. Кузнецким [2], известно, что: «Со времени первой операции на придатке мозга, произведенной *Horsley* в 1906 г., — сообщает автор, — ...описано около 50 случаев оперативных вмешательств при акромегалии». В русской литературе, по сообщению П.Д. Кузнецкого, имелось описание лишь 3 случаев (Розе, Богоявленского и Шевандина), и далее: «... в 1911 г. С.П. Федоровым сделана попытка произвести глоточную *hypophysektomi*'ю по способу... В.Н. Шевкуненко. Однако после вскрытия глотки нащупать ... место, ...где делается трепанация основной кости, не удалось и поэтому довести операцию до конца было признано невозможным». Этой же больной через 2 месяца 8 февраля 1912 г. С.П. Федоровым была вторично произведена операция, но уже с использованием носового доступа. Было вычерпано около 2 чайных ложек мягкой мозговой массы. Послеоперационный период протекал гладко. На том же заседании В.Н. Шевкуненко признал преимущества носового доступа. «Что касается оперативных способов подхода к мозговому при-

датку, — сказал он, — *то носовой путь приходится признать легче других*».

Более поздние работы Сергея Петровича об операциях на турецком седле (от 1923 г.) свидетельствуют о правильности его практических выводов. Сравнивая различные хирургические доступы при этих сложных нейрохирургических операциях, он приходит к выводу, что черепной доступ никоим образом не может считаться операцией выбора. Небезынтересно проследить тонкую критическую мысль в его работе «Несколько слов по поводу оперативного доступа к турецкому седлу» (1923): *«Самым привлекательным в кра-ниальном пути является широкий, как кажется, доступ к турецкому седлу, и прав Спасокукоцкий, когда он пишет, что кожно-костный лобно-височно-теменной лоскут должен быть непременно большим. Его красиво описанная и дважды на одном больном сделанная операция победила мое предубеждение к черепному пути ... в сущности говоря, операция черепная не радикальнее носовой, ибо в конечном моменте при удалении опухоли пользуются одним и тем же приемом — выскабливанием ложечкой. Да разве выскабливание опухоли, особенно злокачественной, можно назвать радикальным удалением?»*, — спрашивает Сергей Петрович.

Большой интерес С.П. Федорова к хирургии периферического отдела симпатической нервной системы привел его и целую группу его учеников к многосторонним экспериментальным изысканиям. Полученные данные позволили Сергею Петровичу обосновать свою физиологическую концепцию, перекликающуюся с учением И.П. Павлова.

По мнению С.П. Федорова, операции на периферической нервной системе, заключающиеся в перерыве афферентных болевых волокон вблизи органа, нельзя считать радикальными, хотя и при них возможен успех. Сергей Петрович объяснял это тем, что при обилии анастомозов между симпатической и системой блуждающего нерва невозможно выключить все афферентные болевые пути. *«Поэтому, конечно, лучше выключать их там, — писал он, — где эти пути концентрируются, т. е. в области корешков и коммуницирующих ветвей. В этом направлении сделано довольно много, а пути для более центральной блокады (спинной мозг, серые массы головного мозга) только еще намечаются»* (1928).

Он был прав в своем предвидении. Следующее слово было сказано профессором Н.Н. Бурденко (1876—1946).

В 1935 г. Н.Н. Бурденко осуществил операцию бульботомии — перерезки экстрапиримидного пути в продолговатом мозгу на уровне середины оливы, в щели между корешками блуждающего и добавочного нервов. Эта операция Бурденко—Клосовского в ряде случаев гиперкинезов дала положительный результат.

Н.Н. Бурденко в 1924 г. занял должность руководителя факультетской хирургической клиники Московского университета (после смерти И.К. Спизарного), в которой он открыл нейрохирургическое отделение. Н.Н. Бурденко — один

из основоположников советской нейрохирургии, создатель центрального НИИ нейрохирургии в Москве [4].

Обращает на себя внимание работа С.П. Федорова «К вопросу о лечении грудной жабы», опубликованная в 1925 г. В качестве хирургического метода лечения грудной жабы С.П. Федоров производил пересечение п. depressor cordis и иссекал нижнюю половину верхнего симпатического узла. Сергей Петрович подчеркивал сложность строения нервной системы и не разделял механистические представления об антагонизме между системами симпатического и блуждающего нервов. Имея длительно прослеженный положительный результат от хирургического лечения грудной жабы, Сергей Петрович предостерегал, однако, от чрезмерного увлечения операциями на вегетативной нервной системе и указывал, что *«...За таким увлечением может наступить ненужная реакция в виде полного охлаждения к ним. Эти операции симптоматические, а не радикальные, ибо причины болезней в большинстве случаев неизвестны»*.

В своем выступлении по этому поводу Сергей Петрович сказал: *«И вот мне на склоне лет приходится опять возвращаться к тому, чем я увлекался в молодости и в чем я скоро разочаровался... Большие всего иллюзий и надежд дают мне теперь операции на вегетативной нервной системе при грудной жабе и бронхиальной астме. Эти операции — достояние последних лет — операции, к сожалению, тоже только симптоматические, ибо сущность этих двух болезней нам пока неизвестна»*.

Под руководством С.П. Федорова из его хирургической кафедры Военно-медицинской академии вышли диссертации В.Н. Шамова «О значении физических методов для хирургии злокачественных новообразований» (1911) и П.И. Страдыня «Повреждения периферических нервов и их лечение» (1923).

Выходят работы В.Н. Шамова, посвященные изучению образования трофических язв при ранении седалищного нерва, а также периапериартериальной симпатэктомии при самопроизвольной гангрене, исследования В.И. Добротворского о хирургическом лечении опухолей спинного мозга; диссертация Б.В. Пунина «Ранение кровеносных сосудов и лечение аневризм» (1922).

В советское время был защищен еще ряд диссертаций учеников С.П. Федорова по нейрохирургии — Е.И. Захарова, И.Д. Житнюка, А.А. Вагиной, А.С. Вишневого, П.И. Страдыня — вторая диссертация на степень доктора медицины «Этиология, клиника и терапия так называемой gangraena spontanea» (1927).

Следует отметить, что в изданном «Кратком учебнике военно-полевой хирургии» (1932) ближайшим помощником С.П. Федорова профессором В.И. Добротворским была напечатана специальная глава «Повреждения черепа, позвоночника, головного и спинного мозга». Необходимо также упомянуть, что В.И. Добротворский, активно оперировавший на нервной системе, пер-

вый предложил и осуществил пересадку ребер в дефекты костей свода черепа. Он исходил из того соображения, что изогнутые очертания ребер как раз соответствуют выпуклости черепной крыши.

На XVII съезде российских хирургов (1925 г.) С.П. Федоров делает доклад «Хирургия периферического отдела симпатической нервной системы», который вызвал широкое обсуждение как в докладах, так и в прениях.

Коротко ознакомив участников съезда с анатомией вегетативной нервной системы, ее физиологией, Сергей Петрович привлек внимание к вопросу о влиянии вегетативной нервной системы на функцию сосудов. Касаясь операций на вегетативной нервной системе, С.П. Федоров подчеркнул, что вопрос этот достаточно сложный и сам по себе значительно усложняется тем, что при всех патологических проявлениях со стороны вегетативной нервной системы играют немаловажную роль и гормональные влияния. *«Эндокринная система влияет на тонус и возбудимость вегетативной системы совершенно так же, как и последняя влияет на деятельность желез внутренней секреции, — отмечал С.П. Федоров, — получается до известной степени заколдованный круг — широкое поле для всяких теорий, гипотез и фантазий, в которых мы находимся и по сие время».*

В статье «О трофических язвенных процессах» С.П. Федоров осветил важный вопрос об изъязвлениях при «спонтанной гангрене» и других патологических состояниях. Придерживаясь той точки зрения, что одна сосудистая теория не может объяснить происхождения трофических язв при спонтанной гангрене, он считал, что первично поражаются сосуды, а вторично — нервы (1929). Была высказана мысль о том, что результаты невротомии и операции Р. Лериша (периартериальная симпатэктомия) заранее нельзя предугадать — в одних случаях наступает выздоровление, а в других — ухудшение. С.П. Федоров придерживался взгляда о передаче раздражения не только по анимальным нервам, но и симпатическим. Вот почему невротомия анимальных нервов бывает отрицательной, а симпатэктомия — положительной. Улучшение после удаления надпочечника (при спонтанной гангрене), по мнению С.П. Федорова, наступает вследствие экстирпации большого числа волокон симпатического нерва; при этом он ссылаясь на экспериментальные работы А.В. Вишневого и А.Д. Сперанского (в Институте хирургической невропатологии в Ленинграде) и свои наблюдения о том, что раздражение приводит к изменениям не только в сегментах спинного мозга той же стороны, но и на противоположной стороне. Функциональные изменения являются первой стадией анатомического поражения.

В небольшой, но важной в теоретическом и практическом отношениях брошюре «Семиотика болей при заболеваниях брюшной полости» (1928), С.П. Федоров обсуждает вопрос о происхождении болей в нормальных и патологических условиях и путях их проведения от органов брюшной полости. Изложив соответствующие для того времени

представления об анимальной и вегетативной нервных системах, он видит практическую ценность изучения афферентных болевых путей в двух направлениях: *«...улучшить и уточнить диагностику внутренних органов...»* и *«...научиться лечить болевой симптомокомплекс наиболее радикальным образом».* Обсуждая эти задачи, С.П. Федоров приходит к выводу, что иррадиирующие боли не патогномоничны для отдельных органов, т.к. иннервация того или иного органа осуществляются рядом смежных сегментов спинного мозга. Эта особенность препятствует точной локализации болевых ощущений. Однако с лечебной целью рекомендуется перерезка афферентных вегетативных нервов на разных уровнях [3].

Эффективна также паравертебральная блокада при острых временных болях, например, при почечных или печеночных коликах. С.П. Федоров заканчивает свою статью следующей мыслью: *«В итоге поставленный в заголовке вопрос не получил полного разрешения. При современном состоянии науки это неосуществимо, но вывод из всего сделанного тот, что успехи, достигнутые нами, значительны и что мы работаем на правильном пути».* Да, действительно С.П. Федоров был прав. Этот вопрос получил в дальнейшем свое развитие — борьба с болью ведется как новокаиновыми блокадами, так и резекциями соответствующих афферентных путей. Несомненно, иррадиирующие боли в диагностическом плане имеют определенное значение.

Представляет интерес высказывание С.П. Федорова об операции декорткации сосудов. Эта операция была предложена французским хирургом Р. Леришем (рис. 6), одним из создателей нового физиологического направления в хирургии. Р.Лериш разработал методику блокад и оперативных вмешательств на симпатической нервной системе.

Показания к операции декорткации сосудов Р. Лериш намечал очень широко: вазомоторные



Рис. 6. Профессор Рене Лериш (1879—1955).
Fig. 6. Professor Rene Leriche (1879—1955).

трофические расстройства, чистые формы каузалгии, трофические расстройства в ампутационных культиях, травматический отек и элевантиаз, рентгеновские язвы, болезнь Рейно, язвы голени, диабетические и спонтанные гангрены. *«Хорошие результаты могут получиться только там, где функциональный момент — ангиоспазм — превалирует над анатомическим артериосклерозом, — говорил С.П. Федоров, оценивая описанные Р. Леришем показания к операции. Таким образом, операция показана главным образом при перемежающейся хромоте и в начальных стадиях болезни».*

Ссылаясь на опыт работы ординатора своей клиники П.И. Страдыня, получившего хорошие результаты при физиотерапевтическом лечении, ведущем к созданию артериальной гиперемии конечностей без хирургического вмешательства, Сергей Петрович заключает: *«Стало быть, операция Лериша показана в начальных стадиях спонтанной гангрены, когда не помогают физиотерапевтические приемы, и в поздних стадиях, когда кажется, что в данном случае преобладают явления ангиоспазма».*

Из 39 публичных выступлений С.П. Федорова по вопросам нейрохирургии 31 выступление приходится на период его деятельности в Военно-медицинской академии. Он выступал с докладами, демонстрацией больных, сообщениями в прениях и с заключениями председательствующего на съездах российских хирургов, на областных хирургических съездах, заседаниях обществ хирургов.

В докладе на V съезде российских хирургов в 1904 г. Сергей Петрович сообщил об обширном иссечении костей свода черепа и всей верхней стенки глазницы (с демонстрацией препаратов); на IX съезде советских хирургов (1910) он рекомендовал доступ к основанию черепа, в частности, к придатку мозга. На XII съезде российских хирургов (1913), выступая в прениях по поводу хирургии черепа, Сергей Петрович высказал свою точку зрения, что *«на теменной и лобной областях можно оперировать одномоментно, а на затылочной области — лучше двухмоментно».*

Выступления в прениях С.П. Федорова на I областном съезде хирургов Левобережной Украины (1925), на II съезде хирургов Одесской губернии (1925), на XIX (1928) и XX (1929) съездах российских хирургов касались вопросов спинномозговых опухолей, мосто-мозжечковых опухолей, симпатэктомий на шее, операций на симпатической нервной системе и хирургического лечения эпилепсии.

На многих других съездах и заседаниях Сергей Петрович выступал не только с научными обоснованиями и обобщениями, но и делился своим богатым опытом по практической нейрохирургии.

Сергей Петрович Федоров был прекрасным диагностом, обладал изумительной оперативной техникой и чувством правильного выбора методики операции в каждом конкретном случае патологического процесса. Этому способствовали не только его одаренность и, как говорили, «счастливая рука», но и прекрасные знания нормальной, топографической и патологической анатомии.

П.А. Герцен по поводу хирургической техники С.П. Федорова писал, что в своей оперативной деятельности он был анатомом-морфологом: *«...и как ученик великой русской школы Буяльского, Пирогова, Склифосовского, Боброва не мог быть другим. Но нельзя противопоставить физиологию анатомии. По существу это одно целое. Правда, вдобавок для хирурга анатомия имеет сугубое значение. Без глубокого знания строения человека и его вариантов нет хирургии. Бесподобная техника Сергея Петровича из этого и исходила».* [1]

Петр Александрович Герцен (1871–1947) — выдающийся отечественный хирург, создатель крупной хирургической школы, один из основоположников онкологии в стране. С 1922 г. возглавлял Институт онкологии, который в настоящее время носит его имя — Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена.

Владимир Николаевич Шамов, характеризуя находчивость и изобретательность хирурга С.П. Федорова во время трудной операционной ситуации, писал: *«...для того, чтобы полностью оценить все таланты Сергея Петровича у операционного стола, надо было видеть его в наиболее ответственные моменты этих осложнений, когда рана вдруг заполняется потоками крови, когда внезапно исчезает пульс, останавливается дыхание и жизнь пациента оказывается на волоске и когда только полное самообладание, быстро принятое решение и моментальное выполнение необходимых действий может вырвать больного из рук смерти. Надо было видеть Сергея Петровича в такие моменты, чтобы полностью оценить его как хирурга-оператора. Это действительно был хирург-мастер, хирург, обладающий особыми талантами, для которого не страшны никакие штормы, никакие подводные камни»* [12].

Хотя в соответствии с уставом Военно-медицинской Академии создать нейрохирургическое отделение на базе госпитальной хирургической клиники не представлялось возможным, в клинике С.П. Федорова его сотрудниками проводились сложнейшие по тому времени операции на головном мозге и периферической нервной системе.

Ряд крупных исследований, проведенных учениками С.П. Федорова и отраженных в диссертационных работах, касался клинических и теоретических вопросов нейрохирургии. Так, В.А. Свенцицкий защитил диссертацию на степень доктора медицины «Оперативное (кровавое) лечение переломов позвоночника и сопутствующих им повреждений спинного мозга» (1903), К.П. Сапожков — «Об иннервации тыльной поверхности кисти» (1905), В.М. Воложайкин — «О неврилизе и нервном анастомозе (экспериментальные исследования и клинические наблюдения, 1907)», В.Н. Деревенко — «К вопросу об оперативном лечении невралгии тройничного нерва» (1908), А.В. Смирнов — «О пластике дефектов твердой мозговой оболочки» (1913), П.И. Страдынь — «Повреждения периферических нервов и их лечение» (1923) в Советской России и «Этиология, клиника и терапия так называемой gangraena spontanea» (1927) в Латвии.

Через П.И. Страдыня, поддерживавшего, несмотря на временное государственное разобщение, постоянную связь с клиникой С.П. Федорова, русская школа играла определенную роль в развитии хирургии в Прибалтике.

В общей сложности под руководством Сергея Петровича было защищено 13 диссертаций, посвященных проблемам нейрохирургии. Как следует из перечня работ, учениками С.П. Федорова проводились разносторонние клинические и экспериментальные исследования. Многие из послевоенных диссертаций (имеются в виду Первая мировая и гражданская войны) отражали нейрохирургическую патологию, связанную с военной травмой головного мозга.

Одновременно с работой в клинике ВМедА Сергей Петрович был директором (1929—1936) Научно-практического института хирургической невропатологии.

До последних лет жизни С.П. Федоров продолжал интересоваться вопросами нейрохирургии, как пишет профессор И.Д. Житнюк «В 1930 г., когда я пришел в клинику, он дал мне диссертационную тему о травме черепа и мозга, причем передал мне написанный им план этой работы, а

для сбора материала по травме черепа направил меня в качестве ординатора в нейрохирургический институт...».

В 1926 г. по инициативе А.Г. Молоткова и при поддержке корифея отечественной хирургии профессора С.П. Федорова в Ленинграде в здании Александринской больницы для неизлечимых (ул. Надеждинская, 12, ныне — Маяковского, д. 12) был открыт первый специализированный Институт хирургической невропатологии (Приказ № 15 по Ленинградскому губернскому отделу здравоохранения от 09.01.1925 г.). Научная проблематика института в те первые годы — хирургия периферических нервов, нейродистрофических расстройств, хирургия боли.

Алексей Гаврилович Молотков (1876—1950), ученик профессоров В.М. Бехтерева (1857—1927) и Л.М. Пуссепа (1875—1942), работал в Неврохирургическом институте, был сотрудником первой кафедры хирургической невропатологии, а затем приват-доцентом и профессором. Создатель и первый директор института хирургической невропатологии в Ленинграде (рис. 7). Известна операция — невротомия по Молоткову — пересечение кожных нервов с экзерезом периферичес-



Рис. 7. Сотрудники Научно-практического института хирургической невропатологии (1926) (пятый слева — А.Г. Молотков).

Fig. 7. The staff of Research and Practice Institute of surgical neurology (1926) (fifth at the left — A.G. Molotov).



Рис. 8. Титульный лист сборника.
Fig. 8. The title page of collected works.

кого отрезка для лечения разнообразных нейродистрофических нарушений.

Этот институт, в дальнейшем объединенный с нейрохирургической клиникой Ленинградского государственного травматологического института в 1938 г. А.Л. Поленовым, стал Научно-исследовательским нейрохирургическим институтом, которому в 1947 г. было присвоено имя А.Л. Поленова [8, 9].

В год празднования (1933) 40-летия научной, врачебной и педагогической деятельности профессора С.П. Федорова был выпущен сборник научных трудов, как приложение к журналу «Советская хирургия» (рис. 8), посвященный Сергею Петровичу Федорову [11].

Знаком признания огромных заслуг С.П. Федорова не только перед отечественной, но и перед мировой хирургией следует считать участие многих выдающихся отечественных и зарубежных хирургов в этом юбилейном сборнике.

Крупные научно-практические сообщения были представлены учениками С.П. Федорова — профессорами: А.Л. Поленовым «350 операций на головном и спинном мозгу», В.И. Добровольским «К технике декомпрессивных трепанаций», В.Н. Шамовым «К оперативным вмешательствам на желудочках мозга и их сосудистом сплетении», П.И. Страдынем «К симптоматологии и лечению травматических повреждений позвоночника», А.С. Вишневым «Гистологические изменения проводящих путей в спинном мозгу в связи с хордотомией».

Имя С.П. Федорова дорого всем советским хирургам. Он внес огромный вклад в разные разделы хирургии, особенно в области урологических заболеваний и желчных путей. Им создана хирургическая школа, из которой вышли хирурги, создавшие славу не только нашей, но и мировой хирургии. Многие из них, развивая идеи С.П. Федорова, создали свои школы и внесли су-

щественный вклад в разные разделы хирургии — общую хирургию, урологию, грудную хирургию, эндокринологию, нейрохирургию и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герцен П.А. Памяти Сергея Петровича Федорова как хирурга // Новый хирургический архив. — 1936. — Т. 36. — Кн. 3—4. — С. 346.
2. Иванова А.Т. Сергей Петрович Федоров (1869-1936). — М.: Изд-во «Медицина», 1972. — С. 106-117.
3. Караванов Г.Г. Некоторые проблемы хирургии в трудах С.П. Федорова. — Киев: Изд-во «Здоровья», 1971. — С. 14-16.
4. Кондаков Е.Н. Эскиз истории отечественной нейрохирургии. — СПб.: Изд-во СПбГПУ, 2006. — 311 с.
5. Опыт изучения послеоперационных осложнений в связи с типом высшей нервной деятельности больных / Под ред. проф. В.Н. Шамова. — СПб.: ВМедА, 1956. — 220 с.
6. Рачков Б.М. Андрей Львович Поленов. — СПб., 2006. — С. 163-168.
7. Смирнов Е.И. Участие В.Н. Шамова в Великой Отечественной войне // Вопросы экспериментальной и клинической хирургии. Труды, посвященные В.Н. Шамову. — Киев, 1967. — С. 70-75.
8. Страницы истории нейрохирургии России и Российского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова / Под ред. В.П. Берснева, Е.Н. Кондакова. — СПб., 1996.
9. Труды всероссийских научно-практических конференций нейрохирургов (Конференции 1953 и 1954 гг.) / Под ред. проф. В.Н. Шамова. — Л.: Государственное издательство медицинской литературы «Медгиз», 1956. — 319 с.
10. Хирургия повреждений нервной системы (практическое руководство) / Под ред. проф. В.Н. Шамова. — Л.: Государственное издательство медицинской литературы «Медгиз», 1959. — 480 с.
11. Шамо В.Н. Сергей Петрович Федоров // XI лет научной деятельности профессора С.П. Федорова: Сб. в ознаменование сорокалетия научной, врачебной и педагогической деятельности профессора С.П. Федорова // Сов.хирургия. — 1933. — Т. V. — Вып. 1-3. — С. 9-23.
12. Шамо В.Н. Сергей Петрович Федоров как хирург-клиницист // Новый хирургический архив. — 1936. — Кн. 3—4. — С. 336.
13. Шевцов В.И. Профессор Сергей Петрович Федоров. — СПб.: «Изд-во ВМА», 2009. — 110 с.