

На правах рукописи

ВАБАЛАЙТЕ КРИСТИНА ВИКТОРОВНА

ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ (1804 – 2011)

14.01.17 – хирургия

07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки)

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук профессор Романчишен Анатолий Филиппович

Научный консультант:

доктор медицинских наук профессор Микиртичан Галина Львовна

Официальные оппоненты:

Глянцев Сергей Павлович – доктор медицинских наук профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Российской академии наук, заведующий отделом истории сердечно-сосудистой хирургии.

Кузнецов Николай Сергеевич - доктор медицинских наук профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий отделением эндокринной хирургии.

Ведущие организации: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Российской академии наук

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2014 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 212.232.60 на базе Санкт-Петербургского государственного университета по адресу: 199106, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8а, медицинский факультет, актовый зал.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького и на сайте Санкт-Петербургского государственного университета (199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д.7/9; <http://spbu.ru>).

Автореферат разослан «__» _____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Напалков А.Н.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на широкую распространенность тиреоидной патологии и значительный вес хирургического способа в лечении этой группы больных, динамика результатов хирургического лечения, история развития и становления эндокринной хирургии в России изучены недостаточно. Длительное время в мире, а в России до настоящего времени, эндокринная хирургия остаётся частью общей хирургии.

В странах Европы и США уже в начале XX века появились работы посвященные истории хирургии щитовидной железы (ЩЖ). Так W.S. Halsted в 1920 г. издал книгу “The operative story of Goitre” («История хирургического лечения зоба»), где анализировал развитие хирургии ЩЖ в Европе (Франции, Италии, Англии), США и Канаде. На 80-й странице отмечен вклад российского хирурга N. Pirogoff (Н.И. Пирогов) впервые в мире выполнившего резекцию ЩЖ под общим обезболиванием. Но при изучении архивных материалов выяснилось, что работ, специально посвященных истории развития хирургии ЩЖ в России не существует. Так, в 1898 г. П.А. Белогорский в диссертации на степень доктора медицины «Госпитальная хирургическая клиника при Императорской Военно-медицинской академии, 1841-1898 гг. Материалы для истории хирургии в России» отметил, что в клинике было предпринято всего 17 вмешательств на ЩЖ. Непосредственные и отдалённые результаты операций не приведены.

Профессор Д.М. Российский, терапевт и историк медицины, в 1926 г. опубликовал «Очерк истории развития эндокринологии в России», где, к сожалению, роль и результаты хирургического лечения болезней ЩЖ не отмечены.

В фундаментальном труде известного историка медицины М.Б. Мирского «Хирургия от древности до современности. Очерки истории» (2000) вовсе нет специального раздела, посвященного истории хирургии ЩЖ. Динамика качества результатов операций не рассматривалась.

Как правило, работы, касающиеся различных клинических аспектов патологии ЩЖ, обязательно содержат исторический обзор эволюции подходов к лечению данной группы больных. Но, ни в одной из известных нам монографий нет упоминания о российских приоритетах в изучении этой проблемы. В обзорах не просматриваются общие тенденции развития данного раздела хирургии. Всё вышеизложенное определило актуальность проблемы, цели и задач настоящей работы.

Цель работы. Определение основных факторов, обеспечивших эволюцию хирургического лечения тиреоидных больных в России на протяжении последних 200 лет с восстановлением важных приоритетов отечественных хирургов XIX – начала XX веков и выяснением актуальности их новаций в наше время.

Задачи исследования

1. Анализировать динамику частоты послеоперационных осложнений и летальности, отражающих уровень безопасности операций на щитовидной железе, с начала XIX века в России и за рубежом для определения основных причин прогресса в этом разделе хирургии.
2. Выяснить значимость научных исследований Н.И. Пирогова, а также их практической реализации для зарождения и развития хирургии щитовидной железы в России и за рубежом.

3. Определить российские приоритеты на разных этапах развития тиреоидной хирургии и установить их актуальность в настоящее время.
4. Изучить развитие международного сотрудничества российских эндокринных хирургов в различные периоды истории нашей страны.
5. Исследовать истоки и развитие Санкт-Петербургской школы тиреоидной хирургии.
6. Установить основные факторы и периоды эволюции хирургии щитовидной железы в России за последние 200 лет.

Хронологические рамки исследования. Хронологические рамки исследования охватывают период с 1804 по 2011 гг. Начальная дата связана с появлением первого описания операции на ЩЖ в России. Конечной дата объясняется необходимостью полного отражения данного раздела хирургии в России до нашего времени.

Объект и предмет исследования. Объект исследования – процесс развития тиреоидной хирургии в России с начала XIX до начала XX веков, актуальность новаций российских ученых в современной хирургии ЩЖ. Предмет исследования – деятельность хирургических кафедр, больничных отделений, Санкт-Петербургской школы тиреоидной хирургии в России и других странах, занимавшихся лечением пациентов заболеваниями ЩЖ, достижения и приоритеты российских хирургов.

Источниковая база исследования. Диссертационное исследование включает две неразрывно связанные части: клиническую и историко-медицинскую. В первой из них дан критический анализ исходов хирургического лечения 61869 больных, оперированных в различных клиниках России на протяжении более 200 лет (1804 по 2011 гг.) в ходе аргументированных автором 4 периодов истории. В историко-медицинскую составляющую работы включены вещественные (инструментарий), архивные, печатные (руководства, монографии, диссертации, статьи в периодической печати и научных сборниках, материалы съездов, конференций, заседаний научных обществ и др.), визуальные (фотодокументы) материалы. Всего найдено и проанализировано более 178 архивных (Эстонский исторический архив, г. Тарту) и печатных, 15 вещественных (инструменты для хирургических вмешательств) и 10 визуальных источников.

Научная новизна. Впервые освещён уровень развития тиреоидной хирургии как раздела общей хирургии в России в XIX – начале XXI веков. На основе проведенного сравнительного анализа безопасности и эффективности операций на ЩЖ в России и за рубежом на протяжении двухсот лет показан параллелизм и примерно одинаковый уровень достижений ведущих коллективов Европы и США в XX веке.

Определены основные факторы, способствовавшие развитию хирургии щитовидной железы в России и за рубежом. На основании указанных факторов разработана периодизация тиреоидной хирургии в России, включившая четыре периода: 1) первые операции на ЩЖ (1804 - 1850-е гг.); 2) совершенствование операций на ЩЖ в русле общехирургических дисциплин (1850-е гг. – 20-е гг. XX века); 3) специализация и внедрение в хирургическую практику новых методов лабораторной и радиоизотопной диагностики и лечения (20-е гг. XX века - 1991 г.); 4) мультидисциплинарность в обследовании больных и применение высокотехнологичных вмешательств на ЩЖ (с 1992 г. по настоящий период).

Впервые определены приоритеты российских хирургов в изучении сосудистой системы ЩЖ, возвратного гортанного нерва, диагностике и морфологии опухолей ЩЖ, применения прогрессивных методик обезболивания и тиреоидных операций. Внесены существенные

уточнения роли Н.И. Пирогова в развитие хирургии ЩЖ, причин взаимного интереса к сотрудничеству американских и российских хирургов, времени встречи, многих деталей и результатов дискуссий двух выдающихся хирургов XIX – XX веков - С.П. Фёдорова и W. Mayo в Санкт-Петербурге. Отражены первые шаги к восстановлению международного сотрудничества российских эндокринных хирургов в настоящее время.

Впервые доказана актуальность российских новаций XIX – начала XX века для тиреоидной хирургии сегодняшнего дня.

Практическая значимость. Полученные результаты дали возможность создать целостное представление о становлении и развитии хирургии ЩЖ в России и за рубежом в период XIX и начала XX веков. Они показали изначально анатомический подход в разработке техники хирургических вмешательств на ЩЖ с использованием прогрессивных, в то время, способов обезболивания, профилактики и остановки интраоперационных кровотечений, разработанные Н.И. Пироговым.

В архивных материалах заново нами открыта первая в России диссертация по зубу доктора Н.Ф. Лежнёва, ученика профессора А.А. Боброва. Её изучение показало, что, начиная с середины XIX века, во многих городах нашей страны уже регулярно предпринимались операции на ЩЖ. Всего были собраны сведения почти о 600 таких вмешательствах. Установлено, что методика резекции ЩЖ под визуальным контролем ВГН впервые в мировой практике разработана и внедрена в практику московских и Санкт-петербургских клиник профессором А. А. Бобровым и его учениками на 40 лет раньше (с 1893 г.), чем в США и странах Европы. Данная методика остается актуальной для тиреоидных хирургов и в настоящее время. Она в настоящее время приобрела положение «золотого стандарта» в хирургии ЩЖ во всём мире.

Доказан ряд других важных приоритетов российских хирургов (Розумовский В.И., 1903, Лежнев Н.Ф., 1904) в дооперационном обследовании больных, цитологической и гистологической диагностике и классификации доброкачественных и злокачественных опухолей ЩЖ, определивший научную и практическую основу современной тиреоидологии.

Данная научная работа может применяться при создании трудов по истории научных школ, истории российской хирургии. Результаты исследования могут быть использованы при составлении научно-тематических планов медицинских музеев, создании их фондов и экспозиций.

Личное участие автора в получении результатов. Автор с 2007 г. активно участвует в лечении больных тиреоидной патологией (обследовании, планировании, операции, послеоперационном ведении). Так в период с 2007 по 2011 гг. ею самостоятельно выполнено 47 операций на ЩЖ, помимо участия в качестве первого ассистента в 458, второго ассистента – 356 хирургических вмешательств на ЩЖ. Автором лично формировалась база данных, статистическая обработка и обобщение полученных результатов. Самостоятельно изучила литературные источники (учебники, периодические издания, монографии, биографии ученых, статьи, доклады, материалы съездов, архивные документы, фотографии). Предложила собственную периодизацию развития хирургии ЩЖ. Участвовала в организации выставки «Хирургия от Галена до робототехники» (5th International bilateral forum on surgery and gynecology “From Galeno to Robotic surgery”, Spello, Italy, 2012).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Благоприятная динамика частоты осложнений после операций на щитовидной железе на протяжении двухсот лет на примере российской, в целом, и Санкт-Петербургской школы тиреоидной хирургии, в частности, служит доказательством прогрессирования отечественной тиреоидологии в русле мирового развития этой специальности в хирургии.

2. Российским ученым принадлежит ряд приоритетов в тиреоидной хирургии. Они первыми начали оперировать на щитовидной железе под общим обезболиванием и визуальным контролем возвратных гортанных нервов, применили дооперационное исследование функции гортани у всех больных, морфологическую верификацию диагноза с использованием пункционной и эксцизионной биопсий, дали описание и название специфическим морфологическим формам рака щитовидной железы при послеоперационном изучении препаратов злокачественных опухолей.

3. Основные новации, введенные российскими учёными в хирургии щитовидной железе в XIX – начале XX века актуальны в настоящее время и составляют «золотой стандарт» современной тиреоидной хирургии.

4. Одним из первых проявлений международного сотрудничества российских хирургов, регулярно оперировавших на органах эндокринной системы, стала встреча двух выдающихся русского и американского хирургов – С.П. Фёдорова и W.W. Mayo в мае-июне 1914 г. в Санкт-Петербурге. Их общение было прекращено в 1920 г. в силу радикального изменения социально-политического устройства жизни в России. Возобновление международных контактов и сотрудничества на уровне стран началось в 2000 – 2003 гг. XIII Российский симпозиум с международным участием в Санкт-Петербурге в 2003 г. стал реальным проявлением реинтеграции российских хирургов в интернациональное сообщество эндокринных хирургов.

5. Эволюция хирургии щитовидной железы в России, благодаря ряду факторов прогрессирования медицинской науки, включает четыре периода:

1) первые операции на щитовидной железе (1800 - 1850-е гг.); 2) совершенствование операций на щитовидной железе в русле общехирургических дисциплин (1850-е гг. – 20-е гг. XX века); 3) специализация и внедрение в хирургическую практику новых методов лабораторной и радиоизотопной диагностики и лечения (20-е гг. XX века -1991 г.); 4) мультидисциплинарность в обследовании больных и применение высокотехнологичных вмешательств на щитовидной железе (с 1992 г. по настоящий период).

Реализация и апробация работы

Результаты научных исследований используются в преподавании на кафедре госпитальной хирургии с курсами травматологии и военно-полевой хирургии СПбГМУ, а также Санкт-Петербургского Центра хирургии органов эндокринной системы на базах Мариинской, 26 городских больниц и КБ №122. Материалы диссертации доложены на Евразийском конгрессе по опухолям головы и шеи (Минск, 2009 г.), на XIX Российском симпозиуме с международным участием по хирургической эндокринологии (Челябинск, 2010 г.), на Форумах «Пироговская хирургическая неделя» (Санкт-Петербург, 2010 г.), «Проблемные моменты диагностики и лечения рака щитовидной железы» (Санкт-Петербург, 2010 г.), 14-ой Ежегодной конференции европейского хирургического общества (XIV Annual Conference of European Society of Surgery) (Турин, Италия, 2010 г.) 2-м Итало-Российском конгрессе по хирургии и гинекологии (2nd Italian-Russian Congress of Surgery and Gynecology) (Перуджа, Италия, 2011 г.), 4-м Международном конгрессе «Опухоли головы и шеи» (Иркутск, 2011г.), XX Российском симпозиуме (Харьков,

2011 г.), XX Российском симпозиуме по хирургической эндокринологии (Казань, 2012 г.), на 2-м Мировом конгрессе по раку щитовидной железы (2nd World Congress on Thyroid Cancer) (2013, Торонто, США).

Публикации. По теме диссертации опубликованы: 30 печатных работ, в том числе 1 монография, 11 статей в рецензируемых журналах, входящих в список изданий ВАК.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 215 страницах печатного текста. Состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и списка литературы. Работа иллюстрирована 1 схемой, 9 таблицами и 49 рисунками. Список литературы содержит 178 источников, из них 67 отечественных и 111 иностранных.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В клинической части анализированы результаты хирургического лечения 61869 больных, оперированных в различных клиниках России в период с 1804 г. Более трети рассматриваемых больных (24073/38,9%) оперированы в клинике госпитальной хирургии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета в период с 1960 по 2011 гг. Анализ послеоперационных осложнений представлен в соответствии с аргументированной нами периодизацией истории хирургического лечения больных различной патологией ЩЖ. В течение 1 периода в России до 1850-х гг. выполнены и описаны в литературе – 11; 2 периода (1850-е гг. – 20-е гг. XX века) – 1389; 3 периода (20-е гг. XX века -1991 г.) – 43408; 4 периода (с 1992 г. по настоящее время) – 17061 операций на ЩЖ. Сравнивалась частота послеоперационных специфических (гипопаратиреоз, последствия повреждений ВГН, тиреотоксический криз) и неспецифических (кровотечение, нагноение послеоперационных ран) осложнений и летальности.

Объектами исследования второй части являлись вещественные (инструментарий), печатные (архивные документы, руководства, монографии, диссертации, статьи в периодической печати и научных сборниках, материалы съездов, конференций, заседаний научных обществ и др.), визуальные (фотодокументы) материалы. Всего найдено и анализировано более 170 архивных и печатных, 15 вещественных (инструменты для хирургических вмешательств) и 10 визуальных источников.

Основным методом второй части исследования стало историко-медицинское описание изучаемого направления в хирургии с привлечением максимального числа источников по каждому изученному факту (описательно-повествовательный метод). Для анализа использованы сравнительно-исторический, сравнительно-хронологический, сравнительно-географический, проблемно-хронологический, биографический и ретроспективный методы анализа. Применены методы терминологического анализа и исторической реконструкции.

Статистическая обработка числовых данных проводилась общепринятыми методами вариационной статистики на персональном компьютере с использованием стандартной программы Microsoft Excel 2003 и Statistika 6.0 for Windows IBM. При анализе использованы общеизвестные и широко применяющиеся статистические понятия: среднее значение, стандартное отклонение, тест Стьюдента, тест хи-квадрат. Сравнение данных проводилось на уровне значимости при $p < 0,05$, то есть вероятность отвергнуть проверяемую гипотезу не превышала в каждом случае 5%.

Результаты исследований и их обсуждение. Одним из основных показателей уровня квалификации тиреоидного хирурга является частота осложнений, которые могут быть связаны

непосредственно с самими заболеваниями ЩЖ или с последствиями операций на ЩЖ. В свою очередь, послеоперационные осложнения можно разделить на неспецифические, возникающие после любых хирургических вмешательств (кровотечения, перфорация полых органов, нагноение раны) и специфические, возникающие только после операций на ЩЖ (повреждения возвратных гортанных нервов, гипопаратиреоз, тиреотоксический криз). Для демонстрации положительных изменений в тиреоидной хирургии на протяжении последнего 200-летия нами представлен анализ результатов хирургического лечения 61869 больных, оперированных в различных клиниках России в период с 1804 по 2011 гг. Более трети рассматриваемых больных (24073/38,9%) оперированы в клинике госпитальной хирургии Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета в период с 1960 по 2011 гг. Сравнительный анализ количества ранних послеоперационных осложнений и летальности представлен в этой когорте тиреоидных больных, разделённой на группы в соответствие с предложенной нами возможной периодизацией хирургического лечения, учитывающей принципиальные изменения в предоперационной подготовке, хирургических инструментов и материалов, методов обезболивания, техники и технологии хирургических вмешательств и послеоперационной терапии.

В течение 1 периода в России (1804-1850-х гг.) выполнены и описаны в литературе – 11; 2 периода (1850-е гг. – 20-е гг. XX века) – 1389; 3 периода (20-е гг. XX века -1991 г.) – 43408; 4 периода (1992-2011 гг.) – 17061 тиреоидных операций. Так как в течение первого периода были оперированы только 11 человек, в группу анализа были включены 575 операций на ЩЖ, выполненных в различных регионах Российской империи, относящихся ко второму периоду, 9266 – к третьему и 17061 - к четвертому периодам. Вмешательства третьего и четвертого периода, вошедшие в группу анализа были предприняты в клинике госпитальной хирургии СПбГПМУ. Это объясняется тем, что во втором периоде развития хирургии ЩЖ тиреоидные операции в различных регионах нашей страны выполнялись по одинаковым принципам, что доказали публикации того времени (Разумовский В.И., 1903, Лежнев Н.Ф., 1904, Догадкин Е.К., 1909). Из 1389 операций, выполненных на ЩЖ в Российской Империи в 1850-е гг. – 20-е гг. XX века (второй период) наиболее полный анализ клинического материала по тиреоидной хирургии был представлен в диссертации Н.Ф. Лежнева (1904), который исследовал информацию о заболеваниях и результатах операций у 575 больных. Поэтому для уточнения динамики частоты послеоперационных осложнений использовались, преимущественно эти данные. Большую часть больных составили женщины – 483 (84,0%). Соотношение мужчин и женщин в исследованной группе составило 1,0:5,3. Возраст оперированных больных на момент операции колебался от 2 до 98 лет, в среднем – $31,9 \pm 6,2$ года. Необходимость в хирургическом лечении была обусловлена, в основном, осложнениями доброкачественных заболеваний (компрессия органов шеи и средостения) ЩЖ 97,2% и лишь 16 (2,8%) больных оперированы по поводу рака ЩЖ. Количество оперированных больных токсическими формами зоба составили 114 (19,8%).

В ходе 3 периода (20-е гг. XX века -1991 г.), по собранным нами из литературных источников, данным были оперированы 43408 тиреоидных больных. В клинике госпитальной хирургии СПбГПМУ предприняты в тот период 9266 операций. Они и стали основной группой для анализа, так в количественном отношении эти группы статистически сопоставимы. Большая часть больных была представлена тоже женщинами – 8626 (93,1%). Соотношение мужчин и женщин в исследованной группе составило 1,0:13,5. Возраст оперированных больных колебался от 6 до 82 лет (на момент операции), в среднем – $50,6 \pm 4,2$ года. В структуре операций преобладала

доброкачественная патология ЩЖ - 93,8% и лишь 6,2% больных оперированы по поводу рака ЩЖ. По поводу токсического зоба оперированы 2740 (29,6%) больных третьего периода.

На протяжении четвертого периода (1992-2011 гг.) в клинике госпитальной хирургии СПбГПМУ было предпринято 17061 тиреоидных операций. Большую часть больных составили женщины – 15491 (90,8%). Соотношение мужчин и женщин в исследованной группе относилось как 1,0:9,9. Возраст оперированных больных (на момент операции) колебался от 6 до 96 лет, в среднем – $50,2 \pm 3,2$ года. В качестве показаний к хирургическому лечению преобладала доброкачественная патология ЩЖ - 85,8% и лишь 14,2% больных оперированы по поводу рака ЩЖ. Токсические формы зоба отмечены у 3269 (19,2%).

Сравнительная оценка частоты специфических (парез мышц гортани, гипопаратиреоз) и неспецифических (кровотечение в ложе ЩЖ, раневая инфекция) ранних послеоперационных осложнений на этапах развития хирургии ЩЖ показал следующее.

Послеоперационное кровотечение было зафиксировано у 4,34% больных оперированных в 1-2 периоды, у 3,4% больных - 3 периода и 0,3% наблюдений 4 периода. Статистическое различие частоты этого осложнения достоверное между 1-2 и 3 периодами ($p < 0,01$), а также между 3 и 4 периодами ($p < 0,01$). Указанные выше данные свидетельствуют о снижении частоты этого грозного осложнения в 14,5 раз. Источник послеоперационных кровотечений оставался почти аналогичными и статически значимого отличия в разные периоды тиреоидной хирургии по этому показателю не отмечено ($p > 0,05$).

Частота повреждения возвратного гортанного нерва (ВГН) у больных в 1-2 периоде составила 7,9%, в 3 периоде – 5,2%, 4 периоде – 0,5% наблюдений. При сравнительном анализе нами найдено статистически достоверное различие частоты возникновения этого осложнения у пациентов, оперированных в 1-2 и 3 периодах ($p < 0,05$), а так же в 3 и 4 периодах ($p < 0,05$).

Гипопаратиреоз имел место у 2,0% больных оперированных в ходе 1-2 периодов, у 1,4% - в 3 периоде и 0,4% - в 4 периоде. Статистический анализ показал отсутствие значимого различия в возникновении послеоперационного гипопаратиреоза у больных, оперированных в 1-2 и 3 периоде. При сравнении частоты этого осложнения у пациентов, оперированных в 3 и 4 периодах выявлено статистически значимое различие ($p < 0,05$). Это можно объяснить тем, что в 1-2 периоды регистрировались только тяжелые формы гипопаратиреоза, часто приводившие к летальному исходу, а в 3 и 4 периодах - все случаи клинически проявившихся гипокальциемией.

Тиреотоксический криз был отмечен у 11,1 % больных оперированных в 1-2 периоды, у 0,2% - в 3 периоде. В нашей клинике с 1983 г. начали применяться методы экстракорпоральной гемокоррекции после чего не было зарегистрировано ни одного наблюдения этого угрожающего жизни состояния. Нами подтверждено, наличие значительного статистического различия между частотой тиреотоксического криза у пациентов, оперированных в 1-2 и 3 периодах ($p < 0,05$), а так же в 3 и 4 периодах ($p < 0,05$).

Раневая инфекция была зарегистрирована у 20,4% больных, оперированных в 1-2 периоды, у 0,8% - в 3 период и 0,2% - 4 период. При сравнительном анализе нами подтверждено, что частота этого осложнения значительно снижалась от периода к периоду у оперированных в 1-2 и 3 период ($p < 0,05$), а так же в 3 и 4 период ($p < 0,05$).

Послеоперационная летальность после вмешательств на ЩЖ в ходе 1-2 периодов погибли 4,6% больных, в 3 периоде – 0,5%, в 4 – 0,09% при значительном статистическом различии от периода к периоду. При анализе причин, приводивших к смерти, мы пришли к выводу, что ведущими этиологическими факторами с начала тиреоидной хирургии и по настоящее

время остаются пневмонии, острая сердечно-сосудистая недостаточность и кровотечение в ложе ЩЖ и ткани шеи. Пневмонии в послеоперационном периоде возникали из-за неадекватной санации трахеобронхиального дерева, в основном у трахеостомированных больных, страдавших анапластическим раком ЩЖ. В 1-2 периодах отсутствовала возможность применения антибактериальных препаратов и причиной летальности в 9,2% наблюдений был сепсис. В 3 и 4 периодах пневмония развивалась у больных раком ЩЖ, чаще недифференцированным, оперированных по неотложным показаниям (Романчишен А.Ф., 1987). Гипопаратиреоз был причиной смерти больных (4,6%) только в 1-2 периоде, когда о функции и роли околощитовидных желез было неизвестно. Подобных наблюдений в 3 и 4 периоде не было. К развитию сердечно-сосудистой недостаточности (19,9%) и тиреотоксического криза (12,4%) в 1-2 периоде приводило отсутствие предоперационной подготовки, адекватного обезболивания и способов лечения острой сердечно-сосудистой недостаточности. В 3 и 4 периоде явления острой сердечно-сосудистой недостаточности возникали, в основном, у пожилых больных, оперированных по жизненным показаниям (у 20,7% и 33,0% умерших пациентов соответственно). Тромбоэмболическим осложнениям в 1-2 периоды не регистрировались из-за недостаточной осведомленности докторов о подобном осложнении. В 3 периоде тромбоэмболия явилась причиной смерти у 31% погибших, в 4 периоде – у 13%. Снижение частоты этого осложнения можно объяснить появившейся возможностью предупреждения данного осложнения препаратами низкомолекулярных гепаринов. Послеоперационное кровотечение явилось причиной смерти у 15,4% оперированных больных в 1-2 период, 3,4% - во 3 период и 7,0% - в 4 период. Непосредственной причиной, приводящей к летальному исходу являлось не кровопотеря, а сдавление органов шеи и средостения гематомой, образующихся после обширных по объему вмешательств при больших по величине зобах; остро развивавшаяся сердечно-сосудистая недостаточность из-за раздражения блуждающих нервов и «вагусной» остановки сердца.

В результате изучения особенностей различных периодов развития хирургии ЩЖ в России нами установлено, что частота специфических, неспецифических осложнений и летальность значительно снизились, а некоторые из них (тиреотоксический криз) в настоящее время не регистрируются (рис. 1).

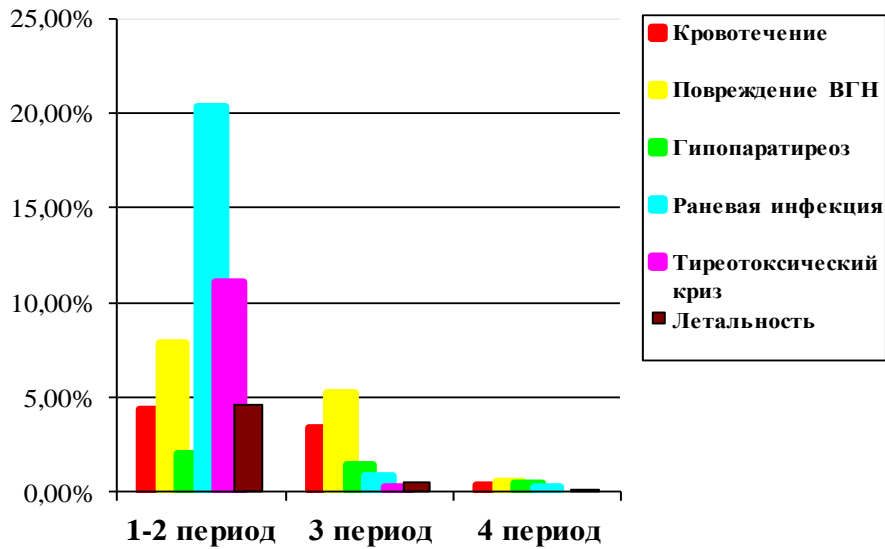


Рис. 1 Динамика послеоперационных осложнений на различных этапах истории хирургии ЩЖ

Благоприятная динамика результатов хирургического лечения болезней ЩЖ на протяжении двухсот лет подтвердил важность и действенность представленных в работе факторов (анатомо-топографические данные, знание морфологии и функции ЩЖ, внедрение в практику правил антисептики и асептики, обезболивания, эффективных инструментов и методик операций, обмен актуальной информацией между специалистами в пределах и за пределами страны) и убедительным доказательством синхронного прогрессирования российской и интернациональной тиреоидологии.

Анализ литературы, касающейся хирургии органов эндокринной системы, показал, что становление и развитие хирургии ЩЖ не осталось без внимания и вклада российских ученых. Однако ссылки на имена отечественных учёных остаются очень редкими, хотя российская хирургия в XIX и начале XX века развивалась вместе с мировой. Это побудило нас к поиску и анализу различных архивных документов, отражающих начало и динамику хирургического лечения больных тиреоидной патологией в России, вклад и приоритеты отечественных предшественников в эндокринной хирургии в XIX и начале XX веков.

Нами исследован вклад выдающихся российских хирургов Н.И. Пирогова, Ф.И. Иноземцева, А.А. Боброва, Н.А. Вельяминова, С.П. Фёдорова, В.А. Оппеля, Н.Ф. Лежнёва и их учеников в развитие тиреоидной хирургии.

Н.И. Пирогов в возрасте 20 лет во время письменного экзамена на степень доктора медицины изложил представления о функции, строении и основных моментах экстирпации ЩЖ (“de extirpatione glandulae thyreoideae”). Николай Иванович довольно точно описал анатомию, проявления заболеваний ЩЖ и сделал очень важные выводы о способах предупреждения опасных осложнений при операциях на этом органе. Он писал: «...Перед экстирпацией производится перевязка верхней щитовидной артерии и, по моему мнению, с обеих сторон. Что же касается нижней щитовидной артерии, то так как она проходит глубже, под самой железой, ее надлежит перевязывать после поднятия нижнего края щитовидного тела...» (Пирогов Н.И., 1831). Он детально охарактеризовал доступы к ЩЖ («эллиптические, продольные, крестообразные разрезы

на шее»), этапы тиреоидэктомии («...перевязка верхних щитовидных артерий с двух сторон... обнажение ЩЖ... перевязка ствола нижней щитовидной железы...»). Изучив в Санкт-Петербурге влияние эфира на животных, поставив эксперимент на себе, меньше, чем через год после начала клинического использования эфира J. Warren, Н.И. Пирогов многократно успешно применил эфирный наркоз в военно-полевых условиях на Кавказе. В мае 1847 г. во Владикавказе он выполнил резекцию ЩЖ под общим обезболиванием. Это была первая операция на ЩЖ в России с аргументированными показаниями, описанием техники операции и её исхода. В «Описании хирургических операций» (1807) замечательного русского врача, хирурга, анатома, физиолога, учителя Н.И. Пирогова, Ефрема Осиповича Мухина (1766—1850) имеется указание на то, что в период с 22 июня 1802 г. по 1 марта 1804 г. «...сделана операция зоба, занимавшего передние и боковые части шеи...» в Голицинской больнице в Москве. Более точных деталей о вмешательстве и его результатах не сохранилось. Следовательно, приоритет первого хирургического лечения болезней ЩЖ в России не принадлежит Е.О. Мухину, поскольку не представлено конкретное наблюдение, техника вмешательства и его результат. В 1840 г. Христиан Христианович Саломон (1797-1851), знаменитый петербургский врач и статский советник, опубликовал «Руководство к оперативной хирургии». Х.Х. Саломон отмечал: «...при описании отдельных хирургических операций, я преимущественно ограничился теми способами, которых практическое достоинство оправдано многократными опытами других хирургов и моими собственными...». В «Руководстве» имеется точное описание операций на ЩЖ, показания и противопоказания к ним, однако конкретные наблюдение и результаты хирургических вмешательств не представлены тоже. Наблюдение Николая Ивановича Пирогова носило точный, конкретный, исчерпывающий характер с известными результатами операции. Поэтому хирургическое вмешательство на ЩЖ, выполненное профессором Н.И. Пироговым в 1847 г., по достоинству можно признать первым в России и, под наркозом – первым в мире. Подобные операции Николаем Ивановичем выполнялись в 1852-1853 гг. и тоже с наложением 30-40 лигатур, что практически не наблюдалось в практике европейских хирургов того времени. Тогда же (май 1847г.) под общим обезболиванием начали оперировать И.В. Буяльский в Санкт-Петербурге, Ф.И. Иноземцев в Москве. Профессор Н.В. Склифосовский в Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии на кафедре хирургической патологии и терапии (общей хирургии) удалил всю ЩЖ у 21-летнего молодого человека, у которого зоб вызывал затруднение дыхания 9 октября 1874 г. После операции голос стал низким в результате ранения возвратного гортанного нерва, кроме того «сильно нагноилась рана» (Лежнев Н.Ф., 1904), но к 10-му дню больной начал поправляться. Именно этому наблюдению долгое время отдавался приоритет первого хирургического вмешательства при зобе в России.

В российской медицинской литературе все чаще стали появляться статьи о хирургических вмешательствах на ЩЖ. Так, в журнале «Медицинское обозрение» за 1885 г. целый раздел был посвящен хирургии зоба. А.Д. Павловский в 1887 г. в сообщении «Материалы к вопросу об экстирпации зоба в России» собрал сведения о 15 вмешательствах на ЩЖ. Из них две операции принадлежали автору и обе закончились благополучно. Автор отметил, что его сведения об экстирпации зоба неполные. На VII съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова (1899 г.) П.И. Тихов сообщил о более чем 300 операциях в России по поводу зоба. Это было первое большое обобщающее сообщение об операциях на ЩЖ в России. Наибольшим опытом в тиреоидной хирургии в то время обладали: А.Ф. Цандер из Перми (58 операций), Н.В. Склифосовский (29

операций), А.А. Бобров (19 операций), М.С. Субботин (до 1895 г. 20 операций), В.И. Разумовский (17 наблюдений), Н.А. Вельяминов (13 случаев).

Проблема хирургического лечения болезней ЩЖ в России в начале XX века была особенно актуальна. 28-30 декабря 1900 г. в Москве состоялся Первый съезд российских хирургов, где профессор А.А. Бобров сделал доклад «Зоб и его лечение». В этом сообщении он представил опыт лечения 60 больных зобом. Он настоятельно рекомендовал выполнять энуклеацию узлов и оставлять достаточное количество ткани ЩЖ для профилактики *cachexiae strumiprivaе*, использовать шелк для наложения лигатур, «...вставлять в наиболее глубокий отдел полости полосу марли на 1-2 дня, чтобы дать сток отделяемому...» (Бобров А.А., 1901).

Сосудистые зажимы с замками производились уже во времена Н.И. Пирогова на Санкт-Петербургском Инструментальном заводе, директором которого он был с 1841 по 1856 гг. Эти зажимы были в походном комплекте Николая Ивановича. В Европе Tomas Spenser Wells (UK) только в 1872 – 1874 гг. наладил производство и применение в хирургии кровоостанавливающих зажимов для многократного применения, что снизило опасность неконтролируемого кровотечения.

В 1903 г. вышла монография профессора Василия Ивановича Разумовского (1857-1935) из Саратова «Повреждения и заболевания щитовидной железы». По-видимому, это было первое руководство по лечению больных патологией ЩЖ в России. В.И. Разумовский крайне негативно отнесся к инъекционным методам лечения зоба. Он считал, что метод небезопасен из-за возможной эмболии ветвей лёгочной артерии, неудобен для последующих операций из-за возникновения сращений с окружающими тканями и нерадикален из-за частого появления рецидивов болезни. Автор настаивал на том, что все операции на ЩЖ необходимо выполнять под общим обезболиванием. При кровотечении он рекомендовал, применяющуюся и в наше время тактику лечения: «...разорвать быстро рану... найти сосуд и перевязать». Для профилактики повреждений возвратных нервов и двустороннего пареза голосовых связок он предлагал оставлять ткань ЩЖ над нервом. В случае разрыва трахеи или пищевода считал возможным применить «...шов или тампонаду, смотря по обстоятельствам...», что тоже соответствует сегодняшним принципам лечения этих осложнений.

До операции В.И. Разумовский советовал всем больным выполнять ларингоскопию для определения возможного поражения возвратного нерва и предотвращения двустороннего пареза мышц гортани, опасного для жизни пациента. Последняя рекомендация актуальна и в наше время, так как всё ещё не все хирурги считают это правилом. Рак ЩЖ он классифицировал как медуллярный (мозговик, который, по его мнению, происходил не из эпителия фолликулов, а из остатков эмбриональной ткани), аденокарциному (которая формировалась из эпителия ЩЖ и её клетки продуцировали коллоидное вещество). К этому же типу он относил «злокачественную аденому», «*cistadenoma papilliferum malignum*» и скирп (небольшая и очень плотная опухоль). Первое описание медуллярного рака ЩЖ, по существовавшему до настоящего времени представлению, относится к 1906 г. и принадлежит А.Ж. Jaquet, что на 3 года позже публикации В.И. Разумовского. Там же В.И. Разумовский сообщил, что саркома ЩЖ чаще была кругло-, веретено- и гигантоклеточной. Возможно, это и было первым описанием анапластической карциномы ЩЖ. В Европе А. Drennan (Edinburgh) выделил группу больных недифференцированной карциномой только в 1947 г. Для подтверждения диагноза профессор В.И. Разумовский и его коллеги использовали пункционную и инцизионную биопсию опухолей. Из

иностранной литературы мы знаем, что впервые пункционная биопсия была предложена Н.Е. Martin and E.B. Ellis только в 1930 г. (Martin Н.Е., 1930).

В 1904 г. доктором Н.Ф. Лежневым, учеником профессора А.А. Боброва, заведующего кафедрой факультетской хирургии Московского университета, была защищена первая в России диссертация по хирургическому лечению болезней ЩЖ. Она называлась «Зоб в России» (1904). В неё было включено и анализировано 575 операций, выполненных на ЩЖ в разных регионах Российской Империи. Доктор Н.Ф. Лежнёв представил сведения о лечении зоба у 2-летнего ребенка (Дзирне И., Самара, 28 октября 1897). Это было первое, по крайней мере, в России, описание операции на ЩЖ у ребёнка.

В диссертации Н.Ф. Лежнёва, кроме того, отмечено, что с 1893 г. в клинике А.А. Боброва было выполнено 106 операций на ЩЖ под визуальным контролем возвратных нервов. F.G. Lahey из Boston (USA) опубликовал результаты применения такой методики лишь в 1938 г.

Ученик той же кафедры профессор С.П. Фёдоров, возглавивший кафедру факультетской хирургии ВМА, изучал структуру крови у тиреоидных больных, эктопический зоб, первым в России выполнил аллотрансплантацию тиреоидной ткани в 1920 г. В его клинике в 20-е годы хирургические вмешательства на ЩЖ составляли 10-20% от общего числа операций.

В Европе в 1823 г. Н. Earle выполнил перевязку верхних щитовидных артерий у 17-летней больной диффузным токсическим зобом. После операции пациентка поправилась. Это была первая операция на ЩЖ при диффузном токсическом зобе (ДТЗ). Но успешную резекцию ЩЖ при базедовой болезни впервые предпринял французский хирург P.J. Tillaux в 1880 г. К 1910 г. T.P. Dunhill уже выполнил 200 операций (удаление одной и резекция другой доли ЩЖ) под местным обезболиванием у больных экзофтальмическим зобом. В Москве 26 октября 1893 г. доктором И. Сарычевым было выполнено вскрытие 3-кист и соединение их с кожей (экзентерация зоба) у 27-летней пациентки с клиническими проявлениями базедовой болезни с благоприятным исходом. По-видимому, это и есть первое описание хирургического вмешательства на ЩЖ при ДТЗ в России. Доктор Н.И. Волкович 18 мая 1894 г. в Киеве выполнил первую успешную резекцию ЩЖ у 18-летней пациентки, страдавшей ДТЗ. Долгое время считалось, что впервые в России резекцию ЩЖ у больного ДТЗ выполнил Николай Александрович Вельяминов в Санкт-Петербурге в 1886 г. Но после изучения диссертации Е.К. Догаткина на степень доктора медицины «К клинике зоба и его оперативному лечению по данным академической хирургической клиники» (1909 г.), стало ясно, что Н.А. Вельяминов свои три первые операции по поводу ДТЗ выполнил в период с 16 декабря 1897 по 1909 гг. У этих больных была предпринята правосторонняя гемитиреоидэктомия. Все оперированные остались живы. Профессора Владимира Андреевича Опделя (1872-1932) считают основоположником эндокринной хирургии в нашей стране. В клинике факультетской хирургии Военно-медицинской академии и хирургическом отделении больницы им. И.И. Мечникова он уделял большое внимание лечению больных ДТЗ. Им было показано, что у солдат, вернувшихся с войны, наблюдался «сердечный невроз, имевший тиреотоксическое происхождение». Владимир Андреевич описал влияние избытка тиреоидных гормонов на костную ткань, спазмофилию, которая в послеоперационном периоде может только усилиться и хорошо купируется введением препаратов кальция. В.А. Опель особое внимание уделял психологической подготовке больных к операции, он писал: «...базедовики должны оперироваться у хирурга, которому безусловно верят...». В.А. Опель утверждал, что оперировать больных ДТЗ необходимо на ранней стадии, когда нет сердечно-сосудистой недостаточности.

Для усовершенствования медицинского образования хорошо зарекомендовавшие себя молодые российские доктора в XIX – XX веках направлялись в зарубежные университетские клиники. Это был один из путей распространения информации о состоянии медицины и лучших её представителей в стране. Далёкая, быстро развивающаяся Россия вызывала большой интерес даже в США. Изучение нами ранее малоизвестной фотографии, на которой представлена группа российских офицеров начала XX века и несколько гражданских лиц, позволило узнать ряд фактов о происхождении фотографии, имена докторов и время их встречи в Санкт-Петербурге. Прежде всего, в центре фото Сергей Петрович Фёдоров и профессор William Mayo. Третий не Ch. Mayo, а Ch. Graham - врач, работавший в лаборатории клиники Mayo, интересовавшийся исследованием желудка. В нескольких источниках указывается, что в Санкт-Петербург приезжали братья Mayo и что визит американских хирургов состоялся в 1912 или в 1923 гг. Было не понятно, откуда узнали друг о друге выдающиеся российский и американские хирурги, почему американцы решили проделать такой длинный и небезопасный путь в Санкт-Петербург, в каком году состоялась эта встреча, кто ещё представлен на фотографии. Много прояснилось, когда нами после посещения архива клиники Mayo был найден опубликованный W. Mayo отчёт в журналах “Journal-Lancet” №17 от 1 сентября и №18 от 15 сентября 1914 г. о визите в хирургические клиники России, Финляндии, Швеции, Норвегии, Дании, Бельгии William Mayo и Christopher Graham (а не братьев Mayo, как считалось раньше) в 1914 г. (а не 1912 или 1923 гг.). После посещения в июне 1914 г. клиник А.В. Мартынова в Москве и С.П. Фёдорова, Д.О. Отта, Г.И. Турнера, Г.Ф. Цейдлера, Р.Р. Вредена в Санкт-Петербурге W. Mayo дал высокую оценку состояния российской хирургии.

К сожалению, зародившиеся связи между хирургами ВМА и клиники Mayo, должного развития в дальнейшем не получили, в силу разных причин. Первая мировая война, революция, Гражданская война, Вторая мировая война, «холодная» война с железным занавесом, финансовые проблемы практически полностью прекратили общение советских (российских) хирургов с коллегами с Запада и США. В настоящее время изменившаяся международная обстановка открыла возможности для сотрудничества и объективной оценки своих преимуществ и недостатков в организации образования, медицины, хирургии и жизни в целом.

Изучение истории школ тиреоидных хирургов в двух столицах России показало, что два ученика профессора И.Ф. Мойера в Дерптском университете - Н.И. Пирогов и Ф.И. Иноземцев, создали свои кафедры в Императорской медико-хирургической академии и Московском Университете. Первый ученик основал кафедру госпитальной (факультетской) хирургии Императорской медико-хирургической академии (1841) в Санкт-Петербурге, второй - факультетскую клинику Московского университета (1846). С одной стороны, ученики Ф.И. Иноземцева в ряду - Н.В. Склифосовский, А.А. Бобров, С.П. Фёдоров, Н.Ф. Лежнёв, Г.Ф. Цейдлер, оказали влияние на формирование Е.С. Драчинской как тиреоидного хирурга в Ленинграде. С другой стороны, учителем Е.С. Драчинской был ученик С.П. Фёдорова - выпускник Военно-медицинской академии профессор В.А. Шаак. Кафедрами общей и госпитальной хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института заведовали профессор В.И. Корхов и И.Д. Аникин - тоже ученики С.П. Фёдорова. На этих кафедрах несколько позже работал Л.Н. Камардин, ученик Е.С. Драчинской, последователь В.И. Корхова и И.Д. Аникина. Результатом стала организация профессором Анатолием Филипповичем Романчишениным Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии в 1996 г. уже после смерти его учителя – профессора Льва Николаевича Камардина.

Хронологический перечень славных имён выдающихся учителей отчётливо показал основополагающую роль профессоров Московского университета, Императорской военно-медицинской (медико-хирургической) академии, Санкт-Петербургского женского медицинского института, реализованную через их учеников в Москве и Санкт-Петербурге, на становление школы тиреоидных хирургов Санкт-Петербурга, в целом, и Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии, в частности.

Изменившаяся международная обстановка в настоящее время открыла возможности для сотрудничества, объективной оценки своих преимуществ и недостатков в организации образования, медицины, хирургии и жизни в целом. Началом восстановления регулярного международного сотрудничества на уровне страны 15 – 17 июля 2003 г. стал XI Российский симпозиум эндокринных хирургов, проведенный сотрудниками кафедры госпитальной хирургии (Санкт-Петербургский центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ). Помимо ежегодных российских Симпозиумов по эндокринной хирургии, конференций онкологов – специалистов по лечению опухолей головы и шеи, особенно активно и плодотворно на протяжении последних 12 лет деловые контакты нашего Центра развиваются с коллегами из Гарвардского, Сеулского, Белградского Перуджинского университетов и другими. С 2001 по 2012 гг. на 56 международных собраниях в 62 городах мира сотрудниками кафедры и Центра сделано 169 докладов, лекций, видеопрезентаций в рамках Европейской, Азиатской, Американской, Итальянской ассоциаций хирургов и онкологов.

Прогрессирование хирургического лечения больных тиреоидной патологией в России, так же как и в других странах, обусловлено общим развитием науки, в целом, и медицины, в частности. Для того, чтобы понять причины неуклонного развития хирургии, мы рассмотрели *основные факторы*, оказавшие существенное влияние на диагностику, обеспечение обезболивания, предупреждение опасных осложнений в ходе - и после операций на ЩЖ, замещение функции удалённого органа и доказать их важность для обоснованного предложения обновлённого варианта периодизации. В качестве доказательства важности факторов, определивших рост безопасности и эффективности тиреоидной хирургической практики в разные периоды развития, мы положили изменение частоты ранних послеоперационных осложнений и летальности после вмешательств на ЩЖ в России на протяжении последних двухсот лет.

На основании проведенного исследования нами выделены *основные факторы прогресса тиреоидной хирургии*.

1. Рост уровня знаний анатомо-топографических, морфологических и функциональных особенностей ЩЖ, благодаря описанию операций на ЩЖ, выполненных в России (Мухин Е.О., 1807, Соломон Х.Х., 1840); топографо-анатомическому обоснованию вмешательств на этом органе и первой, достаточно полно запротоколированной, резекции ЩЖ в России (Н.И. Пирогов, 1831); регулярные вмешательства на ЩЖ под визуальным контролем ВГН (Бобров А.А., 1893, цит. по Лежнев Н.Ф., 1904; Lahey F.H., 1938); изучение хирургической анатомии ВГН с клинической адаптацией полученных данных для разработки оптимальной техники таких операций (Романчишен, Ф.А., 2006 г. и Карпатский И.В., 2007 г.).

2. Динамика представлений и практика использования общего и местного обезболивания при операциях на ЩЖ (первое в мире вмешательство на ЩЖ под общим обезболиванием Пирогова Н.И., 1847, местная анестезия кокаином, а затем морфием - Halsted W.S., 1880-е гг.).

3. Использование в практике хирургов методов антисептики препаратами йода для обработки операционного поля (Пирогов Н.И. с 1847 г.), карболовой кислотой (Lister J, 1867) и асептики (Bergman E., 1886 – 1891 гг.).

4. Улучшение ранней диагностики рака ЩЖ с помощью пункционной и эксцизионной биопсий и морфологической верификации удаленных медуллярных и недифференцированных карцином (Разумовский В.И., 1903).

5. Выполнение операций с учётом топографо-анатомических аспектов и косметических требований к вмешательствам на шее, в частности, использование воротникообразного доступа по складкам шеи (Voessel J., 1881), параллельные горизонтальные разрезы для тиреоидэктомии и лимфаденэктомии при раке ЩЖ (MacFee, 1960), «зигзагообразный» разрез на боковой поверхности шеи для шейной лимфаденэктомии (Романчишен А.Ф., 1989);

6. Открытие, экстракция, синтез и применение на практике гормонов, замещающих функцию полностью или частично утраченной ЩЖ экстрактом (Murray G.R., 1891), тироксином (Kendall E., 1914).

7. Разработка методик хирургических вмешательств на ЩЖ с уменьшением их травматичности, снижением интраоперационной кровопотери, частоты послеоперационных осложнений и летальности благодаря применению кровеостанавливающих зажимов с замками (Пирогов Н.И., 1845 Wells S., 1874), различных методов коагуляции (Шамов В.Н., 1912, Doyen E L., 1908), мониторинга ВГН (Романчишен А.Ф., 2009); использование микроскопов (Мирский М.Б., 2010); методики фасциального укрытия и уменьшения ложа ЩЖ париетальным листком четвертой фасции шеи, гипертонического теста (Романчишен А.Ф., 2011);

8. Внедрение в клиническую практику переливания крови с учетом изосовместимости (Мирский М.Б., 2010), позволившей выполнять обширные операции на ЩЖ при раке и ДТЗ, в том числе при внутригрудном расположении зоба;

9. Разработка и применение методов экстракорпоральной гемокоррекции для подготовки больных осложнённым некоррегируемым тиреотоксикозом, профилактики и лечения тиреотоксических реакций и кризов (Петров В.Ю., 1987)

10. Открытие и применение лучевых, лабораторных, генетических, цитологических методов диагностики, прогнозирования течения, лечения заболеваний и планирования операций на ЩЖ и других органах у больных папиллярным, фолликулярным и медуллярным раком ЩЖ, синдромов множественной эндокринной неоплазии; использование маркеров рецидивирования ДТЗ в виде антител к рецепторам к ТТГ и рака ЩЖ по уровню тиреоглобулина и кальцитонина (Романчишен А.Ф., 2009).

11. Проведение дополнительной специализации хирургов в онкологии, эндокринологии, детской хирургии и лучевой диагностике для возможности мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению эндокринных больных и привлечением специалистов в морфологической, генетической и лучевой терапии.

12. Совершенствование знаний хирургов, выполняющих операции на органах эндокринной системы, путём организации специализированных центров (Санкт-Петербургский центр хирургии органов эндокринной системы, фактически работающий с 1974 г.) и выделение в некоторых странах отдельной специализации «эндокринная хирургия» на базе общей хирургии, проведение национальных и международных Симпозиумов (впервые проведен в Санкт-Петербурге в 2003 г.), Конференций, Съездов, обмена опытом между специалистами путём

активного участия отечественных хирургов в международных ассоциациях и партнёрствах; включение в периодическую печать разделов, отражающих проблемы эндокринной хирургии.

Проведенное исследование позволило уточнить периодизации истории хирургического лечения больных патологией ЩЖ. Мы выделили 4 периода в развитии тиреоидной хирургии с учётом основополагающих факторов развития медицины, в общем, и хирургии, в частности, в XIX – XX веках.

1 период. Истоки изучения хирургии ЩЖ и первые операции на этом органе (1800 - 1850-е гг.). В этот период появилось единичные описания анатомии ЩЖ, обоснование показаний и противопоказаний для вмешательств на ЩЖ и хирургических приемов лечения таких больных (Мухин Е.О., 1807, Саломон Х.Х., 1840, Пирогов Н.И., 1847, 1854).

Показаниями для операций на ЩЖ являлся зуб больших размеров, вызывавший дисфагию и угрозу асфиксии. Разрез выполняли в соответствии с формой опухоли (эллиптический, продольный, крестообразный). Для вмешательств на ЩЖ в этот период применяли следующие хирургические инструменты: скальпель, пинцеты, Бромфильдоф крючок и лигатуры, кривые иглы, тупые и острые крючки. Шовным материалом служили навощенные нитки. В качестве перевязочного материала использовалась корпия, бинт, применялись компрессы. Послеоперационные раны «...стягивались липким пластырем, потом рана покрывается корпией, компрессом и платком...» (Саломон Х.Х., 1840), следовательно, раневое отделяемое могло свободно поступать наружу, тем самым снижался риск нагноения. Предпринимали следующие вмешательства на ЩЖ: введение заволоки, разрез зоба (Incisio), вырезание зоба.

2 период. Совершенствование операций на ЩЖ в русле общехирургических дисциплин (1850-е гг. – 20-е гг. XX века). Выполнялось уже значительное количество операций в разных городах Российской империи, была усовершенствована методика вмешательств на ЩЖ, обеспечившая уменьшение его травматичности; с 1893 г. в некоторых клиниках Москвы и Санкт-Петербурга выполнялись операции под контролем ВГН, с применением методов асептики, более совершенных методов гемостаза и шовного материала.

Показаниями к операции были: нарушение дыхания и глотания, «механические неудобства» при движении головы, быстрый рост опухолей, особенно у молодых, планирующих беременность женщин, косметические неудобства (Разумовский В.И., 1903), «недействительность» более невинных (таких как йод) способов лечения (Разумовский В.И., 1903). Уже в этот период было предложено для предоперационной диагностики опухолей использовать пункционную и эксцизионную биопсии.

Накануне операций все больные принимали душ с обязательным туалетом шеи, мужчины обязательно брили лицо и шею, затем на ночь применялся сулеймовый (1:2000) компресс (Лежнев Н.Ф., 1904).

В этот период операции чаще предпринимались под общим обезболиванием, реже – местным. Обязательным, уже в этот период, было согласие пациента на анестезию (Лежнев Н.Ф., 1904). Хирурги выполняли следующие разрезы: линейный над опухолью, параллельный вдоль грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, поперечный, дугообразный изогнутый вниз. Применялись следующие объемы операций: струмэктомия (удаление зобноизмененной ЩЖ), резекция ЩЖ, энуклеация, дислокация зоба, экзотиреопексия. Впервые в мире с 1893 г. профессор А.А. Бобров в ходе всех операций на ЩЖ начал специально выделять для сохранения ВГН (Лежнев Н.Ф., 1904). Для вмешательств на ЩЖ в этот период использовали следующие инструменты: скальпель, ножницы Купера, пены, крючковатые пенсы проф. С.П. Федорова,

крючки. Шовным материалом был английский плетеный шелк. Рану наглухо не зашивали, а оставляли марлевый тампон (Бобров А.А., 1901). Появилась возможность послеоперационной верификации опухоли с выделением медуллярной и анапластической карцином (Разумовский В.И., 1903).

3 период. Специализация и внедрение в хирургическую практику новых методов лабораторной и радиоизотопной диагностики и лечения (20-е гг. XX века -1991 г.). Появилась информация о физиологии ЩЖ, заместительная гормональная терапия, началась стандартизация методов лечения пациентов заболеваниями ЩЖ, стали доступными расширенные и комбинированные тиреоидэктомии с органосохраняющими технологиями при распространении рака на лимфатические пути и окружающие органы шеи и средостения.

Показаниями к операции являлись: рак ЩЖ, зоб с нарушением функции соседних органов, тиреотоксические формы зоба при неэффективности консервативных способов лечения.

В этот период вмешательства на ЩЖ чаще выполнялись под местным обезболиванием, так как считалось, что возможность пациента отвечать на вопросы во время операции помогала снижать риск повреждения ВГН (Драчинская Е.С., 1963). Положение больного на операции было следующим: больной лежал на спине, под верхней частью которой находилась подставка Е.С. Драчинской, что позволяло улучшать обзор операционного поля. Выполнялся, в основном, воротникообразный разрез, а при внутригрудном зобе – стернотомия. Операции редко сопровождалась обязательным выделением ВГН и околощитовидных желез.

Объем выполнявшихся операций соответствовал гемитиреоидэктомии, субтотальной резекции ЩЖ с оставлением ткани верхнего полюса слева или справа, субтотальной резекции ЩЖ с оставлением ткани в трахеопищеводных бороздах с обеих сторон для сохранения ВГН, тиреоидэктомии (предпринимались редко и, в основном, при запущенном раке, так как отсутствовала возможность надежно компенсировать послеоперационный гипотиреоз), энуклеации узла, резекции доли ЩЖ. При раке операция иногда дополнялась биопсией шейных лимфатических узлов. При наличии признаков их метастатического поражения предпринималась операция Крайла или щитовидный вариант этой операции с сохранением яремной вены и добавочного нерва (Вагнер Р.И., 1977).

Применявшиеся инструменты: узкие крючки Фарабефа, кровоостанавливающие зажимы с насечкой длиной 12 и 16 см, зажимы типа «Москит» (прямой и изогнутый), ножницы Купера, лопатка Буяльского, зонд Кохера, игла Дешана, диссекторы, аппараты для моно- и биполярной коагуляции. Обязательно применялся стерильный перевязочный материал и простыни. В качестве шовного материала использовали кетгут, на кожу - капрон или шелк. Раны наглухо не зашивались, для дренирования применялись: резиновые дренажи и полудренажи, марлевые тампоны, полоски перчаточной резины, дренажи Редона. На рану накладывалась асептическая повязка.

4 период. Период мультидисциплинарного подхода и прецизионных высокотехнологических вмешательств на ЩЖ (с 1992 г. по настоящий период). Помимо расширения знаний и усовершенствования тиреоидных хирургов в онкологии, эндокринологии, к диагностике и послеоперационному лечению больных, привлекаются различные специалисты (по лучевой диагностике и лечению, морфологии, генетике, невропатологи и нейрохирурги). То есть, осуществляется мультидисциплинарный подход в определении характера заболевания и выработке программы лечения пациентов. Происходит объединение усилий разных специалистов. Осуществляется объединение российских специалистов (с 1990 г.) внутри страны, всесторонняя и глубокая интеграция отечественных и зарубежных специалистов (с 2003 г.) с

помощью организации международных научно-практических собраний, мастер-классов по эндокринной хирургии; включение в периодическую печать разделов, посвященных проблемам хирургии и онкохирургии органов эндокринной системы; организация специализированных центров эндокринной хирургии и онкологии в рамках общехирургических учреждений.

Предоперационные методы обследования (ультразвуковое исследование, пункционная биопсия, рентгеновские методы) позволяют точно и своевременно устанавливать диагноз и планировать рациональный объем операций. Лабораторные маркеры возможного рецидива ДТЗ (антитела к рецепторам к ТТГ) позволяют аргументированно предложить и выполнить больному тиреоидэктомию и исключить рецидив заболевания. Генетические исследования помогают прогнозировать развитие рака ЩЖ у больных семейными формами медуллярных карцином и синдромом множественной эндокринной неоплазии. Определение кальцитонина и тиреоглобулина помогают рано выявлять рак и его прогрессирование.

Показаниями к операции в настоящее время являются: рак ЩЖ, фолликулярная опухоль (диагноз устанавливается цитологически), шейно-загрудинная и внутригрудная локализация зоба, токсические формы зоба (автономная форма, при неэффективности или непереносимости лечения, осложненные формы тиреотоксикоза, сочетание их с узловыми образованиями ЩЖ, молодой возраст, мужской пол, тяжелая офтальмопатия, планируемая беременность).

Обезболивание обычно общее. Разрезы выполняются косметически выгодные: воротничкообразные вдоль кожных складок, при раке ЩЖ – «зигзагообразные» или по MacFee. Отличием от предыдущего периода является возможность применения современных методик гемостаза (моно- и биполярная, ультразвуковая, аргоноплазменная и другие виды коагуляции), микроскопической техники для идентификации ВГН и околощитовидных желез, нейромониторинга. В настоящее время появилась возможность использовать шовный материал с разными свойствами, в том числе нити на атравматической игле при расширенных и комбинированных вмешательствах на ЩЖ (при инвазии опухоли в пищевод и крупные сосуды), современный шовный материал прочный и лишен аллергенности. Современные методы гемостаза и шовный материал позволяют заканчивать операции без дренажа. При необходимости дренирования используются системы вакуумного дренирования.

Таким образом, проведя впервые анализ динамики частоты осложнений после операций на ЩЖ в IX – начале XX веков за рубежом, в России, в том числе, на примере опыта Санкт-Петербургской школы тиреоидной хирургии, нам удалось выяснить основные причины их благоприятной динамики в разные периоды развития отечественной эндокринной хирургии. Ряд новаций (операции под общим обезболиванием и визуальным контролем ВГН, использование сосудистых зажимов с замками, предоперационная диагностика опухолей, послеоперационная верификация злокачественных образований ЩЖ) в хирургии ЩЖ, предложенных российскими учёными (Пироговым Н.И., Бобровым А.А., Разумовским В.И.) остаются актуальными и вошло в современный «золотой стандарт» диагностики и лечения тиреоидной патологии.

Выводы

1. Благоприятная динамика результатов хирургического лечения больных тиреоидной патологией на протяжении 200 лет, выразившаяся в снижении показателей летальности, неспецифических и специфических осложнений в десятки раз, подтвердила необходимость изучения роли факторов, определивших эволюцию хирургии ЩЖ в России с начала XIX века.

2. Рациональные технические основы операций на ЩЖ в России были заложены в 1831 г. Н.И. Пироговым и успешно реализованы им впервые в России на практике через 16 лет – в 1847 г. Это была первая в мире операция на ЩЖ, выполненная под наркозом Н.И. Пироговым. Тиреоидная хирургия в нашей стране в эру общего и местного обезболивания, антисептики и асептики, применения кровоостанавливающих зажимов в начале XX века утратила свои худшие черты и перестала быть редкостью.

3. Диссертация доктора Н.Ф. Лежнева (1904) стала первым, по-настоящему значимым, но забытым трудом, отражающим вклад российских хирургов в развитие техники и распространение операций на ЩЖ в России. Отечественные хирурги во главе с А.А. Бобровым, уже в период с 1893 по 1903 гг. первыми в мире применяли наиболее прогрессивную, с современной точки зрения, технику операций на ЩЖ – они начали оперировать под визуальным контролем возвратных нервов. В.И. Разумовский в 1904 г. первым в мире для диагностики опухолей ЩЖ начал применять пункционную и трепанационную биопсию, давал ларингоскопическую оценку гортани у всех больных перед операциями на ЩЖ, охарактеризовал и назвал определённую форму опухоли ЩЖ медуллярным раком.

4. Первая встреча двух выдающихся российского и американского хирургов – С.П. Фёдорова и W.W. Mayo состоялась в мае-июне 1914 г. в Санкт-Петербурге. Однако их сотрудничество прекратилось в 1920-е годы из-за изменений в социально-политической жизни России. Возобновление встреч с зарубежными коллегами началось в 2000 гг., благодаря профессиональным контактам сотрудников Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии. Началом восстановления регулярного развития интернационального сотрудничества российских эндокринных хирургов на уровне страны стал XIII Российский симпозиум эндокринных хирургов с международным участием, впервые проведенный 15 – 17 июля 2003 г. Это событие стало реальным проявлением реинтеграции российских хирургов в международное научное сообщество.

5. Два ученика профессора И.Ф. Мойера в Дерптском университете - Н.И. Пирогов и Ф.И. Иноземцев основали кафедру госпитальной (факультетской) хирургии в Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге и факультетской хирургии в Московском университете, соответственно. Ученики и последователи профессора Ф.И. Иноземцева по линии Военно-медицинской академии и Женского медицинского института в Санкт-Петербурге (Ленинграде) оказали основное влияние на формирование Е.С. Драчинской и её ученика Л.Н. Камардина как тиреоидных хирургов. Результатом стала организация Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии 1996 г.

6. На основании изучения 200 - летней эволюции хирургии ЩЖ в России нами установлено, что положительную динамику развития определили 12 основных факторов (знание хирургической анатомии шеи, морфологии и функции ЩЖ, внедрение антисептики и асептики, усовершенствования обезболивания, разработка и применение эффективных инструментов и методики операций и др.), на протяжении 4 периодов (первые операции на ЩЖ; совершенствование операций на ЩЖ в русле общехирургических дисциплин; специализация и внедрение в хирургическую практику новых методов лабораторной и радиоизотопной диагностики и лечения; мультидисциплинарность в обследовании больных и применение высокотехнологичных вмешательств на ЩЖ).

Практические рекомендации

1. Каждую лекцию и практическое занятие со студентами рационально предварять исторической справкой, касающейся рассматриваемой темы со специальным акцентом на существенный не потерявший актуальности вклад отечественных учёных в решение фундаментальных и лечебно-диагностических вопросов проблемы.

2. Постдипломное образование молодых специалистов рационально дополнить непременно участием в научных собраниях различного уровня для более широкого ознакомления с историей и современным состоянием проблем медицины и хирургии в нашей стране и за рубежом. Активная работа на конференциях позволила бы начислять баллы за выступления, дающих определённые преференции для дальнейшей обучения, специализации и продвижения.

3. Планировать дальнейшее исследование этапов (периодов) становления и развития других разделов эндокринной хирургии в нашей стране и за рубежом.

4. Продолжить поиск и популяризацию аргументов в пользу выделения эндокринной хирургии в отдельную специальность как мультидисциплинарного раздела хирургии, включающего научно-практическую подготовку по эндокринологии, онкологии, ларингологии и неврологии.

5. Активизировать пропаганду важных достижений и приоритетов российских ученых в хирургии ЩЖ на российских и международных собраниях хирургов, онкологов и эндокринологов на примере положительной 200-летней динамики показателей ранних послеоперационных осложнений и летальности в России.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Романчишен, А.Ф. История хирургии щитовидной железы в Европе и США (конец XVIII – начало XX веков) /Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Романчишен Ф.А.// Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т.20, №2 (прил. 1). – С. 23-24
2. **Романчишен, А.Ф. Начало истории лечения больных раком щитовидной железы (19 – первой половина 20 столетия) в Европе и США/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.// Онкохирургия. – 2010. - №1. – С. 47-52**
3. Романчишен, А.Ф. Начало и продолжение сотрудничества между российскими и американскими хирургами /Романчишен А.Ф., Нечай А.И., Вабалайте К.В. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XIX Российского симпозиума с международным участием – Челябинск, 2010. – С.311-314
4. Романчишен, А.Ф. Празднование 150-летнего юбилея со дня рождения Sir J.Berry/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.// Онкохирургия. – 2010. – Т. 2-3. – С. 87-88
5. Романчишен, А.Ф. История изучения рака щитовидной железы/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Онкохирургия. – 2010. – Т. 2-3. – С. 87
6. **Романчишен, А.Ф. Встреча сотрудников клиник Mayo и С.П. Федорова в начале 20-го века/ Романчишен А.Ф., Нечай А.И., Вабалайте К.В. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – Т. 169, №5 – С. 104-106**
7. **Романчишен, А.Ф. Основные направления и разногласия в лечении больных диффузным токсическим зобом и раком щитовидной железы/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 170, № 3 – С. 58-63**

8. Романчишен, А.Ф. Рак щитовидной железы: история изучения в период с XIX до середины XX века/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Романчишен Ф.А. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 170, № 5 – С. 87-92
9. Романчишен, А.Ф. Современные тенденции в лечении больных дифференцированным раком щитовидной железы в разных странах мира/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Кубанский медицинский научный вестник– 2013. – Т. 139, №4 – С. 86-91
10. Романчишен, А.Ф. Решение актуальных проблем диагностики и лечения болезни Грейвса и рака щитовидной железы в различных регионах мира/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Багатурия Г.О. // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2012. – Т. 8, №1 – С. 19-27
11. Романчишен, А.Ф. Вклад Н.И. Пирогова в развитие хирургии щитовидной железы/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя» (прил. к вестнику Санкт-Петербургского государственного университета). – Санкт-Петербург, 2010. – С. 863
12. Романчишен, А.Ф. История хирургического лечения рака щитовидной железы /Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В // Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя» (прил. к вестнику Санкт-Петербургского государственного университета). – Санкт-Петербург, 2010. – С. 861-862
13. Романчишен, А.Ф. Посещение клиники С.П. Федорова американскими коллегами в начале XX века / Романчишен А.Ф., Нечай А.И., Вабалайте К.В // Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя» (прил. к вестнику Санкт-Петербургского государственного университета). – Санкт-Петербург, 2010. – С. 34
14. Романчишен, А.Ф. Sir James Berry (1860-1946) / Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В // Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя» (прил. к вестнику Санкт-Петербургского государственного университета). – Санкт-Петербург, 2010. – С. 864
15. Romanchishen, A.F. History of forgotten picture / Romanchishen A.F., Vabalayte K.V., Dovganjuk V.S. // XIV Annual Conference of European Society of Surgery. – Turin, Italy, 2010. – P. 88
16. Romanchishen, A.F. The story of an old photograph/ Romanchishen, A.F., Vabalayte K.V., Tovbina M.H. // Surgery. – 2011. – vol. 149. - № 3 – P. 452-454
17. Romanchishen, A.F. Not enough known aspects in thyroid surgery/ Romanchishen, A.F., Vabalayte K.V., Mikirtichian G.L. // 2nd Italian-Russian Congress of Surgery and Gynecology. – Perugia, Italy, 2011. – P. 71-72
18. Romanchishen, A.F. The 150th anniversary of famous England surgeon Sir James Berry (1860-1946) /Romanchishen, A.F., Vabalayte K.V., Mikirtichian G.L. // 2nd Italian-Russian Congress of Surgery and Gynecology. – Perugia, Italy, 2011. – P. 73-75
19. Романчишен, А.Ф. История изучения топографии возвратных гортанных нервов /Романчишен А.Ф., Микиртичан Г.Л., Вабалайте К.В.// Онкохирургия. – 2011. – Т. 3, №3. – С. 82-87
20. Романчишен, А.Ф. Американские доктора в клинике С.П. Федорова в начале XX века/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Онкохирургия. IV Международный конгресс «Опухоли головы и шеи» Байкал – 2011, 2-4 сентября. – С.81

21. Романчишен, А.Ф. Основные направления и разногласия в лечении больных раком щитовидной железы/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // I Научно-практическая школа «Современные методы диагностики и лечения опухолей щитовидной железы». – Москва, 2011. – С. 26-38
- 22. Романчишен, А.Ф. Ургентные операции при заболеваниях щитовидной железы и послеоперационных осложнениях/ Романчишен А.Ф., Багатурия Г.О., Богатиков А.А., Ким И.Ю., Вабалайте К.В. // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. –2012 – Т. 171, №2 - С. 34-40**
23. Романчишен, А.Ф. Неотложные вмешательства при заболеваниях щитовидной железы и послеоперационных осложнениях/ Романчишен А.Ф., Богатиков А.А., Ким И.Ю., Вабалайте К.В.// Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XXI Российского симпозиума с международным участием – Казань, 2012. – С. 253-258
24. Романчишен, А.Ф. История и основные направления в развитии диагностики и лечения рака щитовидной железы (по основным докладам на конференциях 2008-2010 годов на Азиатской, Европейской, Американской ассоциациях эндокринных хирургов и Интернациональной федерации онкологических обществ по изучению опухолей головы и шеи – IFHNOS)/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Избранные лекции, тезисы докладов, презентации на международных конгрессах Санкт-Петербургского центра эндокринной хирургии и онкологии в 2003-2012 гг. – СПб, 2012 - С. 64
- 25. Romanchishen, A.F. Russian Contribution in Thyroid Surgery: More Than a Century in the Shade/ Romanchishen A.F., Vabalayte K.V., Tovbina M.H. //WJS. – 2013. – vol. 37. - № 10 – P. 2343-2347**
26. Романчишен, А.Ф. Осложнения заболеваний щитовидной железы и хирургического лечения тиреоидных больных/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В.// Медицинская газета. – 2012. - №55. – с. 8-9
27. Романчишен, А.Ф. Осложнения заболеваний щитовидной железы и хирургического лечения тиреоидных больных (окончание)/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Медицинская газета. – 2012. - №56. – с. 8-9
28. Романчишен, А.Ф. Российские приоритеты в тиреоидной хирургии XIX – начала XX веков: Под редакцией профессора А.Ф. Романчишена./ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. – Спб: ООО «Типография Феникс», 2013.-198 с. - Библиогр.: с.177-193
29. Романчишен, А.Ф. История изучения возвратного гортанного нерва/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Педиатр. – 2013. – Т. 4, №4 – С. 96-102
30. Романчишен, А.Ф. Зарождение, развитие хирургии щитовидной железы в России в XIX – начале XX века и настоящее время/ Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В. // Эндокринная хирургия. – 2014. – №1 – С. 27-36
- 31. Романчишен, А.Ф. Хирургическая профилактика повреждения возвратных гортанных нервов и околощитовидных желез / Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А., Вабалайте К.В. // Онкохирургия. – 2013. – Т.5, №2 – С. 52-56**

Схема №1 история формирования тиреоидной школы в Санкт-Петербурге



Ф.И. Иноземцев (1802-1869)

И.К. Мойер (1786-1851)



Н.И. Пирогов (1810-1881)



Московский Университет



Военно-Медицинская Академия



Н.В. Склифосовский (1836-



А.А. Бобров (1850-1904)



С.П. Федоров (1869-1936)



Г.Ф. Цейдлер (1861-1940)



Н.Ф. Лежнев (1873-1932)



В.А. Шаак (1880-1957)



Е.С. Драчинская (1893-1969)



В.И. Корхов (1894-1968)



И.Д. Аникин (1887-1978)



Женский медицинский институт



Л.Н. Камардин (1929-1991)

Санкт-Петербургский Центр хирургии и онкологии органов эндокринной системы, основанный проф. А.Ф. Романчишениным в 1996 г.