

# Владимир Андреевич Оппель: ученый, хирург, эндокринолог, педагог, генерал, историк, музыкант

## Часть 2\*

С. И. Рыбаков

Условно этот срок можно было бы разделить на три периода, но без четкого их разграничения.

Первые десять с небольшим лет характеризовались ростом и формированием В. А. Оппеля как высококлассного хирурга, крупного ученого, исследователя, выдающегося клинициста. В эти годы им были выполнены значительные экспериментальные и клинические исследования в разных областях хирургии, предложены основополагающие концепции сущности и механизмов развития ряда заболеваний и патологических состояний и предложены методы их коррекции. Венцом достижений стало учение о редуцированном и коллатеральном кровообращении, изложенное в монографии «Коллатеральное кровообращение» [11], содержание которой позволило по-новому взглянуть на патогенез сосудистой патологии и связанных с нею расстройств, а также предложить рекомендации по коррекции этих состояний.

В этой монографии и еще в ряде публикаций [12—14] были обобщены все известные сведения по данной проблеме, представлен анализ результатов проведенных автором и его учениками экспериментальных исследований, клинических наблюдений и выдвинут ряд проблемных вопросов. Впервые было отмечено, что степень развития коллатерального кровообращения может быть определена на основании изучения и сопоставления путей притока и оттока, т. е. артериальной и венозной систем. Было введено понятие о достаточности и недостаточности артериальных коллатералей в зависимости от уровня окклюзии и рассмотрен ряд вопросов

сосудистой патологии. Одним из первых автор исследовал характер компенсации нарушенного венозного кровообращения внутренних органов. Для стимуляции коллатерального кровообращения В. А. Оппель выдвинул идею редуцированного кровообращения за счет перевязки вен при нарушениях кровотока в соответствующих магистральных артериях. Дополнительно предложил выполнять вмешательства на симпатической нервной системе и еще ряд мероприятий. В целом эта монография представила образец нового подхода к клиническим проблемам с физиологических и патофизиологических позиций, что было принципиально новым в клинической практике. Работу высоко оценили не только в России, но и за рубежом. Автор был избран Почетным членом Лондонского королевского хирургического общества. По итогам этих исследований в клинике были подготовлены 9 диссертаций, опубликован ряд работ.

Для стимуляции коллатерального кровообращения В. А. Оппель предложил внутриартериальное введение лекарственных средств. В 1909 г. на этой основе разработал методику регионарного обезболивания путем введения анестетиков по току крови в артерии соответствующих зон, в частности 0,5 % раствора новокаина [15]. Этот способ использовался при операциях на стопе, кисти. В последующем из этого направления выросли методики внутрисосудистой регионарной химиотерапии. Были выполнены интересные исследования гедоналового наркотика, который оказался особенно эффективным у истощенных, ослабленных больных, когда требо-

\* Продолження. Початок у № 1 (65) 2019.

валось выполнить кратковременное, небольшое по объему вмешательство. Параллельно с научными исследованиями В. А. Оппель совершенствовал хирургическое мастерство, стал талантливым клиницистом и виртуозным хирургом. Им были описаны ряд новых симптомов хирургических заболеваний, усовершенствованы или предложены новые методики операций.

Второй период деятельности В. А. Оппеля совпал со временем войн и революций, сотрясавших Россию на протяжении многих лет. И здесь его талант как военного хирурга оказался востребованным в полной мере. Развивая идеи Н. И. Пирогова, он усовершенствовал и в значительной степени создал заново отечественную военно-полевую доктрину, явившуюся основой мероприятий помощи раненым и пострадавшим во время боевых действий. Параллельно раскрылась еще одна сторона его таланта — как военного хирурга-практика. Предложенные и опробованные им методики лечения ран и травм получили широкое распространение и спасли жизнь многим тысячам раненых [16—24].

Начавшаяся в 1914 г. Первая мировая война внесла суровые коррективы в развитие отечественной медицины. С учетом того, что, по свидетельству Н. И. Пирогова, война является «травматической эпидемией», на первый план выдвинулись вопросы военно-полевой хирургии. Вклад В. А. Оппеля в ее развитие и практическую реализацию трудно переоценить. По сути он явился одним из отцов-основателей, после Н. И. Пирогова, этого направления клинической хирургии. Высказанные им взгляды и положения, разработанные рекомендации по системе оказания хирургической помощи раненым и пострадавшим в условиях боевых действий фактически послужили фундаментом развития военно-полевой хирургии, опыт которой был принят не только в России, но и в ряде других стран.

С началом боевых действий в течение августа — декабря 1914 г. он работает хирургом-консультантом и хирургом фронта от Главного управления Российского общества Красного креста на Северо-Западном фронте, в ноябре — декабре — на Кавказском фронте, в 1915 г. — на Юго-Западном фронте. В 1916 г. возглавил Управление санитарной частью Северного фронта. В. А. Оппель выполнил колоссальный объем практической и организационной деятельности по оказанию помощи раненым и параллельно разработал основные принципы этапного лечения различных категорий пострадав-

ших в условиях войскового района. Все эти соображения и материалы изложены в многочисленных отчетах, докладах, памятных записках, в ряде публикаций. Им было опубликовано порядка 40 работ, в которых освещались вопросы организации медицинской помощи и лечения раненых в период боевых действий. Они легли в основу опубликованной в 1917 г. монографии «Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии» [17]. В 1940 г., уже после его смерти, на этой основе была издана еще одна его книга — «Очерки хирургии войны» [18], многие положения которой нашли широкое применение во время Отечественной войны 1941—1945 гг.

Одними из основных аспектов созданной им системы военно-полевой хирургии были вопросы этапного лечения раненых. В. А. Оппель писал [17]: «Раненый получает такое хирургическое пособие, тогда и там, где и когда в таком пособии обнаружена необходимость. Раненый эвакуируется на такое расстояние от линии боя, которое выгодно для здоровья. Лечение раненых, связанное с эвакуацией, я назвал этапным лечением». Он выделил три пояса хирургической деятельности в условиях боевых действий: передовой, промежуточный, тыловой. Медицинские учреждения передового пояса (госпитали), по его мнению, предназначались для оказания неотложной помощи, целью которой было предупреждение развития инфекции. Сюда же следует добавить действия, направленные на устранение непосредственной угрозы для жизни раненых (остановка кровотечения, выведение из шока и др.). Соответственно он предлагал создавать госпитали двух типов: полевые-подвижные, которые сопровождают наступающие войска, и госпитальные базы для лечения тяжелораненых. Воплощая в жизнь свою идею, в 1916 г. в Двинске В. А. Оппель создал коллектор, куда входили госпитали для раненых в живот, грудь, голову, конечности.

Помимо разработки организационных мероприятий по оказанию помощи раненым, В. А. Оппель значительное внимание уделял многим частным вопросам военно-полевой хирургии. Раненые с огнестрельными ранениями конечностей с обширными повреждениями мягких тканей, множественными переломами костей составляли значительную часть пострадавших во время боевых действий. Он выступил за выполнение ранней, не позднее 6—12 часов, первичной обработки подобных ран с целью предупредить развитие инфек-

ции, т. к. у раненых, которым не производилось подобное вмешательство «...результат был плачевный: инфекции, гангрены, вторичные вмешательства на месте раздробления костей, ампутации и смерть». Для лечения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей им был предложен проволоочный шов для скрепления костных отломков. Отстаивал он необходимость в ранних вмешательствах при ранениях в живот, по поводу чего отрицательно высказывались многие, даже известные, хирурги, но его точка зрения в конечном итоге оказалась правильной. Значительное внимание уделял вопросам выхаживания раненых с предложениями широкого привлечения женщин к этой деятельности. Помимо разработки научно-организационных основ оказания помощи раненым во время военных действий, В. А. Оппель лично оперировал и консультировал сотни раненых, выезжал в воинские части, выступал с докладами, проводил семинары по оказанию помощи пострадавшим. Например, в 1916 г. в одном из госпиталей под Ригой он в течение недели оперировал 325 раненых. За личное участие в военных действиях был награжден почетным знаком «За отличие под огнем неприятеля». В 1916 г. В. А. Оппелю был присвоен чин действительного статского советника, что в Российской табели о рангах соответствует четвертому классу и званию генерал-майора.

В 1917 г. после Февральской революции он в течение 4 месяцев был первым президентом Военно-медицинской академии, а затем начальником Медицинского управления Северного фронта. Не менее активной и плодотворной была деятельность В. А. Оппеля как военно-полевого хирурга и в годы гражданской войны. Он широко применял и усовершенствовал разработанные им методы оказания помощи раненым, создавал летучие отряды из квалифицированных хирургов, с которыми лично выезжал в районы боевых действий. В 1920 г. за работу «Борьба с отморожениями в полевых войсках» Реввоенсовет Республики присуждает ему первую денежную премию. Большинство его научно-практических разработок легли в основу доктрины военно-полевой хирургии, разработанной и принятой на государственном уровне в 1930 г. и доказавшей эффективность во время Отечественной войны 1941—1945 гг. Понимая важность подготовки кадров военных врачей, в 1930 г. В. А. Оппель создал и возглавил в Военно-медицинской академии

первую в СССР кафедру военно-полевой хирургии, которая сейчас носит его имя [25].

После окончания гражданской войны В. А. Оппель продолжил исследования в области абдоминальной, сосудистой хирургии и проявил себя как крупный организатор здравоохранения. Его усилиями и под его руководством в Ленинграде были созданы несколько хирургических кафедр в медицинских институтах, открыты крупные многопрофильные хирургические отделения в городских больницах [1—9]. Масштабы организационной, хирургической и научной деятельности В. А. Оппеля в последующее десятилетие поражают. Вернувшись в начале 1918 г. в Петроград, возглавил академическую хирургическую клинику, в 1924—1927 гг. по совместительству руководил 40-кочным хирургическим отделением Рентгенрадиологического института. В 1927—1929 гг. под его руководством осуществлялись восстановление и реконструкция больницы имени И. И. Мечникова, был ее директором и на ее базе организовал многопрофильное хирургическое отделение, где выполнялось до 6000 операций в год. Здесь же он создал 2-ю хирургическую кафедру Ленинградского государственного института для усовершенствования врачей. В феврале 1928 г. возглавил кафедру факультетской хирургии Государственного института медицинских знаний.

В многогранной личности В. А. Оппеля прекрасно совмещались таланты передового исследователя, автора многих научных теорий, организатора здравоохранения, особенно военно-полевой хирургии, с высоким мастерством хирурга-практика. Как хирурга его отличали прекрасное знание анатомии, умение четко ориентироваться в обнаруженной патологии, способность к принятию быстрых и ответственных решений и, наконец, прекрасная хирургическая техника. Он одинаково широко и успешно оперировал при заболеваниях органов брюшной полости, грудной клетки, при сосудистых и ортопедических заболеваниях. Творческий подход к различным формам хирургической патологии способствовал тому, что он смог разработать новые или усовершенствовать многочисленные варианты операций при различных заболеваниях, многие из которых ныне носят его имя [26]. В частности, им были предложены операция гастропексии при опущении желудка, артродез голеностопного сустава, операция ушивания перфоративной язвы желудка, оригинальная модификация пластики пахового канала при грыже, методики иссечения наружных

дуоденальных свищей, иссечения внутрибрюшных спаек, перевязка магистральной вены конечности с одновременным лигированием соответствующей артерии, способ внебрюшинной одномоментной резекции толстой кишки, способ пластики при диафрагмальной грыже доступов к надпочечнику, парашитовидным железами др. Он прекрасно ориентировался, оперировал и был отличным диагностом в неотложной хирургии. Например, известен случай [27], когда в его клинику привезли молодого человека с ножевым ранением сердца. Состояние пострадавшего было крайне тяжелым. Фактически он умирал от кровотечения. Владимир Андреевич вскрыл грудную клетку, обнажил сердце, на задней поверхности которого была линейная, интенсивно кровоточащая рана. Наложить швы на рану не удавалось. Тогда он прижал сердце к груди, наложил швы и остановил кровотечение, но сердце остановилось. С помощью массажа и интенсивных инфузионных вливаний сердечная деятельность восстановилась. Больной выздоровел.

Многие современники и ученики В. А. Опделя отмечали его необычайно высокий талант воспитателя, учителя, лектора. Он проявился уже в 1902 г., когда, участвуя в конкурсе на соискание звания приват-доцента, представил две лекции — «Экспериментальный микробный перитонит» и «Сужение привратника желудка». Выступить требовалось без конспекта и четко уложиться в отведенное время. Владимир Андреевич блестяще справился с поставленной задачей. Его лекции заслужили одобрение и высокую оценку комиссии. В последующем, занимая посты руководителя различных хирургических клиник, он прочел тысячи лекций по самым разнообразным вопросам хирургии. Его сообщения отличались глубиной и содержательностью представляемого материала, насыщенностью новыми сведениями в сочетании с блестящей формой подачи, прекрасным стилем и языком изложения. Параллельно он был вдумчивым и мудрым наставником для младших коллег, умел направить их мысли и деятельность по нужному руслу, подсказать, но не навязывать, пути решения тех или иных вопросов. Результатом явилось создание хирургической школы В. А. Опделя, из которой вышли выдающиеся отечественные ученые, хирурги С. С. Гирголав, С. Р. Миротворцев, М. Н. Ахутин, С. И. Банайтис, П. С. Иконников, Н. Н. Петров, Н. Н. Самарин, П. П. Напалков, М. С. Лисицын, В. И. Попов, В. М. Назаров, И. А. Клюсс.

Наряду с педагогической деятельностью, чтением лекций, консультациями научных работ сотрудников, операциями, выполнением собственных исследований В. А. Оппель принимал активное участие в общественной жизни. С 1897 г. плодотворно работал в Обществе русских врачей памяти Н. И. Пирогова. Здесь на одном из заседаний он доложил результаты своей первой научной работы о врожденном расширении толстых кишок. В течение 7 лет, начиная с 1917 г., был товарищем (заместителем) Председателя, а затем Председателем Пироговского общества. Его доклады и выступления всегда привлекали внимание хирургической общественности. Кроме прекрасного стиля изложения, он почти всегда предлагал «научную пищу» для аудитории в виде новых оригинальных мыслей, взглядов, нередко расходившихся с общепринятыми. Особенно наглядно проявлялась его роль в организации и проведении съездов российских хирургов. Впервые выступил на XII (1912) съезде Российских хирургов с докладом о редуцированном кровообращении, который вызвал большой интерес и оживленную дискуссию. На XIII съезде (1913) совместно со своими сотрудниками представили не менее интересное сообщение о хирургии толстого кишечника. В последующие годы редкие съезды или конференции обходились без участия В. А. Опделя. Знаком глубокого уважения хирургической общественности явилось избрание его Председателем XX Съезда российских хирургов в 1928 г. К этому следует добавить многочисленные доклады и выступления на других съездах и конференциях, где аудитория, как правило, встречала его сообщения доброжелательно и с повышенным интересом. В. А. Оппель был членом многочисленных ученых советов, ряда хирургических обществ, включая зарубежные, редколлегий хирургических и других профильных журналов.

На фоне многочисленных монографий, статей, сообщений по сугубо научным вопросам особое место занимает его капитальная работа «История русской хирургии» (1923), изложенная на 416 страницах [28]. В ней автор выступает не только как знаток истории, имен, событий, но и как патриот своей Родины и отечественной хирургии, который убедительно доказывает приоритеты и наглядно демонстрирует ее ведущую роль в ряду мировых хирургических дисциплин. Автор выступает против расхожего мнения многих историков медицины, отвергавших успехи отечественных хирургов в разработке многих направлений хирургической науки



и отдававших предпочтение немецким и другим специалистам.

Монография состоит из двух частей по 13 глав в каждой. В историческом аспекте автор делит историю русской хирургии на два периода — до Н. И. Пирогова и после. Каждый из них в свою очередь разделяется на подпериоды. Центральной фигурой в развитии русской и, в значительной мере, мировой хирургии, безусловно, является Н. И. Пирогов. В. А. Оппель писал: «Ни до Пирогова, ни после него не было в России хирургического гения, который поразили и поражает до сих пор своей разносторонностью, глубиной мысли, смелостью, оригинальностью и в то же время чисто правильностью суждения, который блещет идеями новатора и проводит их в жизнь, который горит неукротимой энергией, который указывает новые пути в крупнейших вопросах хирургии не только в своем Отечестве, но и для всего света». Восемь глав монографии фактически посвящены этому гению русской хирургии, его школе, его трудам, выдвинувшим отечественную хирургию на передовые позиции в мире. Помимо этого, исчерпывающе освещаются многие аспекты отечественной хирургии, в продвижении которых в жизнь ведущая роль принадлежала русским ученым и практикам. Прекрасно описаны деятельность многих выдающихся русских хирургов и их клиник, перечисление имен которых заняло бы не одну страницу, представлены развитие земской хирургии, роль хирургических обществ, журналов, съездов. Отдельная глава посвящена деятельности женщин-хирургов в России. Помимо этой монографии, В. А. Оппелю принадлежит ряд работ по вопросам этики, деонтологии, мемуарного характера. Следует упомянуть его книгу «Успехи современной хирургии», которая была высоко оценена А. М. Горьким, воспоминания «Февральская революция и Военно-медицинская академия». Таким образом, совокупность публикаций по этим вопросам следует рассматривать как еще одно успешно развиваемое направление хирургии.

Интересуясь на протяжении всей деятельности вопросами эндокринной хирургии, В. А. Оппель в 1920-е гг., в последнее десятилетие своей жизни, особенно интенсивно занялся этим новым и перспективным разделом клинической хирургии. Его исследования в этом направлении фактически охватили все основные разделы патологии эндокринных желез — щитовидной, паращитовидных, надпочечников, поджелудочной. Выдвинутые им взгляды,

полученные интересные результаты исследований отличались новизной и оригинальностью, хотя не все они оказались в последующем правильными в силу ограниченности возможностей науки того времени. Тем не менее В. А. Оппель можно считать одной из крупных ведущих фигур, сыгравших большую роль в становлении эндокринной хирургии и обогативших ее многочисленными достижениями. В нескольких крупных монографиях и программных статьях были изложены передовые для того времени взгляды на сущность ряда эндокринных заболеваний, хирургические подходы к их лечению, на роль всей эндокринной системы при хирургической патологии [29—42].

Наряду с изучением закономерностей функционирования в норме и при патологии эндокринных желез им успешно разрабатывались прикладные аспекты патогенеза, клиники, диагностики и лечения различных эндокринных заболеваний. Занимаясь общей эндокринологией, В. А. Оппель выдвинул ряд концепций, определяющих характер деятельности эндокринных желез, их взаимодействий и участия в ряде патологических процессов в организме. Многие его взгляды явились опережающими уровень развития науки того времени.

Представляет интерес выдвинутая В. А. Оппелем концепция так называемой эндокринной формулы заболевания [36, 37]. Согласно ей, при заболевании одной из эндокринных желез в патологический процесс в большей или меньшей степени могут вовлекаться другие железы, расстройства функций которых накладывают определенный отпечаток на течение основного заболевания. Выявление эндокринной формулы достигается путем изучения симптомов заболеваний. Например, при Базедовой болезни возможно наличие признаков недостаточности или гиперфункции надпочечников. Аналогичная картина может наблюдаться при некоторых других заболеваниях. Более сдержанно В. А. Оппель относится к возможности влияния эндокринных желез на конституцию.

В. А. Оппелю принадлежат ряд интересных мыслей и теоретических построений, касающихся деятельности фактически всех эндокринных желез. Параллельно он предложил ряд практических рекомендаций, базирующихся на результатах собственных исследований. Детально изучая клинические состояния, характеризующиеся гипер- и гипofункцией различных желез, он справедливо выделил ведущее значение хирургических методов лечения

для первых. При рассмотрении деятельности щитовидной железы подверг анализу состояние дисфункции, помимо наличия признаков повышенной и пониженной функции. Для нее могут быть характерны сочетания признаков обоих означенных состояний. Далее он допускает возможность перехода состояния гиперфункции — Базедова болезнь в гипофункцию в результате истощения резервов деятельности железы. Хирургическое лечение больных с повышенной функцией щитовидной железы должно заключаться в уменьшении объема тиреоидной ткани. В. А. Оппель разработал детальные схемы показаний, противопоказаний и предоперационной подготовки для больных с болезнью Базедова. В частности, доказал значительный клинический эффект переливаний крови больным до операции. Однако в вопросах хирургической тактики он пользовался подходами, разработанными еще Th. Kocher, и игнорировал более прогрессивные методики J. Miculicz и А. В. Мартынова. При тиреотоксикозе прибегал к двухэтапным операциям; производил гемитиреоидэктомию (гемиструмэктомию) и резекцию части перешейки, а при отсутствии клинического улучшения через несколько месяцев выполнялась резекция оставшейся доли.

Паратиреоидные железы в течение ряда лет представляли интерес для В. А. Оппеля как объект вмешательств при некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата, в частности анкилозирующего полиартрита [40—44]. По его мнению, полиартрит вызывался инфекцией, развивающейся на почве гиперфункции эпителиальных телец, которая в свою очередь является выражением каких-то конституциональных особенностей организма. На этом основании было предложено выполнять паратиреоидэктомию у подобных больных. Ориентирами для определения показаний к паратиреоидэктомии, помимо выраженной клинической картины, являлось повышенное содержание кальция в крови. В ряде случаев допускалось наличие нормокальцемии. Детальное изучение этих вопросов было осуществлено в клинике В. А. Оппеля его учеником С. П. Федоровым [43]. В докторской диссертации он представил результаты паратиреоидэктомии у 113 больных анкилозирующим полиартритом. Хотя путем определенных подсчетов отмечались положительные результаты лечения у большинства больных, более детальный анализ представленных материалов вызывает некоторые сомнения. В 22 случаях эпителиальные тельца не были обна-

ружены при гистологическом исследовании в удаленных препаратах, а в 32 оно вообще не производилось. По одной паратиреоидной железе было удалено у 49 больных, по 2 — у 4 и по 3 — у 1. Были попытки производить паратиреоидэктомию при болезни Педжета, склеродермии, самопроизвольной гангрене, врожденной ломкости костей, но существенных успехов не наблюдалось. Для повышения эффективности операций в 1926 г. В. А. Оппель предложил выполнять экстрафасциальную гемитиреоидэктомию с двумя паратиреоидными железами с этой же стороны — тиреопаратиреоидэктомию [45]. Однако наблюдения показали, что при аккуратно выполненной гемитиреоидэктомии паратиреоидные железы часто остаются интактными. Подобные подходы к лечению деформирующего полиартрита первое время вызвали интерес у хирургов, в том числе у знаменитого французского хирурга Рене Лериша, который начал выполнять эти операции [46]. Однако в связи с невысокой эффективностью они со временем были оставлены.

Еще одной, в определенной степени сочетанной, сферой научно-практической деятельности В. А. Оппеля явилось изучение распространенного сосудистого заболевания нижних конечностей — самопроизвольной гангрены (син.: облитерирующий эндартериит, артериосклеротическая гангрена, облитерирующий тромбангиит), где он выступал как ангиолог, и выяснение роли надпочечных желез в ее патогенезе, где он явился хирургом-эндокринологом. Кстати, он предложил называть это заболевание надпочечниковым артериозом. Из этих предпосылок родился его интерес к хирургии надпочечников, и последняя получила в последующем плодотворное развитие как одно из направлений эндокринной хирургии.

Не останавливаясь на многочисленных теориях этиологии и патогенеза самопроизвольной гангрены, надпочечникового артериоза, следует сослаться на теорию В. А. Оппеля о происхождении этого заболевания [29]. Он считал источником заболевания сосудов избыточное количество адреналина в крови и связывал последнее с гиперфункцией надпочечников. Что служит причиной гиперфункции надпочечников — оставалось неясным и для В. А. Оппеля. Патологические процессы в сосудах, согласно этой теории, сводятся к тому, что стенки артерий под влиянием гиперадреналинемии перерождаются, а просвет артерий закупоривается тромбом. Этот процесс был первоначально

назван *arteriitis suprarenalis*, однако впоследствии В. А. Оппель считал это название малоподходящим и заменил его на *arteriosis suprarenalis*, т. к. термин *arteriitis* связан с понятием воспаления, а термин *arteriosis* надо понимать как дегенеративный процесс. Теорию В. А. Оппеля поддержали С. С. Гирголав, И. И. Греков, Р. Лериш и еще ряд хирургов, но не меньше было у нее и оппонентов.

Исходя из надпочечникового генеза самопроизвольной гангрены, В. А. Оппель в 1911 г. предложил лечить это заболевание «рентгенизацией надпочечников», а в 1921 г. — более радикальным вмешательством — левосторонней адреналэктомией [35, 47, 48]. Первую левостороннюю эпинефрэктомию по поводу самопроизвольной гангрены В. А. Оппель произвел 21.09.1921 г. Лучевая методика лечения ввиду низкой эффективности была оставлена, но хирургическая адреналэктомия получила распространение и имела положительные результаты у определенной части больных. Для выполнения этой операции В. А. Оппель предложил оригинальный доступ и усовершенствованную методику левосторонней эпинефрэктомии [29, 35, 48]. На основании своей теории редуцированного кровообращения еще в 1906 г. рекомендовал производить перевязку подколенной вены при самопроизвольной гангрене, но, как он сам установил, операция имела паллиативный характер [47]. Параллельно для лечения самопроизвольной гангрены практиковались операции на симпатической нервной системе в виде периаартериальной симпатэктомии, поясничной стволовой и ганглионарной симпатэктомии. В. М. Назаров [48, 49] предложил объединить эти два типа вмешательств — эпинефрэктомию и поясничную симпатэктомию, и 13.06.1929 г. впервые произвел подобную операцию с хорошим результатом. В задаче настоящего сообщения не входит оценка результатов, преимуществ и недостатков названных методов лечения. Можно лишь добавить, что подобные варианты операций для лечения спонтанной гангрены нижних конечностей сохранились в отечественной клинической практике до 1970-х гг. и у части больных сопровождалась неплохим клиническим эффектом.

Помимо надпочечникового артериоза как синдрома гиперкортицизма В. А. Оппель интересовался вопросами хирургического лечения гиперфункции коры надпочечников, в частности на почве опухолей [30, 31, 35]. В литературе имеются сведения, что он попытался выполнить адреналэктомию у 5-летней девочки с признаками преждевременного полового

развития, но опухоли не нашел. В действительности, с его слов, он «обнаружил у нее сравнительно большую опухоль на месте правого яичника», которую удалил. При гистологическом исследовании было установлено, что «клетки (опухоли) не отличаются от клеток коры надпочечников», а клеток яичников не было обнаружено». Можно думать, что это был случай эктопической опухоли коры надпочечника или первичной маскулинизирующей опухоли яичника. В практическом плане ценными явились разработанный В. А. Оппелем оригинальный доступ к левому надпочечнику и техника соответствующей операции; оба эти новшества носят имя автора [35].

В. А. Оппель не оставил без внимания и состояния, связанные с гиперфункцией островкового аппарата поджелудочной железы [31, 38]. В 1924 г. описал клинический синдром гиперинсулинизма, и несколько позднее высказывался, что, «если мне удастся доказать существование первичной гиперфункции островков, то я предложу больному иссечение половины поджелудочной железы». У одного больного он предпринял подобную операцию, но, к сожалению, пациент скончался через трое суток. В исследованиях он подошел к формулировке концепции инсулинорезистентности, а затем — патологического состояния, известного ныне как метаболический синдром. Еще одной высказанной интересной идеей явилось предположение о существовании форм сахарного диабета, связанных с гиперфункцией других эндокринных желез — продуцентов контринсулярных гормонов, т. е. известных сейчас как симптоматический диабет, например стероидный.

Помимо изучения различных вариантов эндокринной патологии, обусловленных гиперфункцией соответствующих желез, В. А. Оппель широко занимался вопросами эндокринной недостаточности. Основным методом лечения в тот период при отсутствии эффективных средств заместительной терапии он считал трансплантацию желез [31]. Характеризовал виды и сущность различных вариантов трансплантации и подчеркнул, что для человека является приемлемой гомо- и гетеротрансплантация (ксенотрансплантация) тех или иных желез. Больным с микседемой рекомендовал использовать в качестве исходного материала «кусочки» ткани щитовидных желез, удаленных у больных с болезнью Базедова. Аналогично для лечения болезни Аддисона использовалась ткань надпочечников, удаленных у больных со спонтанной гангреной. Результаты трансплантаций в большинстве случаев оказывались положительными.

ми, но ограничивались определенными временными промежутками; также положительные результаты давали повторные трансплантации. Оптимальным местом пересадки, по его опыту, являлась подкожная жировая клетчатка передней брюшной стенки или боковой поверхности грудной клетки. Отдельно следует отметить предложение В. А. Опделя производить подсадки стерилизованных фрагментов костной ткани («вываренной бульонной косточки») как источника (депо) кальция для больных с тетанией (гипопаратиреоз) после операций на щитовидной железе [45]. Этот метод оказался достаточно эффективным, получил широкое распространение и использовался в течение многих лет. Вопросами трансплантации эндокринных желез В. А. Опдель активно занимался и пропагандировал их много лет. Выступал с докладами по этой проблеме на VIII Всесоюзном съезде терапевтов (1925), XIX съезде Российских хирургов (1927). На XVIII съезде хирургов (1926) он активно поддержал Н. А. Богоразу, занимавшегося трансплантацией щитовидной железы и в своем выступлении подчеркнул, что «сшивать сосуды при трансплантации надо».

Круг научных и практических проблем, разрабатываемых В. А. Опделем, настолько обширен, что полностью осветить все аспекты его деятельности в рамках представляемой работы практически нет возможности. В монографии «История русской хирургии» В. А. Опдель писал: «Н. И. Пирогов создал школу. Его школа — вся русская хирургия». В свою очередь один из выдающихся отечественных хирургов отмечал, что фигура В. А. Опделя по своим масштабам может быть сопоставлена только с Н. И. Пироговым. К такой оценке трудно что-нибудь прибавить. Избрав хирургию делом своей жизни, В. А. Опдель оставался верен ей до конца. В дневнике он однажды записал: «Кто познал сладость хирургической работы и окунулся в ее горечь, тот навсегда останется хирургом».

Преждевременным и трагическим был уход В. А. Опделя из жизни [1, 2, 4, 6, 22]. Почти в течение 30 лет, с 1900 г., он страдал левосторонним хроническим гайморитом, к которому позднее присоединился фронтит. Почти ежедневно промывал гайморовую пазуху антисептическим раствором, т. к. опасался стать источником инфекции для оперируемых больных. В конце лета 1930 г. воспалительный процесс обострился, появились головная боль на стороне поражения, носовые кровотечения, окружающие заметили левосторонний экзофтальм. Традиционные

лечебные процедуры не помогали. Больного консультировал заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Военно-медицинской академии профессор В. И. Воячек, который предположил, что имеет место обострение полипозного синусита, и рекомендовал произвести диагностическое выскабливание. В декабре 1930 г. ученик Владимира Андреевича, известный онколог, директор Института онкологии, профессор Н. Н. Петров произвел выскабливание гайморовой пазухи. При гистологическом исследовании соскоба были обнаружены клетки папилломатозного рака. Был проведен курс лучевой терапии. Состояние больного улучшилось, исчезли беспокоившие его симптомы, и он вернулся к работе. Однако уже весной 1931 г. возник рецидив заболевания. Необходимость в радикальной операции стала очевидной. В. А. Опдель заявил, что даст согласие на операцию только тогда, когда убедится, что сможет оперировать с одним глазом; планировалось удаление левого глаза. В течение нескольких месяцев привыкал оперировать, предварительно наложив повязку на пораженный глаз. Убедившись, что может оперировать с одним глазом, дал согласие на операцию. После повторного курса лучевой терапии 21.10.1931 г. была произведена операция (Н. Н. Петров) — трансоральная резекция левой челюсти и энуклеация левого глаза. На верхней стенке гайморовой пазухи обнаружена крупная раковая опухоль. Вскоре после завершения лечения В. А. Опдель с протезом верхней челюсти и глаза приступил к работе, оперировал, читал лекции, писал статьи. «Светлый промежуток» длился до сентября 1932 г. Затем вновь появились боль, лихорадка, ознобы. Был диагностирован рецидив рака. Повторная операция не принесла облегчения. Все симптомы сохранялись, присоединились ознобы, рвота, сильная головная боль. Мнения специалистов относительно диагноза расходились, но сам Владимир Андреевич поставил себе диагноз — абсцесс мозга. На 1 октября была назначена операция, но состояние несколько улучшилось, и ее отложили. 5 октября состояние вновь ухудшилось, развилось коматозное состояние. Консилиум согласился с диагнозом абсцесса мозга и 6 октября Н. Н. Петров вскрыл абсцесс, располагавшийся в области турецкого седла. Однако через 12 часов В. А. Опдель, не приходя в сознание, скончался 7.10.1932. Посмертный диагноз: хронический лептотоменингит основания черепа, острый гнойный менингит базальной поверхности варолиева моста; рецидива рака, метастазов не было обнаружено. Кстати, великий



предшественник В. А. Оппеля — Николай Иванович Пирогов умер от рака верхней челюсти.

Похоронен В. А. Оппель в Санкт-Петербурге на Богословском кладбище. На могиле установлен его бюст работы известного скульптора Шервуда. На здании Военно-медицинской академии и Санкт-Петербургской академии последипломного образования, где он работал, и доме, где он жил, установлены мемориальные доски, на кафедре военно-полевой хирургии создан мемориальный музей-кабинет. Память В. А. Оппеля увековечена в многочисленных медицинских терминах, наименованиях симптомов, операций, описанных или разработанных им.

К сожалению, династия В. А. Оппеля оборвалась на его детях. У него было две дочери — Елена Владимировна (1904—1971) и Варвара Владимировна (1902—1975), известный педагог-логопед, кандидат медицинских наук, и сын Владимир Владимирович (1900—1962), судьба которого сложилась трагически [4, 8, 50]. Он родился в Берлине во время командировки отца в Германию. Подростком участвовал в Первой мировой войне санитаром-добровольцем. Затем окончил Военно-медицинскую академию, стал одним из первых советских докторов наук, профессором-биохимиком, участвовал в войне с Финляндией. В 1942 г. был эвакуирован с Военно-медицинской академией в Самарканд, где был арестован из-за немецкого происхождения и «обвинен в прогерманских настроениях и связях с контрреволюционной организацией». Следователи требовали дать показания на сослуживцев, но он отказался. Суд был скорый и неправый. За выдуманные преступления В. В. Оппель был приговорен к расстрелу. Пока его кассационная жалоба ходила по инстанциям, он был помещен в камеру смертников, где провел 72 дня в ожидании исполнения приговора или изменения своей судьбы. Расстрельный приговор заменили на 10 лет исправительно-трудовых лагерей. Полностью отбыв срок заключения, был освобожден осенью 1952 г. сломленным, больным человеком, с тяжелой гипертонической болезнью. В 1955 г., полностью реабилитированный, вернулся в Ленинград, работал в Академии на кафедре физиологии и в ожоговом центре. В. В. Оппель ушел из жизни в 62 года.

В 1916 г. В. А. Оппель, будучи хирургом-консультантом Юго-Западного фронта, во время боевых действий в дневнике высказал предположение, что в столетний юбилей Первой мировой войны его потомков, возможно, наградят медалью. Тут же критически добавил: «...может быть, это глупо: может быть, и потомков не

останется» [4, 5]. Его опасения оказались пророческими. Жизнь действительно прервала прямую линию династии Оппелей. Однако память о нескольких поколениях «российских немцев» Оппелей, преданно служивших России, осталась и, очевидно, сохранится на долгое время, но, как говорили братья Стругацкие, это уже совсем другая история.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Долинин ВА, Леонов ИТ. Владимир Андреевич Оппель. — Л.: ВМОЛА, 1973:68.
2. Трунин МА, Елизаров ВА. ВА Оппель. — М.: Медицина, 1973:55.
3. Зайцев ЕИ. Владимир Андреевич Оппель. Вестник хирургии им. АА Грекова. 1997;2:2-9.
4. Рослик Г. Потомков нет. Память осталась. Санкт-Петербургские ведомости. 2001, 9 июля;104 (2994).
5. Оппель ВА. Мое жизнеописание. — СПб.: Издательство СПбМАПО, 2002:448.
6. Байтингер ВА. Владимир Андреевич Оппель (К 150-летию со дня рождения). Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. — Томск: НИИ микрохирургии Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2003;2(5):52-55.
7. Буравцев ВИ. Владимир Андреевич Оппель. — СПб: Издательский дом СПб МАПО, 2005:111.
8. Журавлев ДА. Владимир Андреевич Оппель: Самоотверженная преданность хирургии. Бюллетень Федерального центра сердца, крови, эндокринологии им. В.А. Алмазова. — СПб: Фонд высоких медицинских технологий. 2011;3:64-68.
9. Андреев АА, Остроушко ВП. Владимир Андреевич Оппель — хирург, профессор, первый президент Военно-медицинской академии. К 145-летию со дня рождения. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2017;4:329-330.
10. Галустян ВГ. Владимир Андреевич Оппель. — История хирургии в 2017 году. События и лица. — Оренбург: 2017:22-25.
11. Оппель ВА. Коллатеральное кровообращение. — СПб: Типография Меркушева, 1911:172.
12. Оппель ВА. К вопросу о восстановлении кровообращения в конечностях. Русский врач. 1911;9:145-148.
13. Оппель ВА. Операция Wieting'a и редуцированное кровообращение. Врачебная газета. 1913;9:303-307.
14. Оппель ВА. Теория обратного и извращенного кровообращения в конечностях. Русский врач. 1913; 15:493-494.
15. Оппель ВА. К вопросу об артериальном обезболивании. Врачебная газета. 1910;2:45-47.

16. Оппель ВА. Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий. Военно-медицинский журнал. — Октябрь. 1915: 153-154.
17. Оппель ВА. Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии. — Пет-роград: Государственная типография, 1917:130.
18. Оппель ВА. Очерки хирургии войны. ред. ИА Ключс. — Л.: Госмедиздат, 1940:400.
19. Беркутов АН. ВА.Оппель — военный хирург. Вестник хирургии им ИИ Грекова. 1972;11:12-15.
20. Георгиевский АС. Вклад ВА Оппеля в научную разработку медицинского обеспечения войск. Советское здравоохранение. 1973;7:80-83.
21. Буравцов ВИ, Меараго ША. К 100-летию первой мировой войны. Год 1916. Ход боевых действий на фронтах первой мировой войны и открытие профессора Оппеля. Скорая медицинская помощь. 2015;2:72-77.
22. Строев ЮИ, Чурилов ЛП. Войны и династия врачей Оппелей — истинных патриотов. Вестник СПбГУ. Серия 11. 2014;4:230-241.
23. Смирнов АВ. Владимир Андреевич Оппель (1872-1932). К 100-летию со дня рождения. Хирургия. 1973; 1:151-153.
24. Шуляковская АС, Медведева МА. В.А.Оппель — военный хирург и историк. Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2017; 2:17-21.
25. Антипенко ВС. Первая самостоятельная кафедра военно-полевой хирургии. Вестник хирургии им. ИИ Грекова. 2001;5:72-75.
26. Матяшин ИМ, Глузман АМ. Справочник хирургических операций. — К.: Здоров'я, 1979:312.
27. Шор ГВ. О смерти человека (Введение в танатологию). — Л.: Кубуч, 1925:254.
28. Оппель ВА. История русской хирургии. Критический очерк. — Вологда: Облгиз, 1923:410.
29. Оппель ВА, Лисицин МС, Назаров ВМ и др. Самопроизвольная гангрена как гипердреналинемия (2-е изд.). — Л.: Практическая медицина, 1928:282.
30. Оппель ВА. Эндокринологические хирургические наблюдения. — Л.: Изд. П.П.Сойкина, 1926:126.
31. Оппель В.А. Лекции по клинической хирургии и клинической эндокринологии для хирургов. Тетрадь 1. — Л. — М.: Практическая медицина, 1929:284.
32. Оппель ВА. Лекции по клинической хирургии и клинической эндокринологии. Тетрадь 11. — Л.: Медгиз, 1931:296.
33. Оппель ВА. Хирургическая патология и терапия. Т. 1. — Л.: Практическая медицина, 1929:431.
34. Оппель ВА. Клиническая эндокринология (основы медицинской эндокринологии для врачей и студентов). — Л.: Кубуч, 1930:540.
35. Оппель ВА. Эпинефрэктомия (Обзор). Центральный медицинский журнал. 1928;3:463-486.
36. Оппель ВА. Эндокринная формула и ее значение для клиники. Врачебная газета. 1924;21-22:452-455.
37. Оппель ВА. О взаимоотношении работы некоторых эндокринных желез. Вестник хирургии. 1925;5:10-14.
38. Оппель ВА. Заболевания желез внутренней секреции (pancreas, надпочечники и придаток мозга). Эндокринология. Приложение к журналу Врачебное дело. 1926:97-103.
39. Оппель ВА. Эндокринология как основа современной медицины. Ленинградский медицинский журнал. 1926;3:3-18.
40. Оппель ВА. Оперативное пособие при эндокринных заболеваниях. Клиническая медицина. 1926;12:407-414.
41. Оппель ВА. Эндокринология в хирургии. Новый хирургический архив. 1927;1(13):16-53.
42. Оппель ВА. Клиника изменений функций эпителиальных телец. В кн.: Основы и достижения современной медицины. Т. 1. — Харьков, 1927.
43. Федоров ПС. Хирургия околощитовидных желез. — М.: Медгиз, 1949:120.
44. Оппель ВА. К патогенезу и лечению анкилозированного полиартрита. Вестник хирургии и пограничных областей. 1927;19:5-19.
45. Корхов ВИ. Хирургическая клиника гиперпаратиреозов. — Л.: Медгиз, 1947:175.
46. Leriche R. A propos de la surrenalectomie dans la gangriene des extremities. Bull Soc Nat Chir. 1928;54:1201-1207.
47. Оппель ВА. Паллиативная и радикальная оперативная помощь при gangraena arteriitica suprarenalis. Новый хирургический архив. 1923;3(12):637-653.
48. Шаповалов ИП. Самопроизвольная гангрена как эндокринно-вегетативный облитерирующий артериоз. — Л.: Медгиз, 1958:259.
49. Назаров ВМ. О поясничной симпатэктомии при профессиональных язвах и комбинации симпатэктомии и эпинефрэктомии при самопроизвольной гангрене. Вестник хирургии. 1932;27(75):5-10.
50. Трубецкой АВ. Пути неисповедимы (Воспоминания 1939-1955 гг.). — М.: Контур, 1997:413.

*Дата надходження до редакції 24.02.2019 р.*