

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ХАРКОВА

Іван Васильович Кудінцев (1867–1955)

Доктор медичних наук, професор Іван Васильович Кудінцев народився 3 січня 1867 р. у Новочеркаську. У 1893 р. закінчив з відзнакою медичний факультет Харківського університету і був зарахований асистентом кафедри хірургічної патології. З 1894 по 1908 рік він працював ординатором, асистентом і доцентом шпитальної хірургічної клініки медичного факультету, яку до 1900 р. очолював талановитий хірург А.Г. Подрез.

У 1898 році молодий Кудінцев з успіхом захистив докторську дисертацію на тему «К учению о функции надпочечных желез», виконану під керівництвом О.В. Репрева. У 1908–1920 роках учений очолював кафедру хірургічної патології та шпитальної хірургічної клініки Вищих жіночих медичних курсів, пізніше реорганізованих у Жіночий медичний інститут.

В роки Першої світової війни Іван Васильович, не залишаючи напруженої викладацької роботи, віддавав свої сили і знання лікуванню поранених, його призначили начальником найбільшого Харківського евакопункту, хірургом і консультантом шпиталів.

У 1916 р. І.В. Кудінцев отримав звання професора. З 1920 р. чудовий педагог і видатний організатор навчально-методичного процесу працював у шпитальній хірургічній клініці Медичної Академії (пізніше Медичного інституту), організованій після об'єднання медичного факультету Харківського університету та Жіночого медичного інституту. Отже, у 20–30-ті роки він очолював клініку шпитальної хірургії Харківського університету, Академії, Медичного інституту, в якому у різні періоди роботи був головою ради професорів, предметно-планової комісії з циклу хірургічних хвороб, деканом.

Професор І.В. Кудінцев виконував і велику практичну роботу, завідував хірургічним відділенням найбільшої в місті Олександрівської лікарні, багато років працював у лікарні Паровозобудівного заводу. Практичну діяльність він успішно поєднував з науковою та громадською.

Вважався одним з найстаріших членів Харківського медичного товариства, одним з організаторів і першим головою Товариства урологів, почесним головою Хірургічного товариства.

Колектив очолюваної ним шпитальної хірургічної клініки велику увагу приділяв проблемам невідкладної хірургії. Досвід клініки дозволив у 1927 р. обґрунтувати нову прогресивну тактику систематичної екстреної операції в усі періоди розвитку гострого апендициту замість традиційної тактики екстреної операції лише в перші 24 години. Чудовий клініцист і хірург, І.В. Кудінцев створив свою школу ургентних лікарів.

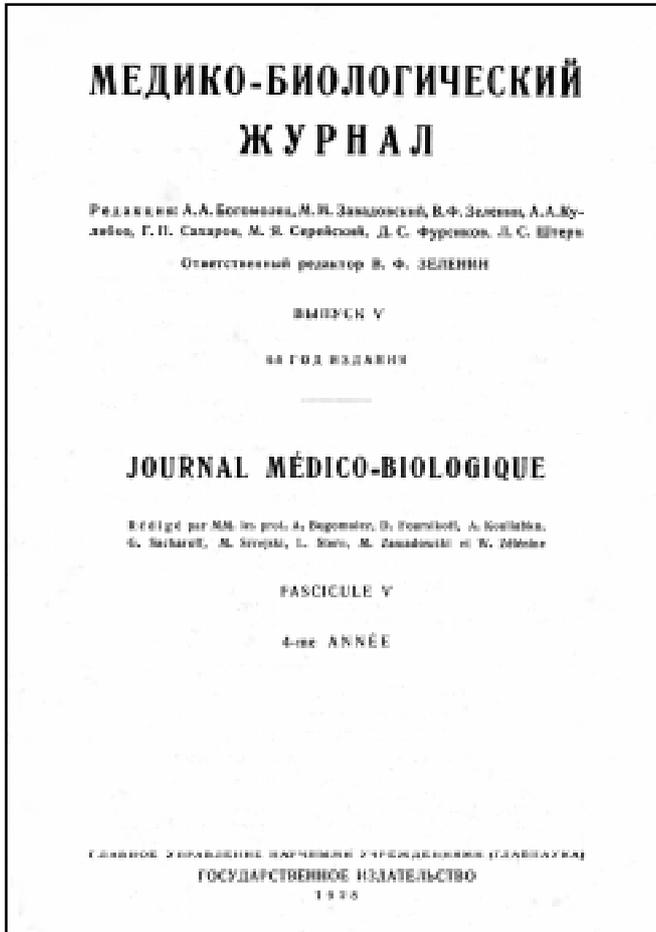
Іван Васильович неодноразово працював за кордоном у видатних представників хірургії та урології. Понад 80 його наукових праць, що стосуються різних галузей хірургії (урології, травматології, онкології), свідчать про широту наукового світогляду і глибоку ерудицію вченого. Він, безперечно, став одним із піонерів розробки проблем ендокринології. Про це, зокрема, свідчить його докторська дисертація, присвячена ученню про надниркові залози. І.В. Кудінцев досліджував вплив щитоподібної залози на пухлинний ріст, звертав увагу на своєрідні форми артритів тиреотоксичного походження, вивчав у експерименті і в клініці роль резекції сім'явиносних проток при гіпертрофії передміхурової залози. Цікавили його й проблеми онкології. У багатьох роботах він описав хірургію органів черевної порожнини: шлунка, товстого кишечника, прямої кишки, селезінки. Та все ж перевагу віддавав урології.

Видатний учений, хірург, педагог Іван Васильович Кудінцев помер 27 лютого 1955 р. на 88-му році життя, з яких понад 60 він віддав служінню своїй професії.

Пропонуємо ознайомитися з працею І.В. Кудінцева, яка позитивно вплинула на своєчасність рішень щодо часткового чи повного видалення щитоподібної залози внаслідок захворювань на злоякісні пухлини.

ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РОСТ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ *)

Проф. И. В. Кудинцев (Харьков)



Внутренняя секреция, как механизм, регулирующий морфологическую и физиологическую деятельность органов и тканей организма, является одним из крупных вопросов, выдвинутых современной биологией. Одним из важнейших органов внутренней секреции является щитовидная железа. В данном случае щитовидная железа интересует меня с точки зрения отношения ее к злокачественным опухолям, в частности, к раковой опухоли.

В 1909 г. в *Lancet* 16/X помещена статья С. Лоу (St. Low), из которой видно, что автор несколько раз прибегал к удалению щитовидной железы в случаях неоперабельных злокачественных новообразований, преимущественно при поражении рта и шеи. Излечений он не наблюдал, но улучшение после операции было в большей или меньшей степени постоянно. Соображения, положенные в основу этого мероприятия, были те, что щитовидная железа, как говорят, есть «маховое колесо роста и обмена», без которого не может быть роста в организме. В заключении между другими положениями своей работы «Эндокринология в хирургии» В. А. Опфель говорит: «Не меньшее значение эндокринология приобретает для

хирургии потому, что различные заболевания (tbc, Ca) протекают при измененных функциях тех или иных эндокринных желез, причем эти изменения функции отражаются на течении всего заболевания. Играя на этих функциях, можно ставить организм в условия более выгодные для борьбы с заболеваниями, более выгодные для перенесения операции».

Мы должны сознаться, что наши знания насчет злокачественных опухолей в отношении их развития и влияния на их рост тех или иных факторов довольно скудны, но все же на основании научных исследований и клинического опыта в наше время мы допускаем возможность происхождения новообразований на почве дистрофий тех или иных желез внутренней секреции.

При настоящем положении лечения неоперабельных опухолей, особенно опухолей, имеющих общение с полостью рта или полостью носа, всякое возможное улучшение со стороны опухоли, особенно если оно сопряжено с небольшими хирургическими мероприятиями, может быть только желательным. Одним из методов косвенного оперативного вмешательства служит удаление сочувственных органов. Имена Битсона (Baetson), Граффа (Graff), Лотта (Lott), Томсона (Tomson) связаны с работами, касающимися главным образом женской половой сферы (кастрация при фибромиомах и раках грудной железы) — Синицына, Иснарди (Isnardi), Каспера (Casper), Панкратьева, Пржевальского, Мещанинова, Кудинцева и др. — с работами, касающи-

*) Доклад 25/XI 1927 г. на конференции врачей госпитальных клиник ХМИ и врачей I Советской им. Ленина больницы в Харькове.

мися мужской половой сферы (кастрация, резекция *vas deferentium* при гипертрофии предстательной железы). Положительные результаты, полученные всеми этими авторами, в том числе и мной, дают мне право по аналогии и в предлагаемом способе С. Лоу видеть мероприятие, которое теоретически является обоснованным, видеть, конечно, не панацею, а способ, который может облегчить, а может быть и больше того, тяжелое положение больных с далеко зашедшими опухолями, которые уже не подлежат оперативному вмешательству без явного риска для жизни.

Прежде чем изложить свои клинические наблюдения, я позволю себе привести некоторые соображения общепатологического характера, которые установят мою точку зрения на взаимоотношения между щитовидной железой и ростом опухоли.

1. Удаление щитовидной железы влечет за собой «*cachexia strumі privam*», т. е. наблюдается возврат, физиологическое воспоминание далекого прошлого, стадий утробного периода с обилием муцинсодержащей ткани, или той ступени филогенетического структурно-химического развития, когда слизистое состояние характеризует норму.

2. При изъятии функции щитовидной железы белки в своем составе упрощаются: меньше становится фосфор- и серусодержащих белков, — больше хлористых соединений; организм становится водянистей, вообще он упрощается до стадии растительного организма.

3. Функция щитовидной железы тесно связана с синтезом высших форм белка, она предназначена для целей синтетических, с которыми тесно связано понятие о строении живого вещества клетки;

с выпадением функции щитовидной железы, как следствие, неминуемо должны вытекать те патолого-клинические картины, какие тесно связаны с расстройствами ассимиляции в обмене веществ.

4. Щитовидная железа жизненно необходима человеку, как *homo sapiens*; без щитовидной железы жизнь человека извращается так, что человек выходит из звания *homo sapiens* и делается сначала человеком-животным (*Tier-Mensch*), а затем человеком-растением (*Pflanz-Mensch*).

5. А. В. Репрев щитовидной железе приписывает главную роль в создании или активировании ассимиляционных и синтетических ферментов. Становясь на эту точку зрения, мы должны объяснить уменьшение после тиреоидэктомии нуклеазы, каталазы и липазы как условия, уменьшающие создание новых клеток.

6. С этой же точки зрения антитезой гипофункции (а все сейчас сказанное было именно гипофункция) щитовидной железы будет гиперфункция с увеличением нуклеазы, липазы и каталазы, но с уменьшением муцинсодержащей ткани и, следовательно, с наличием условий, увеличивающих создание новых клеток. В атмосфере только что приведенных физиологических и экспериментальных данных, считаясь с новообразованием как с гиперплазией ткани, мы должны думать, что в организме, одержимом новообразованием, имеется наличие условий, увеличивающих создание новых клеток. Нашей же задачей, задачей лечебной, должно быть: поставить организм, одержимый опухолью, в условия, уменьшающие создание новых клеток, а в таких именно условиях и окажется организм после изъятия функции щитовидной железы, т. е. удаления этой железы. Итак, гипофункция влечет за собой *cachexia strumі privam* образование муцина в тканях. Не знаю, приходилось ли кому наблюдать у одержимых *cachexia strumі privam* опухоли, мне лично — нет, но С. Лоу, который издавна интересуется вопросом о взаимоотношении между щитовидною железой и опухолями, утверждает, что ему никогда не удавалось видеть рак и микседему у одного и того же больного. Если это действительно так, то можно допустить, что увеличенное количество муцина (гипермиксия при гипертрофии щитовидной железы) в тканях служит условием, когда новообразования со стороны тканей ожидать нельзя. Наоборот, наблюдения говорят за то, что при таком состоянии происходит перерождение тканей (атрофия); так, общеизвестны факты, что у людей с большими отложениями жира продукция щитовидной железы уменьшена; когда эта недостаточность достигает значительных размеров, когда наступает атрофия щитовидной железы, в результате получается микседема.

С точки зрения причин, вызывающих и обуславливающих рост опухолей, положение гипофункции щитовидной железы, *resр.* гипермиксии, весьма важно, и оно наводит на размышления в двух направлениях: с одной стороны, об антитезе гипофункции — гиперфункции щитовидной железы и тех явлениях со стороны организма, которые бывают в тканях при ней, а с другой — вопрос о причине опухолей и условиях неблагоприятных в тканях для образования опухолей при гипофункции и гиперфункции. Что касается гиперфункции щитовидной железы, то, как антитеза гипофункции, при которой развивается микседема, при гиперфункции должно быть наоборот — состояние, противоположное микседеме, т. е. не увеличенное, а уменьшенное количество образующегося в тканях муцина. Вот на таковое состояние, которое С. Лоу подметил при злокачественных заболеваниях, он обращает особенное внимание и называет его прекарцинозным состоянием. Действительно нам известны факты, что у людей, смерть которых последовала от истощающих болезней, как, например, от тbc или Са, щитовидные железы бывают увеличены, а следовательно можно допустить, что существовала и гиперсекреция. Если эта гиперфункция продолжалась долго, то у больного должно развиться состояние гипомиксии, т. е. состояние тканей, при котором должна развиваться не микседема, а состояние обратное — исхудание или истощение. Факт, который наблюдается у большинства одержимых раком, а именно ускорение пульса, может подтверждать, что анатомическому увеличению щитовидной железы соответствует и физиологическая большая продукция железы, т. е. гиперфункция. Известно, наконец, что у раковых больных раны заживают очень быстро, что указывает на усиленный метаболизм и обмен в тканях, что с вероятностью может быть объяснено повышенной функцией щитовидной железы. Из всего вышеуказанного ясно вытекает, что если гиперфункция щитовидной железы и не есть *primum movens* в появлении опухоли, то во всяком случае при ней создаются благоприятные условия для роста опухолей и, наоборот, если гипофункция щитовидной железы и не уничтожает *primum movens* опухоли, то, во всяком случае, при ней создаются неблагоприятные условия для процветания и роста опухолей.

На этих выводах я лично и останавливаюсь, и не могу без достаточных оснований перейти грань и утверждать, что гиперфункция щитовидной железы составляет причину опухолей, как это сделал С. Лоу, говоря: «После тщательного и многолетнего наблюдения многих случаев рака и саркомы во всех стадиях их течения я пришел к заключению, что щитовидная железа, рассматривая ее как главный фактор роста и метаболизма, может стать причиной возникновения и развития значительного новообразования». Практический вывод из этого он делает такой: «Придерживаясь такого взгляда, я давно имел в виду произвести более или менее полное иссечение щитовидной железы при неоперабельных случаях карциномы, считая этот способ наилучшим для устранения или поправления нарушающего фактора в организме больного карциномой».

Привожу краткую характеристику 5 случаев С. Лоу, где он произвел или полную или частную экстирпацию щитовидной железы (см. табл. 1).

Ценным в приведенной таблице является 5-й случай, где под влиянием операции все метастатические карциноматозные узлы превратились в микседематозную ткань. Это было интересное, поучительное и важное изменение в плотных железах правой стороны шеи, а именно — они начали прогрессивно размягчаться после операции. Это продолжалось до тех пор, пока не появилось напряжения в поверхностных тканях; решено было сделать инцизию; по вскрытии выделилось большое количество прозрачной слизистой жидкости; при исследовании оказалось, что она состоит главным образом из муцина. Отсюда может быть сделано заключение, что удаление щитовидной железы вызвало микседематозную дегенерацию в массе карциноматозных желез. После инцизии масса метастазированных желез начала медленно уменьшаться в объеме; вместе с обильными выделениями стали выходить частицы расплывающейся размягченной ткани. Здесь хирургическим путем, если не прямым, то косвенным, удалось добиться и заставить процесс пойти по иному пути — пути не прогресса, а регресса, добиться такого процесса во всей опухоли в совокупности и на месте опухоли и в метастазах; вблизи или вдали или

непосредственно прорастающие ткани по протяжению в виде побегов более объемистых, а затем более тонкими и наконец тончайшими микроскопическими тяжами опухолевых клеток; все эти новообразования иссечь, конечно, невозможно без удаления значительных участков здоровых тканей, ибо нет ведь нашего контроля над этими микроскопическими начальными клетками опухоли, ибо самыми совершенными диагностическими способами открыть их не можем. Не то, конечно, происходит, если дается толчок к перерождению этих клеток, тогда не важно знать, насколько они удалены от своего центра, где бы они ни были, они были должны подчиняться патологическим законам, потерять свою специфичность и это будет совершеннейшей и радикальнейшей хирургической операцией, если не прямой, то косвенной, но все же операцией, достижением нашей отрасли, которая до настоящего времени носит название хирургии, но заслуживает своего более точного названия — биургии.

Приведу собственные наблюдения, которые касаются 7 случаев, из них я привожу лишь 4, так как 3 случая не дают данных, по которым можно судить о ближайшем после операции периоде

Таблица 1

№	Лет	Пол	Симптомы	Диагноз	Операция	Послеопер. период	Исход
1	63	муж.	Общая сильная слабость, боли при глотании. Увел. тверд. железы шеи. Кажект. исхудание.	Са языка, метастазы и рецидивы после операц. 4 мес. назад.	Удален. всей щитов. жел.	Общ. самоч. хорошее; опухоль уменьш.; железы также, пульс 68, 83 (до опер.). Язва очист. Выписался в значит. лучш. сост.	Через 7 мес. умер. от пневмонии.
2	45	—	Быстрое падение веса, боли, бессонн., учащ. пульс.	Са гортани с метаст. в шейн. жел.	Удал. л. пол. щ. жел., а на сосуды правой лигатуры.	Боли прошли. Опухоль меньше, жел. уменьш. Через 5 мес. общ. сост. хорош.	Улучшение.
3	58	—	Боли при жевании, затрудн. глотан., слабость.	Са гортани с перех. на носоглот. с метаст. в шейн. жел.	Удал. полов. щитов. жел.	Общ. сост. быстро улучш., инфильтр. и жел. уменьш. и стали мягче. Возврат к работе.	Улучшение.
4	70	—	Резкая общ. слабость, боли при глот., учащ. пульс.	Са носогл. кругом инф. метаст. в шейн. желез.	Перевяз. все сосуды щитов. жел.	Боли уменьш., общ. самоч. лучше. Исхудание и кажесия нарастают.	Через 6 недель умер.
5	65	—	Общая слабость, боли, особ. по ночам, бессонн., сильн. исхуд., тахикардия.	Са мягкого нёба и метаст. в шейн. железах.	Удалена вся щитов. жел.	Быстро стал прибавл. в весе, самоч. хорош., тахикард. нет, боли прошли	Улучшение.

Таблица 2

Симптомы	К истории б-ни № 1		К истории б-ни № 2		К истории б-ни № 3		К истории б-ни № 4	
	до оп.	после оп.	до оп.	после оп.	до оп.	после оп.	до оп.	после оп.
Общее состояние	Неудовлетв.	+	—	+	—	+	—	+
Степень исхуд	Исхуд. в теч. 5 месяцев.	+	—	+	—	+	—	—
Вес.	Постепен. падает.	—	—	—	—	—	—	—
Пульс.	Учащенный	+	—	+	—	+	—	+
Температ.	Субфебрильн.	+	—	+	—	+	—	+
Боли	Есть	+	—	+	—	+	—	+
Опухоль	Величина	—	—	—	—	—	—	—
	Рост	+	—	+	—	+	—	+
	Консистенц.	+	—	+	—	+	—	—
	Болезненность	+	—	+	—	—	—	—
Метастазы.		—	—	—	—	—	—	—
Язва	Величина	—	—	—	—	—	—	—
	Края	—	—	+	—	—	—	—
	Окружн.	+	—	+	—	+	—	—
	Дно	+	—	+	—	+	—	+
	Запах*)	+	—	+	—	+	—	+

*) В дальнейших рубриках знак — означает наличие симптома и без перемены, а знак + улучшение этого симптома в послеоперационном периоде.

и влияния на основной процесс экстирпации щитовидной железы. Это 3 случая Са нижней губы, где сначала сделана экстирпация щитовидной железы, а через 8—10 дней по заживлении операционной раны производилось удаление пораженного участка нижней губы; все они выписались во вполне удовлетворительном состоянии и 1—2 года были под наблюдением, а затем к сожалению дальнейшая судьба их осталась для нас неизвестной.

1. Мужчина 63 лет, поступил в клинику 2/XI 1919 г. в тяжелом состоянии; постоянные сильные боли, исхудание, прогрессирующее в течение уже 5 месяцев, t° субфебрильная (37, 2). Диагноз: рак верхней челюсти с переходом на левую половину верхней губы в щечную область. Операция 4/XI. Операция Thyreodectomy totalis. Через 4 недели выписался с общим удовлетворительным состоянием и местным улучшением*.)

2. Мужчина 67 лет, поступил в клинику 26/III 1920 г. с жалобами на боли языка и шеи, невозможность пережевывать пищу и затруднение при глотании. Диагноз: рак языка с инфильтрацией дна ротовой полости и метастазами в шейных железах. Операция 28/III. Thyreodectomy totalis. Выписался 7/V 1920 г. с хорошим самочувствием, с очистившимися раковыми язвами, с уменьшившейся инфильтрацией; язвы не кровоточат; прием пищи и глотание облегчены*.)

3. Мужчина 57 лет, поступил в клинику 30/VI 1921 г.; резко исхудал за последний месяц; боли постоянные, усиливающиеся особенно после приемов пищи. Диагноз: вторичный рак нижней челюсти, вследствие перехода со дна полости рта с раковыми пакетами подчелюстных желез. Операция 2/VII. Thyreodectomy totalis. В послеоперационном периоде замечено было улучшение*.) Умер 15/X 1921 г. от пневмонии.

4. Мужчина 65 лет, поступил 24/VIII 1922 г. с значительно распространившимся раковым процессом, захватившим буквальную область правой стороны, нижнюю челюсть и дно полости рта: рост инфильтрирующий и разрушающий кость. 27/VIII операция Thyreodectomy totalis. В послеоперационном периоде лишь кратковременное улучшение субъективных ощущений больного, в дальнейшем попрежнему*.)

Принимая во внимание свои наблюдения и наблюдения С. Лоу, мне кажется несомненным, что частичное или полное удаление щитовидной железы у лиц, одержимых злокачественными опухолями (в наших случаях Са), может дать некоторые улучшения, выражающиеся в следующем: прежде всего видимо замедляется быстрота роста и вначале даже заметно уменьшение опухоли; далее метастазы опухоли доходят до перерождения и размягчения; болезненность исчезает, боли во всех случаях проходят быстро; больные, до операции неуклонно терявшие вес тела, после операции иногда прибавляли в весе; обращает внимание, что в случаях ясно выраженной кахексии с учащенным пульсом после операции последний замедляется. Наконец, приведенные случаи демонстративно иллюстрируют, что лучшие результаты получаются, если операции производить возможно раньше, не дожидаясь ослабления больных.

Теперь можно задать себе вопрос, насколько ценны результаты, полученные при экстирпации щитовидной железы в случаях неоперабельного рака головы и шеи, и на него ответить, что результат несомненно есть и что он сказывается в новом каком-то направлении жизненных процессов в организме к лучшему, но, к сожалению, продлить это улучшение и закрепить напостоянно не удастся. Думаю, что дело не в одной щитовидной железе: здесь нужны полнота и совокупность взаимодействий нескольких желез — полигландулярное действие с преимущественным влиянием той или иной железы. Какая эндокринная формула даст цельный комплекс специфических факторов для того, чтобы опухоль, начавшая атрофироваться, дошла до полной атрофии, это задача еще будущих изысканий, но что щитовидная железа в этом деле играет большую роль — это, на основании всего сказанного, не подлежит сомнению.

Могут ли приведенные клинические наблюдения иметь практическое применение? Мне кажется — могут. Операция в пределах известных показаний не вредит, и, стало быть, основной принцип «nil nocere» остается ненарушенным.

*) Смотри таблицу 2, в которой подробно приводится разница в состоянии объективных данных у больного до операции и после операции.