

В. Г. АБАШИН, Ю. В. ЦВЕЛЕВ

Главный военный клинический госпиталь
им. Н. Н. Бурденко, Москва,
Кафедра акушерства и гинекологии
им. А. Я. Крассовского Военно-медицинской
академии, Санкт-Петербург

КТО БЫЛ В РОССИИ ПЕРВЫМ УЧЕНЫМ АКУШЕРОМ?



**«О, благородный потомок!
Тебе выпало бремя славы,
Ты поднимаешься гораздо
выше,
чем поднялось солнце твоего дня
рождения,
которое сегодня заключает
твой путь
длиною в семнадцать лет».**

**Юбилейные стихи
мистеру Николаю
Бидлоо в день его
семнадцатилетия [2].**

Справедливо считается, что становлению научного акушерства в нашей стране способствовало открытие «бабичьих школ» (1757), создание Воспитательных домов в Москве (1764) и Петербурге (1771), деятельность первого отечественного профессора и «отца русского акушерства» Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика. Однако эти преобразования и появление отечественной акушерской школы не могли возникнуть из «ничего», на пустом месте. Основой для них была деятельность иностранных и русских врачей, работавших в России в начале XVIII века.

Исходя из списка врачей, практиковавших в России в начале XVIII века [11], и данных о медицинских диссертациях этого периода [9], Николай Бидлоо был первым врачом в стране, имевшим докторский диплом за защиту диссертации на акушерскую тему (Bidloo Nicolaus «Disputatio medica Inauguralis De menstruorum suppressione... Lugduni Batavorum, MDCXCVII»).

Николай Бидлоо родился около 1670 г. в Голландии, в Амстердаме. Его отец Ламберт Бидлоо (1638–1724) был аптекарем и ученым-ботаником, членом Амстердамского медицинского общества, а дядя — Готфрид Бидлоо (1649–1713), анатом и хирург, одно время был лейб-медиком английского короля. Позднее он стал профессором и ректором знаменитой Лейденско-Батавской академии [2]. После окончания Лейденско-Батавской академии Николай Бидлоо в 1697 году защитил диссертацию «О задержке менструации» (хранится в Фундаменталь-

ной библиотеке Военно-медицинской академии, шифр 421444). До 1702 г. он занимался медицинской практикой в Амстердаме и был известен как высокообразованный врач, прекрасный анатом, хирург и акушер.

В 1702 г. Н. Бидлоо по приглашению Петра I поступил на русскую службу в качестве ближнего «доктора его царского величества» [8]. Из письма Н. Бидлоо следует, что начиная с 1702 г. он постоянно находился при Петре I: «После того как в 1702 году я приехал в Россию в качестве лейб-медика Его Императорского Величества и после того как я везде сопровождал его в течение нескольких лет...» [2].

В 1705 г. Н. Бидлоо получил задание Петра I построить в Москве и возглавить госпиталь с лекарской школой. С этого времени Н. Бидлоо практически постоянно жил в Москве. «Участие Н. Бидлоо в создании госпиталя и госпитальной школы было значительным. Будучи неплохим архитектором и рисовальщиком, он составил план здания, выполнил чертежи и рисунки, наблюдал за строительством. Н. Бидлоо написал первое в России руководство по хирургии, высоко оцененное не только современниками, но и последующими поколениями врачей. По мнению Б. В. Петровского, хирурги и сегодня найдут в нем немало справедливых высказываний и верных мыслей» [7].

О том, что в открытом Н. Бидлоо в 1707 году Московском госпитале (ныне — Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко) оказывалась акушерская помощь, свидетель-

ставую некоторые косвенные данные. Так, в описи хирургических инструментов, составленной в 1738 г., перечислены инструменты для разрезов, трепанаций, ампутиаций, литотомий, глазные, ушные, а также акушерские. Уже после смерти Н. Бидлоо (в 1735 г.) в госпитале с 1737 по 1757 год были открыты еще четыре отделения: «французское» («любопытное», венерологическое), «бабичье» (акушерское), хирургическое (состояло из трех отделений — внутреннего, наружного и бандажного) и психиатрическое. Основа этих преобразований, без сомнения, была заложена Н. Бидлоо [5, 12].

Кроме государственных дел Н. Бидлоо занимался и частной практикой. Как практический акушер он участвовал в оказании помощи роженицам на дому. Об этом можно судить по Указу Императрицы Анны Иоановны [10] и ответному донесению Л. Блюментроста [3] о повивальной бабке Энгельбрехт, которая «ремеслу своему в Амстердаме с основанием обучалась, и в России, как в Санкт-Петербурге, так и в Москве, особливо с умершим Доктором Бидлоом более двадцати лет в своем деле прилежно и честно употреблена была и более полторы тысячи младенцев приняла...». До представленных документов данных о совместном участии в приеме родов дипломированного врача и повивальной бабки в России мы не встретили.

Н. Бидлоо большое значение придавал обучению врачей в Госпитальной школе. Хотя преподавание акушерства не входило в программу их обучения, трудно, однако, представить, чтобы Н. Бидлоо не касался основ этой науки в своих лекциях будущим хирургам, ибо его рукописный учебник хирургии «Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре», датированный 3 января 1710 года, можно по праву считать одной из первых работ по оперативному акушерству, написанных в России [1].

В «Наставлении» Н. Бидлоо

предъявляет высокие требования к личным качествам врача, считая, что хирург «должен быть не слишком молод и стар, хорошо изучивший науку и имеющий опыт в своем искусстве. Он должен обладать рассудительным умом, острым зрением, быть здоровым и сильным. Во время операций быть внешне безжалостным, не сердитым, способным, славным, трезвым. Хирург не должен быть своеправным... не слишком спешить при операции и по своей опрометчивости бросать операцию посредине, не сердиться на сказанное больным. Еще должен быть проворным... не ленивым... Далее, чтобы хирург не гневался на больного, старался расположить его к себе. Если надежда на спасение превышает опасность, тогда надо сделать операцию. Но если опасность больше, то следует воздержаться от операции. Никогда не приступать к операции ради жизни, а лечить болезни по призванию» [7].

Во второй части этого труда, названного «О хирургических операциях от головы до пят», в разделе IV «Об операциях внизу живота», имеется анатомо-хирургическое описание матки (стр. 685а-686а) и плаценты (стр. 687а-691а). В нескольких главах он описывает технику рассечения пуповины и выполнения операции кесарева сечения.

Особый интерес представляет очень подробное описание строения и физиологии плаценты. Это, видимо, не является случайностью, ибо известно, что учителем Н. Бидлоо в Лейденской академии был профессор анатомии К. Дрелинкур, в свое время специально занимавшийся изучением плаценты. Н. Бидлоо писал: «Плацента — внутренняя часть матки, прилегающая к ее дну, состоящая из разнообразных сосудов, выходящих из двух связок матки.

Форма ее наподобие лепешки. Для питания плода служит материнская кровь. Та кровь, которая у небеременных женщин выделяется путем менструации, у бе-

ременных устремляется к плаценте через связки матки. Плацента же отправляет [ее] к пупочному канатику, он же — к пупку плода и к печени. Так питается плод, а кровь распространяется по всему его телу».

Далее, в главе «Об операции эмбриотомии», он излагает подробные сведения об операции отделения родившегося ребенка от последа, т. е. о перевязке пуповины. (В «Наставлении» Н. Бидлоо ошибочно трактует термин «эмбриотомия» как отделение ребенка от последа (стр. 292а). Вместе с тем, в более точном переводе и в последующие годы, под этим термином подразумевается рассечение мертвого плода для извлечения из матки.)

Интересны замечания и практические рекомендации Н. Бидлоо (стр. 693а) о технике перевязывания пуповины, месте ее перевязки, требования, предъявляемые им к используемому для перевязки материалу (лигатуре). Он указывал: «1-е. Связка (лигатура — авт.) должна быть:

а. Ровной, не круглой, чтобы не сдавливалась.

б. Мягкой, дабы не раздавила или не сдавливалась.

в. Белой, а не цветной, чтобы не развела пуповину.

2-е. Перевязывать надо не слишком сильно, но и не слишком слабо. Если сильно, то произойдет омертвление части, если слабо, то после отсечения пуповины возникнет кровотечение и опять придется перевязывать

3-е. Надо перевязывать не слишком далеко и не слишком близко от живота ребенка. Если далеко, то пупок [получится] большой и будет некрасиво. Если же близко, то пупок не закроется и из него потечет ихор или материя. Иногда от этой материи гниют части, наступает гангрена и бывает, что дети умирают».

Особого внимания заслуживают его указания по применению антисептических веществ для профилактики воспаления оставшейся части пуповины (стр. 695а). С этой целью Н. Бидлоо рекомен-

довал миндальное масло, камфорный спирт и белое вино, т. е. винный спирт. [Из истории медицины: в 13 веке отец и сын Боргоньони (Borgognoni), а в 14 веке Мондевилль (Henri de Mondeville), исходя из своего практического опыта при лечении травматологических больных, провозгласили, что раны должны заживать без нагноения и что этого можно добиться спиртовыми повязками (БМЭ, 1933, Т. 26, с. 190)]. После перевязки пуповины: «5-е. Поверх накладывается холстина с круглым отверстием, пропитанная миндальным маслом против воспаления пуповины, чтобы она загнила и отпала... 7-е. На пуповину накладывается компресс или с камфорным спиртом, или с белым вином» (стр. 695а). «Пуповина отпадает с 4, 5, 6, 7 и до 12-го дня. Когда она отделилась, нельзя пренебрегать перевязкой. Для сращения краев пупок необходимо прижать, наложить снизу компресс и перевязать повязкой» (стр. 697а). Исходя из этих данных, можно считать, что Н. Бидлоо первым в России упоминает о применении антисептиков в акушерской практике.

Кесарево сечение, описанное в «Наставлении...» (стр. 781а–792а), принадлежало тогда к редчайшим операциям. История хирургии XVII века сохранила лишь единичные достоверные случаи выполнения таких операций (И. Траутман в 1610 г. в Виттенберге и Панто в 1665 г. в Лионе), когда мать и новорожденный остались живы [4]. Н. Бидлоо дает следующее определение этой операции: «Кесарево сечение есть разрез внизу живота до полости матки для извлечения плода во время родов, если он не может выйти естественно». По его мнению, «кесарево сечение получило свое название потому, что такая операция была [впервые] сделана живой матери [будущего] императора Сципиона Африканского, который живым был извлечен из [чрева] своей матери» (стр. 781а).

Н. Бидлоо приводит немало веских доводов для обоснования

своего отрицательного отношения к кесаревому сечению на живой женщине. Прежде всего он указывает на опасность для жизни матери и чаще всего на неблагоприятный исход. «Прогноз. Эта операция — опасная, страшная и жестокая, так как разрез причиняет женщине невыносимые страдания, а операция редко оканчивается успехом. Женщине после такого случая вряд ли суждено жить, она чаще всего умирает» (стр. 784а).

На наш взгляд, недостаточно убедительным является утверждение Н. А. Оборина [6] (стр. 422), о том, что Н. Бидлоо полностью разделял существовавшее мнение современников и предшественников о недопустимости ушивания раны матки на основании, что ее края могут срастись между собой. Наоборот, указывая на это мнение, Н. Бидлоо считал его одним из ограничений выполнения операции кесарева сечения на живой женщине. Приводим описанную им технику операции: «Названная операция на живой матери, хотя и не рекомендуется медиками, но иногда может назначаться по велению знатных лиц и производится следующим образом.

1-е. Низ живота одномоментно вскрывается через все покровы полулунным разрезом размерами в четверть величины локтя по направлению к левому боку (стр. 790).

2-е. Раздвигаются края раны, а затем кишки, сальник и другие внутренности.

3-е. На дне матки делается отверстие, чтобы можно было выпнуть ребенка.

4-е. Разрываются оболочки, удерживающие ребенка.

5-е. Извлекается ребенок.

6-е. Пуповина перевязывается и отрезывается.

7-е. Отделяется маточная плацента. Если же невозможно удалить с коркой, то в плаценте делается отверстие и она разрывается (стр. 791) на куски, и так пусть извлекается по частям.

8-е. Все укладывается по сво-

им местам, и кожа сшивается путем гастрорафии. Рана матки никогда не сшивается, так как может самостоятельно срастись» (стр. 792а).

В другом месте «Наставления...» он указывал на возможность появления осложнений даже в случае соединения краев раны на матке. При беременности «... каждая вена, бывшая толще, чем с волосок, увеличивается до толщины писчего пера. От этого растянутая матка становится толстой, дабы была мягкой для плода, хорошо его согревала и, удерживая плод, при этом бы не разрывалась, ибо так велит природа.

Однако, по этой же причине на живой матери не следует делать такой операции, поскольку после вскрытия матки и извлечения плода рану матки не разрешают зашивать или соединять, так как она может срастись сама собой. Тогда порою, хотя все наружные покровы со временем срастаются, остается фистулезная язва... даже, если матка срасталась. В таком случае, то есть на живой матери, доктор Бидлоо не рекомендует эту операцию...» (стр. 786а–788а). Таким образом, с одной стороны, Н. Бидлоо разделял позицию своих современников и даже включил ее отдельным пунктом в описание операции, с другой — высказывал и собственное суждение.

Он допускал выполнение кесарева сечения только в таких чрезвычайных случаях, как: «1-е. Когда мать жива, а плод мертвый.

2-е. Когда плод еще живой, а мать умерла. Следовательно, должен быть извлечен, чтобы ребенок не умер и не потерять две души.

3-е. Когда оба, плод и мать, живы, но плод не может выйти естественно...» (стр. 782а). Интересно еще одно замечание Н. Бидлоо: «Если [плод] извлечен живым, то пусть хорошо опекается заботами повивальной бабки» (стр. 792).

300 лет назад в Россию прибыл доктор Н. Бидлоо, заслужив-