

Департамент здравоохранения г. Москвы
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ
имени Н.В. СКЛИФОВСКОГО

На правах рукописи

БОГОПОЛЬСКИЙ
Павел Майорович

ИСТОРИЯ
РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА В РОССИИ

Диссертация
на соискание ученой степени доктора медицинских наук

07.00.10 – История науки и техники
(медицинские науки)

Научные консультанты:
д.м.н. С.А. Кабанова
д.м.н. проф. М.М. Абакумов

Москва – 2014 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Страницы
Введение	5–13
Глава I. Исследования по истории развития реконструктивной хирургии пищевода в России в XIX–XXI веках (Обзор литературы)	14–48
Глава II. Критерии периодизации и характеристика периодов истории реконструктивной хирургии пищевода в России	49–125
II.1. Предпосылки зарождения реконструктивной хирургии пищевода в России	50–51
II.2. Критерии периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода	51–61
II.3. Характеристика первого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1881–1907 гг.)	61–68
II.4. Характеристика второго периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1908–1940 гг.)	68–85
II.5. Характеристика третьего периода истории хирургии пищевода в России (1941–1960 гг.)	85–103
II.6. Характеристика четвертого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1961–1990 гг.)	103–118
II.7. Характеристика пятого периода истории хирургии пищевода в России (1991–2012 гг.)	118–125
Глава III. Особенности развития и приоритеты реконструктивной хирургии пищевода в России	126–192

III.1. Особенности развития реконструктивной хирургии пищевода в России	127–142
III.1.1. Влияние общественно-политической ситуации, крупных исторических и политических событий на развитие реконструктивной хирургии пищевода в России	127–136
III.1.2. Влияние насущных задач практической медицины на необходимость разработки проблемы реконструктивной хирургии пищевода	136–140
III.1.3. Наличие крупных научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России	140–142
III.2. Приоритеты российских ученых в реконструктивной хирургии пищевода	142–192
III.2.1. Наиболее важные мировые приоритеты отечественных ученых в реконструктивной хирургии пищевода	150–180
III.2.2. Другие приоритеты отечественных ученых в реконструктивной хирургии пищевода	181–192
Глава IV Научные школы реконструктивной хирургии пищевода в России	193–266
IV.1. Зарождение первых научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России	195–219
IV.1.1. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода И.И. Насилова	196–202
IV.1.2. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода П.И. Дьяконова	202–208
IV.1.3. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова	208–219

IV.2. Крупнейшие научные школы реконструктивной хирургии пищевода XX века в России	219–266
IV.2.1. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода П.А. Герцена	219–233
IV.2.2. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.С. Юдина	233–246
IV.2.3. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода А.Г. Савиных	246–251
IV.2.4. Реконструктивная хирургия пищевода в трудах представителей других отечественных научных школ	251–262
IV.2.5. Генеалогическое дерево российских научных школ реконструктивной хирургии пищевода	262–266
 Глава V Современные тенденции и перспективы развития реконструктивной хирургии пищевода в России в XXI веке	 267–279
 Заключение	 280–309
Выводы	310–312
Список литературы	313–373
Архивные материалы	373–381
Приложение	382–428

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Реконструктивная хирургия пищевода является одним из наиболее сложных разделов клинической медицины, и в то же время – важным научным направлением, получившим большое развитие в исследованиях российских хирургов. Развиваясь на основе достижений фундаментальных и прикладных наук, современная реконструктивная хирургия пищевода вовлекает в этот процесс целый ряд смежных клинических и теоретических дисциплин. Однако, не все теоретические и практические аспекты проблемы реконструктивной хирургии пищевода до конца решены. Так, например, остается невыясненной этиология рака и некоторых доброкачественных заболеваний пищевода, что заставляет ученых продолжать углубленные исследования, в том числе исследования по истории развития данного научного направления.

Для истории медицины и хирургии является актуальным всесторонний анализ процесса зарождения, становления, развития и совершенствования данного научного направления в России с конца XIX до начала XXI столетий, также как и создание периодизации истории отечественной реконструктивной хирургии пищевода на основании ряда научных критериев.

Актуальными представляются объективная оценка вклада российских ученых в разработку проблемы реконструктивной хирургии пищевода и установление их мировых приоритетов, что связано с необходимостью уточнения и изменения некоторых воззрений по этим вопросам, сложившихся к концу XX – началу XXI столетий.

Актуальным является изучение вопроса о научных школах реконструктивной хирургии пищевода в России, выяснение процесса их зарождения в конце XIX века и развития до настоящего времени, установление степени их влияния на прогресс данного научного направления в нашей стране и мире.

Изучение и обобщение истории реконструктивной хирургии пищевода в России с конца XIX до начала XXI столетий позволит точнее охарактеризо-

вать современные тенденции, определить перспективы и составить научный прогноз развития данного научного направления в XXI веке.

Степень разработанности темы

Различные аспекты истории реконструктивной хирургии пищевода в России ранее освещались в трудах отечественных ученых (Петровский Б.В., 1948; 1950; Березов Е.Л., 1951; Казанский В.И., 1951; 1973; Юдин С.С., 1954; Петерсон Б.Е., 1962; Попов В.И., Филин В.И., 1965; Березов Ю.Е., Григорьев М.С., 1965; Петров Б.А., Сытник А.П., 1972; Русанов А.А., 1974; Ванцян Э.Н., Скобелкин О.К., 1975; Абакумов М.М., 1991; Балалыкин Д.А., Катрич А.Н., 2007; Байтингер В.Ф., 2007, 2008; Черноусов А.Ф. и соавт., 2000, 2008). Тем не менее, до настоящего времени не проводилось обобщающих научных исследований, которые бы охватывали весь период истории отечественной реконструктивной хирургии пищевода с 1881 по 2012 гг. и раскрывали особенности зарождения и развития данного научного направления в России.

Также предпринимались попытки периодизации истории хирургии пищевода в России, но предложенные ранее классификации – неполные и несовершенные, в основном они касались отдельных аспектов данной проблемы, таких, как история хирургии рака пищевода (Петровский Б.В., 1950) или история эзофагопластики (Балалыкин Д.А., Катрич А.Н., 2007; Черноусов А.Ф. и соавт., 2008). В то же время единой и всеобъемлющей периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода за все время ее существования в России на основании ряда научных критериев до сих пор создано не было.

В монографиях, посвященных различным аспектам проблемы реконструктивной хирургии пищевода, содержатся исторические обзоры развития методов хирургического лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий, освещается вклад отечественных ученых в развитие данного научного направления (Березов Е.Л., 1951; Юдин С.С., 1954; Петров Б.А., Сытник А.П., 1972). Однако, в отдельных отечественных и зарубежных работах, опубликованных в XX веке, содержатся неточные данные о некоторых важных приоритетах, которые повторяются в научных работах последующих ав-

торов (Казанский В.И., 1948, 1951, 1973; Петровский Б.В., 1948, 1950; Авдюничев В.И., 1970; Sauerbruch F., 1925; Hacker V., Lotheissen G., 1926; Nissen R., 1955). Это в определенной мере затрудняет понимание роли российских ученых в разработке проблемы реконструктивной хирургии пищевода.

Исторические исследования о научных школах реконструктивной хирургии пищевода в России до настоящего времени были фрагментарными (Кабанова С.А., Соколов В.И., 2000; Кабанова С.А., 2001).

Работ, касающихся прогнозов дальнейшего развития реконструктивной хирургии пищевода в России в XXI веке, в литературе мы не встретили.

Таким образом, тема истории реконструктивной хирургии пищевода в России является актуальной, это определило цель и задачи данной работы.

Цель работы

Выявить закономерности и особенности развития реконструктивной хирургии пищевода в России в XIX–XXI столетиях, как важного научного направления.

Для достижения поставленной цели нами были сформулированы следующие **задачи**:

1. Изучить возможность создания алгоритма, включающего ряд научных критериев, который позволяет объективно и наиболее четко обозначить важные переломные моменты в развитии реконструктивной хирургии пищевода в России и выделить периоды ее истории на протяжении 1881–2012 гг.;

2. На основании предложенного алгоритма создать периодизацию истории реконструктивной хирургии пищевода в России, подробно охарактеризовать ее периоды с освещением главных научных принципов и направлений отечественной реконструктивной хирургии пищевода;

3. Изучить особенности развития реконструктивной хирургии пищевода в России за период с 1881 по 2012 гг., исследовать ее взаимосвязь с фундаментальными и прикладными науками, другими клиническими и теоретическими дисциплинами на протяжении всех периодов ее истории;

4. Проанализировать достижения российских хирургов, изучить их научные приоритеты в реконструктивной хирургии пищевода и оценить вклад в развитие данного научного направления в XIX –XXI столетиях;

5. Изучить процесс зарождения и развития научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России, охарактеризовать наиболее крупные отечественные научные школы реконструктивной хирургии пищевода, дать оценку их деятельности.

Объект и предмет исследования

Объект исследования – процесс развития реконструктивной хирургии пищевода в России с конца XIX до начала XXI столетий. Предмет исследования – историография развития реконструктивной хирургии пищевода в России, достижений и приоритетов российских ученых, а также научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России.

Хронологические рамки исследования охватывают период с 1881 по 2012 гг. Начальная дата связана с выполнением российскими хирургами А. Лисенко и Н.Д. Монастырским в 1881 году первых в стране операций на пищеводе в виде эзофаготомии на шее по поводу инородных тел. Выбор конечной даты обусловлен необходимостью наиболее полно отразить развитие данного научного направления в России до настоящего времени.

Источниковая база исследования

Источниковая база исследования состоит из трех основных частей: 1) работы ведущих отечественных и зарубежных ученых-клиницистов, чьи труды и научные взгляды определили основные пути развития реконструктивной хирургии пищевода; 2) работы историков медицины, изучавших состояние данной проблемы в разные периоды в России и мире; 3) архивные материалы, иллюстрирующие процесс развития хирургии пищевода в России.

Проанализированы труды российских хирургов, внесших большой вклад в исследование анатомии и физиологии пищевода, этиологии и патогенеза его заболеваний, методов их хирургического лечения. Для более объективного отражения вклада российских ученых в разработку данной проблемы

мы привлекли экспериментальные, клинические и исторические исследования зарубежных авторов за период с конца XIX до начала XXI вв.

Изучены 44 диссертации и 130 монографий, в которых содержатся исторические аспекты развития реконструктивной хирургии пищевода, отражен вклад российских ученых в разработку данной проблемы.

Проанализированы публикации в периодической хирургической печати (466 источников), отражающие научные исследования ведущих отечественных ученых по проблеме реконструктивной хирургии пищевода в России.

В качестве источников информации использованы материалы российских, всесоюзных, международных съездов хирургов и научных конференций, протоколы заседаний Хирургического общества Москвы и Московской области и Хирургического общества Пирогова в Санкт-Петербурге, на которых рассматривались актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий.

В целях более детального анализа процесса исторического развития реконструктивной хирургии пищевода в России привлечены материалы Научного архива РАМН, Российского государственного архива экономики, Центрального городского архива г. Москвы (ЦГАМ), Центрального объединенного архива (ЦОА) Департамента здравоохранения (ДЗ) г. Москвы. В работе использованы документы из архивов ГБУЗМ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы, ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН и материалы экспозиций научных музеев этих учреждений, а также материалы из личных архивов Б.В. Петровского и П.И. Андросова.

Всего изучено 640 публикаций в отечественной и зарубежной медицинской литературе, исследованы материалы 55 архивных документов (истории болезни, протоколы операций, планы и отчеты медицинских учреждений и хирургических кафедр о научной и клинической работе, приказы по основной деятельности, протоколы заседаний ученых советов, личные дела сотрудников, неопубликованные рукописи, письма и фотографии).

Методы исследования

В работе в качестве основного применен исторический метод исследования, а также его разновидности, – сравнительно-исторический, проблемно-хронологический и историко-генетический методы, с помощью которых удалось выяснить общее и особенное в изучаемых исторических явлениях, установить хронологические рамки периодов истории хирургии пищевода в России, выявить и сопоставить уровни в развитии данного научного направления в нашей стране и за рубежом, изучить взаимовлияния важных исторических явлений в рамках данной проблемы. Изучение оригинальных работ, архивных материалов и исторических исследований, связанных с деятельностью отечественных ученых и научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России, позволило от описательно-фактографического уровня перейти к аналитическому и прогностическому уровням исследования.

Научная новизна

Данная работа является первым в отечественной историко-медицинской и хирургической научной литературе крупным обобщающим научным исследованием по изучению особенностей развития, приоритетов и достижений реконструктивной хирургии пищевода в России в XIX–XXI вв.

Предложен алгоритм, включающий ряд научных критериев, на основании которого разработана периодизация истории реконструктивной хирургии пищевода в России с выделением пяти периодов: зарождения (1881–1907 гг.), становления (1908–1940 гг.), развития (1941–1960 гг.), совершенствования (1961–1990 гг.) и современный период (1991–2012 гг.).

Впервые исследован ряд особенностей развития реконструктивной хирургии пищевода в России на протяжении всех периодов ее истории.

Изучены и описаны 23 мировых приоритета российских ученых в реконструктивной хирургии пищевода, из них 9 оперативных методов впервые проанализированы и представлены как приоритетные в данной работе.

Впервые подробно охарактеризованы крупнейшие научные школы реконструктивной хирургии пищевода в России XIX – XXI столетий, представлены их достижения и вклад в мировую медицинскую науку.

Впервые представлена целостная картина истории реконструктивной хирургии пищевода в России за весь период ее развития с 1881 по 2012 гг. Проанализированы взаимосвязи реконструктивной хирургии пищевода в России с фундаментальными и прикладными науками, смежными клиническими и теоретическими дисциплинами, освещены современные тенденции и перспективы развития данного научного направления в XXI столетии.

Собрана научная коллекция хирургических инструментов, книг, альбомов, документов, фотографий. В научный оборот введены 40 новых архивных источников, позволяющих полнее осветить процесс развития реконструктивной хирургии пищевода в России с конца XIX до начала XXI вв.

Научно-практическая значимость

Материалы диссертации значительно дополняют существующие историко-медицинские исследования, посвященные изучению вклада российских ученых в развитие мировой медицинской науки.

Данная работа может быть использована при подготовке материалов по истории отечественной хирургии, истории научных хирургических школ в России и изучению их вклада в мировую медицинскую науку.

Предложенный алгоритм, включающий ряд научных критериев, использованный для создания периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России, может быть применен для создания периодизации истории других частных областей отечественной медицины и хирургии.

Материалы диссертации использованы в экспозициях Научного музея ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН и Музея ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы, лекциях для студентов, научных сотрудников и врачей. По теме диссертации опубликованы исторические разделы в «Руководстве по хирургии пищевода» (2000), «Атласе по хирургии пищевода» (2003), VI томе «Антологии истории русской хирургии» (2012).

Основные положения, выдвигаемые на защиту

I. В истории реконструктивной хирургии пищевода в России необходимо выделять пять периодов: первый период (1881–1907 гг.) – зарождения; второй период (1908–1940 гг.) – становления; третий период (1941–1960 гг.) – развития; четвертый период (1961–1990 гг.) – совершенствования; пятый период (1991–2012 гг.) – современный.

II. Процесс развития реконструктивной хирургии пищевода в России имеет ряд особенностей, отличающих ее от зарубежной хирургии пищевода.

III. Российские ученые сделали весьма значимый вклад в развитие реконструктивной хирургии пищевода, что подтверждается принадлежащими им 23 мировыми приоритетами, из которых 9 оперативных методов впервые проанализированы и представлены как приоритетные в данной работе.

IV. Основными научными школами реконструктивной хирургии пищевода в России являются школы И.И. Насилова, П.И. Дьяконова, С.П. Федорова, П.А. Герцена, С.С. Юдина и А.Г. Савиных.

Апробация работы

Апробация диссертации проведена 20 ноября 2013 года на заседании Проблемно-плановой комиссии № 3 «Повреждения груди и живота» ГБУЗМ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы. Материалы диссертации доложены на 2599-ом заседании Общества хирургов Москвы и Московской области (Москва, декабрь 2006 г.), Городской научной конференции НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (Москва, январь 2007 г.), I Международной конференции по торакоабдоминальной хирургии (Москва, июнь 2008 г.); I съезде Российского общества хирургов-гастроэнтерологов (Геленджик, ноябрь 2008 г.); III съезде Конфедерации историков медицины (международной) – Москва, май 2009 г.; Международном симпозиуме «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины» (Москва, ноябрь 2010, ноябрь 2011 и ноябрь 2012 гг.); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2011» (С-Петербург, декабрь 2011 г.); Межкафедральной научной конференции Первого МГМУ им. И.М.

Сеченова «Актуальные вопросы истории и современного развития хирургической гастроэнтерологии» (Москва, февраль 2013 г.); 568-м заседании Московского научного общества историков медицины (Москва, февраль 2013 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 57 научных работ, в т.ч. глава в «Руководстве по хирургии пищевода» (2000), глава в «Атласе по хирургии пищевода» (2003), глава в VI томе «Антологии истории русской хирургии», посвященном истории хирургии пищевода в России в XIX –XX вв. (2012), 17 статей в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ и 8 публикаций в материалах международных научных конференций и съездов.

Личный вклад автора

Автор разработал программу исследования и методические подходы, провел научно-исследовательскую работу в библиотеках, проанализировал 640 литературных источников, осуществил сбор первичного материала в российских и личных архивах, изучил 55 архивных источников, из них 40 источников впервые ввел в научный оборот, сделал научный анализ полученных результатов, представил их в 57 опубликованных работах.

Соответствие паспорту научной специальности

Основные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки). Полученные результаты соответствуют областям исследований, обозначенным пунктами 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 428 страницах компьютерного набора, состоит из оглавления, введения, 5 глав (включая обзор исторической литературы), заключения, 5 выводов, списка литературы, списка архивных материалов и приложения. Диссертация иллюстрирована 10 рисунками и 1 таблицей. Список литературы насчитывает 522 ссылки на работы отечественных и 118 – зарубежных авторов. Список архивных материалов включает 55 названий. Приложение содержит 40 фотокопий архивных документов.

ГЛАВА I

Исследования по истории развития реконструктивной хирургии пищевода в России в XIX–XXI веках (обзор литературы)

История изобретения гастростомии, как метода паллиативного хирургического лечения опухолевых и рубцовых стенозов пищевода, подробно освещена в предыдущих исторических исследованиях [40; 50; 87; 177; 269; 294; 295; 479; 512], поэтому мы уделяем основное внимание анализу работ по истории реконструктивной хирургии собственно пищевода, а также работам, посвященным изучению приоритетов российских ученых в этой области.

Вопрос о приоритетах отечественных ученых неоднократно рассматривался в основополагающих монографиях Б.В. Петровского (1950), Е.Л. Березова (1951), В.И. Казанского (1951), С.С. Юдина (1954), а также в исторических разделах ряда работ отечественных авторов второй половины XX – начала XXI вв., посвященных развитию реконструктивной хирургии пищевода в России и мире [11; 252; 253; 479; 482; 537; 606]. Специально этому вопросу посвящена статья А.Н. Катрича и Д.А. Балалыкина (2007), в которой описаны приоритеты российских хирургов [184]. Однако, ряд неточностей, которые имеются в этой и предыдущих публикациях, заставляют нас еще раз и более подробно рассмотреть вопрос о приоритетах российских ученых в реконструктивной хирургии пищевода в нашей диссертационной работе.

О первых в России эзофаготомиях на шее по поводу инородных тел, выполненных А. Лисенко и Н.Д. Монастырским в 1881 г., упоминают в своих работах Л.П. Александров (1891), И.Д. Сарычев (1891), Р.И. Венгловский (1915), Н.В. Антелава (1952), А.Н. Катрич и Д.А. Балалалыкин (2007), Д.А. Балалыкин (2009) [12; 28; 43; 92; 184; 392]. Важно отметить, что именно в период 80-х гг. XIX века в России начали проводиться первые самостоятельные научные исследования по актуальным аспектам проблемы реконструктивной хирургии пищевода. В качестве таковых авторы приводят докторские диссертации Н.Н. Крузенштерна (1885) и Д.С. Морозова (1887) [213; 261].

Об основополагающем значении работы профессора И.И. Насилова «Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди», опубликованной в 1888 г., многократно говорилось в исторических исследованиях отечественных ученых [11; 184; 246; 252; 295; 334; 366; 368; 375; 405; 412; 479; 482; 512]. Все эти авторы отмечают главное достижение И.И. Насилова – он первым в мире разработал на трупах задний внеплевральный доступ к грудному отделу пищевода для его резекции при раке и эзофаготомии при инородных телах. А.Ф. Черноусов и соавт. (2000) к этому добавляют, что к разработке внеплеврального доступа И.И. Насилов приступил из-за того, что чресплевральные операции на органах грудной полости в то время считались невозможными, так как в арсенале хирургов не было надежных средств борьбы с шоком, пневмотораксом и гнойными осложнениями [479].

Безусловно, огромная заслуга И.И. Насилова состояла в том, что он первым указал реальный путь к грудному отделу пищевода. Однако, ни один из авторов не упоминает о том, что И.И. Насилов разработал свой доступ на трупах людей со здоровым пищеводом, а это важно для понимания смысла дальнейших анатомических и экспериментальных исследований, которые были вскоре предприняты как в России, так и за рубежом. Так, по данным А.В. Старкова (1901), В.Н. Саввина (1903), В.Ю. Славяниса (1908), уже в 1889 г. В.Г. Руднев из Института топографической анатомии и оперативной хирургии Императорского Московского университета (ИМУ) путем анатомических исследований на трупах установил, что мобилизация пораженного раковой опухолью пищевода в заднем средостении доступом И.И. Насилова практически не выполнима. Однако, как отмечал В.Г. Руднев, этот доступ может быть с успехом использовать для эзофаготомии при доброкачественных сужениях, дивертикулах и инородных телах пищевода [368; 405; 412].

Сведения по истории анатомических исследований в этом направлении, выполненных в конце XIX в. в Европе (Quénu, Hartmann, 1891; Potarca, 1891), мы встречаем в работах учеников проф. П.И. Дьяконова А.В. Старкова (1901), В.Н. Саввина (1903), В.Ю. Славяниса (1908), Р.И.

Венгловского (1915), а также в диссертации ученика проф. С.П. Федорова А.П. Алексеева (1914). Важно отметить, что указанные отечественные авторы, освещая различные стороны работ своих зарубежных коллег, не отметили их главного недостатка – эти экспериментальные исследования не дали ответа на главный вопрос – о возможности выполнения резекции пищевода в клинике доступом И.И. Насилова [14; 92; 368; 405; 412].

По данным В.Н. Саввина (1903), клиническое применение задний доступ И.И. Насилова впервые получил в 1891 г., когда Obalinski осуществил с его помощью вскрытие заднего средостения при медиастините [368]. Это было уже крупным достижением, тем не менее, для прямых вмешательств на пищеводе задний доступ стал использоваться только через 10 лет после опубликования работы И.И. Насилова. Сведения об этом содержатся в диссертациях В.Ю. Славяниса (1908) и А.П. Алексеева (1914). По данным этих авторов, первым эзофаготомию при инородном теле пищевода доступом по И.И. Насилову пытался сделать в 1898 г. Forgue, а произвел в 1900 г. Henle, но с плохим исходом. В 1900 г. Enderlen успешно удалил кость из пищевода доступом И.И. Насилова, разрез в стенке пищевода он оставил неушитым, затампонировав рану. Образовавшийся пищеводный свищ закрылся, и пациент поправился [14; 405].

По данным В.Н. Саввина (1903), результаты двух первых в мире операций доступом И.И. Насилова при послеожоговой стриктуре и раке грудного отдела пищевода опубликовал в 1898 г. французский хирург E. Rehn. У первого пациента E. Rehn в декабре 1897 г. произвел продольное рассечение стриктуры, ее бужирование, и провел зонд через шейную эзофагостому и вскрытую стриктуру в желудок. Вторую операцию Rehn сделал пациенту с раковой опухолью пищевода, которая оказалась неудалимой [368]. Эти две первые попытки Rehn'a показали принципиальную возможность выполнения прямых вмешательств на грудном отделе пищевода при его раковой и рубцовой непроходимости задним внеплевральным доступом, но их плохие результаты, по-

видимому, не могли воодушевить хирургов к более широкому применению подобных операций. Как отмечали А.В. Мельников (1922) и Б.В. Петровский (1950), в западной историко-медицинской и хирургической литературе обнажение грудного отдела пищевода задним доступом чаще называют операцией Эндерлена-Рена [246; 295], но, тем не менее, имя И.И. Насилова как автора этой операции все-таки указывается в ряде работ зарубежных авторов, таких, как Llobet A. (1900), Nissen R. (1955), Nissen R., Wilson R. (1960), Gavriliu D. (1957) [562; 582; 595; 597].

Первым, кому удалось иссечь раковую опухоль грудного отдела пищевода задним внеплевральным доступом, был французский хирург Faure. В 1903 г. он удалил одиннадцатисантиметровый отрезок пищевода с опухолью через комбинированный доступ – косой шейный разрез справа и задний правосторонний доступ по И.И. Насилову с пересечением I ребра для лучшей экспозиции пищевода. К сожалению, обе выполненных Faure операции окончились смертью больных [14; 246; 368; 405].

Таким образом, как можно заключить из исторических исследований авторов начала – середины XX века, первые единичные попытки оперативного лечения рака и рубцовых стриктур грудного отдела пищевода не имели успеха, это было связано со многими факторами, и в том числе с рядом крупных недостатков, присущих доступу И.И. Насилова. Так, по данным В.Ю. Славяниса (1908), в 1901 г. А.В. Старков из кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ИМУ на основании произведенных им вскрытий 67 трупов больных (из них 10 трупов больных, умерших от рака пищевода), сделал окончательное заключение о непригодности доступа И.И. Насилова для выполнения радикальных операций при раке. В большинстве случаев А.В. Старков находил распространение опухоли на структуры заднего средостения и желудок, а также метастазы в лимфоузлы бифуркации трахеи и брюшной полости, что исключало возможность радикальной операции [405]. К подобным выводам также пришел в 1903 г. хирург и анатом А.Р. Войнич-Сяноженцкий из Санкт-Петербургской ВМА [174; 175].

В 1903 г. В.Н. Саввин из кафедры (института) топографической анатомии и оперативной хирургии ИМУ в своей докторской диссертации поставил задачу еще раз с анатомической точки зрения рассмотреть вопрос о возможности широкого вскрытия средостения задним доступом по И.И. Насилову для резекции пищевода при раке и изучить пути распространения опухоли по лимфатической системе. В.Н. Саввину удалось впервые выяснить, что в ряде случаев лимфатические сосуды пищевода непосредственно вливаются в грудной лимфатический проток. Также В.Н. Саввин показал, что по внутрибрюшной части пищевода и кардиальному отделу желудка идут лимфатические сосуды к лимфоузлам в области малой кривизны желудка, чревного ствола, брюшной аорты и поджелудочной железы [405]. Эти весьма ценные данные, полученные В.Н. Саввиным в самом начале XX века, не потеряли своего значения и в настоящее время [482].

При анализе исторических работ складывается представление о том, что в конце XIX – начале XX вв. одной из главных целей исследований хирургов и анатомов являлись поиск и совершенствование оперативных доступов к грудному отделу пищевода, а также изучение их преимуществ и недостатков в экспериментах на трупах и животных, но вопрос о широком внедрении подобных операций в клиническую практику тогда еще почти никем не рассматривался [14; 199; 295; 405; 414; 595; 614; 639]. Так, итальянский ученый D. Biondi в 1895 г. на конгрессе хирургов в Риме доложил о разработанном им в эксперименте способе резекции кардии и нижней трети пищевода с одномоментным наложением эзофагогастроанастомоза через задний трансторакальный доступ, подобный доступу И.И. Насилова. Но сам D. Biondi сомневался в возможности выполнения подобной операции у человека, предполагая, что она представляла бы очень большие технические трудности. В 1903 г. результаты подобных экспериментов опубликовал французский хирург A. Gosset, который, однако, в отличие от D. Biondi, предлагал рассекать диафрагму и выво-

дить в плевральную полость желудок для замещения им резецированной части пищевода через левосторонний трансторакальный доступ [295].

По данным В.Н. Саввина (1903) и В.Ю. Славяниса (1908), об использовании трансабдоминального доступа для резекции кардии в эксперименте первым сообщил Levy в 1898 г. Результаты его экспериментов были благоприятными: две из 6 оперированных собак прожили более 3 месяцев, а одна – 2 $\frac{3}{4}$ года. В том же году Krukenberg опубликовал результаты подобных операций и также в эксперименте на собаках. Необходимо отметить, что Levy сделал еще одно новое и необычное предложение – удалять весь грудной отдел пищевода после пересечения его на шее методом медленного выворачивания через гастростому с помощью специального зонда с пуговкой на конце. Levy провел 10 подобных экспериментов на собаках, и только одно животное погибло во время операции. Однако, Levy крайне осторожно высказывался о возможности использования подобной весьма травматичной операции в клинике: пробуя ее на свежих трупах, он ни разу не смог удалить пищевод, не разорвав его [368; 405].

В исторических разделах диссертаций В.Ю. Славяниса (1908) и А.П. Алексеева (1914), а также в книге Р.И. Венгловского (1915) – первой в России монографии, целиком посвященной хирургии пищевода, довольно коротко говорится о работах В.Д. Добромыслова (1900, 1903), который в экспериментах на собаках, применяя искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) через трахеостому, производил резекцию грудного отдела пищевода с одномоментным наложением эзофаго-эзофагоанастомоза конец-в-конец. Таким образом, можно констатировать, что работы В.Д. Добромыслова в начале XX века не получили должной оценки в России. Более того, трансплевральный доступ к пищеводу критиковали и А.В. Старков (1901) и В.Н. Саввин (1903) с точки зрения опасности развития тяжелых физиологических последствий пневмоторакса и угрозы смертельных гнойно-септических осложнений [368; 412], которые, по данным С.П. Федорова (1912), в то время закономерно наступали у всех больных после операций в грудной полости [446].

Но по прошествии ряда лет пионерские работы В.Д. Добромыслова были переосмыслены, и все отечественные авторы середины – второй половины XX века стали говорить об их основополагающем значении для развития мировой хирургии пищевода [11; 175; 177; 294; 295; 366; 375; 377; 384; 479; 512]. Необходимо отметить, что в исторических обзорах указанных авторов не приводится каких-либо критических замечаний, которые на самом деле возникают при внимательном изучении работ В.Д. Добромыслова [137; 138]. Дело в том, что обширный право- или левосторонний лоскутный передне-боковой доступ с пересечением многих ребер, который использовал в эксперименте В.Д. Добромыслов, в клинике не применялся из-за своей очевидно большой травматичности.¹ Кроме того, идея В.Д. Добромыслова о возможности ограниченной резекции грудного отдела пищевода с одномоментным наложением эзофаго-эзофагоанастомоза конец-в-конец на самом деле неосуществима у больных раком пищевода, так как даже при начальных стадиях опухоли подобная операция была бы явно нерадикальной, а после обширной резекции пищевода соединить его концы технически невозможно. Также известно, что различные трансплевральные доступы в конце XIX – начале XX вв. разрабатывались другими учеными для осуществления операций на легких и сердце при их ранениях. То же самое касается и эндотрахеального наркоза с ИВЛ [502]. При этом особенности операций D. Biondi (1895) и A. Gossett (1903) трансторакальной резекции пищевода и кардии в литературе подробно не представлены. В результате остается неясным, чем различаются работы В.Д. Добромыслова, D. Biondi и A. Gossett. На этом основании мы можем заключить, что исследования данных авторов по трансплевральным операциям на пищеводе были проанализированы недостаточно глубоко.

Мы считаем, что в исторических обзорах отечественных авторов не уделено должного внимания работам проф. П.И. Дьяконова и его учеников по проблеме хирургии пищевода. Между тем, в России в начале XX века

¹ В 1925 г. F. Sauerbruch в своем капитальном руководстве по торакальной хирургии описал подобный (но гораздо меньших размеров) передний правосторонний лоскутный доступ к верхней половине грудного отдела пищевода, не упомянув при этом В.Д. Добромыслова, как первого автора этого доступа [623].

наиболее активные исследования в этом направлении проводились именно в госпитальной хирургической клинике ИМУ, которой с 1901 по 1908 гг. руководил проф. П.И. Дьяконов. По данным В.Ю. Славяниса (1908), с 1903 по 1908 гг. здесь лечилось 134 больных раком пищевода и 34 пациента с ожоговыми стриктурами пищевода. Сам П.И. Дьяконов предпринял 8 попыток резекции пищевода при раке, но сделать это ему удалось лишь однажды [405]. Таким образом, деятельность проф. П.И. Дьяконова, его учеников и последователей в этом направлении также требует более углубленного анализа.

В исторических исследованиях недостаточно подробно отражены достижения ученика П.И. Дьяконова В.П. Вознесенского, который в 1908 г. разработал в эксперименте оригинальный метод заднедиастиальной тонкокишечной эзофагопластики [44]. Кроме того, В.П. Вознесенский впервые предложил и разработал в эксперименте инвагинационный пищеводно-тонкокишечный анастомоз конец-в-конец по типу «чернильницы-непроливайки», но это, по-видимому, ускользнуло от внимания исследователей. Так, К.Н. Цацаниди и А.В. Богданов в историческом разделе своей монографии (1969) указали, что первым подобный анастомоз разработал Н.Ф. Березкин в 1937 г., что не соответствует истине.

В 1905 г. ученик П.И. Дьяконова Р.И. Венгловский опубликовал первую в России монографию по эзофагоскопии [91]. По данным А.А. Гукасян (1964), Р.И. Венгловский в 1903 г. первым в России выполнил эндоскопическое удаление доброкачественной опухоли – папилломы пищевода. Эзофагоскопией активно занимался еще один ученик П.И. Дьяконова – А.В. Судакевич, который применил ее для диагностики дивертикулов пищевода и опубликовал накопленный опыт в 1908 г. [128].

Большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода в России в начале XX века сыграла кафедра госпитальной хирургии ВМА под руководством проф. С.П. Федорова. Важным вкладом С.П. Федорова стало то, что он в 1888–1894 гг. первым в России внедрил в практику диагностическую и лечебную эзофагоскопию, в

1900 г. впервые в стране выполнил резекцию шейного отдела пищевода при раке, а в 1902 г. – первую гастрэктомия с наложением прямого эзофагодуоденоанастомоза [193; 194; 496]. Одним из важных направлений исследований С.П. Федорова и многочисленных учеников и последователей его научной школы стала реконструктивная хирургия пищевода, но в современной литературе этот вопрос освещен недостаточно и также требует подробного освещения.

В ряде исторических работ уделяется внимание исследованиям С.П. Федорова по внутриплевральной обходной пластике пищевода петлей тощей кишки. В 1908 г. С.П. Федоров доложил об этом способе, разработанном им в эксперименте, на VIII съезде российских хирургов. Наряду с операцией Ру-Герцена это предложение С.П. Федорова считается одним из наиболее рациональных и перспективных для дальнейшего развития хирургии пищевода [193; 295; 512]. Однако, отличие способа С.П. Федорова (1908) от операций D. Biondi (1895) и A. Gossett (1903) в известных нам работах не уточняется.

Что касается шунтирующих операций при рубцовой и раковой непроходимости пищевода, то все авторы указывают на то, что исторически первой родилась кожная пластика, когда в 1894 г. швейцарский хирург A. Bircher реализовал высказанную в 1886 г. I. Mikulicz мысль о возможности образования предгрудинного пищевода из кожи. Из ряда исторических исследований известно, что A. Bircher дважды осуществил этот способ в клинике, но оба его больных, страдавших раком пищевода, умерли до окончания эзофагопластики от основного заболевания [90; 92; 105; 386; 482; 512].

Также бесспорным является тот факт, что в 1906 г. впервые в мире швейцарский хирург C. Roux сделал первый этап тотальной подкожной эзофагопластики тощей кишкой одиннадцатилетнему пациенту с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода. Наиболее полно его работа проанализирована в историческом обзоре широко известной монографии С.С. Юдина (1954). Необходимо подчеркнуть, что еще в 1904 г., т.е. на три года раньше C. Roux, L. Wullstein опубликовал результаты своей экспериментальной работы по

созданию антеторакального пищевода из тощей кишки, но, в отличие от операции С. Roux, с кожной надставкой [512]. Еще одним важным отличием второго варианта операции L. Wullstein было отсутствие анастомоза тонкокишечного трансплантата с желудком. Об этом писали В.Ю. Славянис (1908) и Р.И. Венгловский (1915). Последний момент незаслуженно обойден вниманием других отечественных авторов, поэтому некоторые хирурги полагают, что первым предложил подобный прием при формировании искусственного пищевода С.С. Юдин в 30-х гг. XX века. Однако, в исторических обзорах монографий Б.Г. Векснера (1931) и А.Ф. Черноусова и соавт. (2008) прямо указывается, что еще в 1912 г. российский хирург А.В. Вакар разработал на трупах вариант тотальной тонкокишечной эзофагопластики по Ру-Герцену без наложения еюногастроанастомоза. Этот способ эзофагопластики А.В. Вакар справедливо считал показанным при нередко встречающемся сочетанном ожоговом рубцовом поражении пищевода и желудка [90; 482].

Общепризнано, что первая законченная тотальная подкожная пластика пищевода тонкой кишкой была сделана российским хирургом П.А. Герценом в три этапа в сентябре-ноябре 1907 г. В декабре того же года П.А. Герцен доложил этот случай на VII съезде российских хирургов [4; 512]. Необходимо отметить, что материалы VII съезда были опубликованы в 1908 г., из-за этого, по-видимому, некоторые авторы неправильно приводят 1908 год, как год выполнения этой операции. В 1908 г. в журнале «Zentralblatt für Chirurgie» был опубликован реферат работы П.А. Герцена на немецком языке [569], и поэтому в исторических исследованиях ряда зарубежных авторов (Nissen R., 1955; Nissen R., Wilson R., 1960; Winkelbauer A., 1955) П.А. Герцен упоминается как один из авторов этой операции наряду с Ц. Ру [595; 597; 640].

Меньше внимания уделяется тому факту, что данная операция у больной с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода была у П.А. Герцена уже не первой – в 1907 г. он сделал такую же пластику двум больным раком пищевода, – один из них умер после операции, а другой отказался от соединения трансплантата с пищеводом и выписался из клиники [405]. Между тем,

выполнение подобных шунтирующих операций у больных раком пищевода породило целое направление – паллиативной эзофагопластики, которое то затухало, то возрождалось вновь, но успешно развивается и в наше время.

По мнению С.С. Юдина (1954) и ряда других авторов, П.А. Герцен сделал два важных видоизменения, которые помогли ему устранить «5 трудно избегаемых слабых сторон» методики С. Roux: 1) разделение операции не на два этапа, а на три; 2) проведение мобилизованной кишки в верхний этаж брюшной полости через отверстия в брыжейке поперечной ободочной кишки и желудочно-ободочной связке [512]. При этом не делаются ссылки на работы В.Ю. Славяниска (1908) и Р.И. Венгловского (1915), в которых авторы прямо указали, что уже в 1904 г. L. Wullstein предлагал делать эзофагопластику с проведением тощей кишки в верхний этаж брюшной полости позадиободочно [92; 405]. Всё это говорит о том, что история тонкокишечной пластики пищевода также требует дальнейшего изучения и уточнения.

Сведения о первых исследованиях по желудочной эзофагопластике приводятся в работах А.В. Мельникова (1922), Б.Г. Векснера (1931), А.А. Русанова (1974), А.Ф. Черноусова и соавт. (2000). В них достаточно подробно описана операция Я.О. Гальперна (1912), который, основываясь на предложении Hirsh (1911), и независимо от J. Jianu разработал на трупах и в экспериментах на собаках способ антеторакальной эзофагопластики антиперистальтической желудочной трубкой [90; 246; 366; 479]. По-видимому, Я.О. Гальперн не знал о более ранних работах Beck и Carrel, которые, по данным Э.Н. Ванцяна и О.К. Скобелкина (1975), уже в 1905 г. разработали в эксперименте способ формирования антиперистальтической желудочной трубки из большой кривизны желудка [86]. В одной из недавно опубликованных монографий ее авторы Б.И. Мирошников и К.М. Лебединский (2002) указывают, что метод Гальперна-Жиану впервые использовал в клинической практике G. Lotheissen в 1922 г. [252], между тем, известно, что еще в 1914 г. это сделал выдающийся отечественный хирург И.И. Греков у 4 больных [123; 512]. Не-

обходимо отметить, что подобные неточности довольно часто встречаются в работах отечественных хирургов-клиницистов.

В историческом разделе монографий Э.Н. Ванцяна и О.К. Скобелкина (1975), А.Ф. Черноусова и соавт. (2008) приводится важное упоминание о том, что в 1913 г. W. Meyer для формирования антиперистальтической желудочной трубки по Гальперну-Жиану впервые применил хирургический сшивающий аппарат Hülthl, чем устранил одно из главных неудобств этой операции – необходимость наложения большого количества швов на раны желудка [86; 482]. В связи с этим важно подчеркнуть, что создание и внедрение разнообразных сшивающих аппаратов, в чем большую роль сыграли отечественные ученые, – это важная страница в истории в хирургии реконструктивной пищевода. Однако, данный вопрос в исторических исследованиях до сих пор был отражен слабо и поэтому также нуждается в подробном анализе.

В исследованиях по истории хирургии пищевода практически не затрагивается период I мировой войны 1914–1918 гг., двух революций 1917 г. и Гражданской войны в России 1918–1922 гг., когда полностью распались научные связи отечественных ученых с их европейскими коллегами. Тем не менее, в этот сложный период российские хирурги продолжали свои исследования, которые также заслуживают специального рассмотрения.

Если в 1914 г. А.П. Алексеев в своей диссертации «Хирургия грудной части пищевода» собрал в мировой литературе 45 случаев торакотомии, из которых 12 были эксплоративными, то в 1922 г. А.В. Мельников описал уже 104 наблюдения резекции грудного отдела пищевода, после которых летальный исход наступил в 94,7% случаев [50; 387]. Отмечается, что впервые удалось успешно резецировать пищевод по поводу рака его среднегрудного отдела F. Thorek в марте 1913 г. через левосторонний торакотомный доступ в VII межреберье с пересечением кверху IV, V, VI и VII ребер в области их углов (позже этот разрез был назван «нормальным доступом по Тореку»). Верхний конец пищевода F. Thorek вывел на шею, а нижний ушил и погрузил в желудок. Больная Торека хорошо перенесла операцию и про-

жила 13 лет, пользуясь резиновым протезом, соединявшим эзофагостому и гастростому [174; 295]. В 2002 г. Б.И. Мирошников и К.М. Лебединский в историческом разделе своей монографии неточно указали, что F. Thorek оперировал свою больную в камере Зауэрбруха-Брауэра. Дело в том, что, во-первых, это два совершенно разных устройства (камеры дифференциального давления, работавшие на противоположных принципах «гипопрессии» и «гиперпрессии»). Эти камеры и условия работы с ними подробно описаны в диссертации А.П. Алексеева (1914) и монографии Р.И. Венгловского (1915). Во-вторых, по данным А.В. Мельникова (1922), F. Thorek, также, как и французские хирурги того времени, не признавал подобных устройств и оперировал на пищеводе с использованием метода инсуффляции по Meltzer, т.е. вдувания кислорода в трахею через тонкий катетер [246]. Здесь уместно привести замечание Б.Э. Линберга (1946) о том, что камеры повышенного и пониженного давления, введенные немецкими хирургами,² значительно затормозили развитие грудной хирургии [225]. Во всяком случае, F. Sauerbruch, проведя в начале XX века серию экспериментов на собаках по трансторакальной резекции грудного отдела пищевода в изобретенной им камере пониженного давления, затем оперировал по своему способу в общей сложности более 50 больных раком пищевода, но ни в одном случае не получил благоприятного исхода [177]. Таким образом, до сих пор недостаточно изучен очень важный вопрос – в каких условиях, с применением какого метода обезболивания и с помощью каких наркозных аппаратов и других устройств производились в этот период операции на пищеводе.

Первую успешную трехэтапную чресплевральную резекцию нижнегрудного отдела пищевода при раке сделал в 1913 г. голландский хирург J.H. Zaaier. Некоторые авторы неправильно указывают, что J.H. Zaaier сумел выполнить также и восстановительный этап операции. На самом деле J.H.

² По данным А.П. Алексеева (1914), камеру пониженного давления для трансплевральных операций впервые построил в 1904 г. Ф. Зауэрбрух по предложению своего учителя И. Микулича. Камеру повышенного давления примерно в это же время предложил А. Брауэр [14].

Zaajer соединил пищеводную и желудочную стомы резиновой трубкой по методу Глюка, и больной прожил после операции только 98 дней [28; 375].

Оценивая достижения Торека и Цаайера, В.И. Казанский (1948) отмечал, что они подтвердили установленную В.Д. Добромысловым возможность операций внутри грудной клетки в условиях открытого пневмоторакса и доказали, что если операция по поводу рака пищевода предпринята своевременно, то больные могут не только перенести ее, но и жить продолжительное время [174]. Однако, после единичных успехов Торека и Цаайера на протяжении еще двух десятилетий летальность после операций на внутригрудном отделе пищевода не падала ниже 90% [416]. По словам А.Г. Савиных (1949), прекрасные эксперименты Насилова, Добромysłова и Зауэрбруха, а также удачные клинические случаи Цаайера и Торека еще не открыли широкой дороги для хирургии пищевода [375].

Таким образом, из анализа опубликованных исторических работ можно заключить, что в 10-х гг. XX века проблема прямых операций на грудном отделе пищевода при раке и рубцовых стриктурах в России, также как и во всем мире, была еще в самом начале своего развития. Тем не менее, трансплевральные резекции пищевода при раке, считавшиеся на заре XX века невыполнимыми, в это время уже стали реальностью и вызвали к жизни новые актуальные вопросы, требующие незамедлительного решения. К ним прежде всего следует отнести настоятельную необходимость разработки мер профилактики и лечения тяжелых гнойно-септических осложнений в виде эмпиемы плевры, гнойного медиастинита и перикардита. Исходя из этого, мы можем сделать вывод о том, что реальных условий для выполнения трансплевральных операций на пищеводе не было вплоть до Второй мировой войны, когда появились эндотрахеальный наркоз, первые сульфаниламиды и антибиотики.

Однако, анализ исторических работ позволяет утверждать, что к началу 20-х гг. XX века все основные пути дальнейшего развития проблемы реконструктивной хирургии пищевода в России уже были намечены. Сразу после окончания Гражданской войны 1918–1922 гг., когда страна вернулась к мир-

ной жизни, исследования в этом направлении возобновились. В этот период российские хирурги в основном изучали и разрабатывали различные варианты операций создания искусственного пищевода (Н.А. Богораз, В.Р. Брайцев, М.В. Вакуленко, Я.О. Гальперн, П.А. Герцен, И.И. Греков, А.В. Григорьев, А.А. Кацман, А.В. Мельников, А.Ю. Озолинг, В.Л. Покотило, С.К. Ризенкампф, А.Г. Соловьев, Б.К. Финкельштейн, В.Н. Шамоу, И.И. Шищенко, С.С. Юдин). По-видимому, это было связано с широким распространением в России химических ожогов пищевода, которые часто заканчивались развитием непроходимых рубцовых стриктур, требующих оперативного лечения. Но в это же время проводились исследования и по хирургическому лечению рака пищевода. Так, П.А. Герцен в Институте для лечения опухолей³ уже в начале 20-х гг. изучал возможность резекции пищевода при раке [266; 506].

Сведения об истории разработки кожной эзофагопластики, которой занимались в России в 20-х гг. В.Р. Брайцев, В.Л. Покотило, А.Н. Бакулев, А.Г. Соловьев, С.С. Юдин, приведены в ряде работ [87; 90; 191; 512]. Однако указаний на то, что в этот период продолжала успешно разрабатываться и тотальная тонкокишечная эзофагопластика по Ру-Герцену, в отечественной литературе почти нет. По данным Б.Г. Векснера (1931), к 1931 г. в мировой литературе было описано всего 205 случаев эзофагопластики, причем у 97 (47%) пациентов была выполнена операция Ру-Герцена. Из 21 эзофагопластики по Ру-Герцену, предпринятой к тому времени отечественными хирургами, у 5 больных она была завершена, у 9 не завершена, а 7 операций закончились смертью больных, в основном от некроза трансплантата [90]. Таким образом, приведенные цифры говорят о том, что эзофагопластику по Ру-Герцену в России в этот период продолжали делать. В этом большую роль сыграл ученик П.А. Герцена В.Л. Покотило, к достижениям которого обычно относят только усовершенствование операции создания кожной трубки на

³ С 1934 г. – Центральный онкологический институт НКЗ СССР, с 1947 г. – Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, ныне – МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ.

шее [11; 512], и не упоминают его важные работы по тонкокишечной пластике по Ру-Герцену с изучением отдаленных результатов операции [328–330].

В литературе недостаточно сведений об истории разработки и внедрения в нашей стране толстокишечной эзофагопластики. По данным Б.Г. Векснера (1931), этот способ пластики, предложенный в 1911 г. Н. Vulliet и G.E. Kelling и впервые успешно осуществленный в 1913 г. О. Lundblad и в 1919 г. О. Roith, был применен в России только 4 раза Л.А. Стуккеем (1916), Н.А. Богоразом (1925), Н.И. Напалковым (1926) и Б.К. Финкельштейном (1926) с неудовлетворительными результатами [90]. По данным Б.А. Петрова и А.П. Сытника (1972), толстокишечная эзофагопластика была возрождена в 1950–1951 гг. французскими учеными Р. Orsoni и А. Toupet, Р. Lafargue и соавт., в то же время, о достижениях П.И. Андросова, который впервые в нашей стране успешно выполнил эту операцию в три этапа в 1953–1954 гг., и о работах его последователей говорится незаслуженно мало [288].

По словам С.С. Юдина (1954), самой главной проблемой пластики пищевода как тонкой, так и толстой кишкой оставалась недостаточность кровоснабжения трансплантата [512]. Поэтому в 20–30-х гг. в России получила наибольшее распространение комбинированная антеторакальная тонкокишечно-кожная эзофагопластика по Вульштейну-Лексеру, предполагавшая сначала формирование заведомо короткого тонкокишечного трансплантата с минимальным риском его некроза, а затем – создание трубки из кожи груди для соединения кишки с шейным отделом пищевода [352; 407–409; 454; 512].

О реваскуляризации тонкишечного трансплантата за счет внутренней грудной артерии, которую впервые разработал на трупах Е.Ю. Крамаренко, (1928), а в клинике первыми применили в 1946 г. W.P. Longmire и в 1950 г. П.И. Андросов, подробно написал в своей монографии С.С. Юдин [512]. Об этом имеются сведения и в работах других авторов, однако в них не уделено внимания исследованию сотрудницы Е.Ю. Крамаренко Мацневой⁴, которая в 1929 г. на трупах разработала метод дополнительной васкуляризации тонко-

⁴ В заглавии статьи Мацневой [239] инициалы автора не приведены.

кишечного трансплантата за счет артерий шеи [239]. Также остается неизученным вопрос о том, почему прогрессивная операция реваскуляризации тонкокишечного трансплантата, которую П.И. Андросов успешно осуществлял также за счет артерий брюшной полости с помощью сосудосшивающего аппарата В.Ф. Гудова, так и не получила распространения в нашей стране.

В 20–30-х гг. XX века некоторые отечественные хирурги стали изучать возможность осуществления желудочной эзофагопластики, которую по данным Э.Н. Ванцяна и О.К. Скобелкина (1975) впервые предложили С. Beck и А. Carrel в 1905 г., разрабатывали F. Sauerbruch (1905), Voelker (1908), Hirsch (1911), Fink (1912), а первую успешную тотальную подкожную пластику пищевода целым желудком выполнил в 1920 г. М. Kirschner [86]. Однако, история развития этой проблемы в России в литературе освещена недостаточно. Кроме работы Я.О. Гальперна, который в 1912 г. независимо от J. Jiano предложил эзофагопластику антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка, другие достижения отечественных хирургов исследованы поверхностно. Обычно лишь вскользь упоминается о работе А.В. Григорьева (1926), который, основываясь на исследованиях Я.О. Гальперна, и независимо от Rutkowsky (1923), предложил способ эзофагопластики изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка и применил его в клинике [86; 177; 191; 453]. Кстати, Э.Н. Ванцян и Р.А. Тощakov (1971), Б.И. Мирошников и К.М. Лебединский (2002) указали, что первым осуществил данный способ эзофагопластики в клинике J.L. Lortat-Jacob в 1949 г., что не соответствует истине [87; 252]. Также бытует мнение о том, что первым в России выполнил антеторакальную пластику желудком по модифицированной методике Киршнера А.Н. Бакулев в 1934 г. [11; 512], хотя уже в 1933 г. о подобной операции доложил П.А. Герцен [45]. Правда, Э.Н. Ванцян и Р.А. Тощakov (1971) эту модификацию эзофагопластики по Киршнеру называли «операцией Герцена-Бакулева», но не раскрыли ее сущность и технические особенности [87]. Таким образом, вопрос об истории развития желудочной эзофагопластики в России также требует более углубленного изучения.

В 30-е годы XX века большие успехи были достигнуты в совершенствовании антеторакальной пластики пищевода тонкой кишкой. В 1934 г. А.Г. Соловьев доложил о своей первой серии из 8 подкожных комбинированных эзофагопластик по Лексеру [409]. Однако, заслуги А.Г. Соловьева (разработка конкретных показаний к операции, методики рентгеноконтрастного исследования обожженного пищевода и желудка, эндоскопического исследования и в том числе ретроградной эзофагоскопии через гастростому, подробное описание всех этапов и технических моментов операции, техники мобилизации тощей кишки, временного пережатия артерий трансплантата с целью проверки адекватности кровоснабжения, правил наложения лигатур на сосуды брыжейки и др.) остались без должного внимания хирургов и историков.

Напротив, большой вклад С.С. Юдина и ученых его школы в разработку и совершенствование антеторакальной пластики пищевода тонкой кишкой по Вульштейну-Лексеру и Ру-Герцену в 30–50-х гг. XX века изучен весьма подробно [1; 6; 29; 73; 410; 288; 414; 479; 482]. Имя С.С. Юдина и его исследования по эзофагопластике хорошо известны за рубежом, о чем писали в своих работах Nissen R. (1955); Nissen R., Wilson R. (1960); Wilkins E.W. (2002), и это связано по-видимому с тем, что С.С. Юдин публиковал свои статьи на данную тему не только в отечественных, но и в зарубежных журналах на английском языке [638]. Тем не менее, и другие отечественные хирурги (например, В.Л. Покотило, А.Г. Савиных) сделали ряд важных усовершенствований тонкокишечной эзофагопластики, которые также достойны упоминания.

В 20–30-х гг. XX века проблема хирургического лечения рака пищевода оставалась еще далекой от своего разрешения, а подобные больные большинством хирургов считались неоперабельными. Даже доклад В.С. Левита на XX съезде российских хирургов в 1928 г. об успешной резекции кардии по поводу рака [223] еще не стал этапом на пути внедрения подобных операций в клиническую практику. Многие авторы признают, что работа В.С. Левита послужила большим толчком к дальнейшему изучению абдоминального подхода к кардии и нижнему отделу

пищевода при раке [50; 294; 295; 377; 379–382]. Примечательно, что В.С. Левит продолжал свои исследования: до 1941 года он оперировал в общей сложности 32 больных раком кардии с 15 благоприятными исходами [334]. Подобный материал в те годы был большой редкостью, а полученные результаты – весьма значительным достижением.

По сборной статистике В.М. Гинковского (1938), во всем мире за период с 1903 по 1938 гг. чресплевральный доступ для резекции пищевода был предпринят у 93 больных, из них 86 (90%) умерли и только у 7 пациентов был получен благоприятный исход [117]. При этом все операции, при которых имели место попытки наложения внутригрудного анастомоза, закончились фатально [366]. Основной причиной этого были шок и инфекция, которые в то время еще не умели предупреждать и с которыми не умели бороться [28]. Поэтому выступления А.Г. Савиных в конце 1938 г. на XXIV Всесоюзном съезде хирургов и в начале 1939 г. в хирургических обществах Москвы и Ленинграда, где он сообщил о 75 операциях при раке кардии и нижней трети пищевода по своему методу, привлекли пристальное внимание отечественных ученых. Радикальную операцию при раке кардии А.Г. Савиных к тому времени выполнил 36 раз с 20 хорошими исходами, – для того периода это был очень большой успех [177]. Большой вклад А.Г. Савиных в развитие хирургии рака и доброкачественных заболеваний пищевода и кардии подробно освещен в работах ряда отечественных авторов [11; 37; 38; 157; 158; 414; 512].

Меньше изучены работы К.П. Сапожкова (ученика С.П. Федорова), который, начиная с 1927 г., изучал проблему хирургического лечения рака пищевода и кардии, и независимо от А.Г. Савиных предложил сагиттальную диафрагмотомию (но ограниченную и без пересечения ножек диафрагмы), высказав при этом ряд оригинальных идей, которые по-разному интерпретируются в исторических исследованиях [50; 177; 375; 482]. При этом ни один из авторов не уделил должного внимания предложению К.П. Сапожкова (1933) проводить тонкокишечный трансплантат на шею в мышечном футляре собственного пищевода после удаления его слизисто-

подслизистого слоя методом выворачивания. Эта идея К.П. Сапожкова была успешно реализована только в 1996 г. В.И. Оноприевым и В.М. Дурлештером у больных кардиоспазмом IV стадии [143; 271].

Недостаточно изучена и работа Н.Ф. Березкина (1937) по резекции пищевода и кардии при раке модифицированным задним внеплевральным доступом с наложением эзофагогастроанастомоза в заднем средостении, хотя о ней коротко упоминается в исторических обзорах ряда авторов [11; 177; 344; 461]. Эти отрывочные сведения не дают возможности судить, чем работа Н.Ф. Березкина отличалась от исследований D. Biondi (1895), A. Gossett (1903), С.П. Федорова (1908) и В.П. Вознесенского (1908).

Почти не изучен вклад в развитие хирургии рака грудного отдела пищевода В.М. Гинковского из Одесского медицинского института, который в 1938 г. подытожил свой многолетний опыт экспериментальных и клинических исследований по данной проблеме в докторской диссертации. Интересно, что В.М. Гинковский разработал собственный способ местной анестезии (т.н. «метод тотальной анестезии плевры») для трансторакальных операций на пищеводе и первым применил его в клинике, но в широко известной монографии Б.В. Петровского (1950) об этом упоминается лишь вскользь [295].

В конце 30-х гг. XX века С.С. Юдин активно включился в разработку хирургического лечения рака кардии и нижнего отдела пищевода и сумел увлечь этой проблемой своих учеников и соратников. Так, метод А.Г. Савиных был изучен и успешно применен Б.С. Розановым, который с 1941 по 1956 гг. осуществил 346 радикальных операций при раке кардии с летальностью 17,6% (из них абдоминальным доступом – 278 вмешательств и торакоабдоминальным доступом – 68 операций) [375–377]. Но вклад Б.С. Розанова в разработку этой проблемы в литературе почти не освещен.

Сразу после окончания Великой Отечественной войны в нашей стране началось бурное развитие торакальной хирургии, а вместе с ней и хирургии пищевода [50; 177; 273; 274; 295; 416]. В 1946 г. Б.В. Петровский и В.И. Казанский впервые в СССР представили больных, успешно перенесших чрес-

плевральную резекцию кардии и нижнегрудного отдела пищевода с одномоментным внутригрудным эзофагогастроанастомозом [50; 170; 177; 338]. В конце 40-х – начале 50-х гг. XX века подобные трансплевральные операции на пищеводе стали применять также Н.М. Амосов, А.Н. Бакулев, Е.Л. Березов, С.В. Гейнац, М.С. Григорьев, А.В. Гуляев, Б.А. Королев, П.И. Куприянов, Ф.М. Ламперт, Б.Э. Линберг, А.В. Мельников, Б.В. Милонов, Б.К. Осипов, А.Д. Очкин, Б.А. Петров, А.А. Полянцев, Н.П. Рупасов, А.И. Савицкий, А.Г. Соловьев, И.М. Стельмашонок, И.В. Тихомиров, Ф.Г. Углов, С.С. Юдин [252; 295; 512]. Этому безусловно способствовал большой опыт операций при ранениях органов грудной клетки, накопленный российскими хирургами во время Великой Отечественной войны. Но мы думаем также, что подобный всплеск трансплевральных операций был связан и с тем, что хирургия пищевода в этот период стала такой же престижной, как, например, сердечная или легочная хирургия. Интересно, что Б.И. Мирошников и К.М. Лебединский в своей монографии (2002) указывают, что в 1953 г. В.И. Казанскому, Б.В. Петровскому и Е.Л. Березову за разработку хирургического лечения рака пищевода была присуждена Сталинская премия. На самом деле этого не было хотя бы потому, что в 1952–1953 гг. Сталинская премия вообще не присуждалась.⁵ Кроме того, мы располагаем архивными документами, подтверждающими факт неприсуждения Сталинской премии Б.В. Петровскому за его исследования по хирургическому лечению рака пищевода и кардии [33а], хотя его монография на эту тему (1950) действительно выдвигалась на Сталинскую премию. Тем не менее, за эту работу Б.В. Петровский в 1950 г. был удостоен весьма престижной премии им. Н.Н. Бурденко АМН СССР [170].

К 1955 г. количество успешно произведенных операций при раке пищевода в СССР превысило 10 000. Однако, несмотря на возросший опыт хирургов, послеоперационная летальность оставалась неприемлемо высокой, достигая 40–50%. Неутешительными были и отдаленные результаты, из-за

⁵ Сталинская премия (Премия имени Сталина) трех степеней была учреждена в СССР в 1939 г. Последнее постановление СНК СССР о присуждении Сталинских премий (за 1951 г.) было опубликовано 12.03.1952 г.

чего даже возник вопрос об отказе от активной хирургической тактики при раке пищевода. Все это послужило причиной обсуждения результатов хирургического лечения рака пищевода в 1956 г. на VI пленуме Правления Всесоюзного общества хирургов [177; 204]. Значение VI пленума для развития хирургии пищевода в СССР почти не освещено в исторических исследованиях, а между тем, на этом пленуме были подведены итоги первых 10 послевоенных лет по хирургическому лечению рака пищевода в свете отдаленных результатов и намечены пути дальнейшего развития этой проблемы.

В этот период постоянно совершенствовались одномоментные операции резекции и пластики пищевода при раке. Об этом достаточно подробно написано в ряде работ отечественных авторов [338; 366; 479; 482]. Тем не менее, нужно отметить, что после сравнительно короткого периода увлечения внутриплевральными резекциями пищевода с одномоментной эзофагопластикой уже в середине 50-х гг. XX века одни хирурги стали ограничивать показания к подобным операциям только опухолями нижней трети пищевода (Н.М. Амосов, 1958), а другие вовсе исключили их из своего арсенала ввиду плохих непосредственных результатов. Даже пионер резекций пищевода с внутриплевральным эзофагогастроанастомозом в нашей стране Б.В. Петровский в 1956 г. отказался от них в пользу операции Добромыслова-Торека с отсроченной кишечной эзофагопластикой. Таким же образом стали поступать В.И. Попов (1955) и А.А. Полянцев (1958) [283]. Однако, история этого вопроса в доступной литературе изложена недостаточно подробно.

В первые послевоенные годы получили свое дальнейшее развитие и различные методы шунтирующей эзофагопластики. В этот период совершенствовались уже известные и предлагались новые способы создания искусственного пищевода. Сведения об этом приведены в работах С.С. Юдина (1954), А.Г. Савиных (1960), А.А. Полянцева (1960), А.А. Бочарова (1961), Ю.Е. Березова и М.С. Григорьева (1965), В.И. Попова и В.И. Филина (1965). Большим достижением конца 40-х – начала 50-х гг. стала разработка внутриплевральной пластики пищевода. История развития данного вопроса и дос-

тижения отечественных ученых достаточно хорошо освещены в целом ряде работ [6; 87; 170; 288; 298; 307; 479; 482; 512].

Характерной чертой этого периода является возрождение толстокишечной эзофагопластики, которая вскоре стала альтернативой пластике пищевода по Ру-Герцену-Юдину. Первая в СССР успешная антеторакальная пластика пищевода правой половиной толстой кишки в изоперистальтической позиции была выполнена П.И. Андросовым в три этапа в Институте им. Н.В. Склифосовского в мае 1952 – марте 1954 гг. [5; 7; 9; 512]. К концу 50-х гг. XX века суб- и тотальная толстокишечная эзофагопластика уже прочно вошла в практику отечественных хирургов, осознавших ее большие преимущества и перспективы. В это время появились сторонники эзофагопластики сегментами толстой кишки, выкроенными из ее правой половины (В.Н. Шамов, 1955, Б.А. Петров, 1957); и левой половины (И.С. Мгалоблишвили, 1956, В.И. Попов, 1957). История этого процесса описана в целом ряде работ отечественных авторов [9; 23; 87; 288; 307; 338; 479; 482].

Еще один важный факт – в этот период в хирургию пищевода стали внедряться оригинальные отечественные хирургические сшивающие аппараты, созданные в Институте экспериментальной хирургической аппаратуры и инструментов (НИИЭХАиИ) МЗ РСФСР и в Институте медицинского инструментария и оборудования (ВНИИМИиО) МЗ СССР. Среди преимуществ механического шва отмечалось сокращение продолжительности операций, повышение их асептичности, снижение травматичности, а также создание благоприятных условий для заживления анастомозов [47; 82; 178; 282]. К началу 60-х гг. XX века многие отечественные ученые пришли к выводу о том, что применение сшивающих аппаратов при операциях на пищеводе имеет существенные преимущества перед другими оперативно-техническими приемами. Однако, история этого вопроса в литературе отражена слабо.

В 50-е годы XX века значительно возрос интерес отечественных ученых к проблеме хирургического лечения таких заболеваний, как кардиоспазм и ахалазия кардии, доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Указания

на это мы находим в исторических обзорах диссертаций Т.А. Суворовой (1960), Э.Н. Ванцяна (1963), А.А. Гукасян (1964), А.А. Чернявского (1969).

Что касается истории хирургического лечения кардиоспазма, то на протяжении первой половины XX века во всем мире применялись операции, направленные только на ликвидацию механического препятствия для прохождения пищи (пластика кардии по Marwedel-Wendel, эзофагокардиомиотомия по Hottstein-Heller, эзофагофундостомия по Heytowsky), поэтому их результаты часто были неудовлетворительными [484]. Б.В. Петровский в 1948 г. на Ленинградской онкологической конференции предложил использовать диафрагму для пластических целей и в 1949–1952 гг. провел экспериментальную работу в этом направлении [170; 448]. По данным Т.А. Суворовой (1958, 1962), Е.Н. Попова (1966), впервые использовал диафрагму для укрепления швов на пищеводе после резекции дивертикула F. Sauerbruch в 1927 г., а в 1943 г. российский хирург Я.М. Криницкий предложил методику пластического закрытия ран грудной стенки диафрагмальным лоскутом при пневмотораксе. В 1952 г. польский ученый Galazka Z. опубликовал свои экспериментальные исследования по использованию диафрагмального лоскута для замещения дефектов пищевода [340; 427; 428]. Но для пластики пищеводно-желудочного перехода при кардиоспазме лоскут диафрагмы на питающей ножке до Б.В. Петровского не применял никто. Эту операцию Б.В. Петровский начал выполнять в клинике с 1956 г., а к 1960 г. он успешно произвел 57 подобных вмешательств, причем длительные сроки наблюдения у 15 больных показали хорошие отдаленные результаты [170–172].

По данным А.А. Гукасян (1964), первую трансплевральную энуклеацию внутристеночной кисты пищевода сделал в 1931 г. F. Sauerbruch, а первую трансплевральную резекцию лейомиомы нижней трети пищевода выполнил в 1933 г. японский хирург Т. Ohsawa [128]. В нашей стране первым сделал резекцию стенки шейного отдела пищевода по поводу нейрофибромы О.В. Николаев в 1938 г. [128]. В 50-х гг. XX века благодаря работам Б.В. Петровского (1956), О.И. Виноградовой (1958), Т.А. Суворовой (1960) была

выработана оптимальная тактика при лейомиомах и кистах пищевода, которая подразумевала оперативное лечение на основании рентгенологических и эндоскопических данных (без применения эндобииопсии), заключающееся в энуклеации новообразования с сохранением целостности слизистой оболочки. Для укрепления швов пищевода отечественные хирурги стали использовать как собственные ткани организма (сальник на ножке, лоскуты плевры и перикарда, лоскут диафрагмы), так и синтетические материалы [128].

В литературе недостаточно подробно обсуждена еще одна важная особенность послевоенного периода развития хирургии пищевода в нашей стране, связанная с разработкой и внедрением новых методов обезболивания [110; 512]. Известно, что в это время горячими сторонниками местной анестезии при операциях на пищеводе были А.А. Вишневский, Б.А. Петров, А.А. Полянцев, в то время как А.Г. Савиных, С.С. Юдин и Н.М. Амосов предпочитали спинномозговое обезболивание. В 1946 г. в СССР появился эндотрахеальный наркоз, и первые результаты его применения были подытожены в 1948 г. в монографии М.С. Григорьева и М.Н. Аничкова [125]. Эндотрахеальный наркоз явился одним из главных факторов прогресса грудной хирургии в нашей стране в 50-е годы XX века. Огромную роль в развитии хирургии пищевода в этот период сыграло также внедрение в практику антибактериальной терапии и профилактики хирургических инфекций, что позволило резко снизить частоту гнойно-септических осложнений. По этому поводу С.С. Юдин в 1954 г. писал, что достигнутые успехи грудной хирургии связаны с рядом дополнительных гарантий безопасности, к которым относятся интратрахеальный наркоз, а также антибиотики и сульфамидные препараты [512].

В этом плане необходимо отметить осознание важности развития физиологического направления в грудной хирургии, о чем говорили А.А. Вишневский, Н.Н. Еланский и Б.В. Петровский в своем программном докладе на XXVI Всесоюзном съезде хирургов в 1955 г. Авторы справедливо отмечали, что расширение круга оперативных вмешательств, особенно тяжелых и на жизненно важных органах, должно обязательно пройти стадию физиологиче-

ской оценки состояния больного перед операцией и тех последствий, которые связаны с оперативным вмешательством [63; 170].

В 60-е гг. XX века происходило дальнейшее совершенствование толстокишечной эзофагопластики, изучались возможности выбора различных сегментов толстой кишки для полного или частичного замещения пищевода, позиции трансплантата и источника его кровоснабжения, пути проведения его на шею, также совершенствовались способы формирования анастомозов толстокишечного трансплантата с желудком, пищеводом и глоткой. Но в данный период оставалась еще нерешенной проблема ишемического некроза трансплантата, в связи с чем продолжалась разработка методов усиления его кровоснабжения. Об этом достаточно подробно написано в работах ряда отечественных авторов [87; 288; 310; 453; 479; 482].

Важно то, что в этот период толстокишечная эзофагопластика почти повсеместно вытеснила операцию Ру-Герцена-Юдина. Так произошло и «на родине» тонкокишечной эзофагопластики – в Институте им. Н.В. Склифосовского, где, по данным Б.А. Петрова и А.П. Сытника (1972), к 1970 г. было выполнено уже 235 пластик пищевода толстой кишкой. В дальнейшем этот вид эзофагопластики в Институте им. Н.В. Склифосовского получил свое новое развитие. Так, в 1980 г. Н.Н. Каншин и соавт. опубликовали результаты разработанной ими методики поэтапной мобилизации с краниальным перемещением кишечного комплекса при тотальной эзофагопластике из правой половины толстой кишки. Этот прием, а также разработанный в последующем М.М. Абакумовым способ колоэзофагопластики с кровоснабжением трансплантата за счет дуги Риолана позволили во всех случаях без натяжения соединять кишку с пищеводом на шее [10; 65; 68; 69].

Но в 60-х гг. XX века пластика пищевода тонкой кишкой еще не полностью утратила свои позиции, и ряд авторов успешно занимались ее усовершенствованием [6; 10; 87]. В 1961 г. В.И. Попов и В.И. Филин доложили свои результаты свободной пересадки сегмента тонкой кишки на шею на сосудистых анастомозах [11; 482]. Новая эра в пластической и реконструктивной

хирургии началась после того, как в 1960 г. J. Jacobson и E. Suares предложили микрохирургическую технику анастомозирования сосудов малого диаметра [482]. Однако, история вопроса о микрохирургическом методе в реконструктивной хирургии пищевода в литературе отражена недостаточно.

Также 60-е гг. XX века знаменательны дальнейшим развитием желудочной эзофагопластики. В 1961 г. В.В. Сумин опубликовал два случая успешной одномоментной загрудинной пластики пищевода изоперистальтической желудочной трубкой по методу Рутковского-Григорьева-Лорта-Жакоба у пациентов с ожоговыми стриктурами пищевода, причем в одном случае – у ребенка 2,5 лет [45]. В этот период ряд отечественных хирургов продолжали совершенствовать операцию резекции и экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудком. Так, в 1964 г. один из энтузиастов подобных операций В.С. Сильвестров для снижения угрозы несостоятельности швов внутриплеврального соустья перешел на трансторакальную резекцию пищевода с одномоментной загрудинной эзофагопластикой желудком и анастомозом на шее. Чтобы уменьшить травматичность операции, с 1966 г. В.С. Сильвестров стал удалять пищевод по методу А.Г. Савиных, а замещать его – целым желудком, проведенным на шею через заднее средостение. Это позволило в 5 раз снизить послеоперационную летальность. Чрезбрюшинно-шейный (трансдиафрагмальный) способ экстирпации пищевода при раке в этот период использовали также В.С. Рогачева (1960), А.И. Решетов (1961), В.И. Попов (1967). Различным аспектам проблемы трансторакальной резекции пищевода с пластикой желудком и сформированными из него трансплантатами посвящены работы А.А. Русанова (1957), В.П. Клещевниковой (1961), Л.И. Рогозова (1964), В.И. Попова и В.И. Филина (1965) [69; 479; 482].

Однако, непосредственные результаты хирургического лечения рака пищевода все еще оставались неутешительными. Из-за этого многие хирурги в 60-х гг. XX века отказались от одномоментных операций при раке средней трети пищевода в пользу многоэтапных вмешательств типа операции Добромыслова-Торека с отсроченным выполнением кишечной эзофагопластики.

Но с этим были согласны не все. Так, С.А. Гаджиев в 1969 г. считал, что было бы неправильно противопоставлять одномоментную радикальную операцию типа Льюиса многоэтапной операции Добромыслова-Торека, и к одномоментным операциям следует шире прибегать у крепких пациентов [69].

Эта дискуссия продолжалась и в 70-х гг. Так, например, Б.Е. Петерсон и соавт. (1976) отмечали, что большинство хирургов склонны операцией выбора при раке среднегрудного отдела пищевода считать операцию Добромыслова-Торека с последующей пластикой у тех больных, у которых в ближайшие месяцы после резекции не выявлено метастазов и рецидива [69]. Тем не менее, в этот период ряд отечественных ученых продолжали совершенствовать методику и технику одномоментных операций при раке и рубцовых стриктурах пищевода (А.Ф. Черноусов, В.С. Сильвестров, Б.Е. Петерсон, А.И. Пирогов, М.И. Давыдов, А.С. Мамонтов, О.К. Скобелкин). Благодаря их работам, необходимость и преимущества выполнения одномоментных, в том числе комбинированных, расширенных и сочетанных операций сегодня уже ни у кого не вызывают сомнений, а многоэтапные вмешательства при раке пищевода хирурги производят только вынужденно, по особым показаниям. Изменение взглядов на метод выбора хирургического лечения рака пищевода происходило и на протяжении 80–90-х гг. XX века [131–134; 417–419; 479; 482; 493; 494]. В доступной литературе мы не встретили подробного описания этого процесса, который заслуживает детального анализа.

В 60–70-е гг. XX века в нашей стране продолжалось изучение возможности более активного хирургического лечения разнообразных доброкачественных заболеваний пищевода, таких, как дивертикулы, свищи и рефлюкс-эзофагит, что в большой мере было связано со значительным снижением риска трансплевральных операций [69; 182; 307; 479].

По данным Б.В. Петровского и Э.Н. Ванцяна (1968), благодаря исследованиям отечественных ученых было опровергнуто укоренившееся среди врачей мнение о большой редкости, «доброкачественности» течения дивертикулов пищевода и об отсутствии при них тяжелых осложнений [311]. Во-

просы истории хирургического лечения дивертикулов пищевода, а также использования различных способов укрепления швов пищевода были обсуждены в работах Т.А. Суворовой (1958) и Э.Н. Ванцяна (1959) [85; 427].

Сложной проблеме свищей пищевода различного происхождения было посвящено большое число работ отечественных авторов [33; 201; 211; 281; 465; 491; 500]. История этого вопроса подробно изложена в докторских диссертациях Д.М. Багирова (1969), В.И. Чиссова (1976), А.Н. Погодиной (1989).

Об истории хирургического лечения рефлюкс-эзофагита, развивающегося чаще всего при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, приводятся практически исчерпывающие сведения в ряде работ отечественных авторов [180–182; 464; 476; 479; 482]. Углубленные исследования анатомии и физиологии пищевода и кардии позволили выработать патогенетически оправданную тактику и методы оперативной коррекции недостаточности жомно-клапанной функции пищеводно-желудочного перехода [182; 488; 490].

В конце 60-х – начале 70-х гг. XX в. в нашей стране на основании накопленного большого клинического опыта впервые был поставлен вопрос о выделении новой нозологической единицы в виде заболеваний оперированного и искусственного пищевода, а в 80-х гг. эта проблема была полностью сформулирована и определены пути ее решения. Вопросы истории изучения болезней оперированного и искусственного пищевода освещены в руководстве П.Н. Зубарева и В.М. Трофимова (2005), монографии Ю.В. Чикинева и соавт. (2009), других работах [141; 211; 237; 324; 434; 458]. Но наиболее полно и всесторонне эта проблема представлена в докторской диссертации ученика А.Ф. Черноусова Д.В. Ручкина (2006) и монографии А.Ф. Черноусова и соавт. «Болезни искусственного пищевода» (2008) [367; 482].

Несмотря на то, что монография А.Ф. Черноусова и соавт. посвящена довольно узкой теме, в ней подробно описана история разнообразных способов эзофагопластики, и связанные с ней вопросы истории разработки различных методов резекции пищевода при раке и доброкачественных заболеваниях. Это сделало исторический раздел данной монографии наиболее полным

по сравнению с другими работами, опубликованными за последние 2–3 десятилетия. Важно и то, что авторы отметили первую капитальную монографию М. Rossetti о заболеваниях оперированного пищевода (1963), хотя она отличалась рядом недостатков и неполнотой освещения проблемы. В этом смысле работы Б.В. Петровского и соавт. (1972), Н.О. Николаева (1972) представляются наиболее ценными [265; 312]. Но вклад отечественных ученых в решение проблемы заболеваний оперированного и искусственного пищевода, в период 30–50-х гг., на наш взгляд, до сих пор изучен недостаточно. Так, в литературе не приведены сведения об истории изучения агастральной астении, как отдаленного осложнения эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину. Между тем, ученик С.С. Юдина П.И. Андросов одним первым приступил к решению этой проблемы, и с 1953 по 1962 гг. оперировал более 200 пациентов, включив им желудок в пищеварение с хорошим результатом [7; 10; 65; 69].

В 80–90-х гг. в нашей стране получило дальнейшее развитие хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода (кардиоспазм, ахалазия кардии, диффузный эзофагоспазм). Несмотря на многочисленные попытки усовершенствования кардиопластических операций, все они продолжали приводить к осложнениям, среди которых наиболее частым был рефлюкс-эзофагит, возникавший в результате разрушения жомно-клапанного механизма кардии и резкого снижения способности больного пищевода к самоочищению [479]. Углубленное изучение патогенеза кардиоспазма и причин неудач кардиопластических операций привели к важным выводам и кардинальному изменению тактики хирургического лечения данного заболевания. Кроме того, М.М. Абакумовым в конце 80-х–начале 90-х гг. были проведены первые в нашей стране исследования по хирургическому лечению ахалазии верхнего пищеводного сфинктера [69], о которых до сих пор не было приведено сведений в историко-медицинской литературе. Таким образом, история развития проблемы нервно-мышечных заболеваний пищевода в России требует более подробного освещения.

В 2002 г. Б.И. Мирошников и К.М. Лебединский в историческом разделе своей монографии описали характерные черты современной эпохи развития хирургии рака пищевода: 1) практически полный переход к одноэтапным операциям, решение проблемы несостоятельности пищеводных соустьев; 2) снижение инвазивности операций на пищеводе, развитие полостной эндовидеохирургии и внутрипросветной эндохирургии; 3) рост операбельности больных раком пищевода, снижение частоты функциональных противопоказаний к операции; 4) внедрение микрохирургии и пересадки свободных сегментов кишки и желудка; 5) широкое использование хирургических сшивающих аппаратов, стандартизация пищеводных анастомозов; 6) повышение онкологического радикализма операций на основе использования лимфодиссекции, химио- и радиотерапии; 7) стандартизация послеоперационного ведения больных; 8) внедрение паллиативных эндохирургических вмешательств при неоперабельном раке в виде стентирования пищевода [252].

А.Ф. Черноусов и соавт. (2008) также отмечают ряд характерных особенностей реконструктивной хирургии пищевода в начале XXI века: в этот период методом выбора эзофагопластики при доброкачественных заболеваниях пищевода становится пластика изоперистальтической желудочной трубкой; разрабатываются методика и техника создания полноценного трансплантата из оперированного и патологически измененного желудка; успешно разрабатывается и внедряется резекция и экстирпация рубцовоизмененного пищевода с одномоментной эзофагопластикой; также большим достижением стали одномоментные реконструктивно-пластические операции на глотке, пищеводе и желудке при рубцовых послеожоговых поражениях [482].

С точки зрения хирургов-клиницистов эти интересные и важные изменения, безусловно, имеют большое значение для понимания современного положения реконструктивной хирургии пищевода. Однако, на наш взгляд, период истории хирургии пищевода в России конца XX – начала XXI вв. требует отдельного рассмотрения с исторической точки зрения. В это переломное для нашей страны время появились признаки начала нового важного эта-

па в истории отечественной медицины в целом и, соответственно, в истории реконструктивной хирургии пищевода. В новых экономических условиях расширилось оказание высокотехнологичных и специализированных видов хирургической помощи. На основании достижений фундаментальных наук значительно повысились возможности точной диагностики и радикального хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста, пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Расширились показания к обширным комбинированным операциям (резекция пищевода в сочетании с резекцией трахеи, легкого, аорты). Разработаны и внедрены новые более физиологичные способы эндоскопических (внутрипросветных, лапаро- и торакоскопических), а также открытых операций при доброкачественных заболеваниях пищевода, таких, как кардиоспазм, свищи, подслизистые опухоли, пептические стриктуры пищевода [151; 235; 236; 214; 275; 285; 462; 463; 489]. Исторические аспекты этого процесса пока еще мало изучены и не обобщены. Все это говорит о том, что периодизация истории реконструктивной хирургии пищевода в России также нуждается в уточнении.

Еще один важный исторический вопрос, которому, по нашему мнению, уделяется недостаточно внимания, – это связь реконструктивной хирургии пищевода с развитием проблемы инфузионно-трансфузионной терапии (переливанием компонентов и препаратов крови, парентеральным питанием и пр.), что оказало очень большое влияние на прогресс хирургического лечения тяжелых заболеваний, связанных с дисфагией, голоданием и алиментарным истощением. В 1953 г. Б.В. Петровский писал: «Важными факторами в прогрессе хирургии пищевода в СССР являются: 1) применение местной внутригрудной анестезии по А.В. Вишневскому и 2) мощное развитие метода переливания крови в СССР».⁶ С тех пор произошли очень большие изменения не только в анестезиологии и реаниматологии, но и в трансфузиологии, и если еще в 70–80-х гг. XX века хирурги и анестезиологи считали операции резек-

⁶ Цит.: Петровский Б.В. Развитие проблемы хирургического лечения заболеваний грудного отдела пищевода и кардии в СССР // Хирургия. – 1953. – № 5. – С. 26.

ции и пластики пищевода невыполнимыми без большого запаса донорской крови и плазмы, то в последние 20 лет возникло совершенно новое направление, которое условно называют «бескровной хирургией». Научные исследования хирургов, трансфузиологов, анестезиологов и реаниматологов показали, что самые большие хирургические вмешательства на пищеводе могут быть выполнены без трансфузий аллогенной крови и плазмы, что не только не причиняет вреда, но приносит немалую пользу пациентам [139; 140; 165]. С другой стороны, разработка и широкое внедрение методов частичного и полного парентерального питания с целью коррекции и поддержания на оптимальном уровне алиментарного статуса пациентов с тяжелой дисфагией способствовали значительному улучшению результатов хирургического лечения разнообразных заболеваний и повреждений пищевода [106; 343; 471].

Что касается мировых приоритетов отечественных ученых в реконструктивной хирургии пищевода, то они иногда декларируются без ссылок на надежные источники. Из работ последнего времени специально этой теме посвящена статья А.Н. Катрича и Д.А. Балалыкина (2007), освещающая главные приоритеты российских ученых в реконструктивной хирургии пищевода [184]. Однако, как в предыдущих, так и в этой работе есть немало неточностей, касающихся, например, первого применения заднего внеплеврального и трансплеврального доступа к пищеводу в клинике, роли российских и зарубежных ученых в разработке и внедрении некоторых оперативных приемов, дат выполнения тех или иных операций, ссылок на данные литературы. Некоторые приоритеты российских хирургов в работах указанных авторов не освещены. Поэтому мы считаем, что вопрос о приоритетах российских ученых в хирургии пищевода требует более углубленного изучения и уточнения.

Еще один важный и недостаточно исследованный вопрос – о научных школах реконструктивной хирургии пищевода в России. В XIX – начале XX столетий, благодаря тесным связям российской хирургии с европейской медицинской наукой, российские ученые имели возможность перенимать передовой опыт зарубежных клиник и плодотворно использовать его на Родине

[421; 422; 504; 505]. В такой благоприятной обстановке в России стали зарождаться самобытные научные хирургические школы, среди которых исторически первой была школа И.Ф. Буша, а на протяжении XIX века выросли и стали наиболее значимыми: в Санкт-Петербурге – научные школы Н.И. Пирогова, А.И. Китера, Е.И. Богдановского, В.А. Ратимова, М.С. Субботина, С.П. Коломнина, К.К. Рейера, А.А. Троянова; в Москве – школы В.А. Басова, Ф.И. Иноземцева, Н.А. Новацкого, Л.Л. Левшина, Н.В. Склифосовского, А.А. Боброва; в Казани – школа Л.Л. Левшина и В.И. Разумовского [78; 79; 129; 136; 194; 196; 254; 255]. Некоторые из этих школ сыграли большую роль и в развитии реконструктивной хирургии пищевода в России. Об этом Б.В. Петровский впервые написал в 1948 г., а в 1951 г. на эту же тему он выступил на 14-ом конгрессе Международного общества хирургов в Париже, осветив в своем докладе ряд приоритетов российских ученых [294; 606].

Однако, каких-либо конкретных сведений о научных школах реконструктивной хирургии пищевода в России в литературе до последнего времени не было приведено. Между тем, вопрос о том, когда и где началось зарождение первых научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России, каковы были пути их дальнейшего развития в XX веке, и какова сегодня их роль в прогрессе данного научного направления, по нашему мнению является интересным и важным вопросом для современной историографии.

В этой связи необходимо отметить, что работ, касающихся исследования перспектив развития реконструктивной хирургии пищевода в России и мире в XXI веке, в доступной литературе мы не встретили. Мы полагаем, что этот вопрос также важен, поскольку вся хирургия в последние годы очень быстро меняется, становясь высокотехнологичной, безопасной и малотравматичной в рамках нового перспективного направления – персонализированной медицины. Изучение и освещение данного процесса могло бы дать возможность определить наиболее вероятные пути развития реконструктивной хирургии пищевода в XXI веке как перспективного научного направления и важного раздела практического здравоохранения.

Заключение к главе I

Обзор исторических работ отечественных и зарубежных ученых показывает, что реконструктивная хирургия пищевода в России в XIX – XXI столетиях получила большое развитие как важное научное и клиническое направление. Однако, несмотря на большой объем имеющейся информации, до сих пор недостаточно точно освещен вклад российских ученых в разработку ряда важных аспектов данной проблемы, не полностью изучены в историческом плане основные направления и не показаны особенности развития реконструктивной хирургии пищевода в России, нуждается в уточнении ее периодизация, мало исследован вопрос о научных школах реконструктивной хирургии пищевода в России и перспективах ее развития в XXI веке.

Таким образом, представляется актуальным создание целостной картины истории реконструктивной хирургии пищевода в России за весь ее период ее существования с 1881 по 2012 гг., анализ современного положения и прогноз развития этого важного научного направления в XXI веке.

ГЛАВА II

Критерии периодизации и характеристика периодов истории реконструктивной хирургии пищевода в России

Вопрос о периодизации истории хирургии пищевода в России ранее рассматривался некоторыми отечественными учеными, но предложенные ими классификации выглядят неполными. Так, Б.В. Петровский (1950) выделял три исторических периода в проблеме хирургического лечения рака пищевода: до 1913 г., с 1913 до 1938 г. и с 1938 по 1948 гг. [295]. Позже И.М. Стельмашенок (1970) предложил разделить всю историю хирургии пищевода в России на три периода: первый – 1877–1917 гг., второй – 1918–1941 гг. и третий – 1942–1966 гг. [414]. В 2007 г. Д.А. Балалыкин и А.Н. Катрич выделили четыре этапа в истории хирургии пищевода: первый этап – 50-е годы XIX – начало XX века – этап зарождения и становления хирургии пищевода; второй этап – 10–30-е годы XX века – этап бурного развития методов хирургического лечения заболеваний пищевода; третий этап – 30–60-е годы XX столетия – период «поиска оптимального пластического материала» при выборе метода хирургического вмешательства на пищеводе; четвертый этап – с конца 70-х годов XX века – современный, ознаменованный широким внедрением органосохраняющих методов лечения [40]. В 2008 г. А.Ф. Черноусов и соавт. привели собственную периодизацию истории развития эзофагопластики в России (но не хирургии пищевода в целом), при этом они выделили четыре периода: первый – середина XIX – начало XX вв. – период зарождения методов эзофагопластики; второй – начало XX в. – 30-е годы XX в. – период становления методов эзофагопластики; третий – 30–60-е годы XX века – период широкого внедрения прямых вмешательств на пищеводе и применения различных способов эзофагопластики; четвертый период – с 70-х гг. XX века по настоящее время – период развития реконструктивных и органосохраняющих методов в хирургии пищевода [492]. Необходимо отметить, что указанные авторы не привели каких-либо объективных научных критериев, со-

гласно которым они выделяют именно такие исторические периоды, что дает нам основание рассмотреть данный вопрос более подробно.

II.1. Предпосылки зарождения реконструктивной хирургии пищевода в России

Бурное развитие хирургии конце XIX – начале XX столетий было основано на трех выдающихся достижениях: 1) тщательное изучение нормальной и топографической анатомии всех областей человеческого тела, 2) открытие и быстрое распространение различных видов общего, местного, проводникового и спинномозгового обезболивания, 3) разработка и внедрение в широкую хирургическую практику методов антисептики и асептики. Большую роль в развитии хирургии в этот период сыграли также достижения физиологии, фармакологии, бактериологии, изобретение и внедрение лабораторных и инструментальных методов диагностики, особенно эндоскопического и рентгенологического исследований. В результате появилась замечательная возможность выполнения разнообразных операций на внутренних органах человека. Свидетельство этому служит расцвет желудочной хирургии, наблюдавшийся в конце XIX – начале XX столетий [39; 42; 475; 515].

Несмотря на отмеченные успехи, хирургия пищевода в России поначалу развивалась так же медленно, как и во всем мире. Успешные операции трансплевральной резекции пищевода, выполненные F. Torek и J.H. Zaaijer (1913) еще долгое время оставались исключениями из общего правила. По этому поводу в 1913 г. известный российский хирург Я.О. Гальперн писал: «Едва ли есть в человеческом теле еще один орган, на котором так мало отразились бы успехи хирургии, как на грудной части пищевода».⁷ И после окончания I мировой войны, за время которой хирурги накопили большой опыт в лечении разнообразных травм органов грудной клетки, хирургия пищевода оставалась большой проблемой, весьма далекой от своего разрешения.

Тем не менее, подходы к хирургическому лечению различных заболеваний и травм пищевода в конце XIX – начале XX вв. разрабатывались до-

⁷ Цит.: Гальперн Я.О. К вопросу о пластике пищевода // Хирургия. – 1913. – Т. 33. – С. 115.

вольно активно, и отечественными учеными в решение данной проблемы с самого начала ее разработки был внесен весьма значительный вклад. В последующем, на протяжении всего XX века, российские ученые оставались на передовых позициях в изучении главных аспектов проблемы хирургии пищевода, несмотря на некоторые неблагоприятные условия и ряд бурных событий, потрясших нашу страну и неблагоприятно отразившихся на состоянии медицинской науки и практического здравоохранения. Сегодня реконструктивная хирургия пищевода, как важное научное направление, продолжает развиваться в России рядом хирургических школ, первые из которых зародились в конце XIX – начале XX вв., а наиболее крупные школы сформировались и укрепились на протяжении середины – второй половины XX века.

Изложенное говорит о том, что всю историю реконструктивной хирургии пищевода в России для лучшего понимания необходимо разделить на несколько периодов, что позволит точнее описать прогресс данного научного направления от момента его зарождения до наших дней. Для создания всеобъемлющей периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России с конца XIX до начала XXI вв. мы предлагаем ряд научных критериев, характеризующих смену одного периода другим в процессе непрерывного развития и совершенствования данного научного направления.

II.2. Критерии периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России

Исходя из того, что критерий – это существенный признак, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо, мы посчитали методологически правильным выбрать из множества возможных признаков (например, первое выполнение той или иной операции, изобретение какого-либо метода лечения, первая публикация на определенную тему, начало изучения новой проблемы и получение первых положительных результатов и т.д.) такие критерии, которые позволили бы наиболее четко обозначить важные переломные моменты в истории реконструктивной хирургии пищевода в России, и тем самым определить хронологические рам-

ки ее периодов. Для того, чтобы уйти от привычной формальной периодизации, связанной с общепринятой хронологией XX века, сменой общественно-исторических формаций, датами начала и окончания мировых войн и т.п., были избраны наиболее существенные и универсальные эмпирические критерии, которые позволили четко обозначить переломные моменты в истории реконструктивной хирургии пищевода в России, выявить важные отличия выделенных периодов. Для создания всеобъемлющей периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России с конца XIX до начала XXI вв. наиболее подходящими представляются четыре научных критерия.

В качестве первого критерия мы выбрали уровень сложности научных и практических задач, которые ставили перед собой ученые-экспериментаторы и хирурги-клиницисты, принимая во внимание тот факт, что на каждом этапе исторического развития реконструктивной хирургии пищевода новые задачи становились все более сложными и разнообразными.

В целом за весь более, чем 130-летний период истории реконструктивной хирургии пищевода в России (с 1881 по 2012 гг.) эти задачи изменялись в направлении от механистического стремления удалить опухоль или создать обходной путь вокруг сужения пищевода, к превалирующей в настоящее время прогрессивной тенденции максимального повышения радикальности и снижения травматичности операций на пищеводе, обеспечения их полной безопасности, достижения наилучшего физиологического результата, длительного выживания и оптимального качества жизни пациентов с возможно более полной их медицинской, трудовой и социальной реабилитацией.

Так, если в конце XIX века главной задачей ученых было экспериментальное изучение возможности осуществления хирургических доступов к пищеводу, то первые попытки внедрения результатов этих исследований в клиническую практику в начале XX века вызвали к жизни новые актуальные задачи совершенствования способов диагностики заболеваний пищевода, хирургического обезболивания, борьбы с шоком, пневмотораксом и тяжелыми

гнойно-септическими послеоперационными осложнениями, а также методики и техники резекции пищевода и формирования пищеводных анастомозов.

В то же время разработка и внедрение различных методов суб- и тотальной эзофагопластики в первой четверти XX века поставили на повестку дня актуальную задачу профилактики недостаточности кровоснабжения кишечных и желудочных трансплантатов, которая была успешно решена отечественными хирургами с помощью ряда оригинальных технических приемов.

В 40–50-х гг. XX века в нашей стране в связи с разработкой и внедрением трансплевральных операций резекции и пластики пищевода возникла важная задача изучения их физиологических влияний на организм, повлекшая за собой новую задачу совершенствования методов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, разработки новых методов обезболивания, инфузионно-трансфузионной и антибактериальной терапии, а также энтерального и парентерального питания пациентов.

С накоплением большого клинического опыта в конце XX века на повестку дня встала задача выполнения обширных одномоментных комбинированных и сочетанных операций на пищеводе и соседних органах, но это, в свою очередь, потребовало дальнейшего усовершенствования методов анестезиологического пособия и послеоперационной интенсивной терапии. В то же время создание учения о заболеваниях оперированного и искусственного пищевода вызвало к жизни новую важную задачу разработки мер профилактики, консервативного и хирургического лечения подобных расстройств.

В настоящее время наиболее актуальной является задача минимизации операционной травмы и достижения наилучшего физиологического результата хирургического лечения разнообразных заболеваний пищевода, связанная с разработкой, внедрением и совершенствованием методики и техники как традиционных, так и новых эндоскопических и эндовидеохирургических, (в т.ч. роботизированных) вмешательств на основе последних достижений фундаментальных наук, техники, технологии, физиологии и патофизиологии,

фармакологии, бактериологии, иммунологии, трансфузиологии, анестезиологии, реаниматологии и других смежных дисциплин.

Таким образом, значимое изменение и повышение уровня сложности экспериментальных и клинических задач (т.е., когда на определенном этапе на основании накопленного опыта выдвигаются новые актуальные задачи, способствующие решению проблемы хирургии пищевода в целом) может служить объективным научным критерием окончания одного периода истории хирургии реконструктивной пищевода и начала следующего периода.

Вторым критерием периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России мы избрали эволюцию научных идей и практических решений, происходящую на основе господствующих в данный период фундаментальных представлений о функциях организма в норме и патологии. Подобная эволюция происходит после того, как накоплена определенная сумма знаний, результатов экспериментальных и клинических исследований, позволяющих подвести важные итоги и перейти на более высокий уровень изучения проблемы [422].

Эволюция научных идей и практических решений в начальном периоде истории развития реконструктивной хирургии пищевода выражалась в изменении взглядов на возможность создания искусственного пищевода из собственных тканей организма. Так, если в конце XIX века был разработан метод формирования трубки из кожи передней грудной стенки для пластики пищевода, то в начале XX века возникла новая плодотворная идея о возможности использовании трубчатых полых органов пищеварительного тракта для той же цели, в частности – отрезка тощей кишки на питающей ножке. Закономерным итогом этих работ явилась первая в мире законченная тотальная пластика пищевода тонкой кишкой, выполненная П.А. Герценом в 1907 г.

Благодаря исследованиям отечественных ученых, в 20–30-х гг. XX века наиболее широкое распространение получила антеторакальная тонкокишечная эзофагопластика, которая обеспечивала большинству оперированных пациентов удовлетворительное качество жизни. В этом наибольшую роль сыг-

рали работы В.Л. Покотило, А.Г. Соловьева, С.С. Юдина [328–330; 407–411; 508–514]. Но эта прогрессивная для своего времени операция обусловила возникновение новой патологии в виде заболеваний искусственного и оперированного пищевода. Это привело к осознанию необходимости разработки эффективных мер для профилактики и лечения подобных осложнений, что было отражено в научных исследованиях 60–70-х гг. XX века, которые были осуществлены П.И. Андросовым, Э.Н. Ванцяном, Н.О. Николаевым, Б.В. Петровским, А.Ф. Черноусовым [24; 25; 265; 302–311; 464–466].

Судить об эволюции научных идей и практических решений можно на основании анализа научных публикаций, в которых отражены различные теории этиологии и патогенеза заболеваний пищевода, возникавшие и угасавшие на различных этапах развития данного научного направления. Например, эволюция представлений о патогенезе кардиоспазма и осознание того факта, что кардиоспазм – это заболевание не только нижнего пищеводного сфинктера, но и всего пищевода, обеспечили возможность разработки новых физиологичных способов органосохраняющих операций, что было отражено в работах Б.В. Петровского, Э.Н. Ванцяна, А.Ф. Черноусова [88; 300; 304; 306; 471; 476; 479]. В то же время постепенно стала понятной необходимость радикального удаления всего патологически измененного пищевода при IV стадии кардиоспазма, когда другие операции уже не в состоянии восстановить пропульсивную моторику и физиологическую функцию органа. В 80-х гг. XX века это сильно изменило взгляды многих ученых, занимавшихся хирургическим лечением нервно-мышечных заболеваний пищевода и кардии.

Когда в 60-х гг. XX века толстокишечная эзофагопластика была не только признана как отличная реконструктивная операция, но и вытеснила широко распространенную ранее операцию Ру-Герцена-Юдина, это стало новым прорывом в реконструктивной хирургии пищевода. Постепенно, благодаря настойчивым анатомическим и экспериментально-клиническим исследованиям, практически полностью были исключены такие осложнения, как нарушение кровоснабжения толстокишечного трансплантата или его недос-

таточная длина. В 70-х гг. результаты пластики пищевода толстой кишкой были значительно улучшены, а в 80-х гг. были всесторонне обоснованы физиологические преимущества тотальной заградной эзофагопластики из ободочной кишки на сосудистой дуге Риолана. Был разработан эффективный комплекс предоперационного обследования, а также показано, что для улучшения функциональных результатов лечения у пациентов с длительно существующими послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода необходимо его удаление. Для этого была разработана щадящая техника резекции рубцово-измененного пищевода с сохранением стволов блуждающих нервов, что было отражено в трудах Н.Н. Каншина и М.М. Абакумова [3; 183].

Дальнейшая эволюция научных идей и практических решений в этой области привела к укреплению позиций эзофагопластики желудком и сформированными из него трансплантатами. Желудочная эзофагопластика во многих клиниках стала считаться методом выбора в восстановительной хирургии пищевода, благодаря работам В.С. Сильвестрова, А.Ф. Черноусова, Б.Е. Петерсона, А.И. Пирогова, М.И. Давыдова, А.С. Мамонтова, П.А. Иванова [131–134; 168; 231; 283; 284; 317; 318; 395–397].

С началом 90-х гг., благодаря настойчивым исследованиям ряда хирургов-энтузиастов, стали разрабатываться и внедряться малотравматичные эндовидеохирургические вмешательства, и это сильно изменило взгляды многих отечественных ученых на возможность осуществления операций на пищеводе без использования широкого лапаро- или торакотомного доступа.

Таким образом, эволюция научных идей и практических решений в реконструктивной хирургии пищевода также является важным научным критерием периодизации истории данного научного направления в России.

Третьим критерием периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России мы считаем использование новых технологий, позволивших значительно ускорить решение актуальных аспектов данной проблемы.

Так, возможности для развития реконструктивной хирургии пищевода всегда были тесно связаны с разработкой и внедрением эффективных мето-

дов обезболивания. В начале XX века в России, также как и во всем мире, операции резекции и пластики пищевода выполнялись под масочным эфирным или хлороформным наркозом, обладавшим большим количеством недостатков. Это заставляло хирургов оперировать как можно быстрее и соответствующим образом организовывать деятельность всей операционной бригады. В то же время операции на пищеводе требуют особой тщательности со скрупулезным соблюдением объема и очередности всех без исключения этапов, методики и техники их выполнения. В противном случае резко возрастает опасность развития серьезных осложнений. Например, при пластике пищевода – это прежде всего ишемический некроз кишечного или желудочного трансплантата, а также несостоятельность пищеводных анастомозов.

В 30-х гг. XX века в нашей стране стала распространяться местная анестезия 0,25% раствором новокаина по методу тугого ползучего инфильтрата, разработанному выдающимся российским хирургом А.В. Вишневским [100–102]. Эта новая технология обезболивания позволяла устранить многие недостатки масочного наркоза и, в частности, избежать торопливости в производстве важных этапов операций на пищеводе. Правильное овладение методикой местной анестезии предполагало изучение хирургом ряда важных рефлексогенных зон человеческого организма, что положительно сказывалось на снижении травматичности вмешательства. Местная анестезия завоевала большую популярность среди российских хирургов и обусловила возможность широкого распространения хирургического метода лечения многих заболеваний и травм. Но в то же время местная анестезия обладала и рядом недостатков, которые особенно ярко проявлялись при производстве полостных операций большого объема. Прежде всего, это вынужденное увеличение продолжительности операции из-за того, что хирург должен был периодически брать в руки шприц с новокаином, а после инъекции значительного количества обезболивающего раствора, которая всегда довольно продолжительна, еще некоторое время ожидать наступления полной анестезии. Недостатки местного обезболивания сдерживали развитие трансплевральных

операций резекции и пластики пищевода, при которых часто выявлялась недостаточность блокады важных рефлексогенных зон [110]. Многими хирургами в качестве крупного недостатка местной анестезии отмечалось полное сохранение сознания больного на протяжении всей операции [447]. Понятно, что выполнение подобных трансторакальных вмешательств при спонтанном дыхании пациента было связано с недостаточностью газообмена, а случайное вскрытие второй плевральной полости грозило смертью больного на операционном столе от двустороннего пневмоторакса. В этом проявлялся еще один недостаток местной анестезии – она ограничивала радикальность операций при раке пищевода [110]. Промежуточное положение между наркозом и местной анестезией занимало спинномозговое обезболивание, но и оно имело свои ограничения и недостатки. Известно, что поклонниками спинномозговой анестезии при операциях на пищеводе были С.С. Юдин и А.Г. Савиных. Но необходимо отметить, что А.Г. Савиных, производя разработанную им операцию трансдиафрагмальной резекции пищевода при раке, считал случаи прорастания опухоли медиастинальной плевры нерезектабельными. Примечательно и то, что С.С. Юдин при трансплевральной пластике пищевода внутрибрюшной этап операции делал под спинномозговой анестезией, а внутригрудной этап – под эндотрахеальным наркозом [374; 512].

Поэтому одним из важных этапов в истории реконструктивной хирургии пищевода, наступившим в нашей стране в 40–50-х гг. XX века, стал переход от местной и спинномозговой анестезии к современному эндотрахеальному наркозу, наряду с широким внедрением таких новых технологий, как переливание крови, ее компонентов и препаратов, разработка и использование кровезаменителей, а также антибактериальная терапия и антибиотикопрофилактика гнойно-септических осложнений. В результате хирурги перестали бояться пневмоторакса, плевро-пульмонального шока и инфекционных осложнений, а хирургия пищевода в этот период стала одним из наиболее приоритетных направлений научных исследований отечественных ученых.

Рубеж 50–60-х гг. XX века – это время, когда в СССР началось широкое внедрение в клиническую практику таких важных достижений медицинской науки и техники, как новые атравматические шовные материалы, точные хирургические инструменты и оригинальные отечественные хирургические сшивающие аппараты, в том числе созданные специально для операций на пищеводе. Это позволило хирургам, с одной стороны, расширить показания к сложным комбинированным и сочетанным операциям при злокачественных поражениях пищевода и кардии, а с другой стороны, к хирургическому лечению различных доброкачественных заболеваний пищевода, которые ранее оставались в основном в сфере деятельности терапевтов [307].

Начало 90-х гг. XX века ознаменовалось внедрением в реконструктивную хирургию пищевода новейших достижений физики, электроники, кибернетики, техники и технологии, большим развитием физиологии, иммунологии, генетики, трансфузиологии, анестезиологии и реаниматологии. Это дало возможность значительно улучшить диагностику и расширить показания к одномоментным комбинированным и сочетанным операциям на пищеводе, а также начать внедрение разнообразных эндоскопических вмешательств. В это время хирурги приступили к операциям, которые ранее считались непереносимыми для больных ввиду большой сложности и травматичности [314]. Последний период истории реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране можно охарактеризовать как период расцвета физиологического направления, когда наряду со ставшими достаточно безопасными обширными традиционными хирургическими вмешательствами разрабатываются и внедряются в клиническую практику новые малотравматичные и прецизионные лапароскопические и торакоскопические (в том числе роботизированные) операции, которые невозможно выполнять без специального инструментария, высокотехнологичного оборудования и оснащения.

Таким образом, использование новых технологий также может служить важным научным критерием для установления хронологических рамок периодов истории реконструктивной хирургии пищевода в России.

Четвертым критерием мы полагаем результативность экспериментальных и клинических научных исследований, касающихся данной проблемы.

Так, важнейшим результатом экспериментальных исследований, начиная с 1888 г., когда И.И. Насилов предложил задний внеплевральный доступ к грудному отделу пищевода, стала разработка В.Д. Добромысловым в 1900 г. трансплеврального доступа. Эксперименты В.Д. Добромыслова показали не только принципиальную возможность и относительную безопасность для теплокровного организма обнажения грудного отдела пищевода путем торакотомии, но и возможность успешной резекции части пищевода через трансплевральный доступ и последующего надежного заживления пищеводного анастомоза [137; 138]. Следующим логическим шагом должно было стать клиническое применение данного способа операции у больных раком пищевода. Действительно, три первые в мире пробные торакотомии по поводу рака грудного отдела пищевода были выполнены Э.Г. Салищевым и В.Д. Добромысловым в Томске в том же 1900 г., но, к сожалению, с неблагоприятным исходом [66; 551]. Понятно, что подобный результат не мог воодушевить хирургов, и поэтому первые операции Э.Г. Салищева и В.Д. Добромыслова не стали этапным моментом в истории развития данного научного направления.

В этом смысле более важной вехой истории реконструктивной хирургии пищевода в России стал доклад П.А. Герцена на VII съезде российских хирургов (1907) о первой в мире законченной тонкокишечной эзофагопластике [112; 569]. Эта успешная операция П.А. Герцена стала закономерным итогом многочисленных исследований по изучению подходов к хирургическому лечению раковой и рубцовой непроходимости пищевода, проводившихся в России и за рубежом. Доведение этой операции до совершенства С.С. Юдиным в конце 30-х гг. XX века, тщательная разработка ее методики и техники при послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода и глотки у взрослых и детей, внедрение антеторакальной тонкокишечной эзофагопластики в широкую клиническую практику можно считать тем положительным результатом, который обозначил переход к новому этапу истории реконст-

руктивной хирургии пищевода в России, связанному со следующим шагом – разработкой одномоментных операций резекции и пластики пищевода.

Этот новый этап обозначился успешными результатами первых трансдиафрагмальных и трансторакальных операций резекции пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудка и тонкой кишкой, осуществленных в 1943 г. А.Г. Савиных и в 1946 гг. В.И. Казанским и Б.В. Петровским [173; 293; 374]. Работы этих ученых открыли широкую дорогу клиническому применению радикального метода хирургического лечения рака пищевода.

Таким образом, использование критерия результативности экспериментальных и клинических исследований также позволяет определить хронологические рамки периодов истории реконструктивной хирургии пищевода.

Очевидно, что все вышеуказанные научные критерии периодизации не только взаимно дополняют друг друга, но и тесно связаны между собой. Мы постараемся это продемонстрировать, характеризуя каждый из периодов истории реконструктивной хирургии пищевода в России по отдельности.

II.3. Характеристика первого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1881 – 1907 гг.)

В хирургической и исторической литературе время зарождения хирургии пищевода в России определяется по-разному. Так, многие авторы начинают отсчет этого периода с 1842 г., то есть с того момента, когда проф. В.А. Басов первым в мире разработал и осуществил в эксперименте гастростомию, определив перспективы клинического применения этой операции [177; 184; 288; 295; 298; 366; 512]. Однако, необходимо подчеркнуть, что гастростомия – это, в сущности, операция на желудке, поэтому полагать время ее изобретения и разработки в эксперименте или первого применения в клинике началом истории хирургии пищевода, по нашему мнению, нелогично. Косвенным подтверждением этому является тот факт, что началом истории желудочной хирургии в России ряд авторов также считают 1842 год, когда В.А. Басов впервые опубликовал свою работу о гастростомии [39; 42; 475; 512].

Исторически первой операцией на пищеводе была эзофаготомия на шее при инородных телах, которую в Европе стали производить в XVIII веке. По данным И.Д. Сарычева (1891), в России впервые успешно удалил инородное тело пищевода путем эзофаготомии на шее петербургский хирург Н.Д. Монастырский⁸ в 1880 г. [392]. Это подтверждают Р.И. Венгловский (1915) и Н.В. Антелавва (1952) [28; 92]. Причем И.Д. Сарычев указал на то, что Н.Д. Монастырский опубликовал данные о своих первых двух эзофаготомиях, сделанных им в 1880 году, в «Еженедельной клинической газете» № 38 за 1881 год. На самом деле в этой статье Н.Д. Монастырский описал только один случай эзофаготомии при инородном теле пищевода (говяжья кость), которую он произвел 30 августа 1881 г. в Петропавловской больнице в Санкт-Петербурге [259]. Изучение отчета о хирургической деятельности Петропавловской больницы за 1880–1883 гг. подтвердило, что за все эти годы эзофаготомия здесь была выполнена только один раз [81]. Таким образом, сведения, которые привел И.Д. Сарычев, являются неточными. Интересно, что Н.Д. Монастырский, окончив в 1875 г. Венский университет, до 1876 г. обучался хирургии в клинике Т. Бильрота, где, начиная с 1870 г., эзофаготомия широко применялась для удаления инородных тел пищевода [424]. Таким образом, Н.Д. Монастырский скорее всего научился этой операции у Т. Бильрота, но самую первую в России эзофаготомию на шее сделал не он. По данным Л.П. Александрова (1891), первым в России эзофаготомию выполнил А. Лисенко в 1881 г. у 8-летнего ребенка [12]. Действительно, изучение опубликованных данных по этому вопросу подтвердило, что 3 января 1881 г. такую операцию у мальчика с инородным телом шейного отдела пищевода (медная 5-копеечная монета) успешно выполнил д-р А. Лисенко в Николаевском морском госпитале в г. Николаеве Херсонской губернии [32; 169]. Таким образом, нам пред-

⁸ Н. Д. Монастырский (1847–1888) – первый руководитель хирургической клиники Императорского Клинического Института в Санкт-Петербурге (в 1885–1888 гг.). В числе первых в Европе он начал разрабатывать хирургию желчных протоков вместе с учеником Т. Бильрота Винивартером, впервые выполнил одномоментную холецистоэнтероанастомозию, первым в России наложил гастроэнтероанастомоз (при ожоговом рубцовом стенозе пилорического отдела), являлся одним из пионеров асептики в России [424].

ставляется правильным отсчитывать начало истории реконструктивной хирургии пищевода в России с 1881 года, когда А. Лисенко и Н.Д. Монастырский выполнили свои первые эзофаготомии на шее по поводу инородных тел.

В конце 70-х гг. XIX века Т. Бильрот и его ученики Черни и Менцель приступили к разработке резекции шейного отдела пищевода при раке (первую в России подобную операцию у больного раком пищевода сделал в 1900 г. С.П. Федоров) [92; 233; 405]. Операцию пластики шейного отдела пищевода путем формирования кожной трубки в 1886 г. разработал в эксперименте другой ученик Т. Бильрота – фон Гаккер [92; 405]. В России подобную операцию (вторым этапом после резекции шейного отдела пищевода по поводу рака) впервые успешно выполнил д-р Шалита в 1902 г. [233].

Однако, необходимо отметить, что именно в 80-х гг. XIX века в России начали проводиться оригинальные исследования по изучению наиболее актуальных аспектов проблемы реконструктивной хирургии пищевода. Так, в 1883 г. вышла работа Н.Д. Монастырского о лечении рубцовых сужений пищевода. Вскоре защитили докторские диссертации Н.Н. Крузенштерн («Исследование о раке пищевода», 1885) и Д.С. Морозов («Анатомия пищевода и к учению о раковом сужении этого органа и его лечению катетеризацией, электролизом и гастростомией», 1887). Важнейшую роль в дальнейшем развитии исследований по проблеме хирургии пищевода в нашей стране и мире в этот период сыграли основополагающие экспериментальные работы И.И. Насилова (1888) и В.Д. Добромыслова (1900, 1902) по внеплевральному и трансплевральному доступам к грудному отделу пищевода. В этот период грудной отдел пищевода оставался самым недоступным для хирургов, и прямые оперативные вмешательства на нем считались практически невозможными. Поэтому работу И.И. Насилова «Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди» (1888) все отечественные авторы отмечают как знаменательную веху в российской и мировой истории хирургии пищевода [28; 50; 175; 191; 294; 295; 375; 479; 512; 537].

Также в конце XIX века возникла идея тотальной шунтирующей пластики пищевода при его раковой и рубцовой непроходимости, то есть, создания искусственного пищевода из собственных тканей организма. В результате в этот период обозначились два основных направления научных исследований: 1) разработка резекции пищевода при злокачественных новообразованиях и 2) разработка обходной пластики пищевода при раковой и рубцовой непроходимости. Принимая во внимание эти соображения, и используя избранные научные критерии периодизации, мы можем констатировать, что началом первого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России было то время, когда хирурги наряду с оперативным удалением инородных тел пищевода приступили к решению одной из самых сложных и насущных клинических задач – разработке способов хирургического лечения рака и рубцовых стриктур пищевода в его грудном отделе.

Что касается прямых операций на грудном отделе пищевода, то в первом периоде идея И.И. Насилова сразу стала предметом ряда углубленных анатомических и экспериментальных исследований. В России такие работы осуществили В.Г. Руднев (1889), А.В. Старков (1901), В.Н. Саввин (1903). Поначалу выводы, которые делали авторы этих работ, во многом были умозрительными. Так, например, ученик П.И. Дьяконова А.В. Старков, выявив ряд крупных недостатков доступа И.И. Насилова в своих исследованиях на трупах больных, умерших от рака пищевода, одновременно критиковал и трансплевральный подход к пищеводу по В.Д. Добромыслову, хотя не проверил его экспериментально. По этому поводу А.В. Старков писал: «В последнее время появилось предложение идти к пищеводу через плевральную полость... Нам кажется, что это предложение не имеет, в противность операции Насилова, будущности. Во-первых, как бы не были в настоящее время выработаны способы борьбы с пневмотораксом и его последствиями, спадение целого легкого у человека в глубоком наркозе далеко не безразлично. Кроме того, опасность инфицировать полость плевры, оперируя через нее на пищеводе при раке, так велика, что она удержит всякого решиться на эту

операцию. Далее, операционное поле будет далеко, тесно и ориентировка мало возможна».⁹ Примерно с таких позиций в начале XX века и другие российские ученые критиковали работу В.Д. Добромыслова, большое значение которой было в полной мере оценено несколько позже.

Первые результаты своих экспериментальных исследований В.Д. Добромыслов опубликовал в 1900 г. [137] и в этой работе он писал: «Соображения, руководившие выбором этого пути, заключаются отчасти в больших удобствах операции с чисто технической стороны. Чрезлегочноплевный способ дает такой свободный доступ к органам заднего средостения и такой простор для работы над ними, каких внелегочноплевный дать не может».¹⁰ Большой заслугой В.Д. Добромыслова было то, что он опроверг устоявшееся среди ученых того времени мнение о невозможности подобного подхода к пищеводу из-за губительного воздействия на организм открытого пневмоторакса. В.Д. Добромыслов писал: «На основании отчасти литературных данных об операциях над легкими и о пробном сечении груди, а отчасти и опыта госпитальной хирургической клиники,¹¹ у меня сложилось такое убеждение, что у людей, в остальном совершенно здоровых, образование одностороннего *pneumothoracis* не влечет за собою не только гибельных последствий, но даже и значительных расстройств в области кровообращения и дыхания».¹² Более подробная статья на эту же тему с описанием сделанных экспериментов и их результатов была опубликована В.Д. Добромысловым в 1903 г. [138].

В 1907 г. В.Д. Добромыслов опубликовал еще одну работу, в которой описал три первые операции эксплоративной торакотомии по поводу рака грудного отдела пищевода, выполненные им совместно с проф. Э.Г. Салищевым в Томске в 1900 г. К сожалению, все эти операции закончились смертью больных (2 пациента умерли на операционном столе, а 1 – через неделю после операции от гнойного перикардита и плеврита), что, по-видимому, и послу-

⁹ Цит.: Старков А.В. Хирургия. – 1901. – Т. X. – С. 618.

¹⁰ Цит.: Добромыслов В.Д. – Врач. – 1900. – № 28. – С. 847.

¹¹ Имеется в виду госпитальная хирургическая клиника медицинского факультета Томского университета.

¹² Цит.: Добромыслов В.Д. – Врач. – 1900. – № 28. – С. 848.

жило главной причиной опубликования В.Д. Добромысловым в своих первых двух работах (1900, 1903) только экспериментальных данных.¹³

Необходимо отметить, что в начале 1900-х гг. подобные неудачи преследовали и ведущих зарубежных хирургов (И. Микулич, Ф. Зауэрбрух), а причины безуспешности трансплевральных хирургических вмешательств на грудном отделе пищевода в этот период заключались в несовершенстве хирургических методик, недостаточности знаний о физиологии и патофизиологии органов грудной полости, отсутствии эффективных средств борьбы с операционным шоком, инфекцией плевры и средостения [177; 482].

В первом периоде получила развитие эзофагоскопия, позволившая резко улучшить диагностику заболеваний пищевода и облегчить возможность более точного установления показаний к операции. Не вдаваясь в подробности истории изобретения данного метода, отметим лишь, что в 1881 г. ученик Т. Бильрота И. Микулич опубликовал описание наиболее совершенного по тем временам эзофагоскопа, построенного на принципе прямого видения. Успешно применяя созданный им жесткий прибор с электрическим освещением, И. Микулич впервые представил подробное описание эзофагоскопической картины пищевода в норме и патологии. Метод эзофагоскопии значительно развил другой ученик Т. Бильрота – фон Гаккер. Ему принадлежит также честь широкого внедрения лечебной эзофагоскопии, которая стала успешно использоваться для удаления инородных тел пищевода. Важным фактором, способствовавшим развитию нового диагностического и лечебного метода, стало изобретение русским врачом П.М. Ревидцовым эластического эндоскопа с оптической системой и электрическим освещением. Сообщение о своем изобретении П.М. Ревидцов сделал на XII Международном съезде врачей, проходившем в августе 1897 г. в Москве [41; 43].

Очевидно можно предполагать, что период зарождения реконструктивной хирургии пищевода в России должен заканчиваться первыми случаями

¹³ В.Д. Добромыслов в данной статье указал, что проф. Э.Г. Салищев (1851–1901) при своей жизни не давал разрешения на опубликование этих трех клинических случаев торакотомии при раке пищевода.

успешного клинического применения разработанных в эксперименте операций на пищеводе при раке и рубцовых стриктурах. Исходя из этого и используя указанные выше критерии, окончание первого периода мы отнесли к 1907 г., когда российский хирург П.А. Герцен успешно выполнил в клинике первую в мире законченную тотальную антеторакальную эзофагопластику тонкой кишкой по видоизмененному способу Ру. П.А. Герцен сделал эту операцию в сентябре-ноябре 1907 г. в три этапа пациентке с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода [112; 512]. Этот замечательный успех П.А. Герцена явился большим стимулом к осуществлению более широких экспериментальных и клинических исследований на эту тему как в России, так и за рубежом. Поэтому первый период истории реконструктивной хирургии пищевода в России мы определяем как период зарождения, в котором были проведены первые основополагающие исследования в эксперименте и сделаны первые успешные операции на пищеводе в клинике. В данный период были защищены несколько диссертаций по анатомии и хирургии пищевода, легких и плевры (Крузенштерн Н.Н., 1885; Морозов Д.С., 1887; Руднев В.Г., 1889; Старков А.В., 1901; Войнич-Сяноженцкий К., 1903; Саввин В.Н., 1903).

Главная задача, которую ставили пред собой российские ученые в первом периоде,— это решение вопроса о возможности выполнения в клинике операций на пищеводе, разработанных в эксперименте. То, что хирурги пришли к решению этой важной научно-практической задачи именно на рубеже XIX и XX столетий, хорошо иллюстрируют работы проф. П.И. Дьяконова и его учеников. Так, в отчете о деятельности хирургической клиники Иверской общины сестер милосердия в Москве (с 15.10.1896 по 31.12.1898 гг.), которой заведовал П.И. Дьяконов, можно найти лишь попытки бужирования раковых сужений пищевода у нескольких пациентов [144]. В то же время в обзорах научной деятельности госпитальной хирургической клиники Московского университета, которой П.И. Дьяконов стал руководить с 1901 года, имеются многочисленные ссылки на истории болезни, свидетельствующие о более агрессивном подходе к хирургическому лечению этого тяжелого забо-

левания [145; 146]. В первые годы XX века П.И. Дьяконов, наряду со ставшими уже рутинными операциями гастростомии и еюностомии, предпринял несколько попыток радикальной резекции пищевода по поводу рака.

Характерной чертой первого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России стала значительная эволюция идеи о возможности образования искусственного пищевода из собственных тканей организма, – от пластики с помощью кожной трубки по Бирхеру (1895) до тотальной анте-торакальной эзофагопластики тощей кишкой по Ру-Герцену (1907), вскоре занявшей основное место в реконструктивной хирургии пищевода.

В первом периоде российскими учеными были впервые применены в клинике такие новые технологии, как диагностическая и лечебная эзофагоскопия, в то же время в эксперименте разработан эндотрахеальный наркоз с искусственной вентиляцией легких для производства операций на пищеводе.

Результативность научных исследований можно оценить, как высокую, так как в это время были предложены, разработаны и внедрены в практику новые, ранее неизвестные операции на пищеводе, позволившие впервые приступить к спасению больных от тяжелых заболеваний и их осложнений.

Первый период истории реконструктивной хирургии пищевода в России знаменателен еще и тем, что на рубеже XIX – XX в. произошло зарождение трех первых научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России – И.И. Насилова, П.И. Дьяконова и С.П. Федорова. Подробные сведения об этих и других, более поздних отечественных школах реконструктивной хирургии пищевода, приведены в IV главе диссертации.

II.4. Характеристика второго периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1908–1940 гг.)

Второй период истории реконструктивной хирургии пищевода в России характеризуется разработкой и внедрением в клиническую практику основных известных в настоящее время методов хирургического лечения рака, доброкачественных заболеваний, травм пищевода и их последствий. Начало

данного периода ознаменовалось выходом ряда важных работ по хирургии пищевода из клиники проф. П.И. Дьяконова в ИМУ и клиники проф. С.П. Федорова в Военно-медицинской академии.

Так, в 1908 г. ученик П.И. Дьяконова В.Ю. Славянис на основании результатов лечения 134 больных раком пищевода сделал вывод о том, что радикальное удаление опухоли возможно только при малом ее распространении, отсутствии метастазов и удовлетворительном общем состоянии больного (с предварительным наложением гастростомы или образованием искусственного пищевода по Ру). Также В.Ю. Славянис установил, что верхнюю часть грудного отдела пищевода удобнее резецировать, применяя способ И.И. Насилова с пересечением I ребра по Фауре; в то же время нижняя его часть доступнее при чресплевральном подходе. Таким образом, первоначальная установка клиники П.И. Дьяконова на исключительно внеплевральный доступ к пищеводу в это время кардинально изменилась, и в этом отразилась быстрая и весьма значительная эволюция научных идей и практических решений, произошедшая в первой декаде XX века как в России, так и за рубежом. В.Ю. Славянис подчеркивал, что в целях онкологического радикализма нужно иссекать как можно бóльший участок пищевода, так как часто могут происходить отсевы опухоли по его длине [405]. Этот вывод представляется очень важным ввиду того, что стремление многих хирургов того времени резецировать пораженный опухолью пищевод так, чтобы после этого можно было сразу наложить изопищеводный анастомоз конец-в-конец, было на самом деле бесперспективным.

Таким образом, диссертация В.Ю. Славяниса стала важной вехой в разработке проблемы хирургического лечения рака пищевода, а некоторые выводы автора не утратили значения и по сей день. Необходимо отметить еще один интересный факт – если диссертации, относящиеся к первому периоду истории хирургии пищевода в России, были типичными экспериментальными работами, то диссертация В.Ю. Славяниса – первое полноценное экспериментально-клиническое исследование по данной проблеме. Эта

черта стала характерной для большинства научных работ отечественных авторов во втором периоде истории хирургии пищевода в России.

Выдающийся российский хирург С.П. Федоров в 1908 г. разработал в эксперименте операцию наложения обходного соустья грудного отдела пищевода с петлей тощей кишки по типу «бок-в-бок». Эта операцию С.П. Федоров считал показанной при опухолевом сужении кардии [444]. В сущности, С.П. Федоров первым предложил новую технологию – вполне применимый в клинике способ шунтирующей внутриплевральной тонкокишечной эзофагопластики, чем положил начало разработки нового перспективного направления в мировой хирургии пищевода.

В 1914 г. ученик С.П. Федорова А.П. Алексеев в своей диссертации «Хирургия грудной части пищевода» подробно обсудил преимущества и недостатки чресплеврального и внеплеврального доступов для резекции пищевода. Важно, что А.П. Алексеев не только испробовал в эксперименте все известные к тому времени методы операций на грудном отделе пищевода, но предложил и разработал собственный вариант операции С.П. Федорова – внутриплевральную эзофагопластику тощей кишкой с пересечением пищевода и эзофагоеюноанастомозом конец-в-конец. Также в эксперименте А.П. Алексеев выводил тонкокишечный трансплантат из брюшной полости и под кожей перемещал его на грудную стенку, формируя концевую еюностому в месте предполагаемого выведения пищевода, которое делалось вторым этапом. А.П. Алексеев указывал на то, что у больных раком пищевода надо поступать наоборот – первым этапом резецировать пораженный пищевод и вшивать его верхний отрезок в грудную стенку, а вторым этапом подводить кишку к эзофагостоме [14]. Таким образом, А.П. Алексеев разработал два новых перспективных метода оперативного лечения рака грудного отдела пищевода (одно- и двухэтапный), которые позже стали успешно применяться в клинике.

Анализ работы А.П. Алексеева позволяет судить о том, что трансплевральный способ резекции пищевода при раке во второй декаде XX века уже не

только не считался невозможным, но и серьезно обсуждался хирургами с точки зрения использования его в клинической практике. Тем не менее, грудной отдел пищевода долго еще оставался для хирургов зоной «*noli me tangere*» (вплоть до 30-х гг. XX века). Так, Р.И. Венгловский в 1915 г. писал о том, что такие известные зарубежные хирурги, как Küttner, Sauerbruch, Wendel в этот период считали резекцию средней трети пищевода совершенно невыполнимой [92].

Если проблема хирургического лечения рака пищевода в указанный период развивалась медленно, то успехи в разработке эзофагопластики при послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода, широко распространенных в России, были гораздо заметнее. Так, в 1912 г. ученик С.П. Федорова Я.О. Гальперн, стремясь найти более простой способ эзофагопластики, чем способ Ру-Герцена, предложил (независимо от J. Jianu, 1912) создавать искусственный пищевод в виде антиперистальтической трубки из большой кривизны желудка с питанием за счет левой желудочно-сальниковой артерии [109]. Данный способ пластики, который в последующем получил название операции Гальперна-Жиану, в 1913–1914 гг. применил в клинике И.И. Греков у 4 больных – у 2 пациентов с раковой опухолью и у 2 – с ожоговой стриктурой пищевода. Хотя ни в одном из этих случаев желудочная пластика И.И. Грековым не была закончена, он дал высокую оценку этой операции [123].

Первая мировая война 1914–1918 гг., две революции 1917 г., иностранная интервенция и Гражданская война в России 1918–1922 гг. послужили причиной того, что в эти годы отечественная хирургия развивалась обособленно, и ее традиционные связи с европейской хирургией практически полностью распались. Тем не менее, какого-либо значительного отставания российской хирургии от европейской и мировой медицинской науки отметить было нельзя. Об этом, в частности сказал на первом послевоенном XV съезде российских хирургов (1922) его председатель проф. Ф.А. Рейн: «...XV съезд снова собрал нас, показал нам, что, несмотря на крайне тяжелое время, русская научная мысль в области хирургии не спала, и дал нам уверенность, что наша общая работа на пользу дорогой всем нам науки будет жить и разви-

ваться».¹⁴ В этот период в России продолжались важные научные исследования по реконструктивной хирургии пищевода. Так, в 1915 г. вышла монография Р.И. Венгловского «Повреждения и заболевания пищевода» [92], в которой были изложены все основные аспекты данной проблемы и описаны мировые достижения, а также результаты научных исследований отечественных авторов и изложен опыт, накопленный в клинике проф. П.И. Дьяконова. Большое значение этой монографии состояло в том, что она явилась первым подробным руководством по хирургии пищевода в России.

В 1916 г. И.И. Греков успешно повторил операцию Ру-Герцена у 9-летнего мальчика с послеожоговой стриктурой пищевода и ранее наложенной гастростомой. При этом И.И. Греков сделал два отступления от методики П.А. Герцена: во-первых, он уложил тонкокишечный трансплантат в открытый подкожный тоннель под контролем глаза,¹⁵ во-вторых, следующим этапом соединил трансплантат с пищеводом, чтобы как можно скорее восстановить нормальное глотание. Третьим этапом кишка была соединена с желудком анастомозом бок-в-бок, а затем была закрыта гастростома [122].

Новый способ комбинированной эзофагопластики – сегментом поперечно-ободочной кишки с кожной надставкой, предложенный в 1911 г. Н. Vulliet и G. Kelling, первым в России применил Л.А. Стуккей в Петрограде, но, к сожалению, неудачно. В 1916 г. на одном из заседаний врачей Обуховской больницы Л.А. Стуккей доложил о том, что сделанная им эзофагопластика толстой кишкой окончилась некрозом трансплантата [425].

В 20-х годах XX века в России происходило восстановление хирургической печати, возобновились съезды российских хирургов, стали налаживаться связи с зарубежными хирургическими клиниками. В этот период различные варианты операций создания искусственного пищевода изучали и разрабатывали многие российские ученые, но вопрос о том, какой пластический материал является наилучшим для создания искусственного пищевода,

¹⁴ Цит.: Рейн Ф.А. XV съезд российских хирургов, Петроград, 25/ IX–1/X 1922 г. – Пг, 1923. – С. 402.

¹⁵ Такой прием предложил В.П. Вознесенский в 1908 г.

– кожа передней грудной стенки, тонкая или толстая кишка, – в те годы еще не был решен. Главной проблемой кишечной пластики оставалась недостаточность кровоснабжения трансплантата и угроза его омертвения. В то же время антеторакальная кожная пластика по Бирхеру-Ровзингу уже была достаточно хорошо разработана и привлекала многих хирургов своей относительной простотой и безопасностью. В России главным ее пропагандистом стал ученик П.И. Дьяконова проф. В.Р. Брайцев [75]. В этот период получила распространение также комбинированная антеторакальная тонкокишечно-кожная эзофагопластика по Вульштейну-Лексеру, предполагавшая сначала формирование заведомо короткого тонкокишечного трансплантата с минимальным риском его некроза, а затем – создание трубки из кожи передней грудной стенки для соединения кишки с шейным отделом пищевода [512]. Но в 20-х гг. российские хирурги продолжали совершенствовать и операцию Ру-Герцена. Так, в 1926 г. В.Л. Покотило опубликовал случай успешной подкожной пластики пищевода тонкой кишкой с трехлетним сроком наблюдения, показавшим отличный функциональный результат. По этому поводу В.Л. Покотило писал: «Кишечная трубка, в частности тонкая кишка, является превосходным материалом не только с точки зрения чисто оперативной, но и физиологической, так как сохраняет в своей новой роли присущую ей перистальтику, что весьма приближает ее к нормальному пищеводу и очень важно для процесса глотания и продвижения пищи в желудок».¹⁶

В 1926 г. на заседании Московского хирургического общества после доклада А.Г. Соловьева о его первом случае тонкокишечно-кожной эзофагопластики председательствующий проф. П.А. Герцен сказал: «...Прогресс этой операции именно заключается в пластике кишкой, так как *наша цель есть интраторакальная пластика*, которая невозможна при пластике с по-

¹⁶ Цит.: Покотило В.Л. Случай антеторакальной эзофагопластики (по Ру), прослеженный три года // Нов. хирургич. архив. – 1926. – Т. 10. – Кн. 1–2. – С. 361.

мощью кожной трубки».¹⁷ Таким образом, П.А. Герцен уже в те годы определил один из наиболее перспективных путей развития эзофагопластики.

В этот период некоторые отечественные ученые продолжали исследовать возможности желудочной эзофагопластики. Так, в 1926 г. А.В. Григорьев опубликовал собственную модификацию этой операции – у больной с рубцовой послеожоговой стриктурой пищевода он сформировал из большой кривизны желудка изоперистальтическую трубку (а не антиперистальтическую, как у Я.О. Гальперна) с питанием за счет правых желудочно-сальниковых сосудов и провел ее в подкожном тоннеле до шеи [124].

Что касается прямых вмешательств на грудном отделе пищевода, то в 20–30-х гг. ряд ведущих российских хирургов (А.В. Вишневский, С.И. Спасокукоцкий, К.П. Сапожков, А.И. Савицкий, С.С. Юдин и др.) предпринимали попытки резекции пищевода по поводу рака, но результаты были неутешительными. Однако, публикаций на данную тему в отечественной литературе в то время почти не встречалось, и это было связано с тем, что большинство операций или заканчивались неудачно, или были только эксплоративными, на что обращал внимание К.П. Сапожков в 1933 г. [386].

Тем не менее, подобные исследования непрерывно продолжались. Так, в 1926 г. В.М. Гинковский начал эксперименты на собаках по трансплевральной резекции грудного отдела пищевода, а с 1928 г. приступил к этой операции у больных раком пищевода в 3-й хирургической клинике Одесского медицинского института, возглавляемой проф. П.А. Наливкиным [117]. В 1928 г. В.С. Левит осуществил первую в СССР успешную трансабдоминальную резекцию кардиального отдела желудка и брюшного участка пищевода по поводу рака [223]. В 1929 г. К.П. Сапожков у 3 больных при раке диафрагмального отдела пищевода использовал метод туннелирования, разработанный в эксперименте в 1898 г. Levi и впервые примененный в клинике Ach. Этот способ К.П. Сапожков модифицировал и при раке кардии и нижней трети пищевода стал

¹⁷ Цит.: Герцен П.А. Русское хирургическое общество в Москве. 120-е заседание от 11.X.1926 // Нов. хирургич. архив.– 1926.– Т. 11.– Кн. 3.– С. 380. Курсив наш.

удалять весь пищевод абдомино-цервикальным доступом с ограниченной хиатотомией и выворачиванием органа наружу через шейную рану [386]. К сожалению, все 3 больных не перенесли эту операцию. Позже К.П. Сапожков разработал способ выворачивания пересеченного на шее пищевода вниз и наружу через разрез желудочной стенки, используя абдоминальный доступ в сочетании с диафрагмотомией, но, применив такую операцию в клинике, успеха также не получил [377; 387]. В 1933 г. по поводу малых успехов в хирургии грудного отдела пищевода К.П. Сапожков писал: «Оперативное лечение раков пищевода является одной из самых печальных и мрачных глав хирургии, ибо несмотря на колоссальные сдвиги и прогресс во всей нашей науке вообще, здесь мы до сих пор не сдвинулись с ... мертвой точки».¹⁸ К.П. Сапожков отмечал, что ближайшими причинами, вызывающими смерть больных после операции, являются шок, инфекция, пневмоторакс и ненадежность швов пищеводных анастомозов [387].

В 1929 г. будущий глава сибирской хирургической школы А.Г. Савиных приступил к разработке в эксперименте оригинального доступа для резекции и пластики пищевода в заднем средостении, который заключался в широком сагиттальном рассечении диафрагмы кпереди от пищевода и поперечной перерезке диафрагмальных ножек [370]. В 1936 г. А.Г. Савиных на I Сибирском съезде врачей сообщил уже о 14 операциях гастрэктомии и резекции кардии с нижним отделом пищевода по новому способу с наложением эзофагогастроанастомоза в заднем средостении, при этом в 5 случаях ему удалось добиться успеха [157]. Эта новая технология в то время явилась весьма большим достижением отечественной хирургии пищевода.

В этот период начала развиваться также и хирургия некоторых доброкачественных заболеваний пищевода. Так, в 1928 г. на XX съезде российских хирургов Э.Р. Гессе привел материал, включавший 6 операций по поводу кардиоспазма, 1 – по поводу инородного тела грудного отдела пищевода, и 1

¹⁸ Цит.: Сапожков К.П. О раках пищевода вообще и общих принципах их хирургического лечения // Вестн. хир. и погранич. областей. – 1933. – Т. XXX. – Кн. 87, 88, 89. – С. 69.

– по поводу рубцового стеноза кардии после химического ожога. При кардиоспазме Э.Р. Гессе применил кровавое расширение кардии по Микуличу. При инородном теле грудного отдела пищевода он выполнил гастротомию и удалил застрявший зубной протез рукой, введенной в пищевод через желудок. При рубцовой стриктуре кардии Э.Р. Гессе выделил брюшной отдел пищевода и рассек его вдоль на всю толщу стенки с продолжением разреза через кардию на дно желудка. После этого был сформирован анастомоз пищевода с петлей тощей кишки бок-в-бок с наложением межкишечного брауновского соустья. Результат этой операции был отличным [116].

Также на XX съезде российских хирургов А.В. Тихонович¹⁹ привел свой случай успешной операции по поводу запущенного кардиоспазма, которая заключалась в наложении соустья между дном желудка и свисавшем в брюшную полость расширенным пищеводом по принципу операции Neugowsky. А.В. Тихонович продлил сквозной разрез стенки пищевода на кардиальный жом, а затем повернул его на дно желудка. Таким образом, получился один подковообразный разрез (подобно гастродуоденостомии по Voelcker'у), обеспечивший беспрепятственный пассаж пищи в желудок [435].

На XX съезде российских хирургов в 1928 г. П.А. Герцен привел свой опыт операций на кардиальном отделе желудка, насчитывавший 10 наблюдений: у одного больного – удаление инородного тела из пищевода через разрез в кардиальной части желудка. В другом случае у пациента с рубцовым стенозом кардии П.А. Герцен наложил обходной эзофагогастроанастомоз. Из 4 случаев кардиоспазма у 3 больных П.А. Герцен произвел экстрамукозную эзофагокардиотомию по Геллеру, но со свободной пересадкой участка сальника в разрез мышечной оболочки. В четвертом случае была произведена сквозная кардиопластика (операция типа Марведеля-Венделя).

¹⁹ Проф. А.В. Тихонович – ученик П.И. Дьяконова, до 1917 г. работал главным хирургом и главным врачом Московского воспитательного дома, а в описываемый период заведовал кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета Ярославского университета.

Необходимо отметить, что это были первые опубликованные в отечественной литературе результаты хирургического метода лечения кардиоспазма, получившего в дальнейшем большое развитие в России.

К концу 20-х гг. у отечественных ученых появилась возможность подведения некоторых итогов развития реконструктивной хирургии пищевода в России, в частности – методов эзофагопластики. Так, например, в 1929 г. на XXI Всесоюзном съезде хирургов проф. В.Л. Покотило²⁰ сказал следующее: «Эзофагопластика вышла уже из области хирургических курьезов и постепенно переходит в область повседневной хирургии, и наши русские хирурги успешно вносят свою лепту в эту интересную главу хирургии».²¹

В 1934 г. ученик В.Н. Розанова А.Г. Соловьев опубликовал свою первую серию из 8 антеторакальных пластик пищевода по Вульштейну-Лексеру [409]. Большая заслуга А.Г. Соловьева состояла в том, что он тщательно разработал показания к тонкокишечно-кожной эзофагопластике, обсудил значение рентгеноконтрастного и эндоскопического исследования в комплексе обследования больных (в том числе ретроградной эзофагоскопии через гастростому), подробно описал все этапы и наиболее важные технические моменты операции при ожоговых стриктурах пищевода. Например, это касалось техники мобилизации тощей кишки, в частности – визуализации питающих сосудов в проходящем свете, правил рассечения листков брыжейки, временного пережатия радиальных артерий с целью проверки адекватности кровоснабжения будущего трансплантата, изолированного наложения лигатур на брыжеечные артерии и вены на расстоянии не менее 1,5 см от краевого сосуда для профилактики его тромбоза, обшивания края брыжейки трансплантата длинной кетгутовой нитью и др. При этом А.Г. Соловьев считал необходимым расчленять пластику пищевода на несколько этапов и не спешить с отдельными операциями, а лучше делать интервалы между ними и давать отдых больному. Необходимо отметить, что подобную тактику многоэтапно-

²⁰ Проф. В.Л. Покотило был товарищем председателя XXI Всесоюзного съезда хирургов.

²¹ Цит. по: Магазанник Г.Л., Хирургия. – 1951. – № 3. – С. 54.

го создания искусственного пищевода многие хирурги считали наиболее оправданной не только тогда, но и в последующие два-три десятилетия.

В 1938 г. С.С. Меклер писал о том, что еще нельзя считать твердо установленным, какой способ пластики: из кожи, из кишки и какой кишки – толстой или тонкой, из желудка, комбинированный – является наиболее безопасным и дающим наилучшие ближайшие и отдаленные результаты [245]. В совершенствовании тонкокишечной эзофагопластики при ожоговых стриктурах пищевода в 30-х гг. XX века очень большую роль сыграл выдающийся отечественный хирург С.С. Юдин, приступивший к разработке этой проблемы в Институте им. Н.В. Склифосовского в 1928 г. Начав с тотальной кожной эзофагопластики по Бирхеру, С.С. Юдин затем перешел к комбинированной тонкокишечно-кожной пластике по Вульштейну-Лексеру, и, наконец, в середине 30-х гг. занялся усовершенствованием тотальной антеторакальной пластики пищевода тонкой кишкой по Ру-Герцену.²²

В 1941 г. в журнале «Новый хирургический архив» С.С. Юдин опубликовал большую статью, посвященную анализу результатов выполненных им 80 эзофагопластик у пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода [509]. Необходимо отметить, что подобного опыта в то время не было ни у кого в мире. Из общего числа 80 операций было сделано 6 кожных пластик по Бирхеру, 14 законченных двухмоментных пластик по Ру-Герцену, 2 таких же одномоментных пластики и 58 комбинированных кишечно-кожных пластик по типу операции Вульштейна-Лексера. С.С. Юдин считал лучшим методом пластику по Ру-Герцену, но без соединения тонкокишечного трансплантата с желудком, что, по его мнению, упрощало операцию и служило профилактике развития пептических язв еюногастроанастомоза. В то же время, по данным С.С. Юдина, исключение желудка из пищеварения не приводило у больных с послеожоговыми стриктурами пищевода к каким-либо неприятным отдаленным последствиям. Тонкокишечную эзофагопла-

²² Эти данные получены при изучении операционных журналов Института им. Н.В. Склифосовского за 1928–1940 гг.

стику С.С. Юдин считал наиболее совершенной, и всю операцию по созданию искусственного пищевода он предлагал осуществлять в два этапа (не считая гастростомии): 1) выведение кишки на шею и 2) соединение трансплантата с шейным отделом пищевода. Почти все пластики пищевода С.С. Юдин в то время выполнял под спинномозговой анестезией, а шейный этап операции – под местным или проводниковым обезболиванием [1; 29; 73].

Во втором периоде отечественные хирурги сделали ряд других важных усовершенствований тотальной тонкокишечной эзофагопластики по Ру-Герцену. Так, А.Г. Савиных, приступив к изучению и разработке этой операции в 1937 г., предложил при низком делении радиальных артерий после рассечения над ними листков брыжейки расправлять сосудистые «вилки», приближая их к кишке, – тем самым достигалось распрямление сосудистой аркады и, соответственно, значительное удлинение трансплантата [370].

С.С. Юдин считал тонкую кишку идеальным материалом для формирования искусственного пищевода и критиковал эзофагопластику толстой кишки и желудком, называя подобные методы бесперспективными [509; 512]. Тем не менее, некоторые отечественные ученые в этот период продемонстрировали значительные успехи в разработке желудочной эзофагопластики. Так, в 1933 г. П.А. Герцен на заседании Московского хирургического общества доложил о случае успешно выполненной им антеторакальной эзофагопластики целым желудком при раке пищевода по модифицированной методике М. Kirshner (1920) [113]. П.А. Герцен пересек желудок по линии, идущей от его дна косо вниз и вправо к верхней трети малой кривизны. Таким образом, участки желудка, наиболее опасные развитием нарушений кровообращения, были исключены из трансплантата. Источниками кровоснабжения образовавшейся широкой изоперистальтической желудочной трубки служили правые желудочная и желудочно-сальниковая артерии. Для удлинения желудочного трансплантата П.А. Герцен мобилизовал двенадцатиперстную кишку по Кохеру и через продольную рану, образовавшуюся после пересечения желудка, сделал один поперечный надрез по направлению к большой

кривизне (он считал возможным при необходимости сделать несколько таких надразов). Оставшуюся связанной с пищеводом проксимальную часть желудка П.А. Герцен анастомозировал с петлей тонкой кишки по типу бок-в-бок и этим решил вопрос о дренировании нативного пищевода.

В 1934 г. ученик С.И. Спасокукоцкого А.Н. Бакулев сделал подобную операцию пациентке с ожоговой стриктурой пищевода, произведя пересечение желудка по способу П.А. Герцена, но проксимальную часть желудка он соединил не с тонкой, как П.А. Герцен, а с двенадцатиперстной кишкой анастомозом конец-в-бок тотчас ниже привратника. Через 14 лет, в 1948 г. на заседании Московского хирургического общества А.Н. Бакулев демонстрировал эту пациентку, результат операции у нее был отличным [154; 277].

Значение этих первых операций П.А. Герцена и А.Н. Бакулева состояло в том, что они, в сущности, открыли новое направление в восстановительной хирургии пищевода – эзофагопластику широкой изоперистальтической желудочной трубкой, получившую распространение в 70-х гг. XX века.

Во второй половине 30-х гг. продолжались настойчивые исследования по проблеме хирургического лечения рака пищевода. Так, в 1937 г. Н.Ф. Березкин из госпитальной хирургической клиники III ММИ (зав. – проф. Н.И. Гуревич) предложил свой способ резекции кардии и нижней трети пищевода при раке через комбинированный задний внеплевральный доступ, который он назвал медиастинолапаротомией [48]. В сущности Н.Ф. Березкин соединил два внеплевральных доступа, которые В.П. Вознесенский в 1908 г. применил в эксперименте для резекции и пластики пищевода, в один общий в виде перевернутой буквы «Г». Но если В.П. Вознесенский считал свою операцию слишком травматичной, чтобы предлагать ее для выполнения в клинике, то Н.Ф. Березкин оперировал 3 больных раком кардии, причем в двух случаях ему удалось резецировать кардию и нижнюю треть пищевода и наложить эзофагогастроанастомоз. К сожалению, все эти пациенты умерли после операции от плевральных осложнений. Таким образом, предложенный Н.Ф. Березкиным задний доступ к пищеводу оказался несвобод-

ным от опасности ранения плевральных листков и развития эмпиемы плевры, как в свое время и доступ, предложенный И.И. Насиловым.

Подтверждением тому, что в этот период попытки хирургического лечения рака грудного отдела пищевода в России были далеко не единичными, могут служить слова С.С. Юдина (1954): «Наши попытки <резекции пищевода> периодически возобновлялись на протяжении свыше 20 лет... В Институте имени Н.В. Склифосовского моих отдельных попыток было, вероятно, больше десятка; Д.А. Арапов, Б.С. Розанов и Б.А. Петров тоже сделали каждый по несколько десятков попыток. До недавних лет все эти случаи были безуспешны».²³ Свою первую операцию по поводу рака верхне-грудного отдела пищевода в Институте им. Н.В. Склифосовского С.С. Юдин выполнил в сентябре 1928 г. (см. рис. 6 в Приложении).

На этом фоне выделяется работа В.М. Гинковского, который в 1938 г. подытожил результаты своих многолетних экспериментальных и клинических исследований по хирургическому лечению рака грудного отдела пищевода в докторской диссертации и сделал по этому поводу доклад на I съезде онкологов Украинской ССР [117; 118]. Всего с 1928 по 1938 гг. В.М. Гинковский оперировал 11 больных раком пищевода, но у 10 из них опухоль оказалась неудалимой. Только в одном случае удалось резецировать пищевод вместе с опухолью, но больной умер на следующий день после операции. Необходимо отметить, что данная работа В.М. Гинковского явилась систематическим научным экспериментально-клиническим исследованием по хирургическому лечению рака грудного отдела пищевода, которое включало многочисленные эксперименты на трупах и животных, с последующим перенесением полученных положительных результатов в клиническую практику.

В 1930 г. ученик П.А. Герцена А.И. Савицкий начал разработку резекции кардиального отдела желудка при раке. Он использовал чрезбрюшинный доступ с широким сагиттальным рассечением пищеводного отверстия диафрагмы, пересечением выше нее стволов блуждающих нер-

²³ Цит.: Юдин С.С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода. – М.: Медгиз, 1954. – С.153.

вов, мобилизацией и низведением грудного отдела пищевода. Заметим, что А.Г. Савиных в это время еще не опубликовал результатов своих исследований по трансдиафрагмальному доступу к пищеводу. Оценив все трудности наложения эзофагогастроанастомоза и опасность несостоятельности швов при таком доступе, А.И. Савицкий отказался от резекции нижней трети пищевода в пользу иссечения всего его грудного отдела методом туннелирования. После изучения возможности проведения этой операции на трупах А.И. Савицкий по совету П.А. Герцена ввел важное дополнение в методику туннелирования в виде резекции грудинного конца левой ключицы, что облегчало мобилизацию грудного отдела пищевода сверху. Этим способом А.И. Савицкий оперировал 7 больных, но успеха не получил: больные умирали либо от перфорации плевры при выделении опухоли, либо от операционного шока [379–381]. Тем не менее, исследования А.И. Савицкого в этот период оказали очень большое влияние на развитие подходов к хирургическому лечению рака пищевода и кардии в России.

Настойчиво продолжал накапливать опыт в хирургии рака кардии и нижнего отдела пищевода и А.Г. Савиных, который в 1938 г. на XXIV Всесоюзном съезде хирургов доложил о 96 операциях по своему способу, из них радикальных операций было 46 при 25 летальных исходах. В то время это был очень большой успех. Важным в работе А.Г. Савиных было и то, что он впервые в отечественной литературе привел отдаленные результаты радикальных операций при раке кардии: 16 пациентов оставались живыми в сроки от 1 года до 3 лет. Закljučая свой доклад, А.Г. Савиных подчеркнул, что накоплено уже достаточно опыта для того, чтобы пессимистическое отношение большинства хирургов к радикальному лечению рака кардии и нижнего отдела пищевода сменилось более оптимистическим, так как существует надежда сделать эту операцию обыденной и с хорошими исходами [372].

Применяя избранные нами научные критерии, мы можем констатировать, что второй период истории реконструктивной хирургии пищевода в России, – это период становления, когда возникли и были успешно решены

новые и гораздо более сложные научные и практические задачи, такие, как разработка и внедрение радикального метода хирургического лечения рака пищевода, создание искусственного пищевода с надежным кровоснабжением целиком из тонкой кишки или желудка (без кожных надставок).

Эволюция научных идей во втором периоде была связана с тем, что произошло кардинальное изменение патофизиологических представлений о пневмотораксе и, соответственно, первоначальной установки на использование исключительно внеплеврального доступа к пищеводу. В результате трансплевральный доступ к пищеводу уже к началу 10-х гг. XX века стал не только подробно изучаться в плане его осуществимости, но и применяться в клинике [446]. В данный период учеными школ П.И. Дьяконова и С.П. Федорова были разработаны некоторые принципы онкологического радикализма при операциях по поводу рака пищевода. Так, было установлено, что при раке в целях повышения радикальности операции нужно иссекать как можно больший участок пищевода и одновременно выполнять удаление регионарных лимфатических коллекторов. С одной стороны, это исключало возможность наложения изопищеводного анастомоза после радикальной резекции органа, а с другой, – диктовало необходимость дальнейшего изучения вопроса о способах восстановления проходимости пищеварительного тракта, их этапности, а также о принципиальной возможности выполнения радикальных операций в плане их переносимости для больных и получения благоприятных отдаленных результатов. В 30-х гг. труды С.С. Юдина и А.Г. Савиных способствовали значительной эволюции взглядов на хирургическое лечение рака и рубцовых стриктур пищевода не только в России, но и во всем мире. Примечательно также, что во втором периоде в России начала успешно развиваться проблема хирургического лечения нейромышечных заболеваний пищевода, при которых ранее проводилось только консервативное лечение.

Во втором периоде были разработаны такие новые технологии, как основные варианты внутриплевральной эзофагопластики при послеожоговых рубцовых стриктурах и раке пищевода [14; 444], метод реваскуляризации

тонкокишечного трансплантата за счет артерий грудной полости и шеи [209; 239], трансдиафрагмальный доступ к пищеводу, позволяющий выполнить резекцию органа без вскрытия плевральных полостей [371–374].

В середине второго периода в нашей стране стала распространяться местная анестезия 0,25% раствором новокаина, тщательно разработанная А.В. Вишневым для всех областей человеческого тела [100–102]. На фоне применявшегося в то время несовершенного масочного наркоза подобный метод обезболивания следует отнести к прогрессивным технологиям, так как он обеспечил возможность широкого распространения полостной хирургии по всей стране. Позже большую ценность метода А.В. Вишнева подтвердил огромный опыт операций, накопленный советскими хирургами в годы Великой Отечественной войны [175; 274; 295].

Результативность проводимых научных исследований во втором периоде истории реконструктивной хирургии пищевода в России была весьма высокой. Так, в клинике А.Г. Савиных был накоплен первый положительный опыт в хирургии рака кардии и нижнего отдела пищевода с благоприятными отдаленными результатами, антеторакальная тонкокишечная эзофагопластика благодаря работам школы С.С. Юдина перестала быть казуистической операцией и стала переходить в область повседневной хирургии. В этом периоде П.А. Герценом был предложен и осуществлен способ тотальной эзофагопластики широкой изоперистальтической желудочной трубкой. Подобный способ создания искусственного пищевода, использованный также А.Н. Бакулевым в 1934 г., впоследствии стал одним из самых распространенных.

Таким образом, второй период истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1908–1940 гг.) ознаменовался достаточно подробной разработкой различных способов пластики пищевода при его рубцовых стриктурах, первыми значительными успехами в хирургическом лечении рака кардии и нижней трети пищевода, а также началом разработки методов хирургического лечения доброкачест-

венных заболеваний пищевода, таких, как кардиоспазм. Однако, проблема радикального хирургического лечения рака грудного отдела пищевода в этот период все еще оставалась нерешенной.

II.5. Характеристика третьего периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1941–1960 гг.)

К началу 40-х гг. XX столетия отечественные ученые отработали в значительной мере методику и технику операций на пищеводе и кардии, способы обезболивания, накопили значительный опыт выполнения пластики пищевода и продолжали изучать возможности его радикальной резекции при раке. Однако, начавшаяся Великая Отечественная война 1941–1945 гг. надолго отвлекла внимание российских хирургов от исследований по данной проблеме, что вызвало их отставание от западных ученых в разработке трансплевральных операций на пищеводе под эндотрахеальным наркозом. В конце 30-х – начале 40-х гг. больших успехов в этой области достигли американские хирурги E. Churchill, D. Garlock, R. Franklin, I. Lewis, R. Sweet [539; 561; 581; 632]. Тем не менее, работы по хирургии пищевода в этот период продолжались и в СССР. Так, А.Г. Савиных в 1944 г. опубликовал опыт выполненных им 130 радикальных операций при раке кардии и нижнего отдела пищевода. Однако, операции по поводу рака грудного отдела пищевода в начале третьего периода еще продолжали оставаться недоступными [374].

Это заставило К.П. Сапожкова продолжать поиск других путей удаления пораженного раковой опухолью пищевода. В 1944 г. К.П. Сапожков значительно видоизменил операцию эвагинации пищевода по способу Ach – он стал пересекать пищевод выше опухоли (при ее локализации в брюшном или ниже-грудном отделах пищевода) и удалять только слизистую оболочку пищевода путем инвагинации ее в желудок с помощью специального зонда. К сожалению, и эта методика не позволила К.П. Сапожкову получить благоприятные результаты. Интересно, что К.П. Сапожков в этот период считал лучшим способом пластики пищевода способ Гальперна-Жиану, но более

важно то, что К.П. Сапожков полагал возможным проводить на шею антипериастальтическую желудочную трубку (по Гальперну-Жиану) на завершающем этапе своей операции через оставшийся мышечный футляр пищевода [387]. Это предложение К.П. Сапожкова было реализовано гораздо позже – в 90-е годы В.И. Оноприевым и В.М. Дурлештером [143; 271].

После окончания Великой Отечественной войны (ВОВ) в СССР началось бурное развитие торакальной хирургии, и в этот период хирургия пищевода стала одним из приоритетных направлений научных исследований российских хирургов. В первые послевоенные годы значительное развитие физиологии, фармакологии, трансфузиологии, анестезиологии и бактериологии способствовало широкому внедрению разнообразных операций на органах грудной полости при заболеваниях и травмах. Кроме антеторакальной эзофагопластики тонкой кишкой стали разрабатываться и внедряться новые методы внутригрудной пластики пищевода. Для третьего периода характерно также расширение спектра хирургических вмешательств при ряде доброкачественных заболеваний пищевода, которые ранее находились в сфере деятельности терапевтов (кардиоспазм, дивертикулы, доброкачественные опухоли и кисты пищевода). Заметное отставание отечественных ученых от их западных коллег в разработке подобных вопросов было быстро ликвидировано, и уже к началу 60-х гг. накоплен значительный опыт хирургического лечения доброкачественных заболеваний пищевода, что было отмечено в резолюции XXVII Всесоюзного съезда хирургов (1960). В течение третьего периода в нашей стране торакальная хирургия выделилась в отдельную дисциплину, также произошел знаменательный переход от местного обезболивания к современному эндотрахеальному наркозу при операциях на пищеводе, которые стали доступными во многих хирургических клиниках страны [177; 349; 492].

Необходимо отметить, что этот сложный исторический период (разделение мира на два враждебных лагеря, начало «холодной» войны, выстраивание «железного занавеса» между двумя общественно-политическими системами) охарактеризовался новым разрывом связей с зарубежными учеными,

труднодоступностью иностранной литературы, обособленностью отечественных хирургов от их европейских и американских коллег.

Несмотря на это, в данный период хирургия в СССР успешно развивалась по различным направлениям, и сразу после окончания ВОВ ученик С.И. Спасокукоцкого В.И. Казанский на кафедре хирургии ЦИУВ и ученик П.А. Герцена Б.В. Петровский в Институте хирургии им. А.В. Вишневского²⁴ в Москве приступили к изучению проблемы хирургического лечения рака грудного отдела пищевода. В 1945 г. В.И. Казанский первым успешно выполнил операцию Добромыслова-Торека при раке грудного отдела пищевода. Им же в апреле 1945 г. была сделана первая в нашей стране одномоментная трансторакальная резекция пищевода с эзофагогастроанастомозом в левой плевральной полости, но эта больная умерла на 21-й день от истощения [175]. В июле 1946 г. Б.В. Петровский первым в СССР успешно сделал гастрэктомию с резекцией нижней трети пищевода по поводу гастроэзофагеального рака из усовершенствованного им левостороннего трансторакального доступа с широким вскрытием диафрагмы и наложением эзофагоеюноанастомоза конец-в-бок в левой плевральной полости. К 1950 г. Б.В. Петровский сделал 31 операцию по данной методике с 24 хорошими исходами. Опыт более 190 операций при раке пищевода и кардии Б.В. Петровский подытожил в своей широко известной монографии, увидевшей свет в 1950 г. [295].

Такие одномоментные операции при раке грудного отдела пищевода Б.В. Петровский в то время считал наиболее приемлемыми по сравнению с многоэтапными вмешательствами типа операции Добромыслова-Торека. При невозможности выполнить радикальную операцию у больных раком пищевода Б.В. Петровский успешно применял наложение обходного внутриплеврального эзофагоеюноанастомоза по С.П. Федорову.

Успехи, достигнутые В.И. Казанским и Б.В. Петровским, привели к тому, что одномоментные внутриплевральные операции на пищеводе при раке

²⁴ В то время – Институт экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР на базе Московской городской клинической больницы им. С.П. Боткина.

и рубцовых стриктурах в конце 40-х – начале 50-х гг. XX века стали выполнять в разных городах нашей страны многие ведущие хирурги [298].

По этому поводу С.С. Юдин писал: «...на смену прежним экстирпациям по Тореку, при которых нижний конец <пищевода> зашивался наглухо, а верхний выводился на шею, пришли методы одномоментного восстановления проходимости путем сшивания пищевода с мобилизованным желудком или высоко подведенной тощей кишкой. Эта увлекательная тема за последние годы выросла в громадную главу хирургии. Успехи в этой области уже очень значительны. Материал наших клиник за один 1947 год превысил т р и д ц а т ь случаев чресплевральных экстирпаций рака пищевода и кардии. И на 20 чресплевральных резекций этой первой серии, сделанных нами лично, лишь 4 операции окончились смертью больных».²⁵

В 1951 г. ученик С.И. Спасокукоцкого Е.Л. Березов, работавший в Горьковском мединституте, опубликовал капитальную монографию о хирургическом лечении рака пищевода и кардии, в которой подытожил опыт выполнения 228 радикальных и 118 паллиативных и эксплоративных операций [50]. Одним из направлений, которое Е.Л. Березов разрабатывал на протяжении многих лет, были расширенные и комбинированные резекции при раке пищевода. В начале 20-х гг. XX века известный российский онколог Н.Н. Петров провозгласил принцип: «малые опухоли – большие операции, большие опухоли – малые операции». В противовес этому Е.Л. Березов в 1929 г. выдвинул принцип: «малые опухоли – большие операции, большие опухоли – еще бóльшие операции», и применил его к хирургическому лечению рака пищевода и кардии. На основании анализа полученных результатов Е.Л. Березов доказывал, что расширение объема вмешательства при раке пищевода и кардии по онкологическим соображениям не приводит к значительному росту послеоперационных осложнений и летальности. Но должно было пройти еще много лет, прежде чем на подобные позиции встало большинство ведущих хирургов и онкологов нашей страны.

²⁵ Цит.: Юдин С.С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода. – М.: Медгиз, 1954. – С.153.

В начале 50-х гг. XX века Б.В. Петровский определил основные проблемы, стоящие перед отечественными учеными, занимающимися хирургическим лечением заболеваний пищевода. По его мнению, в организации лечения рака пищевода главным является вопрос об улучшении ранней диагностики. Для улучшения результатов, помимо своевременной радикальной операции, необходимо проводить дальнейшие попытки комбинированного лучевого и хирургического лечения рака пищевода. Второй проблемой Б.В. Петровский назвал разработку внутригрудной пластики пищевода при доброкачественных его стриктурах. Третью группу вопросов Б.В. Петровский отнес к необходимости улучшения послеоперационного ведения больных [298].

Ученик Е.Л. Березова Б.А. Королев к этому добавлял, что наряду с борьбой за раннюю диагностику, дальнейший прогресс в хирургическом лечении рака пищевода может быть достигнут путем специализации некоторых крупных хирургических отделений и клиник в этом разделе хирургии [204].

Интересно, что уже в 1951 г. В.И. Казанский писал: «Следующим этапом в развитии хирургии пищевода с высоким внутригрудным анастомозом будет разработка возможностей наложения анастомоза шейной части пищевода с кишкой или желудком, выведенными через средостение на шею».²⁶ Это предсказание В.И. Казанского сбылось в 60-е гг. XX века.

В этот период продолжали развиваться и методы шунтирующей эзофагопластики. Большим достижением первых послевоенных лет стала внутриплевральная эзофагопластика тонкой кишкой при доброкачественных стриктурах пищевода, позволявшая сформировать трансплантат меньшей длины и с более устойчивым кровообращением, а также избежать оставления «слепого мешка» собственного пищевода [293; 512].

По примеру Б.В. Петровского, который при рубцовых стриктурах нижней трети пищевода успешно накладывал обходной внутриплевральный эзофа-

²⁶ Цит.: Казанский В.И. Чрезплевральная резекция грудного отдела пищевода при раке. – М.: Медгиз, 1951. – С. 139. [175]

гогастроанастомоз,²⁷ проф. А.А. Полянцев, работавший в Уфе, а затем в Сталинграде, в 1952 г. применил подобный способ у 3 больных. Отличием операции А.А. Полянцева было то, что он производил широкую мобилизацию желудка, кардии и нижнего отдела пищевода и после этого перемещал желудок высоко в плевральную полость, накладывая анастомоз с пищеводом выше дуги аорты. При этом А.А. Полянцев подчеркивал ряд преимуществ этой операции, и, прежде всего, ее физиологичность, одноэтапность и быстроту излечения больного [332].

Одновременно с разработкой внутриплевральных операций на пищеводе совершенствовалась и антеторакальная тонкокишечная эзофагопластика. В апреле 1950 г. ученик С.С. Юдина П.И. Андросов в Институте им. Склифосовского после проведения большой экспериментальной работы применил в клинике сосудосшивающий аппарат В.Ф. Гудова для реваскуляризации искусственного тонкокишечного пищевода путем наложения анастомоза между внутренней грудной артерией и второй радиальной артерией трансплантата [18]. Вскоре П.И. Андросов разработал методы реваскуляризации за счет правой желудочно-сальниковой и средней толстокишечной артерий, которые он успешно применил при повторной эзофагопластике тонкой кишкой.

В 1954 г. С.С. Юдин к разработанным к тому времени новым способам восстановительных операций при рубцовой и раковой непроходимости пищевода причислял: (1) чресплевральные вмешательства, такие, как резекция пищевода с пластикой желудком, обходной эзофагофундоанастомоз, кишечная эзофагопластика через левую или правую плевральную полости; (2) внеплевральные операции в виде пластики пищевода через переднее (по Н.И. Еремееву) и заднее средостение (по А.Г. Савиных и И.Г. Скворцову); (3) тонкокишечная эзофагопластика с дополнительным кровоснабжением трансплантата [512; 513].

²⁷ Сведения об этих операциях приведены в монографии Б.В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1950) и в его статье в журнале «Хирургия» № 5 за 1952 г.

Однако, в этот период были предложены и другие оригинальные способы реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе. Так, в 1949 г. С.Н. Любомудров, работавший в Куйбышевском мединституте, предложил свой метод тотальной тонкокишечной эзофагопластики в самых неблагоприятных случаях высоких ожоговых стриктур, когда стенки глотки и входа в пищевод рубцово изменены, а просвет пищевода полностью заращен. У одного больного С.Н. Любомудров успешно выполнил эзофагопластику с выключением глотки, вшив верхний конец трансплантата в дно полости рта [229]. Необходимо отметить, что данный метод восстановления глотания у пациентов с сочетанными рубцовыми поражениями пищевода и глотки был воспринят в Институте им. Н.В. Склифосовского, в частности, его успешно применял П.И. Андросов (см. рис. 22 в Приложении).

В 1954 г. А.А. Русанов, работавший сначала в Институте им. Н.В. Склифосовского, а затем в ВМА и позже – Ленинградском педиатрическом мединституте, описал свой способ формирования тонкокишечного трансплантата с сохранением кровоснабжения его верхнего конца за счет вторичных аркад второй тонкокишечной артерии и соединяющихся с ними дистальных ветвей первой тонкокишечной артерии. Кроме этого, А.А. Русанов предложил подтягивать корень брыжейки тонкой кишки кверху и фиксировать его к апоневрозу у верхнего угла лапаротомной раны. По мнению автора, данный прием не уступал в эффективности способу мобилизации брыжейки тонкой кишки по Б.А. Петрову и Г.Р. Хундадзе [364–366].

В конце 40-х – начале 50-х гг. ряд очень интересных предложений сделала Сибирская хирургическая школа. Так, И.Г. Скворцов в 1949 г. опубликовал сообщение о новом методе внутригрудной пластики пищевода при рубцовых стенозах, который был им разработан под руководством А.Г. Савиных [399–401]. Смысл операции заключался в проведении тонкой кишки на шею через заднее средостение, но без иссечения собственного пищевода. В 1951 г. Н.И. Еремеев опубликовал свою работу об использовании клетчаточно-

го пространства переднего средостения (между плевральными листками, грудиной и перикардом) для проведения в нем кишки на шею [152].

Таким образом, третий период (развития) истории реконструктивной хирургии пищевода в России был весьма богат оригинальными исследованиями, которые проводились в целом ряде научно-исследовательских и учебных медицинских институтов в различных городах нашей страны.

Третий период интересен также тем, что в СССР стала активно разрабатываться пластика пищевода толстой кишкой. Первую тотальную подкожную эзофагопластику полностью из поперечной ободочной кишки в изоперистальтической позиции осуществил в 1913 г. О. Lundblad, а первую изоперистальтическую пластику правой половиной толстой кишки в один этап выполнил в 1919 г. О. Roith, в обоих случаях были получен благоприятный отдаленный результат [586; 618]. Но эти успешные наблюдения не вызвали кардинальных изменений взглядов на методику и технику создания искусственного пищевода, и в 30–40-х гг. XX века операцией выбора при рубцовых стриктурах пищевода стала всесторонне разработанная и значительно усовершенствованная С.С. Юдиным антеторакальная тонкокишечная эзофагопластика по Ру-Герцену. Тем не менее, несмотря на исключительное хирургическое мастерство С.С. Юдина, из-за неблагоприятных особенностей строения брыжейки и питающих сосудов тощей кишки даже ему удавалось соединить трансплантат с пищеводом на шее не более, чем в 45–50% наблюдений, поэтому около 1/2 тонкокишечных эзофагопластик в Институте им. Н.В. Склифосовского вынужденно заканчивались разнообразными кожными надставками [288]. После того, как в 1950–1951 гг. французские хирурги Р. Orsoni и А. Toupet [602], R. Lafargue и соавт. [579] возродили пластику пищевода толстой кишкой, внимание к этой операции вновь повысилось. Ученик С.С. Юдина П.И. Андросов приступил к изучению толстокишечной эзофагопластики в начале 50-х гг. из-за того, что благоприятные анатомические особенности толстой кишки позволяли сформировать из нее трансплантат с устойчивым кровообращением и достаточной длины для соединения его с лю-

бым отделом пищевода, а если нужно – и с глоткой. Первая в СССР успешная тотальная антеторакальная пластика пищевода правой половиной толстой кишки (без включения в трансплантат участка подвздошной кишки) в изоперистальтической позиции была выполнена П.И. Андросовым в три этапа в мае 1953 – марте 1954 гг. пациентке с рубцовой ожоговой стриктурой пищевода, у которой дважды пытались образовать искусственный пищевод из тонкой кишки, но оба раза она некротизировалась [18; 20; 512]. В принципе П.И. Андросов сформировал толстокишечный трансплантат по методу Ройта (из правой половины толстой кишки без участка подвздошной), но разделил эзофагопластику на три этапа (см. рис. 27–28 в Приложении).

Результат этой первой в нашей стране тотальной толстокишечной эзофагопластики был отличным, и П.И. Андросов продемонстрировал оперированную им пациентку на заседании Московского хирургического общества в мае 1954 г. Необходимо отметить, что С.С. Юдин и в этот период продолжал критиковать толстокишечную эзофагопластику, считая, что для тотального замещения пищевода толстой кишки может хватить лишь в исключительных случаях, а для частичной пластики она каких-либо преимуществ перед тонкой кишкой не имеет [512]. Но в 50-х гг. толстую кишку для антеторакальной, а затем и загрудинной пластики пищевода вскоре стали использовать и многие другие российские хирурги (Кутушев Ф.Х., 1956; Мгалоблишвили И.С., 1956; Мачабели А.Н., 1957, Петров Б.А., 1957; Попов В.И., 1957).

К концу 50-х гг. XX века толстокишечная эзофагопластика прочно вошла в практику отечественных хирургов, осознавших ее преимущества и большие перспективы в реконструктивной хирургии пищевода. В это время появились сторонники эзофагопластики сегментами толстой кишки, выкроенными из ее правой половины (В.Н. Шамов, 1955; Б.А. Петров, 1957) и левой половины (И.С. Мгалоблишвили, 1956; В.И. Попов, 1957).

Несмотря на большие успехи, достигнутые в этот период российскими учеными в разрешении проблемы шунтирующей эзофагопластики, резекция грудного отдела пищевода при раке для многих хирургов все еще остава-

лась «камнем преткновения». В 1956 г. в Ленинграде состоялся VI пленум Правления Всесоюзного общества хирургов, на котором первым программным вопросом было хирургическое лечение рака пищевода и кардии в свете отдаленных результатов. В работе пленума приняли участие хирурги Москвы, Ленинграда, Горького, Томска, Ташкента и других городов, большое количество практических врачей. Всего в работе пленума участвовало более 1000 специалистов. Большое значение VI пленума состояло в том, что на нем были подведены итоги первых 10 послевоенных лет развития хирургии пищевода и кардии в нашей стране. Рядом ведущих отечественных хирургов на пленуме был доложен очень большой опыт выполненных операций.

На VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов (1956) также были доложены первые результаты исследований по протезированию и аллопластике пищевода. Так, В.П. Мельникова сообщила о своих экспериментальных работах по замещению дефектов пищевода пластмассовыми протезами и консервированными аллотрансплантатами. Эта работа была предпринята в лаборатории консервации и пересадки тканей Ленинградского института переливания крови по предложению А.Н. Филатова [249].

В прениях по докладам, сделанным на VI пленуме, главный хирург Министерства здравоохранения СССР академик В.И. Стручков отметил, что проблема лечения рака пищевода в СССР движется вперед, и отдельные хирурги получают довольно хорошие результаты. Но из 850 радикальных операций по поводу рака пищевода и кардии, производимых в среднем в год по стране, 700 операций выполняют хирурги в городах России, 63 на Украине, 11 в Белоруссии, 11 в Узбекистане, 49 в Казахстане, 5 в Грузии и т.д. Это говорит о том, что хирургия пищевода еще не стала массовой, причем послеоперационная летальность пока остается высокой (30–36%) [348].

Важной отличительной чертой третьего периода стало внедрение новых методов обезболивания при операциях на пищеводе. Как писали В.И. Казанский (1951) и Б.В. Петровский (1953), в первые послевоенные годы бурное развитие торакальной хирургии в СССР происходило благодаря со-

вершенствованию местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому, появлению первых антибиотиков, позволивших резко снизить частоту и тяжесть инфекционных осложнений, а также значительному развитию метода переливания крови [175; 298]. Сегодня это кажется маловероятным, но свои первые несколько сотен трансплевральных операций на пищеводе В.И. Казанский и Б.В. Петровский сделали под местным обезболиванием [175; 176; 295; 298]. Также и многие другие отечественные хирурги вплоть до середины 50-х гг. XX века производили операции на пищеводе под местной анестезией, по-разному модифицируя метод А.В. Вишневского. Горячими сторонниками местной анестезии при операциях на пищеводе в этот период были А.А. Вишневский, Б.А. Петров и А.А. Полянцев, в то же время А.Г. Савиных и С.С. Юдин предпочитали спинномозговое обезбоживание. Но уже в 1946 г. в СССР появился эндотрахеальный наркоз, и первые результаты его применения были подытожены в 1948 г. в монографии М.С. Григорьева и М.Н. Аничкова «Интратрахеальный наркоз в грудной хирургии» [125].

К середине 50-х гг. ситуация с обезбоживанием при операциях на пищеводе в нашей стране стала меняться. Так, С.С. Юдин в 1954 г. писал: «...успехи внутригрудной хирургии позволили приступить к таким операциям благодаря ряду дополнительных гарантий безопасности, каковы, например, интратрахеальный наркоз, переливание крови, блокада рефлексогенных зон средостения и корня легких и применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов».²⁸ В 1956 г. В.И. Казанский писал: «3/VII-1955 минуло 10 лет с тех пор, как мы демонстрировали ... своих первых больных, перенесших радикальные операции по поводу рака грудного отдела пищевода... Эта дата, 3/VII-1955 г., связана еще с одним фактом. В нашей клинике была произведена последняя радикальная операция по поводу рака пищевода под местной анестезией. С этого времени все операции по поводу рака пищевода и кардии с переходом на пищевод мы стали выполнять под гипотермией и

²⁸ Цит.: Юдин С.С. Опыт трансплевральной пластики пищевода из тощей кишки // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1954. – Т. 74. – С. 25.

потенцированным наркозом».²⁹ Как отмечал В.И. Казанский, в результате применения наркоза были устранены опасности, связанные с двухсторонним пневмотораксом и интраоперационным шоком, а также значительно расширены возможности радикального удаления опухолей пищевода [176].

Преимущества эндотрахеального наркоза были очевидны для многих ученых, но его распространение сдерживалось отсутствием необходимой аппаратуры и оснащения, а также квалифицированных кадров врачей-анестезиологов. Главными пропагандистами эндотрахеального наркоза при трансторакальных операциях на пищеводе в СССР в это время стали А.Н. Бакулев, В.И. Казанский, Б.В. Петровский, А.И. Савицкий, П.А. Куприянов, С.В. Гейнац, Ф.Г. Углов, Е.Л. Березов, Б.А. Королев.

Сторонники интратрахеального наркоза при операциях на пищеводе понимали бесперспективность метода А.В. Вишневского, но наиболее резко критиковал местную анестезию ученик К.П. Сапожкова проф. С.В. Гейнац, который на VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов (1956) прямо указал, что местное обезболивание значительно задержало развитие торакальной хирургии в СССР [110]. В результате сам С.В. Гейнац был подвергнут нелицеприятной критике, в том числе и с идеологических позиций. Справедливости ради необходимо сказать, что местная инфильтрационная анестезия по А.В. Вишневскому сыграла настолько большую роль в развитии хирургии в нашей стране, что переоценить ее значение невозможно. Тем не менее, понятно, что данный метод обезболивания всегда имел и имеет свои разумные пределы, и, значительно продвинув развитие проблемы торакальной хирургии на определенном этапе, в дальнейшем он стал сильно тормозить этот процесс. По воспоминаниям одного из ближайших учеников Б.В. Петровского академика РАМН Н.Н. Малиновского³⁰, Борис Васильевич в начале 50-х гг. после каждой многочасовой операции на пищеводе под местной анестезией не уставал повторять: «Нужен современный наркоз!».

²⁹ Цит.: Казанский В.И. и соавт. 10-летний опыт хирургических вмешательств при раке пищевода и кардии // Хирургия. – 1956. – № 11. – С. 25.

³⁰ Персональная коммуникация, 2010 г.

Поэтому необходимо подчеркнуть, что именно в 50-х гг. XX века в нашей стране стала быстро развиваться анестезиология, этот процесс в большой мере способствовал дальнейшему прогрессу торакальной хирургии и, вместе с ней, реконструктивной хирургии пищевода [80; 156].

Важное место в третьем периоде истории реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране занял XXVI Всесоюзный съезд хирургов (1955). Первым съезд заслушал программный доклад А.А. Вишневого, Н.Н. Еланского и Б.В. Петровского «Физиологические основы современной хирургии» [98]. Важность этого вопроса подчеркнул академик А.Н. Бакулев, открывая съезд: «Без знания основных физиологических закономерностей в деятельности целостного организма немислимо безопасно осуществить хирургическую операцию, какими бы исчерпывающими знаниями анатомии хирург не располагал, и как бы высока не была его оперативная техника. Отсюда понятно, какое большое значение имеет изучение патофизиологии основных функций больного организма и вытекающее из этого реальное представление о возможной опасности и риске хирургического вмешательства».³¹

В докладе, в частности, говорилось: «Несмотря на большие достижения в области теоретической и практической медицины, в хирургии еще нередко используется морфологический подход в понимании сущности патологических изменений, в постановке показаний к оперативным вмешательствам и к самой методике операций... Однако современная медицина предъявляет к нам требования проводить ... главным образом патогенетическое лечение, что может быть осуществлено на основе изучения физиологии и патофизиологии организма человека... Исходя из физиологических представлений о патогенезе различных заболеваний, мы должны при выборе метода лечения учитывать не только конечный результат заболевания, но и причины его и по возможности устранять их. Иногда одно только устранение этих причин уже ведет к облегчению страданий, а в некоторых – и к полному излечению».³²

³¹ Цит.: Бакулев А.Н. XXVI съезд хирургов СССР (1955).

³² Цит.: Вишневский А.А. и соавт. – XXVI съезд хирургов СССР. Тез. докладов. – М.: Медгиз, 1955. – С. 5–9.

Большое положительное влияние на дальнейшее развитие грудной хирургии в нашей стране оказал приказ Министра здравоохранения СССР³³ № 86 от 16 апреля 1955 г. об организации специализированных торакальных отделений для оперативного лечения больных с поражениями органов грудной клетки в городских и клинических больницах [273].

Важным событием стала организация в 1956 г. в Москве Института грудной хирургии АМН СССР под руководством академика А.Н. Бакулева. В 1958 году пост заведующего отделением хирургии пищевода этого института занял ученик А.Н. Бакулева проф. Ю.Е. Березов, сделавший значительный вклад в развитие этого научного направления в нашей стране.

Позже в резолюции XXVII Всесоюзного съезда хирургов (1960), на котором вопрос о хирургическом лечении заболеваний пищевода был одним из программных, было отмечено, что создание искусственного пищевода является блестящим достижением хирургии XX века, а отечественные хирурги внесли много нового в разработку данной проблемы, значительно усовершенствовали технику и произвели большое количество операций [349].

Еще один знаменательный факт – в третьем периоде в реконструктивную хирургию пищевода стали внедряться оригинальные отечественные сшивающие аппараты, созданные в Институте медицинского оборудования и инструментария (ВНИИМИиО МЗ СССР), но главным образом, – в Институте экспериментальной хирургической аппаратуры и инструментов (НИИЭХА-иИ МЗ РСФСР). Среди преимуществ механического шва в хирургии пищевода отмечалось сокращение продолжительности и упрощение операций,³⁴ повышение их асептичности на фоне уменьшения травматичности, а также создание более благоприятных условий для заживления анастомозов [47]. В 50-х гг. и позже были разработаны многочисленные сшивающие аппараты для

³³ В 1954–1959 гг. Министром здравоохранения СССР была М.Д. Ковригина.

³⁴ Первые хирургические сшивающие аппараты были созданы в начале XX века. В 1908 г. венгерский механик Fischer по замыслу хирурга Н. Hüttl сконструировал сшивающий аппарат для хирургии желудочно-кишечного тракта. В 1913 г. W. Meyer с помощью аппарата Hüttl сформировал искусственный пищевод из большой кривизны желудка по способу Гальперна-Жиану, чем устранил один из главных недостатков этой операции – необходимость наложения большого количества ручных швов на раны желудка [86].

брюшной и грудной хирургии (АЛШ, АКШ, ГЭ, КЦ, НДКА, НЖКА, ПКС, СГР, СК, СМТ, СПН, УАП, УКБ, УКЖ, УКЛ, УКС, УСЦ, УТЛ, УУС и др.), которые серийно выпускались российской медицинской промышленностью [104]. Все эти аппараты можно условно разделить на 2 группы: ушивающие просвет полого органа (УКЛ-60, УТЛ-70 и др.) и аппараты, формирующие соустье (НЖКА-60, ПКС-25 и др.). Пересечение пищевода предлагалось осуществлять с помощью аппарата УКЛ-60, для наложения бокового пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомозов использовались линейные аппараты ГЭ и НЖКА-60, а для пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного анастомозов специально предназначался циркулярный аппарат ПКС-25. Аппарат ПКС-25 (авторы С.И. Бабкин, В.С. Касулин и др.), разработанный в НИИЭХАиИ, стал усовершенствованным вариантом первого в мире циркулярного аппарата А.Н. Бурцева (1958) для формирования круговых соустьев по типу «конец-в-конец» и «конец-в-бок» [178]. Впоследствии значительно усовершенствованные стэйплеры нашли широкое применение за рубежом, особенно при создании пищеводных анастомозов [555].

В 50-х гг. XX века отечественные ученые приступили к углубленному изучению проблемы хирургического лечения нервно-мышечных заболеваний пищевода. В этот период при кардиоспазме наиболее широко применялась эзофагофундостомия по Neugowsky, и многие ее считали самой эффективной операцией [52; 164; 203; 512]. Однако, неудовлетворительные отдаленные результаты операции Neugowsky заставили российских ученых искать новые подходы к хирургическому лечению кардиоспазма [31]. Значительный вклад в изучение данной проблемы внесли В.И. Колесов, Б.А. Королев, П.А. Куприянов, Б.В. Петровский, А.А. Полянцев, А.Г. Савиных, А.И. Савицкий, С.С. Юдин. Наиболее оригинальные исследования по хирургическому лечению кардиоспазма провел Б.В. Петровский. В 1948 г. он предложил использовать диафрагму для пластических целей и в 1949–1952 гг. осуществил экспериментальные исследования в этом направлении [297; 607]. Б.В. Петровский доказал, что диафрагма является очень хорошим ор-

ганом для пластики стенки пищевода. В своей толще она содержит мышцы, верхняя и нижняя ее поверхности покрыты серозными оболочками. Диафрагма хорошо снабжается кровью и обильно иннервируется. В экспериментах было отмечено исключительно хорошее приживание лоскутов диафрагмы к пищеводу. Рентгенокимографические исследования показали, что функция прижившего лоскута и сократительная функция стенок пищевода по своему характеру в дальнейшем не отличались друг от друга. Кроме того, лоскут диафрагмы полностью замещал дефект мышечного слоя после эзофагокардиомиотомии, герметизировал рану и служил своего рода распоркой, препятствующей сужению кардии. Новую операцию Б.В. Петровский начал выполнять в клинике с 1956 г., используя левосторонний трансторакальный доступ. К 1960 г. Б.В. Петровский успешно выполнил 57 подобных вмешательств, причем длительные сроки наблюдения (от 2 ½ до 3 ½ лет) у 15 больных показали хорошие отдаленные результаты. В последующем эта операция была модифицирована автором, и диафрагмальный лоскут стали выкраивать без нарушения целостности пищеводного отверстия диафрагмы, что позволяло в определенной мере сохранить жомно-клапанную функцию кардии [304].

В результате обсуждения проблемы лечения кардиоспазма на XXVII Всесоюзном съезде хирургов (1960) было определено два основных положения: 1) течение заболевания характеризуется определенной стадийностью; 2) лечение кардиоспазма необходимо проводить в зависимости от степени изменений в кардии. Наиболее приемлемой в клинической практике была признана классификация кардиоспазма Б.В. Петровского, согласно которой стали различать 4 стадии заболевания. В решениях съезда было отмечено, что в начальных стадиях кардиоспазма показано комплексное консервативное лечение, направленное на укрепление общего состояния пациента, а также применение антиспастических, ганглиоблокирующих средств и метода бескровной кардиодилатации с помощью различных аппаратов. В то же время было признано, что больные, у которых кардиодилатация не дала эффекта, а также пациенты с III–IV стадиями заболевания нуждаются в оперативном лечении [349].

В 50-х гг. XX века благодаря работам Б.В. Петровского, Э.Н. Ванцяна, Н.Н. Малиновского, О.И. Виноградовой, Т.А. Суворовой была выработана оптимальная тактика при лейомиомах и кистах пищевода, которая подразумевала установление показаний к оперативному лечению на основании клинических, рентгенологических и эндоскопических данных. В качестве наиболее оптимальной операции предлагалось выполнять энуклеацию новообразования с сохранением целостности слизистой оболочки [84; 96; 230; 299; 427].

В 50-х гг. XX века для пластического укрепления швов пищевода отечественные хирурги стали использовать собственные ткани организма (плевро-мышечный, перикардальный и диафрагмальный лоскуты), консервированные аллотрансплантаты и синтетические материалы [55; 85; 135; 187; 198; 249; 391]. К сожалению, результаты экспериментальных исследований по протезированию пищевода так и не нашли применения в клинической практике ввиду неизбежного инфицирования и отторжения синтетических материалов с последующим рубцеванием и другими тяжелыми осложнениями.

В третьем периоде в СССР были опубликованы капитальные монографии, освещающие различные аспекты диагностики и хирургического лечения заболеваний пищевода. Их авторами стали В.И. Казанский (1948, 1951), А.Г. Соловьев (1948), А.И. Фельдман (1949), Б.В. Петровский (1950), Е.Л. Березов (1951), Н.В. Антелава (1952, 1958), С.С. Юдин (1954), А.А. Полянцев (1954, 1960), Н.М. Амосов (1958), Б.К. Осипов (1958), Г.Р. Хундадзе (1958), Ю.Е. Березов (1960), П.А. Куприянов, М.С. Григорьев, А.П. Колесов (1960).

Опираясь на разработанные нами научные критерии, мы можем констатировать, что в рассматриваемом третьем периоде истории реконструктивной хирургии пищевода в России отечественные хирурги стали придерживаться более активной тактики при выборе метода лечения заболеваний пищевода, и в связи с этим значительно повысился уровень сложности научных и практических задач. Такими задачами стали: углубленное изучение этиологии и патогенеза всего спектра хирургических заболеваний пищевода; разработка и широкое внедрение в практику методов хирургического лече-

ния его доброкачественных заболеваний, тщательная разработка методики и техники реконструктивных операций, способов обезболивания, протоколов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

В третьем периоде произошла значительная эволюция научных идей, выразившаяся в переходе от во многом исчерпавшего себя морфологического к прогрессивному физиологическому подходу при выборе метода оперативного лечения пациентов с заболеваниями пищевода. С этим, в частности, было связано сужение показаний к применению местной инфильтрационной и спинномозговой анестезии при операциях на пищеводе, и знаменательный переход к современному эндотрахеальному наркозу, что значительно повысило возможности хирургического метода лечения пациентов с различными заболеваниями пищевода. К началу 60-х гг. XX века преимущества нового вида обезболивания уже ни у кого не вызывали сомнений.

В третьем периоде были привлечены в хирургию пищевода такие новые технологии, как эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами, антибактериальная терапия и профилактика гнойно-септических осложнений, парентеральное питание, механическое сшивание сосудов и стенок полых органов. Эти новые лечебные опции позволили значительно улучшить исходы операций на пищеводе и кардии. Третий период истории реконструктивной хирургии пищевода в России отличается и тем, что на его протяжении получила очень большое развитие разработка различных методов эзофагопластики. Российскими учеными в 40–50-х гг. было предложено много оригинальных способов и технических приемов, облегчающих выполнение этой операции и делающих ее более надежной и безопасной.

Высокая результативность научных исследований в третьем периоде выразилась в накоплении большого объема информации об этиологии и патогенезе различных заболеваний пищевода, тщательной разработке методики и техники реконструктивно-восстановительных операций, количество которых быстро возрастало с каждым годом, способов обезболивания, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, подробном

изучении отдаленных результатов реконструктивных операций. В это время были достигнуты первые крупные успехи в хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода, значительно расширился спектр хирургических вмешательств при доброкачественных заболеваниях пищевода (кардиоспазм, дивертикулы, доброкачественные опухоли и кисты), начали разрабатываться новые методы эзофагопластики толстой кишкой и желудком.

Таким образом, третий период истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1941–1960 гг.) – период развития, когда на фоне бурного прогресса торакальной хирургии в результате процесса дифференциации реконструктивная хирургия пищевода быстро выделилась в самостоятельное научное направление, ставшее одним из наиболее престижных для отечественных ученых. Отличительными чертами третьего периода стали очень большое развитие в СССР различных методов эзофагопластики, а также то, что хирургический метод стал основным в лечении рака всех отделов пищевода, при этом значительно расширился спектр реконструктивных операций при ряде доброкачественных заболеваний пищевода.

II.6. Характеристика четвертого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1961–1990 гг.)

В четвертом периоде, начало которого совпадает с началом мировой научно-технической революции, формируются современные научно обоснованные патогенетические принципы оперативного лечения заболеваний и повреждений пищевода, разрабатываются и внедряются новые диагностические и лечебные технологии (фиброэндоскопия, ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография, микрохирургия, лазерный скальпель, гипербарическая оксигенация, синтетические шовные материалы и др.). В данный период, на фоне стабильного роста экономики страны, значительного укрепления материально-технической базы здравоохранения и медицинской науки, были созданы крупные областные больницы и научно-исследовательские центры (ВНЦХ АМН СССР, ОНЦ АМН СССР), в ряде городов открыты спе-

циализированные отделения хирургии пищевода, что способствовало более углубленному изучению всех актуальных аспектов данной проблемы.

В 60-е гг. происходило дальнейшее совершенствование кишечной эзофагопластики, изучались возможности выбора различных сегментов толстой кишки для полного или частичного замещения пищевода, позиции трансплантата и источника его кровоснабжения, пути проведения его на шею, также совершенствовались способы формирования анастомозов толстокишечного трансплантата с желудком, пищеводом и глоткой. В данный период развивалась проблема профилактики ишемического некроза трансплантата на основе разработки методов усиления его кровоснабжения [25; 57; 87; 338].

Необходимо отметить, что в 60-х гг. XX века толстокишечная эзофагопластика практически полностью вытеснила операцию Ру-Герцена-Юдина. Так, по данным Б.А. Петрова и А.П. Сытника (1972) в Институте им. Н.В. Склифосовского к 1970 г. было выполнено уже 235 пластик пищевода толстой кишкой. Однако, тонкокишечная эзофагопластика еще не полностью утратила свои позиции, и ряд авторов успешно занимались ее усовершенствованием [87; 197; 364]. В 1961 г. В.И. Попов и В.И. Филин опубликовали свои исследования по свободной пластике шейного отдела пищевода отрезком тонкой и толстой кишки на сосудистых анастомозах, которые они накладывали с помощью аппарата АСЦ-4 – усовершенствованного варианта сосудосшивающего аппарата В.Ф. Гудова [337]. Результаты этих операций оказались благоприятными, что, безусловно, было очень большим достижением. После того, как в 1960 г. J. Jacobson и E. Suares предложили микрохирургическую технику сшивания сосудов малого диаметра, метод свободной пластики пищевода сегментами кишки и желудка получил дальнейшее развитие [630].

Эта новая прогрессивная технология была внедрена в нашей стране в начале 70-х гг. XX века. Микрохирургия значительно повысила качество обычных операций за счет прецизионной техники оперирования и дала возможность выполнять более физиологичные реконструктивные вмешательства. В 1975 г. по инициативе академика Б.В. Петровского в возглавляемом им

Всесоюзном НИИ клинической и экспериментальной хирургии было создано первое в СССР отделение микрохирургии под руководством проф. В.С. Крылова. Это отделение стало головным в разработке разнообразных микрохирургических технологий в нашей стране. Вскоре микрохирургический метод стал успешно применяться и при операциях на пищеводе. Так, Л.А. Вашакмадзе (1977), А.Ф. Черноусов и соавт. (1978) показали, что использование микрохирургической техники для прецизионного формирования пищеводных анастомозов позволяет свести к минимуму травматизацию тканей, снизить выраженность краевого некроза слизистой оболочки по линии соустья и получить его заживление по типу первичного натяжения [466]. Следующим важным этапом явилось использование микрохирургической техники для реконструкции пищевода свободными реваскуляризированными отрезками тонкой и толстой кишки, а также изолированным пилорическим отделом желудка на микрососудистых анастомозах, что позволило получить благоприятные результаты сегментарной эзофагопластики [186; 228; 570].

Рассматриваемый период также знаменателен совершенствованием желудочной эзофагопластики. Так, в 1961 г. В.В. Сумин опубликовал два случая успешной одномоментной тотальной загрудинной пластики пищевода изоперистальтической желудочной трубкой по методу Рутковского-Григорьева-Лорта-Жакоба у двух пациентов с ожоговыми стриктурами пищевода [430]. В.В. Сумин отметил, что подобная операция производилась им также и у больных раком верхнего отдела пищевода. Это был большой успех, стимулировавший дальнейшие исследования по эзофагопластике желудком и сформированными из него изо- и антиперистальтическими трансплантатами.

В апреле 1961 г. на заседании Хирургического общества Пирогова в Ленинграде ученик В.И. Попова А.И. Решетов (кафедра общей хирургии ВМА им. С.М. Кирова) доложил о выполненной им экстирпации пищевода при раке его нижней трети трансдиафрагмальным доступом с одномоментной антето-ракальной пластикой целым желудком [351]. В дальнейшем эту операцию значительно усовершенствовал В.С. Сильвестров (Петрозаводск). Для предот-

вращения угрозы несостоятельности швов внутривисцеральной пищеводно-желудочного соустья в 1964 г. он стал выполнять чресвисцеральную резекцию пищевода с одномоментной подкожной или загрудинной эзофагопластикой целым желудком, а в 1966 г. перешел на экстирпацию пищевода по методу А.Г. Савиных с эзофагопластикой целым желудком, проведенным на шею через заднее средостение.³⁵ Подобные операции В.С. Сильвестров выполнял как при раке пищевода, так и при рубцовых его сужениях [395].

В 1961 г. ученица С.В. Гейнаца В.П. Клещевникова доложила о трансторакальной резекции грудного отдела пищевода по поводу рака с пластикой антиперистальтической желудочной трубкой, помещенной в заднее средостение [188]. В 1964 г. Л.И. Rogozov из клиники проф. А.А. Русанова описал прием удаления кардиального отдела и малой кривизны желудка³⁶ при резекции грудного отдела пищевода по поводу рака с одномоментной внутривисцеральной желудочной эзофагопластикой. Это позволяло удлинить изоперистальтический желудочный трансплантат и повысить радикальность операции, так как удалялась область наиболее частого метастазирования [355].

Необходимо отметить, что в четвертом периоде процесс совершенствования и постепенного распространения желудочной эзофагопластики был связан со значительным изменением взглядов отечественных ученых на выбор метода создания искусственного пищевода, поскольку большинство хирургов еще недавно считали операцию Ру-Герцена-Юдина наилучшей как при рубцовых стриктурах, так и при раке пищевода.

Также очень важно отметить, что в четвертом периоде ускорение развития реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране было неразрывно связано с процессом становления анестезиологии и реаниматологии. В 1964 г. академик Б.В. Петровский выступил с докладом на Коллегии МЗ СССР «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению анестезиологической службы в стране» [37а], а с выходом в свет приказа Министра здраво-

³⁵ По данным Э.Н. Ванцяна и О.К. Скобелкина (1975), мобилизовать желудок, расположить его в заднем средостении и соединить с шейным отделом пищевода впервые удалось Кюммелю в 1921 г. [86].

³⁶ Подобный метод формирования желудочного трансплантата предложил П.А. Герцен в 1933 г. [114].

охранения СССР Б.В. Петровского № 287 от 14 апреля 1966 г. «О мерах по дальнейшему развитию анестезиологии и реаниматологии в СССР» открылась новая страница в истории отечественной анестезиологии и реаниматологии. Согласно этому приказу современные методы анестезии были внедрены в течение 1966–1969 гг. во всех областных и городских больницах с числом коек более 150, были введены новые штатные нормативы для врачей-анестезиологов и медсестер-анестезистов. В 6 крупных институтах усовершенствования врачей в течение 1966–1968 гг. были организованы самостоятельные кафедры анестезиологии и реаниматологии. Конкретные мероприятия были изложены в следующем приказе Министра здравоохранения СССР № 605 от 19 августа 1969 г. «Об улучшении анестезиолого-реанимационной службы в стране». Согласно ему существующие отделения анестезиологии были реорганизованы в отделения анестезиологии-реанимации с выделением палат для реанимации и интенсивной терапии. Успешная реализация приказа № 605 позволила к 1976 г. организовать в стране около 550 отделений анестезиологии-реанимации, в результате в крупных больницах доля операций, проводимых под современным общим обезболиванием, увеличилась до 70–80%. Наконец, в новом приказе Министра здравоохранения СССР № 969 от 6 декабря 1973 г. «Об организации кафедр анестезиологии и реаниматологии в медицинских институтах страны» было предусмотрено создать такие кафедры во всех мединститутах в течение 1974–1976 гг. [80; 170].

Еще одной отличительной чертой четвертого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России является стремление отечественных ученых к анализу и осмыслению накопленного опыта, который в ряде ведущих клиник превысил тысячи больных и многие сотни операций. Так, в 1964 г. Б.В. Петровский, приведя собственный опыт более 1300 операций на пищеводе, выполненных за 18 лет, отметил большой удельный вес вмешательств при доброкачественных заболеваниях (28% ко всем операциям на пищеводе и кардии). По словам Б.В. Петровского, результаты клинических и экспериментальных работ различных хирургических школ заставили значи-

тельно изменить тактику и методику лечения ряда заболеваний пищевода и кардии, к началу 60-х гг. были разработаны новые методы диагностики и новые способы хирургических вмешательств на этих органах [307].

Это подтверждается, например, тем, что в Институте им. Н.В. Склифосовского в 60-х гг. XX века тактика лечения кардиоспазма была значительно изменена – наиболее широко стали применять комплексное терапевтическое лечение с использованием седативных, антиспазматических, местнообезболивающих, общеукрепляющих препаратов, витаминов. Такое лечение сочетали с растяжением кардии при помощи металлического кардиодилататора Штарка. Подобная тактика позволила заметно улучшить отдаленные результаты лечения больных кардиоспазмом по сравнению с применявшейся ранее агрессивной хирургической тактикой, предполагавшей наложение эзофагофундоанастомоза по модифицированному С.С. Юдиным методу Neugowsky [31].

Углубленное изучение патогенеза кардиоспазма, а также причин неудач кардиопластических операций привели к важным выводам. Так, были установлены тяжелые дегенеративно-дистрофические изменения в интрамуральном нервном аппарате пищевода и кардии [334; 448; 449]. Подобные изменения были найдены также в блуждающих и диафрагмальных нервах, грудных симпатических ганглиях [94; 164; 428]. Наконец, было признано, что развитие пептического эзофагита после операций, разрушающих кардиальный сфинктер, происходит благодаря беспрепятственному рефлюксу агрессивного желудочного содержимого в пищевод [159; 192; 195; 192; 304; 448; 464].

В 60–70-е гг. XX века в нашей стране получило развитие хирургическое лечение таких доброкачественных заболеваний пищевода, как дивертикулы, свищи и рефлюкс-эзофагит [182; 281; 307; 340; 464; 491].

Что касается свищей пищевода различного происхождения, то эту сложную проблему за рубежом в 40–50-х гг. разрабатывали Abbott O.A. (1945), Clagett O.T. (1946), Coleman F.P., (1957) [523; 541; 543]. В СССР изучение возможностей хирургического лечения свищей пищевода началось несколько позже, и этой теме в 60-х гг. было посвящен ряд научных исследова-

ний [281; 327; 340; 500]. В описываемый период разработкой различных способов реконструктивных операций при пищеводно-плевральных, пищеводно-трахеальных и пищеводно-бронхиальных свищах занимались как торакальные хирурги [281], так хирурги-гастроэнтерологи [465] и детские хирурги [36]. Наиболее сложные виды пищеводно-респираторных и пищеводно-плевральных свищей требовали выполнения торакотомии, технически очень трудной и опасной в подобных ситуациях [33; 326]. Новые перспективы в этом вопросе открыла работа А.Ф. Черноусова и соавт. (1974), в которой был приведен успешный результат использования трансдиафрагмального доступа для закрытия пищеводно-бронхиального свища [465]. В докторской диссертации В.И. Чиссова (1976) описано дальнейшее развитие данного метода – пластическое укрепление швов на пищеводе стенкой дна желудка [491].

Изучению возможностей хирургического лечения рефлюкс-эзофагита, развивающегося чаще всего при скользящих (аксиальных) грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, был посвящен ряд работ отечественных авторов. Углубленные исследования анатомии, физиологии и патофизиологии пищевода и кардиального отдела желудка позволили выработать патогенетически оправданную тактику и методы оперативной коррекции недостаточности жомно-клапанной функции пищеводно-желудочного перехода [182; 464].

В этот период в СССР активно проводились исследования по изучению возможностей протезирования пищевода. Экспериментальные исследования по использованию пластических масс для частичного восстановления и укрепления стенки пищевода и создания искусственного пищевода в 60-х гг. XX века проводили Ю.Е. Березов, Е.М. Боровый, В.М. Буянов, Э.Н. Ванцян, А.Г. Губанов, Т.Т. Даурова, В.А. Жмур, И.Д. Кирпатовский, А.К. Коломийцев, В.П. Мельникова, А.А. Ольшанецкий, Г.А. Сардак, Л.Г. Харитонов. К сожалению, обнадеживающие результаты, полученные некоторыми из этих авторов эксперименте, не подтвердились при попытках использования подобных заманчивых технологий в клинике. Главной причиной неудач послужило

вполне ожидаемое отторжение пластмассовых протезов в условиях постоянного инфицирования мест их соединения со здоровой стенкой пищевода.

В 60–70-х гг. XX века продолжилось использование разнообразных отечественных сшивающих аппаратов (стэйплеров) в реконструктивной хирургии пищевода [26]. В 1976 г. коллективом авторов под руководством О.К. Скобелкина был сконструирован сшивающий аппарат дугообразной формы³⁷ для наложения двойного скрепочного шва на стенку желудка, облегчающий формирование трубчатого трансплантата для эзофагопластики [403].

В четвертом периоде отечественные ученые продолжали разрабатывать новые модели циркулярных стэйплеров для наложения пищеводных анастомозов. Так, одной из разработок Н.Н. Каншина совместно с инженером В.А. Липатовым стало создание циркулярных сшивающих аппаратов АКА-2 и АКА-4, а затем – более совершенных аппаратов серии АСК с прямым и изогнутым корпусом. Эти аппараты позволяли формировать круговые анастомозы без раздавливания тканей пищевода в области скрепочного шва.

В конце 60-х гг. А.А. Вишневский (мл.) и соавт. (1963), С.Д. Плетнев и соавт. (1965), Б.М. Хромов и соавт. (1967) стали изучать возможности использования лазерного луча в хирургии и установили, что лазерный «скальпель» обладает выраженными коагуляционными, гемостатическими и бактерицидными свойствами, при этом его повреждающее действие на ткани меньше, чем у электроножа.³⁸ В конце 70-х гг. О.К. Скобелкин, Е.И. Брехов и В.П. Башилов пришли к выводу о том, что для достижения наилучшего эффекта рассечения полых органов с помощью углекислотного лазера необходимо локальное обескровливание стенки органа в зоне разреза. Это привело к созданию первых компрессионных лазерных хирургических инструментов, применение которых выявило еще одно преимущество лазерного скальпеля: по краю разреза образовывалась тонкая стерильная коагуляционная пленка, которая «сваривала» слои рассекаемого органа, препятствуя выворачиванию

³⁷ А.С. № 511939 от 30.04. 1976 г. «Аппарат для наложения дугообразного шва на большую кривизну желудка», авторы: Скобелкин О.К., Тошаков Р.А., Брехов Е.И., Иванов А.И.

³⁸ Впервые лазерный скальпель был предложен Е. Brown из Цинцинати (США) в 1966 г. [398].

слизистой оболочки. Идея соединить положительные качества механического скрепочного шва с лазерным рассечением тканей привела к созданию коллективом авторов под руководством О.К. Скобелкина первых лазерных хирургических сшивающих аппаратов.³⁹ Подобные аппараты позволяли формировать однорядный скрепочный шов как на остающейся, так и на удаляемой частях полого органа, а этап рассечения тканей между двумя параллельными рядами скрепок осуществлять лазерным лучом. В результате появился новый вид соединения тканей – лазерный механический шов [403; 473].

Дальнейшее совершенствование лазерных сшивающих аппаратов происходило по пути уменьшения их габаритов и массы, изменения взаиморасположения отдельных частей для облегчения работы в труднодоступных зонах брюшной и грудной полостей. Таким повышенным требованиям вполне соответствовал «Хирургический сшивающий аппарат для наложения линейных швов», созданный в 1983 г. коллективом авторов под руководством А.Ф. Черноусова.⁴⁰ В наибольшей мере этот аппарат проявил свои преимущества при формировании желудочных трансплантатов для пластики пищевода [469; 473]. Также А.Ф. Черноусов и соавт. модифицировали аппарат НЖКА-60 путем добавления к нему двух несложных деталей, позволяющих наряду с механическим прошиванием осуществлять рассечение стенки органа лучом СО₂-лазера между двумя параллельными рядами металлических скрепок.

Новые лазерные технологии в четвертом периоде получили большое распространение в нашей стране, в чем значительную роль сыграл созданный в 1986 г. НИИ лазерной медицины МЗ СССР под руководством члена-корреспондента АМН СССР проф. О.К. Скобелкина. Различные типы лазеров для производства полостных и эндоскопических операций в 80-е гг. XX века серийно выпускались отечественной медицинской промышленностью.

³⁹ Первым подобным устройством был «Аппарат для получения трубки из большой кривизны желудка», А.С. № 00625696 от 30.09. 1978 г., авторы: Малышев Б.Н., Егоров Е.И., Скобелкин О.К., Тошаков Р.А., Брехов Е.И., Иванов А.И., Салюк В.А.

⁴⁰ А.С. № 1042742 от 23.09.1983 г., авторы А.Ф. Черноусов, С.А. Домрачев, А.И. Иванов, Б.Н. Малышев, В.А. Салюк, О.К. Скобелкин, Е.И. Брехов. Этот аппарат был запатентован в США (патент № 4485811, 1984), в ФРГ (патент DE 3220013C2, 1985), а также в Великобритании и Франции.

В начале рассматриваемого периода несостоятельность швов пищеводных анастомозов все еще оставалась серьезным препятствием на пути оперированных больных к выздоровлению. Совершенствование техники наложения пищеводных соустьев, различные способы укрепления швов за счет местных тканей, аппаратные анастомозы не давали постоянного успеха [482]. В связи с этим вновь возник вопрос о вынесении пищевода на шею, где его несостоятельность не несет таких тяжелых последствий, как при расхождении швов внутригрудного анастомоза. Необходимо отметить, что подобный прием рекомендовали в свое время К.П. Сапожков (1933, 1944), А.Г. Савиных (1949) и И.Г. Скворцов (1949) [375; 386; 387; 399].

К основным причинам несостоятельности швов пищеводных анастомозов обычно причисляют неблагоприятные анатомо-физиологические особенности стенки пищевода, инфицирование тканей по линии соустья, нарушение кровоснабжения и возникновение краевого некроза [295]. В 70-х гг. XX века возникла прогрессивная идея применения для профилактики несостоятельности пищеводных анастомозов такой новой технологии, как гипербарическая оксигенация (ГБО).⁴¹ По данным Б.В. Петровского и соавт. (1985), ГБО уменьшает ишемию тканей за счет избытка кислорода, физически растворенного в плазме крови, является эффективным методом лечения тканевой гипоксии, снижает отек тканей и способствует их ускоренной регенерации [313]. А.Ф. Черноусов и соавт. (1980), Г.Л. Ратнер и В.И. Белоконев (1982) сообщили о положительном опыте применения ГБО у больных с рубцовыми послеожоговыми стриктурами пищевода в ближайшем послеоперационном периоде после эзофагопластики для профилактики некроза толстокишечного трансплантата [347; 467]. Ученик А.Ф. Черноусова В.А. Андрианов (1980) доказал, что ГБО способствует лучшему заживлению пищевода без развития его деформации и сужения, с образованием небольшого по размеру и нежного по структуре соединительнотканного рубца [16].

⁴¹ Метод ГБО был разработан в эксперименте голландским ученым J. Воегема в 1960 г. [80].

Крупные достижения в области борьбы с инфекцией, связанные с разработкой и внедрением новых антибиотиков широкого спектра действия, а также новые успехи в области анестезиологии и реаниматологии дали возможность шире ставить показания к хирургическому лечению заболеваний пищевода. В этот период методы хирургического лечения таких заболеваний, как рефлюкс-эзофагит, кардиоспазм, свищи, дивертикулы и доброкачественные опухоли пищевода получили широкое распространение [479].

Еще в конце 50-х гг. появились сообщения о комбинированных операциях при раке грудного отдела пищевода с прорастанием опухоли в соседние органы. Так, Б.А. Королев (1959) доложил об успешном выполнении резекции пищевода правосторонним торакотомным доступом в сочетании с пневмонэктомией при прорастании опухоли пищевода в правый главный бронх. В 1961 г. Ю.Е. Березов и В.И. Пронин опубликовали результаты своих экспериментальных и клинических исследований по комбинированным резекциям грудного отдела пищевода вместе с трахеей [54; 204]. В четвертом периоде подобные операции большого объема получили свое дальнейшее развитие.

Большую роль в обосновании одномоментных операций резекции и пластики пищевода в четвертом периоде сыграли работы В.С. Сильвестрова из Петрозаводска, который к 1983 г. смог сообщить уже о 452 операциях трансхиатальной экстирпации пищевода при раке и ожоговых стриктурах с одномоментной заднемедиастинальной пластикой желудком и анастомозом на шее [397]. В это время А.Ф. Черноусов при раке пищевода и раке кардии с переходом на пищевод пропагандировал резекцию пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагопластикой изоперистальтической желудочной трубкой или толстой кишкой. Несколько позже А.Ф. Черноусов и его ученики значительно усовершенствовали экстирпацию пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной тотальной заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой [471; 486].

Однако, в 70-х гг. XX века дискуссия в отношении способов резекции и пластики пищевода при раке в СССР еще продолжалась. Так, например, Б.Е.

Петерсон и соавт. в 1976 г. писали: «Период увлечения большими одномоментными резекциями <пищевода> с пластикой сменился более осторожной тактикой, и в настоящее время большинство хирургов склонны операцией выбора при раке среднегрудного отдела пищевода считать операцию Добромыслова-Торека с последующей пластикой у тех больных, у которых в ближайшие месяцы после резекции не выявлено метастазов и рецидива».⁴²

В четвертом периоде в нашей стране получило дальнейшее развитие оперативное и консервативное лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода. В 70-х гг. ввиду определенного разочарования результатами трансторакальной эзофагокардиомиотомии с кардифренопластикой ученые школы Б.В. Петровского стали более широко применять метод пневматической ступенчатой кардиодилатации, в том числе и у больных, ранее перенесших неудачные кардиопластические операции.⁴³ В то же время показания к оперативному лечению кардиоспазма были значительно сужены [88].

Однако, со временем было выяснено, что результаты подобной тактики при III и особенно IV стадии заболевания неудовлетворительны, и многие больные были вынуждены проходить многократные и малоэффективные курсы пневмокардиодилатации, не достигая приемлемого качества жизни. Стало ясно, что хирургический метод лечения кардиоспазма нельзя отвергнуть полностью [479]. Но, несмотря на многочисленные попытки усовершенствования кардиопластических операций, все они продолжали приводить к осложнениям, среди которых наиболее частым был рефлюкс-эзофагит, возникавший в результате разрушения жомно-клапанного механизма кардии и резкого снижения способности больного пищевода к самоочищению [480]. В 1983 г. А.Ф. Черноусов разработал новую более физиологичную операцию – внеслизистую эзофагокардиомиотомию с неполной фундопликацией, эффективно устраняющую непроходимость кардии и препятствующую возникновению желудочно-пищеводного рефлюкса. Эта

⁴² Цит.: Петерсон Б.Е. и соавт. Результаты лечения рака пищевода // Хирургия. – 1976. – № 4. – С. 8.

⁴³ В СССР впервые применил кардиодилатацию у пациентов с рецидивом дисфагии после кардиопластических операций А.И. Савицкий в 1937 г. [378].

операция включала в себя мобилизацию малой кривизны, кардии, абдоминального отдела пищевода и дна желудка по типу селективной проксимальной ваготомии, что позволяло сформировать симметричную фундопликационную манжетку, расходящуюся кверху в виде конуса, и снизить желудочную секрецию [480]. Тем не менее, эта операция, весьма эффективная в III стадии кардиоспазма, теряла свои положительные качества при IV стадии заболевания, когда пищевод превращается в огромный неперистальтирующий мешок, а эвакуация пищевых масс из него происходит только в силу тяжести.

В середине 80-х гг. XX века А.Ф. Черноусовым была всесторонне разработана экстирпация пищевода абдомино-цервикальным доступом при раке и рубцовых стриктурах пищевода с одномоментной тотальной заднемедиастинальной эзофагопластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее. Подобную операцию А.Ф. Черноусов стал с успехом применять и при кардиоспазме IV стадии, то есть в тех ситуациях, когда любые кардиопластические операции уже не в состоянии восстановить или заметно улучшить проходимость пищевода и кардии [480].

На рубеже 60–70-х гг. XX века накопление отечественными учеными большого клинического опыта резекции и пластики пищевода привело к возникновению учения о заболеваниях оперированного и искусственного пищевода. Первая в России попытка их систематизации была предпринята в 1967 г. Э.Н. Ванцяном, Н.О. Николаевым и Р.А. Тощаковым в статье «К патологии искусственного пищевода». В 1971 г. Б.В. Петровский и соавт. представили результаты лечения 234 пациентов с заболеваниями оперированного и искусственного пищевода и предложили классификацию этих заболеваний [312]. В том же году Э.Н. Ванцян и соавт. доложили об этой проблеме на XXIV конгрессе Международного общества хирургов в Москве [636]. В 1972 г. ученик Б.В. Петровского Н.О. Николаев на эту тему защитил докторскую диссертацию [265]. Очередным этапом в изучении данной проблемы явилась работа Л.Г. Харитоновой «Патологические состояния искусственного пищевода» (1979) [458]. Исследованию различных аспектов данной проблемы посвяще-

ны также работы В.И. Попова и В.И. Филина (1967), В.Ф. Жупана (1967), Э.Н. Ванцяна и Р.А. Тошакова (1971), Б.А. Петрова и А.П. Сытника (1972), И.П. Кролевца (1972), Л.Г. Розенфельда (1973), Е.М. Масюковой (1983), А.Н. Погодиной и М.М. Абакумова (1983), П.Д. Фомина (1983), П.Г. Байдала (1984), Г.Э. Хурцидзе (1985), Ю.А. Рубайлова (1987), З.А. Тер-Аветикяна (1988). Необходимо подчеркнуть, что реализация этой новой, но уже давно назревшей научной идеи повлекла за собой ряд важных практических решений: итогом проведенных в этом направлении исследований стало то, что все способы реконструктивно-пластических операций на пищеводе стали обязательно оцениваться с точки зрения их отдаленных последствий [67; 482].

В четвертом периоде отечественными авторами было опубликовано большое число ценных монографий, касающихся различных аспектов реконструктивной хирургии пищевода: Б.С. Розанов (1961), Б.Е. Петерсон (1962), Ю.Е. Березов и М.С. Григорьев (1965), В.И. Попов и В.И. Филин (1965), Б.В. Петровский и соавт. (1966), Б.В. Петровский и Э.Н. Ванцян (1968), В.С. Рогачева (1968), К.Н. Цацаниди, А.В. Богданов (1969); В.И. Авдюничев (1970), П.П. Коваленко и соавт. (1970), М.А. Подгорбунский и Т.И. Шраер (1970), Э.Н. Ванцян и Р.А. Тошаков (1971), Г.Д. Вилявин и соавт. (1971), Б.А. Петров и А.П. Сытник (1972), В.И. Казанский (1973), О.Д. Федорова (1967, 1973), В.И. Филин и В.И. Попов (1973), А.А. Русанов (1974), Э.Н. Ванцян и О.Г. Скобелкин (1975), Б.Е. Петерсон (1976), Б.Д. Комаров и соавт. (1981), Г.Л. Ратнер, В.И. Белоконев (1982), А.Ф. Черноусов и соавт. (1987).

Таким образом, четвертый период истории реконструктивной хирургии пищевода в России, – это период совершенствования, когда хирургия пищевода стала быстро развиваться с использованием последних достижений мирового научно-технического прогресса, с широким внедрением результатов в клиническую практику. В данный период, на фоне стабильного роста экономики страны, укрепления материально-технической базы здравоохранения, создания крупных научно-исследовательских центров и открытия специализированных отделений хирургии пищевода, были достигнуты большие успе-

хи в области анестезиологии и реаниматологии, борьбы с хирургической инфекцией, создании новой медицинской техники, что позволило шире применять одномоментные операции большого объема и сложности.

В четвертом периоде значительно возрос уровень сложности научных и практических задач, связанных со стандартизацией и оптимизацией методов диагностики и хирургического лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий. Подобные задачи обусловили необходимость создания значительного количества специализированных отделений хирургии пищевода.

Эволюция научных идей в четвертом периоде связана с тем, что полностью были сформированы патогенетические принципы хирургических вмешательств на пищеводе, в то же время накопление большого клинического опыта позволило подтвердить целесообразность одномоментных операций его резекции и пластики. Отличительной чертой четвертого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России является стремление ученых к анализу накопленного опыта, который в ряде клиник превысил многие сотни операций. На рубеже 60–70-х гг. XX века возникло новое учение о заболеваниях оперированного и искусственного пищевода, развитие которого повлекло за собой ряд важных практических решений. В результате любые способы реконструктивных операций на пищеводе стали объективно оцениваться на основе обязательного изучения их отдаленных результатов.

В четвертом периоде был успешно использован ряд новых технологий в реконструктивной хирургии пищевода: разработаны и внедрены новые более эффективные и точные методы диагностики, лазерные инструменты и аппараты, микрохирургический метод пластики пищевода, гипербарическая оксигенация для профилактики некроза кишечного трансплантата и улучшения заживления пищеводных соустьев, хирургические сшивающие аппараты для формирования искусственного пищевода и пищеводных анастомозов.

Высокая результативность научных исследований в четвертом периоде выразилась в значительном совершенствовании тактики и методики хирургического лечения всего спектра заболеваний пищевода, заметном снижении

частоты послеоперационных осложнений, уровня летальности и инвалидизации больных; повышении надежности операций на пищеводе и стабильности получения благоприятных функциональных результатов. Были предложены эффективные меры профилактики и лечения заболеваний оперированного и искусственного пищевода. Большое распространение в нашей стране получили новые лазерные технологии при выполнении разнообразных операций на пищеводе, а различные типы лазеров в 70–80-е гг. XX века серийно выпускались отечественной медицинской промышленностью.

II.7. Характеристика пятого периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1991–2012 гг.)

Пятый (современный) период по нашей классификации отсчитывается с 1991 года, и его начало совпадает с крупным мировым историческим событием в виде распада СССР. Это событие привело к разрушению тесных научных связей российских хирургов с учеными бывших Союзных республик, из-за целого ряда неблагоприятных условий и вынужденных организационных изменений стал отмечаться определенный спад в научной деятельности крупных научно-исследовательских центров, занимавшихся хирургией пищевода. В то же время в развитых странах Запада в этот период происходило непрерывное наращивание новых прогрессивных технологий, расширение производства современного медицинского оборудования, приборов, аппаратов, инструментов и медикаментов на основе крупных достижений фундаментальной науки и техники (компьютерные рентгеновские, ультразвуковые и магнитно-резонансные томографы, новые поколения одноразовых сшивающих аппаратов, гармонический скальпель, оборудование и оснащение для эндовидеоскопической хирургии, антибактериальные препараты для лечения неклостридиальных анаэробных инфекций). Эти новые технологии стали широко использоваться для диагностики и лечения злокачественных и различных доброкачественных заболеваний, травм пищевода и их последствий.

Тем не менее, в пятом периоде российские ученые, активно воспринимая передовые идеи, выдвигают в качестве главного принцип индивидуализации хирургического лечения заболеваний пищевода, одной из наиболее важных задач становится достижение высокого качества жизни оперированных пациентов с возможно более полной их медицинской, трудовой и социальной реабилитацией. Благодаря настойчивым анатомическим и экспериментально-клиническим исследованиям, практически полностью были исключены такие осложнения толстокишечной эзофагопластики, как нарушение кровоснабжения трансплантата и его недостаточная длина. Так, если в 1970-х гг. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского результаты пластики пищевода толстой кишкой были значительно улучшены благодаря работам Н.Н. Каншина и соавт. [183], то позже М.М. Абакумов и его сотрудники всесторонне обосновали преимущества тотальной загрудинной пластики из ободочной кишки на дуге Риолана: а) надежность кровоснабжения за счет перераспределения кровотока из нижней брыжеечной артерии; б) всегда достаточная длина трансплантата; в) бóльшая функциональность операции ввиду изоперистальтического расположения трансплантата и сохранения илеоцекального угла. В это время в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского был разработан комплекс предоперационного обследования, включавший такой высокотехнологичный метод, как мезентерикография, – для определения особенностей ангиоархитектоники толстой кишки. Одновременно было показано, что для улучшения результатов лечения у больных с длительно существующими послеожоговыми стриктурами пищевода необходимо его удаление. Для этого разработана щадящая техника резекции рубцовоизмененного пищевода с сохранением стволов блуждающих нервов. Дооперационное лечение эзофагита и прецизионное формирование пищеводных анастомозов позволили полностью избежать такого осложнения, как несостоятельность швов. В результате была выдвинута прогрессивная концепция полной реабилитации пациентов с послеожоговыми стриктурами пищевода, которая включила три основных задачи: вос-

становление нормального питания, удаление рубцовых тканей и коррекцию нарушений пищеварения у пациентов с искусственным пищеводом [3; 344].

В РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН А.Ф. Черноусовым и его учениками в 90-х гг. всесторонне разработаны способы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, различные варианты одномоментной внутриплевральной и загрудинной шунтирующей эзофагопластики толстой кишкой, одномоментная тотальная эзофагофарингопластика левой половиной толстой кишки в антиперистальтической позиции при сочетанных ожоговых стриктурах глотки, пищевода и желудка, экстирпация пищевода абдомино-цервикальным доступом при раке и послеожоговых рубцовых стриктурах с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой толстой кишкой, как правило – левой ее половиной с источником кровоснабжения в виде средней ободочной артерии. Также тщательно разработаны и внедрены в клиническую практику различные способы сегментарной эзофагопластики толстой кишкой, повторной толстокишечной эзофагопластики и тотальной эзофагопластики левой половиной толстой кишки у больных, ранее перенесших правостороннюю гемиколэктомию [478].

В 90-е гг. XX века при раке пищевода и кардии, благодаря исследованиям М.И. Давыдова и соавт., А.С. Мамонтова и соавт., А.Ф. Черноусова и соавт. внедряется новая технология – расширенная лимфаденэктомия, позволившая значительно повысить онкологическую радикальность операций [130; 232; 479]. Необходимо отметить, что большую роль в разработке и внедрении этой прогрессивной методики сыграли работы 80–90-х гг. по изучению путей метастазирования и стадированию рака пищевода и кардии, а также исследования, касающиеся методики и техники вариантов расширенной лимфаденэктомии, предпринятые зарубежными учеными Akiyama H. и соавт. (1981, 1990, 1992); Fekete F. и соавт. (1987); Finley R.J., Inculet R.I. (1989); Maeta M. и соавт. (1993); Nishimaki T. и соавт. (1998); Siewert J.R., Roder J.D. (1992); Tanabe G. и соавт. (1986) [527; 556; 557; 587; 594; 626; 634].

Также в пятом периоде была всесторонне разработана и внедрена методика пластики пищевода оперированным и патологически измененным желудком,⁴⁴ что значительно расширило возможности создания искусственного пищевода как при раке, так и при доброкачественных заболеваниях [479; 482]. Одновременно проведены углубленные исследования по хирургическому лечению нервно-мышечных заболеваний пищевода, и среди них – первые в нашей стране работы по оперативному лечению ахалазии верхнего пищеводного сфинктера, в основе которой часто лежат преходящие или стойкие нарушения кровообращения в продолговатом мозгу [2].

Важно отметить, что бурное развитие анестезиологии и реаниматологии в пятом периоде, большие успехи бактериологии и трансфузиологии позволили значительно расширить арсенал хирургических вмешательств на пищеводе как при раке, так и при его доброкачественных заболеваниях. Методом выбора лечения рака пищевода становится резекция органа с одномоментной пластикой желудком, широко применяется толстокишечная эзофагопластика для хирургического лечения пациентов с послеожоговыми стриктурами пищевода, в том числе с сочетанными рубцовыми поражениями глотки и желудка. Благодаря работам ряда отечественных ученых (А.Ф. Черноусов, В.С. Сильвестров, Н.Н. Блохин, Б.Е. Петерсон, А.И. Пирогов, А.С. Мамонтов, М.И. Давыдов, И.С. Стилиди, О.К. Скобелкин, Е.И. Брехов, В.И. Чиссов), необходимость и преимущества одномоментных, комбинированных, расширенных и сочетанных операций сегодня уже ни у кого не вызывают сомнений, а многоэтапные вмешательства при раке пищевода производятся только вынужденно, по особым показаниям [133; 134; 417–19; 479].

В 1996 г. В.И. Оноприев и В.М. Дурлештер успешно реализовали мысль К.П. Сапожкова (1944) о возможности проведения кишечного трансплантата на шею в мышечном футляре собственного пищевода после удаления его слизистой оболочки. В.И. Оноприев и В.М. Дурлештер применили подобную ме-

⁴⁴ Впервые методика и техника формирования антиперистальтической желудочной трубки из большой кривизны желудка, несущего гастростому, была описана в 1957 г. в монографии D. Gavrilu [562].

тодику при кардиоспазме IV стадии, выполнив одномоментную эзофагопластику толстой кишкой с анастомозом на шее. В последующем эти авторы стали проводить в мышечном футляре пищевода изоперистальтическую желудочную трубку [143; 271]. Такой способ значительно упростил и обезопасил заднемедиастинальную эзофагопластику при кардиоспазме IV стадии.

В 90-е годы XX века в нашей стране получили распространение внутрипросветные эндоскопические вмешательства при раке (лазерная фотокоагуляция, резекция слизистой оболочки, стентирование опухолевого стеноза) и доброкачественных заболеваниях пищевода, таких, как кардиоспазм, пептические стриктуры, подслизистые опухоли. Эндоскопические операции при стриктурах пищеводных анастомозов (дилатация, рассечение и иссечение рубцовых тканей) стали альтернативой повторной хирургической операции, ранее считавшейся неизбежной при безуспешности бужирования [108].

Главной отличительной чертой пятого периода явились разработка и внедрение в клиническую практику высокотехнологичных миниинвазивных эндовидеохирургических операций на пищеводе. Основным показанием к видеоторакоскопическим и видеолапароскопическим операциям служил рак пищевода. Причем, если в начале освоения этих операций лимфодиссекция не проводилась, то по мере совершенствования техники эндовидеохирургии этот этап стал обязательным [151; 214; 222; 285; 493]. Другими показаниями к эндовидеохирургическим операциям считались рубцовые стенозы и запущенные формы кардиоспазма [235; 236; 462; 463], тяжелый пептический рефлюкс-эзофагит [275]. Необходимо отметить, что внедрение подобных высокотехнологичных вмешательств в нашей стране было бы невозможно без использования импортных приборов, аппаратов и инструментов, специально созданных для этой цели. Поэтому первоначальное обучение и лицензирование российских специалистов эндовидеохирургическим операциям происходило, как правило, за рубежом. Большую роль в разработке методики и техники торакоскопических и лапароскопических вмешательств на пищеводе и кардии при раке и доброкачественных заболеваниях сыграли исследования

ряда зарубежных ученых, таких, как Shimi S. и соавт. (1991), Pellegrini C. и соавт. (1992), Peraccia A. и соавт. (1992), Collard J.M. и соавт. (1993), Ohgami M. (1994), Akashi T. и соавт. (1995), Dieter R. (1997), Sammartino P. (1997) [526; 542; 549; 599; 604; 605; 621; 625]. За последние годы исследования отечественных хирургов подтвердили тот факт, что использование видеозендоскопической технологии позволяет выполнять сложные операции на пищеводе, не ухудшая при этом непосредственные и отдаленные результаты реконструктивно-восстановительных вмешательств [493].

Важной вехой развития хирургии и трансфузиологии в конце XX – начале XXI вв. стала новая кровесберегающая технология, которую условно называют «бескровная хирургия». Эта технология пришла в нашу страну из-за рубежа, а начало ее разработки было связано с наличием в некоторых западных странах религиозных сект, объединяющих большое количество людей, категорически неприемлющих трансфузии аллогенной крови. Проведенные в связи с этим научные исследования позволили кардинально изменить укоренившиеся на протяжении XX века взгляды на кровопотерю и кровезаместительную терапию [165]. В приложении к реконструктивной хирургии пищевода исследования отечественных ученых показали, что использование технологии кровесбережения позволяет производить большие операции на пищеводе без трансфузий аллогенной эритроцитной массы и плазмы [139; 140].

В пятом периоде выдвигаются новые научные и практические задачи: индивидуализация методов хирургического лечения пациентов с заболеваниями пищевода; повышение онкологического радикализма операций при раке пищевода, значительное повышение безопасности реконструктивных операций, резкое снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности; достижение высокого качества жизни оперированных пациентов и наиболее полная их медицинская, трудовая и социальная реабилитация.

В связи с этим произошла значительная эволюция научных идей и практических решений, связанная с принятием эндовидеохирургических технологий в качестве метода выбора хирургического лечения заболеваний пи-

пищевода, превращение роботизированной техники в реальный метод эффективного повышения прецизионности хирургических вмешательств, кардинальное изменение взглядов на гемотрансфузии и их влияние на исходы реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе.

Среди новых технологий, которые стали использовать в пятом периоде, выделяются телемедицина, планирование операций с использованием новых методов визуализации и 3-D-моделирования, внедрение новых эндоскопических внутрипросветных операций, расширенная лимфаденэктомия при раке пищевода, разработка и внедрение высокотехнологичных эндовидеохирургических операций на пищеводе, а также кровесберегающих технологий.

Большая результативность проводимых исследований в пятом периоде выразилась в достижении реальной безопасности реконструктивных операций на пищеводе, исключении ряда тяжелых осложнений, значительном повышении 5-летней выживаемости больных после операций по поводу рака пищевода, заметном улучшении качества жизни оперированных пациентов.

В пятом периоде увидели свет новые монографии российских авторов, в которых подытожен большой опыт хирургического лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий: Черноусов А.Ф. и соавт. (1990, 1993, 1996, 1999, 2000, 2003, 2006, 2008), Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. (1999), Шраер Т.И. и соавт. (2001), Мирошников Б.И., Лебединский К.М. (2002), Зубарев П.Н., Трофимов В.М. (2005), Абакумов М.М., Булава Г.В. (2006), Давыдов М.И., Стилиди И.С. (2007), Лалетин В.Г. и соавт. (2007); Чиссов В.И. и соавт. (2008), Чикинев Ю.В. и соавт. (2009), Абакумов М.М. (2012), Мирошников Б.И. и соавт. (2012).

Таким образом, пятый (современный) период истории реконструктивной хирургии пищевода в России, – это период ускоренного развития на основе использования высоких медицинских технологий. В этот период большие достижения фундаментальных и прикладных наук позволяют развивать новые эффективные методы диагностики и лечения всего спектра хирургических заболеваний пищевода. В качестве метода выбора хирургического лече-

ния пациентов с заболеваниями пищевода подтверждаются одномоментные реконструктивно-восстановительные операции большого объема, в то же время разрабатываются и широко внедряются прецизионные мининвазивные вмешательства с применением эндовидеохирургической техники.

Заключение к главе II

Таким образом, разработанная периодизация истории реконструктивной хирургии пищевода в России с 1881 по 2012 гг. с выделением 5 периодов позволяет подробно рассматривать обстоятельства зарождения, становления, развития и совершенствования данного научного направления с конца XIX века до настоящего времени, превращения его в самостоятельный раздел хирургии. В результате появляется возможность более объективно судить о достижениях отечественных хирургов и российских научных школ реконструктивной хирургии пищевода в решении основных аспектов данной проблемы, осмыслить сегодняшние тенденции и приступить к изучению наиболее перспективных путей развития реконструктивной хирургии пищевода в XXI веке, как важного научного и клинического направления.

ГЛАВА III

Особенности развития

и приоритеты реконструктивной хирургии пищевода в России

Начало Нового времени совпало в России с бурной эпохой петровских реформ, благодаря которым сложились благоприятные условия для отечественной научной медицины. Российская хирургия получила возможность планомерного развития в русле наиболее прогрессивного в тот период клинко-анатомического направления, которое заложил создатель и первый директор Московской госпитальной школы, крупный хирург и анатом Н.Л. Бидлоо (1670–1735). В первой половине XIX в. клинко-анатомическое направление в хирургии было значительно развито видным российским хирургом И.Ф. Бушем и его талантливыми учениками П.Н. Савенко, Х.Х Саломоном и И.В. Буяльским, а затем поднято на небывалую высоту гениальным Н.И. Пироговым, заложившим естественнонаучные основы для развития хирургии. В середине XIX века Н.И. Пирогов стал одним из родоначальников нового анатомо-физиологического направления в хирургии, убедительно доказав, что успешное хирургическое лечение разнообразных заболеваний, травм и их последствий должно быть основано не только на точном знании анатомии всех областей человеческого тела, но и на данных физиологического эксперимента [319–323]. По этому поводу в 1880 г. Н.И. Пирогов писал: «В медицине я как врач и начальник с первого же моего вступления на учебно-практическое поприще поставил в основание анатомию и физиологию в то время, когда это направление теперь уже общее, было еще ново, не всеми признано и даже многими значительными авторитетами (как, например, в то время в Германии Рустом, Грефе-отцом и Диффенбахом) вовсе, и даже для хирургии, отрицаемо. Мой первый авторский труд, докторская диссертация «Num vinctura aortae» (я работал над нею с 29-го по 33-й год) была основана единственно на анатомических исследованиях и вивисекциях над животными»⁴⁵.

⁴⁵Цит.: Пирогов Н.И. Письмо к И.В. Гертенсону 27 декабря 1880 г. [322].

III.1. Особенности развития реконструктивной хирургии пищевода в России

Исторический анализ показывает, что процесс развития отечественной реконструктивной хирургии пищевода характеризуется рядом особенностей, которые, с одной стороны, способствовали мировым достижениям отечественных ученых, а с другой – иногда служили причиной сдерживания прогресса данного научного направления в России. По нашему мнению, среди ряда таких особенностей главными были следующие:

- 1) Влияние крупных исторических и политических событий на замедление и ускорение развития реконструктивной хирургии пищевода в России.
- 2) Влияние насущных задач практической медицины на необходимость разработки проблемы реконструктивной хирургии пищевода.
- 3) Наличие крупных научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России, которые оказали большое положительное влияние на развитие данного научного направления.

Указанные особенности целесообразно рассмотреть по отдельности и более подробно, принимая во внимание их связь с предложенной периодизацией истории хирургии пищевода в России.

III.1.1. Влияние общественно-политической ситуации, крупных исторических и политических событий на развитие реконструктивной хирургии пищевода в России

Важной предпосылкой зарождения реконструктивной хирургии пищевода в России была государственная реформа высшего медицинского образования 40–60-х гг. XIX века, которая позволила ликвидировать острый дефицит отечественных научных и врачебных кадров путем их университетской подготовки и тем самым обеспечила не только значительное расширение научных медицинских исследований, но и зарождение новой оригинальной формы отечественного здравоохранения в виде земской медицины [121; 136; 254; 255; 272; 289; 361; 421; 422; 456; 503; 504].

По мнению Л.Я. Скороходова (1926), основание земской хирургии явилось одним из главнейших этапов в развитии русской хирургии, наряду с признанием значения анатомии, внедрением обезболивания и антисептики [404]. Причиной такого явления послужила необходимость оказания квалифицированной медицинской помощи сельским жителям, составлявшим в тот период абсолютное большинство населения в России [504]. Так, по данным первой всеобщей переписи, произведенной 28 января 1897 г., население России (без Финляндии) составило 125.680.682 человек, но в городах проживало лишь 13,4% населения [267]. Основные принципы земской медицины – профилактическая направленность, бесплатность и общедоступность, стационарная участковая система, – полностью сформировались к началу XX века. Необходимо отметить, что после октябрьской революции 1917 г. эти принципы были восприняты и успешно развиты советской медициной, но уже на другой – централизованной государственной основе [163; 423; 504; 505].

Таким образом, в конце XIX – начале XX вв. в России наряду с так называемой «университетской» хирургией, во главе которой стоял проф. Н.А. Вельяминов, сформировалась и стала играть большую роль земская хирургия, признанным лидером которой был проф. П.И. Дьяконов, сам вышедший из земских хирургов [179; 215; 255; 404].

В период конца XIX – начала XX столетий в качестве земских врачей начинали свою деятельность многие профессора и доктора медицины, сыгравшие большую роль в развитии отечественной хирургии, такие, как А.А. Абражанов, Н.Н. Бурденко, В.Ф. Войно-Ясенецкий, И.Э. Гаген-Торн, В.Ф. Дагаев, Э.Х. Икавитц, А.А. Кадьян, В.А. Красинцев, Н.И. Напалков, А.Л. Поленов, А.Г. Русанов, П.Д. Соловов, П.И. Тихов [76; 77; 136; 179]. Важно отметить, что ряд известных профессоров, вышедших из земских хирургов, сделали большой вклад в развитие реконструктивной хирургии пищевода в России (П.И. Дьяконов, Я.О. Гальперн, Е.Ю. Крамаренко, В.Л. Покотило, В.С. Левит, С.И. Спасокукоцкий, Б.К. Финкельштейн).

Для российской хирургии периода конца XIX – начала XX столетий

характерно наличие традиционных тесных связей с европейской медицинской наукой, а именно – с ведущими хирургическими клиниками Австрии, Великобритании, Германии, Италии и Франции. В это время отечественные хирурги внимательно изучали опыт европейских коллег, о чем говорят такие факты, как длительные (в течение 2–3 лет) стажировки лучших выпускников медицинских факультетов российских университетов в зарубежных клиниках. В некоторых отраслях медицины эта связь перерастала в зависимость: например, известно, что до 1917 г. российская медицина существовала почти исключительно за счет медикаментов, ввозимых из-за границы [162].

Поэтому одной из важных особенностей отечественной хирургии во время I мировой войны 1914–1918 гг., двух революций 1917 г. и Гражданской войны 1918–1922 гг. стало ее обособленное развитие от европейской медицинской науки [247; 423]. Характеризуя это положение, С.П. Федоров на заседании Русского хирургического общества Пирогова в Петрограде 16 декабря 1920 г. отметил: «С 1917 г. русская хирургия совершенствовалась и научно и практически вполне самобытно – вне влияния Европы».⁴⁶

Необходимо отметить, что в этот период в России продолжались важные научные медицинские исследования, в том числе – по хирургии пищевода (А.В. Алексеев, 1914; Р.И. Венгловский, 1915; И.И. Греков, 1916; Л.А. Стуккей, 1916), но их уровень отставал от общеевропейского.

В 1918 г. в России началась кардинальная перестройка системы здравоохранения на государственной основе с созданием единого центрального руководящего органа – Народного комиссариата здравоохранения (НКЗ). Кроме профилактической направленности, общедоступности и бесплатности, одним из главных принципов советского здравоохранения стало приближение квалифицированной медицинской помощи к населению, что выражалось в открытии новых сельских районных и участковых больниц. Одновременно происходило значительное укрупнение городских и областных больниц и,

⁴⁶ Цит.: Федоров С.П. Торжественное заседание хир. о-ва Пирогова от 16 декабря 1929 г. // Вестн. хирургии и пограничн. обл.– 1926.– Т. VI.– Кн. 17 и 18.– С. 255.

соответственно – хирургических отделений, организовывались новые медицинские факультеты, учебные и научно-исследовательские медицинские институты не только в Москве, Ленинграде, Харькове, но и в других городах России и СССР. Этот процесс неизбежно сказался и на реконструктивной хирургии пищевода, которая, с одной стороны, получила возможность значительного распространения по всей стране, а с другой – стала ускоренно развиваться в ряде таких центральных учреждений, как Московский университет, Московский институт для лечения опухолей, Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, ВМА, Ленинградский институт онкологии, Харьковский институт переливания крови и др. С 1922 г. возобновили свою деятельность хирургические съезды. В этот период в России продолжали свою научную деятельность известные профессора, не пожелавшие эмигрировать после Октябрьской революции 1917 г., такие, как С.П. Федоров, И.И. Греков, В.И. Разумовский, В.А. Оппель, А.В. Вишневский, В.Р. Брайцев; в то же время быстро проявили себя, как крупные научные работники, такие хирурги, как В.Н. Розанов, П.А. Герцен, С.И. Спасокукоцкий, Н.А. Богораз, В.Л. Покотило, Б.К. Финкельштейн; выросли ученые нового поколения, среди которых В.С. Левит, Е.Л. Березов, В.Н. Шамов, А.Г. Савиных, К.П. Сапожков, С.С. Юдин, А.Н. Бакулев, А.И. Савицкий, А.В. Мельников, А.Г. Соловьев. Некоторые из них стали основателями современных отечественных научных школ хирургии пищевода (П.А. Герцен, С.С. Юдин, А.Г. Савиных).

Особенностью периода 20–30-х гг. XX века была разработка и внедрение местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому в качестве почти универсального метода обезболивания при разнообразных операциях. Безусловно, данный метод обеспечил возможность широкого распространения хирургических методов лечения различных заболеваний в самых отдаленных уголках нашей огромной страны. Однако, не все ведущие ученые признали местную анестезию. Так, С.П. Федоров (1934) предпочитал масочный наркоз, А.Г. Савиных (1939) и С.С. Юдин (1941) – спинномозговое обезболивание [374; 447; 512]. Многие хирурги, не получив удовлетворения от

местной анестезии по А.В. Вишневскому, по-разному ее модифицировали. В то же время В.М. Гинковский в 1938 г. предложил для операций на грудном отделе пищевода свой оригинальный способ «тотальной анестезии плевры» с помощью 1% раствора новокаина [117]. Местная анестезия по сравнению с несовершенным масочным наркозом была более безопасной и позволяла производить резекцию пищевода [380; 381]. Это было важной особенностью отечественной реконструктивной хирургии пищевода по сравнению с зарубежной, сохранявшейся до середины 50-х гг. Однако, местная анестезия, продвинув на определенном этапе развитие реконструктивной хирургии пищевода, в дальнейшем стала тормозить этот процесс, поскольку не давала возможности производить трансплевральные операции большого объема.

Великая Отечественная война (ВОВ) 1941–1945 гг., с одной стороны, отвлекла основную массу хирургов для решения актуальных задач по оказанию квалифицированной помощи раненым, но с другой стороны, обусловила быстрое развитие как всей хирургии, так и смежных с ней дисциплин. Научная работа в области медицины и хирургии во время ВОВ непрерывно продолжалась, и подтверждением этому служат 450 докторских диссертаций, защищенных в период 1941–1945 гг. [208]. В годы ВОВ координацию научных исследований осуществляли Ученый медицинский совет НКЗ СССР и Военно-санитарная комиссия при Президиуме Академии наук (АН) СССР во взаимодействии с Главным военно-санитарным управлением (ГВСУ) и его Ученым медицинским советом. В этот период одним из основных научно-исследовательских учреждений страны был Всесоюзный институт экспериментальной медицины им. А.М. Горького (ВИЭМ), организованный в 1932 г. в Ленинграде. В 1934 г. ВИЭМ переехал вместе АН СССР из Ленинграда в Москву. Имея в своем составе целый ряд филиалов, отделов, отделений, лабораторий, клиник и станций, ВИЭМ послужил базой для создания Академии медицинских наук СССР (АМН СССР), которая была учреждена 30 июня 1944 года Постановлением СНК СССР № 797 для решения масштабных медицинских задач, связанных с послевоенным восстановлением страны [107].

Действительными членами АМН СССР (в числе 60 первых членов-учредителей) стали такие известные специалисты по хирургии пищевода, как Н.Н. Петров, А.Г. Савиных и С.С. Юдин. В составе АМН СССР были организованы 25 научно-исследовательских институтов, среди которых видное место занял Институт экспериментальной и клинической хирургии.⁴⁷ Этот институт был организован на базе Московской городской больницы им. С.П. Боткина, в 1945–1946 гг. его возглавлял М.Н. Ахутин, затем его директором недолго был С.С. Юдин, а с 1947 г. руководителем института стал А.В. Вишневский, заведовавший до этого хирургической клиникой ВИЭМ. В Институте экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР в 1946 г. свои первые операции на пищеводе сделал Б.В. Петровский, который с 1945 г. работал заместителем директора этого института. В 1944 г., в связи с организацией АМН СССР, Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского [50а], а в 1945 г. Ленинградский Институт скорой помощи⁴⁸ обрели официальный статус научно-исследовательских институтов, что значительно изменило характер их научной, практической и учебно-методической деятельности. В 1945 г. Ленинградский онкологический институт под руководством Н.Н. Петрова был включен в состав институтов АМН СССР под названием «Институт онкологии АМН СССР». Все эти учреждения активно разрабатывали проблему реконструктивной хирургии пищевода.

Сразу после окончания ВОВ российские хирурги приступили к углубленному изучению проблемы реконструктивной хирургии пищевода, которая стала одним из наиболее приоритетных направлений научных исследований. По мнению В.И. Казанского, Б.В. Петровского, А.И. Савицкого, бурное развитие торакальной хирургии во второй половине 40-х гг. в СССР происходило благодаря хорошо разработанному методу местной анестезии. Однако, некоторые ученые (например, С.В. Гейнац) прямо говорили о том, что местная анестезия задержала развитие реконструктивной хирургии пищевода в Рос-

⁴⁷ С ноября 1948 г. – Институт хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР.

⁴⁸ С 1955 г. – Институт скорой помощи им. Ю.Ю. Джанелидзе.

сии [110]. По этому поводу на VI пленуме Правления Всесоюзного общества хирургов (1956) В.С. Стручков заметил: «Я не могу согласиться ..., что местная анестезия затормозила развитие этого раздела хирургии. Нужно оценивать ее роль по тому уровню наркоза, который был в то время, когда начиналась разработка хирургии рака пищевода и кардии. Тогда мы можем четко сказать, что местная анестезия содействовала развитию этого раздела хирургии».⁴⁹ Примечательно, что эта дискуссия началась еще раньше, на V пленуме Правления Всесоюзного общества хирургов (1952), на котором вопрос о хирургическом обезболивании был одним из программных. Материалы V пленума не публиковались, но мы располагаем рукописными заметками Б.В. Петровского (тезисами его выступления на V пленуме),⁵⁰ которые свидетельствуют о том, что Б.В. Петровский также призывал не противопоставлять местную анестезию и наркоз, хотя он был одним из пионеров разработки эндотрахеального наркоза в СССР (рис. 12 в Приложении).

Одной из характерных особенностей периода 50–60-х гг. XX века стало начало разработки и внедрения в реконструктивную хирургию пищевода оригинальных отечественных сшивающих аппаратов, сыгравших большую роль в улучшении результатов хирургических вмешательств.

К особенностям периода 1961–1990 гг. следует отнести ряд больших организационных изменений, предпринятых Министерством здравоохранения (МЗ) СССР и АМН СССР. Речь идет о строительстве крупных многопрофильных больниц, онкологических диспансеров и создании специализированных хирургических научно-исследовательских институтов (ВНИИКиЭХ МЗ СССР, ОНЦ АМН СССР и др.), в структуру которых в соответствии с поставленными задачами совершенствования специализированной медицинской помощи были впервые введены отделения торакальной хирургии и отделения анестезиологии и реанимации. Это вызвало к жизни появление новых медицинских специальностей (торакальная хирургия, анестезиология

⁴⁹ Цит.: Стручков В.С. Тр. VI пленума правл. Всесоюзн. о-ва хирургов 22–24/XI-1956 г.– Л., 1957.– С. 138.

⁵⁰ Архив РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН [36а].

и реаниматология) и способствовало дальнейшему совершенствованию хирургического лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий. В 60–70-е гг. произошло возвращение российских хирургов на мировую научную арену, началось быстрое расширение научных связей с зарубежными клиниками и обмен опытом на всесоюзных и международных научных конференциях и съездах, в чем большую роль сыграл Б.В. Петровский, который в 1965–1980 гг. занимал пост Министра здравоохранения СССР.

Важно, что реконструктивная хирургия пищевода в этот период получила большое развитие не только в центральных научно-исследовательских институтах, таких, как НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, ВНИИКиЭХ МЗ СССР, МНИОИ им. П.А. Герцена, Институт онкологии им. Н.Н. Петрова АМН СССР, НИИ скорой помощи им. Ю.Ю. Джанелидзе, но и на кафедрах хирургии медицинских институтов Москвы, Ленинграда, Томска, Горького, Уфы, Сталинграда, Куйбышева, Киева, Донецка, Минска, Риги, Баку, Ташкента и других городов нашей страны. В конце 50-х – начале 60-х гг. стали создаваться первые послеоперационные отделения (интенсивной терапии), что также значительно расширило возможности развития реконструктивной хирургии пищевода в СССР на новой физиологической основе.

В 60–80-х гг. XX века стабильное поступательное развитие реконструктивной хирургии пищевода в русле мировых тенденций привело к преодолению отставания в развитии данного научного направления от стран Запада. В этот период отечественные хирурги накопили огромный опыт операций при доброкачественных и злокачественных заболеваниях, травмах пищевода и их последствиях. К началу 90-х гг. реконструктивная хирургия пищевода, как важное научное направление в России, вышла на мировой уровень, заняв передовые позиции в таких разделах, как разработка и внедрение разнообразных способов эзофагопластики при рубцовых послеожоговых стриктурах пищевода, глотки и желудка.

В связи с распадом СССР 1991 г. произошел целый ряд организационных изменений и социальных потрясений, в результате в 90-х гг. XX века в России была значительно снижена руководящая роль Минздрава и Академии медицинских наук, отмечен спад в научной и практической деятельности крупных научно-исследовательских центров, ранее безвозмездно принимавших на лечение большое количество пациентов из всех регионов огромной страны. Это выразилось в сокращении и даже свертывании ряда перспективных научных программ в реконструктивной хирургии пищевода и вызвало снижение темпов разработки новых методов диагностики и лечения. В результате в период 90-х гг. XX века вновь выявилось отставание российских ученых в изучении ряда актуальных аспектов данной проблемы, связанных, например, с разработкой новых диагностических и лечебных технологий.

Однако, в начале 2000-х гг. в РФ стало происходить постепенное восстановление научных исследований в области реконструктивной хирургии пищевода на новой экономической основе с привлечением больших возможностей современной фундаментальной науки. Новейшие достижения техники и технологии, смежных дисциплин, позволили хирургам приступить к решению ранее недостижимых задач. Это выразилось, с одной стороны, в разработке одномоментных расширенных и комбинированных операций большого объема при раке пищевода, сочетанных операций при его доброкачественных заболеваниях, а с другой стороны – в разработке и широком внедрении различных миниинвазивных эндоскопических и эндовидеохирургических вмешательств на пищеводе и кардии. Подобные миниинвазивные операции доказали свою правомочность и эффективность как при раке, так и при разнообразных доброкачественных заболеваниях пищевода.

Таким образом, одной из особенностей последнего (современного) исторического периода (1991–2012 гг.) является сначала замедление, а затем новое ускорение развития реконструктивной хирургии пищевода в России, что позволило отечественным хирургам в значительной мере восстановить свои позиции на мировой арене. Следует отметить, что современный период

истории реконструктивной хирургии пищевода в России продолжается, а дальнейшие перспективы развития данного научного направления будут обсуждены в V главе данной работы.

III.1.2. Влияние насущных задач практической медицины на необходимость разработки проблемы реконструктивной хирургии пищевода

Стабильно большое количество пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода в России по сравнению с развитыми странами Запада постоянно стимулировало отечественных хирургов к разработке проблемы реконструктивной хирургии пищевода и, в частности, различных методов эзофагопластики. Так, если на протяжении XX века в странах Европы и Америки послеожоговые рубцовые стриктуры пищевода встречались лишь спорадически, то в России подобные тяжелые последствия химических ожогов пищевода всегда устойчиво занимали второе место по частоте среди всех заболеваний пищевода после его раковых поражений [56; 87; 347; 479].

В начале второго периода истории реконструктивной хирургии пищевода в России (1908–1940 гг.) следует отметить такие достижения отечественных хирургов, как разработка внутриплевральной шунтирующей эзофагопластики тонкой кишкой (С.П. Федоров, 1908), заднемедиастинальной пластики пищевода тонкой кишкой (В.П. Вознесенский, 1908), подкожной пластики пищевода антиперистальтической желудочной трубкой (Я.О. Гальперн, 1912), трансплевральной резекции пищевода с одномоментной пластикой тонкой кишкой (А.П. Алексеев, 1914). Благодаря работам А.Л. Покотило, А.Г. Соловьева, С.С. Юдина, А.Г. Савиных в 20–30-х годах XX века была усовершенствована и получила большое развитие антеторакальная эзофагопластика тонкой кишкой при послеожоговых стриктурах пищевода.

В это время лечение рака пищевода и кардии также оставалось насущной задачей, требующей своего эффективного решения. Первые положительные сдвиги в этом направлении появились в 30-х гг. XX века, чему способствовали работы П.А. Герцена, В.М. Гинковского, В.С. Левита, А.Г. Са-

виных, А.И. Савицкого, К.П. Сапожкова. Кроме этого, в данный период в нашей стране начались исследования по хирургическому лечению нервно-мышечных заболеваний пищевода, при которых ранее применялось только малоэффективное консервативное лечение. В 20–30-х гг. XX века данной проблемой систематически занимались в Москве клиники В.Р. Брайцева и П.А. Герцена, а в Ленинграде – клиники С.П. Федорова и Э.Р. Гессе.

В первые годы после окончания Великой Отечественной войны в нашей стране началось бурное развитие торакальной хирургии, а вместе с ней и реконструктивной хирургии пищевода, которая вскоре выделилась в самостоятельное научное направление. В 50-х гг. хирургический метод стал основным в лечении рака пищевода, и значительно расширился спектр операций при его доброкачественных заболеваниях. В этот период реконструктивной хирургия пищевода становится одним из приоритетных направлений научных исследований отечественных ученых, чему способствовало быстрое развитие физиологии, бактериологии, фармакологии, трансфузиологии и анестезиологии. В эти годы российские хирурги внесли много нового в разработку проблемы создания искусственного пищевода, значительно усовершенствовали методику и технику ряда реконструктивных операций.

Весьма насущной задачей в 50-х гг. XX века стало внедрение эндотрахеального наркоза, но его распространение в СССР значительно сдерживалось отсутствием не только квалифицированных врачей-анестезиологов, но и необходимой аппаратуры и оснащения. В конце 40-х – начале 50-х гг. в СССР были организованы научно-исследовательские институты, работавшие в области создания медицинской аппаратуры и инструментария (ВНИИМИО МЗ СССР, НИИХАиИ МЗ РСФСР). Эти институты разрабатывали в том числе и аппаратуру для проведения эндотрахеального наркоза и ИВЛ, и в период 50–60-х гг. XX века в СССР произошел постепенный переход от местной анестезии к современному эндотрахеальному наркозу. В 50-х гг. развитие физиологического подхода позволило достигнуть первых крупных успехов в оперативном лечении рака грудного отдела пищевода и кардии. В этот пери-

од был накоплен большой объем информации об этиологии и патогенезе различных заболеваний пищевода, значительно усовершенствованы способы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

В связи с необходимостью усовершенствования, упрощения и стандартизации ряда этапов реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе и желудке в 50–60-х гг. XX века в СССР были изобретены, разработаны и серийно выпускались медицинской промышленностью многочисленные хирургические сшивающие аппараты, которые позже нашли широкое применение и за рубежом. Необходимо отметить, что в развитии этого направления отечественные хирурги безусловно опередили своих западных коллег. В 60-х гг. 30 моделей отечественных сшивающих аппаратов экспортировались во многие страны мира. К 1967 г. на них было получено 39 авторских свидетельств в СССР и 71 патент в девяти зарубежных странах (Англия, Бельгия, Италия, Канада, США, Франция, ФРГ, Швейцария, Япония) [115].

Важным событием стала организация в 1956 г. в Москве Института грудной хирургии АМН СССР под руководством академика А.Н. Бакулева. В начале 60-х гг. в СССР открываются первые отделения торакальной хирургии, а затем и специализированные отделения хирургии пищевода. Необходимость создания таких отделений была продиктована спецификой операций на пищеводе, по целому ряду параметров сильно отличающихся от операций на легких и других органах средостения. Первое отделение хирургии пищевода и желудка было создано академиком Б.В. Петровским в возглавляемом им НИИ клинической и экспериментальной хирургии МЗ РСФСР в 1963 г. Вскоре примеру НИИКиЭХ последовали и другие научно-исследовательские хирургические и онкологические институты. Такая узкая специализация способствовала значительному развитию реконструктивной хирургии пищевода как самостоятельного научного направления во все последующие годы в нашей стране. В дальнейшем большую роль в этом сыграло также создание Проблемной комиссии по хирургии пищевода в рамках Межведомственного научного совета по хирургии при МЗ СССР и АМН СССР.

В 60-х гг. отечественные хирурги стали проводить углубленные исследования отдаленных результатов эзофагопластики у пациентов с послеожоговыми стриктурами пищевода [278], также появились работы по хирургическому лечению сочетанных рубцовых поражений пищевода и желудка [414].

В начале 70-х гг. XX века в нашей стране впервые был поставлен вопрос о выделении новой нозологической единицы в виде заболеваний оперированного и искусственного пищевода [312]. Это было связано с тем, что возросло количество пациентов, у которых эзофагопластика по разным причинам не была завершена, и возвращение этих больных к активной жизни стало актуальной научной и практической задачей отечественных хирургов.

В 70–80-е гг. получило дальнейшее развитие хирургическое лечение доброкачественных заболеваний пищевода, таких, как кардиоспазм, рефлюкс-эзофагит, дивертикулы, свищи, доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Этой насущной проблеме было посвящено большое количество работ отечественных авторов [88; 94; 192; 217; 442; 449; 453; 464; 484; 485].

В 80–90-е гг. возникли актуальные задачи значительного повышения эффективности хирургических операций, уменьшения их травматичности, сокращения частоты послеоперационных осложнений, сроков лечения больных, снижения частоты их инвалидизации, улучшения качества жизни. Это обусловило необходимость дальнейшего совершенствования одномоментных, в том числе комбинированных, расширенных и сочетанных операций на пищеводе и кардии. Благодаря упорным исследованиям российских ученых (В.С. Сильвестров, А.Ф. Черноусов, А.И. Пирогов, Б.Е. Петерсон, О.К. Скобелкин, М.И. Давыдов, П.Н. Зубарев, Б.И. Мирошников) преимущества таких операций были доказаны, а многоэтапные вмешательства резекции и пластики пищевода многие хирурги стали производить только вынужденно, по особым показаниям. С другой стороны, выдающиеся достижения научно-технического прогресса позволили в этот период приступить к разработке и внедрению миниинвазивных эндовидеохирургических операций на пищеводе, которые обеспечили дополнительные возможности для решения постав-

ленных актуальных научных и практических задач. Однако, необходимо отметить, что это направление отечественные хирурги стали разрабатывать позже своих западных коллег. Первоначальное обучение эндовидеохирургическим операциям российские специалисты были вынуждены проходить в европейских странах. Такое заметное отставание в разработке методов миниинвазивной реконструктивной хирургии пищевода было связано прежде всего с отсутствием в нашей стране производителей необходимой для этого сложной высокотехнологичной аппаратуры и инструментов.

Необходимо отметить, что до настоящего времени ни один из аспектов проблемы реконструктивной хирургии пищевода нельзя считать полностью решенным, поэтому представители крупнейших российских научных хирургических школ продолжают углубленные исследования в этом направлении. Так, в Москве этой проблемой активно занимаются академик РАН А.Ф. Черноусов, академик РАН М.И. Давыдов, член-корр. РАН И.С. Стилиди, проф. М.М. Абакумов, проф. А.Н. Погодина, проф. Л.А. Вашакмадзе, проф. С.А. Домрачев; в Санкт-Петербурге – проф. П.Н. Зубарев, проф. Б.И. Мирошников; в Петрозаводске проф. Ю.В. Сильвестров; в Перми проф. В.М. Субботин; в Нижнем Новгороде проф. А.А. Чернявский; в Казани проф. Е.И. Сигал; в Самаре проф. В.И. Белоконев; в Туле проф. В.А. Марийко; в Волгограде проф. А.А. Полянцев; в Воронеже проф. Ю.Ю. Булынин; в Астрахани проф. Д.Г. Мустафин; в Краснодаре проф. В.М. Дурлештер; в Ростове-на-Дону проф. М.Ф. Черкасов; в Барнауле проф. В.И. Оскретков; в Иркутске проф. М.Б. Скворцов; в Новосибирске проф. Е.В. Лишов и проф. Ю.В. Чикинев; в Томске проф. Г.К. Жерлов. Все эти ученые внесли большой вклад в развитие реконструктивной хирургии пищевода.

III.1.3. Наличие крупных научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России

Одной из особенностей российской медицинской науки является наличие крупных научных школ, которые возглавляют их основоположники и ли-

деры перспективных научных направлений, развивающие традиции преемственности и последовательности в воспитании и обучении своих учеников.

Один из крупнейших российских хирургов XX века академик Б.В. Петровский подчеркивал, что научная школа не рождается на пустом месте, ее готовят предшественники. Она не замыкается в кругу только собственных идей, а использует все, что дает мировая наука. Помимо оригинальности идей, научный руководитель школы не может быть только лидером в какой-либо области знаний, а должен иметь талантливых учеников, продолжателей традиций школы, без чего она не может существовать [170].

В конце XIX – начале XX столетий в России зародились и стали формироваться три самобытные научные школы реконструктивной хирургии пищевода, – школы И.И. Насилова, П.И. Дьяконова и С.П. Федорова.

Хронологически первая научная школа реконструктивной хирургии пищевода И.И. Насилова, зародившаяся в последней четверти XIX века в Санкт-Петербурге и продолжившая свою деятельность в Томске, разрабатывала наиболее актуальную для того времени задачу изучения хирургических доступов к грудному отделу пищевода, а также методику и технику трансплевральных операций под эндотрахеальным наркозом с применением искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Пионерские исследования И.И. Насилова и представителей его научной школы Э.Г. Салищева и В.Д. Добромыслова сыграли основополагающую роль в развитии торакальной хирургии и реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране и в мире.

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода П.И. Дьяконова, зародившаяся в начале XX века в Москве, занималась решением таких актуальных задач, как разработка доступов к грудному отделу пищевода в эксперименте и клинике, методики и техники резекции пищевода при раке и способов эзофагопластики при рубцовых стриктурах. Эта научная школа в начале XX века обладала самым большим в России опытом диагностики и хирургического лечения широкого спектра заболеваний пищевода.

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова, зародившаяся в начале XX века в Санкт-Петербурге, получила большое развитие на протяжении всего XX века. Главными направлениями научных исследований С.П. Федорова и его учеников стали разработка методики и техники одномоментной внутриплевральной резекции и пластики пищевода, различных вариантов шунтирующей тонкокишечной эзофагопластики, хирургического лечения рака и доброкачественных заболеваний пищевода.

К середине XX века в нашей стране сформировались три новые крупные научные школы реконструктивной хирургии пищевода, родоначальниками которых стали П.А. Герцен, С.С. Юдин и А.Г. Савиных. Эти школы разрабатывали проблему реконструктивной хирургии пищевода по всем основным направлениям, касающимся эффективного лечения пациентов с рубцовыми стриктурами, раком, различными доброкачественными заболеваниями пищевода. Особенно большую роль эти научные школы сыграли во второй половине XX века, когда их представители своими исследованиями определили основные тенденции в развитии данного научного направления.

Необходимо отметить, что проблему реконструктивной хирургии пищевода в СССР активно разрабатывали многие другие крупные отечественные ученые, вышедшие из разных научных школ.

Таким образом, еще одной особенностью реконструктивной хирургии пищевода в России является ее связь с деятельностью ряда крупных научных школ, определивших главные направления развития данной проблемы. За рубежом можно найти лишь немного подобных примеров (Т. Бильрот – И. Микулич – Ф. Зауэрбрух – Р. Ниссен; М. Киршнер – Р. Ценкер).

III.2. Приоритеты российских ученых в реконструктивной хирургии пищевода

По словам Б.В. Петровского (1948, 1950), большинство основных открытий в проблеме хирургии пищевода принадлежит российским хирургам. Подтверждая это, А.Г. Савиных в 1949 г. писал: «Русской хирургии в разработке методов лечения рака пищевода и кардии принадлежит ведущая

роль».⁵¹ Е.Л. Березов в (1951) также отмечал, что в этой области хирургии русские врачи занимали и занимают особенно почетное место. С.С. Юдин (1954) определил заслуги отечественных ученых таким образом: «... именно русским хирургам принадлежит приоритет в отношении либо основной руководящей идеи, открывающей новые пути в хирургии пищевода, либо первого успешного осуществления тех задач, которые назревали уже давно, но практическое решение которых не смогли дать хирурги других стран».⁵²

По нашему мнению, для правильного понимания этих высказываний Б.В. Петровского, А.Г. Савиных, Е.Л. Березова и С.С. Юдина необходимо учитывать особенности исторического периода конца 40-х – начала 50-х гг., когда началась «холодная война» между СССР и США, одновременно в нашей стране развернулась политическая кампания по борьбе с т.н. «безродным космополитизмом», продолжались сталинские репрессии («дело врачей»), и в результате отечественные ученые были поставлены в весьма унижительное положение, вынуждавшее их постоянно демонстрировать лояльность властям. Это выражалось и в прославлении достижений «советской» науки в противоположность науке «западной», и, в частности, в утверждении различных (иногда ложных) приоритетов в научных исследованиях, которые должны были ставить отечественных ученых выше их зарубежных коллег.

На самом деле анализ отечественной и зарубежной хирургической литературы показывает, что в первые послевоенные годы зарубежные исследователи стали разрабатывать ряд актуальных аспектов проблемы реконструктивной хирургии пищевода раньше отечественных ученых, и уже к середине 50-х гг. XX века накопили значительный опыт оперативного лечения таких заболеваний, как кардиоспазм, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит, дивертикулы, злокачественные и доброкачественные опухоли пищевода. По этим вопросам наиболее известны работы Abbott O.A. (1945); Allison P.R. (1951); Barrett N.R., Franklin R.H. (1949); Boyd D.P., Hill

⁵¹ Цит.: Савиных А.Г. К истории хирургического лечения рака пищевода и кардии. – Тр. Томского медицинского ин-та. – Т. XVI. 1888–1948. – Томск, 1949. – С. 319.

⁵² Цит.: Юдин С.С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода. – М.: Медгиз, 1954. – С. 5.

L.D. (1954); Bradshaw H.H. (1951); Chi P.S. (1950); Clagett O.T. и соавт. (1945); Collis J.L. и соавт. (1954); De Bakey M.E., Creech O. (1952); Denk W. (1950); Ellis F.H. и соавт. (1958); Garlock D.J. (1946); Harrington S.W. (1949); Johnston J.B. и соавт. (1953); Lahey F.N., Warren K.W. (1954); Lewis I. (1946); Lortat-Jacob J.L. (1951); Myers R.T., Bradshaw H.H. (1951); Mortensen J.D. и соавт. (1957); Naclerio E.A. (1957); Nissen R. (1956); Parker E.F. (1949); Sweet R.H. (1952, 1954, 1956); Warren K.W. (1954).

Подтверждение этому можно найти в том числе и в ряде названий, которые получили распространение в отечественной хирургической литературе и широко употребляются до сих пор: «пищевод Баррета», «фундопликация по Ниссену», «операция Аллисона», «операция Гэрлока», «операция Коллиса», «операция Льюиса», «операция Харрингтона», «операция Хилла» и др.

Тем не менее, изучение и сопоставление данных отечественной и зарубежной литературы показывает, что российские ученые обладают 23 мировыми приоритетами в реконструктивной хирургии пищевода, и это свидетельствует об интенсивности разработки данной проблемы в нашей стране. Для того, чтобы доказать правомочность приоритетов российских ученых, мы привлекли данные отечественной и зарубежной хирургической и исторической литературы, а также некоторые архивные материалы.

Среди признанных приоритетов российских ученых, подтвержденных литературными источниками, необходимо назвать следующие: 1) задняя медиастинотомия для резекции грудного отдела пищевода (И.И. Насилов, 1888); 2) трансплевральная резекция пищевода с анастомозом конец-в-конец (В.Д. Добромислов, 1900); 3) три первые в мире торакотомии при раке пищевода (Э.Г. Салищев, В.Д. Добромислов, 1900); 4) первая законченная антеторакальная эзофагопластика тонкой кишкой (П.А. Герцен, 1907); 5) внутриплевральная пластика пищевода тонкой кишкой в эксперименте (С.П. Федоров, 1908); 6) реваскуляризация искусственного тонкокишечного пищевода за счет внутренней грудной артерии (Е.Ю. Крамаренко, 1928); 7) антеторакальная пластика пищевода свободным сегментом тощей кишки, обернутым

в филатовский стебель (Шамов В.Н., 1928); 8) резекция кардии и нижней трети пищевода через сагиттальную диафрагмокруротомию (Савиных А.Г., 1936; 9) трансдиафрагмальная резекция пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой (Савиных А.Г., 1944); 10) ремобилизация подкожного тонкокишечного трансплантата без дополнительного пересечения питающих сосудов (Арапов Д.А., 1949); 11) проведение тонкокишечного трансплантата на шею в заднем средостении без удаления собственного пищевода (Скворцов И.Г., 1949); 12) создание искусственного пищевода в переднем средостении (Н.И. Еремеев, 1949); 13) мобилизация корня брыжейки тонкой кишки для увеличения длины тонкокишечного трансплантата (Б.А. Петров, Г.Р. Хундадзе, 1950); 14) пластика кардии лоскутом диафрагмы при кардиоспазме (Б.В. Петровский, 1957).

Если вышеуказанные приоритеты были ранее подтверждены в трудах отечественных и зарубежных исследователей, то ряд других оперативных методов, предложенных российскими хирургами, остались незамеченными либо забытыми, в результате они не были проанализированы и представлены как приоритетные. На основании изучения оригинальных работ отечественных и зарубежных хирургов, с учетом времени их первого опубликования в научной медицинской печати, представляется необходимым прибавить к вышеуказанным следующие 9 мировых приоритетов: 1) заднемедиастинальная эзофагопластика тонкой кишкой с инвагинационным пищеводно-тонкокишечным анастомозом конец-в-конец (Вознесенский В.П., 1908); 2) резекция грудного отдела пищевода с внутриплевральной пластикой тонкой кишкой и анастомозом конец-в-конец (Алексеев А.П., 1914); 3) антеторакальная эзофагопластика широкой изоперистальтической желудочной трубкой (П.А. Герцен, 1933); 4) внутриплевральная эзофагопластика резецированным по Бильрот-II желудком с перемещением селезенки (Русанов А.А., 1958); 5) тотальная пластика пищевода изоперистальтическим толстокишечным трансплантатом с питанием из сигмовидной артерии (Андросов П.И., 1964); 6) пластическое укрытие швов шейного отдела пищевода

мышечным лоскутом на ножке (Попов Е.Н., 1964); 7) трансплевральная резекция рубцовоизмененного пищевода с сохранением блуждающих нервов (Абакумов М.М., 1988); 8) одномоментная загрудинная пластика пищевода и глотки толстой кишкой при сочетанных послеожоговых рубцовых стриктурах (Черноусов А.Ф., 1998), 9) трансдиафрагмальные операции пластического закрытия свищей грудного отдела пищевода (Черноусов А.Ф., 1974, 2000).

Приоритеты российских хирургов приведены в табл. 1.

Мировые приоритеты российских ученых в хирургии пищевода

Таблица 1.

№	Автор	Год	Название приоритета	Внедрение	Результат	Кем, когда установлен приоритет, где опубликовано
1	Насилов И.И.	1888	Задняя медиастинотомия для обнажения грудного отдела пищевода	в эксперименте на трупах	+	Юдин С.С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода.– М.: Медгиз, 1954.– 272 с.
2	Добромыслов В.Д.	1900	Трансплевральная резекция пищевода с анастомозом конец-в-конец	в эксперименте на трупах и собаках	+	Юдин С.С., там же
3	Салищев Э.Г., Добромыслов В.Д.	1900	Три первые в мире эксплоративные торакотомии при раке пищевода	в клинике	смерть	Богопольский П.М. Вопр. реконструктивн. и пластич. хирургии.– 2011.– № 4.– С. 69–73.
4	Герцен П.А.	1907	Первая законченная антеторакальная эзофагопластика тонкой кишкой	в клинике	+	Юдин С.С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода.– М.: Медгиз, 1954.– 272 с.
5	Федоров С.П.	1908	Внутриплевральная шунтирующая пластика пищевода тонкой кишкой	в эксперименте на собаках	+	Юдин С.С., там же.
6	Вознесенский В.П.	1908	Заднемедиастинальная пластика пищевода тонкой кишкой	в эксперименте на собаках	+	Богопольский П.М., Балалыкин Д.А. Вестн.

			с инвагинационным пищеводно-тонкокишечным анастомозом	ках		хир. гастроэнтерол.– 2011.– № 1.– С. 78–82.
7	Алексеев А.П.	1914	Резекция грудного отдела пищевода с внутриплевральной пластикой тонкой кишкой и анастомозом конц-в-конец	в эксперименте на трупах и собаках	+	Богопольский П.М., Балалыкин Д.А. Вестн. хир. гастроэнтерол.– 2011.– № 1.– С. 78–82.
8	Крамаренко Е.Ю.	1928	Реваскуляризация искусственного тонкокишечного пищевода за счет артерий грудной, брюшной полости и артерий шеи	в эксперименте на трупах	+	Юдин С.С., Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода.– М.: Медгиз, 1954.– 272 с.
9	Шамов В.Н.	1928	Антеторакальная пластика пищевода свободным сегментом тощей кишки, обернутым в филатовский стебель	в клинике	пластика не закончена	Юдин С.С., там же.
10	Герцен П.А.	1933	Антеторакальная эзофагопластика широкой изоперистальтической желудочной трубкой	в клинике	+	Богопольский П.М., Балалыкин Д.А., Вестн. хир. гастроэнтерол.– 2011.– № 2.– С. 89–95
11	Савиных А.Г.	1936	Резекция кардии и нижней трети пищевода через сагитальную диафрагмокруротомию	в клинике	+	Задорожный А.А, Байдала П.Г., История формирования госпитальной хирургической клиники и роль А.Г. Савиных в создании онкологической службы в Сибири.– Томск, 2008.– 264 с.
12	Савиных А.Г.	1944	Экстирпация пищевода абдоминоцервикальным доступом с одномоментной заднедиастиальной пластикой тонкой кишкой	в клинике	+	Юдин С.С., Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода.– М.: Медгиз, 1954.– 272 с.

13	Арапов Д.А.	1949	Ремобилизация под- кожного трансплан- тата без дополни- тельного пересече- ния питающих сосу- дов	в клини- ке	+	Юдин С.С., там же
14	Скворцов И.Г.	1949	Проведение кишеч- ного трансплантата на шею в заднем средостении без удаления пищевода	в клини- ке	+	Юдин С.С., там же
15	Еремеев Н.И.	1949	Создание искусст- венного пищевода в переднем средосте- нии	в клини- ке	+	Юдин С.С., там же
16	Петров Б.А., Хундадзе Г.Р.,	1950	Мобилизация корня брыжейки для уве- личения относи- тельной длины тон- кокишечного транс- плантата	в клини- ке	+	Юдин С.С., там же
17	Петровский Б.В.	1957	Эзофагокардиомио- томия с пластикой кардии лоскутом диафрагмы на ножке при кардиоспазме	в клини- ке	+	Суворова Т. А., Вестн. хир. им. И.И. Грекова.– 1958.– Т. 80.– № 2.– С.21– 30.
18	Русанов А.А.	1958	Внутриплевральная эзофагопластика ре- зецированным же- лудком с перемеще- нием селезенки	в клини- ке	+	Собецкая Г.С., Вестн. хир. им. И.И. Грекова.– 1960.– Т. 85.– № 9.– С. 122–124.
19	Андросов П.И.	1964	Тотальная пластика пищевода изопери- стальтическим тол- стокишечным трансплантатом с питанием из сигмо- видной артерии	в клини- ке	+	Абакумов М.М., Богопольский П.М., Матер. конф., посвящ. 70-летию каф. хир. б-ней МГМСУ.– М., 2007.– С. 402.
20	Попов Е.И.	1964, 1966	Пластическое укры- тие швов шейного отдела пищевода мышечным лоску- том на ножке	в клини- ке	+	П.М. Богополь- ский, 2013 (дан- ная работа).
21	Абакумов М.М.	1991	Трансплевральная резекция рубцово- суженного пищевода с сохранением блу- ждающих нервов	в клини- ке	+	Богопольский П.М., Между- нар. симпозиум «Традиции и новаторство в истории отече- ственной меди-

						цины», Москва, 12 ноября 2010 г.– М., 2010.– С. 89–90.
22	Черноусов А.Ф.	1998	Одномоментная пластика пищевода и глотки толстой кишкой при ожоговых стриктурах	в клинике	+	Авторское свидетельство № 1650108 от 22 января 1991 г.
23	Черноусов А.Ф.	1974, 2000	Трансдиафрагмальные операции пластического закрытия свищей грудного отдела пищевода	в клинике	+	Богопольский П.М., Кабанова С.А., I съезд Росс. о-ва хирургов-гастроэнтерологов.– Геленджик, 5–7 ноября 2008 г.– Вестн. хир. гастроэнтерол.– 2008.– № 4.– С. 133–134.

Как следует из таблицы 1, из 23 приоритетных оперативных методов 6 были впервые разработаны российскими хирургами в эксперименте, а 18 – впервые внедрены в клинику, причем в 16 случаях – с получением благоприятных результатов. Это свидетельствует о практической направленности передовых научных исследований, проводимых отечественными учеными.

Необходимо отметить, что некоторые оперативные методы, впервые предложенные российскими хирургами, не получили распространения в клинической практике и в настоящее время имеют лишь исторический интерес (например, способ В.Н. Шамова эзофагопластики сегментом тощей кишки, обернутой в филатовский стебель). Тем не менее, данные приоритеты были связаны с проведением большой научно-исследовательской работы, они отражают уровень развития реконструктивной хирургии пищевода в России на каждом определенном этапе, а потому также достойны упоминания.

Таким образом, не все указанные в табл. 1 приоритеты одинаковы по своему значению для клинической практики, поэтому представляется оправданным в первую очередь представить наиболее важные достижения отече-

ственных ученых, которые оказали значительное влияние на развитие реконструктивной хирургии пищевода как в нашей стране, так и в мире.

III.2.1. Наиболее важные мировые приоритеты

отечественных ученых в реконструктивной хирургии пищевода

1) Задняя медиастинотомия для обнажения грудного отдела пищевода

(И.И. Насилов, 1888)

По данным В.И. Казанского (1973), задний внеплевральный доступ к пищеводу И.И. Насилов начал разрабатывать еще в 1883 г., и после опубликования результатов своих исследований в 1888 г. в журнале «Врач» он написал еще одну заметку на эту тему, которая вышла в американском журнале «Annals of Surgery» в 1889 г. Несмотря на это, за рубежом способ И.И. Насилова некоторые ученые неправильно называли операцией Эндерлена-Рена [175; 177; 246; 295; 606]. Но следует отметить, что имя И.И. Насилова, как первого ученого, предложившего этот доступ к грудному отделу пищевода, мы находим не только в работах отечественных авторов начала XX в., таких, как Старков А.В. (1901), Саввин В.Н. (1903), Славянис В.Ю. (1908), Алексеев А.П. (1914), Венгловский Р.И. (1914), но также и в научных статьях зарубежных ученых того же периода, таких, как E. Enderlen (1901) и E. Rehn (1914), а также в капитальной монографии V. Hacker и G. Lotheissen (1926), посвященной хирургии пищевода [554; 566; 613]. Примечательно, что работа аргентинского хирурга A. Llobet, опубликованная в 1900 г. в журнале «Revue de Chirurgie», называется «L'opération de Nasilow. La première intervention à Buenos-Aires» [582]. Среди современных зарубежных авторов на приоритет И.И. Насилова указывают Reith H.B. et al., 2003 [614]. Таким образом, можно считать безусловно доказанным тот факт, что первым в мире указал реальный путь к грудному отделу пищевода и разработал внеплевральный способ его резекции при раке русский ученый И.И. Насилов в 1888 г.

В ряде отечественных работ бытует мнение о том, что впервые в мире операцию И.И. Насилова в клинике у больного раком грудного отдела пищевода сделал в 1889 г. проф. А.А. Бобров. Эти сведения (без ссылок на кон-

кретные источники) мы впервые встречаем в статье Б.В. Петровского «Значение отечественных хирургических школ в развитии хирургии пищевода» (1948), а затем в его монографии «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1950). Это утверждение о приоритете А.А. Боброва вслед за Б.В. Петровским повторяли затем и другие авторы, приводившие исторические сведения в своих работах по хирургии пищевода [11; 28; 50; 175; 177].

Известно, что с 1881 до 1893 гг. А.А. Бобров работал на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии ИМУ, а клинической работой с 1884 г. занимался в Басманной больнице [27]. В отчете о деятельности хирургического отделения Басманной больницы за период 1886–1891 гг., составленном А.А. Бобровым и Ф.И. Березкиным, сведений об операциях на грудном отделе пищевода мы не нашли [60]. В то же время в докторской диссертации В.Г. Руднева (1889) имеется описание одного случая из практики Басманной больницы, известного автору со слов проф. А.А. Боброва. Речь шла о 49-летнем больном раком нижней трети пищевода, который умер после наложения ему гастростомы. На трупе этого пациента А.А. Бобровым и была испробована операция И.И. Насилова, но мобилизовать пищевод с опухолью через задний внеплевральный доступ ему не удалось. Вырезать ножом опухоль из окружающих тканей, в которые она прочно вросла, оказалось возможным только через грудную полость [362]. По этому поводу В.Г. Руднев писал: «Из этого случая можно заключить, что экстирпировать раково-перерожденный пищевод, как предлагает проф. Насилов, едва ли возможно, без опасения повредить важные соседние органы».⁵³ Возможно, отсюда и произошла отмеченная нами историческая ошибка, поскольку год опубликования диссертации – 1889-й, и в ней В.Г. Рудневым описана попытка А.А. Боброва сделать операцию по Насилову, но, как выясняется, только на трупе.

В 1922 г. И.И. Греков во вводной части своей статьи о пластике пищевода [123] указал, что доступ к грудному отделу пищевода по И.И. Насилову

⁵³ Цит.: Руднев В.Г. Топография органов грудной полости и описание заключающейся в ней клетчатки. Дисс.– М., 1889.– С. 18.

впервые был применен русским хирургом П.А. Розовым (без указания даты), при этом И.И. Греков сослался на диссертацию А.П. Алексеева, опубликованную в 1914 г. На самом деле А.П. Алексеев,⁵⁴ собрав в своей диссертации всю известную к тому времени казуистику, имени П.А. Розова среди хирургов, применивших в клинике доступ И.И. Насилова, не упоминал [14].

В подробной компилятивной работе (доцентской лекции) А.В. Мельникова (1922), посвященной хирургии пищевода [246], мы среди хирургов, применявших доступ И.И. Насилова в клинике, фамилий Боброва и Розова также не нашли. А.В. Мельников писал: «Я собрал из литературы 104 случая операций резекции пищевода в грудном его отделе, произведенных по поводу рака или других его заболеваний. ... Из числа 104 таких операций только одна была выполнена в России проф. Дьяконовым...».⁵⁵

Таким образом, первые операции на пищеводе задним внеплевральным доступом были выполнены за рубежом, но лишь через 10 лет после того, как И.И. Насилов опубликовал результаты своих исследований [14; 92; 405]. Также можно считать твердо установленным то, что первым в России (и девятым в Европе, по данным А.В. Мельникова) хирургом, который в марте 1904 г. резецировал грудной отдел пищевода по поводу рака доступом по И.И. Насилову в модификации Faure, был П.И. Дьяконов [14; 246; 405].

2) Трансплевральная резекция пищевода с анастомозом конец-в-конец в эксперименте (В.Д. Добромыслов, 1900)

Примером анатомо-физиологического подхода к операциям на грудном отделе пищевода явилась работа В.Д. Добромыслова, который в 1900 г. впервые в мире в эксперименте на собаках всесторонне разработал трансплевральный доступ к пищеводу и успешно выполнил резекцию грудного отдела пищевода с анастомозом конец-в-конец [37; 174; 295; 384; 566; 639].

Первая опубликованная В.Д. Добромысловым на эту тему работа (1900) содержала очень много новых и важных сведений, но утверждение о

⁵⁴ А.П. Алексеев – ассистент госпитальной хирургической клиники С.П. Федорова.

⁵⁵ Цит.: Мельников А.В. О резекции грудного отдела пищевода. – Вестн. хирургии и пограничн. областей. – 1922. – Т. I. – Кн. 9. – С. 95–96.

том, что В.Д. Добромыслов первым в мире в эксперименте применил основные принципы и главные компоненты современного наркоза [177; 184], следует признать преувеличением, также, как и слова А.Г. Савиных, который в 1949 г. писал, что принцип гиперпрессии и аппарат для этого (т.е., для ИВЛ) были разработаны В.Д. Добромысловым на 4 года раньше Л. Брауэра [375]. Примерно таким же образом определил заслуги В.Д. Добромysłова в этом вопросе и Ф.Ф. Сакс (1953). Речь идет о том, что в 1900 г. В.Д. Добромыслов стал проводить у собак эфирный эндотрахеальный наркоз с ИВЛ через предварительно наложенную трахеостому, что и позволило ему получить благоприятные результаты трансплевральной резекции пищевода. Но в 1903 г. в своей второй статье на эту тему В.Д. Добромыслов писал: «Просматривая в последнее время литературу о хирургии легких, я нашел указание, что этот метод уже один раз и с успехом применялся на людях. Именно, Доуен сообщил на XII международном съезде в Москве о применении им ... аспирации воздуха из плевральной полости... Пользуясь этим случаем, он предложил аппарат для аспирации воздуха из плевральной полости и *искусственного дыхания*».⁵⁶ Таким образом, по словам самого В.Д. Добромysłова (1903), метод ИВЛ был применен в клинике уже в конце XIX века. Этот факт подтверждают А.П. Алексеев (1914) и Р.И. Венгловский (1915). Изучая материалы XII международного съезда врачей, проходившего в 1897 г. в Москве [244], мы не нашли имен Э.Г. Салищева и В.Д. Добромysłова среди делегатов. По-видимому, из-за этого сведения, представленные на XII Международном съезде Дуайеном, дошли до В.Д. Добромysłова с большим опозданием.

Необходимо отметить, что хотя экспериментальная работа В.Д. Добромysłова была вполне оригинальной, и сообщение Дуайена (1897) несколько не умаляло ее значения, но исследования о возможности выполнения трансплевральных операций проводились и раньше. Так, еще в 1881 г. почти одновременно опубликовали свои работы германские хирурги Gluck и Schmidt, которые первыми занялись разработкой резекции легких в эксперименте.

⁵⁶ Цит.: Добромыслов В.Д. – Рус. хир. арх. – 1903. – Кн. 4. – С. 601.

Позже итальянский хирург D. Biondi приступил к изучению возможности выполнения трансплевральных операций на нижнем отрезке пищевода и кардии задним паравертебральным доступом и опубликовал свои результаты в 1895 г. В этом же направлении работал французский хирург A. Gosset, который в 1903 г. усовершенствовал операцию Biondi [502].

Что касается истории разработки эндотрахеального наркоза, то введение паров эфира через трахеостому в эксперименте было впервые осуществлено Н.И. Пироговым в 1847 г. Тогда же Н.И. Пирогов опубликовал свои наблюдения на русском и французском языках [155; 320]. В клинике эндотрахеальный наркоз при операциях в полости рта начал применять в 1869 г. германский хирург F.A. Trendelenburg [80; 156]. По данным Wilkins E.W. (2002), уже в 1896 г. французский хирург Th. Tuffier предложил эндотрахеальную наркозную трубку с надувной манжеткой [639].

В дальнейшем эндотрахеальный метод наркоза совершенствовал германский хирург Kuhn. По данным А.П. Алексеева (1914), для этого в 1900 г. Kuhn модифицировал наркозный аппарат O'Dwyer, заменив трахеальный зонд гибкой металлической трубкой. Набор Кюна включал несколько таких трубок разных размеров для пациентов различных возрастов. После введения трубки в трахею в нее вводилась вторая гибкая трубка с воронкой для наркоза, просвет между трубками герметизировался марлей [14].

Таким образом, безусловный приоритет В.Д. Добромыслова состоит в разработке трансторакальной резекции грудного отдела пищевода с одномоментным внутриплевральным эзофаго-эзофагоанастомозом конец-в-конец — до В.Д. Добромыслова никто подобные операции на грудном отделе пищевода делать не пытался. Необходимо отметить, что отличием работы В.Д. Добромыслова от исследований D. Biondi были именно разработка и применение передне-бокового лоскутного трансплеврального доступа к пищеводу (D. Biondi применял задний паравертебральный доступ со вскрытием плевры и брюшной полости через диафрагму). Также В.Д. Добромыслов выполнял резекцию грудного отдела пищевода с анастомозом конец-в-конец, а D. Biondi

после резекции кардиального отдела желудка накладывал эзофагогастроанастомоз конец-в-бок, опуская его затем в брюшную полость. Важно подчеркнуть, что В.Д. Добромыслов разработал и применил в эксперименте ряд новых оперативных приемов, таких, как перевязка непарной вены и отдельное пересечение слоев стенки пищевода при его резекции, одновременное пересечение блуждающих нервов (имея в виду то, что они могут быть вовлечены в раковую опухоль). Кроме этого, В.Д. Добромыслов обосновал способ эксплоративной торакотомии без пересечения ребер, так как справедливо полагал, что для мануальной ревизии пищевода и окружающих тканей достаточно только межреберного разреза. В этом смысле В.Д. Добромыслов также опередил И. Микулича, которому западные хирурги приписывают первенство в разработке межреберного доступа к пищеводу [622]. На самом деле приоритет И. Микулича заключается в том, что он предложил и применил в эксперименте и клинике удобный инструмент – ранорасширитель для межреберного доступа [623]. Наконец, В.Д. Добромыслов обосновал выбор стороны доступа – при расположении опухоли пищевода выше корня легкого он рекомендовал торакотомию справа, а при раке нижней трети пищевода – слева.

3) Первые эксплоративные торакотомии при раке пищевода в клинике (Э.Г. Салищев, В.Д. Добромыслов, 1900)

Многие зарубежные авторы считают, что первые торакотомии при раке грудного отдела пищевода произвели германские хирурги I. Mikulich и F. Sauerbruch в 1904–1905 гг. [622; 623] Но данные литературы свидетельствуют о том, что первыми это сделали в 1900 г. Э.Г. Салищев и В.Д. Добромыслов. Интересно, что в работе А.В. Мельникова (1922), собравшего в литературе 104 случая резекции грудного отдела пищевода и 29 случаев пробной торакотомии, указания на это отсутствуют. В 1949 г. А.Г. Савиных писал: «...ни Добромыслову, ни его учителю Салищеву не удалось клинически реализовать свои экспериментальные успехи транс-

плеврального подхода к пищеводу для удаления его опухоли».⁵⁷ Правда, из этих слов еще не следует, что Э.Г. Салищев и В.Д. Добромыслов вовсе не пытались выполнять трансплевральные операции на пищеводе в клинике.

Прямое указание на то, что такие операции имели место, мы впервые находим в диссертациях В.Н. Саввина (1903) и В.Ю. Славяниса (1908), которые (без указания источника и даты) писали о том, что проф. Э.Г. Салищев три раза пытался удалить раковую опухоль пищевода чрезплевральным способом [368; 405]. В литературе имеются и другие сведения о том, что Э.Г. Салищев и В.Д. Добромыслов применили трансплевральный доступ у больных раком пищевода [177], причем, по одним данным – в 1900 г. [92; 366], а по другим – в 1901–1903 гг. [184; 482].

Исчерпывающие сведения по данному вопросу содержатся в третьей работе В.Д. Добромыслова на тему о трансплевральном доступе к пищеводу, которую он опубликовал в 1907 г. на немецком языке в Российско-берлинском журнале «Russische Medizinische Rundschau» [551]. В этой статье (см. Приложение, рис. 1 а, б) В.Д. Добромыслов описал первые 3 операции пробной торакотомии по поводу рака грудного отдела пищевода, выполненные им и проф. Э.Г. Салищевым в Томске в 1900 г. К сожалению, все 3 операции закончились смертью больных. Эту статью В.Д. Добромыслова заставила написать работа Ф. Зауэрбруха (1905), в которой тот утверждал, что первую торакотомию при раке пищевода осуществил в 1904 г. его учитель И. Микулич. Мы ввели данную работу В.Д. Добромыслова в научный исторический оборот в 2012 г. [66], т.к. считаем, что она утверждает один из важных мировых российских приоритетов в хирургии пищевода.

В этой статье⁵⁸ В.Д. Добромыслов, в частности, писал: «27. 1. 1900 проф. Салищев и я оперировали пациента по методу, описанному мной в журналах «Врач» № 28 за 1900 г. и «Русский хирургический архив» № 4 за 1903 г. Пациент был подвергнут левосторонней пробной торакотомии по по-

⁵⁷ Цит.: Савиных А.Г. К истории хирургического лечения рака пищевода и кардии. – Труды Томского медицинского института. – Т. XVI. 1888–1948. – Томск, 1949. – С. 322.

⁵⁸ Перевод с немецкого языка П.М. Богопольского.

воду рака пищевода. Опухоль локализовалась в нижней части пищевода, она оказалась сращенной с перикардом и нисходящей аортой. Таким образом, опухоль была признана неудалимой, и рана груди зашита. Пациент умер через неделю после операции. Вскрытие показало наличие гнойного перикардита и серозно-фибринозного плеврита. Оба блуждающих нерва вросли в опухоль, но плевральные листки не были затронуты.

19. 6. 1900 я оперировал тем же методом пожилого истощенного пациента, ему была сделана правосторонняя пробная торакотомия по поводу рака пищевода. Опухоль прорастала в корень легкого. Непарная вена была перевязана, опухоль протяженностью 4 см могла быть достаточно легко отсепарована от судов, но в одном месте она проросла в аорту. Во время операции неожиданно наступила смерть больного. Доступ к пищеводу был хорошим.

20. 7. 1900 профессор Салищев оперировал еще одного больного по поводу рака пищевода. Правосторонняя торакотомия. Опухоль локализовалась в середине нижнего пищеводного сегмента. Опухоль пищевода величиной 2 см с вовлечением вагусов на небольшом участке прорастала левую плевру. Опухоль была уже полностью мобилизована, и мы надеялись счастливо завершить операцию, но вдруг наступил разрыв другой плевры, которая была сращена на очень небольшом участке с опухолью. Со свистом воздух проник в левую плевральную полость. Я попытался закрыть дефект плевры пальцем, и то же самое пытался сделать профессор, но мы убедились в тщетности попыток ушить плевру, – ее рана только увеличивалась, и пациент умер. В железах метастазов не было... Все 3 наших пациента были оперированы без искусственного дыхания. Мы не публиковали этих случаев ранее, потому что на это не было разрешения проф. Салищева».⁵⁹

Таким образом, можно считать доказанным, что первые трансплевральные операции на грудном отделе пищевода по поводу рака были сделаны в России, а не в Германии, Э.Г. Салищевым и В.Д. Добромысловым в 1900 г.

⁵⁹ Цит.: Dobromyslow, W. Bemerkungen zum Sauerbruch'schen Aufsatz „Chirurgie des Brusttails der Speiseröhre“ // Russische Medic. Rundschau.– 1907.– № 12.– S. 715–717.

4) Первая законченная антеторакальная эзофагопластика тонкой кишкой (П.А. Герцен, 1907)

Что касается приоритета в восстановительных операциях при раковой и рубцовой непроходимости пищевода, то общепризнано, что первым в мире успешно выполнил законченную тотальную эзофагопластику тонкой кишкой по видоизмененному способу С. Roux российский хирург П.А. Герцен в три этапа в сентябре–ноябре 1907 г. В декабре того же года он сделал на эту тему доклад на VII съезде российских хирургов [112]. Эта операция у П.А. Герцена была уже третьей, – первые две эзофагопластики не были закончены. Об этом П.А. Герцен в своем докладе сказал: «Я, как и некоторые другие хирурги (Кохер, Ламботт, Грамон), пробовал типичную операцию Ру на раковом больном; результат был тот же: больной умер от слабости через 4 дня после операции».⁶⁰ О втором случае П.А. Герцен сообщил: «Jejunostomia retrocolica antethoracica cervicalis en «Y»⁶¹ была мною сделана у весьма слабого ракового больного 3/IX 1907 г. Он после операции так поправился, что не пожелал других операций, и отправился на родину, питаюсь иногда через рот, а когда пищевод закупоривается, то через кишечный свищ».⁶²

Во время первого этапа пластики (10/IX 1907), которую удалось успешно завершить, П.А. Герцен, перевязав 3 тонкокишечных артерии, сформировал трансплантат, наложил Y-образный межкишечный анастомоз по Ру и провел кишку под кожей груди на шею. Вторым этапом (4/X 1907) П.А. Герцен наложил анастомоз искусственного пищевода с желудком, при этом резецировал избыточные петли трансплантата в брюшной полости, тем самым распрямив и укоротив трансплантат. Третьим этапом (17/XI 1907) П.А. Герцен пересек пищевод на шее, ушил его дистальный отрезок, а проксимальную часть соединил с трансплантатом анастомозом конец-в-конец

П.А. Герцен сделал два видоизменения, которые помогли ему устранить «5 трудно избегаемых слабых сторон» методики С. Roux: 1) разделение

⁶⁰ Цит.: Герцен П.А. Избранные труды.– М.: Медгиз, 1956.– С. 307.

⁶¹ Так П.А. Герцен назвал свою операцию.

⁶² Цит.: Герцен П.А. Избранные труды.– М.: Медгиз, 1956.– С. 309.

операции на три этапа; 2) проведение мобилизованной кишки в верхний этаж брюшной полости через отверстия в брыжейке поперечной ободочной кишки и желудочно-ободочной связке [512]. Однако, если разделять эту операцию на 3 этапа до П.А. Герцена действительно еще никто не пробовал, то проведение тонкокишечного трансплантата позадиободочно впервые предложили L. Wullstein и A. Tavel [14; 92]. Но гораздо важнее другой факт: во время второго этапа пластики (соединения кишки с желудком) П.А. Герцен резецировал избыточные петли трансплантата с сохранением его брыжейки. Этот прием П.А. Герцена С.С. Юдин (1954) считал излишним, усложняющим создание искусственного пищевода. Но мы считаем необходимым подчеркнуть, что с помощью такого приема П.А. Герцен значительно укоротил и выпрямил тонкокишечный трансплантат, что, по-видимому, положительно сказалось как на кровоснабжении его верхней части, так и на пассаже пищи. Впоследствии резекцию избыточных петель тонкокишечного трансплантата для этих целей рекомендовали А.Ф. Черноусов и соавт. (2000) [479].

После окончания Лозаннского университета в 1896 г. П.А. Герцен обучался хирургии у С. Roux всего лишь в течение одного года, одновременно занимаясь научной работой в лаборатории своего отца – известного нейрофизиолога А.А. Герцена. В 1897 г. П.А. Герцен защитил докторскую диссертацию на тему «Причины смерти после двусторонней ваготомии». В том же году он уехал в Россию, быстро изучил русский язык и поступил вольнослушателем на V курс медицинского факультета ИМУ. Сдав экстерном государственные экзамены, в 1898 г. П.А. Герцен поступил на работу в Старо-Екатерининскую больницу,⁶³ которой в то время заведовал ученик Н.В. Склифосовского известный московский хирург И.Д. Сарычев. Здесь П.А. Герцен стал работать ординатором хирургического отделения под непосредственным руководством С.П. Галицкого. В общей сложности хирургическая деятельность П.А. Герцена продолжалась в Старо-Екатерининской больнице до 1920 г. с перерывами во время Русско-японской и I мировой войн, когда

⁶³ Ныне ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

он служил в армии в качестве военного хирурга [4; 190; 497; 520]. Если принять во внимание тот факт, что С. Roux сделал свою операцию в 1906 году, то можно сделать вывод о том, что П.А. Герцен не мог научиться у С. Roux пластике пищевода. Можно предположить, что П.А. Герцен, прочитав статью С. Roux (1907) с наглядными иллюстрациями [620], решил сделать пластику пищевода подходящему больному. Вероятно также, что П.А. Герцен переписывался с С. Roux и обсуждал с ним технические аспекты этой операции. Во всяком случае, известно, что С. Roux поздравил своего ученика с выдающимся успехом [512; 520]. Примечательно, что в монографиях V. Hacker и G. Lotheissen “Chirurgie der Speiserohre” (1926) и A. Winkelbauer “Chirurgie des Ösophagus” (1955), антеторакальная тонкокишечная эзофагопластика называется «операцией Ру-Герцена» [566; 640].

Необходимо отметить, что в последующих трудах П.А. Герцена и в работах его биографов мы не нашли сведений о том, что он продолжал изучать проблему тонкокишечной эзофагопластики, также, как потом не занимался этой проблемой и его учитель С. Roux. Тот факт, что П.А. Герцен и С. Roux сделали только по одной законченной пластике пищевода тонкой кишкой, подтверждают А.А. Бочаров, Б.А. Петров и И.И. Шищенко [73; 288; 499]. В 1919 г. С. Roux опубликовал статью, в которой отрицательно отзывался о своей операции, рекомендуя вместо нее применять настойчивое бужирование рубцовых стриктур пищевода [73; 246; 499]. Интересно, что П.А. Герцен в январе 1933 г. на заседании Московского хирургического общества также охарактеризовал операцию тотальной тонкокишечной пластики как сложную и predisposing к омертвлению мобилизованной кишки [114].

Тем не менее, первая в мире законченная антеторакальная пластика пищевода тонкой кишкой, выполненная П.А. Герценом в 1907 г., послужила большим стимулом к дальнейшему изучению возможностей реконструктивной хирургии пищевода как в России, так и в Европе [512]. В первой половине XX века эта операция подверглась значительному усовершенствованию и заняла одно из основных мест в реконструктивной хирургии пищевода.

5) Внутривлепральная шунтирующая пластика пищевода петлей тонкой кишки в эксперименте (С.П. Федоров, 1908)

В 1908 г. На VIII съезде российских хирургов С.П. Федоров в выступлении в прениях после доклада Р.И. Венгловского⁶⁴ об удалении инородных тел пищевода сообщил о том, что он в экспериментах на собаках успешно выполнял эзофаготомию и ушивание раны пищевода через грудную полость [444]. Далее С.П. Федоров сказал: «В виду этого мне пришла мысль устроить обход сужений, бывающих в нижней (кардиальной) части пищевода, путем подшивания петли тонкой кишки к участку пищевода, лежащего в грудной полости выше сужения. Эту операцию, которую можно назвать *gastro-jejunooesophagostomia transdiafragmatica*, я производил на собаках при помощи аппарата Brauer'a следующим образом: сначала делается лапаротомия и производится энтероанастомоз между коленами наиболее длинной петли тонкой кишки. Затем вскрывается межреберным разрезом грудная полость и через отверстие в сухожильной части диафрагмы протаскивается в полость груди эта петля кишки и фиксируется швами в отверстии диафрагмы так, чтобы энтероанастомоз остался в брюшной полости. Затем, отводящая часть кишечной петли сшивается с пищеводом выше кардиальной части (предполагаемого сужения)... Второй акт операции, сшивание отводящей из пищевода пищу петли тонкой кишки с желудком, можно сделать в том же сеансе или в следующий».⁶⁵

Важно отметить, что способ внутривлепральной эзофагопластики по С.П. Федорову значительно отличался от операции D. Biondi (1895), который в эксперименте делал резекцию кардии задним паравертебральным доступом (как И.И. Насилов, но со вскрытием плевральной и брюшной полостей) и накладывал анастомоз пищевода с дном желудка [92].

Таким образом, С.П. Федоров первым в мире разработал наиболее осуществимый на практике способ внутривлепральной эзофагопластики,

⁶⁴ Р.И. Венгловский – ученик проф. П.И. Дьяконова.

⁶⁵ Цит.: Федоров С.П. VIII съезд российских хирургов. – С.Петербург, 19–22/XII-1908 г. – М., 1909. – С. 142.

который за рубежом впервые применил в клинике Rienhoff W.F. в 1944 г., а в нашей стране – В.И. Казанский и Б.В. Петровский в 1945–1946 гг. при раке и рубцовых стриктурах грудного отдела пищевода.

б) Резекция грудного отдела пищевода с внутриплевральной пластикой тонкой кишкой в эксперименте

(А.П. Алексеев, 1914)

В 1914 г. А.П. Алексеев предложил собственный вариант способа внутриплевральной эзофагопластики по С.П. Федорову – резекцию грудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной эзофагопластикой тощей кишкой с эзофагоеюноанастомозом конец-в-конец [14]. Для этого в экспериментах на собаках А.П. Алексеев пересекал пищевод в плевральной полости и сшивал его верхний отрезок с тонкой кишкой, проводя ее через специально сформированное отверстие в диафрагме. Приводящее колено кишки пересекалось в брюшной полости над брауновским межкишечным анастомозом, этот разрез переходил на брыжейку тонкой кишки с пересечением сосудистой аркады, и таким образом выкраивался изоперистальтический тонкокишечный трансплантат. Затем А.П. Алексеев производил торакотомию в VII межреберье слева. Инвагинационный анастомоз пищевода с тонкой кишкой конец-в-конец по типу «чернильницы-непроливайки» А.П. Алексеев формировал подобно тому, как это предлагал делать В.П. Вознесенский в 1908 г., но со своей оригинальной техникой наложения швов.

Таким образом, если С.П. Федоров впервые в мире предложил и разработал в эксперименте шунтирующую внутриплевральную пластику пищевода петлей тонкой кишки с брауновским соустьем и эзофагоеюноанастомозом бок-в-бок, которую он предлагал использовать для паллиативного хирургического лечения больных раком нижнего отдела пищевода и кардии, то А.П. Алексеев разработал внутриплевральную резекцию пищевода с одномоментной тонкокишечной эзофагопластикой и

анастомозом конец-в-конец, которая была внедрена в клинику при радикальном хирургическом лечении рака пищевода в 40–50-х гг. XX века.

**7) Реваскуляризация искусственного тонкокишечного пищевода
за счет артерий грудной, брюшной полости и шеи
(Е.Ю. Крамаренко, 1928)**

Радикальное и в то же время физиологически обоснованное решение актуальной проблемы недостаточности кровоснабжения тонкокишечного трансплантата впервые нашел хирург и анатом Е.Ю. Крамаренко из Одесского медицинского института [209]. В 1926 г. на XVIII съезде российских хирургов в своем выступлении в прениях по докладам о проблеме искусственного пищевода он сказал: «...Я позволю себе изложить идею, которая была предложена мной и доктором Манцевой и разработана мной на трупах (доклад в Одесском хирургическом обществе в 1921 г.). Суть дела заключается в том, что при пересечении аркад кишок выкраивается сосудистая ножка с тем, чтобы по середине протяжения кишки сшить сосуды с пересеченной внутренней титечной артерией. Можно сделать и две ножки (вторую на шее, и сшить не только артерии, но и вены)... На трупах это выходит просто. Быть может, случай заставит смелого хирурга сделать это *in vivo*».⁶⁶

В 1954 г. С.С. Юдин отметил, что американский хирург W.P. Longmire (Jr.) в 1947 г. в своей работе [584] не упомянул имени первооткрывателя этого способа Е.Ю. Крамаренко. В этой связи следует отметить, что и соавтор Е.Ю. Крамаренко – Мацнева⁶⁷ в 1929 г. в своей статье «Модификация операции Roux», опубликованной в журнале «Украинские медицинские вести» на украинском языке, еще раз описала способ реваскуляризации тонкокишечного трансплантата за счет внутренней грудной артерии, и также без упоминания имени Е.Ю. Крамаренко. Правда, в этой статье автор подробно описала метод создания дополнительного кровоснабжения тонкой кишки за счет артерий шеи, который она также разрабатывала на трупах [239].

⁶⁶ Цит.: Крамаренко Е.Ю. XVIII съезд российских хирургов. – М., 1927. – С. 182.

⁶⁷ Фамилия автора в заглавии статьи приведена именно в такой транскрипции и без инициалов.

В апреле 1950 г. ученик С.С. Юдина П.И. Андросов после проведения большой экспериментальной работы впервые применил у 2 пациентов с ожоговыми стриктурами пищевода сосудосшивающий аппарат В.Ф. Гудова (рис. 1) для реваскуляризации тонкокишечного трансплантата путем наложения анастомоза между его второй радиальной артерией и внутренней грудной артерией [18; 20]. Протоколы этих операций, выполненных П.И. Андросовым в 1950 г., приведены в Приложении на рис. 19 и 20.

Необходимо отметить, что П.И. Андросов, приступив к изучению этой проблемы в 1948 г., не знал о том, что W.P. Longmire в США уже выполнил ее в 1947 г., применив ручной шов при наложении артериального и венозного анастомозов. Об этом П.И. Андросов писал в одной из своих работ [18]. Это вполне объяснимо, поскольку в период 40-х гг. XX века любая иностранная литература была труднодоступна для отечественных ученых.

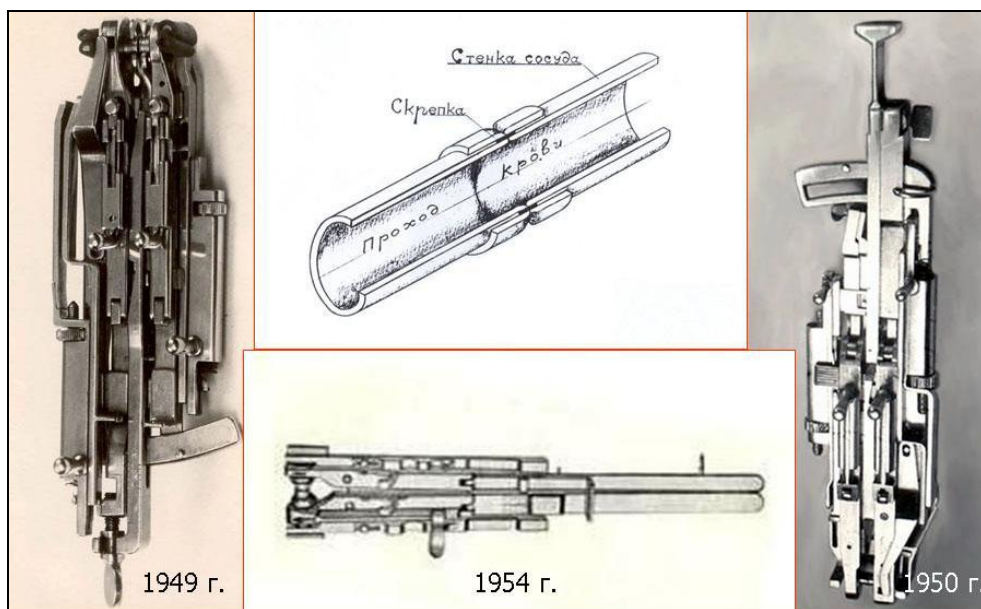


Рис. 1. Различные модели сосудосшивающего аппарата В. Ф. Гудова и принцип наложения механического сосудистого анастомоза (фотографии из диссертации В. Ф. Гудова, 1951 г.).

Однако, и американский хирург W.P. Longmire, в свою очередь по-видимому, не знал о том, что Ю.Е. Крамаренко вкратце доложил о разработке этой операции на трупах в 1926 г. в прениях на XVIII съезде российских хирургов; скорее всего, W.P. Longmire не читал и работу Мацневой, напеча-

танную в журнале «Украинские медицинские вести» в 1929 г. на украинском языке. При этом мы должны учитывать, что важные изобретения в ряде случаев делаются разными авторами параллельно и независимо друг от друга.

Отличием операции П.И. Андросова было не только применение механического сосудистого шва, но и то, что П.И. Андросов установил отсутствие необходимости наложения венозного анастомоза (рис. 2).

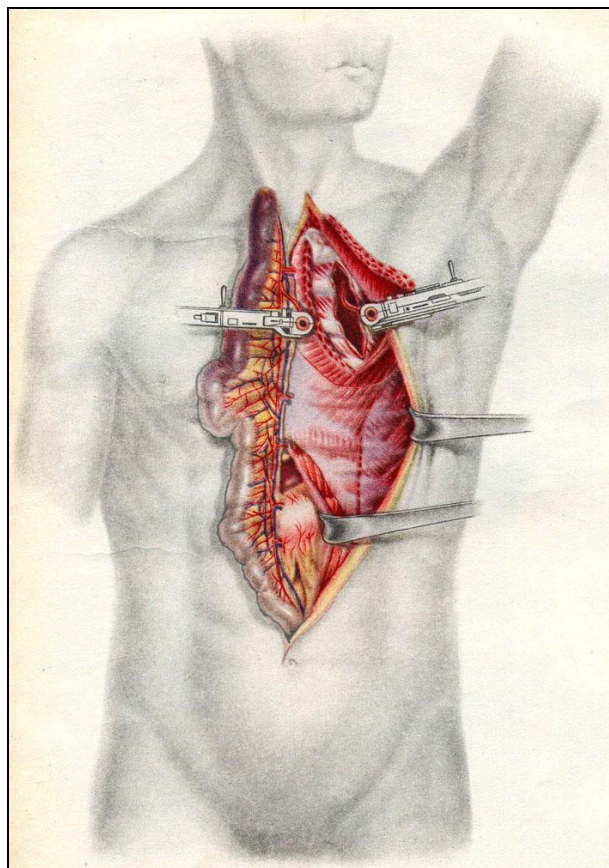


Рис. 2. Схема операции Е.Ю. Крамаренко-П.И. Андросова – реvascularизации тонкокишечного трансплантата за счет левой внутренней грудной артерии (без наложения венозного анастомоза) с помощью аппарата В. Ф. Гудова, впервые выполненной в апреле 1950 г. (рис. из книги С. С. Юдина, 1954 г.).

Вскоре П.И. Андросов разработал методы повторной эзофагопластики путем ремобилизации кишечного трансплантата и его реvascularизации за счет правой желудочно-сальниковой и средней толстокишечной артерий (рис. 3). Первую операцию реvascularизации недостаточно длинного тонкокишечного трансплантата путем анастомозирования одной из его артерий с правой желудочной артерией при повторной эзофагопластике П.И. Андросов

произвел 10 января 1951 г. (см. Приложение, рис. 21). На новый способ создания искусственного тонкокишечного пищевода П.И. Андросов в 1951 г. получил авторское свидетельство, а в 1953 г. он на эту тему успешно защитил докторскую диссертацию [20]. В 1951 г. коллектив авторов во главе с В.Ф. Гудовым (в их числе был и П.И. Андросов) за создание первого в мире сосудосшивающего аппарата был удостоен Сталинской премии 2 степени.

Всего с 1950 по 1962 гг. П.И. Андросов успешно осуществил реваскуляризацию тонкокишечного искусственного пищевода с помощью аппарата В.Ф. Гудова у 29 больных как при первичной, так и при повторной эзофагопластике [61; 62]. В 1966 г. В.И. Колесов модифицировал операцию П.И. Андросова, поместив тонкокишечный трансплантат частично за грудину, а верхнюю его треть – под кожу груди (с резекцией хрящей левых ребер) для более удобного наложения анастомоза с ВГА [197].

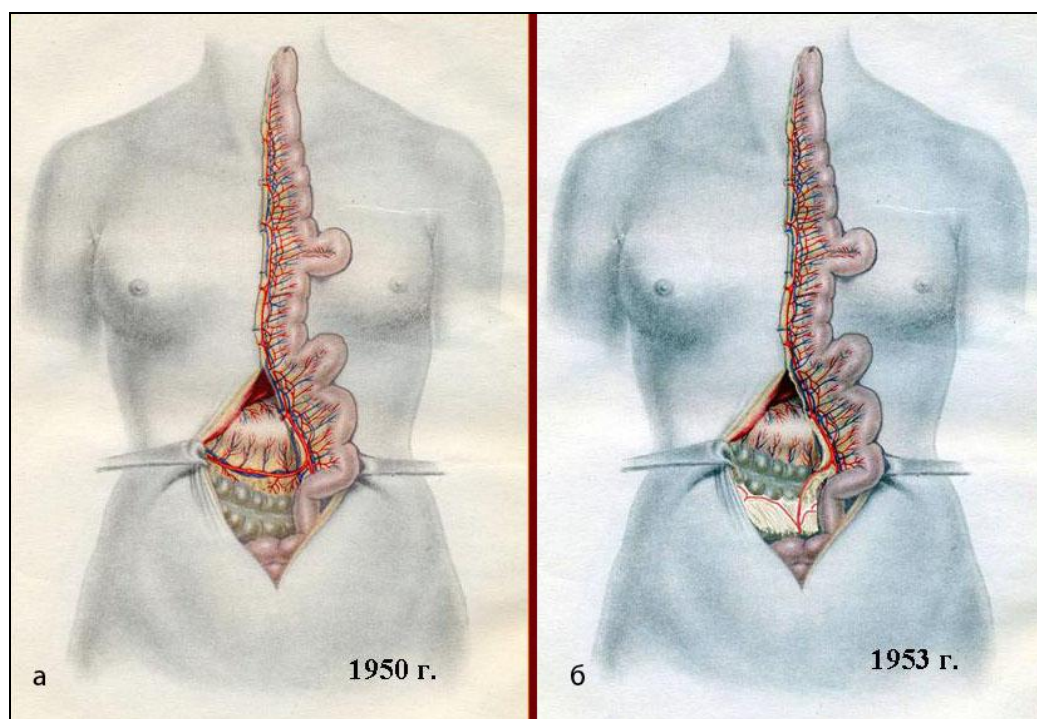


Рис. 3. Схема вариантов реваскуляризации искусственного тонкокишечного пищевода при повторной эзофагопластике, предложенных П. И. Андросовым в 1951 и 1953 гг. – анастомоз артерии трансплантата с правой желудочно-сальниковой (а) и средней толстокишечной (б) артериями (рисунок из книги С. С. Юдина, 1954 г.).

Прогрессивная идея дополнительного кровоснабжения искусственного пищевода путем формирования сосудистых анастомозов нашла свое воплощение и при толстокишечной эзофагопластике [57; 150; 559; 631]. Далее, в 1996 г. Petsikas D. и Shamji F.M. опубликовали наблюдение реваскуляризации желудочного трансплантата за счет левой внутренней грудной артерии [608]. Важно отметить, что результаты исследований П.И. Андросова послужили стимулом к разработке новой методики – пластики шейного отдела пищевода свободным сегментом тонкой кишки [337; 624], а также свободными сегментами пилорического отдела желудка [570] и сигмовидной кишки на сосудистых анастомозах [228; 593].

Таким образом, оказалось неверным мнение Б.Г. Векснера (1931) о плохих перспективах применения сосудистых анастомозов для усиления кровоснабжения искусственного пищевода («едва ли это предложение выйдет когда-нибудь за пределы анатомических институтов») [90].

Однако, механический сосудистый шов, который вместе с В.Ф. Гудовым разрабатывали и пропагандировали П.И. Андросов и сотрудница НИИ-ХАиИ Н.П. Петрова (рис. 31 в Приложении), впоследствии большого распространения не получил,⁶⁸ хотя сосудосшивающие аппараты позже пытались создавать и за рубежом [572; 593]. Необходимо отметить, что эти механические устройства были гораздо менее совершенными, чем сосудосшивающий аппарат В.Ф. Гудова и ряд его модификаций [61; 62]. Изучение конструкции более продвинутой версии сосудосшивающего аппарата В.Ф. Гудова – АСЦ-4 (по одному экземпляру АСЦ-4 находятся в коллекциях музеев РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН и НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы), показало, что сборка и разборка этого аппарата действительно довольно сложна, и работа с ним невозможна без специального обучения и тренировки на экспериментальных животных.

⁶⁸ По темам, касающимся проблемы механического шва сосудов, из НИИ СП им. Н.В. Склифосовского вышли кандидатские диссертации Э.И. Гальперина (1959), В.Р. Анахасяна (1964), И.И. Шиманко (1965).

8) Антеторакальная эзофагопластика широкой изоперистальтической желудочной трубкой (П.А. Герцен, 1933)

Во многих исторических обзорах отечественных авторов приоритет этой операции приписывается А.Н. Бакулеву, который успешно выполнил ее в 1934 г. пациентке с ожоговой стриктурой пищевода и через 14 лет продемонстрировал отличный отдаленный результат [11; 512]. Но на самом деле первым подобную операцию сделал П.А. Герцен в 1933 г., о чем он доложил в том же году на заседании Московского хирургического общества [114]. Выведя желудочный трансплантат под кожу груди, П.А. Герцен соединил оставшуюся в брюшной полости небольшую проксимальную часть желудка (для дренирования собственного пищевода) с петлей тощей кишки, а не с двенадцатиперстной кишкой, как это сделал А.Н. Бакулев годом позже.

Реконструированная нами согласно описанию П.А. Герцена схема этой операции приведена на рис. 4.

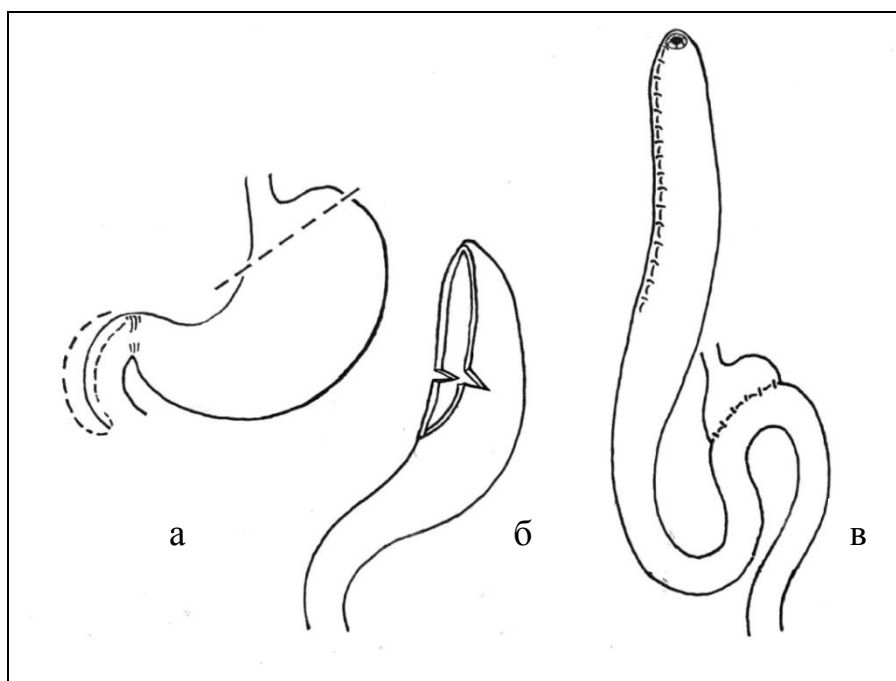


Рис. 4. Схема эзофагопластики широкой изоперистальтической желудочной трубкой, выполненной П.А. Герценом в 1933 г.: а – пересечение желудка и мобилизация двенадцатиперстной кишки; б – поперечное надсечение желудочного трансплантата; в – сформированный трансплантат с гастростомой на верхнем конце и анастомоз культи желудка с тощей кишкой.

Необходимо отметить, что в случае П.А. Герцена желудочная эзофагопластика была выполнена в качестве паллиативной операции взамен обычной гастростомии у больной раком пищевода, и анастомоз на шее сразу не был наложен (питание больной осуществлялось с помощью зонда, введенного в свищ, наложенный на верхушку желудочного трансплантата). Скорее всего, именно поэтому П.А. Герцен в дальнейшем не привел сведений о функциональном результате своей операции, а его приоритет оказался забытым.

Главный момент, который ускользает от внимания многих исследователей, состоит в том, что данная операция явилась, по сути, первой в мире тотальной пластикой пищевода широкой изоперистальтической желудочной трубкой с питанием за счет правых желудочных и желудочно-сальниковых сосудов. Зарубежные хирурги стали разрабатывать подобные способы эзофагопластики гораздо позже [535; 585]. Сведения об этом приоритете П.А. Герцена мы опубликовали в 2011 году [45].

Также важно отметить, что в описанном выше случае желудочный трансплантат был удлинен с помощью разработанного П.А. Герценом оригинального приема – поперечного надсечения, растягивания в продольном направлении и ушивания раны трансплантата, образовавшейся после его отделения от оставшейся на месте проксимальной части желудка.

В 1965 г. похожий прием удлинения трансплантата при пластике пищевода целым желудком описали в своей монографии В.И. Попов и В.И. Филин [338]. Разработкой подобных методов удлинения желудочных трансплантатов также занимался в 60-х гг. ученик В.И. Попова А.И. Решетов [351].

9) Резекция кардии и нижней трети пищевода через сагиттальную диафрагмокруротомию (А.Г. Савиных, 1936)

В 1929 г. А.Г. Савиных разработал в эксперименте оригинальный хирургический доступ к грудному отделу пищевода, который он назвал медиастиномией. Этот доступ заключался в широком сагиттальном рассечении диафрагмы кпереди от пищевода (длина разреза мышечной части с переходом на

сухожильный центр диафрагмы равнялась 4–6 см и могла достигать 10 см) и поперечной перерезке диафрагмальных ножек ближе к позвоночнику. Последний прием был предложен А.Г. Савиных не для расширения доступа, а для пересечения симпатических нервов, что, по мнению автора, должно было уравновешивать неблагоприятное влияние на органы пищеварения стволовой ваготомии, всегда сопровождающей резекцию нижнего отдела пищевода [372].

В 1936 г., используя метод диафрагмокуротомии, А.Г. Савиных первым в мире успешно резецировал кардиальный отдел желудка и нижнюю треть пищевода по поводу рака с наложением эзофагогастроанастомоза в заднем средостении [175; 158]. На XXIV Всесоюзном съезде хирургов в 1938 г. А.Г. Савиных доложил о накопленном опыте хирургического лечения рака кардии и нижней трети пищевода: из 96 больных в 48% случаев были сделаны радикальные, а в 52% – паллиативные операции. Необычным в докладе А.Г. Савиных было то, что он впервые опубликовал не только ближайшие, но и отдаленные результаты выполненных им радикальных операций. В заключение своего доклада А.Г. Савиных подчеркнул, что накоплено уже достаточно опыта для того, чтобы пессимистическое отношение большинства хирургов к радикальному лечению рака кардии и нижнего отдела пищевода сменилось более оптимистическим, так как существует надежда сделать эту операцию обыденной и с хорошими исходами [372].

Таким образом, эта приоритетная работа А.Г. Савиных является очень большим достижением, которое широко используется в практике хирургов, выполняющих разнообразные операции на пищеводе и кардии.

10) Экстирпация пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой (А.Г. Савиных, 1944)

В начале 40-х гг. XX века больших успехов в осуществлении трансторакальных операций на пищеводе достигли американские хирурги E. Churchill, D. Garlock, R. Franklin, I. Lewis, R. Sweet, выполнявшие свои операции под эндотрахеальным наркозом [295]. Однако, подобные исследования в это вре-

мя проводились и в нашей стране. Так, в 1943 г. А.Г. Савиных произвел первую в мире транسخиатальную экстирпацию пищевода при ожоговой стриктуре с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой тонкой кишкой. Свои операции А.Г. Савиных выполнял с помощью специального набора особо длинных инструментов: расширителей средостения длиной до 28 см, ложек длиной до 47 см, инъекционных игл длиной до 36 см, скальпелей, пинцетов и ножниц длиной до 53 см, иглодержателей длиной до 47,5 см [374]. Два таких набора хирургических инструментов приобрел С.С. Юдин для Института им. Н.В. Склифосовского [512]. Некоторые из этих необычных инструментов (ножницы, пинцет, медиастинальное зеркало) находятся в экспозиции Научного музея РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН.

В 1944 г. А.Г. Савиных опубликовал результаты выполненных им 130 радикальных операций по поводу рака нижнего отдела пищевода. В декабре 1943 г. и в феврале 1944 г. А.Г. Савиных сделал две операции удаления всего пищевода при раке его грудного отдела по своему способу, с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой. К сожалению, оба больных умерли, но А.Г. Савиных отмечал, что при раке эта операция в техническом отношении намного проще, чем при послеожоговых стриктурах, когда мобилизации пищевода препятствует рубцовый процесс в средостении [374].

Разработанная А.Г. Савиных оригинальная методика диафрагмокруротомии и экстирпации пищевода транسخиатальным (абдомино-цервикальным) доступом с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой и анастомозом на шее является одной из наиболее прогрессивных операций, которая в настоящее время завоевала прочные позиции во всем мире. Необходимо отметить, что подобный способ транسخиатального удаления пищевода и одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластики зарубежные хирурги стали применять гораздо позже [530; 601; 627; 628]. В нашей стране наибольший опыт подобных операций при раке и доброкачественных стриктурах пищевода (с заднемедиастинальной пластикой желудком) накопили В.С. Сильвестров (1983) и А.Ф. Черноусов (2000, 2008) [397; 479; 482].

11) Ремобилизация подкожного тонкокишечного трансплантата без дополнительного пересечения питающих сосудов

(Д.А. Арапов, 1949)

С.С. Юдин в своей известной монографии, посвященной восстановительной хирургии пищевода (1954), описал случай, относящийся к маю 1948 года, когда при чресплевральной эзофагопластике, предпринятой после предшествовавшей неудачной предгрудинной операции по методу Ругерцена, он убедился в том, что остаток тонкокишечного трансплантата, оставленный в брюшной полости, сильно удлинился [512]. По этому поводу С.С. Юдин писал: «Этот же факт самопроизвольного удлинения мобилизованного кишечного трансплантата заметил и Д.А. Арапов, который в 1949 г. использовал его для нескольких успешных предгрудинных пластик у больных, перенесших некроз кишки при прежних попытках. Но что еще важнее, он <Д.А. Арапов> сознательно отказывался от кожных надставок у тех больных, у которых при первой предпринимаемой предгрудинной пластике невозможно было сразу дотянуть кишку достаточно высоко на шею. Выждав 1–1½ месяца, Д.А. Арапов делал вторично лапаротомию и неизменно, а чаще всего сравнительно легко подтягивал кишку гораздо выше без дополнительной мобилизации сосудистых аркад. Так родился новый метод, который широко проверен в Институте имени Н.В. Склифосовского на многих операциях, выполненных Д.А. Араповым, П.И. Андросовым, Б.А. Петровым, Г.Р. Хундадзе и другими».⁶⁹ По данным А.Г. Савиных (1961), в Институте им. Н.В. Склифосовского с 1949 по 1955 гг. метод ремобилизации подкожного кишечного трансплантата был успешно применен у 68 пациентов [377]. В 60–70-х гг. XX века этот способ реконструкции трансплантата стал широко применяться российскими хирургами не только при пластике пищевода тонкой кишкой, но и при толстокишечной эзофагопластике, при которой в ряде наблюдений также невозможно было во время первой операции сразу сформировать трансплантат необходимой длины [478].

⁶⁹ Цит.: Юдин С.С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода. – М.: Медгиз, 1954. – С. 136.

12) Проведение искусственного пищевода в переднем средостении

(Н.И. Еремеев, 1949)

В 1951 г. Н.И. Еремеев опубликовал работу об использовании клетчаточного пространства переднего средостения (между плевральными листками, грудиной и перикардом) для проведения в нем тощей кишки на шею [152]. Этой работой руководил А.Г. Савиных. Начиная с 1946 г., Н.И. Еремеев выполнил анатомические исследования и произвел 24 операции на трупах. На этом основании он установил, что при проведении тонкой кишки в переднем средостении можно брать ее отрезок на 10 см короче, чем при операции Вульштейна-Лексера, и на 25 см короче, чем при операции Ру-Герцена-Юдина. Первая одномоментная операция в клинике, выполненная Н.И. Еремеевым в декабре 1946 г., закончилась некрозом трансплантата и смертью больного. Вторую подобную операцию Н.И. Еремеев сделал в декабре 1947 г., однако и она окончилась неудачей. Но в 1949 г. Н.И. Еремеев наконец достиг успеха, разделив операцию у 8-летнего мальчика с ожоговой стриктурой пищевода на два этапа – сначала был сформирован тонкокишечный трансплантат и проведен на шею через переднее средостение, а через 2 недели наложен эзофагоэюноанастомоз. Хотя канадские хирурги R. Robertson и T. Sarjeant опубликовали аналогичную методику в ноябре 1950 г. [617], но, по свидетельству А.Г. Савиных, Н.И. Еремеев продемонстрировал своего пациента на заседаниях Омского хирургического общества 3.VI.1949 г. и Томского хирургического общества 7.VII. 1949 г. [376; 377]. Таким образом, несмотря на то, что за рубежом пластика пищевода тонкой кишкой в переднем средостении носит имя R. Robertson и T. Sarjeant, приоритет в разработке и выполнении этой операции принадлежит Н.И. Еремееву.

13) Мобилизация корня брыжейки тонкой кишки

для увеличения относительной длины тонкокишечного трансплантата

(Б.А. Петров, Г.Р. Хундадзе, 1950)

В 1950 г. оперативный арсенал хирургии пищевода был пополнен еще одной оригинальной работой из Института им. Н.В. Склифосовского – Б.А. Пет-

ров и Г.Р. Хундадзе по предложению С.С. Юдина разработали метод мобилизации корня брыжейки тонкой кишки при пластике пищевода. Это был еще один вариант ответа на вопрос: как бороться с трудностями выведения тонкокишечного трансплантата на шею без риска нарушения его кровоснабжения.

В результате применения данного метода в Институте им. Н.В. Склифосовского искусственный пищевод целиком из тонкой кишки удалось сформировать у 61,3% больных, хотя ранее этот показатель составлял 43,5% [286; 288]. В последующем способ удлинения тонкокишечного трансплантата по Б.А. Петрову – Г.Р. Хундадзе широко применялся российскими хирургами при создании искусственного пищевода из тонкой кишки в тех ситуациях, когда из-за неблагоприятного строения питающих сосудов трансплантат невозможно было дотянуть до шеи без риска его некроза. Данный способ признан в качестве российского приоритета и зарубежными учеными [614]. Способ Б.А. Петрова–Г.Р. Хундадзе получил дальнейшее развитие в Институте им. Н.В. Склифосовского в исследованиях Н.Н. Каншина и соавт., которые в 1980 г. описали подобный метод удлинения трансплантата, только сформированного из правой половины толстой кишки [183].

14) Эзофагокардиомиотомия с пластикой лоскутом диафрагмы при кардиоспазме (Б.В. Петровский, 1957)

К 1957 г. Б.В. Петровский располагал опытом 25 операций эзофагофундустомии по Neugowsky при кардиоспазме с благоприятными непосредственными результатами. Другая картина наблюдалась спустя 3–4 года, когда развивались тягостные симптомы эзофагита, приобретавшего в ряде случаев язвенный характер [300]. В связи с развитием подобных осложнений многие хирурги вернулись к внеслизистой эзофагокардиомиотомии по Hottstein-Heller. Однако, по мнению Б.В. Петровского, эта операция также имела серьезные недостатки (возможность перфорации слизистой пищевода, опасность образования дивертикула в области миотомии и рубцового сужения кардии). В 1949–1952 гг. Б.В. Петровский провел экспериментальную работу по использованию диафрагмы в торакальной хирургии и с 1956 г. стал применять при кар-

диоспазме разработанную им новую операцию – внеслизистую продольную эзофагокардиомиотомию с пластикой лоскутом диафрагмы на питающей ножке левосторонним трансторакальным доступом. В экспериментах на животных было отмечено хорошее приживание лоскута к пищеводу. Рентгенокимографические исследования показали, что функция прижившего лоскута и сократительная функция стенок пищевода по своему характеру в дальнейшем не отличались друг от друга. Кроме того, лоскут диафрагмы полностью заменял дефект мышечного слоя после эзофагокардиомиотомии, герметизировал рану и являлся своего рода распоркой, препятствующей сужению кардии. Вместе с тем мышечные слои этого лоскута заменяли недостающие мышечные слои кардиального жома, рассеченные в начале операции [304; 306].

Необходимо отметить, что использование диафрагмы для укрепления стенки пищевода после резекции дивертикула впервые предложил германский хирург F. Sauerbruch в 1927 г., но разработка методики и техники эзофагокардиопластики диафрагмальным лоскутом на ножке при кардиоспазме безусловно целиком принадлежит Б.В. Петровскому [427].

К 1960 г. Б.В. Петровский успешно выполнил 57 таких операций. Длительные сроки наблюдения у 15 больных показали хорошие результаты. В последующем эта операция была модифицирована автором, который стал выкраивать диафрагмальный лоскут без нарушения целостности пищеводного отверстия диафрагмы [304; 306]. В 60-е гг. XX века операция Б.В. Петровского при кардиоспазме получила в СССР наибольшее распространение [11; 31].

15) Тотальная пластика пищевода изоперистальтическим толстокишечным трансплантатом с питанием за счет сигмовидной артерии (П.И. Андросов, 1964)

Во второй половине 50-х гг. XX века П.И. Андросов наиболее широко применял правую половину толстой кишки для формирования искусственного пищевода. Со временем было выяснено, что из-за особенностей ангиоархитектоники правой половины толстой кишки из нее не всегда можно сформировать трансплантат достаточной длины. Поэтому П.И. Андросов стал

изучать возможность применения для эзофагопластики более длинной левой половины толстой кишки, имеющей выраженный магистральный тип кровоснабжения, меньший диаметр и меньшее значение для пищеварения [23].

В начале 60-х гг. XX века П.И. Андросов пришел к выводу, что из левой половины толстой кишки можно сформировать изоперистальтический трансплантат на сосудистой ножке, включающей нижнюю брыжеечную артерию. С 1962 по 1963 гг. П.И. Андросов создал искусственный пищевод по новому способу у 11 больных, считая такой вариант толстокишечной эзофагопластики наиболее удачным [25]. Позже загрудинную пластику пищевода левой половиной ободочной кишки с участком сигмовидной в изоперистальтической позиции с питанием за счет первой сигмовидной артерии всесторонне разработали А.Ф. Черноусов и соавт. (1999, 2000) и успешно применили ее в том числе в трудных клинических ситуациях у больных, ранее перенесших правостороннюю гемиколэктомию [478; 479].

16) Пластическое укрытие швов шейного отдела пищевода мышечным лоскутом на ножке (Е.Н. Попов, 1964)

В 60-х гг. XX века пластическое укрепление швов пищевода при проникающих ранениях и в качестве заключительного этапа различных операций (например, после резекции дивертикула или ушивания свища пищевода) стало предметом многочисленных экспериментальных и клинических исследований как в нашей стране, так и за рубежом [33; 55; 85; 128; 249; 457; 547].

К сожалению, большие надежды, первоначально возлагавшиеся на синтетические материалы, себя не оправдали, и наиболее плодотворной оказалась идея использования для целей укрепления стенки пищевода собственных тканей организма (сальник, лоскут плевры, лоскут диафрагмы и т.п.). Сохранение питания того или иного лоскута обеспечивало его быстрое приживание, профилактику рубцевания и хорошие пластические свойства.

В апреле 1964 г. ученик Б.А. Петрова доцент Е.Н. Попов впервые продемонстрировал на заседании Хирургического общества Москвы и Москов-

ской области пациентку после успешного ушивания раны шейного отдела пищевода с пластическим укрытием швов медиальной ножкой кивательной мышцы, отсепарованной от грудины (рис. 5).

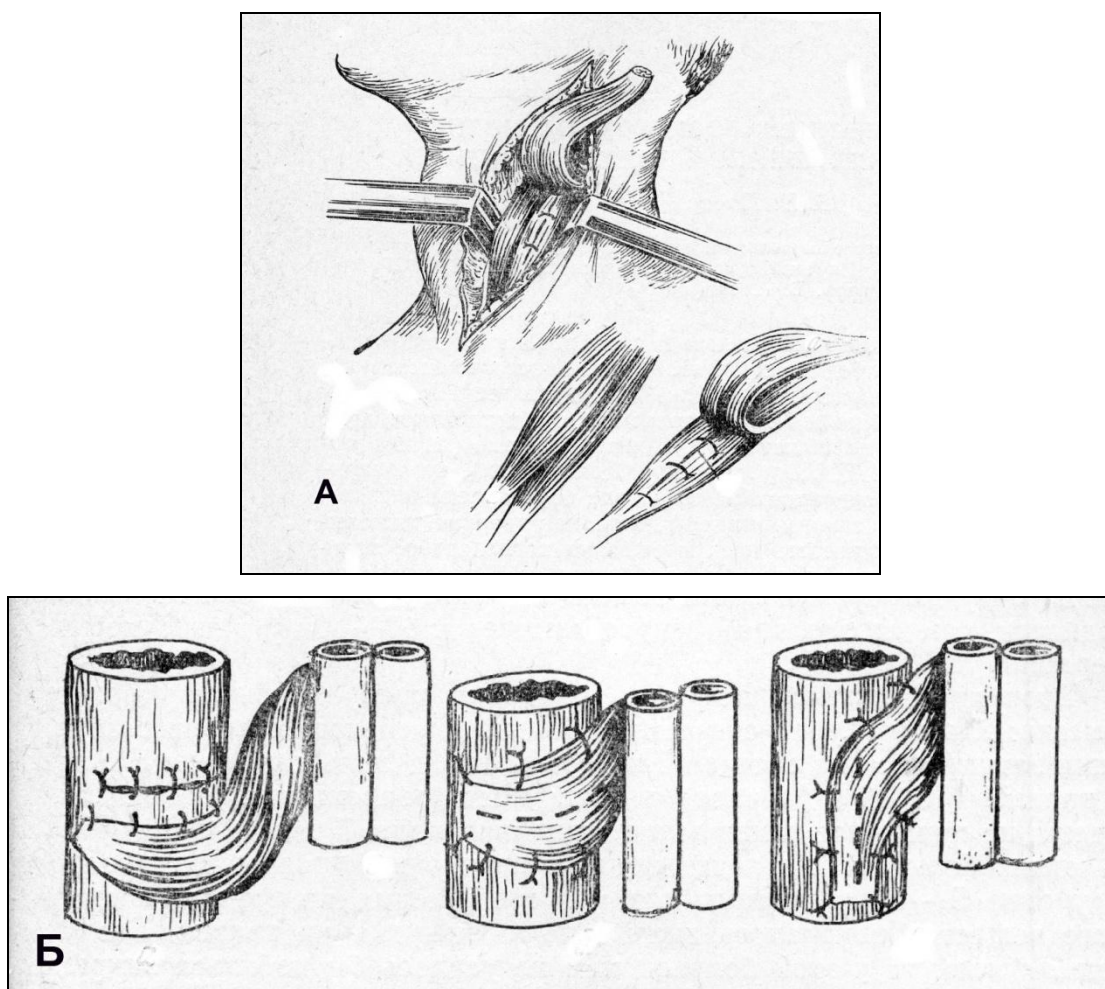


Рис. 5. Мобилизация грудинной части кивательной мышцы (А) и подшивание мышечного лоскута к стенке пищевода (Б).

(Оригинальный рисунок из статьи Е.Н. Попова, 1966).

В 1966 г. Е.Н. Попов на эту тему опубликовал статью в журнале «Хирургия», приведя благоприятные результаты оперативного лечения 10 больных с проникающими ранениями шейной части пищевода [340]. Эта новая методика получила очень широкое распространение, ее различные модификации стали с успехом применять многие отечественные хирурги. Особенно ценной такая пластика оказалась при закрытии больших пищеводно-трахеальных свищей. В подобных ситуациях мышечный лоскут на питающей

ножке эффективно служил целям профилактики рецидива свища, надежно отделяя друг от друга ряды швов на пищеводе и трахее.

17) Трансплевральная резекция рубцовоизмененного пищевода

без повреждения блуждающих нервов

(М.М. Абакумов, 1991)

В 80–90-х гг. М.М. Абакумов и его сотрудники всесторонне обосновали преимущества тотальной заградочной пластики ободочной кишкой на сосудистой дуге Риолана: а) надежность кровоснабжения за счет перераспределения кровотока из нижней брыжеечной артерии; б) всегда достаточная длина трансплантата; в) большая функциональность операции ввиду изоперистальтического расположения трансплантата и сохранения илеоцекального угла. Исследования, проведенные в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, показали, что для улучшения результатов лечения у больных с длительно существующими послеожоговыми стриктурами пищевода необходимо его удаление. Для этого была разработана щадящая техника резекции рубцовоизмененного пищевода с сохранением стволов блуждающих нервов, методика дооперационного лечения эзофагита и техника прецизионного формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза, что позволило полностью избежать такого осложнения, как несостоятельность швов. На этом основании была выдвинута прогрессивная концепция полной реабилитации пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода, которая включила три основных задачи: восстановление нормального питания, удаление рубцовых тканей и коррекция нарушений пищеварения у пациентов с искусственным пищеводом [3]. Результаты этих исследований подытожены в кандидатской диссертации ученика М.М. Абакумова Ю.А. Радченко [344].

18) Одномоментная пластика пищевода и глотки

толстой кишкой при ожоговых стриктурах

(А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, В.Г. Зенгер, М.Е. Воронов, 1998)

В случаях, когда использовать желудок для эзофагопластики по ряду причин невозможно, необходимо отдавать предпочтение толстой кишке, как

оптимальному пластическому материалу для формирования искусственного пищевода. Важно отметить, что в ряде случаев (при тяжелых послеожоговых рубцовых деформациях рото- и гортаноглотки, а также желудка, или в тех ситуациях, когда желудок уже резецирован по Бильрот-II) осуществить тотальную эзофагопластику можно только с использованием толстой кишки в качестве пластического материала. В 1998 г. А.Ф. Черноусов и соавт. разработали способы формирования особо длинных трансплантатов из левой половины толстой кишки с включением в них сигмовидной кишки для тотальной пластики не только пищевода, но и глотки. В случаях прерывания сосудистой аркады между левой ободочной и первой сигмовидной артериями, был разработан новый способ создания дополнительной сосудистой аркады за счет основного ствола нижней брыжеечной артерии. У наиболее сложной категории пациентов с сочетанными рубцовыми поражениями пищевода и глотки применена разработанная авторами одномоментная операция фарингопластики, т.е., формирования «новой» глотки за счет стенки верхнего конца толстокишечного трансплантата.⁷⁰ Преимущество этой операции состоит в том, что она позволяет в значительной мере восстановить сложно-рефлекторный акт глотания, без чего результат тотальной эзофагопластики может быть сведен к нулю. К 1999 г. авторы смогли доложить о 46 успешных тотальных пластиках пищевода с реконструкцией глотки [478].

19) Трансдиафрагмальные операции закрытия свищей грудного отдела пищевода (А.Ф. Черноусов, 1974, 2000)

Впервые способ трансдиафрагмального (транسخиатального) закрытия хронического пищеводно-бронхиального свища описали А.Ф. Черноусов и соавт. в журнале «Хирургия» в 1974 г. [465]. Эта новая методика стала большим достижением, так как разработанные к тому времени трансплевральные операции закрытия пищеводно-респираторных и пищеводно-

⁷⁰ Способ реконструкции глотки при рубцовых стриктурах пищевода и глотки / А.Ф. Черноусов, В.Г. Зенгер, В.А. Андрианов, А.А. Карапетян. – Авторское свидетельство № 1650108. Опубликовано: 23.05.1991.

плевральных свищей всегда представляли большие технические трудности и были весьма опасны развитием тяжелых, часто фатальных осложнений, связанных с кровотечением, шоком, генерализацией гнойного процесса.

В дальнейшем предложенный способ получил свое развитие, и в 2000 г. А.Ф. Черноусов и соавт. в своем капитальном руководстве по хирургии пищевода [479] описали способ операции трансдиафрагмального закрытия пищеводно-плевральных свищей с пластическим укрытием устья свища и линии швов на пищеводе прядью большого сальника на питающей ножке. Эта методика (рис. 6) позволила устранить опасность рецидива свища.

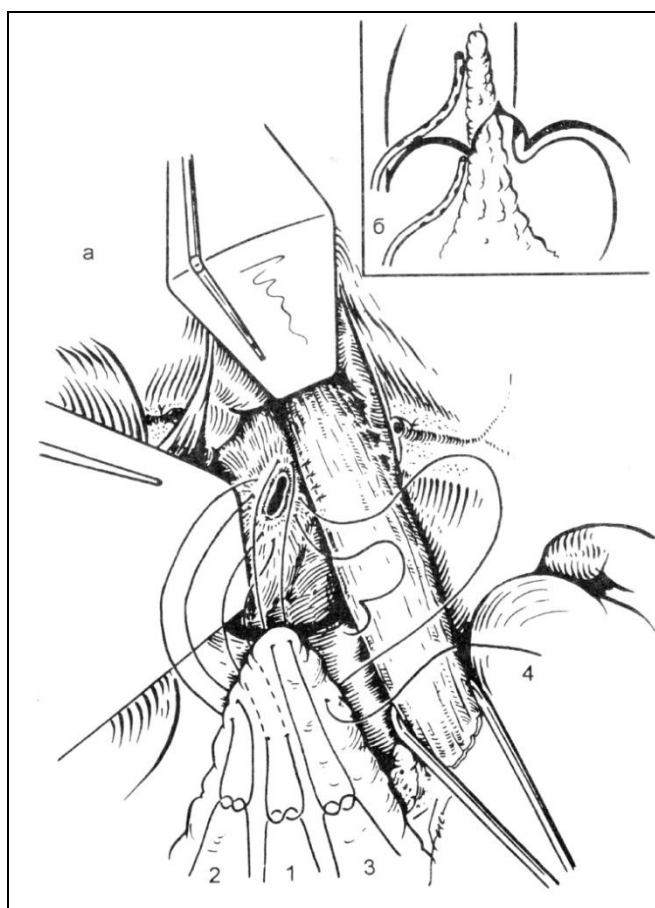


Рис. 6. Схема операции интрамедиастинального пластического закрытия пищеводно-плеврального свища по А.Ф. Черноусову через сагиттальную диафрагмотомию, 1990 г. Рисунок из книги А.Ф. Черноусова и соавт.

«Хирургия пищевода» (2000).

Применить такой щадящий способ закрытия пищеводно-плевральных и пищеводно-респираторных свищей А.Ф. Черноусову позволил накопленный

опыт операций экстирпации пищевода и его одномоментной пластики трансхиатальным доступом как при раке, так и при ожоговых стриктурах пищевода. Выполнение подобных вмешательств облегчалось инструментами с устройством для локального освещения, специально разработанных для внутримедиастинальных операций [471]. Описания подобного способа пластического закрытия пищеводно-плевральных свищей трансдиафрагмальным доступом мы в литературе не встретили и впервые представили данный способ в качестве приоритетного в реконструктивной хирургии пищевода [64].

III.2.2. Другие приоритеты

отечественных ученых в реконструктивной хирургии пищевода

В этом подразделе мы приводим способы реконструктивных операций, самостоятельно разработанные отечественными хирургами и в значительной мере продвинувшие развитие хирургии пищевода в России и мире. Некоторые из этих способов не могут быть признаны мировыми приоритетами, так как подобные способы операций были опубликованы зарубежными учеными несколько раньше, чем это сделали российские хирурги. Тем не менее, приводимые здесь способы оперативного лечения заболеваний пищевода являются приоритетными для нашей страны. В то же время другие оригинальные методы оперативных вмешательств на пищеводе, разработанные российскими хирургами, по ряду причин не получили распространения в клинической практике и в настоящее время имеют лишь исторический интерес.

1) Заднемедиастинальная пластика пищевода тонкой кишкой с инвагинационным пищеводно-тонкокишечным анастомозом в эксперименте (В.П. Вознесенский, 1908)

В 1908 г. ученик проф. П.И. Дьяконова В.П. Вознесенский⁷¹ в экспериментах на трупах разработал новую операцию, которая заключалась в обнажении пищевода по И.И. Насилову, выведении тонкой кишки из брюшной полости в заднее средостение через дополнительный торакотомный транс-

⁷¹ С 1941 до 1953 г. проф. В.П. Вознесенский заведовал кафедрой общей хирургии 2-го ММИ им. И.В. Сталина. С 1948 по 1949 гг. здесь также работал доцентом, а затем вторым профессором Б.В. Петровский

диафрагмальный доступ по Ванаху⁷² и анастомозировании ее с верхнегрудным отделом пищевода конец-в-конец [105]. Как указывал В.П. Вознесенский, такой способ он предложил для лечения рубцовых стриктур пищевода, а прототипом его операции послужила операция D. Biondi (1895). Однако, в отличие от операции D. Biondi, операция В.П. Вознесенского проходила внеплеврально. Сам В.П. Вознесенский ставил под сомнение возможность выполнения в клинике разработанного им способа эзофагопластики из-за его технической сложности. Тем не менее, необходимо подчеркнуть, что данный способ эзофагопластики был разработан в эксперименте впервые в мире. Подобный способ проведения кишки для анастомоза с пищеводом подробно описал А.Г. Савиных в 1938 г., но он применил для этого свой оригинальный трансдиафрагмальный (транسخиатальный) доступ к пищеводу [371; 372].

Важно также и то, что В.П. Вознесенский впервые подробно изучил особенности строения питающих сосудов тонкой кишки в приложении к эзофагопластике. При выполнении пластики пищевода по Ру на собаках он первым описал гиперперистальтику тонкой кишки, как признак ишемии трансплантата. Также В.П. Вознесенский первым предложил делать открытый подкожный канал на грудной стенке для помещения в него искусственного пищевода под контролем зрения, чтобы избежать повреждения питающей сосудистой аркады (такой способ проведения трансплантата на шею впервые применил в клинике И.И. Греков в 1916 г.).

Кроме того, В.П. Вознесенский первым предложил двухрядный инвагинационный пищеводно-тонкокишечный анастомоз конец-в-конец и использовал его при внутриплевральной пластике пищевода в эксперименте. В отношении последнего приоритета необходимо сказать следующее. В 1969 г. К.Н. Цацаниди и А.В. Богданов в своей монографии [461] указали, что инвагинационный пищеводно-тонкокишечный анастомоз по типу «чернильницы-непроливайки» впервые был описан и теоретически обоснован Н.Ф. Берез-

⁷² Этот доступ был предложен в 1898 г. российским хирургом Р.Х. Ванахом для вскрытия поддиафрагмальных абсцессов.

киным в 1937 г. Но ни в данной монографии, ни в работе Н.Ф. Березкина [48] нет ссылок на работу В.П. Вознесенского, который в 1908 г. писал так: «При операции на трупе затруднительно соединение пищевода с кишкой благодаря несоответствию их поперечников и толщины их стенок, а также – отсутствию серозной оболочки на пищеводе; почему довольно трудно добиться полного герметизма в смыкании их стенок. Для избежания несоответствия поперечников я иссекал треугольный участок из стенки кишки; тогда верхний конец кишки после сшивания краев разреза получал вид усеченного конуса, верхушка которого и соединялась с кишкой; затем пищевод вдвигается в кишку на известную глубину, как палец перчатки, и затем снова обшивается круговым швом».⁷³

Понятно, что детали методики и техники формирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза могли различаться у В.П. Вознесенского, Н.Ф. Березкина и К.Н. Цацаниди, но приоритет в создании принципа такого инвагинационного соустья безусловно следует отдать В.П. Вознесенскому.

Примечательно, что в 1949 г. на заседании Московского хирургического общества в прениях по докладу Б.А. Петрова, посвященного внутриплевральной тонкокишечной эзофагопластике при ожоговой стриктуре, В.П. Вознесенский⁷⁴ высказал мнение о том, что тонкую кишку следует проводить именно через заднее средостение [6]. На этом основании мы полагаем, что разработанная в 1908 г. В.П. Вознесенским операция была весьма прогрессивной, но ее значение было оценено гораздо позже в связи с разработкой А.Г. Савиных трансдиафрагмального доступа к пищеводу.

2) Антеторакальная пластика пищевода антиперистальтической желудочной трубкой (Я.О. Гальперн, 1912)

В 1912 г. Я.О. Гальперн независимо от J. Jiani (1912) предложил способ пластики пищевода, который со временем стал одним из основных при раке и рубцовых стриктурах [109]. Я.О. Гальперн разработал в эксперименте

⁷³ Цит.: Вознесенский В.П. К вопросу об образовании искусственного пищевода / Работы госпитальной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова. – Т. XV. – М., 1908. – С. 3–26.

⁷⁴ В это время В.П. Вознесенский заведовал кафедрой общей хирургии 2-го ММИ им. В.И. Сталина.

операцию создания подкожного искусственного пищевода из большой кривизны желудка в виде антиперистальтической трубки с питанием за счет левой желудочно-сальниковой артерии. При нормальном желудке созданный из него новый пищевод без труда выводился на шею. Я.О. Гальперн доказал возможность хорошего кровоснабжения антиперистальтической желудочной трубки, выполнив наливки препаратов ртутной массой с последующей рентгенографией. Когда работа Я.О. Гальперна была закончена, он узнал о статье румынского хирурга J. Jianu. По этому поводу Я.О. Гальперн писал: «... я отнюдь не намерен возбуждать спор о первенстве, а хочу только подчеркнуть совпадение выводов в двух независимо друг от друга произведенных работах. Это совпадение, конечно, повышает объективную ценность способа Jianu».⁷⁵ Тем не менее, способ Я.О. Гальперна отличался от способа J. Jianu использованием изогнутых жомов, что значительно облегчало наложение швов на раны желудка. Данный способ эзофагопластики в последующем заслуженно получил название операции Гальперна-Жиану. В монографии V. Hacker и G. Lotheissen (1926) и монографии A. Winkelbauer (1955) пластика пищевода антиперистальтической желудочной трубкой называется «операцией Жиану-Гальперна» [566; 640], что служит подтверждением данного приоритета. Впервые в России способ Я.О. Гальперна применил И.И. Греков у четырех больных в 1913–1914 гг. Хотя ни в одном из этих случаев желудочная пластика И.И. Грековым не была закончена, он дал высокую оценку этой операции [123]. Способ Я.О. Гальперна может считаться приоритетным только в масштабах нашей страны, так как впервые формирование антиперистальтической трубки из большой кривизны желудка с питанием из левой желудочно-сальниковой артерии для частичного замещения пищевода разработали в эксперименте С. Beck и А. Carrel в 1905 г. [87; 633]. Тем не менее, следует отметить, что большая ценность операции Гальперна-Жиану была подтверждена работами целого ряда отечественных и зарубежных ученых.

⁷⁵ Цит.: Гальперн Я.О. К вопросу о пластике пищевода // Хирургия.–1913.– Т. 33.– С. 118–119.

3) Антеторакальная пластика пищевода изоперистальтической желудочной трубкой в клинике (А.В. Григорьев, 1926)

В 1926 г. А.В. Григорьев независимо от Rutkowsky (1923) предложил собственную модификацию желудочной эзофагопластики – у больной с ожоговой стриктурой пищевода он сформировал из большой кривизны желудка изоперистальтическую трубку с питанием из правых желудочно-сальниковых сосудов и провел ее в подкожном тоннеле до шеи [124]. Схема пластики пищевода по А.В. Григорьеву приведена на рис. 7.

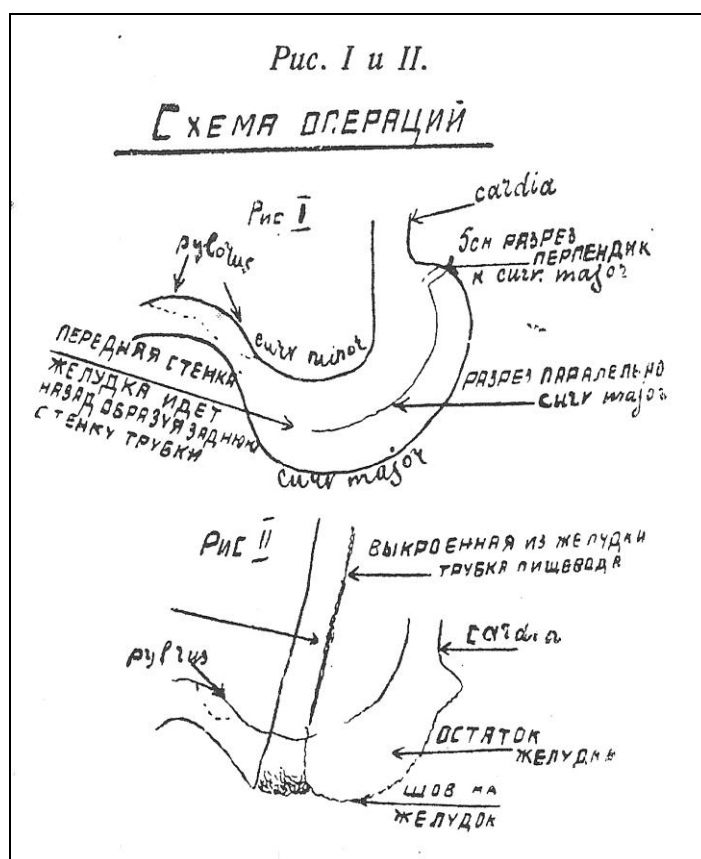


Рис. 7. Схема эзофагопластики изоперистальтическим желудочным стеблем, впервые в мире выполненной в клинике А. В. Григорьевым в 1926 г.

(оригинальный рисунок из статьи А. В. Григорьева, 1926).

Необходимо отметить, что А.В. Григорьев предварительно не проверил эту операцию в экспериментах на трупах и животных и, скорее всего, поэтому получил неудовлетворительный результат, – у оперированной им пациентки сразу возникла механическая непроходимость трансплантата в резуль-

тате его перегиба на уровне пилорического отдела желудка. Улучшению проходимости желудочной трубки не помогла и повторная операция – экцизия привратника. На этом основании А.В. Григорьев сделал вывод о непригодности данного способа эзофагопластики, в результате которого, по его мнению, вместо одного нефункционирующего органа получается целых два.

Такой категоричный вывод был, конечно, ошибочным, и А.В. Григорьеву для создания полноценного искусственного пищевода следовало полностью отсечь трансплантат от малой кривизны и кардиального отдела желудка. Тогда практически прямая изоперистальтическая желудочная трубка располагалась бы в оптимальной позиции. Но в случае А.В. Григорьева трансплантат оказался недостаточно длинным для соединения его с пищеводом, и поэтому автор подтянул его кверху настолько, насколько это было возможно. Из-за этого трансплантат сложился вдвое у своего основания, причем его «большая кривизна» оказалась расположенной справа, а ушитая часть – слева. Это и вызвало непроходимость трансплантата на уровне привратника.

В этой связи необходимо отметить одну из характерных черт хирургии пищевода в описываемый период – зачастую хирурги пытались сразу применить изобретенные ими способы операций в клинике, предварительно не проведя экспериментальных исследований на трупах и животных. Тем не менее, А.В. Григорьев первым в мире осуществил данную операцию в клинике. Эту работу А.В. Григорьева мы подробно описали в 2011 г. [45].

4) Антеторакальная пластика пищевода свободным сегментом тонкой кишки, обернутым в филатовский стебель (В.Н. Шамов, 1928)

В 1926 г. на XVIII съезде российских хирургов В.Н. Шамов доложил о разработанном им способе пластики пищевода свободным тонкокишечным трансплантатом, помещенным в филатовский стебель, с поэтапным перемещением его на грудь после постепенного пережатия и пересечения питающих ножек [495]. Данный метод В.Н. Шамов применил в клинике у больного с рубцовой стриктурой пищевода, но сформировать искусственный пищевод по своему способу В.Н. Шамов не сумел, и пластика у этого пациента была

закончена с помощью кожной трубки. Данную работу В.Н. Шамов также опубликовал в 1926 г. в журнале «Новый хирургический архив». Только через 20 лет подобный способ формирования искусственного пищевода успешно применили в клинике американские хирурги W. Longmire и M. Ravitch [512]. Необходимо отметить, что исследования по перемещению петли тонкой кишки под кожу живота с постепенным пережатием и пересечением ее брыжейки впервые осуществили в 1911 г. германские ученые Esau и Ritter. Проведя ряд экспериментов на собаках, они доказали, что тонкая кишка способна длительно выживать в таких неблагоприятных условиях [90].

Интересно, что в 1958 г. Г.Р. Хундадзе описал 3 больных, у которых кишка, находившаяся в подкожном тоннеле, была отделена от питающих сосудов, но полностью сохранила свою жизнеспособность. В 1961 г. И.М. Стельмашенок и В.Я. Бондалевич, производя сосудистые наливки искусственного тонкокишечного пищевода на 5 трупах людей, в разные сроки перенесших эзофагопластику, показали, что кишка может полностью перейти на кровоснабжение из сосудов подкожной клетчатки [67]. В 1959 г. Б.С. Розанов описал случай операции по поводу пептической язвы толстокишечного трансплантата, когда его сосудистую ножку пришлось пересечь, но жизнеспособность кишки сохранилась [359]. Так экспериментальные исследования Езау и Риттера, а также разработанный В.Н. Шамовым способ эзофагопластики получили свое анатомическое и физиологическое подтверждение.

5) Резекция кардии и нижней трети пищевода при раке

с одномоментным эзофагогастроанастомозом

через заднюю медиастинолапаротомию (Н.Ф. Березкин, 1937)

В 1937 г. Ф.Н. Березкин опубликовал разработанный им для операций при раке кардии и нижней трети пищевода задний доступ, который он назвал «медиастинолапаротомия» [48]. Сущность этой операции состояла в том, что углообразным разрезом в виде перевернутой буквы «Г» после резекции IX–XII ребер слева одновременно вскрывались заднее средостение (продольно) и брюшная полость (поперечно). Отсечение диафрагмы от задней стенки живо-

та ниже переходной складки костальной плевры позволяло создать широкий доступ к нижнему отделу пищевода и желудку. В 1936 г. Ф.Н. Березкин применил этот доступ у трех больных раком кардии с переходом на пищевод. В двух случаях Н.Ф. Березкину удалось выполнить резекцию кардии и нижней трети пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза конец-в-бок, а одна операция была эксплоративной. К сожалению, все трое больные умерли в ближайшем послеоперационном периоде от тяжелых плевральных осложнений. В целом операция Н.Ф. Березкина напоминает операцию D. Biondi (1895), которую тот разрабатывал в экспериментах на собаках и считал слишком сложной и травматичной для того, чтобы предлагать ее для выполнения в клинике. Но в отличие от D. Biondi, Н.Ф. Березкин предложил более широкий задний доступ к нижней трети пищевода и кардиальному отделу желудка, при этом стремясь оперировать исключительно внеплеврально. Для этого он соединил в один Г-образный разрез два разреза (вертикальный и горизонтальный), которые разработал в 1908 г. В.П. Вознесенский в эксперименте на трупах и собаках, но посчитал такой доступ слишком травматичным [105]. Поскольку Н.Ф. Березкин применил разработанный им доступ в клинике, эта работа является приоритетной в масштабах нашей страны.

6) Трансплевральная резекция пищевода под местной анестезией (В.М. Гинковский 1938)

Из-за неудовлетворенности результатами местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому при трансплевральных операциях В.М. Гинковский разработал собственный способ местного обезболивания, который он описал в своей докторской диссертации в 1938 г. [117] и назвал «методом тотальной анестезии плевры». Сущность его заключалась в том, что после инфильтрационной анестезии покровов по ходу будущего торакотомного разреза в заднем его углу троакаром прокалывалась плевра и в плевральную полость вводилось 100–150 мл 1% раствора новокаина. В результате дыхательных движений пациента новокаин равномерно распределялся по всей плевральной полости, а затем, при укладывании больного на здоровый бок,

скапливался в области корня легкого на стороне операции. Это позволяло безболезненно производить торакотомию и широкую мобилизацию пищевода в заднем средостении, не опасаясь развития плевро-пульмонального шока.

Кроме этого, В.М. Гинковский разработал способ прерывистой ИВЛ для трансторакальных операций и предложил простой прибор для ее проведения. Интересно также и то, что В.М. Гинковский первым стал назначать специального врача для наблюдения за больным во время трансплевральной операции на пищеводе, в задачи которого входили своевременное выявление и быстрая коррекция всех возникавших нежелательных явлений. Из 11 торакотомий, которые предпринял В.М. Гинковский в клинике при раке грудного отдела пищевода, начиная с 1928 г., 7 операций (в том числе 1 радикальную резекцию пищевода) он сделал с помощью разработанного им метода местной анестезии [117]. Таким образом, замечание Б.В. Петровского (1950) о том, что первым применил местную анестезию при операциях на грудном отделе пищевода А.В. Вишневский, а не В.М. Гинковский [295], следует считать неточным: на самом деле А.В. Вишневский к 1932 г. сделал свои первые 4 попытки резекции пищевода, но только внеплевральным доступом по И.И. Насилову [100–102], а не трансплевральным доступом, как В.М. Гинковский.

7) Проведение тонкокишечного трансплантата на шею в заднем средостении без удаления пищевода (И.Г. Скворцов, 1949)

В 1949 г. ученик А.Г. Савиных И.Г. Скворцов предложил проводить тонкокишечный трансплантат на шею в заднем средостении в специально сформированном тоннеле рядом с пищеводом, пораженном рубцовым процессом, и накладывать эзофагоэноанастомоз на шее [399]. Такую операцию И.Г. Скворцов считал менее травматичной и технически более простой, обеспечивающей лучшие функциональные и косметические результаты по сравнению с антесторакальной эзофагопластикой по Ру-Герцену-Юдину. Так как в предлагаемом варианте операции кишка располагается рядом с пищеводом, путь ее на шею становится более прямым и, следовательно, создаются

лучшие условия для прохождения пищи по искусственному тонкокишечному пищеводу. Кроме того, для заднемедиастинальной эзофагопластики отрезок тонкой кишки можно брать на 8–12 см короче, что упрощает этап формирования трансплантата. К тому же, по мнению И.Г. Скворцова, выведение пищеводно-тонкокишечного соустья на шею резко снижает опасность развития тяжелых последствий в случае несостоятельности анастомоза (на это обращал внимание еще К.П. Сапожков в 1933 г.). К 1963 г. И.Г. Скворцов смог доложить о выполнении данного варианта эзофагопластики у 63 больных [400]. Кроме И.Г. Скворцова, подобную операцию не применял никто в мире.

8) Резекция пищевода с внутриплевральной пластикой резецированным желудком (А.А. Русанов, 1958)

Предложенный А.А. Русановым в 1955 г. способ мобилизации желудка вместе с селезенкой и хвостом поджелудочной железы надежно обеспечивал кровоснабжение верхних отделов перемещенного в плевральную полость и анастомозированного с пищеводом желудка и применялся автором многократно с неизменным успехом [363]. В 1960 г. ученица А.А. Русанова Г.С. Собецкая опубликовала случай резекции пищевода по поводу рака с наложением внутригрудного пищеводно-желудочного соустья у больного, перенесшего в прошлом дистальную резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвы привратника [406]. Этого больного, страдавшего раком нижней трети пищевода, 16/XII-1958 г. успешно оперировал А.А. Русанов по своей оригинальной методике, чем успешно разрешил трудную клиническую ситуацию.

Левосторонним трансторакальным доступом с вскрытием диафрагмы А.А. Русанов успешно резецировал дистальную половину пораженного раковой опухолью пищевода и непосредственно под дугой аорты наложил анастомоз орального конца пищевода с дном культи желудка, которая после пересечения левой желудочной артерии была перемещена в грудную полость вместе с мобилизованными селезенкой, хвостом поджелудочной железы и анастомозированной с ней петлей тощей кишки. Питание культи желудка при этом сохранилось только за счет ветвей селезеночной артерии.

Данное наблюдение показало, что сохранение ветвей селезеночной артерии полностью обеспечивает питание желудка (или его культи) даже при отсутствии иных источников кровоснабжения. В 1962 г. ученик А.А. Русанова Д.В. Федоткин опубликовал еще один такой случай [450]. Схема этой операции А.А. Русанова приведена на рис. 8.

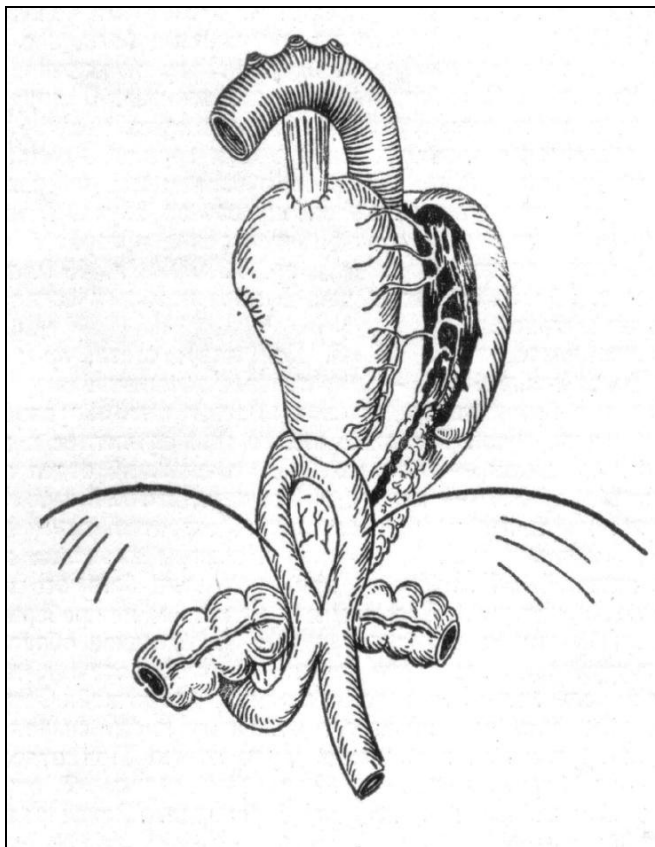


Рис. 8. Схема резекции пищевода с пластикой его перемещенной в левую плевральную полость культи желудка, ранее резецированного по поводу язвенной болезни, вместе с селезенкой и хвостом поджелудочной железы по А.А. Русанову, 1958 г. (Рисунок из статьи Д. В. Федоткина, 1962).

По данным Г.С. Собецкой (1960), похожий, но не аналогичный способ замещения резецированного пищевода культи желудка, поднятой в плевральную полость через разрез в диафрагме, но только с удалением селезенки, в 1953 г. был описан Emmerson [406]. Такую операцию Emmerson сумел выполнить однократно лишь благодаря имевшимся благоприятным особенностям деления селезеночной артерии на ветви. Еще одно подобное наблюдение

ние замещения резецированного пищевода культей желудка опубликовал в 2004 г. итальянский хирург D. Gianlorenzo [563].

Тем не менее, важные детали операции, предварительно разработанной А.А. Русановым в эксперименте, свидетельствуют о том, что данный оперативный метод несомненно является оригинальным.

Заключение к главе III

Таким образом, история развития реконструктивной хирургии пищевода в России на протяжении 132 лет с 1881 по 2012 гг. имела ряд особенностей, отличавших ее от зарубежной хирургии пищевода. Эти особенности, с одной стороны, способствовали мировым достижениям отечественных хирургов, а с другой – иногда служили причиной сдерживания прогресса данного научного направления в России.

Тем не менее, российские ученые сделали целый ряд важных открытий, изобретений и усовершенствований в экспериментальной и клинической реконструктивной хирургии пищевода – по нашим данным, они обладают 23 мировыми приоритетами в этой области.

В целом описанные приоритеты отечественных хирургов можно определить как безусловно способствующие прогрессу данного научного направления в XIX – XXI столетиях.

ГЛАВА IV

Научные школы

реконструктивной хирургии пищевода в России

Среди многообразных форм социально-творческих связей между учеными одними из важнейших являются научные школы, которые выполняют две основных функции – образовательную и исследовательскую [521]. Под термином «научная школа» понимают коллектив ученых, объединенный определенным научным направлением, оригинальной исследовательской программой, общностью естественно-научных взглядов, тематики научных исследований и подходов к решению практических вопросов. Научная школа – это коллектив ученых-единомышленников, которые отстаивают позиции и творчески развивают взгляды своего учителя [170]. Любая научная школа характеризуется личностными особенностями ее лидера, особой системой обучения научному творчеству, специфической атмосферой человеческих отношений [72]. Главным фактором для создания научной школы считается возникновение новой научной идеи, наличие у лидера новаторства в постановке, разработке и методике изучения научных проблем. Как правило, сначала глава школы сам обучается у одного или нескольких учителей, поэтому корни научной школы могут исходить из нескольких источников [142; 339].

Необходимо отметить, что хирургия в отличие от других медицинских клинических, а тем более – теоретических дисциплин, имеет одну главную и весьма специфическую особенность: ее невозможно изучить по книгам и учебникам; для того, чтобы овладеть секретами хирургии, обязательно нужно пройти обучение у хорошего учителя. По словам Б.А. Королева (2004), сам этот учитель хирургии, а тем более лидер научной хирургической школы должен быть не только талантливым врачом, широко эрудированным научным работником и опытным педагогом, находящимся в постоянном научном поиске, но при всем этом он должен хорошо и много оперировать. В свою очередь ученик должен каждодневно видеть, как надо правильно оперировать и лечить больных, и при этом понимать, как это делать не надо, и, таким

образом, постигать мастерство своего учителя [205]. Каждому ученику, желающему стать хорошим хирургом, необходимо овладеть рядом важных качеств, которые С.С. Юдин [517] описал так: «...Тут нужны четкость и быстрота пальцев скрипача и пианиста, верность глазомера и зоркость охотника, способность различать малейшие нюансы цвета и оттенков, как у лучших художников, чувство формы и гармонии тела, как у лучших скульпторов, тщательность кружевниц и вышивальщиц шелком и бисером, мастерство кройки, присущее опытным закройщикам и модельным башмачникам, а главное – уметь шить и завязывать узлы двумя-тремя пальцами, вслепую, на большой глубине, то есть, проявляя свойства профессиональных фокусников и жонглеров».⁷⁶ Однако, как справедливо отмечал академик Н.Н. Петров, подобные качества, как правило, не бывают врожденными, но их вполне можно развить и довести до совершенства, если долго и целеустремленно учиться и упорно тренироваться [290]. К этому необходимо добавить, что процесс обучения в хирургической школе должен включать не только обучение врачебному искусству и хирургическому мастерству, но и методике и методологии научных исследований. По этому поводу С.С. Юдин писал: «Хирургическое творчество непременно складывается из различных элементов: искусства рукодействия и научного мышления; одно без другого окажется бесплодно».⁷⁷

И, наконец, следует уточнить, что именно можно называть обучением в научной хирургической школе. Мы полагаем, что таким обучением следует считать не прохождение студенческого курса хирургии в медицинском институте, где клиническими кафедрами заведуют знаменитые профессора, а, выражаясь сегодняшним языком, получение последипломного образования в клинической ординатуре и аспирантуре с написанием диссертации под руководством учителя. С другой стороны, обучением можно считать и достаточно длительную и интенсивную работу практического врача под началом опыт-

⁷⁶ Цит.: Юдин С.С. Размышления хирурга. – М.: Медицина, 1968. – С. 16–17.

⁷⁷ Цит.: Юдин С.С. Размышления хирурга. – М.: Медицина, 1968. – С. 16.

ного, умелого и всесторонне образованного хирурга, который сам является лидером или представителем авторитетной научной хирургической школы.

Впервые речь о значении российских научных школ в развитии хирургии пищевода заходит в 1948 г. в работе Б.В. Петровского, в которой автор описывает мировые приоритеты отечественных хирургов в развитии данного научного направления [294]. На эту тему Б.В. Петровский также выступил с докладом на 14-ом конгрессе Международного общества хирургов в Париже в 1951 г. [606]. Но вопрос о том, когда и где зародились научные школы реконструктивной хирургии пищевода в России, и каковы были пути их дальнейшего развития, остается неизученным в современной историографии.

IV.1. Зарождение первых научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России

Для формирования научной школы ее создателю необходимо обладать такими качествами, как выдающаяся одаренность, преданность идее, способность привлекать учеников [34]. Благодаря созданию школы целый ряд научных направлений получает возможность интенсивного развития [74].

При рассмотрении вопросов формирования, становления и развития научных школ возникают понятия преемственности и последовательности, а также соблюдения традиций в развитии научных идей. При этом отрезок времени, на котором обычно фиксируют существование той или иной научной школы, составляют три поколения: учитель – ученик (ученики) – его (их) ученики [257]. Но такой временной цикл в развитии научных школ можно отметить не всегда, и он, по-видимому, необязателен. Иногда приходится констатировать, что после своего зарождения и очень яркого первоначального периода деятельности некоторые научные хирургические школы в России затем переживали период спада. Это было связано с рядом неблагоприятных условий, из которых, как мы увидим в дальнейшем, смерть основателя или руководителя научной школы имела немаловажное значение.

В период бурного развития хирургии конца XIX – начала XX вв. в российских высших учебных заведениях передовые позиции заняли три хирур-

гические клиники: в ИМУ – факультетская под руководством проф. А.А. Боброва и госпитальная под руководством проф. П.И. Дьяконова, в ВМА – госпитальная хирургическая клиника под руководством проф. С.П. Федорова. В начале XX века П.И. Дьяконов и С.П. Федоров создали собственные хирургические школы, но нас больше интересует то, что они стали родоначальниками одних из первых научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России. Примечательно, что и П.И. Дьяконов и С.П. Федоров были учениками А.А. Боброва, который сам был представителем научной школы Н.В. Склифосовского. Однако, Н.В. Склифосовский воспитал учеников не только в Москве, но и еще раньше – в период своей работы в Санкт-Петербургской ВМА. Среди них был проф. И.И. Насилов, который первым в мире разработал задний внеплевральный доступ к грудному отделу пищевода. Таким образом, рассмотрение процесса зарождения первых научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России целесообразно начать с освещения деятельности проф. И.И. Насилова и его учеников.

IV.1.1. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода

И.И. Насилова

В 1949 г. один из корифеев отечественной хирургии пищевода академик АМН СССР А.Г. Савиных писал: «... истоками развития пищеводно-кардиальной, вместе с этим и торакальной хирургии, мы должны считать экспериментальные работы из Военно-медицинской академии профессора оперативной хирургии и топографической анатомии И.И. Насилова».⁷⁸

И.И. Насилов (1842–1907), который по праву считается родоначальником хирургии грудного отдела пищевода, окончил ИМХА в 1864 г. и был оставлен в академии на 3 года для усовершенствования с прикомандированием ко 2-му Военно-сухопутному госпиталю на правах ординатора, где он работал под руководством проф. П.П. Заблоцкого-Десятовского. Одновременно И.И. Насилов занимался изучением ушных болезней в патологоанатомиче-

⁷⁸ Цит. Савиных А.Г. К истории хирургического лечения рака пищевода и кардии. – Труды Томского медицинского института. Т. XVI. – Томск, 1949. – С. 319.

ском отделении госпиталя сначала у проф. Т.С. Иллинского, а с 1867 г. – под руководством проф. М.М. Руднева. В 1867 г. И.И. Насилов защитил докторскую диссертацию на тему: «О воспалении барабанной перепонки в патологоанатомическом отношении» и в 1868 г. был утвержден в звании приват-доцента ИМХА по ушным болезням. В 1871 г. И.И. Насилов был избран приват-доцентом кафедры хирургической патологии и терапии ИМХА, где он проработал 10 лет под руководством проф. Н.В. Склифосовского. Наиболее известный результат совместной деятельности Н.В. Склифосовского и И.И. Насилова – разработка оригинального способа соединения отломков длинных трубчатых костей, названного «русским замком» (1875) [269; 270; 342].

В 1881 г. И.И. Насилов был избран профессором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ИМХА, а с 1887 г. и до своего выхода в отставку в 1895 г. он заведовал кафедрой академической хирургической клиники. В 1888 г. в газете «Врач» И.И. Насилов опубликовал свою знаменитую работу «Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди» [263]. Огромная заслуга И.И. Насилова состояла в том, что он первым в мире указал реальный путь к грудному отделу пищевода для его вскрытия с целью удаления инородных тел и резекции при раковой непроходимости, а также предложил при обнаружении неудалимой опухоли верхне-грудного отдела пищевода выделять и выводить в кожную рану на спине его нижний отрезок.

Научные исследования И.И. Насилова по хирургии грудного отдела пищевода продолжил его ученик Э.Г. Салищев, который в 1890 г. в числе группы перспективных ученых был приглашен во вновь организованный Императорский Томский университет (ИТУ) на должность профессора кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. После окончания ИМХА в 1875 г. Э.Г. Салищев сначала работал земским врачом в г. Златоусте, а затем, в связи с началом Русско-турецкой войны 1877–1878 гг., был призван на военную службу. С 1880 г. Э.Г. Салищев работал ординатором в академической хирургической клинике ИМХА сначала под руководством проф. С.П. Коломнина (ученика А.А. Китера), а после трагической смерти С.П. Ко-

ломнина, последовавшей в 1882 г.,⁷⁹ продолжил трудиться на той же кафедре под руководством проф. И.И. Насилова, одновременно занимаясь научной работой в Анатомическом институте ИМХА у проф. П.Ф. Лесгафта [38].

Работая под руководством проф. И.И. Насилова, Э.Г. Салищев в 1885 г. защитил докторскую диссертацию «Топографический очерк мужской промежности», и в 1887 г. перешел на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии, где стал штатным прозектором и прослужил в этой должности еще три года. Таким образом, Э.Г. Салищева можно считать учеником как С.П. Коломнина, так и И.И. Насилова, то есть – представителем научных хирургических школ Н.И. Пирогова и Н.В. Склифосовского.

В Томске проф. Э.Г. Салищев быстро проявил себя как талантливый хирург, анатом и педагог. В 1892 г. Э.Г. Салищев был избран заведующим вновь созданной кафедрой госпитальной хирургии ИТУ, где в полной мере развернулась его блестящая клиническая деятельность, продолжавшаяся почти 10 лет. Проф. Э.Г. Салищев, будучи первоклассным хирургом и обладая большими организаторскими способностями, стал основателем сибирской хирургической школы, широко известной своими трудами по торакальной, абдоминальной и пластической хирургии, а также онкологии и урологии. В 1896 г. Э.Г. Салищев был в заграничной командировке, посетил клиники Бергмана, Кохера, Микулича, Черни и других известных европейских хирургов [38; 103; 375]. В 1896 г. на кафедру госпитальной хирургии ИТУ поступил ординатором В.Д. Добромислов, которому проф. Э.Г. Салищев в конце 90-х гг. XIX века поручил научную работу по изучению оперативных доступов к грудному отделу пищевода в эксперименте [384].

В своей первой работе, опубликованной в № 28 газеты «Врач» за 1900 г., В.Д. Добромислов писал: «По предложению проф. Э.Г. Салищева я занялся разработкой чрезлегочноплевного способа операций на органах заднего средостения, главным образом иссечения кусков из пищевода в грудном

⁷⁹ С.П. Коломнин покончил жизнь самоубийством после неудачно выполненной операции, закончившейся смертью пациентки на операционном столе.

его отделе, с последовательным герметическим замыканием раны легочно-плевной полости пластическим лоскутом».⁸⁰

Однако вопрос о том, когда именно Э.Г. Салищев поручил В.Д. Добромыслову провести эту экспериментальную научную работу, исследователями не выяснен. Из опубликованных исторических работ складывается впечатление, что В.Д. Добромыслов начал свои исследования с самого своего прихода на кафедру к Э.Г. Салищеву в 1896 г. [103; 157; 158; 384]. Между тем, уточнить этот вопрос можно, сравнив, выражаясь современным языком, «материал и методы», приведенные во всех трех статьях, опубликованных В.Д. Добромысловым на эту тему. Так, в статье от 1900 г. В.Д. Добромыслов описал один успешный случай операции на собаке, датированный 18 марта 1900 г. [137]. Во второй статье, опубликованной в 1903 г. в журнале «Русский хирургический архив», В.Д. Добромыслов указал, что сначала он сделал 4 опыта на трупах, из них первый – по способу И.И. Насилова, а последующие 3 – через трансплевральный доступ (в первом опыте торакотомия была сделана справа, во втором слева и в третьем – снова справа) [138]. Затем В.Д. Добромыслов выполнил ряд экспериментов по трансплевральной резекции пищевода на собаках, из которых первые 7 погибли (5 во время операции, одна жила 1 час после операции, другая – 5 часов). Наконец, в середине своей статьи В.Д. Добромыслов впервые указывает: «На собаках мною поставлено 17 опытов; о первых семи я уже сказал, остальные привожу в хронологическом порядке».⁸¹ Далее следует 10 протоколов операций, первый из которых датирован 18 марта 1900 г. (это первый удачный опыт № 8, который уже был описан в первой статье), а последний (опыт № 17) – 2 июля 1901 г. Больше В.Д. Добромыслов экспериментов на собаках не производил. Как он писал сам в 1903 г., «Работа, начатая мною по предложению покойного

⁸⁰ Цит.: Добромыслов В.Д. Случай иссечения куска из пищевода, в грудном его отделе, по чрезлегочно-плевному способу (Предварительное сообщение). – Врач. – 1900. – № 28. – С. 847.

⁸¹ Цит.: Добромыслов В.Д. К вопросу о резекции пищевода в грудном его отделе по чрезплевральному способу (экспериментальное исследование). – Рус. хир. архив. – 1903. – Кн. 4. – С. 601.

проф. Э.Г. Салищева,⁸² является не вполне законченной» и далее: «... неблагоприятные условия для продолжения мною этой работы не обещают в близком, а может быть и в отдаленном будущем, измениться к лучшему».⁸³ Но в третьей своей статье, опубликованной в 1907 г. на немецком языке в журнале «Russische Medicinische Rundschau», В.Д. Добромыслов достаточно подробно описал три первые в мире пробные торакотомии по поводу рака пищевода, выполненные в 1900 г. в Томске (двух больных оперировал Э.Г. Салищев, одного – В.Д. Добромыслов). Первая операция была сделана 27 января 1900 г., вторая – 19 июня 1900 г. и третья – 20 июля 1900 г., все три операции окончились смертью больных [551]. Значит, первую трансплевральную операцию в клинике по поводу рака пищевода Э.Г. Салищев и В.Д. Добромыслов выполнили, еще не имея ни одного положительного результата экспериментальных исследований. К сожалению, В.Д. Добромыслов нигде не указывает, когда точно был произведен первый эксперимент на трупe и первый – на собаке. Но, сопоставляя имеющиеся даты, мы можем с большой вероятностью предположить, что В.Д. Добромыслов начал свои эксперименты на собаках не до, а после первой операции в клинике, т.е., примерно в марте 1900 г.

Тем не менее, первые две опубликованные экспериментальные работы В.Д. Добромыслова (1900, 1903) безусловно содержали очень много абсолютно новых и ценных научных сведений. Его третья работа (1907) дает ясное представление о том, что и в клинике первыми попытались резецировать грудной отдел пищевода при раке через торакотомию Э.Г. Салищев и В.Д. Добромыслов в 1900 г. (И. Микулич и Ф. Зауэрбрух это сделали в 1904 г.).

Таким образом, мы полагаем, что оригинальность идеи, значительный объем проведенных экспериментальных и клинических исследований, ценность полученных результатов можно рассматривать в качестве признаков первой в России научной школы хирургии пищевода И.И. Насилова, истоки

⁸² Э.Г. Салищев, поранив палец при выполнении гнойной операции, заболел сепсисом и умер от тромбоэмболии легочной артерии 12 июня 1901 г.

⁸³ Цит.: Добромыслов В.Д. К вопросу о резекции пищевода в грудном его отделе по чресплевральному способу (экспериментальное исследование). – Рус. хир. архив. – 1903. – Кн. 4. – С. 590.

которой следует искать в научных школах Н.И. Пирогова и Н.В. Склифосовского. Одним из основных направлений научных исследований ученика И.И. Насилова проф. Э.Г. Салищева была разработка актуальных проблем зарождающейся торакальной хирургии. Несмотря на плохой исход первых трех операций в клинике, сделанных Э.Г. Салищевым и его учеником В.Д. Добромысловым, необходимо подчеркнуть, что это были первые в мире торакотомии, предпринятые для резекции грудного отдела пищевода по поводу рака. Однако, после скоропостижной смерти проф. Э.Г. Салищева, последовавшей 12 июня 1901 г., тематика научных работ кафедры госпитальной хирургии Томского университета значительно изменилась. В 1901–1902 гг. этой кафедрой по совместительству руководил заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии проф. А.А. Введенский. В 1903 г. кафедрой госпитальной хирургии ИТУ стал заведовать ученик В.И. Разумовского проф. П.И. Тихов, не считавший хирургию пищевода перспективным направлением. С 1917 по 1926 гг. заведующим этой кафедрой был ученик П.И. Тихова проф. Н.И. Березнеговский, который в 1910 г. опубликовал компилятивную работу об эзофаготомии на шее для удаления инородных тел [49], но хирургией пищевода в дальнейшем не занимался.

После смерти проф. Н.И. Березнеговского кафедрой госпитальной хирургии Томского университета с 1926 по 1929 гг. руководил ученик П.И. Дьяконова проф. В.Н. Саввин [38]. Именно тогда здесь начал свои анатомические и экспериментальные исследования по хирургии пищевода А.Г. Савиных, который в 1929 г. выполнил свою первую успешную операцию трансабдоминальной резекции кардии по поводу рака. Став в 1931 г. руководителем кафедры, проф. А.Г. Савиных на протяжении многих лет развивал данное научное направление и поднял его на очень большую высоту [103; 157].

Важно, что научная школа реконструктивной хирургии пищевода И.И. Насилова обладает тремя мировыми приоритетами: 1) задний внеплевральный доступ к грудному отделу пищевода в эксперименте; 2) трансплевральный

ный доступ к грудному отделу пищевода для его резекции в эксперименте;
3) три первые в мире торакотомии по поводу рака пищевода в клинике.

Роль И.И. Насилова, как лидера научной школы, заключается в создании нового научного направления – хирургии грудного отдела пищевода, которой до начала его исследований в мире просто не существовало.

Необходимо отметить, что с исторической точки зрения по формальным признакам нельзя в полной мере дать определение научной школы хирургии пищевода И.И. Насилова, что связано со смертью его ученика проф. Э.Г. Салищева и прекращением В.Д. Добромысловым исследований в этом направлении. Однако, с учетом достижений мирового значения И.И. Насилова, Э.Г. Салищева и В.Д. Добромysłова, а также возобновления исследований по хирургии пищевода на той же кафедре госпитальной хирургии Томского университета под руководством проф. А.Г. Савиных, мы все-таки можем говорить о том, что зарождение первой отечественной научной школы хирургии пищевода произошло в 1888 г. в Санкт-Петербургской ВМА, а дальнейшее ее развитие – в Томском университете. Прогрессивные идеи И.И. Насилова, Э.Г. Салищева и В.Д. Добромysłова о необходимости разработки внутригрудных операций на пищеводе нашли свое воплощение в начале XX века в работах научных школ П.И. Дьяконова и С.П. Федорова.

IV.1.2. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода

П.И. Дьяконова

В начале XX века изучением проблемы рака и рубцовой непроходимости пищевода весьма активно занималась госпитальная хирургическая клиника ИМУ под руководством проф. П.И. Дьяконова. В этот период проф. П.И. Дьяконов стал одним из лидеров отечественной хирургии, создавшим крупную школу хирургов и морфологов, наиболее видными представителями которой были Ф.И. Березкин, В.Р. Брайцев, Н.К. Лысенков, Н.И. Напалков, Ф.А. Рейн, Н.Н. Теребинский, А.В. Тихонович, В.Р. Хесин. Из кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии и госпитальной хирургической клиники ИМУ, которыми последовательно руководил проф. П.И.

Дьяконов (соответственно с 1893 по 1901 и с 1901 по 1908 гг.), вышло свыше 360 работ его учеников, 23 из них защитили докторские диссертации [498].

Общепризнано, что П.И. Дьяконов был одним из пионеров торакальной хирургии в России. В 1893 г. П.И. Дьяконов разработал на трупах внеплевральный доступ к органам средостения путем резекции реберной дуги слева и отслойки плеврального мешка от диафрагмы, а в 1898 г. впервые выполнил нижнюю лобэктомию с отдельной перевязкой артерии, вены и бронха [147; 252]. В 1905 г. он произвел первую в нашей стране успешную трансторакальную операцию по поводу диафрагмальной грыжи. При хронической эмпиеме плевры П.И. Дьяконов предложил выполнять торакопластику с сохранением мягких тканей межреберных промежутков, чем значительно модифицировал известную операцию Шеде [145; 147; 435; 498].

Проблема реконструктивной хирургии пищевода интересовала П.И. Дьяконова на протяжении всей его академической деятельности. Несмотря на то, что сам П.И. Дьяконов не опубликовал работ по хирургии пищевода, он направил усилия своих учеников на решение всех актуальных аспектов этой насущной проблемы. Так, еще когда П.И. Дьяконов руководил кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ИМУ (1893–1900), его ученик А.В. Старков в 1901 г. опубликовал работу, основанную на вскрытиях 67 трупов, среди которых было 10 трупов больных, умерших от рака пищевода [412]. На основании своих исследований А.В. Старков сделал заключение о непригодности доступа И.И. Насилова для радикальных операций при злокачественных поражениях пищевода, так как в большинстве случаев он находил распространение опухоли на структуры заднего средостения, а также метастазы в лимфоузлы в области бифуркации трахеи и в брюшной полости. Один из важных выводов А.В. Старкова гласил о том, что операция при раке пищевода должна предоставлять не только свободный доступ к самой опухоли, но и к лимфоузлам средостения с целью их удаления вместе с пищеводом. Таким образом, уже в самом начале XX века кли-

ником П.И. Дьяконова была обоснована необходимость лимфаденэктомии при раке пищевода для повышения онкологического радикализма операции.

По данным В.П. Вознесенского (1908) и В.Ю. Славяниса (1908), с 1903 по 1908 гг. в клинике проф. П.И. Дьяконова лечились 134 пациента с раковой и 13 – с рубцовой непроходимостью пищевода, причем в 115 наблюдениях была наложена гастростома [105; 405]. Подобного опыта в то время не имела ни одна российская клиника. Сам П.И. Дьяконов сделал 8 попыток резекции пищевода по поводу рака, но сделать это ему удалось лишь однажды. К этому мы можем добавить, что, судя по изученным нами историям болезни в архиве РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, пациентов с заболеваниями пищевода стали регулярно принимать на лечение в госпитальную хирургическую клинику ИМУ, начиная именно с 1901 г., т.е. после того, как сюда пришел проф. П.И. Дьяконов. Кроме отмеченных В.Ю. Славянисом и В.П. Вознесенским операций гастростомии, выполненных с 1903 по 1908 гг., в упомянутом архиве мы нашли историю болезни пациентки с сочетанным рубцовым поражением пищевода и желудка [5а], которой в 1907 г. была сделана еюностомия (рис. 5а в Приложении). Также, кроме историй болезни пациентов с раковой и рубцовой непроходимостью пищевода мы нашли истории болезни 2 больных кардиоспазмом [2а; 4а], который тогда называли «*dysphagia amyotactica*» (рис. 2, рис. 4 а-б в Приложении). Лечение этих пациентов заключалось в бужировании толстым желудочным зондом, а также психотерапии и назначении специальной щадящей диеты.

За период с 1901 по 1908 гг. под руководством проф. П.И. Дьяконова было осуществлено несколько оригинальных работ по раку и рубцовым послеожоговым стриктурам, а также дивертикулам пищевода (В.Н. Павлов-Сильванский, В.М. Гринштейн, А.В. Судакевич, В.Ю. Славянис, В.П. Вознесенский), которые были опубликованы в «Работах госпитальной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова» (всего вышло 15 томов этого уникального издания). В данный период в госпитальной хирургической клинике ИМУ успешно развивалась также диагностическая и лечебная эзофагоско-

пия, и накопленный опыт (более 300 эзофагоскопий – к тому времени наибольшее количество в России, из них в 47 случаях – с удалением инородных тел пищевода) был изложен в монографии Р.И. Венгловского, опубликованной в 1905 г. [91]. В 1908 г. увидела свет работа А.В. Судакевича, в которой автор подытожил опыт применения диагностической эзофагоскопии при дивертикулах пищевода [429].

В 1908 г. из клиники проф. П.И. Дьяконова вышла диссертация В.Ю. Славяниса «Рак пищевода». Автор, проведя многочисленные анатомические исследования на трупах, в частности установил, что верхнюю часть грудного отдела пищевода удобнее резецировать, применяя задний внеплевральный доступ по И.И. Насилову, в то время как нижняя часть органа доступнее при чресплевральном подходе по В.Д. Добромыслову [405].

Таким образом, в клинике проф. П.И. Дьяконова разрабатывались различные хирургические доступы к грудному отделу пищевода – не только внеплевральный, но и трансплевральный (при определенных показаниях), т.е. доступ, который многими хирургами того времени считался невозможным по целому ряду причин. Однако, и задний внеплевральный доступ не был оставлен. Дальнейшему исследованию возможностей использования доступа И.И. Насилова для операций по поводу рубцовых стриктур пищевода была посвящена работа еще одного ученика П.И. Дьяконова – В.П. Вознесенского, вышедшая в 1908 г. [105]. В данной работе, посвященной разработке заднемедиастинальной пластике пищевода тонкой кишкой, В.П. Вознесенский первым описал анатомию сосудов брыжейки тонкой кишки в приложении к эзофагопластике, первым обратил внимание на гиперперистальтику, как признак ишемии кишки, первым разработал инвагинационный пищеводно-тонкокишечный анастомоз конец-в-конец, а также предложил формировать открытый подкожный канал на передней грудной стенке для помещения в него искусственного пищевода под контролем зрения, чтобы снизить вероятность повреждения питающей сосудистой аркады. Это свидетельствует о том, что клиника П.И. Дьяконова была первой и в вопросах

разработки методики и техники заднемедиастинальной эзофагопластики, которую стали использовать А.Г. Савиных, его ученики и последователи при раке и рубцовых стриктурах пищевода, начиная с 40-х гг. XX века.

Таким образом, исследования клиники проф. П.И. Дьяконова в период начала XX века охватывали почти весь спектр заболеваний пищевода.

Справедливости ради необходимо отметить, что пациенты с заболеваниями пищевода поступали в госпитальную хирургическую клинику ИМУ и до прихода сюда проф. П.И. Дьяконова, правда, очень редко. Так, в архиве РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН имеются подшивки историй болезни с 1894 по 1900 гг., т.е. за тот период, когда кафедрой госпитальной хирургии ИМУ руководил основоположник одной из крупных отечественных хирургических школ проф. Л.Л. Левшин (ученик А.А. Китера). Нам удалось найти пять историй болезни пациентов с непроходимостью пищевода [1а–5а], двум из которых была наложена гастростома (этих больных оперировал ученик Л.Л. Левшина С.И. Спасокукоцкий). Еще одного пациента лечили бужированием по поводу кардиоспазма (Приложение, рис. 3 а-б, 4 а-б). Однако, каких-либо научных публикаций на данную тему в тот период сотрудниками кафедры госпитальной хирургии ИМУ сделано не было.

После скоропостижной смерти П.И. Дьяконова, последовавшей в 1908 г., кафедрой госпитальной хирургии недолго заведовал его ученик Н.И. Напалков, а с 1910 по 1934 гг. руководителем кафедры был проф. А.В. Мартынов. В этот период научные направления деятельности кафедры значительно изменились, и исследования по хирургии пищевода здесь были прекращены. К сожалению, не получила своего продолжения и многообещающая работа В.П. Вознесенского по заднемедиастинальной пластике пищевода.⁸⁴

Тем не менее, ученики П.И. Дьяконова продолжали начатые исследования. Так, Р.И. Венгловский⁸⁵ в 1915 г. опубликовал первую в России капи-

⁸⁴ В.П. Вознесенский защитил докторскую диссертацию в 1913 г. на тему «О круглой язве двенадцатиперстной кишки», после чего покинул госпитальную хирургическую клинику ИМУ.

⁸⁵ Проф. Р.И. Венгловский с 1911 по 1917 гг. заведовал кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ИМУ.

тальную монографию по хирургии пищевода, в которой обобщил данные зарубежных ученых и богатый опыт клиники П.И. Дьяконова. В этой монографии Р.И. Венгловский подробно описал этиологию, патогенез, особенности диагностики и способы консервативного и оперативного лечения всех известных в то время заболеваний, травм пищевода и их последствий [92].

Другой ученик П.И. Дьяконова – проф. В.Р. Брайцев стал родоначальником в нашей стране тотальной кожной пластики пищевода по Бирхеру, которую он значительно усовершенствовал [75]. Также В.Р. Брайцев изучал возможности хирургического лечения кардиоспазма и первым в России произвел операцию Neugowsky при этом заболевании, а в 1922 г. продемонстрировал удачный результат внеслизистой кардиоластики по Girard [50]. О собственной модификации операции Neugowsky доложил на XVIII съезде российских хирургов в 1926 г. ученик П.И. Дьяконова проф. А.В. Тихонович, работавший в то время в Ярославле [436]. Еще один ученик П.И. Дьяконова – проф. В.Л. Покотило, много сделал для усовершенствования тотальной тонкокишечной эзофаголастики по Ру-Герцену и в 1926 – 1928 гг. привел первые в СССР успешные наблюдения этой операции с описанием благоприятных отдаленных результатов [328; 329].

Таким образом, оригинальность подходов к решению актуальных аспектов проблемы хирургического лечения доброкачественных и злокачественных заболеваний пищевода, большой объем научных исследований, проведенных на эту тему под руководством проф. П.И. Дьяконова сотрудниками кафедры госпитальной хирургии ИМУ, большое количество пролеченных больных и значительное число операций, наличие учеников, творчески развивавших взгляды учителя и воспитавших собственных учеников, позволяют говорить о формировании в начале XX века научной школы реконструктивной хирургии пищевода П.И. Дьяконова. Научная школа П.И. Дьяконова обладает мировым приоритетом в виде впервые разработанной в эксперименте заднемедиастинальной пластики пищевода тонкой кишкой с инва-

гинационным пищеводно-тонкокишечным анастомозом конец-в-конец по типу «чернильницы-непроливайки» (Вознесенский В.П., 1908).

Роль П.И. Дьяконова, как лидера научной школы, заключалась в организации масштабных исследований по анатомии, экспериментальной и клинической хирургии рака пищевода и изучении возможности диагностики и лечения его доброкачественных заболеваний. Это отразилось в основных направлениях исследований научной школы П.И. Дьяконова, которыми стали разработка хирургических доступов к грудному отделу пищевода, методики и техники резекции пищевода при раке и способов эзофагопластики при рубцовых стриктурах, а также методов диагностики и лечения кардиоспазма и дивертикулов пищевода. Результаты этих исследований были изложены в работах учеников П.И. Дьяконова А.В. Старкова (1901), Р.И. Венгловского (1905, 1915), В.П. Вознесенского (1908), В.Ю. Славяниса (1908), А.В. Судакевича (1908), а в советский период – В.Л. Покотило (1926) и В.Р. Брайцева (1928). В последующем (в 50–60-х гг. XX века) различные аспекты проблемы хирургии пищевода (оперативное лечение рака пищевода и кардии, послеожоговых рубцовых стриктур, кардиоспазма) разрабатывали в Москве ученики проф. В.Р. Брайцева профессора А.С. Кан-Коган и Т.П. Макаренко, а в Красноярске этим занимался проф. А.М. Дыхно – ученик видного представителя научной школы П.И. Дьяконова проф. Н.И. Напалкова. На этом основании мы можем судить о дальнейшем развитии и продолжении деятельности научной школы реконструктивной хирургии пищевода П.И. Дьяконова в середине – второй половине XX века.

IV.1.3. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода

С.П. Федорова

Большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода в России в начале XX века сыграла кафедра госпитальной хирургии ВМА под руководством проф. С.П. Федорова (1869–1936). Будучи приват-доцентом факультетской хирургической клиники ИМУ, руководимой проф. А.А. Бобровым, С.П. Федоров в 1888–

1894 гг. впервые в России внедрил в клиническую практику эзофагоскопию, в 1900 г. первым в стране выполнил резекцию шейного отдела пищевода при раке, а в 1902 г. – первую в России гастрэктомию с наложением эзофагодуденоанастомоза [444–446]. В 1903 г. С.П. Федоров был избран заведующим кафедрой госпитальной хирургии ВМА и продолжил свою академическую деятельность в Санкт-Петербурге. Гармонично сочетая в себе качества блестящего клинициста, прекрасного оператора, выдающегося ученого и талантливого педагога, С.П. Федоров быстро выдвинулся в передовые ряды русских хирургов [194; 280; 496]. По оценке С.С. Юдина, С.П. Федоров стал не только общепризнанным главой русской и советской хирургии, но, безусловно, одним из первых хирургов Европы [512]. С.П. Федоров создал крупнейшую научную школу русских хирургов, многие из которых стали профессорами и докторами медицины, а 32 его ученика заняли самостоятельные хирургические кафедры, в том числе В.А. Оппель, В.Н. Шамов, В.Н. Шевкуненко, С.Р. Миротворцев, П.А. Куприянов, Н.Н. Еланский, К.П. Сапожков, А.В. Мельников, А.Л. Поленов, Е.И. Захаров. Одним из важных направлений научных исследований С.П. Федорова и представителей его научной школы стала хирургия пищевода.

В 1908 г. на VIII съезде российских хирургов С.П. Федоров предложил осуществлять обход сужений нижней трети пищевода путем наложения внутриплеврального эзофагоэюноанастомоза. Эту операцию он успешно производил в эксперименте на собаках, назвав ее «gastro-jejunooesophagostomia transdiafragmatica» [444]. Таким образом, С.П. Федоров первым в мире разработал способ шунтирующей внутриплевральной эзофагопластики тонкой кишкой, который в середине XX века стал методом выбора при раке и ожоговых стриктурах пищевода.

Необходимо отметить, что С.П. Федоров сделал несколько попыток выполнения трансплевральных операций на грудном отделе пищевода.

Так, в феврале 1909 г. С.П. Федоров под хлороформ-кислородным наркозом с использованием аппарата Брауэра впервые в России через левосторонний трансплевральный доступ произвел рассечение пищевода у больной с ожоговой стриктурой его грудного отдела, а в 1911 г. тем же доступом иссек суженный участок пищевода и сшил его отрезки по типу «конец-в-конец». К сожалению, обе эти операции закончились смертью больных от гнойных осложнений, которые в те годы считались практически неизбежными [446].

В 10-х гг. XX века значительных успехов в реконструктивной хирургии пищевода достигли ученики С.П. Федорова Я.О. Гальперн и А.В. Алексеев. Так, в 1912 г. Я.О. Гальперн предложил способ эзофагопластики антиперсигитальной желудочной трубкой, питающейся за счет левой желудочно-сальниковой артерии. Этот способ в различных модификациях впоследствии стал одним из основных при раке и рубцовых стриктурах пищевода во многих российских и зарубежных клиниках [109].

В 1914 г. А.П. Алексеев разработал в эксперименте собственный вариант способа С.П. Федорова – внутриплевральную эзофагопластику тощей кишкой с эзофагоэноанастомозом конец-в-конец [14]. А.П. Алексеев указывал, что у больных раком пищевода необходимо первым этапом резецировать опухоль и вшивать верхний отрезок пищевода в грудную стенку, а вторым этапом подводить кишку к эзофагостоме. Таким образом, А.П. Алексеев к 1914 году разработал в эксперименте два перспективных метода оперативного лечения рака грудного отдела пищевода, которые впоследствии стали успешно применяться в клинике.

На основании вышеизложенного можно судить о зарождении в начале XX в. в Санкт-Петербурге научной школы реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова и о ее главных научных направлениях, таких как разработка методики и техники одномоментной внутриплевральной резекции и пластики пищевода, а также вариантов шунтирующей эзофагопластики. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова успешно развивалась на протяжении всего XX века. Так, в 20–40-х гг. над проблема-

ми диагностики и лечения доброкачественных и злокачественных заболеваний пищевода работали ученики С.П. Федорова В.Н. Шамов (с 1923 г. в Харькове, с 1939 г. в Ленинграде), А.В. Мельников (с 1923 г. в Харькове, с 1941 г. в Ленинграде), К.П. Сапожков (с 1927 г. в Иркутске), Н.Н. Еланский (в Ленинграде, а с 1947 г. в Москве).

Ученик С.П. Федорова В.Н. Шамов в 1926 г. на XVIII съезде российских хирургов доложил о новом способе пластики пищевода свободным тонкокишечным трансплантатом, помещенным в филатовский стебель, с поэтапным перемещением его на грудь после постепенного отжатия и пересечения брыжейки [495]. В 1930 г. А.А. Казанский из клиники С.П. Федорова описал наиболее распространенные в то время взгляды на этиологию, диагностику и лечение «дисфагических расстройств» и привел 2 собственных наблюдения дивертикула Ценкера и 2 – кардиоспазма. Всех этих пациентов оперировал С.П. Федоров, при кардиоспазме он применил операцию Микулича с хорошими результатами в сроки 6 мес. и 2 года. Вопросами хирургического лечения кардиоспазма под руководством проф. С.П. Федорова в 30-х гг. также занимались И.М. Тальман и А.В. Мельников, в последующем ставшие крупными специалистами по реконструктивной хирургии пищевода.

Ученик С.П. Федорова К.П. Сапожков⁸⁶ первым в СССР стал заниматься проблемой трансдиафрагмальной (трансхиатальной) экстирпации пищевода. В 1930 г. он описал разработанный им доступ к нижнему отделу пищевода путем ограниченного рассечения пищеводного отверстия диафрагмы. При раке дистального отдела пищевода К.П. Сапожков предложил удалять весь его грудной отдел абдомино-цервикальным доступом путем эвагинации пищевода наружу через шейную рану [385]. В 1933 г. личный опыт К.П. Сапожкова насчитывал уже 15 операций полного удаления пищевода (12 операций по поводу рака дистального отдела и 3 – рака средней трети пищевода). К сожалению, все 15 больных погибли во время операции

⁸⁶ К.П. Сапожков (1874–1952) заведовал кафедрой факультетской хирургии Иркутского медицинского института с 1927 по 1952 гг.

или в ближайшем послеоперационном периоде. К.П. Сапожков полагал, что главными причинами, вызывающими смерть больных после операции, являются шок, инфекция, пневмоторакс и ненадежность швов. На этом основании К.П. Сапожков сделал вывод о том, что если перитонит, медиастинит, плеврит и флегмона шеи почти неизбежны при существующих способах резекции пищевода, то успеха можно достигнуть путем профилактики этих осложнений: необходима выработка такого способа иссечения пищевода, при котором инфицирование не происходило бы вовсе или оно происходило бы в более безопасных условиях. К.П. Сапожков считал, что угрозы несостоятельности швов пищевода можно избежать путем замены резекции полным удалением всего органа, при котором отпала бы необходимость накладывать анастомоз в средостении или плевральной полости [386].

Продолжая изучать эту проблему, К.П. Сапожков в 1944 г. описал модификацию разрабатываемой им в течение ряда лет операции резекции пищевода при раке его нижней трети – он стал пересекать пищевод выше опухоли и удалять желудок вместе с дистальным отрезком пищевода, а затем выворачивать и удалять только слизистую оболочку грудного отдела пищевода с помощью специального зонда. Также К.П. Сапожков отметил, что лучшим способом пластики пищевода он считает способ Гальперна-Жиану, и полагает возможным проводить желудочную трубку на шею на завершающем этапе операции через оставшийся мышечный футляр пищевода [387].

Учениками К.П. Сапожкова стали профессора С.В. Гейнац и П.Д. Колченогов, сделавшие очень много для развития реконструктивной хирургии пищевода в СССР. Так, С.В. Гейнац ⁸⁷ в 1948 г. одним из первых в нашей стране стал производить трансплевральные операции при раке пищевода под эндотрахеальным наркозом. В 1956 г. С.В. Гейнац и его ученица В.П. Клещеникова на VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов доложили о

⁸⁷ С.В. Гейнац (1897–1958) окончил аспирантуру в клинике проф. С.П. Федорова, работал в Иркутске под руководством проф. К.П. Сапожкова, затем в Хабаровске. С 1948 по 1958 гг. С.В. Гейнац заведовал кафедрой факультетской хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института, на этом посту его сменил А.А. Русанов.

выполненных ими за 8 лет 456 операциях по поводу рака пищевода и кардии. Из этого числа у 340 больных (74,5%) были сделаны радикальные трансплевральные операции. При эзофагокардиальных карциномах и раках нижней трети пищевода авторы применяли комбинированный доступ – срединную лапаротомию и левостороннюю торакотомию. Необходимо отметить, что двухэтапных операций типа Добромыслова-Торека С.В. Гейнац и В.П. Клещевникова не делали принципиально, считая необходимым выполнять только одномоментные операции [110]. В 1949 г. С.В. Гейнац разработал и применил новый метод операции при кардиоспазме. Он иссекал склерозированную мышечную оболочку на уровне кардиального жома и окутывал участок слизистой оболочки сальником на ножке в виде муфты. Клинические результаты были хорошими, а на рентгенограммах отмечалось ампулоподобное расширение пищевода на уровне вмешательства.

Ученицей С.В. Гейнаца стала В.П. Клещевникова, которая с 1948 по 1968 гг. работала ассистентом кафедры факультетской хирургии Ленинградского педиатрического института. В 1955 г. она защитила кандидатскую диссертацию на тему «Клиника и оперативное лечение рака кардии и нижней трети пищевода», а в 1967 г. – докторскую диссертацию «Отдаленные исходы радикальных трансплевральных операций по поводу рака грудного отдела пищевода и кардии» [188]. С 1968 до 1988 гг. В.П. Клещевникова руководила кафедрой госпитальной хирургии Петрозаводского университета, одним из ее учеников стал известный специалист по хирургии пищевода В.С. Сильвестров, который затем передал свой опыт сыну – Ю.В. Сильвестрову.

Исследования К.П. Сапожкова по эзофагопластике продолжал его ученик П.Д. Колченогов, который в 1956 г. предложил десерозировать мобилизованную кишку с целью улучшения ее питания за счет врастания кровеносных сосудов из окружающих тканей [200]. В 1960 г. П.Д. Колченогов предложил выполнять продольную стернотомию для укладывания кишечного трансплантата в открытый загрудинный тоннель под контролем зрения.

Другие видные представители научной школы С.П. Федорова также успешно развивали данное научное направление во второй половине XX века. Так, ученик С.П. Федорова проф. Н.Н. Еланский⁸⁸ в 40–50-х гг. активно занимался изучением возможностей хирургического лечения рака пищевода. С 1948 по 1956 гг. он выполнил 77 торакотомий, при этом у 47 больных была произведена радикальная резекция пищевода. На основании накопленного опыта Н.Н. Еланский сделал заключение о том, что интратрахеальный наркоз обеспечивает увеличение доли радикальных операций [147–149]. В 1961 г. ученик Н.Н. Еланского В.Е. Млынчик подытожил опыт факультетской хирургической клиники 1-го ММИ им. И.М. Сеченова в кандидатской диссертации, посвященной оперативному лечению рака пищевода и кардии [258].

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова отличается обширностью и разветвленностью. Так, например, из этой школы вышел один из основоположников грудной хирургии и анестезиологии в нашей стране академик АМН СССР П.А. Куприянов, воспитавший таких крупных специалистов, как А.П. Колесов, В.И. Колесов, А.Н. Зайцев, М.С. Григорьев. Еще один представитель школы С.П. Федорова – Е.И. Захаров, в 50-х гг. разрабатывал проблему одномоментной резекции пищевода с внутригрудным анастомозом при раке и занимался хирургическим лечением кардиоспазма, предложив новую операцию перемещения кардии [160; 161].

К школе С.П. Федорова также принадлежал известный специалист по хирургии пищевода проф. В.И. Попов, возглавлявший кафедру общей хирургии ВМА им. С.М. Кирова с 1947 по 1968 гг. Его главные исследования были посвящены пластике пищевода толстой кишкой при ожоговых стриктурах и одномоментным внутриплевральным операциям при раке пищевода. В октябре 1955 г. В.И. Попов успешно сделал больному с ожоговой стриктурой пищевода одномоментную внутриплевральную эзофагопластику поперечной

⁸⁸ Н.Н. Еланский (1894–1964) в 1935 г. организовал кафедру факультетской хирургии Ленинградского государственного педиатрического медицинского института (с 1948 по 1958 гг. этой кафедрой заведовал С.В. Гейнац, а с 1958 по 1983 гг. – А.А. Русанов). С 1947 по 1964 гг. Н.Н. Еланский руководил кафедрой факультетской хирургии I ММИ им. И.М. Сеченова.

ободочной кишкой в изоперистальтической позиции, – это было большим достижением для тех лет [335]. В 1956 г. на VI пленуме Правления Всесоюзного общества хирургов В.И. Попов и его ученик И.С. Мгалоблишвили доложили об оперативном лечении 25 больных раком верхней и средней третей и 15 больных раком нижней трети пищевода. При раке нижней трети органа авторы выполняли резекцию пищевода левосторонним трансторакальным доступом с субаортальным эзофагогастроанастомозом. При высоких локализациях опухоли они считали наиболее оправданным сначала выполнять подкожную эзофагопластику толстой кишкой с анастомозом на шее, а через 15–20 дней – правостороннюю торакотомию и резекцию пищевода [336]. Важно, что В.И. Попов и И.С. Мгалоблишвили пропагандировали интратрахеальный наркоз с применением нейроплегических смесей, которым, по их мнению, принадлежит исключительная роль в предупреждении шока при операциях по поводу рака пищевода. В марте 1956 г. И.С. Мгалоблишвили успешно выполнил подкожную антиперистальтическую пластику поперечноободочной кишкой с частью нисходящей у больной раком пищевода, а через 18 дней – удаление пораженного пищевода из правостороннего торакотомного доступа [242].⁸⁹

В 1961 г. В.И. Попов совместно со своим учеником В.И. Филиным первыми в стране разработали и применили в клинике сегментарную пластику шейного отдела пищевода свободными отрезками тонкой и толстой кишки на сосудистых анастомозах, которые они накладывали с помощью аппарата АСЦ-4 – усовершенствованного варианта сосудосшивающего аппарата В.Ф. Гудова [337]. Результаты этих операций оказались вполне благоприятными, что, безусловно, было очень большим достижением в те годы. Необходимо отметить, что В.И. Попов и В.И. Филин опубликовали результаты своих исследований почти одновременно с Seidenberg В. и соавт. (1959) [624].

⁸⁹Подобный подход, предполагавший сначала выполнение пластического этапа операции (создание искусственного подкожного или загрудинного пищевода из антиперистальтической желудочной трубки по методу Гальперна-Жиану-Гаврилиу), а затем – резекции пищевода при раковом его поражении, был возобновлен в 70-х гг. XX века в МНИИОИ им. П.А. Герцена, но в сочетании с лучевой терапией.

Также В.И. Попов и В.И. Филин предложили изоперистальтическую пластику левой половиной толстой кишки на левой ободочной артерии, способ сегментарной пластики шейного отдела пищевода коротким отрезком нисходящей ободочной кишки на длинной сосудистой ножке [338].

Кроме В.И. Филина, учеником В.И. Попова был проф. А.И. Решетов, который в 50–60-х гг. разрабатывал различные способы трансплевральной и внеплевральной резекции пищевода и варианты толстокишечной и желудочной эзофагопластики. Так, в 1961 г. А.И. Решетов доложил о выполненной им экстирпации пищевода при раке абдомино-цервикальным доступом с одномоментной антеторакальной пластикой целым желудком [350; 351].

Среди последователей школы С.П. Федорова необходимо также назвать проф. А.А. Русанова. Примечательно, что с 1946 г. А.А. Русанов работал в Москве на кафедре госпитальной хирургии 1-го ММИ и одновременно – в Институте им. Н.В. Склифосовского, обучаясь хирургии пищевода во второй хирургической клинике у Б.А. Петрова (школа С.С. Юдина). Здесь А.А. Русанов овладел операциями при раке и ожоговых стриктурах пищевода (см. рис. 34–35 в Приложении), и, переехав в 1952 г. в Ленинград, занял должность профессора на кафедре факультетской хирургии ВМА им. С.М. Кирова под руководством академика АМН СССР А.В. Мельникова – ученика С.П. Федорова. Работы А.А. Русанова были посвящены совершенствованию тонкокишечной эзофагопластики при ожоговых стриктурах пищевода, а также одномоментным трансплевральным операциям при раке пищевода с пластикой желудка по разработанному им оригинальному способу [363–365]. В 1956 г. А.А. Русанов был избран на должность заведующего кафедрой госпитальной хирургии, а в 1958 г. (после смерти проф. С.В. Гейнаца) А.А. Русанов занял пост заведующего кафедрой факультетской хирургии Ленинградского педиатрического медицинского института (ЛПМИ) и руководил этой кафедрой до своей смерти в 1983 г. В 1964 г. Л.И. Рогозов из клиники проф. А.А. Русанова описал прием удаления кардиального отдела и малой кривизны же-

лудка⁹⁰ при выполнении резекции грудного отдела пищевода по поводу рака с одномоментной внутриплевральной желудочной эзофагопластикой. Это позволяло удлинить изоперистальтический желудочный трансплантат и повысить радикальность операции, т. к. удалялась область наиболее частого метастазирования [355]. В 1974 г. А.А. Русанов опубликовал капитальную монографию «Рак пищевода» с большим количеством иллюстраций, которые он выполнил сам [366]. С 1983 г. кафедрой А.А. Русанова заведует его ученик проф. Б.И. Мирошников, который активно развивает современные тенденции в хирургическом лечении рака пищевода [252; 253]. Одним из учеников проф. А.А. Русанова стал известный сибирский хирург Т.И. Шраер. Многие его работы, кандидатская (1958) и докторская (1965) диссертации посвящены хирургическому лечению рака пищевода и кардии, пищеводных свищей, разнообразных повреждений и химических ожогов пищевода [500]. С 1959 г. Т.И. Шраер работал в Кемеровском медицинском институте на кафедре факультетской хирургии под руководством проф. М.А. Подгорбунского, с 1965 по 1967 гг. проф. Т.И. Шраер заведовал кафедрой общей хирургии, с 1968 до 2005 гг. – кафедрой факультетской хирургии, а с 2005 г. заведующим этой кафедрой стал его ученик проф. Е.В. Лишов, в докторской диссертации которого (2000) подытожен большой опыт хирургического лечения сочетанных химических ожогов верхних отделов пищеварительного тракта [227].

Еще одна ветвь научной школы С.П. Федорова – проф. Б.Э. Линберг и его ученики Н.И. Махов и Б.К. Осипов, трудившиеся в Московском областном научном клиническом институте им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ). Проф. Б.Э. Линберг (ученик проф. С.Р. Миротворцева, который обучался хирургии сначала в клинике С.П. Федорова, а затем – проф. В.А. Оппеля), после окончания Великой Отечественной войны одним из первых в нашей стране приступил к трансплевральным операциям на пищеводе при раке [225]. Его ученик проф. Н.И. Махов в 1946 г. описал случай резекции верхне-грудного отдела пищевода, пораженного раковой опухолью, через разрез на шее [238].

⁹⁰ Подобный метод формирования желудочного трансплантата предложил П.А. Герцен в 1933 г.

Другой ученик Б.Э. Линберга, проф. Б.К. Осипов занимался совершенствованием местной анестезии при внутригрудных операциях [274].

Таким образом, зародившись в самом начале XX века, научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова сыграла чрезвычайно большую роль в становлении и развитии данного научного направления в нашей стране, показав свою жизнеспособность и перспективность разрабатываемых научных направлений. Школа реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова обладает рядом приоритетов, таких, как внутриплевральная шунтирующая пластика пищевода петлей тонкой кишки в эксперименте (С.П. Федоров, 1908), внутриплевральная резекция пищевода с тонкокишечной эзофагопластикой и анастомозом конец-в-конец (А.П. Алексеев, 1914), внутриплевральная пластика пищевода резецированным по Бильрот-II желудком с перемещением селезенки (А.А. Русанов, 1958).

Роль С.П. Федорова, как лидера одной из крупнейших научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России, состояла в определении стратегических направлений научных исследований по всем основным аспектам данной проблемы. Идеи С.П. Федорова о необходимости выполнения трансплевральных операций при раковой и рубцовой непроходимости пищевода были развиты и успешно претворены в жизнь его учениками и последователями. Важно, что в отличие от первых двух школ – И.И. Насилова и П.И. Дьяконова, школа реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова продолжала непрерывно расти и развиваться на протяжении всего XX века.

К сожалению, великие потрясения 10–20-х гг. XX века в России нанесли очень большой ущерб всем отечественным научным хирургическим школам. Однако, после октябрьской революции 1917 г. в нашей стране продолжали трудиться многие известные ученые, активно занимавшиеся разработкой проблемы реконструктивной хирургии пищевода (П.А. Герцен, Я.О. Гальперн, И.И. Греков, Б.К. Финкельштейн, В.Р. Брайцев, А.Л. Покотило, А.В. Тихонович). Создание в СССР в 20–30-х гг. XX века централизованной государственной системы бесплатного здравоохранения и высшего меди-

цинского образования, крупных специализированных больниц и научно-исследовательских институтов обеспечило благоприятные условия для возникновения новых научных школ реконструктивной хирургии пищевода.

IV.2. Крупнейшие научные школы реконструктивной хирургии пищевода XX века в России

К середине XX века в нашей стране сформировались еще три крупнейших научных школы реконструктивной хирургии пищевода, сыгравшие очень большую роль в дальнейшем развитии данного научного направления – школы П.А. Герцена, С.С. Юдина и А.Г. Савиных.

IV.2.1. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода

П.А. Герцена

П.А. Герцен после окончания в 1896 г. Лозаннского университета обучался в клинике известного швейцарского хирурга Цезаря Ру, одновременно занимаясь научными исследованиями в физиологической лаборатории своего отца А.А. Герцена. Здесь он в 1897 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Les causes de mort après le double vagotomie» («Причины смерти после двусторонней ваготомии»). Однако, в 1897 г., выполняя завещание своего деда А.И. Герцена, П.А. Герцен переехал в Россию. Быстро изучив русский язык, он поступил вольнослушателем на V курс медицинского факультета ИМУ, по окончании которого сдал экзамены на звание лекаря с отличием. С 1898 г. П.А. Герцен стал работать ординатором в хирургическом отделении Старо-Екатерининской больницы,⁹¹ которой заведовал И.Д. Сарычев (ученик Н.В. Склифосовского), под непосредственным руководством известного московского хирурга С.П. Галицкого. В этом отделении П.А. Герцен проработал до 1920 г. с перерывами во время Русско-японской и I мировой войн, когда он служил в армии в качестве военного хирурга. В Старо-Екатерининской больнице П.А. Герцен в 1907 г. впервые в мире успешно осуществил законченную пластику пищевода тонкой кишкой по видоизмененному способу Ру. Здесь же в 1909 г. он защитил вторую диссертацию на звание доктора меди-

⁹¹ Ныне – МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

цины – «О нефролизине» [190; 497]. Таким образом, необходимо подчеркнуть тот факт, что П.А. Герцен после окончания университета получил образование не только в европейской хирургической школе у Ц. Ру, но и прошел большую российскую хирургическую школу, поэтому его следует считать также учеником И.Д. Сарычева и С.П. Галицкого, а значит – последователем научной школы Н.В. Склифосовского. Это дает нам основание критически отнестись к тому, что в ряде исторических обзоров П.А. Герцена называют учеником только Ц. Ру, у которого он учился всего один год [11; 512].

В 1910 г. П.А. Герцен был избран приват-доцентом факультетской хирургической клиники ИМУ, которой в то время руководил ученик Н.В. Склифосовского проф. И.К. Спизарный, но в полной мере научная и педагогическая деятельность П.А. Герцена развернулась уже в советское время. В 1917 г. П.А. Герцен стал профессором параллельной кафедры оперативной хирургии, в 1921 г. он возглавил кафедру общей хирургии 1-го МГУ и в 1922 г. стал директором Института для лечения опухолей. Наконец, в 1934 г. П.А. Герцен был избран заведующим кафедрой госпитальной хирургии 1-го ММИ, которой руководил до конца жизни [136; 190; 497; 520].

Будучи родоначальником тонкокишечной эзофагопластики в России, П.А. Герцен в дальнейшем критиковал эту операцию как сложную и предрасполагающую к некрозу кишки [4; 73]. Тем не менее, П.А. Герцен продолжал активно заниматься проблемой хирургии пищевода. Так, с 1921 по 1925 гг. в Институте для лечения опухолей под руководством П.А. Герцена наблюдался 121 больной раком пищевода, из них 6 больным П.А. Герцен сделал радикальные операции, но, к сожалению, с неблагоприятным исходом [266; 506]. Изучение материалов заседаний Московского хирургического общества и съездов российских хирургов показывает, что П.А. Герцен в 20–30-х гг. разрабатывал вопросы хирургического лечения не только рака, но и доброкачественных заболеваний пищевода и кардии. Так, на XX съезде российских хирургов в 1928 г. П.А. Герцен привел свой опыт хирургического лечения кардиоспазма, – у 3 больных он произвел внеслизистую эзофаго-

кардиомиотомию по Hottstein-Heller, но с добавлением свободной пересадки участка сальника в разрез мышечной оболочки. Еще в одном случае П.А. Герцен произвел т.н. «сквозную» кардиоластику.⁹² Также П.А. Герцен доложил о сделанных им двух резекциях кардии по поводу рака – в одном случае лапаротомным доступом (больной умер от операционного шока), в другом – трансплевральным доступом со вскрытием диафрагмы (этот пациент умер через неделю после операции от плевропневмонии) [44].

Одним из самых замечательных, но, к сожалению, ускользнувших от внимания многих исследователей достижений П.А. Герцена в реконструктивной хирургии пищевода мы считаем разработку нового способа эзофагопластики. В январе 1933 г. П.А. Герцен на заседании Московского хирургического общества доложил о выполненной им антеторакальной эзофагопластике желудком у больной раком пищевода по модифицированной методике Киршнера [114]. Эта модификация заключалась в том, что П.А. Герцен сформировал из большой кривизны желудка широкую изоперистальтическую трубку с питанием за счет правой желудочно-сальниковой и правой желудочной артерий. Трансплантат был отсечен от проксимальных отделов желудка и проведен под кожей груди до ключицы, на верхнем его конце была образована временная стома для питания. Реконструированная нами схема этой операции приведена на рис. 4 в гл. III. Таким образом, П.А. Герцен стал родоначальником нового метода желудочной эзофагопластики, который получил широкое распространение в мире только в 70–80-х гг. XX столетия.

Нужно отметить, что П.А. Герцен подчеркивал простоту и быстроту желудочной эзофагопластики, – это было особенно важно у больных раком пищевода, часто не доживавших до окончания всех этапов при использовании других известных к тому времени способов пластических операций.

Интересно также и то, что описанная операция антеторакальной желудочной эзофагопластики была у П.А. Герцена по-видимому уже не первой.

⁹² По-видимому, это была операция типа Marwedel-Wendel (1909), заключающаяся в продольном рассечении кардии с поперечным ушиванием образовавшейся раны по типу пилоропластики по Mikulitz.

Еще в 1928 г. на XX съезде российских хирургов П.А. Герцен в прениях по докладу Э.Р. Гессе об операциях на пищеводе и кардиальном отделе желудка сказал: «В двух случаях мною был произведен первый момент операции Kirschner'a при сужении пищевода, и тонкая кишка была соединена с пищеводом 2-ярусным швом. Оба больные пережили эту операцию хорошо».⁹³

За период с 1921 по 1947 гг. П.А. Герцен создал крупную научную школу, из которой вышли такие известные ученые – специалисты по хирургии пищевода, как А.И. Савицкий, Б.В. Милонов и Б.В. Петровский. В 30-х гг. ученые школы П.А. Герцена занимались разработкой проблемы консервативного и оперативного лечения кардиоспазма, которая заняла особенно большое место в трудах А.И. Савицкого. Если в 1933 г. И.М. Чайков из клиники П.А. Герцена рекомендовал в качестве наиболее совершенной операции кардиоластику по Marwedel-Wendel, то А.И. Савицкий в 1937 г. опубликовал первый в СССР опыт успешного лечения 20 больных кардиоспазмом методом кардиодилатации с помощью металлического аппарата Штарка. Интересно, что А.И. Савицкий успешно применял кардиодилатацию также и у больных с рецидивом дисфагии после перенесенных кардио-пластических операций [69; 378]. В 70–80-х гг. XX века подобную тактику консервативного лечения пациентов, оперированных по поводу кардиоспазма, обосновали ученики Б.В. Петровского Э.Н. Ванцян и А.Ф. Черноусов, а также их ученики [88]. Кроме того, А.И. Савицкий сделал большой вклад в становление и развитие эзофагоскопии в СССР. В 1938 г. под руководством П.А. Герцена он защитил докторскую диссертацию «Эзофагоскопия и ее роль в клинике заболеваний пищевода», а в 1940 г. подытожил накопленный в Центральном онкологическом институте опыт в монографии «Клиническая эзофагоскопия». Наконец, А.И. Савицкий один из первых в нашей стране обратился к проблеме хирургического лечения рака кардии и нижнего отделаа пищевода. В 1930 г. А.И. Савицкий использовал чрезбрюшинный

⁹³ Цит.: Герцен П.А. XX съезд российских хирургов. – Москва, 26–30 мая 1928 г. – Труды. – М., 1929. – С. 219.

доступ с широким сагиттальным рассечением пищевода отверстия диафрагмы, пересечением выше нее стволов блуждающих нервов, мобилизацией и низведением грудного отдела пищевода. Оценив все трудности наложения эзофагогастроанастомоза и опасность несостоятельности швов при таком доступе, А.И. Савицкий решил отказаться от резекции нижней трети пищевода в пользу иссечения всего его грудного отдела методом туннелирования по W. Denk. После изучения возможности проведения такой операции на трупах А.И. Савицкий по совету П.А. Герцена ввел важное дополнение в ее методику в виде резекции грудинного конца левой ключицы, что облегчало мобилизацию грудного отдела пищевода сверху. Этим способом А.И. Савицкий оперировал 9 больных, но, к сожалению, успеха не получил [380]. Свои исследования по проблеме хирургического лечения рака пищевода и кардии А.И. Савицкий продолжил, занимая с 1944 по 1953 гг. пост директора Московского онкологического института им. П.А. Герцена [382].

Из учеников П.А. Герцена наибольший вклад в дальнейшее развитие реконструктивной хирургии пищевода сделал Б.В. Петровский, который приступил к этой проблеме в 1945 г., занимая в это время пост заместителя директора Института хирургии им. А.В. Вишневского по научной работе. Впоследствии Б.В. Петровский сам создал крупнейшую отечественную научную хирургическую школу, представители которой разрабатывали различные проблемы торакальной и абдоминальной хирургии.

В 1932 г. Б.В. Петровский, демобилизовавшись из армии, поступил на работу в Институт для лечения опухолей, где стал обучаться хирургии и онкологии под руководством П.А. Герцена и его учеников А.И. Савицкого и Б.В. Милонова. В 1937 г. Б.В. Петровский защитил кандидатскую диссертацию «Капельное переливание крови и кровезамещающих жидкостей в онкологической практике» и в 1939 г. в связи с началом Советско-финляндской войны вновь был призван на службу в армию. Но за время работы в онкологическом институте Б.В. Петровский получил возможность хорошо изучить

вопросы диагностики и хирургического лечения рака пищевода, а также применявшиеся в те годы методы оперативных вмешательств [170].

Накопив за годы Советско-финской и Великой Отечественной войн большой опыт торакальных операций, Б.В. Петровский в 1945 г. вплотную приступил к изучению проблемы хирургии пищевода и кардии. В июле 1946 г. Б.В. Петровский первым в СССР успешно сделал гастрэктомию и резекцию нижней трети пищевода по поводу гастроэзофагеального рака из левостороннего трансторакального доступа, с наложением высокого эзофаго-эноанастомоза в плевральной полости. Такие одномоментные операции при раке пищевода и кардии Б.В. Петровский в то время считал наиболее приемлемыми и критиковал многоэтапные вмешательства с отсроченной эзофагопластикой. К 1950 г. Б.В. Петровский сделал 31 операцию по разработанной им методике с 24 хорошими исходами, а в качестве паллиативного вмешательства при раке пищевода он успешно применял обходной внутриплевральный эзофаго-эноанастомоз по С.П. Федорову [295]. Эти исследования Б.В. Петровского, проведенные за годы работы в Институте им. А.В. Вишневского (1945–1948) также получили отражение в рукописном альбоме с наглядными цветными рисунками, поясняющими основные этапы радикальных и паллиативных внутриплевральных операций на пищеводе и кардии. Этот очень ценный альбом можно увидеть среди экспонатов Научного музея РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН (рис. 11а, 11б в Приложении).

Большой опыт подобных трансплевральных вмешательств был изложен Б.В. Петровским в монографии «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1950). Эта книга привлекла большое внимание хирургической общественности, о чем свидетельствуют отзывы, в частности, президента АМН СССР академика А.Н. Бакулева [45а], проф. Н.Н. Жукова-Вережникова [46а], проф. Б.К. Осипова [47а], члена-корр. АМН СССР А.И. Струкова [48а], проф. А.Г. Соловьева [1а]. За эту книгу Б.В. Петровский в 1950 г. был удостоен премии АМН СССР имени Н.Н. Бурденко [10а]. В 1952 г. монография

Б.В. Петровского была представлена к Сталинской премии [43а; 44а; 49а], но, к сожалению, эта премия, начиная с 1952 г., вообще не присуждалась.⁹⁴

Продолжая накапливать опыт, Б.В. Петровский к 1952 г. выполнил уже более 400 трансторакальных операций на пищеводе и кардии [298]. Исследования по хирургическому лечению рака пищевода и кардии непрерывно продолжались на кафедре факультетской хирургии педиатрического факультета 2 ММИ им. И.В. Сталина, которой с 1951 года заведовал Б.В. Петровский. Подтверждение этому мы находим в отчетах о работе кафедры за 1953 и 1954 гг. [34а; 35а]. После того, как в 1956 г. Б.В. Петровский стал заведовать кафедрой госпитальной хирургии 1-го ММИ (кафедрой своего учителя П.А. Герцена), он сумел за короткий срок сформировать здесь коллектив единомышленников и увлечь их проблемами грудной хирургии, а также смежных с ней дисциплин. Важно отметить, что коллектив Б.В. Петровского с середины 50-х гг. XX века начал разрабатывать проблему реконструктивной хирургии сразу по всем ее основным направлениям. Такая установка Б.В. Петровского позволила в короткие сроки накопить значительный клинический опыт и получить важные результаты, соответствующие мировому уровню развития проблемы. Этому во многом способствовало и то, что в клинику Б.В. Петровского стали поступать пациенты с заболеваниями пищевода из всех регионов нашей страны.

В 50-е годы внимание отечественных хирургов привлекли нейромышечные заболевания пищевода (кардиоспазм, ахалазия кардии, диффузный эзофагоспазм). К 1957 г. Б.В. Петровский располагал опытом 25 операций эзофагофундостомии при кардиоспазме с хорошими ближайшими результатами. Другая картина наблюдалась спустя 3–4 года, когда часто развивались симптомы тяжелого рефлюкс-эзофагита [300]. Этой проблеме были посвящены исследования учеников Б.В. Петровского О.Д. Федоровой и Т.А. Суворовой [427; 448]. Так, О.Д. Федорова разрабатывала вопросы хирургического лечения кардиоспазма с помощью модифицированной эзофагофундостомии

⁹⁴ Архив РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. Ответ Б.В. Петровскому из Российского государственного архива экономики № 402 от 27.11.95 г. [33а].

по Neugowsky трансторакальным доступом, а Т.А. Суворова исследовала в эксперименте результаты эзофагокардиомиотомии с пластикой кардии диафрагмальным лоскутом. Вскоре эзофагофундостомия по Neugowsky ввиду неудовлетворительных отдаленных результатов была отвергнута, как порочная операция, часто осложнявшаяся тяжелым рефлюкс-эзофагитом, рубцовыми стриктурами и пептическими язвами пищевода. Необходимо отметить, что зарубежные хирурги к тому времени уже накопили большой опыт хирургического лечения кардиоспазма, и многие ученые перешли от эзофагофундостомии по Neugowsky к более щадящей операции – эзофагокардиомиотомии по Heller [533; 540; 553]. Но Б.В. Петровский, отметив ряд недостатков операции Heller, обосновал и предпринял более физиологический подход к оперативному лечению кардиоспазма. Еще в 1948 г. на Ленинградской онкологической конференции он предложил использовать диафрагму для пластических целей и в 1949–1952 гг. провел большую экспериментальную работу в этом направлении [300]. О результатах своей работы Б.В. Петровский доложил на 15-м конгрессе Международного общества хирургов в Лиссабоне в 1953 г. [607]. С 1956 г. Б.В. Петровский первым в мире начал выполнять в клинике пластику пищеводно-желудочного перехода при кардиоспазме лоскутом диафрагмы на питающей ножке, используя левосторонний трансторакальный доступ [301]. К 1960 г. Б.В. Петровский успешно выполнил 57 подобных операций, получив хорошие отдаленные результаты [304].

Однако, в 70-х гг. было выяснено, что отдаленные результаты этой операции далеки от идеала, а рецидивы дисфагии часто бывают связаны с развитием т.н. «рубцового блока» вокруг пищевода и тяжелого пептического рефлюкс-эзофагита. Поэтому ученики Б.В. Петровского Э.Н. Ванцян и А.Ф. Черноусов стали наиболее широко применять метод пневматической ступенчатой кардиодилатации под контролем рентгеновского экрана, в том числе и у больных, ранее перенесших неудачные кардиопластические операции [88].

Со временем стало очевидным, что результаты консервативной тактики при III и особенно IV стадии заболевания неудовлетворительны, и многие

больные были вынуждены проходить многократные и малоэффективные курсы пневмокардиодилатации, не достигая приемлемого качества жизни. Стало ясно, что хирургический метод лечения кардиоспазма нельзя отвергнуть полностью. В 1983 г. ученик Б.В. Петровского проф. А.Ф. Черноусов разработал новую более физиологичную операцию – внеслизистую эзофагокардиомиотомию с неполной фундопликацией, эффективно устраняющую непроходимость кардии и препятствующую возникновению желудочно-пищеводного рефлюкса [479]. Однако, эта операция, весьма эффективная в III стадии кардиоспазма, теряла свои положительные качества при IV стадии заболевания, когда пищевод превращается в огромный атоничный мешок, а эвакуация пищевых масс из него в желудок происходит только в силу тяжести.

В середине 80-х гг. XX века А.Ф. Черноусовым была всесторонне разработана экстирпация пищевода абдомино-цервикальным доступом при раке и доброкачественных рубцовых стриктурах пищевода с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее. Подобную операцию А.Ф. Черноусов стал с успехом применять и при кардиоспазме IV стадии, то есть в тех ситуациях, когда любые кардиопластические операции уже не в состоянии восстановить или заметно улучшить проходимость пищевода и кардии [479].

К началу 60-х гг. XX века грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и их осложнения оставались малоизученными в нашей стране. Особенно это касалось скользящих грыж ПОД, часто осложняющихся тяжелым рефлюкс-эзофагитом. В то же время за рубежом в 50-х гг. на эту тему уже был опубликован ряд серьезных исследований и накоплен значительный опыт реконструктивных операций [528; 532; 544; 596]. В клинике Б.В. Петровского эту новую и важную проблему стал разрабатывать его ученик Н.Н. Каншин. Основополагающие вопросы диагностики и хирургического лечения скользящих грыж ПОД и их осложнений были отражены в 1967 г. в докторской диссертации Н.Н. Каншина [182]. Результатом этих исследований стала фундопликация по Ниссену в модификации Б.В. Петровского-Н.Н.

Каншина и модификация операции Коллиса – клапанная гастропликация по Б.В. Петровскому - Н.Н. Каншину [180–182; 305; 308; 309].

В 1966 г. Б.В. Петровский, Н.Н. Каншин и Н.О. Николаев опубликовали фундаментальную монографию «Хирургия диафрагмы», в которой предложили классификацию грыж пищеводного отверстия диафрагмы и новые оригинальные подходы к операциям при них, определили показания к реконструктивным операциям и описали методики различных вмешательств, показали высокую эффективность использования диафрагмы для пластических целей в хирургии пищевода при ряде его заболеваний и повреждений [309].

Показания к реконструктивной операции при т.н. «стенозирующем» рефлюкс-эзофагите, в основе которого лежат скользящие грыжи ПОД, принципы консервативного и оперативного лечения этого заболевания, вопросы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных подробно освещены в докторской диссертации А.Ф. Черноусова (1973) [464].

В 1966 г. Э.Н. Ванцян и Р.А. Тошаков предложили для усиления кровоснабжения трансплантата из правой или левой половины толстой кишки включать в его питающую ножку две пары сосудов: правые и средние толстокишечные артерии и вены. При этом для устранения избыточной петли они резецировали сегмент кишки над сосудистой аркадой у нижнего конца трансплантата. При рубцовой стриктуре нижней половины пищевода авторами была разработана методика внутриплевральной пластики участком ободочной кишки по типу «чемоданной ручки», впервые примененная в клинике Б.В. Петровским и Р.А. Тошаковым в 1966 г., а также изоперистальтической пластики слепой и терминальным отделом подвздошной кишки с кровоснабжением за счет подвздошно-толстокишечной артерии [87; 636].

В дальнейшем внутриплевральную пластику сегментом толстой кишки по типу «чемоданной ручки» значительно усовершенствовал А.Ф. Черноусов. При высоких послеожоговых стриктурах пищевода, когда его нижняя треть не была затронута рубцовым процессом, А.Ф. Черноусов разработал и

применил вариант операции, когда верхний анастомоз толстой кишки с пищеводом накладывался на шее, а нижний – в плевральной полости [479].

С конца 50-х гг. XX века Э.Н. Ванцян разрабатывал методику пластики мышечной оболочки пищевода поливинилалкогольной губкой при удалении дивертикулов пищевода [85], а в конце 60-х – начале 70-х гг. Э.Н. Ванцян обобщил уникальный клинический материал по хирургии дивертикулов пищевода и показал, что лучшим методом укрепления стенки пищевода является пластика лоскутом диафрагмы на ножке по Б.В. Петровскому [636].

Одной из сложных проблем хирургии пищевода – его повреждениям и свищам были посвящены докторские диссертации Д.М. Багирова [33] и В.И. Чиссова [491]. Авторами разработаны меры профилактики, предложен оптимальный комплекс диагностических исследований, показано, что от своевременности их проведения зависят исход заболевания и возникновение тех или иных осложнений, обоснованы показания и противопоказания к различным методам лечения (консервативному, паллиативному и радикальному хирургическому). Разработаны оптимальные варианты радикальных оперативных вмешательств и различные технические приемы, улучшающие их исходы.

В этот период опыт реконструктивной хирургии пищевода в клинике Б.В. Петровского постоянно пополнялся не только новыми видами оперативных вмешательств, но и ранее малоизученными отдаленными послеоперационными осложнениями. Первая в России попытка систематизации подобных расстройств была предпринята в 1967 г. Э.Н. Ванцяном, Н.О. Николаевым и Р.А. Тощаковым⁹⁵ в статье «К патологии искусственного пищевода». На рубеже 60–70-х гг. XX века эта проблема была полностью сформулирована и в 1971 г. Б.В. Петровский и соавт. представили результаты лечения 234 пациентов с заболеваниями оперированного и искусственного пищевода и предложили первую классификацию этих заболеваний [312]. В 1972 г. ученик Б.В. Петровского Н.О. Николаев на эту тему защитил докторскую диссертацию

⁹⁵ Впервые некоторые заболевания оперированного пищевода были описаны и систематизированы в 1963 г. в монографии М. Rossetti “Die operierte Speiserohre” [619].

цию, которая явилась ценным руководством по лечению осложнений реконструктивных операций на пищеводе [265]. Наиболее важным итогом этих исследований стало то, что с развитием учения о болезнях оперированного и искусственного пищевода, все способы реконструктивных операций стали обязательно оцениваться с точки зрения их отдаленных последствий.

В 70–90-х гг. ученики Б.В. Петровского продолжали активно развивать проблему реконструктивной хирургии пищевода по всему кругу вопросов. Их исследования были посвящены восстановлению проходимости пищевода при радикальных операциях по поводу рака, ошибкам, опасностям и осложнениям в хирургическом лечении рака пищевода, тактическим и техническим аспектам экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой при раке и доброкачественных стриктурах, хирургическому лечению рака кардио-эзофагеальной области, диагностике и хирургической тактике при сочетанных рубцовых поражениях пищевода, глотки и желудка, лечению нервно-мышечных заболеваний пищевода и рефлюкс-эзофагита, повторной эзофагопластике [17; 207; 434; 437; 464; 486; 491]. Большим достижением также стала разработка и внедрение специальных лазерных сшивающих инструментов и аппаратов для хирургии пищевода [470; 473].

Начиная с 1970 г., ученик Б.В. Петровского Н.Н. Каншин продолжил разрабатывать проблему реконструктивной хирургии пищевода в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. В 1980 г. для преодоления недостаточной длины трансплантата Н.Н. Каншин предложил при эзофагопластике правой половиной толстой кишки выполнять поэтапную мобилизацию кишечного комплекса с краниальным его перемещением [183]. В дальнейшем в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского стала широко применяться изоперистальтическая эзофагопластика ободочной кишкой с кровоснабжением трансплантата по дуге Риолана. Преимущества такой операции в 80-х гг. обосновал ученик Н.Н. Каншина М.М. Абакумов. Также был разработан комплекс предоперационного обследования, включивший мезентерикографию для выявления особенностей ангиоархитектоники толстой кишки. В результате практически полностью бы-

ли исключены такие осложнения эзофагопластики, как некроз толстокишечного трансплантата или его недостаточная длина. М.М. Абакумов показал, что для улучшения результатов лечения у больных с длительно существующими рубцовыми стриктурами пищевода необходимо его удаление. Для этого была разработана щадящая техника резекции рубцовоизмененного пищевода с сохранением стволов блуждающих нервов. Эффективное дооперационное лечение эзофагита и прецизионное формирование пищеводно-толстокишечного анастомоза позволили исключить такое осложнение, как несостоятельность швов. В итоге была выдвинута прогрессивная концепция полной реабилитации пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода, которая включила три основных задачи: восстановление нормального питания, удаление рубцовых тканей и коррекция нарушений пищеварения у пациентов с искусственным пищеводом [3; 344].

В это время в РНЦХ РАМН А.Ф. Черноусов всесторонне разработал внутривисцеральную эзофагопластику толстой кишкой и желудком, предложив ряд новых технических приемов, значительно повышающих надежность операции [468]. Также А.Ф. Черноусов и его ученик В.А. Андрианов изучали варианты одномоментной загрудинной эзофагопластики толстой кишкой, важным результатом их исследований стала одномоментная тотальная эзофагофарингопластика левой половиной толстой кишки при ожоговых стриктурах пищевода и глотки, которую следует признать мировым приоритетом.⁹⁶

В 80-х гг. XX века А.Ф. Черноусов начал исследования по трансхиатальной экстирпации пищевода при раке и доброкачественных стриктурах с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее [469; 471]. К этому времени значительный опыт в производстве подобных операций накопили зарубежные ученые М. Orringer (1978), J. Arce и соавт. (1983), Н. Akiyama и соавт. (1984), Р. Barbier и соавт. (1985) [527; 529; 530; 601], однако, ряд важных вопросов хирургической тактики, методики и техники одномоментных трансхиатальных

⁹⁶ Авторское свидетельство № 1650108. Опубликовано 23.05.1991 [472].

операций еще были далеки от своего решения. Такими вопросами были: радикальность трансхиатального доступа при раке пищевода в зависимости от локализации и размеров опухоли, необходимость дополнительной торакотомии в ряде случаев, адекватность кровоснабжения верхнего конца трансплантата и ее влияние на частоту несостоятельности эзофагогастроанастомоза. Исчерпывающие ответы на эти и другие вопросы были даны в монографии А.Ф. Черноусова и соавт. (1990) и его последующих работах [471; 477; 480]. Однако, необходимо отметить, что ведущие российские хирурги-онкологи Давыдов М.И. (2007), Мамонтов А.С. (2003), Стилиди И.С. (2002, 2003, 2006) считают, что трансхиатальный доступ не обеспечивает полной радикальности операции, особенно – при раке средне- и верхнегрудного отделов пищевода, и поэтому пропагандируют удаление опухоли со всеми лимфатическими коллекторами через широкий торакотомный доступ [132–134; 232; 417–419].

В 90-х гг. XX века А.Ф. Черноусов начал исследования по одномоментной эзофагопластике патологически измененным или оперированным желудком. Эти исследования продолжил его ученик Ф.А. Черноусов, который в 2004 г. обобщил накопленный опыт в докторской диссертации [483].

Продолжая традиции научной школы реконструктивной хирургии пищевода П.А. Герцена, сейчас данное научное направление продолжают разрабатывать академик РАМН А.Ф. Черноусов и его ученики профессора Ф.А. Черноусов, А.А. Чернявский (мл.), С.А. Домрачев и В.А. Марийко. Последние два ученых занимаются в том числе и видеоторакоскопическими операциями удаления пищевода при раке и доброкачественных стриктурах с одномоментной заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой, которую они формируют лапароскопическим доступом.

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода П.А. Герцена обладает рядом мировых приоритетов, среди них: 1) антеторакальная эзофагопластика широкой изоперистальтической желудочной трубкой (П.А. Герцен, 1933); 2) эзофагокардиомиотомия с пластикой лоскутом диафрагмы при кардиоспазме (Б.В. Петровский, 1957); 3) одномоментная пластика пищевода

и глотки толстой кишкой при ожоговых стриктурах (А.Ф. Черноусов, 1988); 4) трансплевральная резекция рубцовосуженного пищевода с сохранением блуждающих нервов (М.М. Абакумов, 1991); 5) трансдиафрагмальные операции закрытия свищей грудного отдела пищевода (А.Ф. Черноусов, 2000).

Таким образом, П.А. Герцен не только был одним из авторов тонкокишечной и желудочной эзофагопластики при ожоговых стриктурах и раке пищевода, он стал лидером целого научного направления и основоположником большой научной школы реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране, а его взгляды на хирургическое лечение разнообразных заболеваний пищевода в последующем значительно развили А.И. Савицкий, Б.В. Петровский, их ученики и последователи.

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода П.А. Герцена продолжает развиваться, являясь одной из основных хирургических школ в России, сохраняя лучшие традиции и преемственность в воспитании и обучении высококвалифицированных специалистов.

IV.2.2. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода

С.С. Юдина

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.С. Юдина стала формироваться в конце 30-х гг. XX века. С.С. Юдин был не только общепризнанным лидером советской хирургии, но, безусловно, одним из ведущих хирургов Европы. Как выдающийся ученый и виртуозный хирург, С.С. Юдин оказал огромное влияние на всю историю развития хирургии пищевода в нашей стране. Свои первые попытки оперативного лечения больных раком пищевода и кардии С.С. Юдин предпринял еще в период работы в Серпухове (1922–1927 гг.), а в 1928 г., став главным хирургом Института им. Н.В. Склифосовского, он продолжил эти исследования (рис. 6 в Приложении) и приступил к разработке проблемы пластики пищевода при рубцовых послеожоговых стриктурах. В Институте им. Н.В. Склифосовского традиционно концентрировались пациенты с химическими ожогами пищевода и их последствиями – острые ожоги лечили терапевты под руководством проф. А.Н. Крюкова, а с рубцовыми стриктурами пищевода

имели дело хирурги, в основном применяя у таких больных бужирование через гастростому по Гаккеру. В рассматриваемый период среди врачей было весьма распространено мнение о том, что все рубцовые стриктуры пищевода могут быть излечены настойчивым бужированием, в связи с чем показания к эзофагопластике считались очень ограниченными [6; 65].

Однако, С.С. Юдин на заседаниях Московского хирургического общества приводил многочисленные примеры малой эффективности бужирования при стойких протяженных стриктурах пищевода, указывая и на возможность развития тяжелых осложнений. На эту тему неоднократно выступал в печати ученик С.С. Юдина Е.Е. Юрасов [518; 519]. Необходимо сказать, что Е.Е. Юрасов был первым из учеников С.С. Юдина, кто стал заниматься проблемой эзофагопластики, и, судя по операционным журналам Института им. Н.В. Склифосовского 30-х гг., постоянно ассистировал С.С. Юдину на операциях пластики пищевода и сам выполнил несколько эзофагопластик, однако свои исследования не закончил, т.к. тяжело заболел и умер в 1941 г.

Начав в 1928 г. с кожной эзофагопластики по Бирхеру (рис. 7 в Приложении), С.С. Юдин затем перешел к комбинированной тонкокишечно-кожной пластике по Вульштейну-Лексеру, а в середине 30-х гг. занялся усовершенствованием антеторакальной пластики пищевода тонкой кишкой по Ру-Герцену (рис. 8 в Приложении).⁹⁷ К 1938 г. в Институте им. Н.В. Склифосовского был накоплен опыт 42 пластик пищевода [508; 518], в 1940 г. эта цифра возросла до 74, а в 1941 г. С.С. Юдин смог опубликовать результаты уже 80 выполненных им эзофагопластик, – такого большого опыта в то время не было ни у кого в мире [509]. В последней работе С.С. Юдин подробно описал все главные трудности и возможные осложнения тонкокишечной эзофагопластики. Несколько десятков больных были им прослежены в отдаленные сроки после эзофагопластики на протяжении до 10–12 лет, что позволило С.С. Юдину объективно оценить полученные результаты и ук-

⁹⁷ Эти данные получены при изучении операционных журналов Института им. Н.В. Склифосовского за 1928 – 1940 гг.

репиться во мнении о правильности выработанной тактики и технических приемов при создании искусственного пищевода. Эту статью С.С. Юдин опубликовал в 1944 г. на английском языке в журнале «*Surgery, Gynecology and Obstetrics*» [638], и с тех пор данная работа цитируется зарубежными авторами, как одна из основополагающих [562; 597; 614; 639].

С.С. Юдин считал лучшими методами эзофагопластики операции Ру-Герцена или Вульштейна без соединения трансплантата с желудком, что, по его мнению, упрощало операцию и предупреждало развитие пептических язв еюногастроанастомоза. По наблюдениям С.С. Юдина, исключение желудка из акта пищеварения не приводило у больных с ожоговыми стриктурами пищевода к каким-либо отрицательным последствиям [509; 512]. В дальнейшем С.С. Юдин считал необходимым решать вопрос о соединении тонкокишечного трансплантата с желудком только с учетом секреторной активности последнего. На эту тему под руководством С.С. Юдина в 1953–1954 гг. были проведены серьезные исследования желудочной секреции у пациентов с ожоговыми стриктурами пищевода и гастростомой [1; 6; 516]. Таким образом, разрабатывая технические вопросы эзофагопластики, С.С. Юдин большое внимание уделял различным физиологическим аспектам данной проблемы.

Большим достижением С.С. Юдина стало то, что он не только значительно усовершенствовал пластику пищевода по Ру-Герцену, но и прочно внедрил эту операцию в клиническую практику, сделав ее почти массовой. К концу 40-х гг. в Институте им. Н.В. Склифосовского был накоплен крупнейший в мире опыт тонкокишечных эзофагопластик [511; 513]. Так, С.С. Юдин лично с 1928 по 1948 гг. выполнил 321 законченную пластику с общей летальностью 9%, и только у 15 больных возник некроз трансплантата. Поэтому не случайно антеторакальную пластику пищевода тонкой кишкой стали называть «операцией Ру-Герцена-Юдина» [1; 29]. Эти цифры говорят сами за себя, особенно на фоне данных, приведенных в 1934 г. американскими авторами А. Ochsner и N. Owens: на 30 операций тонкокишечной эзофагопластики в 8 случаях наступил некроз трансплантата, а из 17 пациентов, у которых

пластику не удалось завершить, 14 человек умерли. При этом в США к этому времени не было сделано ни одной законченной эзофагопластики [598].

Проблемой реконструктивной хирургии пищевода активно занимался один из учеников и ближайших помощников С.С. Юдина Б.С. Розанов, который с конца 20-х гг. успешно разрабатывал вопросы лечения пациентов с инородными телами и травмами пищевода и связанными с ними осложнениями. В 1933 г. Б.С. Розанов на эту тему защитил кандидатскую диссертацию, в 1939 г. им был предложен метод дренирования средостения при перфорации пищевода путем выполнения сагиттальной диафрагмотомии по А.Г. Савиных [356; 357]. Б.С. Розанов тщательно изучил трансдиафрагмальный доступ и с его помощью выполнял экстирпацию пищевода при раке, но с отсроченной эзофагопластикой (см. рис. 36 в Приложении). Всего с 1941 по 1956 гг. Б.С. Розанов осуществил 88 радикальных операций по поводу рака грудного отдела пищевода и 346 радикальных операций при раке кардии с летальностью 17,6%, что было в те годы большим достижением [358].

Важно подчеркнуть, что С.С. Юдину и его ученикам принадлежит заслуга в развитии реконструктивной хирургии пищевода в целом. Обладая большими организаторскими способностями, С.С. Юдин сумел увлечь этой сложной проблемой своих ближайших помощников (А.А. Юрасов, Б.С. Розанов, Б.А. Петров, Д.А. Арапов). К началу 50-х гг. в Институте им. Н.В. Склифосовского выросла плеяда замечательных пищеводных хирургов, в которую также вошли новые ученики С.С. Юдина – А.А. Бочаров, С.В. Лобачев и П.И. Андросов. В период с 1949 по 1953 гг., когда С.С. Юдин был репрессирован, исследования по данной проблеме непрерывно продолжались именно благодаря работам учеников его школы. Так, в 1949 г. Д.А. Арапов заметил факт постепенного самопроизвольного удлинения мобилизованного кишечного трансплантата, уложенного в подкожный тоннель, и использовал это для нескольких успешных предгрудинных эзофагопластик у больных, перенесших частичный некроз кишки при прежних попытках пластики пищевода. Так родился новый метод, который был сначала широко внедрен в Ин-

ституте имени Н.В. Склифосовского учениками С.С. Юдина, а затем и другими российскими хирургами, в том числе при первоначально неудавшейся пластике пищевода толстой кишкой [479; 482; 512].

В 1950 г. П.И. Андросов реализовал идею Е.Ю. Крамаренко (1928) об улучшении кровоснабжения тонкокишечного трансплантата путем наложения анастомоза одной из его артерий с внутренней грудной артерией, применив для этой цели сосудосшивающий аппарат В.Ф. Гудова,⁹⁸ в разработке которого он принимал активное участие [18]. В силу сложившихся обстоятельств С.С. Юдин наблюдал за этой работой издалека, но оценил ее очень высоко. В 1952 г. он написал П.И. Андросову из ссылки: «Я радуюсь ..., что ... я дожил до небывалого торжества нашей родной русской хирургии, выразившегося в неслыханных ювелирных операциях сосудистых соустьев, гарантирующих успех тех самых пластик пищевода, которые были начаты нашим выдающимся русским хирургом П.А. Герценом и широко развиты в Институте за годы моего руководства. Я радуюсь и горд сознанием, что эти новейшие блестящие успехи и достижения добыты Вами, дорогой Павел Осипович,— моим любимым помощником и самым выдающимся учеником».⁹⁹ Необходимо отметить, что находясь в ссылке в г. Бердске и пользуясь некоторым послаблением режима, С.С. Юдин негласно продолжил руководить научной работой хирургов Института им. Н.В. Склифосовского. Об этом свидетельствуют его письма Б.С. Розанову и П.И. Андросову от 22 марта и 5 мая 1952 г. [41а; 42а], в которых С.С. Юдин ставил перед собой и своими учениками ряд научных задач на ближайшие годы, включая и задачи по дальнейшему развитию хирургии пищевода (рис. 24, 25 в Приложении).

Важно отметить, что Д.А. Арапов и П.И. Андросов продолжали совершенствовать методику и технику тонкокишечной эзофагопластики. Со временем они оба стали выполнять эту операцию одномоментно, причем П.И. Анд-

⁹⁸ После проведения П. И. Андросовым экспериментальных и клинических исследований в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского техникой механического сосудистого шва овладели также В. Р. Анахасян, М. Н. Бабищев, Е. В. Бонч-Бруевич, Э. И. Гальперин, В. Н. Невский, В. В. Померанцев, И. И. Шиманко, Л. С. Тулякова.

⁹⁹ Архив П. И. Андросова (см. рис. 25 в Приложении).

росов использовал также и загрудинный путь для проведения трансплантата на шею (рис. 26 и 38 в Приложении). Большим достижением П.И. Андросова стало внедрение тотальной пластики пищевода и глотки тонкой кишкой, анастомозированной с дном полости рта (рис. 22 в Приложении). Такая операция была способна решить очень сложную задачу восстановления глотания у пациентов с сочетанными рубцовыми ожоговыми поражениями глотки и пищевода.

Сформулированная С.С. Юдиным идея дополнительной мобилизации корня брыжейки тонкой кишки при пластике пищевода была блестяще воплощена в жизнь Б.А. Петровым и его учеником Г.Р. Хундадзе. Это было новое решение сложнейшего вопроса о выведении недостаточно длинного тонкокишечного трансплантата на шею без риска нарушения его кровоснабжения [286].

Большим достижением второй половины 40-х гг. стала внутриплевральная эзофагопластика тонкой кишкой при рубцовых стриктурах пищевода. При этой операции можно было сформировать трансплантат меньшей длины и с более устойчивым кровообращением, в то же время избежав оставления «слепого мешка» собственного пищевода. Свою первую внутриплевральную эзофагопластику С.С. Юдин осуществил в 1947 г., а за два года (1947 и 1948) он сделал ее у 10 больных с рубцовыми стриктурами пищевода в двух вариантах – через правую и левую плевральную полость [514]. Внутриплевральной эзофагопластикой вскоре овладели ученики С.С. Юдина – Б.А. Петров, Б.С. Розанов, Д.А. Арапов и П.И. Андросов, который предложил и в 1952 г. впервые осуществил проведение тонкокишечного трансплантата на шею через правую плевральную полость впереди корня легкого без торакотомии, а к 1958 г. он сделал 28 эзофагопластик по этому новому способу. Если С.С. Юдин проводил трансплантат через разрез сухожильного центра диафрагмы, то П.И. Андросов стал пересекать правую ножку диафрагмы, и через расширенное пищеводное отверстие проводить кишку для анастомоза с грудным отделом пищевода. Этот прием позволял избежать перегиба трансплантата на уровне диафрагмы, грозившего развитием его некроза [21].

Решению важной задачи незавершенной эзофагопластики служила еще одна новая разработка Б.А. Петрова – перемещение сформированного ранее, но недостаточно длинного тонкокишечного трансплантата из подкожного тоннеля в плевральную полость и соединение его с сохраненным участком верхнегрудного отдела пищевода (рис. 23 в Приложении).

Еще одним важным достижением научной школы С.С. Юдина стала разработка и внедрение в клиническую практику толстокишечной пластики пищевода. Первая в СССР успешная тотальная антеторакальная пластика пищевода правой половиной толстой кишки была выполнена П.И. Андросовым в три этапа в мае 1953 – марте 1954 гг. Из-за того, что детали этой операции П.И. Андросова в различных работах приводятся неточно, мы реконструировали ее схему, основываясь на трех протоколах операций, найденных нами в медицинском архиве НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (рис. 9). Впервые мы опубликовали точные сведения об этой операции в 2012 г. [68].

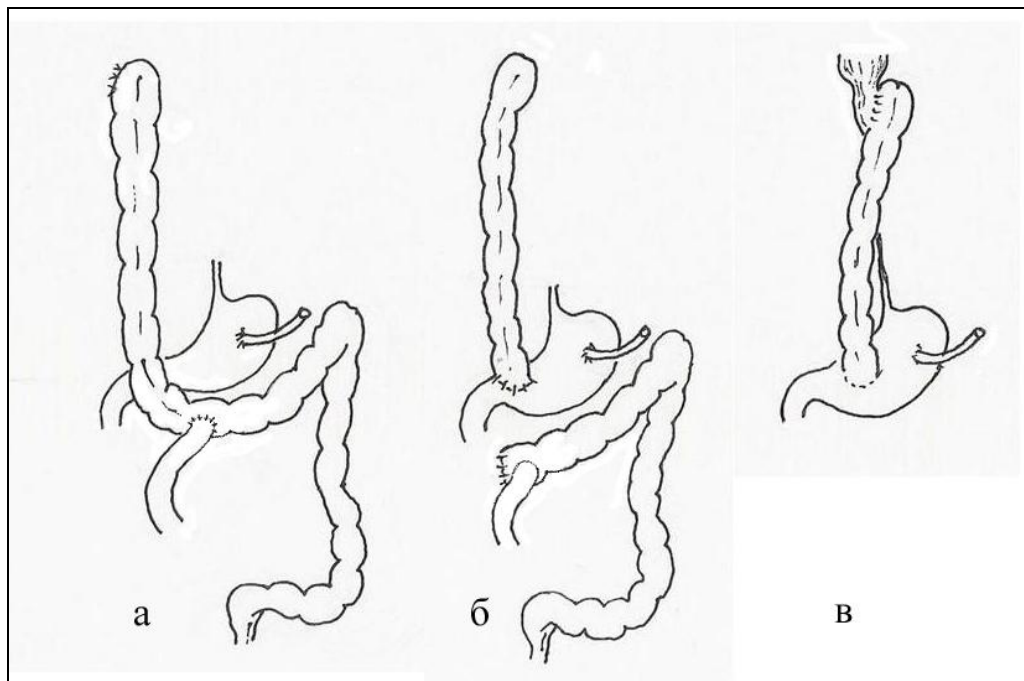


Рис. 9. Схема первой в СССР толстокишечной пластики пищевода, выполненной П. И. Андросовым в три этапа в 1953–1954 гг. (Схема реконструирована в соответствии с тремя протоколами операций, найденными в операционных журналах архива НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за 1953–1954 гг.):

а – первый этап; б – второй этап; в – третий этап эзофагопластики.

Интересно отметить, что первый этап толстокишечной эзофагопластики П.И. Андросов завершил в сентябре 1953 г., когда С.С. Юдин вернулся из ссылки и снова занял пост главного хирурга Института им. Н.В. Склифосовского. Исходя из этого, мы можем предположить, что данную операцию П.И. Андросов сделал с ведома и одобрения С.С. Юдина, хотя он еще в 1941 г. высказывал свое отрицательное отношение к толстокишечной эзофагопластике. Следует учесть, что в данном случае эзофагопластика была повторной (у пациентки П.И. Андросова ранее были дважды предприняты попытки пластики пищевода тонкой кишкой, и оба раза она некротизировалась). Таким образом, пластический материал для создания искусственного пищевода был почти исчерпан. С другой стороны, известно, как изменилось мнение С.С. Юдина в отношении внутриплевральной эзофагопластики желудком, которая стала выполняться в Институте им. Н.В. Склифосовского одновременно с резекцией пищевода в начале 50-х гг. Возможно, в дальнейшем мнение С.С. Юдина о правомочности толстокишечной эзофагопластики также могло претерпеть значительные изменения, тем более, что результат операции П.И. Андросова был вполне благоприятным. К исследованиям П.И. Андросова вскоре подключился Б.А. Петров, который, начиная с 1956 г., стал разрабатывать загрудинную толстокишечную эзофагопластику [288].

Хорошие результаты этих операций, выполненных в начале 50-х гг. в Институте им. Н.В. Склифосовского, привели к тому, что толстую кишку для пластики пищевода вскоре стали использовать и другие отечественные хирурги. К концу 50-х гг. толстокишечная эзофагопластика прочно вошла в арсенал реконструктивной хирургии пищевода в России, а в 60-х гг. она практически полностью вытеснила пластику пищевода тонкой кишкой по Ругерцену-Юдину. В дальнейшем вопросы толстокишечной эзофагопластики при послеожоговых рубцовых стриктурах пищевода успешно разрабатывал ученик Б.А. Петрова проф. А.П. Сытник [432].

В 1954 г. С.С. Юдин описал модификацию операции Neugowsky при кардиоспазме, которую он с 1935 г. выполнял абдоминальным, а с 1945 г. —

левосторонним торакальным доступом, позволявшим избежать пересечения стволов блуждающих нервов, необходимого для мобилизации пищевода [512]. Операция С.С. Юдина заключалась в формировании подковообразного анастомоза между дистальным отделом пищевода и дном желудка таким образом, что нижняя часть разреза проходила через кардиальный сфинктер. По данным Д.А. Арапова и В.В. Уманской, до 1956 г. данный способ хирургического лечения кардиоспазма в Институте им. Н.В. Склифосовского был основным и давал отличные непосредственные результаты [31]. К этому необходимо добавить, что до 1935 г. С.С. Юдин при кардиоспазме выполнял абдоминальным доступом также и операцию Геллера, но, по-видимому, оставил ее ввиду неблагоприятных результатов (протокол первой операции эзофагокардиомиотомии по Геллеру в Институте им. Н.В. Склифосовского, выполненной С.С. Юдиным 21 июля 1934 г., приведен в Приложении на рис. 9).

Основные итоги разработки проблемы реконструктивной хирургии пищевода в Институте им. Н.В. Склифосовского С.С. Юдин изложил в своей широко известной монографии «Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода» (1954). В этой книге С.С. Юдин привел все технические аспекты эзофагопластики, включая самые мелкие детали. К ним можно отнести скрупулезное описание ангиоархитектоники тощей кишки с хирургической точки зрения, выполненное с исчерпывающей полнотой. С.С. Юдиным впервые опубликованы наблюдения аноксического рубцового перерождения тонкокишечного трансплантата с облитерацией его просвета, а также особенности рентгенологического обследования больных с искусственным пищеводом [1; 512].

С 1947 г. С.С. Юдин стал выполнять обходную трансмедиастинальную эзофагопластику тонкой кишкой у больных с рубцовыми стриктурами нижней трети пищевода. Затем этот способ воспринял и развил его ученик П.И. Андросов. В 1955 г. П.И. Андросов для выведения тонкокишечного трансплантата на шею разработал еще один путь – тоннель, образуемый путем отслойки костальной плевры справа или слева. Такой тоннель был более безо-

пасным по сравнению с методом Н.И. Еремеева, так как исключал возможность возникновения двухстороннего пневмоторакса [10; 184].

Важно отметить произошедшее в последний период жизни и деятельности С.С. Юдина изменение его взглядов на желудочную эзофагопластику. Если в 1930-х как сам С.С. Юдин, так и его ученики отрицательно относились к этой операции, то в 1954 г. С.С. Юдин с удовлетворением отмечал, что при раке пищевода на смену прежним экстирпациям по Тореку пришли методы одномоментного восстановления проходимости желудочно-кишечного тракта путем соединения пищевода с мобилизованным желудком [512; 513].

С 1928 по 1960 гг. в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского было сделано более 700 антеторакальных пластик пищевода тонкой кишкой в различных вариантах – это был крупнейший опыт в мире [73]. Но с накоплением опыта этих операций постепенно возникла проблема различных отдаленных расстройств пищеварения, которые позже были названы заболеваниями оперированного пищевода [312]. Если С.С. Юдин очень редко соединял трансплантат с желудком, то его ученик П.И. Андросов с 1953 по 1962 гг. оперировал 210 пациентов с искусственным тонкокишечным пищеводом, страдавших агастральной астенией. Он резецировал межкишечный анастомоз по Ру и накладывал анастомоз трансплантата с желудком по П.А. Герцену. Результаты этой операции оказались отличными. Интересно, что на эту тему П.И. Андросов не опубликовал ни одной работы, – по-видимому, он не считал возможным хоть чем-то дискредитировать своего учителя. Опыт включения желудка в пищеварение был подытожен в диссертации В.Ф. Панфиловой,¹⁰⁰ защищенной в 1966 г. под руководством П.И. Андросова [278].

Необходимо отметить, что в дальнейшем С.С. Юдин стал решать вопрос о необходимости и возможности соединения тонкокишечного трансплантата с желудком на основании углубленного изучения особенностей желудочной секреции у каждого конкретного пациента [516]. Сам С.С. Юдин выполнил свою первую операцию по включению желудка в пищеварение у

¹⁰⁰ ЦГАМ, фонд Р-656, оп. № 1, ед. хр. № 251, листы 35, 51.

больного с агастральной астенией, развившейся после антеторакальной пластики пищевода тонкой кишкой в 1954 г. (см. Приложение, рис. 30). Таким образом, на этом основании мы можем предположить, что взгляды С.С. Юдина и на этот вопрос к середине 50-х гг. стали значительно изменяться.

После смерти С.С. Юдина научные работы по реконструктивной хирургии пищевода проводились в Институте им. Н.В. Склифосовского параллельно в четырех хирургических клиниках, руководимых его учениками Д.А. Араповым, Б.А. Петровым, С.В. Лобачевым и П.И. Андросовым.¹⁰¹ Важно отметить, что арсенал операций на пищеводе в этот период в Институте постоянно расширялся. Ученики С.С. Юдина применяли различные способы резекции и пластики пищевода, как многоэтапные, так и одномоментные. Сам С.С. Юдин, выполнив в 1938 г. одномоментную антеторакальную эзофагопластику тонкой кишкой, впоследствии отказался от нее и стал формировать анастомоз с пищеводом на шее вторым этапом – это повышало надежность операции. Однако, в 50-х гг. XX века, с накоплением опыта эзофагопластики, появлением новых способов обезболивания, мощных средств профилактики и лечения гнойно-септических осложнений, создались более благоприятные условия для выполнения одномоментных операций на пищеводе. Так, одномоментную эзофагопластику по Ру-Герцену-Юдину выполняли Д.А. Арапов и П.И. Андросов. Если Б.А. Петров осуществлял резекцию пищевода по поводу рака трансплевральным способом по Добромыслову-Тореку или с одномоментной пластикой желудком по Гэрлоку или Льюису в зависимости от локализации и размеров опухоли (см. рис. 34, 37 в Приложении), то Б.С. Розанов чаще удалял пищевод трансдиафрагмальным доступом по А.Г. Савиных с отсроченной подкожной или загрудинной пластикой тонкой кишкой. При этом во всех четырех клиниках института хирурги успешно производили внутривнутриплевральную шунтирующую эзофагопластику тонкой кишкой при ожоговых стриктурах пищевода, которую начал делать С.С.

¹⁰¹ До 1950 г. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было три хирургических клиники (руководители Б.С. Розанов, Б.А. Петров и Д.А. Арапов). – ЦГАМ, фонд Р-656, оп. № 1, дело № 44, лист 109.

Юдин в 1947 г., а П.И. Андросов такую же операцию сочетал с резекцией пищевода при раке (см. рис. 39 в Приложении). Такое разнообразие физиологически и патогенетически обоснованных подходов к реконструктивно-восстановительным операциям на пищеводе в Институте им. Н.В. Склифосовского в зависимости от характера патологии и общего состояния пациента необходимо признать положительным фактом, свидетельствующим об индивидуализации хирургического лечения заболеваний пищевода.

Во второй половине 50-х гг. П.И. Андросов стал изучать возможность использования для эзофагопластики левой половины толстой кишки, имеющей магистральный тип кровоснабжения, меньший диаметр и меньшее значение для пищеварения. Для преодоления недостатков антиперистальтического расположения трансплантата П.И. Андросов в 1959 г. разработал изоперистальтическую тонкокишечную вставку между желудком и трансплантатом, которая компенсировала антиперистальтическую активность искусственного пищевода, улучшая функциональный результат операции [23; 25].

Среди учеников С.С. Юдина необходимо отметить также О.И. Виноградову, которая в 1952 г. защитила кандидатскую диссертацию о кровоснабжении пищевода в условиях его мобилизации [95], а после ухода проф. С.В. Лобачева на пенсию в 1962 г. возглавила 3-ю хирургическую клинику. По воспоминаниям проф. Т.Н. Богницкой,¹⁰² О.В. Виноградова была среди первых и любимых помощников С.С. Юдина при выполнении операций на пищеводе и сама выполняла эзофагопластику тонкой кишкой, причем не только первичную, но и повторную (см. рис. 33 в Приложении). В дальнейшем проф. О.И. Виноградова изучала проблему хирургического лечения доброкачественных опухолей пищевода [96].

В 50–60-х гг. в НИИ СП им. Склифосовского продолжалась разработка проблемы лечения нервно-мышечных заболеваний пищевода. Так, благодаря усилиям ученика С.С. Юдина Д.А. Арапова, с 1956 г. была значительно изменена тактика лечения кардиоспазма – наиболее широко стали применять

¹⁰² Персональная коммуникация, 2012 г.

комплексное терапевтическое лечение с использованием седативных, антиспазматических, местнообезболивающих, общеукрепляющих препаратов, витаминов. Одновременно проводили расширение кардии при помощи металлического кардиодилататора Штарка. Это позволило значительно улучшить отдаленные результаты лечения больных кардиоспазмом. В 1965 г. новый способ хирургического лечения кардиоспазма описал П.И. Андросов: у 5 больных он успешно сформировал изоперистальтическую тонкокишечную вставку между расширенным пищеводом и желудком. Однако, из-за технической сложности такой способ обходной сегментарной кишечной пластики при кардиоспазме большого распространения не получил. В исследованиях П.И. Андросова важное место заняли также реконструктивные операции у больных кардиоспазмом, ранее перенесших кардиопластические вмешательства, закончившиеся серьезными осложнениями (см. рис. 40 в Приложении).

Что касается Д.А. Арапова, то он также интенсивно занимался проблемой хирургического лечения рака пищевода. К началу 60-х гг. он разработал и успешно применил у ряда пациентов оригинальную щадящую методику внутригрудной резекции пищевода при раке, позволившую значительно снизить число послеоперационных осложнений и летальность [30; 55a].

Много полезного для развития и совершенствования реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране сделали представители следующего поколения научной школы С.С. Юдина. Так, ученица Д.А. Арапова В.В. Уманская занималась лечением нервно-мышечных заболеваний пищевода. Ученики Б.А. Петрова профессора Г.Р. Хундадзе и А.П. Сытник свои основные работы посвятили тонко- и толстокишечной пластике при ожоговых стриктурах пищевода. Другой ученик Б.А. Петрова Е.Н. Попов впервые разработал способ пластического укрытия швов пищевода на шее лоскутом кивательной мышцы на питающей ножке. Еще один ученик Б.А. Петрова проф. П.А. Иванов провел важные исследования по разработке показаний, методики и техники эзофагопластики изоперистальтической желудочной трубкой на этапах хирургического лечения рака пищевода. Учеником Б.С. Розанова стал его

сын проф. И.Б. Розанов,¹⁰³ который занимался хирургией пищевода в Московской городской больнице им. С.П. Боткина. Ученица П.И. Андросова В.Ф. Панфилова изучала отдаленные последствия эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину и сама выполняла операции по включению желудка в пищеварение у больных с агастральной астенией (см. рис. 32 в Приложении).

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.С. Юдина обладает такими мировыми приоритетами, как: 1) ремобилизация подкожного тонкокишечного трансплантата без дополнительного пересечения питающих сосудов (Арапов Д.А., 1949); 2) мобилизация корня брыжейки тонкой кишки для увеличения длины тонкокишечного трансплантата (Петров Б.А., Хундадзе Г.Р., 1950); 3) тотальная эзофагопластика изоперистальтическим толстокишечным трансплантатом с питанием за счет сигмовидной артерии (П.И. Андросов, 1964); 4) способ пластического укрытия швов пищевода на шее лоскутом кивательной мышцы на ножке (Е.Н. Попов, 1964).

Таким образом, можно считать доказанным, что С.С. Юдин сделал выдающийся вклад в развитие реконструктивной хирургии пищевода и решение всех основных аспектов этой сложнейшей проблемы. Академик АМН СССР С.С. Юдин, как лидер одной из крупнейших научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России, был смелым новатором и подлинным революционером в своей специальности. Результаты деятельности научной школы С.С. Юдина во многом определили развитие мировой хирургии пищевода в XX веке. Наряду с достижениями других отечественных научных школ это позволило российской хирургии пищевода занять передовые позиции в мире [1].

IV.2.3. Научная школа реконструктивной хирургии пищевода

А.Г. Савиных

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода А.Г. Савиных, также, как и школа С.С. Юдина, стала формироваться в конце 30-х гг. XX

¹⁰³ И.Б. Розанов в 1950 г. окончил клиническую ординатуру в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и был направлен на работу ординатором хирургического отделения в Московскую городскую больницу им. С.П. Боткина [52a]. Проф. Б.С. Розанов в 1953 г. перешел на работу в ЦИУВ и стал заведовать 1-ой кафедрой хирургии на базе больницы им. С.П. Боткина, заняв также должность главного хирурга этой больницы.

столетия. А.Г. Савиных стал специализироваться в хирургии в 1919 г., когда он занял место ординатора в госпитальной хирургической клинике Томского университета под руководством проф. Н.И. Березнеговского (ученика проф. П.И. Тихова, представителя научной хирургической школы В.И. Разумовского). В 1928 г. А.Г. Савиных был избран приват-доцентом кафедры госпитальной хирургии Томского университета и в это время стал разрабатывать оригинальный чрезбрюшинный трансдиафрагмальный доступ к кардии и пищеводу, названный им «трансдиафрагмальная медиастинотомия» (этот доступ более известен как «сагиттальная диафрагмотомия по А.Г. Савиных») [479].

В 1936 г. А.Г. Савиных сделал успешные операции чрезбрюшинной резекции кардии и гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода по поводу рака по своему методу, а в 1938 г. он первым произвел при раке кардии заднемедиастинальную обходную тонкокишечную эзофагопластику [157]. Выступление А.Г. Савиных на XXIV Всесоюзном съезде хирургов в октябре 1938 г., где он сообщил о 75 операциях при раке кардии и нижней трети пищевода по новому способу, привлекли пристальное внимание хирургической общественности. Радикальную операцию А.Г. Савиных к этому времени выполнил 36 раз с 20 хорошими исходами, – это был огромный успех [372].

В конце 30-х гг. А.Г. Савиных приступил к изучению проблемы хирургического лечения кардиоспазма. А.Г. Савиных предпочитал эзофагофундостомию по Neugowsky, которую он производил абдоминальным доступом с использованием широкой диафрагмокруротомии и пересечением стволов блуждающих нервов (последний прием значительно облегчал низведение пищевода и формирование соустья без натяжения) [373]. С 1949 г. в клинике А.Г. Савиных перестали сочетать эзофагофундостомию со стволовой ваготомией, так как последняя часто приводила к нежелательной атонии желудка. Исследования по кардиоспазму в 40–50-х гг. продолжила ученица А.Г. Савиных К.Н. Зиверт, которая доложила о полученных результатах на XXVII Всесоюзном съезде хирургов в 1960 г. [164]. Проблеме хирургического лечения заболева-

ний кардии были посвящены работы и других учеников А.Г. Савиных, таких, как К.Н. Зиверт, А.Г. Серебрякова, Е.М. Масюкова, Ф.Ф. Сакс [157; 158].

Приступив к антеторакальной пластике пищевода тонкой кишкой в 1937 г., А.Г. Савиных значительно ее усовершенствовал. Так, он предложил при низком делении питающих артерий расправлять сосудистые «вилки», приближая их к кишке, – тем самым достигалось распрямление сосудистой аркады и удлинение трансплантата. Также А.Г. Савиных ввел обшивание края брыжейки трансплантата длинной кетгутовой нитью для профилактики натяжения и повреждения питающей сосудистой аркады [6].

Во время Великой отечественной войны 1941–1945 гг. А.Г. Савиных продолжал исследования по проблеме хирургии пищевода. Логическим продолжением его работы стала транسخиатальная резекция грудного отдела пищевода с одномоментным замещением его тонкой кишкой, проведенной через заднее средостение на шею. Такую операцию А.Г. Савиных впервые сделал у больного с ожоговой стриктурой пищевода в ноябре 1943 г. [374]. В декабре 1943 г. и в феврале 1944 г. А.Г. Савиных сделал две операции удаления всего грудного отдела пищевода при раке его средней трети по описанному выше способу, причем в обоих случаях резекция и заднемедиастинальная пластика пищевода тонкой кишкой были выполнены одномоментно. К сожалению, оба больных умерли в ближайшем послеоперационном периоде. Но А.Г. Савиных отмечал, что при раке пищевода эта операция в техническом отношении намного проще, чем при рубцовых послеожоговых стриктурах. В 1944 г. А.Г. Савиных смог опубликовать результаты выполненных им 130 радикальных операций по поводу рака кардии и нижнего отдела пищевода.

В первые послевоенные годы стали известны работы учеников А.Г. Савиных. Так, И.Г. Скворцов под руководством А.Г. Савиных разработал метод заднемедиастинальной тонкокишечной эзофагопластики без удаления нативного пищевода. Трансплантат, сформированный по С.С. Юдину, он проводил позади поперечной ободочной кишки и желудка (как это делал А.Г. Савиных). После пересечения правой ножки диафрагмы И.Г. Скворцов тупым

способом прокладывал тоннель в заднем средостении впереди пищевода и позади левого главного бронха, и через него выводил тонкую кишку на шею. Первую такую операцию И.Г. Скворцов сделал в 1946 г., а к 1963 г. он выполнил 67 эзофагопластик с 61 благоприятным результатом [399; 400].

Еще один ученик А.Г. Савиных Н.И. Еремеев в 1946 г. разработал способ проведения тонкой кишки на шею в переднем средостении – он помещал трансплантат в тоннель, сформированный в промежутке между грудиной, плевральными синусами и перикардом. Первая одномоментная операция в клинике, выполненная Н.И. Еремеевым в декабре 1946 г., закончилась некрозом трансплантата и смертью больного. Вторую подобную операцию Н.И. Еремеев сделал в декабре 1947 г., и также неудачно. Но в 1949 г. Н.И. Еремеев наконец достиг успеха, разделив операцию у 8-летнего пациента с ожоговой стриктурой пищевода на два этапа – сначала был сформирован трансплантат и проведен на шею через переднее средостение, а через 2 недели наложен эзофагоэюноанастомоз. Этот больной был демонстрирован Н.И. Еремеевым на заседаниях Омского хирургического общества 3.VI. 1949 г. и Томского хирургического общества 7.VII.1949 г. [152; 377].

А.Г. Савиных и ученые его школы продолжали накапливать опыт трансхиатальных операций, и в 1956 г. на VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов А.Г. Савиных доложил итоги хирургического лечения рака кардии и пищевода за 27 лет. В первый (17-летний) период при раке кардии радикальные операции были сделаны у 155 больных с летальностью 42%. Во второй 10-летний период (1947–1956) – такие же операции выполнены у 255 больных с летальностью всего лишь 5,8%. На этом основании А.Г. Савиных продолжал пропагандировать разработанную им методику диафрагмокуротомии, экстрипаии пищевода и эзофагогастрэктомии абдомино-цервикальным (трансхиатальным) доступом с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой и анастомозом на шее [376].

В 60-х гг., продолжая научное направление академика АМН СССР А.Г. Савиных, его ученица проф. В.С. Рогачева разработала двухмоментный спо-

соб операции удаления пораженного раком пищевода трансдиафрагмальным доступом при невозможности сразу сделать заднемедиастинальную пластику тонкой кишкой из-за недостаточной длины трансплантата. По методу В.С. Рогачевой сформированный, но недостаточно длинный трансплантат после его выкраивания оставляли в брюшной полости, накладывали эзофагостому на шее и гастростому. Вторым этапом через 1–2 месяца при повторной лапаротомии трансплантат выделяли из спаек, иногда дополнительно пересекали еще одну радиарную артерию. После такой отсроченной ремобилизации всегда становилось возможным удлинить тонкокишечный трансплантат настолько, чтобы можно было провести его в загрудинно-предфасциальном тоннеле на шею и анастомозировать его с пищеводом [353; 354].

В дальнейшем проф. В.С. Рогачева воспитала собственных учеников – признанных специалистов в хирургии пищевода (П.Д. Фомин, А.А. Задорожный, П.Г. Байдала, Ф.Ф. Сакс), которые в 70–80-х гг. продолжили исследования по хирургическому лечению рака, рубцовых стриктур и нервно-мышечных заболеваний пищевода. Еще одна представительница научной школы А.Г. Савиных – Е.М. Масюкова в 80-х гг. занялась разработкой проблемы диагностики и лечения заболеваний искусственного пищевода [237].

Таким образом, оригинальность идеи мобилизации, резекции и экстирпации пищевода через диафрагму под контролем зрения с перевязкой питающих сосудов, одномоментным наложением пищеводно-желудочного или пищеводно-тонкокишечного анастомоза в заднем средостении, а также проведением тонкокишечного трансплантата на шею в ложе удаленного пищевода, скрупулезность разработки проблемы хирургического лечения злокачественных и доброкачественных заболеваний пищевода, большое количество выполненных операций по собственному способу, значительное число учеников (К.Н. Зиверт, Ф.Ф. Сакс, Н.И. Еремеев, И.Г. Скворцов, Е.М. Масюкова, В.С. Рогачева и ее ученики П.Д. Фомин, А.А. Задорожный, П.Г. Байдала) позволяют говорить о создании А.Г. Савиных самобытной научной школы реконструктивной хирургии пищевода. Всесторонняя разработка и широкое

внедрение транسخиатального доступа к пищеводу является безусловной заслугой и главной отличительной чертой научной школы А.Г. Савиных, также, как и одномоментные операции заднемедиастинальной тонкокишечной эзофагопластики, выполненные им впервые в мире в 1943 г. Большим достижением А.Г. Савиных стало то, что он тщательно разработал показания к подобным вмешательствам, их методику и технику, систему предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, что позволило получить благоприятные непосредственные и отдаленные результаты.

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода А.Г. Савиных обладает четырьмя мировыми приоритетами: 1) резекция кардии и нижней трети пищевода через сагиттальную диафрагмокруротомию с внутримедиастинальным эзофагогастроанастомозом (Савиных А.Г., 1936); 2) экстирпация пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой (Савиных А.Г., 1944); 3) создание искусственного пищевода в переднем средостении (Еремеев Н.И., 1949; 4) проведение тонкокишечного трансплантата на шею в заднем средостении без удаления собственного пищевода (Скворцов И.Г., 1949).

Будучи выдающимся хирургом и организатором науки и здравоохранения, А.Г. Савиных сумел объединить большой коллектив ученых вокруг проблемы хирургии пищевода. Важно, что идеи А.Г. Савиных нашли много последователей не только в других отечественных научных школах хирургии пищевода (Б.С. Розанов, А.А. Русанов, А.И. Решетов, В.П. Клещевникова, А.Ф. Черноусов), но и за рубежом (Barbier P.A. во Франции, Orringer M.B., Postlethwait R.W., Skinner D.B. в США, Siewert J.R. в Германии и др.).

IV. 2.4. Реконструктивная хирургия пищевода в трудах представителей других отечественных научных школ

В конце XIX века в Санкт-Петербурге стала формироваться знаменитая хирургическая школа А.А. Троянова («школа Обуховской больницы»). Сам А.А. Троянов с 1882 г. был ассистентом С.П. Коломнина (ученика А.А. Китепра – представителя научной школы Н.И. Пирогова), а в 1886 г. он стал заве-

довать мужским хирургическим отделением Обуховской больницы [264]. Одним из самых видных представителей школы А.А. Троянова стал выдающийся российский хирург И.И. Греков, который своими работами оказал значительное влияние на развитие многих отраслей хирургии, в том числе и на хирургию пищевода. Большой заслугой И.И. Грекова стало то, что в 1913–1914 гг. он впервые в России осуществил у 4 больных пластику пищевода антиперистальтической желудочной трубкой по способу Гальперна-Жиану – у 2 пациентов с раковой опухолью и у 2 – с ожоговой стриктурой пищевода. Хотя по разным причинам ни в одном из этих случаев эзофагопластика И.И. Грековым не была закончена (т.е. не был наложен анастомоз на шее), большое значение выполненных им операций состояло в том, что этим была продемонстрирована принципиальная возможность клинического использования трубчатых трансплантатов из желудка для замещения пищевода [123].

В 1916 г. И.И. Греков повторил операцию Ру-Герцена у 9-летнего мальчика с рубцовой стриктурой пищевода и наложенной в другой клинике гастростомой [122]. При этом И.И. Греков внес изменения в методику П.А. Герцена, уложив тонкокишечный трансплантат в открытый подкожный тоннель,¹⁰⁴ и вторым этапом соединил трансплантат с пищеводом на шее, чтобы восстановить нормальное глотание. Третьим этапом И.И. Греков анастомозировал трансплантат с желудком бок-в-бок, а затем закрыл гастростому. Как отмечал С.С. Юдин (1954), во всем мире к 1916 г. сделать законченную тонкокишечную пластику пищевода удалось только четырем хирургам: П.А. Герцену, голландскому хирургу Ламботту, швейцарскому хирургу Ц. Ру и И.И. Грекову [512]. Таким образом, своими работами И.И. Греков показал, что восстановление глотания у пациентов с раковой и рубцовой непроходимостью пищевода можно осуществлять различными способами, используя для эзофагопластики трансплантаты как из желудка, так и из тонкой кишки.

Одним из основоположников торакальной хирургии в России стал академик АМН СССР С.И. Спасокукоцкий (ученик Л.Л. Левшина), который

¹⁰⁴ Как это предлагал делать В.П. Вознесенский в 1908 г.

также широко известен как создатель крупной научной хирургической школы. В развитие отечественной хирургии пищевода большой вклад внесли его ученики В.С. Левит, А.Н. Бакулев, Е.Л. Березов и В.И. Казанский.

Так, В.С. Левит в 1928 г. осуществил первую в СССР успешную трансабдоминальную резекцию кардиального отдела желудка и брюшного участка пищевода по поводу рака [223]. Свою операцию В.С. Левит разделил на два этапа. Сначала он сделал низведение пищевода, выделение верхнего отдела желудка с опухолью, перевязку и пересечение левой желудочной артерии. Операция была закончена подшиванием стенки пищевода к краям пищеводного отверстия диафрагмы. Через несколько дней был сделан второй этап, который заключался в резекции кардиального отдела желудка, наложении эзофагогастроанастомоза и подшивании культи желудка к диафрагме.

Смысл такой операции состоял в том, что за время между первым и вторым ее этапами пищевод срастался с краями диафрагмы, из-за чего снижалась опасность развития медиастинита; также предотвращалось сокращение низведенной части пищевода и натяжение швов будущего анастомоза. К тому же разделение большой операции на два этапа позволяло сэкономить силы больного, что также способствовало улучшению исхода вмешательства.

В 1934 г. большого успеха достиг ученик С.И. Спасокукоцкого проф. А.Н. Бакулев, успешно выполнивший антеторакальную эзофагопластику желудком по модифицированной методике Киршнера пациентке с ожоговой стриктурой пищевода. Подобно П.А. Герцену (1933), А.Н. Бакулев пересек желудок по косой линии, идущей от его дна вниз и вправо к малой кривизне. Таким образом, участки желудка, наиболее опасные в плане нарушения кровообращения, не были включены в трансплантат. Источниками кровоснабжения образовавшейся широкой изоперистальтической желудочной трубки служили правые желудочная и желудочно-сальниковая артерии. Оставшуюся связанной с пищеводом проксимальную часть желудка А.Н. Бакулев анастомозировал по типу «конец-в-бок» с двенадцатиперстной кишкой (а не с тощей, как П.А. Герцен) и этим решил вопрос о дренировании собственного

пищевода. В 1948 г. (через 14 лет) на заседании Московского хирургического общества ассистент А.Н. Бакулева П.А. Панников демонстрировал эту пациентку, результат операции у нее был отличным [277]. В 1954 г. В.И. Жмур писал о том, что в клинике им. С.И. Спасокукоцкого¹⁰⁵ подобная операция была выполнена еще раз, а радикальные операции на пищеводе теперь производят только под интратрахеальным наркозом, так как он позволяет оперировать даже при вскрытии второй плевральной полости [154]. Таким образом, А.Н. Бакулев сыграл большую роль также и во внедрении современных методов обезболивания при операциях на органах грудной клетки. Большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода в СССР сыграла организация в 1956 году Института грудной хирургии АМН СССР под руководством академика А.Н. Бакулева. В дальнейшем А.Н. Бакулев посвятил свои основные усилия развитию сердечно-сосудистой хирургии в нашей стране, а исследования по хирургии пищевода продолжили его ученики. Так, Ю.Е. Березов в 1960 г. опубликовал монографию «Рак кардиального отдела желудка», а в 1961 г. – результаты экспериментальных исследований по комбинированным резекциям грудного отдела пищевода вместе с трахеей. – такие обширные вмешательства были выполнены у 3 больных раком пищевода с благоприятным непосредственным исходом [54]. В 1965 г. вышла широко известная монография Ю.Е. Березова и М.С. Григорьева «Хирургия пищевода». В 1969 г. Ю.Е. Березов разработал метод усиления кровоснабжения трансплантата из правой или левой половины толстой кишки путем анастомозирования двух соседних ободочных артерий, подлежащих пересечению, с помощью сосудосшивающего аппарата АСЦ-4. Этим создавалась дополнительная артериальная аркада [57]. Исследованиями в этом направлении занимались ученики Ю.Е. Березова Е.В. Потемкина и С.С. Емельянов [150].

Еще один ученик академика С.И. Спасокукоцкого – проф. В.И. Казанский в 1945 г. приступил к трансплевральным операциям при раке пищевода на кафедре хирургии ЦИУВ в Центральной клинической больнице МПС. На-

¹⁰⁵ Факультетская хирургическая клиника 2-го МГМИ.

чиная разрабатывать данную проблему, В.И. Казанский основывался на опыте клиники С.И. Спасокукоцкого¹⁰⁶ по хирургическому лечению опухолей средостения и на собственном опыте по удалению инородных тел из грудной клетки у раненых во время ВОВ [174]. В 1945 г. В.И. Казанский первым в нашей стране стал успешно выполнять операцию Добромыслова-Торека при раке грудного отдела пищевода. Им же в апреле 1945 г. была сделана первая в СССР одномоментная трансторакальная резекция пищевода с эзофагогастроанастомозом в левой плевральной полости (по типу операции Гэрлока), но оперированная им больная умерла на 21-й день после операции [175].

Накопив опыт радикальных и паллиативных операций у 60 больных раком пищевода, В.И. Казанский изложил его в своей известной монографии, опубликованной в 1948 году [174]. В этой книге В.И. Казанский подробно осветил вопросы патогенеза, профилактики и лечения шока при трансторакальных операциях на пищеводе, методику предоперационной подготовки больных, правила проведения местной анестезии, технику резекции и внутриплевральной пластики пищевода при раке, особенности ведения послеоперационного периода.

Все операции В.И. Казанский выполнял под местной анестезией 0,5% раствором новокаина, значительно им усовершенствованной. В.И. Казанский придавал большое значение наблюдению за больным во время трансторакальных операций на пищеводе и выделял для этого специального врача, осуществлявшего наблюдение и уход за больным и проводившего активную профилактику шока.

На VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов (1956), на котором первым программным вопросом было хирургическое лечение рака пищевода и кардии в свете отдаленных результатов, В.И. Казанский доложил о выполненных за 10 лет 528 операциях, из них было 148 радикальных вмешательств. Отдаленные результаты после радикальных операций были прослежены у 72 больных, из них 11 пережили 5-летний срок [176].

¹⁰⁶ С.И. Спасокукоцкий (1870–1943) заведовал кафедрой факультетской хирургии 2-го ММИ им. И.В. Сталина с 1926 по 1943 гг.

В 1956 г. В.И. Казанский писал о том, что своих первых больных, перенесших радикальные операции по поводу рака грудного отдела пищевода, он демонстрировал в 1945 г. на пленуме Госпитального совета НКЗ СССР, а ровно через 10 лет, 3/VII-1955 г., в клинике В.А. Казанского была произведена последняя радикальная операция по поводу рака пищевода под местной анестезией. С этого момента все операции по поводу рака пищевода и кардии с переходом на пищевод стали выполнять под гипотермией и потенцированным наркозом. В результате, как отмечал В.И. Казанский, была устранена опасность тяжелых осложнений нередко возникавшего двухстороннего пневмоторакса, развития интраоперационного плевро-пульмонального шока. Таким образом, внедрение наркоза способствовало значительному расширению возможностей радикального удаления опухолей пищевода [176].

В 1951 и 1973 гг. В.И. Казанский опубликовал еще две монографии по хирургическому лечению рака пищевода и кардии, которые до сих пор являются ценными руководствами для хирургов и онкологов [175; 177]. Важно, что В.И. Казанский воспитал целый ряд собственных учеников. Так, трансплевральные операции при раке пищевода стали темой исследований его ученика Р.Т. Панченкова [279]. Вопросами протезирования пищевода в эксперименте занимался Л.Г. Харитонов [457]. Аспирант В.И. Казанского К.Н. Цацаниди в 1969 г. усовершенствовал инвагинационный пищеводно-тонкокишечный анастомоз, который получил большое признание и распространение в клинической практике [461]. Еще один ученик В.И. Казанского Р.Б. Мумладзе в 70-х гг. стал развивать проблему толстокишечной эзофагопластики при рубцовых послеожоговых стриктурах пищевода. Та же проблема стала одной из главных в трудах А.Н. Кабанова [169], впоследствии работавшего в Омске. В свою очередь ученик А.Н. Кабанова И.П. Кролевец разрабатывал вопросы хирургического лечения кардиоспазма, за грудиной и заднемедиастинальной эзофагопластики, а также повторных операций при заболеваниях искусственного пищевода [210–212].

Таким образом, главным достижением В.И. Казанского были первые в СССР успешные операции по поводу рака грудного пищевода (1945), которые раньше сопровождались почти 100% летальностью. В.И. Казанский и его ученики продемонстрировали не только возможность безопасного выполнения подобных операций, но и представили благоприятные отдаленные результаты, что и положило начало интенсивному развитию проблемы хирургии рака пищевода в нашей стране. Тщательно разработав местную анестезию при операциях на грудном отделе пищевода В.И. Казанский и его ученики одни из первых в нашей стране в середине 50-х гг. перешли на эндотрахеальный наркоз с гипотермией, что необходимо считать большим сдвигом во взглядах на проблему обезболивания при производстве больших трансторакальных операций. К особенностям исследований школы В.И. Казанского относится большое внимание к патофизиологическим аспектам данной и к путям преодоления различных неблагоприятных эффектов.

Видным представителем научной школы С.И. Спасокукоцкого был один из лидеров хирургии пищевода в СССР проф. Е.Л. Березов. После окончания в 1919 г. Саратовского университета и службы в Красной армии Е.Л. Березов прошел обучение в ординатуре в Институте для лечения опухолей у П.А. Герцена. Затем Е.Л. Березов вернулся в Саратов и с 1924 до 1930 гг. работал на кафедре госпитальной хирургии у С.И. Спасокукоцкого в должности ассистента, а после защиты диссертации в 1925 г. – доцента, преподавая курс онкологии. Таким образом, Е.Л. Березов получил хирургическое образование в двух научных школах – П.А. Герцена и С.И. Спасокукоцкого.

Свои научные исследования по хирургическому лечению рака пищевода и кардии Е.Л. Березов начал в 1930 г., когда он стал самостоятельно работать в Астраханском мединституте заведующим кафедрой госпитальной, а затем факультетской хирургии. В это время Е.Л. Березов выполнял в эксперименте гастрэктомию с резекцией нижнего отдела пищевода и соединял его с двенадцатиперстной кишкой на уровне диафрагмы и в плевральной полости [50]. Данное исследование имело целью «проверить возможность выполне-

ния ... идеи Добромыслова-Бионди-Госсе об одномоментном внутригрудном анастомозе».¹⁰⁷ В наибольшей степени развернулась научно-практическая и педагогическая деятельность Е.Л. Березова в Горьковском мединституте, где он в течение 21 года возглавлял кафедру факультетской хирургии. Здесь вместе со своим учеником Б.А. Королевым Е.Л. Березов изучал проблему хирургического лечения кардиоспазма и разрабатывал резекцию грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагопластикой [51; 52; 203; 204]. В 1951 г. Е.Л. Березов опубликовал широко известную монографию о хирургическом лечении рака пищевода и кардии, в которой подытожил опыт выполнения 228 радикальных и 118 паллиативных и пробных операций [50]. Методом выбора для случаев рака средне-грудного отдела пищевода и более высокой локализации Е.Л. Березов считал чресплевральную резекцию органа с перемещением желудка в плевральную полость и одномоментным внутриплевральным (или шейным) пищеводно-желудочным анастомозом. Более часто встречающиеся раки кардии и нижнего отдела пищевода он считал возможным оперировать двумя методами: чресплевральным и чрезбрюшинным по А.Г. Савиных.

Одним из важных направлений, которое Е.Л. Березов и его ученик Б.А. Королев разрабатывали на протяжении многих лет, были расширенные и комбинированные резекции при раке кардии и пищевода. Уже в 1929 г. Е.Л. Березов выдвинул принцип: «малые опухоли – большие операции, большие опухоли – еще бóльшие операции», и применил его к хирургическому лечению рака пищевода и кардии. На основании анализа полученных результатов Е.Л. Березов убедительно доказал, что расширение объема вмешательства при раке пищевода и кардии по онкологическим соображениям не приводит к значительному росту послеоперационных осложнений и летальности.

К 1956 г. Е.Л. Березов выполнил 967 операций при раке кардии и пищевода, радикальных вмешательств было сделано 678, из них 384 трансторакальных, 294 чрезбрюшинных и чрездиафрагмальных по А.Г. Савиных. При этом Е.Л. Березов настаивал на том, что комбинированная резекция кардии и

¹⁰⁷ Цит.: Березов Е.Л. Хирургия пищевода и кардии при раке. – Горький, 1951. – С. 10. [50]

пищевода вместе с соседними органами (селезенка, поджелудочная железа, диафрагма и др.) не повышает уровня послеоперационной летальности [205].

Таким образом, главной отличительной чертой исследований Е.Л. Березова и Б.А. Королева было стремление доказать правомочность расширенных и комбинированных операций при раке пищевода и кардии. Подобный подход в течение долгого времени не находил большого числа сторонников в нашей стране, и только в последние два десятилетия он был возобновлен, благодаря работам ученика Б.В. Петровского академика РАН А.Ф. Черноусова и ученика Н.Н. Блохина академика РАН М.И. Давыдова.

В дальнейшем Б.А. Королев увлекся сердечно-сосудистой и легочной хирургией. Несмотря на то, что с формальной исторической точки зрения сегодня нельзя говорить о продолжении деятельности научной школы хирургии пищевода Е.Л. Березова, но работы Е.Л. Березова и его ученика Б.А. Королева в свое время сыграли очень большую роль в развитии хирургии рака и доброкачественных заболеваний пищевода в нашей стране.

Большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране сыграли выдающиеся хирурги-онкологи Н.Н. Петров и Н.Н. Блохин и представители их научных школ. Так, из научной школы одного из основоположников онкологии в нашей стране академика АМН СССР Н.Н. Петрова (ученика М.С. Субботина и В.А. Оппеля, который, в свою очередь, был представителем научной школы С.П. Федорова), вышел такой известный специалист по хирургии пищевода, как Ф.Г. Углов, который в 1947 г. один из первых в нашей стране начал выполнять одномоментные трансплевральные операции резекции и пластики пищевода при раке [438–441].

Широко известный хирург и онколог, выдающийся организатор медицинской науки и здравоохранения академик АМН СССР Н.Н. Блохин (ученик В.И. Иоста, представителя школы С.И. Спасокукоцкого) еще во время своей работы в Горьком (до 1952 г.) воспитал проф. В.И. Кукоша, который затем вместе со своим учеником А.А. Чернявским провел ряд важных исследований по хирургическому лечению рака и ахалазии пищевода [216; 217].

Другой ученик Н.Н. Блохина Б.Е. Петерсон в 1958 г. возглавил 1-е хирургическое отделение Института клинической и экспериментальной онкологии АМН СССР,¹⁰⁸ а с 1965 г. руководил клиникой торакальной онкологии ВОНЦ и кафедрой онкологии ЦИУВ. Одним из основных предметов научных исследований Б.Е. Петерсона стало хирургическое лечение рака пищевода. Став в 1977 г. директором МНИОИ им. П.А. Герцена, Б.Е. Петерсон к сожалению недолго проработал на этом посту (он трагически погиб в 1981 г.). Но под руководством Б.Е. Петерсона в МНИОИ им. П.А. Герцена была разработана и с 1979 г. стала применяться при раке пищевода и кардии весьма прогрессивная тактика: 1. резекция и пластика пищевода выполняются одномоментно; 2. операция должна отвечать принципам онкологического радикализма: резекция пищевода субтотальная с удалением параэзофагеальной клетчатки, бифуркационных и параэзофагеальных лимфоузлов с малым сальником, желудочно-поджелудочной связкой и заключенными в ней лимфатическими узлами; 3. для замещения пищевода используется изоперистальтическая трубка из большой кривизны желудка; 4. осуществляется выведение желудочной трубки через заднее средостение на шею, где формируются эзофаго- и гастростома; 5. формирование желудочно-пищеводного анастомоза на шее осуществляют вторым этапом через 1–2 месяца [282–284].

После Б.Е. Петерсона клинику торакальной онкологии ВОНЦ возглавил крупный специалист по хирургии пищевода ученик Н.Н. Блохина проф. А.И. Пирогов. Одним из направлений, которое на протяжении многих лет разрабатывал А.И. Пирогов, была трансторакальная резекция пищевода при раке с пластикой антиперистальтической желудочной трубкой по Гальперну-Жиану в сочетании с радиотерапией [317; 318]. Принципиально важным А.И. Пирогов считал вынесение пищеводного анастомоза на шею.¹⁰⁹

Проблему хирургического лечения рака пищевода продолжает успешно разрабатывать ученик Н.Н. Блохина и Б.Е. Петерсона академик РАН и РАМН

¹⁰⁸ Ныне – Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН

¹⁰⁹ На важность этого момента в профилактике тяжелых послеоперационных осложнений ранее обращали внимание К.П. Сапожков (1933), А.Г. Савиных (1949), И.Г. Скворцов (1949).

М.И. Давыдов, совершенствуя трансплевральную резекцию пищевода с расширенной лимфаденэктомией и одномоментной пластикой желудка по оригинальной методике. Важное место в исследованиях академика М.И. Давыдова и его ученика члена-корр. РАМН И.С. Стилиди занимают расширенные и комбинированные операции при местнораспространенном раке пищевода, в том числе и с использованием искусственного кровообращения, а также лекарственная и лучевая терапия операбельного и диссеминированного рака пищевода, диагностика и лечение его предраковых заболеваний [130–134].

Таким образом, большое значение работ ведущих отечественных хирургов-онкологов определяется их специфическим подходом к оперативному лечению рака пищевода, который обусловлен в первую очередь принципами онкологического радикализма, а также стремлением к одномоментному восстановлению проходимости пищеварительного тракта для наиболее быстрого достижения пациентами хорошего качества жизни [417–419].

Из других выдающихся отечественных ученых XX века, которые сделали значительный вклад в развитие реконструктивной хирургии пищевода в России, необходимо назвать А.В. Вишневого (представителя казанской хирургической школы Л.Л. Левшина – В.И. Разумовского) и его ученика А.А. Вишневого. Начиная с 1924 г., А.В. Вишневский первым пытался оперировать больных раком грудного отдела пищевода под местной инфльтрационной анестезией по своему методу с использованием заднего внеплеврального доступа по И.И. Насилову, но, к сожалению, неудачно – все больные умерли в ближайшем послеоперационном периоде [100–102]. В 1947 г. А.А. Вишневский приступил к трансплевральным операциям на пищеводе и кардии при раке, также используя для этого местную инфльтрационную анестезию. Большое значение для дальнейшего развития торакальной хирургии в нашей стране имели работы А.А. Вишневого, посвященные изучению физиологических влияний на организм обширных трансторакальных операций [98]. На VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов (1956) А.А. Вишневский доложил о том, что всего с 1947 по 1956 гг. он сделал 293 трансплев-

ральных операции по поводу рака кардии и нижней трети пищевода, при этом радикально были оперированы 165 (60%) больных с летальностью 25%. [99]. В дальнейшем проблему хирургического лечения рака пищевода и кардии продолжила изучать ученица А.А. Вишневого Е.А. Печатникова [316].

IV.2.5. Генеалогическое дерево российских школ реконструктивной хирургии пищевода

Изучив биографии отечественных хирургов XIX – XX веков, а также основываясь на многочисленных исторических исследованиях и мемуарах (Абакумов М.М. и соавт., 2008; Арапов Д.А., 1960; Байтингер В.Ф., 2007, 2008; Балалыкин Д.А., 2005, 2008; Богницкая Т.Н. и соавт., 2008; Будко А.А., 2010; Власов А.А., 1999; Глянцев С.П., 2013; Заблудовский П.Е., 1960; Задорожный А.А., Ищенко Н.П., 1956; Кабанова С.А., 2001; Кнопов М.Ш., 2005, 2007; Кованов В.В., 1952; Козовенко М.Н., 2000; Колесов В.И., 1953, 1957; Константинов Б.А. и соавт., 2007; Королев Б.А., 2004; Коростелев Н.Б., 1998; Мирский М.Б., 1990, 1996, 2002; Нечаев А.А., 1952; Околов В.Л., 1995; Околов В.Л., Восканян Э.А., 1997; Оппель В.А., 1923; Петров Б.Д., 1962; Петровский Б.В., 1948, 1950; Пирогов Н.И., 2010; Рабинович М.С., 1958; Российский Д.М., 1955; Савиных А.Г., 1963; Сакс Ф.Ф., 1953; Скороходов Л.Я., 1926; Углов Ф.Г., 1974; Черноусов А.Ф. и соавт., 2008; Чистович Я.А., 1883; Шабанов А.Н. и соавт., 1981; Шахбазян Е.С., 1949, 1951; Шкроб О.С., 1971; Юдин С.С., 1954; Янишевский Ф.И., 1956), мы смогли воссоздать «генеалогическое дерево» российских научных школ реконструктивной хирургии пищевода (рис. 10). Приведенная схема показывает, что разработкой данной проблемы в нашей стране занимались и продолжают заниматься многие известные хирурги, вышедшие из разных научных школ. На самом деле это «дерево» должно быть еще более крупным и разветвленным, поэтому мы решили ограничиться обозначением лишь главных его «ветвей». При этом фамилии ученых, которые сами не занимались хирургией пищевода, но воспитали крупных специалистов в данной области, на схеме приведены в прямоугольниках без цветного фона.

Мы полагаем, что созданная нами схема наглядно показывает, как формировались наиболее крупные научные школы реконструктивной хирургии пищевода в России, деятельность которых продолжалась на протяжении всего XX века и продолжается в настоящее время.

При рассмотрении данной схемы можно отметить тот факт, что некоторые российские ученые, сделавшие большой вклад в развитие данного научного направления, были учениками и последователями разных научных школ реконструктивной хирургии пищевода. Это касается таких корифеев, как И.И. Насилов, Я.О. Гальперн, Б.Э. Линберг, Н.Н. Каншин. Так, например, Б.Э. Линберг с 1913 г. обучался хирургии у проф. С.Р. Миротворцева (представителя научной школы С.П. Федорова) и считается ученым его школы. В то же время, начиная с 1918 г., решающее влияние на всю последующую научную и практическую деятельность Б.Э. Линберга, его исследования и достижения в области торакальной хирургии, оказала работа в Саратове под руководством С.И. Спасокукоцкого [189].

К сожалению, на одной схеме невозможно представить всех российских ученых, сыгравших большую роль в становлении и развитии реконструктивной хирургии пищевода в России. Мы считаем необходимым назвать имена наиболее известных отечественных специалистов: А.А. Бусалов (Москва), В.И. Белоконев (Самара), А.Н. Беркутов (Ленинград), С.А. Гаджиев (Ленинград), Э.Р. Гессе (Ленинград), Б.Г. Герцберг (Ленинград), В.М. Дурлештер (Краснодар), Г.К. Жерлов (Томск), П.П. Коваленко (Ростов-на-Дону), Ф.Х. Кутушев (Ленинград), Е.В. Лишов (Кемерово), Г.И. Лукомский (Москва), С.Н. Любимудров (Куйбышев), Ю.С. Мареев (Москва), И.А. Маянц (Ленинград), Д.Г. Мустафин (Астрахань), В.И. Оноприев (Краснодар), В.И. Оскретков (Барнаул), М.А. Подгорбунский (Кемерово), А.А. Полянцев (Волгоград), А.М. Пономарев (Кемерово), Л.М. Ратнер (Свердловск), Г.Л. Ратнер (Самара), Ю.А. Рубайлов (Волгоград), М.З. Сигал (Казань), В.И. Столяров (Ленинград), В.М. Субботин (Пермь), В.В. Сумин (Ижевск), М.Ф. Черкасов (Ростов-на-Дону), Т.И. Шраер (Кемерово).

Рис. 10. «Генеалогическое дерево» российских научных школ
реконструктивной хирургии пищевода.

Заключение к IV главе

Исторический анализ показывает, что развитие реконструктивной хирургии пищевода в России было тесно связано с деятельностью ряда крупных научных школ, первые из которых зародились в конце XIX – начале XX столетий (научные школы И.И. Насилова, П.И. Дьяконова и С.П. Федорова). Это является характерным отличием российской хирургии пищевода от зарубежной, где можно выделить лишь немного подобных примеров (Т. Бильрот – И. Микулич – Ф. Зауэрбрух – Р. Ниссен; М. Киршнер – Р. Ценкер). Главным достижением этих школ была разработка в эксперименте новых, ранее неизвестных операций на пищеводе, что позволило впервые приступить к хирургическому лечению заболеваний пищевода и их тяжелых осложнений.

Крупнейшие отечественные научные школы реконструктивной хирургии пищевода середины XX века (школы П.А. Герцена, С.С. Юдина и А.Г. Савиных) внесли огромный вклад в изучение, разработку и внедрение анатомически, физиологически и технически наиболее обоснованных способов оперативного и консервативного лечения всего спектра заболеваний пищевода. Главным итогом деятельности этих научных школ стало выделение реконструктивной хирургии пищевода в России в самостоятельное научное направление с достижением мирового уровня проводимых научных исследований и полученных практических результатов.

Часто взгляды внутри научных школ реконструктивной хирургии пищевода изменялись: накопление клинического опыта и результатов научных исследований приводило к тому, что отвергались одни методы хирургического лечения а, а другие начинали приобретать всё большее значение.

Несмотря на то, что ряд известных отечественных ученых (Е.Л. Березов, Ф.Г. Углов, А.А. Вишневский и др.) не создали собственных научных школ реконструктивной хирургии пищевода, их работы в середине XX века сыграли очень большую роль в развитии данного научного направления.

Предлагаемая схема («генеалогическое дерево») демонстрирует тот факт, что данное научное направление в нашей стране развивали многие из-

вестные ученые, вышедшие из разных научных школ. Данная схема позволяет отметить и проследить происхождение каждого ученого из определенной научной школы реконструктивной хирургии пищевода, его связи с другими научными школами, которые возглавляли другие лидеры.

Большое значение отечественных школ реконструктивной хирургии пищевода состоит в сохранении преемственности и последовательности при накоплении, анализе и передаче огромного научного и практического опыта, служащего фундаментом для дальнейшего развития данного научного направления в XXI веке. Многие ученые обоснованно полагают, что и в будущем создание научных школ будет являться одним из главных путей развития медицинской науки. По этому поводу Б.В. Петровский (1998) писал: «Особенностью нашего времени является то, что успеха можно достигнуть только коллективным трудом научной школы единомышленников, содружеством учреждений, равно как и ученых, возглавляющих различные направления науки и практики. Такой подход очевиден, как очевидно и то, что только в единении идей и творческих усилий можно достичь результатов».¹¹⁰

¹¹⁰ Цит.: Петровский Б.В. Фундаментальные науки в хирургии. Актовая речь. – М., 1998. – С. 28 [314].

ГЛАВА V

Современные тенденции и перспективы развития реконструктивной хирургии пищевода в России в XXI веке

По словам академика В.С. Савельева (2008), главной отличительной чертой хирургии второй половины XX столетия стала ее дифференциация, причем наилучшие результаты хирургического лечения самых сложных заболеваний достигнуты в крупных высокоспециализированных центрах. Прорыв в диагностике и лечении хирургических заболеваний в конце XX века связан с широким внедрением современных технологий, а дальнейшее развитие хирургии немыслимо без использования новых особо точных инструментов и аппаратов, большого количества сложных приборов и устройств [369].

В работах крупнейших отечественных ученых содержатся прогнозы развития хирургии в XXI веке. Например, в 1998 г. академик Б.В. Петровский писал: «Перспективы развития хирургии будут определяться успехами фундаментальных исследований в области биологии, физики, химии, иммунологии, других областей человеческого знания, всестороннего изучения функционального состояния жизненно важных органов и систем больного на различных стадиях развития патологического процесса, знания характера компенсаторных механизмов, которые обеспечивают восстановление и сохранение функций пораженных органов. Необходима еще более тесная связь с базовыми науками, внедрение высоких технологий, укрепление морально-этических позиций и корпоративного духа... Прогнозы развития хирургии многообещающие и, наряду с возможными открытиями уже в ближайшие десятилетия истинных причин рака, атеросклероза, коллагенозов, а также методов их лечения, наряду с внедрением надежных средств профилактики инфекции, можно надеяться на важные достижения в области пересадки и реплантации органов, создания искусственных органов, новых искусственных живляемых материалов, и многое другое» [40a].

По мнению академика В.С. Савельева (2008), перспективы развития реконструктивной хирургии на ближайшие 20 лет будут связаны с развитием

смежных медицинских специальностей – анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии, рентгенорадиологии, онкологии, трансплантологии, бактериологии, а также достижениями техники, которые будут способствовать совершенствованию инструментального оснащения [369].

Действительно, новейшие достижения науки и техники в начале XXI века привели к созданию уникальных технологий, которые значительно изменили сложившиеся представления об оперативном вмешательстве, течении послеоперационного периода и возможностях реконструктивной хирургии. Характерно, что хирургический метод лечения, с одной стороны, распространяется все шире, а с другой стороны, целые области и даже направления переходят из хирургии в сферу нетравматичного безоперационного лечения.

Так, в последнее время в лечении раннего рака пищевода получили распространение и признание такие прогрессивные технологии, как эндоскопическая электрорезекция опухоли, мукозэктомия, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия и разнообразные инъекционные методы. Сейчас в нашей стране широко и повсеместно используются паллиативные эндоскопические вмешательства, значительно повышающие качество жизни неоперабельных больных: дилатация злокачественного стеноза, лазерная реканализация и электродеструкция опухоли, эндопротезирование пищевода при раковом стенозе с помощью саморасправляющихся стентов [108; 629].

В начале 2000-х гг. в реконструктивную хирургию пищевода были привлечены результаты научных исследований в области математики, физики, химии, техники, физиологии, генетики, фармакологии, бактериологии, анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии, которые позволили хирургам приступить к решению ранее недостижимых задач. Появление новых высокоточных методов диагностики, компьютерной 3-D визуализации, специальных инструментов, приборов и аппаратов способствовало тому, что, хирурги смогли приступить, с одной стороны, к дальнейшему совершенствованию и широкому внедрению одномоментных расширенных и комбинированных операций большого объема и сложности при раке пищевода, а также

разнообразных сочетанных (симультанных) операций при его доброкачественных заболеваниях, а с другой стороны – к изучению возможности более широкого и повсеместного применения миниинвазивных эндоскопических и эндовидеохирургических вмешательств на пищеводе и кардии, в том числе с использованием роботизированной техники [369]. Интенсивная разработка и внедрение внутрипросветных эндоскопических методов лечения заболеваний пищевода и эндовидеохирургических (лапаро- и торакоскопических) операций при кардиоспазме, рефлюкс-эзофагите, дивертикулах, рубцовых стриктурах, раке и доброкачественных опухолях весьма характерны для реконструктивной хирургии пищевода начала XXI века [108; 151; 235; 236; 629].

Эти важные изменения требуют всестороннего осмысления и научного анализа, поскольку изучение современных тенденций, с учетом нынешнего уровня развития науки и техники, даст возможность определить прогноз дальнейшего развития реконструктивной хирургии пищевода в XXI веке.

Как прозорливо отмечал академик Б.В. Петровский (1988), в будущем в повышении качества хирургических операций большое значение приобретут особо точная оптическая техника и новое поколение инструментов и аппаратов, повышающих прецизионность хирургических манипуляций [40a]. И действительно, в первом десятилетии XXI века произошло бурное внедрение в хирургию новых лечебных технологий [462; 463]. Так, миниинвазивная хирургия объединила эндоскопические вмешательства, выполняемые через естественные анатомические отверстия, эндовидеохирургические – через проколы в грудной или брюшной стенке, открытые операции – через малые хирургические доступы. Важным стало понимание того, что часто общую переносимость операции определяет не ее объём, а именно доступ [369; 493].

Современные возможности эндовидеоскопической хирургии пищевода включают почти весь спектр известных оперативных вмешательств, выполняемых с минимальной травматизацией тканей. Основные преимущества данной технологии состоят в уменьшении частоты общехирургических осложнений, снижении времени нетрудоспособности и сокращении сроков

реабилитации оперированных пациентов, достижении оптимального физиологического и косметического эффекта [151; 549; 599; 604].

Новым и очень перспективным направлением в реконструктивной хирургии пищевода является роботизированное выполнение эндовидеохирургических операций. При этом хирургическое вмешательство прецизионно выполняется роботом, управляемым хирургом с помощью телеоперационной системы, которая формирует компьютерное трёхмерное изображение, позволяющее врачу ощущать себя внутри грудной или брюшной полости. Трёхмерное изображение обеспечивает полную иллюзию оперирования в реальном пространстве, при этом нивелируются многие недостатки обычной эндовидеохирургической техники. Робот-ассистированные видеооперации отличаются значительным снижением интраоперационной кровопотери и уменьшением продолжительности хирургического вмешательства, снижением его травматичности, они способствуют резкому снижению частоты осложнений и сокращению сроков послеоперационной госпитализации [369; 443; 571].

Таким образом, правомочность мининвазивных вмешательств на пищеводе можно считать доказанной [151; 222; 235; 236; 275; 285; 489; 490; 493]. В связи с этим назрела необходимость модифицирования старых и создания новых алгоритмов обследования, лечения и послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями пищевода, учитывая возможности и преимущества использования роботизированных эндовидеокомплексов [443; 612].

Все эти факторы оказали очень большое положительное влияние на развитие и совершенствование данного научного направления. Тем не менее, необходимо отметить, что реконструктивная хирургия пищевода так и не стала массовой, на что обращает внимание один из ведущих специалистов в этой области академик РАМН А.Ф. Черноусов [482]. Другими словами, реконструктивная хирургия пищевода и в XXI веке ввиду своей специфичности и большой сложности остается уделом немногих научно-исследовательских центров или специализированных отделений многопрофильных хирургических учреждений, в которых работают хорошо обученные врачи и грамотные

научные сотрудники, сконцентрированы новейшие достижения медицинской науки, техники и технологии для получения наилучших результатов лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий.

В целом современный период характеризуется ускоренным развитием реконструктивной хирургии пищевода, но ряд аспектов данной проблемы (например, эффективное лечение рака и нервно-мышечных заболеваний пищевода) до сих пор нельзя считать полностью решенными, поэтому углубленные научные исследования продолжаются по различным направлениям.

Несмотря на непрекращающиеся исследования, злокачественные опухоли продолжают устойчиво занимать второе место по частоте (после сердечно-сосудистых заболеваний) среди причин смертности населения России, причем более 40% впервые регистрируемых онкологических заболеваний выявляются в III–IV стадиях. Это ставит хирургов в очень невыгодное положение, когда они пытаются «догнать» болезнь и широко резецировать или полностью удалить пораженный орган, если это еще возможно, при этом точно не известно, что будет с больным дальше. Рак пищевода занимает 6-е место в мире в структуре заболеваемости злокачественными опухолями, но только 5% больных раком пищевода получают радикальное лечение [487].

Академик М.И. Давыдов (2007) так определяет современные принципы хирургического лечения рака пищевода: «1) максимальная безопасность вмешательства: правильный выбор оперативного доступа и объема хирургического вмешательства, рациональные приемы мобилизации и обработки смежных органов (легкого, трахеи, главных бронхов, аорты и т.д.), формирование надежных пищеводных анастомозов; 2) онкологическая адекватность: мобилизация «острым путем» по принципу «от сосуда к пораженному органу», правильная последовательность мобилизации пораженного органа с целью профилактики интраоперационной диссеминации, моноблочный принцип интраабдоминальной, медиастинальной и шейной лимфодиссекции; 3) высокая функциональность: выбор рационального метода пластики, формирование технически простого антирефлюксного анастомоза» [133].

В этой связи важно отметить, что в начале XXI века кардинально изменились задачи, которые ставили перед собой хирурги-онкологи, – от механистического стремления резецировать опухоль или создать обходной путь вокруг сужения пищевода, – к превалирующей в настоящее время прогрессивной тенденции максимального повышения радикальности и в то же время резкого снижения травматичности операции, обеспечения ее безопасности, достижения наилучшего физиологического результата, длительного выживания и оптимального качества жизни пациентов с возможно более полной их медицинской, социальной и трудовой реабилитацией. Таким образом, современная хирургия пищевода стремится быть малотравматичной, малоинвазивной, безопасной и, вследствие этого, как можно более физиологичной.

Среди актуальных задач научных исследований в области реконструктивной хирургии пищевода сегодня наиболее важными являются: разработка новых высокоинформативных методов диагностики и эффективного лечения разнообразных заболеваний и повреждений, включая изучение возможностей молекулярной диагностики, клеточных технологий и генной терапии; дальнейшее совершенствование методики и техники реконструктивно-восстановительных операций, особенно мининвазивных эндовидеохирургических вмешательств с использованием оптического увеличения, микрохирургической и роботизированной техники, сшивающих аппаратов с изменяющейся геометрией рабочей части для резекции пищевода и наложения анастомозов в труднодоступных зонах; изучение возможности частичной или полной замены пораженного пищевода или его структур на основе использования ауто-, алло- и гетерогенных тканей, а также неподверженных отторжению синтетических материалов; изыскание новых высокоэффективных антибактериальных препаратов для профилактики и лечения инфекционных осложнений; разработка наиболее безопасных способов обезболивания и автоматизированных систем контрольно-измерительной аппаратуры для компьютерного мониторинга хирургической операции и анестезии [202].

Скорее всего, в ближайшие годы не предвидится снижения роли хирургического метода как самого эффективного в лечении злокачественных заболеваний пищевода. Не вызывает сомнений и тот факт, что хирургическое лечение травм пищевода и их последствий будет продолжать развиваться, как и хирургия всех других повреждений ввиду отсутствия общей тенденции к снижению травматизма [201]. В то же время сравнительно высокая частота химических ожогов пищевода в России должна неуклонно снижаться ввиду значительных положительных социальных изменений в обществе.

До сих пор хирурги оперируют пациентов с запущенными стадиями кардиоспазма и рефлюкс-эзофагита, используя наиболее патогенетически оправданные методы хирургических вмешательств, но с другой стороны, этиология этих заболеваний остается до конца невыясненной. Распознавание этиологии нервно-мышечных заболеваний пищевода позволит применять направленные методы консервативного лечения с целью профилактики перехода кардиоспазма и ахалазии кардии в запущенные стадии, когда хирургическая операция становится неизбежной. Представляется, что решению этих проблем в большой мере будут способствовать генетические исследования, которые в скором будущем позволят выявлять наследственную предрасположенность к различным заболеваниям пищевода и назначать пациентам индивидуальные средства для их профилактики и эффективного лечения. Понятно, что при своевременном выявлении и адекватном лечении пациентов с подобными доброкачественными заболеваниями пищевода число запущенных форм и тяжелых осложнений должно значительно уменьшиться [369].

Перспективной представляется молекулярная диагностика злокачественных опухолей, а также болезней нервной и соединительной ткани, что позволит глубже понять этиологию и патогенез таких распространенных заболеваний, как кардиоспазм и рефлюкс-эзофагит. В связи с этим постоянно будет происходить совершенствование диагностики и дифференциальной диагностики доброкачественных заболеваний пищевода для точного определения показаний к их хирургическому или консервативному лечению.

Большие преимущества должна обеспечить компьютерная обработка информации о состоянии органов и систем конкретного пациента, которая позволит осуществлять точную диагностику заболевания, планирование вмешательства и прогнозирование течения послеоперационного периода.

Проблема восстановления утраченной целостности структур организма останется весьма актуальной. Перспективными в настоящее время считаются методы тканевой и генной инженерии, которые открывают новые возможности для реконструктивной хирургии пищевода. Так, одним из наиболее широко обсуждаемых современных направлений развития новых технологий является изучение возможности использования стволовых клеток в реконструктивной хирургии. Предполагается, что в здоровом организме стволовые клетки обеспечивают естественное обновление тканей, а при их повреждении непосредственно участвуют в процессе репарации [431].

Если в недавнем прошлом для замещения резецированного пищевода или его части пытались применять различные синтетические протезы и консервированные трупные ткани – твердую мозговую оболочку, ксеноперикард, аорту [85; 135; 187; 249; 391; 457], то в настоящее время наиболее перспективной представляется разработка бесклеточных матриц как основы для регенерации слизистой и мышечной оболочек, что может быть использовано для пластики неограниченно больших дефектов пищевода. Таким образом, весьма вероятно, что в скором времени в хирургию пищевода будут активно внедряться подобные клеточные и трансплантационные технологии, заменяющие сложные и трудоемкие операции суб- и тотальной эзофагопластики сегментами кишечника и трансплантатами из желудка. В этом плане перспективными представляются исследования по восстановлению иннервации тканей пищевода, разработка и использование аутологичных клеточных конструкций (нейронов) для замещения утраченных структур [369].

По словам С.П. Глянцева (2013), если перефразировать известное изречение, то можно сказать, что новое – это не столько хорошо забытое, сколько по каким-либо причинам нереализованное или невостребованное старое.

Старые идеи, неиспользованные в свое время из-за отсутствия необходимых технологий, могут получить новую жизнь в будущем [119]. Исходя из этого, можно предположить, что проблемы трансплантации и искусственных органов по-прежнему останутся в центре внимания ученых, занимающихся реконструктивной хирургией пищевода. По-видимому, в скором времени актуальными станут проблемы ксенотрансплантации и получения донорских органов (в том числе трансплантата пищевода) путем клонирования [202].

В настоящее время трансплантация пищевода очевидно невозможна. И дело здесь не только в проблемах восстановления кровообращения в пересаженном органе или преодоления иммунологической несовместимости и тяжелых инфекционных осложнений. Эти проблемы представляются принципиально разрешимыми с помощью современной микрохирургической техники и использования новых высокоэффективных иммуносупрессивных и антибактериальных препаратов. Подтверждением этому служат положительные результаты трансплантации легких и тонкой кишки. Важно другое: пока даже теоретически непонятно – как восстановить весьма сложную моторику пищевода в случае его пересадки (то есть, восстановить нервную и гуморальную регуляцию его функции). Без этого приживший пищевод превратится в нефункционирующий орган, не только бесполезный, но и вредный.

Тем не менее, дальнейшее развитие микрохирургической аутоотрансплантации тканей позволит не только успешно закрывать сложные тканевые дефекты, но и формировать новые структуры и части тела взамен утраченных. Прогресс этого научного направления связан с попыткой максимально приблизить пересаживаемый пластический материал к восстанавливаемым структурам по основным тканевым свойствам. Следующим шагом в развитии микрохирургической аутоотрансплантации тканей должна стать так называемая «префабрикация» аутоотрансплантатов, то есть формирование их заранее с целью придания им свойств, максимально соответствующих потребностям дефекта. Безусловно, эффективное создание специализированных тканевых аутоотрансплантатов возможно только с использованием перспективных кле-

точных технологий. Развитие современной клеточной биотехнологии, получение ряда полимеров, по своим физическим и химическим свойствам практически не уступающим натуральной соединительной ткани, позволит надеяться на эффективное решение многих проблем, стоящих перед современной хирургией пищевода. Достижения последних лет в различных направлениях молекулярно-клеточной биологии дают ключ к пониманию механизмов, необходимых для успешной клеточной трансплантации [250; 413].

Понятно, что вся резекционная хирургия основана на больших способностях человеческого организма в значительной мере компенсировать нанесенную травму и урон, поэтому закономерно стремление хирургов к резкому снижению травматичности оперативных вмешательств. Это делает неизбежным дальнейшее развитие прецизионной оперативной техники, усовершенствование хирургического инструментария и шовных материалов, разнообразных сшивающих аппаратов, которые значительно уменьшают техническую сложность операций на пищеводе, одновременно обеспечивая стандартизацию и воспроизводимость вмешательств, остающихся пока малодоступными для многих хирургических учреждений. Современные тенденции в реконструктивной хирургии пищевода, направленные на снижение травматичности и значительное повышение безопасности реконструктивно-восстановительных операций, следует признать наиболее прогрессивными. В этой связи эндоскопическая внутрипросветная хирургия пищевода будет приобретать все большее значение, удельный вес подобных вмешательств будет увеличиваться не только при доброкачественных заболеваниях, но и при раке пищевода. Безусловно, будет получать дальнейшее развитие эндовидеохирургия в виде торакоскопической диссекции и удаления пищевода, пораженного раковой опухолью или тяжелым рубцовым процессом, а также лапароскопических операций формирования трансплантатов из желудка и кишечника для замещения (пластики) пищевода. Первые крупные успехи в этом направлении достигнуты уже сегодня [151; 222; 235; 236; 275; 285; 489; 490; 493]. Таким образом, современная реконструктивная хирургия пищевода твердо вступила

в эру эндоскопических технологий, которые значительно расширяют возможности миниинвазивного оперативного лечения различных заболеваний, и в XXI веке будет продолжена разработка новых щадящих способов операций, в наименьшей степени нарушающих гомеостаз человеческого организма.

В этой связи необходимо отметить, что в приложении к реконструктивной хирургии пищевода преимущества роботизированной эндовидеотехники должны выразиться не только в нивелировании некоторых недостатков, присущих человеку (например – устранении естественного тремора пальцев рук и повышении точности манипуляций), но и в выработке стандартизированных методик операций и расширении «географии» их применения. С задачей «пальпаторного» обследования тканей могли бы справиться миниатюрные ультразвуковые датчики, которые позволят дифференцировать нормальные и патологические ткани. Дальнейшая разработка и внедрение роботов (в том числе микророботов) сделают эндовидеохирургические операции еще менее травматичными, гораздо более безопасными для больных и доступными для большинства хирургов, занимающихся разработкой проблемы реконструктивной хирургии пищевода [383; 462; 463].

Безусловно, будет продолжаться разработка и внедрение в клиническую практику новых и совершенствование имеющихся методов диагностики, профилактики и лечения послеоперационных осложнений, совершенствование методов интенсивной терапии с использованием компьютерной техники [369]. По-видимому, в области предоперационной подготовки и послеоперационного лечения пациентов с заболеваниями пищевода произойдут значительные изменения, направленные на быструю и эффективную коррекцию имеющихся нарушений гомеостаза. Развивающиеся технологии интенсивной терапии должны обеспечить быстрое и наиболее полное восстановление пациентов в ближайшем послеоперационном периоде [80].

Положительные результаты подобных исследований в недалеком будущем должны вызвать значительные изменения в методике и тактике хирургического лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий. В

предстоящие годы внедрение в клиническую практику достижений науки и техники должно привести к появлению альтернативных, менее опасных, но более эффективных методов лечения [40а; 314]. В более отдалённом будущем, по-видимому, облик реконструктивной хирургии пищевода и многие хирургические операции совершенно изменятся, и возникнет необходимость оборудовать операционные для тканевой инженерии, генетических, биохимических вмешательств на молекулярном уровне [369].

Вследствие нарастающего дефицита донорской крови резко возрастет потребность в создании эффективных и безопасных кровезаменителей, обладающих газотранспортной функцией и способных осуществлять иные функции крови [369]. В этой связи получают свое дальнейшее развитие новые направления, такие, как трансфузионная иммунология, «бескровная» хирургия, препаратная трансфузиология. Эти направления будут основаны на возможностях молекулярной биологии и генной инженерии, которые обеспечат дальнейшую разработку и широкое внедрение искусственной крови [343].

Создание всеобъемлющей теории наркоза, разработка новых средств и методов обезболивания позволят анестезиологу во всех случаях проводить безопасную многокомпонентную анестезию, а хирургу – выполнять операции любого объема на пищеводе и соседних органах, обеспечивая сохранение показателей гомеостаза организма пациента на оптимальном уровне.

Использование более эффективных способов медицинской, социальной и трудовой реабилитации пациентов позволит снизить частоту заболеваний оперированного и искусственного пищевода и инвалидизации больных [482].

Таким образом, очевидно, что одним из главных рычагов развития реконструктивной хирургии пищевода и смежных с ней дисциплин является разработка и использование новых диагностических и лечебных технологий. Для реализации этой задачи необходимо проводить комплексные научные исследования с участием специалистов-представителей фундаментальных наук (химиков, физиков, металлургов, технологов, математиков, радиоэлектроников, биофизиков, физиологов, генетиков, иммунологов, микробиоло-

гов). Среди новых, имеющих уже сегодня перспективных направлений выделяются: телемедицина, компьютерная 3-D визуализация, рентгенэндоваскулярная хирургия, ультразвуковая и лазерная хирургия, внутрисветная эндоскопическая хирургия, миниинвазивная лапароскопическая и торакоскопическая хирургия, роботизированная эндовидеохирургия, микрохирургическая аутотрансплантация, математическое моделирование и компьютерный мониторинг хирургических операций, анестезии и реанимации [170]. По-видимому, наиболее крупные успехи реконструктивной хирургии пищевода в XXI веке будут основываться на использовании результатов междисциплинарных научных исследований, разработке и внедрении клеточных технологий, методов молекулярной диагностики и генной инженерии.

И, наконец, необходимо согласиться с корифеями российской хирургии, которые подчеркивают еще одно важное условие: несмотря на разработку и внедрение в практику достижений медицинской науки и техники, вопросы подготовки кадров грамотных и умелых хирургов, анестезиологов и реаниматологов, а также врачей других специальностей не только не потеряют своей остроты, но приобретут еще большую актуальность [202; 314; 369].

Заключение к главе V

Таким образом, исторический анализ показывает, что реконструктивная хирургия пищевода в России в XXI веке будет продолжать интенсивно развиваться как важное научное направление, а хирургический метод останется основным и самым действенным в лечении целого ряда тяжелых заболеваний, травм пищевода и их последствий. Дальнейшие успехи в области реконструктивной хирургии пищевода будут связаны с развитием фундаментальных и прикладных наук, что позволит ей стать высокотехнологичной, малоинвазивной, эффективной и безопасной. Наиболее значимые достижения в данной области будут основаны на использовании результатов междисциплинарных научных исследований, разработке и внедрении клеточных технологий, методов молекулярной диагностики и генной инженерии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Различные аспекты истории реконструктивной хирургии пищевода в России ранее освещались в трудах отечественных хирургов-клиницистов и историков медицины. Но до настоящего времени не проводилось обобщающих научных исследований, которые бы охватывали весь период истории отечественной реконструктивной хирургии пищевода с 1881 по 2012 гг. (за 132 года), раскрывали закономерности и особенности процесса зарождения и развития данного научного направления в России.

Это определило **цель** данной работы – выявить закономерности и особенности развития реконструктивной хирургии пищевода в России в XIX–XXI столетиях, как важного научного направления.

Во введении освещены актуальность и степень разработанности темы, определены цель и задачи, объект и предмет исследования, описаны хронологические рамки, источниковая база и методы исследования, представлены научная новизна и научно-практическая значимость работы, основные положения, выносимые на защиту, приведены сведения по апробации работы, а также о публикациях, объеме и структуре диссертации.

Первая глава диссертации посвящена историографии, т.е. анализу исторических исследований по проблеме реконструктивной хирургии пищевода в России. О первых в России операциях на пищеводе в виде эзофаготомии на шее, выполненных А. Лисенко и Н.Д. Монастырским в 1881 г., упоминается в работах Л.П. Александрова (1891), И.Д. Сарычева (1891), А.Н. Катрича и Д.А. Балалыкина (2007). Необходимо подчеркнуть, что в именно 80-х гг. XIX века в России были проведены первые оригинальные научные исследования по наиболее актуальным аспектам проблемы хирургии пищевода (Крузенштерн Н.Н., 1885; Морозов Д.С., 1887; Руднев В.Г., 1889).

Все отечественные авторы отмечают выдающееся достижение И.И. Насилова, который в 1888 г. первым в мире предложил задний внеплевральный доступ к грудному отделу пищевода для его резекции при раке и эзофаготомии при инородных телах. Однако, в опубликованных рабо-

тах упускается тот факт, что И.И. Насилов разработал свой доступ на трупах людей, не страдавших раком пищевода. Этим объясняется значительное число углубленных анатомических и экспериментальных исследований, вскоре предпринятых в России и за рубежом для изучения доступа И.И. Насилова, а также и то, что первая попытка применения этого доступа в клинике была сделана германским хирургом Эндерленом лишь через 10 лет после публикации И.И. Насилова. Анализ исследований И.И. Насилова и последующих авторов на эту тему мы привели в своих работах [44; 69], в которых исправили неточные сведения о том, что первым резекцию пораженного раковой опухолью пищевода доступом по И.И. Насилову выполнил в 1889 г. российский хирург А.А. Бобров.

В этот период трансплевральный доступ к пищеводу считался невозможным, и исследования в этом направлении ученика И.И. Насилова Э.Г. Салищева и его ассистента В.Д. Добромыслова (1900) в первые годы XX века не получили должной оценки среди российских хирургов. Более того, все-сторонне разработанный В.Д. Добромысловым трансплевральный доступ многие российские ученые критиковали с точки зрения опасности развития целого ряда смертельных осложнений. Но уже к началу второй декады XX века значение работы Э.Г. Салищева и В.Д. Добромыслова было переосмыслено, а, начиная с середины XX столетия, все отечественные авторы представляли ее как выдающееся достижение. Однако, в литературе мы не встретили точных сведений о первых в мире трех операциях пробной торакотомии при раке пищевода, выполненных Э.Г. Салищевым и В.Д. Добромысловым в 1900 г. в Томске. Впервые исчерпывающие сведения об этом приоритете российских ученых опубликованы нами в 2011 г. в переводе (с комментариями) статьи В.Д. Добромыслова, вышедшей в 1907 г. на немецком языке в журнале «Russische Medicinische Rundschau», в которой были приведены достаточно подробные протоколы этих операций и анализ их исходов [66].

В исторических работах российских ученых не было уделено должного внимания исследованиям научной школы проф. П.И. Дьяконова по проблеме

реконструктивной хирургии пищевода, в частности – его ученика В.П. Вознесенского, который в 1908 г. первым разработал способ заднемедиастинальной тонкокишечной эзофагопластики. Исходя из этого, деятельность проф. П.И. Дьяконова и ряда других его учеников в области хирургии пищевода стала предметом нашего специального исследования [66; 69].

Большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода в России в начале XX века сыграла кафедра госпитальной хирургии ВМА под руководством проф. С.П. Федорова. Однако, кроме разработанной С.П. Федоровым в эксперименте шунтирующей внутривисцеральной эзофагопластики петлей тонкой кишки, другие достижения его научной школы до сих пор не были подробно освещены. Между тем, под руководством С.П. Федорова были проведены важные исследования по разработке различных способов трансплевральных операций на пищеводе и новых методов эзофагопластики. В связи с этим исследования С.П. Федорова и ученых его школы в области реконструктивной хирургии пищевода были проанализированы в наших работах [66; 69].

В 20–30-е годы XX века большие успехи были достигнуты в совершенствовании антеторакальной тонкокишечной пластики пищевода. Значение работ С.С. Юдина в разработке проблемы антеторакальной тонкокишечной пластики пищевода по Ру-Герцену изучено почти исчерпывающим образом. Мы в своих работах представили вклад и других отечественных ученых в решение ряда важных аспектов проблемы тонкокишечной эзофагопластики, таких как В.Л. Покотило, А.Г. Соловьев, А.Г. Савиных [6; 69].

В 20–30-е годы XX века в нашей стране начали подробно разрабатываться вопросы оперативного лечения рака пищевода и кардии. Все авторы дают высокую оценку работам В.С. Левита и А.Г. Савиных. Но в то же время об исследованиях на данную тему П.А. Герцена и его ученика А.И. Савицкого, а также К.П. Сапожкова, Н.Ф. Березкина, В.М. Гинковского в литературе имеются лишь отрывочные сведения, хотя эти ученые в указанный период

сделали очень большой вклад в разработку данной проблемы. Мы впервые подробно описали их достижения в своих работах [44; 45; 69].

Сразу после окончания Великой Отечественной войны в нашей стране началось бурное развитие торакальной хирургии, а вместе с ней и реконструктивной хирургии пищевода. В этот период получили распространение одномоментные трансплевральные операции резекции и пластики пищевода при раке. Об этом написано в ряде работ отечественных авторов. Но после сравнительно короткого периода увлечения подобными операциями уже в середине 50-х гг. одни российские хирурги стали ограничивать показания к ним, а другие вовсе исключили их из своего арсенала ввиду плохих результатов. Дискуссия о правомочности одномоментной внутриплевральной резекции и пластики пищевода продолжалась и позже – в 60–70-е гг. XX века. Этому процессу мы также уделили внимание в своих работах [45; 64; 65; 69].

Характерными чертами периода 50-х гг. XX века является возрождение толстокишечной эзофагопластики, которая вскоре стала альтернативой пластике пищевода по Ру-Герцену-Юдину, разработка новых методов обезболивания, внедрение в клиническую практику антибиотиков и сульфаниламидных препаратов, позволивших значительно снизить частоту послеоперационных осложнений. Важно отметить осознание необходимости развития физиологического направления в хирургии, о чем говорили А.А. Вишневский, Н.Н. Еланский и Б.В. Петровский в своем докладе на XXVI Всесоюзном съезде хирургов в 1955 г. С этим был связан и знаменательный переход от местной анестезии при операциях на пищеводе к современному эндотрахеальному наркозу. В своих работах мы осветили эти процессы [68; 69; 172].

Развитие реконструктивной хирургии пищевода в России в 60-х гг. XX века, связанное с использованием достижений начавшейся мировой научно-технической революции, также до сих пор не было подробно отражено в исторической и хирургической научной литературе. В это время результаты хирургического лечения рака пищевода все еще оставляли желать лучшего, поэтому многие отечественные ученые посвятили свои исследования данной

проблеме. Особенности этого процесса, выразившегося в разработке новых методов операций и тесно связанного со становлением анестезиологии и реаниматологии в СССР, мы представили их в своих работах [63; 69].

На протяжении всей второй половины XX века в нашей стране получило большое развитие хирургическое лечение нервно-мышечных заболеваний пищевода. Но, несмотря на многочисленные попытки усовершенствования кардиопластических операций, все они продолжали приводить к осложнениям, среди которых наиболее частым был рефлюкс-эзофагит, возникавший в результате разрушения жомно-клапанного механизма кардии и резкого снижения способности больного пищевода к самоочищению. Углубленное изучение патогенеза кардиоспазма и причин неудач подобных операций привели к важным выводам и кардинальному изменению тактики хирургического лечения кардиоспазма и ахалазии кардии. Историю изучения этого вопроса мы описали в одной из своих работ [69].

В конце 60-х – начале 70-х гг. на основании накопленного огромного опыта операций на пищеводе был поставлен вопрос о выделении новой нозологической единицы – заболеваний оперированного и искусственного пищевода. Однако, вклад отечественных ученых в развитие этой проблемы в период 30–50-х гг. XX века был освещен в исторических исследованиях недостаточно, и поэтому мы посвятили этому вопросу отдельную работу [67].

В 70-х гг. XX века ряд отечественных хирургов продолжали совершенствовать методику и технику одномоментных операций резекции и пластики пищевода (В.С. Сильвестров, А.Ф. Черноусов, Н.Н. Блохин, Б.Е. Петерсон, А.И. Пирогов, М.И. Давыдов, А.С. Мамонтов, О.К. Скобелкин), и их работы оказали большое влияние на развитие этого направления. В 80-х гг. XX века необходимость и преимущества одномоментных, в том числе комбинированных, расширенных и сочетанных операций перестала вызывать сомнения, а многоэтапные операции стали производить только вынужденно, по особым показаниям. В доступной литературе мы не встретили подробного анализа этого процесса, и поэтому привели его в своих работах [64; 69].

Попытки периодизации истории хирургии пищевода в России ранее предпринимались, но ясности в этом вопросе достигнуто не было, так как ученые (Б.В. Петровский, 1950, Балалыкин Д.А., Катрич А.Н., 2007; А.Ф. Черноусов и соавт., 2008) в своих работах не привели четких научных критериев подобной периодизации. Этому важному вопросу мы уделили особое внимание в нашей диссертационной работе.

Ранее проводились исторические исследования, посвященные приоритетам российских ученых в реконструктивной хирургии пищевода (Петровский Б.В., 1948, Казанский В.И., 1951, Юдин С.С., 1954; Катрич А.Н., Балалыкин Д.А., 2007; Черноусов А.Ф. и соавт., 2008). Однако, ряд неточностей, которые имеются в этих и других публикациях, заставили нас подробно рассмотреть данный вопрос в данной диссертационной работе.

Б.Н. Мирошников и К.М. Лебединский (2002), А.Ф. Черноусов и соавт. (2008) отметили ряд характерных особенностей реконструктивной хирургии пищевода в начале XXI века: методом выбора при раке и стриктурах пищевода становится пластика желудочной трубкой; разрабатываются методика и техника создания трансплантата из оперированного желудка; широко внедряется резекция и экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой. Однако, мы полагаем, что одним из наиболее важных отличий современного периода истории реконструктивной хирургии пищевода является разработка и внедрение миниинвазивных эндовидеохирургических операций. На этом основании современный период истории хирургии пищевода (1991–2012 гг.) послужил предметом отдельного рассмотрения в нашей работе.

Еще один важный вопрос – о научных школах реконструктивной хирургии пищевода в России, их происхождении и развитии, оставался до последнего времени малоизученным в современной литературе. Этому вопросу мы также уделили большое внимание в данной работе.

Таким образом, изучение историографии показало, что реконструктивная хирургия пищевода в России с конца XIX до начала XXI столетий получила очень большое развитие. Однако, вклад российских ученых в разра-

ботку проблемы реконструктивной хирургии пищевода до сих пор был освещен недостаточно, не уточнены их мировые приоритеты, не создана всеобъемлющая периодизация истории реконструктивной хирургии пищевода в России на основании объективных критериев, неполно изучены особенности ее развития, не изучен вопрос о научных школах реконструктивной хирургии пищевода в России и их роли в развитии данного научного направления.

Вторая глава диссертации посвящена периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России с 1881 по 2012 гг. Для создания всеобъемлющей периодизации необходимо было опереться на ряд важных критериев, которые помогли бы определить хронологические рамки отдельных периодов. Для того, чтобы уйти от формальной периодизации, связанной с общепринятой хронологией Нового и Новейшего времени, датами начала и окончания войн и революций, смены общественно-исторических формаций и т.п., были избраны наиболее существенные и универсальные научные критерии, которые позволили четко обозначить переломные моменты в истории реконструктивной хирургии пищевода в России и выявить отличия выделенных периодов. Наиболее важными и объективными представляются следующие научные критерии: 1) уровень сложности научных и практических задач, которые ставили перед собой ученые-экспериментаторы и хирурги-клиницисты; 2) эволюция научных идей и практических решений, которая происходит на основе превалирующих в данный период времени фундаментальных представлений о функциях человеческого организма; 3) разработка и использование новых диагностических и лечебных технологий, способствующих получению важных результатов; 4) результативность проводимых научных экспериментальных и клинических исследований.

На основании избранных научных критериев выделены пять периодов в истории реконструктивной хирургии пищевода в России:

Первый период – зарождения (1881–1907 гг.), в котором были осуществлены первые экспериментальные исследования и сделаны первые успешные операции в клинике. Отсчет данного периода мы ведем с 1881 г., когда А.

Лисенко и Н.Д. Монастырский выполнили первые в России эзофаготомии на шее. Необходимо подчеркнуть, что именно в 80-х гг. XIX века в России начали проводиться оригинальные исследования по изучению актуальных аспектов проблемы хирургии пищевода. Так, в 1883 г. вышла работа Н.Д. Монастырского о лечении рубцовых сужений пищевода. Вскоре защитили свои докторские диссертации Н.Н. Крузенштерн («Исследование о раке пищевода», 1885) и Д.С. Морозов («Анатомия пищевода и к учению о раковом сужении этого органа и его лечению катетеризацией, электролизом и гастростомией», 1887). Правда, речи о возможности удаления раковой опухоли пищевода в этих работах еще не шло. Наибольшее значение для развития исследований по хирургии пищевода в нашей стране и мире в этот период имели пионерские экспериментальные работы И.И. Насилова (1888) и В.Д. Добромыслова (1900, 1902) по внеплевральному и трансплевральному доступам к грудному отделу пищевода. Окончание данного периода мы отнесли к 1907 г., когда П.А. Герцен успешно выполнил в клинике первую в мире законченную тотальную антеторакальную эзофагопластику тонкой кишкой.

Главная задача, которую ставили пред собой российские ученые в первом периоде,— это решение вопроса о возможности выполнения в клинике операций на пищеводе, разработанных в эксперименте.

В этот период произошла значительная эволюция идеи о возможности образования искусственного пищевода из собственных тканей организма, — от пластики с помощью кожной трубки по Бирхеру (1895) до тотальной антеторакальной эзофагопластики тощей кишкой по Ру-Герцену (1907), вскоре занявшей основное место в реконструктивной хирургии пищевода.

В первом периоде были разработаны такие новые технологии, как диагностическая и лечебная эзофагоскопия, эндотрахеальный наркоз с ИВЛ.

Результативность научных исследований можно оценить, как высокую, так как в это время были предложены, разработаны и внедрены в практику новые, ранее неизвестные операции на пищеводе, позволившие впервые приступить к спасению больных от тяжелых заболеваний и их осложнений.

Второй период (1908–1940 гг.) – становления, для которого характерны разработка и выполнение в клинике основных видов хирургических вмешательств на пищеводе. Начало данного периода ознаменовалось выходом в 1908 г. важных работ по рукоконструктивной хирургии пищевода из клиник П.И. Дьяконова и С.П. Федорова. Для 10–30-х гг. XX века характерно распространение кишечно-кожной эзофагопластики и совершенствование тотальной эзофагопластики по Ру-Герцену. В 20–30-х гг. появляются первые положительные результаты трансабдоминальной резекции кардии и нижнего отдела пищевода при раке (Левит В.С., 1928; Савиных А.Г., 1938; Савицкий А.И., 1939). Характерным является также и то, что во втором периоде в России начала развиваться хирургия доброкачественных заболеваний пищевода (Герцберг Б.Г., 1927; Гессе Э.Р., 1929; Савицкий А.И., 1937).

В этот период возникли новые научные и практические задачи, такие, как разработка и внедрение радикального метода хирургического лечения рака пищевода, создание искусственного пищевода с надежным кровоснабжением целиком из тонкой кишки или желудка (без кожных надставок).

Эволюция научных идей во втором периоде была связана с тем, что произошло кардинальное изменение патофизиологических представлений о пневмотораксе, поэтому трансплевральный доступ к пищеводу к началу 10-х гг. XX века стал подробно изучаться. К этому времени учеными школ П.И. Дьяконова и С.П. Федорова были разработаны важные принципы онкологического радикализма при трансторакальных операциях при раке пищевода.

Во втором периоде были разработаны новые технологии: основные варианты внутриплевральной эзофагопластики, метод реваскуляризации тонкокишечного трансплантата, трансдиафрагмальный доступ к пищеводу.

Результативность проводимых научных исследований была весьма высокой. Так, в клинике А.Г. Савиных был накоплен положительный опыт радикального хирургического лечения рака кардии и нижнего отдела пищевода и представлены благоприятные отдаленные результаты. Благодаря исследо-

ваниям С.С. Юдина тонкокишечная эзофагопластика перестала быть казуистической операцией и стала переходить в область повседневной хирургии.

Третий период (1941–1960 гг.) – развития, когда на фоне бурного прогресса торакальной хирургии реконструктивная хирургия пищевода быстро выделилась в самостоятельное научное направление, хирургический метод стал основным в лечении рака пищевода и значительно расширился спектр операций при его доброкачественных заболеваниях. Реконструктивная хирургия пищевода стала одним из приоритетных направлений научных исследований российских хирургов, чему способствовало быстрое развитие физиологии, анестезиологии, бактериологии, фармакологии и трансфузиологии. Большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода в нашей стране сыграла организация в 1956 г. Института грудной хирургии АМН СССР под руководством академика А.Н. Бакулева. В конце третьего периода в СССР были созданы первые отделения интенсивной терапии, начали применяться оригинальные отечественные сшивающие аппараты, позволившие значительно упростить ряд важных этапов операций на пищеводе и кардии.

В третьем периоде учеными были поставлены новые важные задачи: углубленное изучение этиологии и патогенеза заболеваний пищевода; всесторонняя разработка и внедрение в практику методов хирургического лечения ряда его доброкачественных заболеваний, разработка методики и техники реконструктивных операций, способов обезболивания, протоколов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

В третьем периоде произошла значительная эволюция научных идей, выразившаяся в переходе от исчерпавшего себя морфологического к прогрессивному физиологическому подходу при выборе метода оперативного лечения пациентов с заболеваниями пищевода. С этим был связан и переход от местной анестезии при операциях на пищеводе к эндотрахеальному наркозу, преимущества которого к началу 60-х гг. XX века стали очевидными.

В третьем периоде в реконструктивную хирургию пищевода были привлечены такие новые технологии, как антибактериальная терапия, парентеральное питание, механическое сшивание сосудов и стенок полых органов.

Высокая результативность научных исследований в третьем периоде выразилась в накоплении большого объема информации об этиологии и патогенезе различных заболеваний пищевода, разработке методики и техники реконструктивно-восстановительных операций, количество которых быстро возрастало с каждым годом, подробном изучении отдаленных результатов оперативного лечения. В этот период были достигнуты первые крупные успехи в хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода.

Четвертый период (1961–1990 гг.) – совершенствования, когда реконструктивная хирургия пищевода стала быстро развиваться на основе достижений начавшейся мировой научно-технической революции, с широким внедрением полученных результатов в клиническую практику. В данный период, на фоне стабильного роста экономики страны, укрепления материально-технической базы здравоохранения и медицинской науки, создания крупных научно-исследовательских центров и открытия специализированных отделений хирургии пищевода в ряде крупных городов страны (Москва, Ленинград, Ереван, Ташкент), были достигнуты большие успехи в области анестезиологии и реаниматологии, борьбы с хирургической инфекцией, создании новой медицинской техники, что позволило шире применять одномоментные операции на пищеводе большого объема и сложности.

В четвертом периоде значительно возрос уровень сложности научных и практических задач, связанных со стандартизацией и оптимизацией методов диагностики и хирургического лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий, улучшением отдаленных функциональных результатов.

Эволюция научных идей в четвертом периоде выразилась в том, что полностью были сформированы патогенетические принципы хирургических вмешательств на пищеводе, в то же время накопление большого клинического опыта позволило подтвердить целесообразность одномоментных операций

его резекции и пластики. На рубеже 60–70-х гг. XX века возникло новое учение о заболеваниях оперированного и искусственного пищевода, развитие которого повлекло за собой ряд важных практических решений. В результате любые способы реконструктивных операций на пищеводе стали объективно оцениваться на основе обязательного изучения их отдаленных результатов.

В четвертом периоде были разработаны и внедрены новые прогрессивные технологии. Так, в начале 70-х гг. XX века использование микрохирургического метода способствовало развитию прецизионной техники оперирования на пищеводе. Плодотворная идея соединить положительные качества механического шва и лазерного рассечения полых органов привела к созданию в России первых в мире лазерных хирургических сшивающих аппаратов для формирования искусственного пищевода. Для профилактики некроза кишечных и желудочных трансплантатов и улучшения заживления пищеводных соустьев успешно использован метод гипербарической оксигенации.

Высокая результативность научных исследований в четвертом периоде выразилась в значительном совершенствовании тактики и методики хирургического лечения всего спектра заболеваний пищевода, снижении частоты послеоперационных осложнений, уровня летальности и инвалидизации больных, повышении надежности операций на пищеводе и стабильности получения благоприятных функциональных результатов. Были предложены эффективные меры профилактики и лечения заболеваний оперированного и искусственного пищевода. Большое распространение в хирургии пищевода получили лазерные технологии, а различные типы лазеров в 70–80-е гг. XX века серийно выпускались отечественной медицинской промышленностью.

Пятый период (1991 – 2012 гг.) – современный, с началом которого реконструктивная хирургия пищевода стала развиваться еще более ускоренными темпами с привлечением достижений фундаментальных и прикладных наук и использованием высоких медицинских технологий. Российские ученые выдвинули ряд новых научных и практических задач, таких как: индивидуализация методов хирургического лечения пациентов с заболеваниями пи-

пищева, повышение онкологического радикализма операций при раке пищевода, значительное повышение безопасности реконструктивных операций, резкое снижение частоты послеоперационных осложнений и летальности, достижение высокого качества жизни оперированных пациентов, а также наиболее полная их медицинская, трудовая и социальная реабилитация.

Эволюцию научных идей и практических решений иллюстрируют принятие эндовидеохирургических технологий в качестве метода выбора хирургического лечения заболеваний пищевода, превращение робототехники в реальный метод повышения прецизионности и безопасности оперативных вмешательств, кардинальное изменение взглядов на гемотрансфузии и их влияние на исходы реконструктивно-восстановительных операций.

Среди новых технологий, которые стали использовать в пятом периоде, выделяются телемедицина, планирование операций с использованием новых методов визуализации и 3-D-моделирования, расширенная лимфаденэктомия при раке пищевода, разработка и внедрение новых эндоскопических внутрипросветных вмешательств и высокотехнологичных эндовидеохирургических операций на пищеводе, а также кровесберегающих технологий.

Большая результативность проводимых научных исследований в пятом периоде выразилась в достижении безопасности реконструктивных операций на пищеводе, исключении ряда тяжелых осложнений, значительном повышении 5-летней выживаемости больных после операций по поводу рака пищевода, заметном улучшении качества жизни оперированных пациентов.

Таким образом, предлагаемая периодизация более чем 130-летней истории реконструктивной хирургии пищевода в России дает возможность объективно рассматривать обстоятельства зарождения, становления, формирования, развития и совершенствования данного научного направления, превращения его в важное самостоятельное научное направление.

Третья глава диссертации посвящена изучению особенностей развития реконструктивной хирургии пищевода в России и приоритетов российских хирургов в развитии данного научного направления.

На начальных этапах своего развития российская хирургия пищевода была тесно связана с европейской медицинской наукой. В результате I мировой войны 1914–1918 гг., двух революций 1917 г. и Гражданской войны 1918–1922 гг. произошел разрыв традиционных научных связей с Европой, и отечественная хирургия пищевода на протяжении ряда лет развивалась самостоятельно. В это время в России проводились важные научные исследования по данной проблеме, но их уровень отставал от европейского.

Большую роль в развитии хирургии пищевода и кардии в этот период сыграло распространение в СССР местной анестезии по А.В. Вишневскому, которая по сравнению с несовершенным масочным наркозом была более безопасной и в то же время позволяла производить операции во всех областях человеческого тела. Это было важным отличием российской хирургии пищевода от зарубежной, в которой местная анестезия при трансторакальных операциях резекции и пластики пищевода никогда не применялась. Однако, необходимо отметить, что местная анестезия, продвинув на определенном этапе развитие реконструктивной хирургии пищевода в России, со временем стала тормозить этот процесс, поскольку значительно ограничивала возможность дальнейшего расширения объема трансплевральных операций.

Великая Отечественная война 1941–1945 гг. обусловила отставание российских ученых от их западных коллег в разработке трансплевральных операций на пищеводе под эндотрахеальным наркозом. Однако, российские хирурги накопили огромный опыт операций при разнообразных ранениях грудной клетки, а появление мощных средств борьбы с инфекцией в виде антибиотиков и сульфаниламидов позволило сразу после окончания войны приступить к трансторакальным вмешательствам при раке и рубцовых стриктурах пищевода. В это время началось бурное развитие торакальной хирургии, а вместе с ней и реконструктивной хирургии пищевода, которая уже к концу 50-х гг. XX века выделилась в самостоятельное научное направление.

В 60–80-х гг. XX века стабильное поступательное развитие реконструктивной хирургии пищевода в русле мировых тенденций привело к быст-

рому преодолению отставания в развитии данного научного направления от стран Запада. К началу 90-х гг. реконструктивная хирургия пищевода в России вышла на мировой уровень, заняв передовые позиции в таких разделах, как разработка и внедрение разнообразных способов эзофагопластики при рубцовых послеожоговых стриктурах пищевода, глотки и желудка.

Распад СССР в 1991 г. и значительное ухудшение экономической ситуации в России вновь привели к отставанию российских ученых в разработке новых высокотехнологичных методов диагностики и хирургического лечения заболеваний пищевода. Но в начале 2000-х гг. в России стало происходить восстановление научных программ в данной области с использованием возможностей современной фундаментальной науки. Это позволило хирургам приступить к решению более сложных научных и практических задач, связанных с разработкой и внедрением одномоментных расширенных, комбинированных и сочетанных операций на пищеводе (в том числе с искусственным кровообращением), а также различных внутрипросветных эндоскопических и миниинвазивных эндовидеохирургических вмешательств, включая резекцию и пластику пищевода при раке и рубцовых стриктурах.

К особенностям развития реконструктивной хирургии пищевода в России также следует причислить стабильно большое количество пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода, часто сочетающимися с поражениями глотки и желудка. Подобная ситуация постоянно стимулировала российских ученых к разработке новых более эффективных методов эзофагопластики. Так, если в странах Европы и Америки ожоговые стриктуры пищевода в XX веке встречались сравнительно редко, то в России они всегда занимали второе место по частоте среди всех заболеваний пищевода.

Универсальной особенностью всех периодов истории реконструктивной хирургии пищевода в России является наличие крупных самобытных научных школ реконструктивной хирургии пищевода (школы И.И. Насилова, П.И. Дьяконова, С.П. Федорова, П.А. Герцена, С.С. Юдина, А.Г. Савиных). В составе этих школ трудились многие выдающиеся ученые, сыграв-

шие большую роль в развитии данного научного направления. Это является характерным отличием российской реконструктивной хирургии пищевода от зарубежной, где можно найти лишь немного подобных примеров (Т. Бильрот – И. Микулич – Ф. Зауэрбрух – Р. Ниссен; М. Киршнер – Р. Ценкер).

Изучив данные литературы, мы установили, что отечественные ученые имеют 23 мировых приоритета в реконструктивной хирургии пищевода. Признанными приоритетами российских хирургов являются: 1) задняя медиастиномия для резекции грудного отдела пищевода (И.И. Насилов, 1888); 2) трансплевральная резекция пищевода с анастомозом конец-в-конец (В.Д. Добромыслов, 1900); 3) три первые в мире торакотомии при раке пищевода (Э.Г. Салищев, В.Д. Добромыслов, 1900); 4) первая законченная антеторакальная эзофагопластика тонкой кишкой (П.А. Герцен, 1907); 5) внутриплевральная пластика пищевода тонкой кишкой в эксперименте (С.П. Федоров, 1908); 6) реваскуляризация искусственного тонкокишечного пищевода за счет внутренней грудной артерии (Е.Ю. Крамаренко, 1928); 7) антеторакальная пластика пищевода свободным сегментом тощей кишки, обернутым в филатовский стебель (Шамов В.Н., 1928); 8) резекция кардии и нижней трети пищевода через сагиттальную диафрагмокруротомию (Савиных А.Г., 1936); 9) трансдиафрагмальная резекция пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой (Савиных А.Г., 1944); 10) ремобилизация подкожного тонкокишечного трансплантата без дополнительного пересечения питающих сосудов (Арапов Д.А., 1949); 11) проведение тонкокишечного трансплантата на шею в заднем средостении без удаления собственного пищевода (Скворцов И.Г., 1949); 12) создание искусственного пищевода в переднем средостении (Н.И. Еремеев, 1949); 13) мобилизация корня брыжейки тонкой кишки для увеличения длины тонкокишечного трансплантата (Б.А. Петров, Г.Р. Хундадзе, 1950); 14) пластика кардии лоскутом диафрагмы при кардиоспазме (Б.В. Петровский, 1957).

Данные приоритеты подтверждены в трудах отечественных и зарубежных исследователей (Петровский Б.В., 1948; Юдин С.С., 1954; Савиных А.Г.,

1961; Катрич А.Н., Балалыкин Д.А., 2007; Богопольский П.М., 2011; Llobet A., 1900; Rehn E., 1914; Sauerbruch F., 1925; Nissen R., 1955; Gavrilu D., 1957; Wilkins E.W., 2002). Но ряд других методов, предложенных российскими хирургами, остались незамеченными либо забытыми, и не были представлены как приоритетные. На основании изучения оригинальных работ отечественных и зарубежных хирургов, и с учетом времени их первого опубликования в научной медицинской печати, представляется необходимым прибавить к вышеуказанным следующие 9 мировых приоритетов: 1) заднемедиастинальная эзофагопластика тонкой кишкой с пищеводно-тонкокишечным инвагинационным анастомозом конец-в-конец (Вознесенский В.П., 1908); 2) резекция грудного отдела пищевода с внутриплевральной пластикой тонкой кишкой и анастомозом конец-в-конец (Алексеев А.П., 1914); 3) антеторакальная эзофагопластика широкой изоперистальтической желудочной трубкой (П.А. Герцен, 1933); 4) внутриплевральная эзофагопластика резецированным по Бильрот-II желудком с перемещением селезенки (Русанов А.А., 1958); 5) тотальная пластика пищевода изоперистальтическим толстокишечным трансплантатом с питанием за счет сигмовидной артерии (Андросов П.И., 1964); 6) пластическое укрытие швов шейного отдела пищевода мышечным лоскутом на ножке (Попов Е.Н., 1964); 7) трансплевральная резекция рубцовоизмененного пищевода с сохранением блуждающих нервов (Абакумов М.М., 1988); 8) одномоментная загрудинная пластика пищевода и глотки толстой кишкой при сочетанных послеожоговых рубцовых стриктурах (Черноусов А.Ф., 1998), 9) трансдиафрагмальные операции пластического закрытия свищей грудного отдела пищевода (Черноусов А.Ф., 1974, 2000).

Таким образом, отечественные ученые сделали много важных открытий в области экспериментальной и клинической реконструктивной хирургии пищевода, которые являются приоритетными и оказали большое влияние на развитие данного научного направления в России и мире.

Четвертая глава посвящена изучению зарождения, становления и развития научных школ реконструктивной хирургии пищевода в России.

Первой научной школой реконструктивной хирургии пищевода в России стала школа И.И. Насилова, которая зародилась в Санкт-Петербурге в 80-х гг. XIX века. Ученик С.П. Коломнина и Н.В. Склифосовского проф. И.И. Насилов посвятил свои исследования ряду актуальных проблем хирургии того времени. В 1888 г. И.И. Насилов первым в мире поднял вопрос о возможности хирургических вмешательств на грудном отделе пищевода. Его экспериментальные работы справедливо считаются основополагающими для развития торакальной хирургии и реконструктивной хирургии пищевода.

Пионерские исследования И.И. Насилова по хирургическому доступу к грудному отделу пищевода продолжил его ученик Э.Г. Салищев в Томском университете. В 1900 г. ассистент Э.Г. Салищева В.Д. Добромыслов опубликовал свою первую работу о трансплевральном доступе к грудному отделу пищевода в эксперименте. Эта работа содержала очень много новых и ценных сведений о технике резекции и восстановления пищевода, методике проведения эндотрахеального наркоза, способах борьбы с пневмотораксом. В 1900 г. Э.Г. Салищев и В.Д. Добромыслов выполнили три первые в мире эксплоративные торакотомии по поводу рака грудного отдела пищевода.

Оригинальность идеи, большой объем проведенных экспериментальных и клинических исследований, ценность полученных результатов подтверждают положение о том, что первой научной школой реконструктивной хирургии пищевода в России следует считать школу И.И. Насилова. Основными направлениями научных исследований данной школы была разработка хирургических доступов к грудному отделу пищевода, разрешение проблемы пневмоторакса и обезболивания при трансплевральных операциях, без чего не могла дальше развиваться грудная хирургия. Научная школа И.И. Насилова обладает тремя мировыми приоритетами: 1) задний внеплевральный доступ к пищеводу в эксперименте (1888); 2) передне-боковой лоскутный трансплевральный доступ к грудному отделу пищевода и его резекция с анастомозом конец-в-конец в эксперименте (1900); 3) три первые в мире торакотомии по поводу рака грудного отдела пищевода в клинике (1900).

Следующей научной школой реконструктивной хирургии пищевода в России стала школа проф. П.И. Дьяконова. Сам П.И. Дьяконов, будучи одним из пионеров торакальной хирургии в России, направил своих учеников на изучение всех основных аспектов данной проблемы. Так, анатомические исследования его ученика А.В. Старкова (1901) позволили сделать вывод о том, что операция должна предоставлять свободный доступ как к опухоли пищевода, так и к лимфатическим узлам средостения. Таким образом, уже в самом начале XX века клиника П.И. Дьяконова обосновала необходимость лимфаденэктомии для повышения онкологического радикализма операции.

До 1908 г. под руководством проф. П.И. Дьяконова было выполнено еще несколько важных работ по раку и рубцовым стриктурам, а также дивертикулам пищевода и эзофагоскопии (В.Н. Павлов-Сильванский, В.М. Гринштейн, В.Н. Саввин, А.В. Судакевич, Р.И. Венгловский, В.Ю. Славянис). Клиника П.И. Дьяконова была первой в вопросах разработки техники заднемедиастинальной эзофагопластики (В.П. Вознесенский, 1908), которая получила большое развитие в трудах А.Г. Савиных в 40-х гг. XX века.

После смерти П.И. Дьяконова, последовавшей в 1908 году, его ученики продолжали научные исследования по данной проблеме. Так, Р.И. Венгловский в 1915 г. опубликовал первую в России монографию по хирургии пищевода. Проф. В.Р. Брайцев стал родоначальником в России тотальной кожной пластики пищевода, которую он значительно усовершенствовал. Впоследствии вопросы кожной эзофагопластики разрабатывал ученик В.Р. Брайцева А.С. Кан-Коган. Еще один ученик П.И. Дьяконова – проф. В.Л. Покотило занимался совершенствованием методики и техники пластики пищевода по Ру-Герцену и в 1926 г. привел первые в СССР удачные наблюдения этой операции с описанием хороших отдаленных результатов.

Таким образом, оригинальность подходов к решению актуальных аспектов проблемы хирургического лечения доброкачественных и злокачественных заболеваний пищевода, большой объем экспериментальных и клинических исследований позволяют говорить о зарождении в начале XX века

в России научной школы реконструктивной хирургии пищевода П.И. Дьяконова. Основными научными направлениями этой школы были разработка доступов к грудному отделу пищевода, методики и техники резекции пищевода при раке и способов эзофагопластики при его рубцовых стриктурах.

Научная школа хирургии пищевода П.И. Дьяконова обладает мировым приоритетом – впервые разработанная в эксперименте заднемедиастинальная пластика пищевода тонкой кишкой с инвагинационным пищеводно-тонкокишечным анастомозом конец-в-конец (В.П. Вознесенский, 1908).

В начале XX века в России сформировалась еще одна научная школа реконструктивной хирургии пищевода – проф. С.П. Федорова, который в 1888–1894 гг. первым в стране внедрил эзофагоскопию, в 1900 г. выполнил резекцию шейного отдела пищевода, в 1902 г. – гастрэктомию с наложением эзофагодуоденоанастомоза. В 1908 г. С.П. Федоров первым в мире разработал способ шунтирующей внутриплевральной эзофагопластики тонкой кишкой, который в середине XX века стал методом выбора при раке и ожоговых стриктурах пищевода. В 1912 г. Я.О. Гальперн под руководством С.П. Федорова разработал и осуществил в эксперименте новый способ антеторакальной эзофагопластики антиперистальтической трубкой из большой кривизны желудка. Впоследствии способ Гальперна-Жиану получил широкое признание при ожоговых рубцовых стриктурах и раке пищевода как в нашей стране, так и за рубежом.

В 1914 г. ученик С.П. Федорова А.П. Алексеев разработал в эксперименте внутриплевральную резекцию пищевода с одномоментной эзофагопластикой тощей кишкой и эзофагоеюноанастомозом конец-в-конец. Подобные способы трансплевральных операций при раке и рубцовых стриктурах пищевода в 40-х гг. XX века стали использовать американские хирурги Churchill E.D. (1942), Rienhoff W.F. (1944), а в СССР – Казанский В.И. (1946) и Петровский Б.В. (1946).

В 20–40-е гг. исследования по реконструктивной хирургии пищевода продолжили ученики С.П. Федорова В.Н. Шамов, П.А. Куприянов,

А.В. Мельников, К.П. Сапожков, Н.Н. Еланский. Учениками К.П. Сапожкова стали С.В. Гейнац и П.Д. Колченогов. В свою очередь С.В. Гейнац воспитал известного специалиста по хирургии пищевода В.П. Клещевникову, а ее учеником стал пионер заднемедиастинальной эзофагопластики желудка в СССР В.С. Сильвестров. П.А. Куприянов воспитал таких крупных специалистов по хирургии пищевода, как А.П. Колесов, В.И. Колесов, А.Н. Зайцев, М.С. Григорьев. Учеником А.В. Мельникова стал А.А. Русанов.

На основании изложенного можно судить о зарождении в начале XX века и дальнейшем успешном развитии научной школы реконструктивной хирургии пищевода С.П. Федорова, а также о главных направлениях ее исследований, таких как разработка методики и техники одномоментной резекции и пластики пищевода, различных вариантов тонкокишечной эзофагопластики. Научная школа С.П. Федорова обладает такими приоритетами, как внутриплевральная пластика пищевода тонкой кишкой (С.П. Федоров, 1908), внутриплевральная резекция пищевода с тонкокишечной эзофагопластикой и анастомозом конец-в-конец (А.П. Алексеев, 1914), внутриплевральная пластика пищевода культей резецированного желудка с перемещением селезенки в плевральную полость (А.А. Русанов, 1958).

К середине XX века в России сформировались еще три крупных научных школы хирургии пищевода – П.А. Герцена, С.С. Юдина и А.Г. Савиных.

П.А. Герцен, став в 1922 году директором Центрального онкологического института, приступил к изучению возможностей хирургического лечения рака пищевода и кардии, а также кардиоспазма. Одним из замечательных достижений П.А. Герцена необходимо считать разработку нового способа эзофагопластики широкой изоперистальтической желудочной трубкой (1933), что ускользнуло от внимания многих исследователей. Из школы П.А. Герцена вышел такой известный специалист по хирургии пищевода, как А.И. Савицкий (впоследствии академик АМН СССР, создатель крупной школы хирургов-онкологов). Начиная с 1930 г., А.И. Савицкий под руководством П.А. Герцена одним из первых в нашей стране стал заниматься хирургиче-

ским лечением рака пищевода и кардии, изучая в том числе возможности использования трансдиафрагмального доступа для удаления пищевода.

Из учеников П.А. Герцена наибольший вклад в развитие реконструктивной хирургии пищевода сделал Б.В. Петровский, который приступил к этой проблеме в 1945 г. После того, как в 1956 г. Б.В. Петровский стал заведовать кафедрой госпитальной хирургии 1-го ММИ им. И.М. Сеченова, он сумел за короткий срок сформировать здесь коллектив единомышленников и увлечь их проблемами грудной хирургии. Клиника Б.В. Петровского сконцентрировала в своей практике все достижения мировой хирургии пищевода 50–60-х годов и значительно продвинула ее развитие. Целый ряд исследований его учеников О.Д. Федоровой, Т.А. Суворовой, Н.Н. Каншина, Э.Н. Ванцяна, А.Ф. Черноусова, В.И. Чиссова были посвящены проблемам хирургического лечения рубцовых стриктур и рака пищевода, нервно-мышечных заболеваний, свищей, а также дивертикулов пищевода и рефлюкс-эзофагита.

В 70–90-х гг. ученики Б.В. Петровского развивали хирургию пищевода по всем направлениям. Их исследования были посвящены одномоментному восстановлению пищевода при радикальных операциях по поводу рака, ошибкам, опасностям и осложнениям в хирургии пищевода, тактическим и техническим аспектам экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой, диагностике и хирургической тактике при рубцовой непроходимости, дивертикулах, свищах и доброкачественных опухолях пищевода.

Научная школа реконструктивной хирургии пищевода П.А. Герцена обладает рядом мировых приоритетов: 1) антеторакальная эзофагопластика широкой изоперистальтической желудочной трубкой (П.А. Герцен, 1933); 2) эзофагокардиомиотомия с пластикой лоскутом диафрагмы при кардиоспазме (Б.В. Петровский, 1957); 3) методика удаления рубцовоизмененного пищевода без повреждения блуждающих нервов (М.М. Абакумов, 1991); 4) одномоментная пластика пищевода и глотки толстой кишкой при ожоговых стриктурах (А.Ф. Черноусов, 1998); 5) трансдиафрагмальное пластическое закрытие свищей грудного отдела пищевода (А.Ф. Черноусов, 2000).

В середине XX века сформировалась крупная научная школа реконструктивной хирургии пищевода С.С. Юдина. Большим личным достижением С.С. Юдина стало то, что он не только тщательно разработал и значительно усовершенствовал тотальную подкожную эзофагопластику тонкой кишкой по Ру-Герцену, но и широко внедрил эту операцию в клиническую практику, сделав ее почти массовой. Важно подчеркнуть, что С.С. Юдину и его сотрудникам принадлежит заслуга в развитии реконструктивной хирургии пищевода в целом. Обладая большими организаторскими способностями, С.С. Юдин сумел увлечь этой проблемой своих ближайших учеников (Е.Е. Юрасов, Б.С. Розанов, Б.А. Петров, Д.А. Арапов). К началу 50-х гг. в Институте им. Н.В. Склифосовского выросла плеяда замечательных пищеводных хирургов, в которую вошли новые ученики С.С. Юдина – А.А. Бочаров, С.В. Лобачев, П.И. Андросов, О.В. Виноградова. В период с 1949 по 1953 гг., когда С.С. Юдин был репрессирован, и позже, после смерти С.С. Юдина в 1954 г., исследования по данной проблеме продолжались именно благодаря работам его учеников.

Большой вклад в развитие реконструктивной хирургии пищевода сделали представители следующего поколения научной школы С.С. Юдина. Так, ученица Д.А. Арапова В.В. Уманская разрабатывала проблему лечения нервно-мышечных заболеваний пищевода; ученики Б.А. Петрова Г.Р. Хундадзе, А.П. Сытник, Е.И. Попов, П.А. Иванов посвятили свои работы толстокишечной пластике при ожоговых стриктурах пищевода, тактике и методике лечения повреждений пищевода, эзофагопластике желудочной трубкой на этапах комбинированного и хирургического лечения рака пищевода. Ученица П.И. Андросова В.Ф. Панфилова занималась изучением последствий эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину и хирургическим лечением агастральной астении.

Таким образом, научная школа С.С. Юдина сыграла очень большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода и решении основных аспектов этой проблемы. Она обладает такими мировыми приоритетами, как: 1) ремобилизация подкожного тонкокишечного трансплантата без дополнительного пересечения питающих сосудов (Д.А. Арапов, 1949); 2) мобилизация корня

брыжейки для увеличения относительной длины тонкокишечного трансплантата (Б.А. Петров, Г.Р. Хундадзе, 1950); 3) тотальная эзофагопластика изоперистальтическим толстокишечным трансплантатом с питанием за счет сигмовидной артерии (П.И. Андросов, 1964); 4) пластическое укрытие швов шейного отдела пищевода мышечным лоскутом на ножке (Попов Е.Н., 1964).

Создателем еще одной крупной научной школы реконструктивной хирургии пищевода в России середины XX века стал А.Г. Савиных. В 1933–1936 гг. А.Г. Савиных сделал первые успешные операции чрезбрюшинной резекции кардии и гастрэктомии по поводу рака по своему методу, в 1938 г. при раке кардии он первым произвел заднемедиастинальную обходную тонкокишечную эзофагопластику, а в 1944 г. – экстирпацию пищевода трансхиатальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой.

В конце 30-х гг. А.Г. Савиных приступил к изучению проблемы хирургического лечения кардиоспазма. Исследования по данной проблеме в 40–50-х гг. продолжила ученица А.Г. Савиных проф. К.Н. Зиверт. Проблеме хирургического лечения широкого спектра доброкачественных и злокачественных заболеваний пищевода и кардии в 50–60-х гг. были посвящены работы других учеников А.Г. Савиных, таких, как А.Г. Серебрякова, Е.М. Масюкова, Ф.Ф. Сакс, Н.И. Еремеев, И.Г. Скворцов, В.С. Рогачева.

Продолжила в 60-х гг. научное направление академика А.Г. Савиных, его ученица проф. В.С. Рогачева воспитала известного специалиста в данной области проф. П.Д. Фомина, занимавшегося хирургическим лечением рака, рубцовых стриктур и нервно-мышечных заболеваний пищевода.

Таким образом, оригинальность идеи резекции и восстановления пищевода через диафрагму с одномоментным наложением в заднем средостении пищеводно-желудочного или пищеводно-тонкокишечного анастомоза, а также проведением кишечного трансплантата через заднее средостение на шею, большое количество выполненных операций по собственному методу, значительное число учеников позволяют говорить о создании А.Г. Савиных оригинальной научной школы хирургии пищевода. Всесторонняя разработка и ши-

рокое внедрение транسخиатального доступа к пищеводу является безусловной заслугой и главной отличительной чертой научной школы А.Г. Савиных.

Научная школа А.Г. Савиных обладает такими мировыми приоритетами, как: 1) резекция кардии и нижней трети пищевода через сагиттальную диафрагмокруротомию с внутримедиастинальным эзофагогастроанастомозом (Савиных А.Г., 1936); 2) экстирпация пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой (Савиных А.Г., 1944); 3) создание искусственного пищевода в переднем средостении (Еремеев Н.И., 1949; 4) проведение тонкокишечного трансплантата на шею в заднем средостении без удаления пищевода (Скворцов И.Г., 1949).

Реконструктивная хирургия пищевода стала одним из приоритетных направлений в трудах представителей других отечественных хирургических школ. Так, академик АМН СССР С.И. Спасокукоцкий (ученик Л.Л. Левшина) стал родоначальником крупной научной хирургической школы, а его ученики В.С. Левит, А.Н. Бакулев, Е.Л. Березов и В.И. Казанский внесли большой вклад в развитие проблемы реконструктивной хирургии пищевода и воспитали собственных учеников. Так, исследования А.Н. Бакулева продолжил его ученик проф. Ю.Е. Березов, который посвятил свои основные работы хирургическому лечению рака пищевода и кардии. Исследованиями в этом направлении занимались ученики Ю.Е. Березова Е.В. Потемкина и С.С. Емельянов.

Ученик С.И. Спасокукоцкого проф. В.И. Казанский в 1945 г. первым в нашей стране приступил к трансплевральным операциям при раке пищевода, которые стали темой исследований его ученика Р.Т. Панченкова. Вопросами протезирования пищевода занимался Л.Г. Харитонов. В 1969 г. ученик В.И. Казанского К.Н. Цацаниди усовершенствовал инвагинационный пищеводно-тонкокишечный анастомоз, который получил большое распространение в клинической практике. Ученик В.И. Казанского проф. Р.Б. Мумладзе развивал проблему толстокишечной эзофагопластики. Та же проблема стала одной из главных в трудах А.Н. Кабанова, который работал в Омске. В свою очередь ученик А.Н. Кабанова проф. И.П. Кролевец разрабатывал вопросы лечения

кардиоспазма, за грудиной и заднемедиастинальной эзофагопластики, а также повторных реконструктивных операций на искусственном пищеводе.

Еще один представитель научной школы С.И. Спасокукоцкого проф. Е.Л. Березов вместе со своим учеником Б.А. Королевым изучал проблему хирургического лечения кардиоспазма и резекции грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагопластикой при раке. Одним из направлений, которое Е.Л. Березов и Б.А. Королев разрабатывали на протяжении ряда лет, были расширенные и комбинированные резекции при раке пищевода и кардии.

Большую роль в развитии реконструктивной хирургии пищевода в России сыграли выдающиеся хирурги-онкологи Н.Н. Петров и Н.Н. Блохин и представители их научных школ. Так, из научной школы основоположника онкологии в СССР академика АМН СССР Н.Н. Петрова вышел известный специалист по торакальной хирургии Ф.Г. Углов, который одним из первых в стране в конце 40-х гг. приступил к выполнению одномоментных трансплевральных операций резекции и пластики пищевода желудком.

Всемирно известный хирург и онколог, выдающийся организатор науки и здравоохранения академик АМН СССР Н.Н. Блохин (ученик В.И. Иоста, представителя школы С.И. Спасокукоцкого) еще в период своей работы в Горьком (1946–1952 гг.) воспитал проф. В.И. Кукоша, который затем вместе со своим учеником А.А. Чернявским провел ряд важных исследований по хирургическому лечению рака и нервно-мышечных заболеваний пищевода

Ученики Н.Н. Блохина Б.Е. Петерсон и А.И. Пирогов в течении многих лет занимались проблемой хирургического лечения рака пищевода и кардии. Под руководством Б.Е. Петерсона в МНИОИ им. П.А. Герцена была разработана и с 1979 г. стала применяться при раке пищевода и кардии новая прогрессивная тактика одномоментной трансторакальной резекции и пластики пищевода изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка.

В настоящее время проблему хирургического лечения рака пищевода продолжает успешно разрабатывать ученик Н.Н. Блохина и Б.Е. Петерсона академик РАН М.И. Давыдов, совершенствуя трансплевральную резекцию

пищевода с расширенной лимфодиссекцией и одномоментной пластикой желудка по собственной оригинальной методике. Важное место в исследованиях академика РАН М.И. Давыдова и его ученика члена-корреспондента РАН И.С. Стилиди занимают расширенные и комбинированные операции при местнораспространенном раке пищевода.

Изучив биографии отечественных хирургов XIX – XX вв., а также основываясь на исторических исследованиях и мемуарах, мы воссоздали «генеалогическое дерево» российских научных школ хирургии пищевода и с помощью этого продемонстрировали тот факт, что хирургией пищевода в нашей стране занимались многие известные ученые, вышедшие из разных научных школ, а также наглядно показали, какие научные школы реконструктивной хирургии пищевода существовали и развивались в России на протяжении всего XX века.

Таким образом, развитие реконструктивной хирургии пищевода в России неразрывно связано с деятельностью крупных научных школ. Значение научных школ реконструктивной хирургии пищевода состоит в обеспечении преемственности и последовательности в накоплении, анализе и передаче огромного научного и практического опыта, который служит прочным фундаментом для дальнейшего развития данного научного направления в XXI веке.

Пятая глава диссертации посвящена изучению современных тенденций и перспектив развития реконструктивной хирургии пищевода в XXI веке.

Новейшие достижения науки и техники в начале XXI века привели к созданию уникальных технологий, которые значительно изменили сложившиеся представления об оперативном вмешательстве, течении послеоперационного периода и возможностях реконструктивной хирургии. Характерно, что хирургический метод лечения, с одной стороны, распространяется все шире, а с другой стороны, целые области и даже направления переходят из хирургии в сферу нетравматичного безоперационного лечения.

Характерной для реконструктивной хирургии пищевода начала XXI века является тесная связь с развитием фундаментальных наук – биологии, математики, физики, химии. В этот период в арсенал реконструктивной хирургии

пищевода вошли такие новые высокотехнологичные диагностические методы, как рентгеновская, ультразвуковая и магнитно-резонансная компьютерная томография. Значительно повысились возможности интенсивной терапии в профилактике и лечении тяжелых послеоперационных осложнений. Непрерывный прогресс анестезиологии позволил создать условия для безопасного выполнения операций любого объема на пищеводе и соседних органах. Достигла очень высокого уровня развития оперативная техника, значительно повысился онкологический радикализм операций при раке пищевода и кардии.

Современный период истории реконструктивной хирургии пищевода в России можно охарактеризовать как период расцвета физиологического направления. Сегодня значительно расширились возможности лечения пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями; с хорошими результатами выполняются обширные комбинированные и сочетанные операции на пищеводе в сочетании с резекцией трахеи, легкого, аорты и других жизненно важных органов (в том числе с использованием искусственного кровообращения). Знаменательными для нашего времени стали разработка и широкое внедрение миниинвазивных эндовидеохирургических операций на пищеводе. Все эти факты свидетельствуют об ускоренном развитии реконструктивной хирургии пищевода в России в XXI веке.

Отмеченные факторы оказали очень большое влияние на развитие и совершенствование реконструктивной хирургии пищевода, тем не менее, необходимо отметить, что эта отрасль хирургии так и не стала массовой. Ввиду своей большой сложности, реконструктивная хирургия пищевода остается уделом немногих специализированных центров или специализированных отделений многопрофильных хирургических учреждений, в которых работают хорошо обученные врачи и научные сотрудники, сконцентрированы новейшие достижения медицинской науки и техники для получения наилучших результатов лечения заболеваний, травм пищевода и их последствий.

Тем не менее, в данной проблеме остается ряд нерешенных вопросов, и в первую очередь это касается ранней диагностики рака пищевода. Не всё до

конца ясно и с такими доброкачественными заболеваниями, как кардиоспазм и рефлюкс-эзофагит, этиология которых остается предметом исследований.

Очевидно, что одним из главных рычагов дальнейшего развития реконструктивной хирургии пищевода является разработка и использование новых диагностических и лечебных технологий. Для реализации этой задачи необходимо проводить комплексные научные исследования с участием специалистов-представителей фундаментальных наук (химиков, физиков, металлургов, технологов, математиков, радиоэлектроников, биофизиков, физиологов, генетиков, иммунологов, микробиологов). Среди имеющихся сегодня перспективных методов выделяются: эндоваскулярная рентгенохирургия, микрохирургическая трансплантация, эндоскопическая внутрипросветная и малоинвазивная лапароскопическая и торакоскопическая хирургия, математическое моделирование хирургических операций и компьютерный мониторинг состояния всех систем и органов пациента во время и после операции.

В XXI веке эндоскопическая внутрипросветная хирургия пищевода будет приобретать все большее значение, удельный вес подобных вмешательств будет увеличиваться. Безусловно, будет получать дальнейшее развитие эндовидеохирургия в виде торакоскопического удаления пищевода, пораженного опухолью или рубцовым процессом, а также лапароскопического формирования трансплантатов для замещения удаленного пищевода.

В ближайшие годы не предвидится снижения роли хирургического метода в лечении рака пищевода. Весьма перспективной представляется молекулярная диагностика как злокачественных опухолей, так и заболеваний нервной и соединительной ткани, которая позволит глубже понять этиологию и патогенез кардиоспазма и рефлюкс-эзофагита. По-видимому, в скором времени генетические исследования позволят выявлять наследственную предрасположенность к ряду заболеваний пищевода. Следует надеяться на то, что клеточные технологии и методы генной инженерии позволят приступить к выращиванию оболочек (слоев стенки) пищевода, — это даст возможность эффективного замещения обширных дефектов пищевода.

В более отдалённом будущем облик реконструктивной хирургии пищевода и многие хирургические операции совершенно изменятся, и возникнет необходимость оборудовать операционные для тканевой инженерии, генетических, биохимических вмешательств на молекулярном уровне.

Создание всеобъемлющей теории наркоза, разработка новых средств и методов обезболивания позволят анестезиологу проводить совершенно безопасную анестезию, а хирургу – выполнять операции на пищеводе любого объема. Новые технологии интенсивной терапии обеспечат наиболее быстрое и полноценное восстановление пациентов в послеоперационном периоде.

Таким образом, исторический анализ показывает, что в XXI веке реконструктивная хирургия пищевода будет продолжать интенсивно развиваться. Ее успехи будут тесно связаны с достижениями фундаментальных и прикладных наук, результатами междисциплинарных научных исследований, разработкой и широким внедрением малоинвазивных и клеточных технологий, методов молекулярной диагностики и генной инженерии.

ВЫВОДЫ

1. Алгоритм, предложенный в данной работе для создания периодизации истории реконструктивной хирургии пищевода в России, содержит четыре научных критерия:

1) уровень сложности научных и практических задач, которые ставили перед собой ученые-экспериментаторы и хирурги-клиницисты;

2) эволюция научных идей и практических решений, которая происходит на основе превалирующих в данный период времени фундаментальных представлений о функциях человеческого организма;

3) разработка и использование новых диагностических и лечебных технологий, способствующих получению важных результатов;

4) результативность проводимых научных экспериментальных и клинических исследований.

2. В истории реконструктивной хирургии пищевода в России необходимо выделять пять периодов:

– первый период (1881–1907 гг.) – зарождения, на протяжении которого были осуществлены первые экспериментальные исследования по данной проблеме и сделаны первые успешные операции на пищеводе в клинике;

– второй период (1908–1940 гг.) – становления, когда были разработаны и выполнены в клинике основные виды хирургических вмешательств при заболеваниях, травмах пищевода и их последствиях;

– третий период (1941–1960 гг.) – развития, в котором на фоне значительного прогресса торакальной хирургии реконструктивная хирургия пищевода быстро выделилась в самостоятельное научное направление и заняла одно из ведущих мест в исследованиях многих отечественных ученых, активно внедрявших научные результаты в клиническую практику;

– четвертый период (1961–1990 гг.) – совершенствования, в котором с началом научно-технической революции разрабатываются и широко внедряются новые эффективные диагностические и лечебные методы, создаются специализированные отделения хирургии пищевода, происходит оптимиза-

ция и стандартизация оперативной техники, а использование достижений смежных дисциплин позволяет применять одномоментные реконструктивно-восстановительные операции большого объема с хорошими результатами;

– пятый период (1991–2012 гг.) – современный, для которого характерно ускоренное развитие реконструктивной хирургии пищевода на основе использования высоких медицинских технологий, быстрое внедрение в широкую клиническую практику новейших достижений фундаментальных и прикладных наук, получение стабильных благоприятных результатов лечения и достижение высокого качества жизни оперированных пациентов.

3. В развитии реконструктивной хирургии пищевода в России имеется ряд особенностей:

– влияние на замедление и ускорение процесса развития хирургии пищевода в России общественно-политической ситуации, крупных исторических и политических событий, связанных с войнами, сменой общественно-исторических формаций и изменениями экономического уклада;

– большое число пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода, занимавшими в России на протяжении XX века второе место по частоте после рака пищевода, постоянно стимулировало необходимость интенсивной разработки проблемы эзофагопластики;

– широкое использование местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому при выполнении трансплевральной резекции и пластики пищевода на начальных этапах разработки данной проблемы;

– формирование в конце XIX, начале и середине XX вв. в России крупных научных школ реконструктивной хирургии пищевода, внесших большой вклад в развитие данного научного направления.

4. Проведенное научное исследование показывает, что российскими учеными был сделан целый ряд важных открытий и изобретений в области реконструктивной хирургии пищевода, которые нашли свое отражение в 23 мировых приоритетах. Из этого количества 14 оперативных методов ранее

были представлены в качестве приоритетных в отечественной и зарубежной литературе, они проанализированы и подтверждены в данной работе.

5. На основании изучения и научного анализа оригинальных работ отечественных и зарубежных хирургов представлены в качестве мировых приоритетов 9 оперативных методов, впервые предложенных российскими учеными В.П. Вознесенским (1908), А.П. Алексеевым (1914), П.А. Герценом (1933), А.А. Русановым (1958), П.И. Андросовым (1964), Е.Н. Поповым (1964), М.М. Абакумовым (1988), А.Ф. Черноусовым (1998, 2000).

6. Основополагающую роль в становлении реконструктивной хирургии пищевода в России сыграли научные школы реконструктивной хирургии пищевода И.И. Насилова, П.И. Дьяконова и С.П. Федорова, зародившиеся в конце XIX – начале XX столетий и решившие главную научно-практическую задачу того времени, связанную с экспериментальной разработкой новых операций на пищеводе и внедрением их в клиническую практику.

7. Важнейший вклад в дальнейшее развитие реконструктивной хирургии пищевода в России, превращение ее в самостоятельное научное направление с достижением мирового уровня научных исследований и практических результатов сделали сформировавшиеся в середине XX века крупные научные школы реконструктивной хирургии пищевода П.А. Герцена, С.С. Юдина и А.Г. Савиных, продолжающие свою деятельность в XXI веке.

8. На основании научного анализа сегодняшнего уровня развития реконструктивной хирургии пищевода, современных достижений науки и техники, можно предполагать, что данное научное направление в XXI веке продолжит интенсивно развиваться, и его перспективы будут связаны с прогрессом фундаментальных и прикладных наук, развитием математического моделирования реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе, компьютерным мониторингом состояния систем и органов пациента в периоперационном периоде, разработкой и широким внедрением миниинвазивных видеоэндоскопических технологий и роботизированной техники, методов молекулярной диагностики, клеточных технологий и генной инженерии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов, М. М. Роль и значение С.С. Юдина в развитии реконструктивной хирургии пищевода / М.М. Абакумов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1991.– № 9.– С. 12–17.
2. Абакумов, М. М. Хирургическое лечение ахалазии глоточно-пищеводного перехода у больных с нарушением мозгового кровообращения / М.М. Абакумов, С.В. Лаврова, А.Н. Погодина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1987.– № 9.– С. 146–147.
3. Абакумов, М. М. Хирургическая тактика у больных с послеожоговыми рубцовыми сужениями пищевода / М.М. Абакумов, А.Н. Погодина, М.А. Сапожникова, Ю.А. Радченко, А.Ф. Хасилева, А.И. Халиуллин // Вестн. АМН СССР.– 1991.– № 9.– С. 33–35.
4. Абакумов, М. М. История тонкокишечной пластики пищевода. К 100-летию операции Ру-Герцена. Часть I / М.М. Абакумов, С.А. Кабанова, П.М. Богопольский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2007.– № 12.– С. 70–73.
5. Абакумов, М. М. Павел Иосифович Андросов – основоположник толстокишечной пластики пищевода в СССР / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский.– Матер. научно-практич. конф. хирургов, посвящ. 70-летию кафедры хирургич. болезней и клинич. ангиологии МГМСУ.– М., 2007.– С. 402–403.
6. Абакумов, М. М. История тонкокишечной пластики пищевода. К 100-летию операции Ру-Герцена. Часть II / М.М. Абакумов, С.А. Кабанова, П.М. Богопольский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2008.– № 1.– С. 72–75.
7. Абакумов, М. М. Профессор Павел Иосифович Андросов – выдающийся поливалентный хирург / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский, С.А. Кабанова.– Медицинская профессура СССР.– 19 мая 2009 г.– М., 2009.– С. 29–31.

8. Абакумов, М. М. Особенности развития хирургии пищевода в России в XIX–XX веках / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский, С.А. Кабанова.– Матер. III съезда Конфедерации историков медицины (международной), Москва, 20–22 мая 2009 г.– М.: Изд-во РАМН, 2009.– Т. 1.– С. 60–62.
9. Абакумов, М. М. Вклад научной школы С.С. Юдина в развитие хирургии пищевода / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский, С.А. Кабанова.– Материалы I Международной научно-практич. конф. по истории медицины, 24–25 марта 2011 г.– Уфа, 2011.– С. 37–40.
10. Абакумов, М. М. Вклад С.С. Юдина и его научной школы в развитие хирургии пищевода XX века (К 120-летию со дня рождения С.С. Юдина) / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский, С.А. Кабанова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2012.– № 1.– С. 72–75.
11. Авдюничев, В. И. Хирургическое лечение рака грудного отдела пищевода и кардии / В.И. Авдюничев.– Томск, 1970.– 208 с.: ил.
12. Александров, Л. П. Эзофаготомия при инородном теле пищевода у ребенка / Л.П. Александров.– Отд. оттиск из «Больничной газеты Боткина».– СПб, 1891.– 6 с.
13. Алексеев, А. П. Очерк современной хирургии пищевода / А.П. Алексеев.– X съезд росс. хирургов (СПб., 19–22 декабря 1910 г.).– М., 1911.– С. 126–127.
14. Алексеев, А. П. Хирургия грудной части пищевода / А.П. Алексеев.– Диссертация.– СПб.: Типография П.П. Сойкина, 1914.– 376 с.: ил.
15. Амосов, Н. М. Очерки торакальной хирургии / Н.М. Амосов.– Киев: Медгиз УССР, 1958.– 727 с.: ил.
16. Андрианов, В. А. Заживление пищеводных анастомозов в условиях гипербарической оксигенации (экспериментально-клиническое исследование) / В.А. Андрианов: Автореф. дисс. ... к. м. н.– М., 1980.– 24 с.
17. Андрианов, В. А. Тотальная колоэзофагопластика при ожоговых стриктурах пищевода / В.А. Андрианов, М.Е. Воронов, В.В. Титов // Анн. хирургии.– 1997.– № 5.– С. 37–40.

18. Андросов, П. И. Сосудистое соустье как метод добавочного кровоснабжения кишки при создании искусственного пищевода / П.И. Андросов // Хирургия.— 1952.— № 2.— С. 15–22.
19. Андросов, П. И. Демонстрация больной после операции создания искусственного пищевода / Прот. заседания Хирургич. о-ва Москвы и Моск. обл. 28.XI. 1952 г. / П.И. Андросов // Хирургия.— 1953.— № 6.— С. 94–95.
20. Андросов, П. И. О добавочном кровоснабжении мобилизованной кишки при создании искусственного пищевода / П.И. Андросов: Дисс. ... докт мед. наук.— М., 1953.— 319 с.
21. Андросов, П. И. Одномоментное создание обводного искусственного пищевода путем внутриплевральной кишечной трансплантации / П.И. Андросов // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.— 1954.— Т. 74.— № 5.— С. 34–45.
22. Андросов, П.И. Демонстрация больного с искусственным пищеводом из толстой кишки / П.И. Андросов // Хирургия.— 1954.— № 10.— С. 84.
23. Андросов, П. И. Одномоментный внутриплевральный искусственный пищевод из тонкой и толстой кишки / П.И. Андросов // Хирургия.— 1959.— № 3.— С. 80–87.
24. Андросов, П. И. Варианты резекции грудного отдела пищевода при раке / П.И. Андросов // Вопр. онкологии.— 1960.— № 2.— С. 10–16.
25. Андросов, П. И. Искусственный пищевод из левой половины толстой кишки с изоперистальтическим расположением трансплантата / П.И. Андросов // Клинич. хирургия.— 1964.— № 2.— С. 3–6.
26. Андросов, П. И. Новые хирургические аппараты и их клиническое применение / П.И. Андросов. — М.: Медэкспорт, 1965.— 148 с.: ил.
27. Аникина, Т. И. А.А. Бобров. 1850–1904 / Т.И. Аникина.— М.: Медгиз, 1959.— 220 с.: ил.
28. Антелава, Н. В. Хирургия органов грудной полости / Н.В. Антелава.— М.: Медгиз, 1952.— 360 с.

29. Арапов, Д. А. Жизнеописание С.С. Юдина / Юдин С.С. Избранные произведения. Вопросы обезболивания в хирургии / Д.А. Арапов. – М.: Медгиз, 1960. – С. 5–25.
30. Арапов, Д. А. К методике внутригрудной резекции пищевода при раке / Д.А. Арапов // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 1961. – Т. 87. – № 10. – С. 52–59.
31. Арапов, Д. А. 20-летний опыт лечения кардиоспазма / Д.А. Арапов, В.В. Уманская // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1966. – № 6. – С. 53–57.
32. Аргириди, Д. А. Удачный случай вскрытия пищевода / Д.А. Аргириди // Врач, 1881. – № 8. – С. 135.
33. Багиров, Д. М. Приобретенные пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи / Д.М. Багиров: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1969. – 36 с.
34. Баев, А.А. О научных школах: Школы в науке / Ред.: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Кребер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 503–504.
35. Баиров, Г. А. Успешная операция у новорожденного при атрезии пищевода с пищеводно-трахеальными свищами / Г.А. Баиров // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 1956. – Т. 77. – № 12. – С. 106–107.
36. Баиров, Г. А. Неотложная хирургия детей / Г.А. Баиров. – Л.: Медицина, 1973. – 472 с.: ил.
37. Байтингер, В. Ф. История хирургии в лицах / В.Ф. Байтингер. – Томск: Красное знамя, 2007. – 248 с.: ил.
38. Байтингер, В. Ф. Научное наследие профессора Э. Г. Салищева / В. Ф. Байтингер и др. – Т 1. – Томск: Сибирский издат. дом, 2008. – 342 с.: ил.
39. Балалыкин, Д. А. История развития хирургии желудка в России в XIX–XX веках / Д.А. Балалыкин. – М.: Медицина, 2005. – 320 с.: ил.
40. Балалыкин, Д. А. Основные этапы становления и развития хирургии пищевода в России в XIX–XX веках / Д.А. Балалыкин, А.Н. Катрич // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 4. – С. 68–70.

41. Балалыкин, Д. А. Зарождение методов эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода и желудка в XIX – начале XX века. Часть I / Д.А. Балалыкин // Вестн. хир. гастроэнтерол.– 2008.– № 2.– С. 75–82.
42. Балалыкин, Д. А. Российские научные приоритеты в исследовании физиологии и экспериментальной хирургии желудка в XIX – начале XX века / Д.А. Балалыкин.– М.: Кнорус, 2008.– 238 с.: ил.
43. Балалыкин, Д. А. Зарождение метода эзофагоскопии в XIX – начале XX века / Д.А. Балалыкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2009.– № 2.– С. 86–88.
44. Балалыкин, Д. А. Развитие хирургии пищевода в России в конце XIX – начале XX века / Д.А. Балалыкин, П.М. Богопольский // Вестн. хирургич. гастроэнтерологии.– 2011.– № 1.– С. 78–82.
45. Балалыкин, Д. А. Развитие желудочной эзофагопластики в России в 20 – 50-е годы XX века / Д.А. Балалыкин, П.М. Богопольский // Вестн. хирургич. гастроэнтерологии.– 2011.– № 2.– С. 89–95.
46. Балалыкин, Д. А. О внеплевральном доступе к пищеводу по И.И. Насилову / Д.А. Балалыкин, П.М. Богопольский.– Всеросс. конф. с междунар. участием «Актуальн. вопр. хир. гастроэнтерологии», Геленджик, 1–3 ноября 2011 г. // Вестн. хир. гастроэнтерол.– 2011.– № 3.– С. 102.
47. Белкин, В. Р. Опыт использования механического шва в хирургии пищевода и кардии желудка / В. Р. Белкин, Ю. Е. Березов, Я. Ю. Грицман, И.К. Свинкин // Грудная хирургия.– 1962.– № 3.– С. 40–47.
48. Березкин, Н. Ф. Медиастинолапаротомия как опыт оперативного подхода к кардии и нижнему отрезку пищевода (предварительное сообщение) / Н.Ф. Березкин // Хирургия.– 1937.– № 11.– С. 119–127.
49. Березнеговский, Н. И. Наружное сечение пищевода для удаления инородных тел / Н.И. Березнеговский // Хирургия.– 1910.– № 27.– С. 123–129.

- 50.Березов, Е. Л. Хирургия пищевода и кардии желудка при раке / Е.Л. Березов. – Горький: Изд-е Горьковского мединститута, 1951.– 240 с.: ил.
- 51.Березов, Е. Л. Эзофагогастростомия абдоминальным путем при кардиоспазме / Е.Л. Березов, Б.А. Королев // Хирургия.– 1948.– № 4.– С. 22.– 26.
- 52.Березов, Е. Л. Сравнительная оценка чрезплевральных и чрезбрюшных подходов при операциях по поводу рака пищевода и кардии / Е.Л. Березов // Хирургия.– 1952.– № 6.– С. 40–46.
- 53.Березов, Ю. Е. Рак кардиального отдела желудка / Ю.Е. Березов.– М.: Медгиз, 1960.– 204 с.: ил.
- 54.Березов, Ю. Е. Комбинированные резекции грудного отдела пищевода вместе с трахеей при раке / Ю. Е. Березов, В. И. Пронин // Экспериментальная хирургия и анестезиология.– 1961.– № 2.– С. 26–29.
- 55.Березов, Ю. Е. Аллопластика грудного отдела пищевода в эксперименте / Ю. Е. Березов, А. В. Елисеева, В. Г. Гольдина // Эксперим. хирургия и анестезиология.– 1963.– № 2.– С. 22–27.
- 56.Березов, Ю. Е. Хирургия пищевода / Ю.Е. Березов, М.С. Григорьев.– М.: Медицина, 1965.– 364 с.: ил.
- 57.Березов, Ю. Е. Анатомическое обоснование метода реваскуляризации толстокишечного трансплантата при тотальной эзофагопластике / Ю. Е. Березов, В. И. Пронин, С. С. Емельянов // Эксперим. хирургия и анестезиология.– 1969.– № 5.– С. 16–22.
- 58.Березов, Ю. Е. Рак пищевода / Ю.Е. Березов.– М.: Медицина, 1979.– 188 с.: ил.
- 59.Берелавичус, С. В. Виртуальное моделирование робот-ассистированных операций в абдоминальной хирургии / С.В. Берелавичус и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2011.– № 6.– С. 18–21.
- 60.Бобров, А. А. Краткий отчет об операциях, произведенных в хирургическом отделении Басманной больницы в Москве с 1886 по 1891 год вклю-

чительно и об отношении некоторых больниц к Московскому университету / А.А. Бобров, Ф.И. Березкин.— М., 1892.— 12 с.

61. Богопольский, П. М. Вклад П.И. Андросова в становление отечественной хирургии сосудов / П.М. Богопольский, С.П. Глянцев, Т.Н. Богницкая, Ю.С. Гольдфарб // *Анналы хирургии*.— 2006.— № 12.— С. 68–73.
62. Богопольский, П. М. «Советские искусственные спутники хирургии» (к истории создания и забвения первых в мире сосудосшивающих аппаратов) / П.М. Богопольский, С.П. Глянцев // *Анналы хирургии*.— 2007.— № 5.— С. 73–80.
63. Богопольский, П. М. Вклад академика Б.В. Петровского в развитие хирургии пищевода / П.М. Богопольский, С.А. Кабанова.— Первая международная конф. по торако-абдоминальной хирургии / Сб. тезисов.— М., 2008.— С. 200–201.
64. Богопольский, П. М. Вклад академика РАМН А.Ф. Черноусова в развитие хирургии пищевода / П.М. Богопольский, С.А. Кабанова.— I съезд Росс. о-ва хирургов-гастроэнтерологов «Актуальн. вопр. хирургической гастроэнтерологии».— Геленджик, 5–7 ноября 2008 г. // *Вестн. хир. гастроэнтерол.*— 2008.— № 4.— С. 133–134.
65. Богопольский, П. М. Развитие хирургии пищевода в Институте им. Н.В. Склифосовского: юдинские традиции и новые идеи / П.М. Богопольский.— Междунар. симпозиум «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины», Москва, 12 ноября 2010 г.— М., 2010.— С. 89–90.
66. Богопольский, П. М. Об одном из мировых приоритетов российских ученых в хирургии пищевода / П.М. Богопольский // *Вопросы реконструктивной и пластич. хирургии*.— 2011.— № 4.— С. 69–73.
67. Богопольский, П. М. К истории учения о заболеваниях оперированного пищевода в России в XX веке / П.М. Богопольский, Д.А. Балалыкин // *Вестн. хирургич. гастроэнтерол.*— 2011.— № 4.— С. 87–91.
68. Богопольский, П. М. Толстокишечная эзофагопластика в России — к истории развития метода / П.М. Богопольский, М.М. Абакумов, С.А. Каба-

- нова, Д.А. Балалыкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2012.– № 3.– С. 86–91.
69. Богопольский, П. М. Основные этапы становления и развития хирургии пищевода в России / История хирургии пищевода в России в XIX–XX веках / Антология истории русской хирургии.– Т. VI. / П.М. Богопольский, Д.А. Балалыкин.– М.: Весть, 2012.– С. 15–94.
70. Богораз, Н. А. К хирургии пищевода / Н.А. Богораз.– СПб, 1911.– 35 с.
71. Богораз, Н. А. О пластическом образовании пищевода при рубцовых сужениях / Н.А. Богораз // Новая хир.– 1930.– Т. 11.– № 8.– С. 119–125.
72. Бойко, Е. С. Феномен преемственности в развитии научной школы / Школы в науке / Ред.: С. Р. Микулинский, М. Г. Ярошевский, Г. Крёбер, Г. Штейнер.– М.: Наука, 1977.– С. 319–353.
73. Бочаров, А. А. Об антеторакальной пластике пищевода по методу Ругерцена-Юдина / А.А. Бочаров // Вестн. хир. им. Грекова.– 1961.– № 10.– С. 68–75.
74. Боярский, П. В. Научная школа как коллективное творческое сознание / П.В. Боярский, Н.К. Гаврюшин: Школы в науке / Ред.: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Крёбер, Г. Штейнер.– М.: Наука, 1977.– С. 354–363.
75. Брайцев, В. Р. Проблема пластического образования пищевода из кожи груди / В.Р. Брайцев.– XVIII съезд российских хирургов. Москва, 27–30 мая 1926 г.– М.: 1927.– С. 172–176.
76. Бржеский, В. Ч. Земские врачи на трибуне съездов российских хирургов / В.Ч. Бржеский // Клинич. хирургия.– 1962.– № 6.– С. 85–87.
77. Бржеский, В.Ч. Очерки истории земской хирургии / В.Ч. Бржеский: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.– Гродно, 1967.– 28 с.
78. Будко, А. А. История медицины Санкт-Петербурга XIX – начала XX века / А.А. Будко.– СПб: Нестор-История, 2010.– 400 с.: ил.
79. Будко, А. А. У истоков медицины Санкт-Петербурга / А.А. Будко, Д.А. Журавлев // История Петербурга. – 2010. – № 2. – С. 73–76.

80. Бунятян, А. А. Анестезиология. Национальное руководство / А.А. Бунятян, В.М. Мизиков. – М.: Гэотар-Медиа, 2011. – 1104 с.: ил.
81. Бурков, П. Городская Петропавловская больница в С.-Петербурге / П. Бурков. – СПб, 1887. – 100 с.: ил. / Санкт-Петербургские городские больницы. – СПб, 1885–1888.
82. Бусалов, А. А. Опыт применения механического шва в хирургии кардии и пищевода / А. А. Бусалов, С. М. Быкова, Ю. К. Квашнин, С. А. Зеликович // Грудная хирургия. – 1964. – № 3. – С. 86–93.
83. Вакар, А. В. О значении рентгеноскопии при ожогах желудка. Предварительное сообщение / А.В. Вакар // Рус. врач. – 1912. – Т. 11. – № 22. – С. 961–964.
84. Ванцян, Э. Н. Об эпителиальных кистах пищевода / Э.Н. Ванцян // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 1954. – Т. 75. – № 5. – С. 76–79.
85. Ванцян, Э. Н. Аллопластика мышечной оболочки пищевода поливинилалкогольной губкой / Э. Н. Ванцян, И. Д. Кирпатовский, В. Б. Золотаревский // Хирургия. – 1959. – № 8. – С. 48–54.
86. Ванцян, Э. Н. Восстановительная хирургия пищевода с использованием желудка / Э.Н. Ванцян, О.К. Скобелкин. – М.: Медицина, 1975. – 176 с.: ил.
87. Ванцян, Э. Н. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода / Э. Н. Ванцян, Р. А. Тощаков. – М.: Медицина, 1971. – 260 с.: ил.
88. Ванцян, Э. Н. Рецидив кардиоспазма после хирургического лечения / Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов, Ф.С. Курбанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1983. – № 5. – С. 78–83.
89. Вашакмадзе, Л. А. Методика формирования пищеводных анастомозов с применением микрохирургической техники (экспериментальное исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 22 с.
90. Векснер, Б. Г. Предгрудинный пищевод / Б.Г. Векснер. – Днепропетровск.: Изд-во журн. «Нов. хирургия», 1931. – 248 с.

91. Венгловский, Р. И. Эзофагоскопия. Техника ее и клинические наблюдения / Р.И. Венгловский.— М., 1905.— 244 с.: ил.
92. Венгловский, Р. И. Повреждения и заболевания пищевода / Р.И. Венгловский.— Пг.: Практич. медицина, 1915.— 305 с.: ил.
93. Веселовский, Б. Б. История земства за 40 лет / Б.Б. Веселовский.— Т. 1—4.— СПб, 1909—1911.
94. Вилявин, Г. Д. Кардиоспазм (патогенез, клиника и лечение) / Г.Д. Вилявин, В.И. Соловьев, Т.А. Тимофеева. — М.: Медицина, 1971.— 176 с.: ил.
95. Виноградова, О. И. Кровоснабжение нижней трети пищевода в условиях мобилизации при операциях на кардии и нижнем отрезке его / О.И. Виноградова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1952.— 16 с.
96. Виноградова, О. И. Доброкачественные опухоли пищевода / О.И. Виноградова, Т.Л. Захарова // Хирургия.— 1958.— № 5.— С. 33—35.
97. Вишневский, А. А. Местная анестезия по способу ползучего инфильтрата в грудной хирургии / А.А. Вишневский// Хирургия.— 1949.— № 5.— С. 21—25.
98. Вишневский, А. А. Физиологические основы современной хирургии. XXVI съезд хирургов СССР. Москва, 20—27 января 1955 г. / А.А. Вишневский, Н.Н. Еланский, Б.В. Петровский.— Труды XXVI Всесоюзного съезда хирургов. — М.: Медгиз. — 1956. — С. 19—20.
99. Вишневский, А. А. Отдаленные результаты хирургического лечения рака кардии / А.А. Вишневский, Е.А. Печатникова.— Тр. VI пленума правления Всес. о-ва хирургов 22—24 ноября 1956 г.— Л., 1957.— С. 44—50.
100. Вишневский, А. В. Обнажение грудной части пищевода / Местная анестезия по методу ползучего инфильтрата / А.В. Вишневский.— Казань: Татиздат, 1932. — С. 76—78.
101. Вишневский, А. В. Обнажение грудной части пищевода / Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата / А.В. Вишневский.— М.: ВИЭМ, 1938.— С. 83—85.

102. Вишневский, А. В. Операции на грудной части пищевода.— Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата / А.В. Вишневский.— Изд-е пятое, переработанное и дополненное А. А. Вишневским.— М.: Медгиз, 1956.— С. 118–126.
103. Власов, А. А. Очерки истории хирургии в Сибири / А.А. Власов.— М.: Наука, 1999.— 269 с.: ил.
104. ВНИИИМТ. 50 лет успехов, разочарований, надежд. 1951–2001 / Ред.: Б. И. Леонов.— М., 2001.— 98 с.: ил.
105. Вознесенский В. П. К вопросу об образовании искусственного пищевода / В.П. Вознесенский.— Работы госпитальной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова.— Т. XV.— М., 1908.— С. 3–26.
106. Войнич-Сяноженцкий, А. Я. К нормальной анатомии передних плевральных границ у человека / А.Я. Войнич-Сяноженцкий: Дисс. ... докт. мед.— СПб: тип. Сойкина, 1897.— 139 с.: ил.
107. Всесоюзный институт экспериментальной медицины им. А.М. Горького. Отчет о научно-исследовательской работе за 1933–1937 гг. — М.—Л.: Медгиз, 1939.— 575 с.
108. Галлингер, Ю. И., Оперативная эндоскопия пищевода / Ю. И. Галлингер, Э. А. Годжелло.— М.: РНЦХ РАМН, 1999.— 273 с.: ил.
109. Гальперн, Я. О. К вопросу об эзофагопластике / Я.О. Гальперн.— XII съезд росс. хирургов. Москва, 19–22. XII 1912 г.— М., 1913.— С. 113–115.
110. Гейнац, С. В. Радикальное хирургическое лечение рака пищевода и кардии в свете отдаленных результатов / С. В. Гейнац, В. П. Клещевникова.— Тр. VI пленума правления Всесоюзн. о-ва хирургов 22–24 ноября 1956 г.— Л., 1957.— С. 59–66.
111. Герцберг, Б. Г. К вопросу об оперативном лечении кардиоспазма / Б.Г. Герцберг // Журн. совр. хирургии.— 1927.— Т. II.— № 1–6.— С. 91– 105.
112. Герцен, П. А. Случай доброкачественного сужения пищевода, оперированный по видоизмененному способу Ру / П.А. Герцен.— VII-й съезд Росс. хирургов.— С.-Петербург, 19–22 декабря 1907.— М., 1908.— С. 210–213.

113. Герцен, П. А. Заседание Московского хир. о-ва / П.А. Герцен // Новая хирургия. – 1927. – Т. IV. – № 2. – С. 62–63.
114. Герцен, П. А. Случай антеторакальной пластики пищевода путем перемещения желудка / П.А. Герцен // Нов. хирургич. архив. – 1933. – Т. 28. – кн. 2. – № 3. – С. 264–265.
115. Геселевич, А. М. Хирургические сшивающие аппараты (Библиография) / А.М. Геселевич. – Хирургические сшивающие аппараты. Труды ВНИИЭХАиИ. – Вып. VII. – М., 1967. – С. 146–193.
116. Гессе, Э. Р. О хирургических вмешательствах на кардии и брюшном отделе пищевода при доброкачественных заболеваниях / Э.Р. Гессе. – XX съезд росс. хирургов. – Москва, 26–30 мая 1928 г. – Труды. – М., 1929. – С. 215–216.
117. Гинковский, В. М. Хирургическое лечение рака грудной части пищевода / В.М. Гинковский: Дисс. ... докт. мед. наук. – Одесса, 1938. – 441 с. 15 табл., ил. / Одесский гос. ин-т усоверш. врачей им. М. Горького.
118. Гинковский, В. М. Хирургическое лечение рака грудной части пищевода / В.М. Гинковский. – Тр. I съезда онкологов Укр. ССР. Киев, 25–30 мая 1938 г. – М.–Л., 1940. – С. 458–461.
119. Глянцев, С. П. Нужна ли хирургу история его специальности? / С.П. Глянцев // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 11. – С. 78–82.
120. Годжелло, Э. А. Выбор способа эндоскопического протезирования бластоматозных поражений пищевода, кардии и пищеводных анастомозов саморасправляющимися стентами / Э.А. Годжелло, М.В. Хрусталева, Ю.И. Галлингер, В.Б. Пермяков // Вестн. хирургич. гастроэнтерол. – 2011. – № 2. – С. 14–24.
121. Горелова, Л. Е. Государственная реформа высшего медицинского образования в России 40–60-х годов XIX века и ее роль в утверждении приоритета университетской подготовки врачебных кадров / Л.Е. Горелова / Становление государственной медицины в России (XVIII–XX вв.). – Матер. междунар. конф. 14 декабря 2012 г. – М., 2012. – С. 80–81.

122. Греков, И. И. Демонстрация больного с искусственным пищеводом / И.И. Греков // Врачебная газета.– 1917.– Т. 24.– № 6.– С. 100–103.
123. Греков, И. И. К вопросу о лечении сужений пищевода, особенно рубцовых. Операции Гальперн-Жиану и Ру-Герцена (Случай операции Ру-Герцена с 6-летним результатом) / И.И. Греков // Вестн. хирургии.– 1922.– Кн. 3.– № 1.– С. 109–122.
124. Григорьев, А. В. Образование искусственного пищевода по способу проф. Гальперна / А.В. Григорьев // Врачеб. дело.– 1926.– № 4.– С. 400–402.
125. Григорьев, М. С. Интратрахеальный наркоз в грудной хирургии / М. С. Григорьев, М. Н. Аничков.– Л: Медицина, 1948.– 92 с.
126. Гринштейн, В. М. О рубцовых сужениях пищевода, их распознавании и лечении / В.М. Гринштейн.– Работы Госпитальной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова.– Т. VIII.– М., 1909.– 112 с.: ил.
127. Гудов, В. Ф. Разрешение проблемы соединения кровеносных сосудов механическим способом / В.Ф. Гудов: Дисс. ... канд. технич. наук.– М., 1951.– 257 с.
128. Гукасян, А. А. Клиника и хирургическое лечение доброкачественных опухолей и кист пищевода / А.А. Гукасян: Дисс. ... канд. мед. наук.– М., 1964.– 236 с.
129. Гуревич, Н. И. Из истории «Обуховской» хирургической школы / Н.И. Гуревич // Хирургия.– 1946.– № 4.– С. 56–62.
130. Давыдов, М. И. Актуальные вопросы лимфодиссекции у больных раком грудного отдела пищевода / М.И. Давыдов и др. // Совр. онкология.– 2000.– Т. 2.– № 1.– С. 15–22.
131. Давыдов, М. И. Внутривисцеральная толстокишечная пластика в хирургии рака пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди, В.Ю. Бохян, А.А. Степанов.– Приоритетные направления противораковой борьбы в России. – Екатеринбург, 2001. – С. 221–223.

132. Давыдов, М. И. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза / М.И. Давыдов, И.Н. Туркин, И.С. Стилиди и др. // Вестн. РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина.— 2003.— № 1.— С. 82–88.
133. Давыдов, М. И. Этюды онкохирургии. Актовая лекция / М.И. Давыдов.— М., 2007.— 54 с.: ил.
134. Давыдов, М. И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. — М., 2007.— 388 с.: ил.
135. Даурова, Т. Т. Аллопластика пищевода / Т.Т. Даурова // Эксперим. хирургия.— 1958.— № 6.— С. 7–11.
136. Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Биографический словарь 1758–2008 гг. / Ред.: М.А. Пальцев, А.М. Сточик, С.Н. Затравкин.— М.: Шико, 2008.— 654 с.: ил.
137. Добромыслов, В. Д. Случай иссечения куска из пищевода, в грудном его отделе, по чрезлегочно-плевному способу (Предварительное сообщение) / В.Д. Добромыслов // Врач.— 1900.— Т. 21.— № 28.— С. 846–849.
138. Добромыслов, В. Д. К вопросу о резекции пищевода в грудном его отделе по чрезплевральному способу (Экспериментальное исследование) / В.Д. Добромыслов // Рус. хир. архив.— 1903.— Кн. 4.— С. 590–608.
139. Домрачев, С. А. Одномоментная пластика пищевода без использования компонентов донорской крови / С.А. Домрачев и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.— 2002.— № 12.— С. 26–29.
140. Домрачев, С. А. Методы бескровной хирургии при выполнении операций на органах пищеварительной системы / С.А. Домрачев, В.Б. Хватов, М.А. Чиников // Вестник службы крови.— 2004.— №4.— С. 31–39.
141. Дробязгин, Е. А. Диагностика, профилактика и лечение болезней искусственного пищевода / Е.А. Дробязгин: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— Новосибирск, 2011.— 44 с.

142. Дубинин, Н. П. Научная школа / Н.П. Дубинин: Школы в науке / Ред: С. Р. Микулинский, М. Г. Ярошевский, Г. Крёбер, Г. Штейнер. – М.: Наука, 1977. – С. 153–155.
143. Дурлештер, В. М. Новые принципы хирургического лечения ахалазии пищевода / В.М. Дурлештер. – Тез. Докл. 2-ой Российской гастроэнтерологической недели, 7–13 декабря 1996 г. – М., 1996. – С. 3.
144. Дьяконов, П. И. и др. Отчет о деятельности хирургической клиники Иверской общины сестер милосердия в Москве от 15 октября 1896 по 31 декабря 1898 г. / П.И. Дьяконов, Ф.А. Рейн, Г.И. Волынцев, А.А. Дешин. – М.: Т-во Скоропечатня А.А. Левинсон, 1899. – 284 с.: ил.
145. Дьяконов, П. И. 3-й обзор научной деятельности Госпитальной хирургической клиники Императорского Московского университета с 1 сентября 1904 по 1 мая 1905 г. / Работы госпитальной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова. – Т. VII. – М., 1905. – 148 с.
146. Дьяконов, П. И. 5-й обзор научной деятельности Госпитальной хирургической клиники Императорского Московского университета с 1 сентября 1906 по 1 мая 1907 г. / Работы госпитальной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова. – Т. XII. – М., 1907. – 152 с.
147. Егорышева, И. В. П.И. Дьяконов – выдающийся русский хирург и общественный деятель / И.В. Егорышева. – 2-й съезд врачей неотложной медицины: Материалы съезда. – М., 2013. – С. 37.
148. Еланский, Н. Н. К вопросу о лечении рака пищевода и кардии / Н. Н. Еланский, В. Е. Млынчик. – Тр. VI пленума правления Всесоюзн. о-ва хирургов, Ленинград, 22–24 ноября 1956 г. – Ленинград, 1957. – С. 80–85.
149. Еланский, Н. Н. Некоторые вопросы диагностики и хирургического лечения рака пищевода и кардии / Н.Н. Еланский, О.С. Шкроб, В.Г. Рябцев, В.Е. Млынчик // Хирургия. – 1962. – № 7. – С. 37–43.
150. Емельянов, С. С. Создание добавочной артериальной аркады как метод усиления кровоснабжения толстокишечного трансплантата при тоталь-

- ной эзофагопластике / С.С. Емельянов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1970.— 30 с.
151. Емельянов, С. И. Первый опыт выполнения торакоскопической экстирпации пищевода при раке / С.И. Емельянов, А.М. Сдвижнев, И.Е. Хатьков и др. // Эндоскопич. хирургия.— 2000.— № 6.— С. 59–60.
 152. Еремеев, Н. И. Создание пищевода в переднем средостении / Н.И. Еремеев // Хирургия.— 1951.— № 11.— С. 25–28.
 153. Жбанков, Д. Н. Итоги земской медицины / Д.Н. Жбанков // Врач.— 1894.— № 18.— С. 513–519; № 19.— С. 546–551.
 154. Жмур, В. А. Операции на пищеводе / Клинические очерки оперативной хирургии (по матер. хирургич. клиники им. акад. С. И. Спасокукоцкого). 2-е изд-е / Ред.: А.Н. Бакулев.— М.: Медгиз, 1954.— С. 165–168.
 155. Жоров, И. С. Николай Иванович Пирогов — основоположник обезболивания в России (К 140-летию со дня рождения Н.И. Пирогова) / И.С. Жоров // Хирургия.— 1951.— № 1.— С. 6–17.
 156. Жоров, И. С. Общее обезболивание в хирургии. Руководство для анестезиологов и хирургов / И.С. Жоров.— М.: Медгиз, 1959.— 486 с.: ил.
 157. Задорожный, А. А. Хирург А. Г. Савиных (1888–1963) / А.А. Задорожный, Ф.Ф. Сакс. — Томск, 1996. — 230 с.: ил.
 158. Задорожный, А. А. История формирования госпитальной хирургической клиники в Томске и роль А.Г. Савиных в создании онкологической службы в Сибири / А.А. Задорожный, П.Г. Байдала.— Томск, 2008.— 264 с.: ил.
 159. Зайцев, А. Н. О хирургическом лечении кардиоспазма / А.Н. Зайцев // Вестн. хирургии.— 1958.— Т.— № 5.— С. 39–42.
 160. Захаров, Е. И. Одномоментная резекция средней трети пищевода с внутригрудным анастомозом / Е.И. Захаров // Военно-медицинский журнал.— 1952.— № 7. — С. 14–18.
 161. Захаров, Е. И. Перемещение кардии при ее доброкачественном сужении / Е.И. Захаров // Нов. хир. арх.— 1957.— № 4.— С. 27–35.

162. Здравоохранение в Советской России / Сборник статей к съезду Советов с предисл. Народного комиссара по Здравоохранению тов. Н. Семашко.— М.: Медгиз, 1919.— 28 с.
163. Здравоохранение России XX век / Ред.: Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровский, О.П. Щепин.— М.: Гэотар-Медиа, 2001.— 320 с.
164. Зиверт, К. Н. Спазм и стеноз кардии / К.Н. Зиверт.— Труды XXVII Всесоюзного съезда хирургов / Москва, 23–28 мая 1960 г.— М.: Медгиз, 1962.— С. 182–186.
165. Зильбер, А. П. Кровопотеря и гемотрансфузия. Принципы и методы бескровной хирургии / А.П. Зильбер. — Петрозаводск: Изд. ПетрГУ, 1999. — 120 с.: ил.
166. Зубарев, П. Н. Гемодинамика и функция желудочных трансплантатов при одномоментной эзофагогастропластике / П.Н. Зубарев, Л.Н. Бисенков, М.Э. Кобак.— Пластика пищевода: Тез. Всесоюзн. симпозиума, Москва, 2–3 декабря 1991 г., М., 1991. — С. 44–46.
167. Зубарев, П. Н. Хирургические болезни пищевода и кардии: Руководство для врачей / П.Н. Зубарев, В.М.. Трофимов. — СПб., 2005.— 208 с.: ил.
168. Иванов, П. А. Эзофагопластика трубкой из большой кривизны желудка на этапах комбинированного и хирургического лечения рака грудного отдела пищевода / П.А. Иванов: Дисс. ... докт. мед. наук.— М., 1989.— 421 с.
169. Из отчета о деятельности Общества морских врачей в Николаеве за 1880–1881 годы // Медицинские прибавления к Морскому сборнику: январь 1883 г.— СПб: Тип. Морского министерства, 1883.— С. 55.
170. Кабанова, С. А. Научная школа академика Б. В. Петровского / С.А. Кабанова.— М.: РНЦХ РАМН, 2001.— 216 с.: ил.
171. Кабанова, С. А. Роль научной школы академика Б. В. Петровского в развитии хирургии пищевода в России / С. А. Кабанова, В. И. Соколов // Хирургия.— 2000.— № 7. — С. 67–69.
172. Кабанова, С. А. Научная школа академика Б.В. Петровского: мировые приоритеты 2-ой половины XX столетия / С.А. Кабанова, П.М. Бого-

- польский, Л.В. Захарьянц, Е.В. Рогачкова.— Сб. докл. 41-го Международного конгресса историков медицины.— Мексика, Мехико, сентябрь, 2008.— Т. 3.— С. 145 – 150.
173. Казанский, В. И. Чрезплевральные сечения заднего средостения / В.И. Казанский.— Вопросы грудной хирургии / Юбил. сб. науч. работ, посвящ. 60-летию Б.Э. Линберг.— М.: Медгиз, 1946.— С. 118–129.
174. Казанский, В. И. Чрезплевральная резекция пищевода при раке / В.И. Казанский.— М.: Медгиз, 1948.— 104 с.: ил.
175. Казанский, В. И. Чрезплевральная резекция грудного отдела пищевода при раке / В.И. Казанский.— М.: Медгиз.— 1951.— 220 с.: ил.
176. Казанский, В. И. 10-летний опыт хирургических вмешательств при раке пищевода и кардии / В.И. Казанский, Е.О. Ковалевский, К.А. Макарова // Хирургия.— 1956.— № 11.— С. 25–33.
177. Казанский, В. И. Хирургия рака пищевода / В.И. Казанский.— М.: Медицина, 1973.— 344 с.: ил.
178. Калинина, Т. В. Разработка и клиническое применение сшивающих аппаратов для анастомозов пищеварительного тракта / Т.В. Калинина.— Хирургические сшивающие аппараты. Тр. ВНИИЭХАиИ. Вып. VII.— М., 1967.— С. 71–85.
179. Каневский, Л. О. Основные черты развития медицины в России в период капитализма (1861–1917) / Л.О. Каневский, Е.И. Лотова, Х.И. Идельчик.— М.: Медгиз, 1956.— 194 с.: ил.
180. Каншин, Н. Н. Желудочно-пищеводный рефлюкс и его клиническое значение / Н.Н. Каншин // Хирургия.— 1962.— № 1.— С. 137–142.
181. Каншин, Н. Н. Хирургическое лечение короткого пищевода первой степени. Предварительное сообщение / Н.Н. Каншин // Клинич. хирургия.— 1962.— № 2.— С. 12–15.
182. Каншин, Н. Н. Диагностика и хирургическое лечение осложненных и сочетанных форм скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы / Н.Н. Каншин: Дисс. ... докт. мед. наук.— М., 1967. — 469 с.: ил.

183. Каншин, Н. Н. Поэтапная мобилизация с краниальным перемещением кишечного комплекса при тотальной эзофагопластике из правой половины толстой кишки / Н.Н. Каншин, А.А. Травин, И.В. Колташов, С.И. Яковлев // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.– 1980.– Т. 124.– № 6.– С. 60–64.
184. Катрич, А. Н. О российских научных приоритетах в хирургии пищевода / А. Н. Катрич, Д. А. Балалыкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007.– № 5.– С. 82–84.
185. Кацман, А. А. Случай антеторакальной пластики пищевода с двухгодичной давностью после операции (демонстрация больной) / А.А. Кацман.– XXI съезд росс. хирургов, Ленинград, 5–9 июня 1929 г.– М., 1930.– С. 274–279.
186. Киладзе, М. А. Реконструкция шейного отдела пищевода свободным реваскуляризированным сегментом тощей кишки с применением микрохирургической техники / М.А. Киладзе, П.П. Кей // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1990.– № 3.– С. 6–9.
187. Кирпатовский, И. Д. Пористые и непористые протезы при аллопластике пищевода / И.Д. Кирпатовский, В.П. Кулик // Хирургия.– 1960.– № 11.– С. 112–117.
188. Клещевникова, В. П. Резекция грудного отдела пищевода по поводу рака с пластикой желудочной трубкой, помещенной в заднее средостение / В.П. Клещевникова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1961.– № 10.– С. 153–154.
189. Кнопов, М. Ш. Профессор Б.Э. Линберг. К 120-летию со дня рождения / М.Ш. Кнопов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2005.– № 4.– С. 69–72.
190. Кнопов, М. Ш. Петр Александрович Герцен. К 140-летию со дня рождения / М.Ш. Кнопов, В.К. Тарануха // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 2011.– №. 5– С. 78–80.

191. Коваленко, П. П. Восстановление пищевода при рубцовых сужениях / П.П. Коваленко, В.С. Степанов, Г.И. Чепурной.– Ростов-на-Дону, 1970.– 160 с.: ил.
192. Коваленко, П. П. Сравнительная оценка операций при ахалазии пищевода / П. П. Коваленко, Г. И. Чепурной // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1972.– № 11.– С. 27–32.
193. Козовенко, М. Н. Трудные годы в жизни Сергея Петровича Федорова / М.Н. Козовенко, Е.И. Зайцев, И.А. Ерюхин // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.– 1998.–Т. 157. – № 2. – С. 111–115.
194. Козовенко М. Н. Профессор Сергей Петрович Федоров (штрихи к портрету) / М.Н. Козовенко. – СПб: Изд-е Воен.-мед. акад., 2000. – 47 с.
195. Колесов, А. П. Некоторые нерешенные вопросы хирургии пищевода / А.П. Колесов и др. // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1968.– Т. 101.– № 8.– С. 150.
196. Колесов, В. И. Хирургические школы Петербурга-Петрограда-Ленинграда / В.И. Колесов // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.– 1957.– Т. 78.– № 6.– С. 7–14.
197. Колесов, В. И. Способ создания антеторакального искусственного пищевода с наложением сосудистых анастомозов / В.И. Колесов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1966.– № 1.– С. 107–113.
198. Колесов, Е. В. Замещение дефектов пищевода консервированной аортой / Е.В. Колесов.– Вопр. хир. сердца, легких и брюш. полости.– Л., 1960.– С. 402–412.
199. Коломийченко, М. И. К оценке хирургических методов лечения кардиоспазма / М.И. Коломийченко.– Тр. XXVII Всесоюзного съезда хирургов / Москва, 23–28 мая 1960 г.– М.: Медгиз, 1962.– С. 175–182.
200. Колченогов, П. Д. Два приема, улучшающие технику и исходы антеторакальной пластики пищевода по Ру-Герцену / П.Д. Колченогов // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.– 1956.– Т. 77.– № 3.– С. 79–83.

201. Комаров, Б. Д. Повреждения пищевода / Б.Д. Комаров, Н.Н. Каншин, М.М. Абакумов.– М.: Медицина, 1981.– 175 с.: ил.
202. Константинов, Б. А. Прогноз и перспективы развития хирургии в XXI веке / Б.А. Константинов, Н.О. Миланов, С.А. Кабанова, И.В. Богорад // Вестник РАМН.– 2002.– № 5.– С. 3–7.
203. Королев, Б. А. Эзофагогастроанастомоз (операция Гейровского) при кардиоспазме / Б.А. Королев.– Горький: Изд-е Горьковского мединститута, 1942.– 100 с.: ил.
204. Королев, Б. А. Резекция грудного отдела пищевода при раке с одномоментным внутригрудным анастомозом / Б.А. Королев // Хирургия.– 1959.– № 11.– С. 3–10.
205. Королев, Б. А. Нижегородская хирургия. Истоки. Страницы истории. Люди / Б.А. Королев.– Нижний Новгород, 2004.– 270 с.: ил.
206. Коростелев, Н. Б. Некрополь медицинского факультета Московского университета / Н.Б. Коростелев.– М., 1998.– 246 с.
207. Корчак, А. М. Ошибки, опасности, осложнения в хирургическом лечении рака пищевода / А.М. Корчак: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.– М., 1988.– 44 с.
208. Кочергин, И. Г. Докторские диссертации по медицине за 1941–1945 гг.: Вып. 1–2 / И.Г. Кочергин.– М.: Медгиз, 1947–1949.– 276 с.
209. Крамаренко, Е. Ю. Выступление в прениях по докладам о проблеме искусственного пищевода / Е.Ю. Крамаренко.– XVIII съезд российских хирургов, Москва, 27–30 мая 1926 г.– М., 1928.– С. 182.
210. Кролевец, И. П. Загрудинная пластика при раке и рубцовой непроходимости пищевода / И. П. Кролевец, А. Н. Кабанов, Ю. Б. Кривоногов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1969.– № 9.– С. 36
211. Кролевец, И. П. Повторные операции на искусственном пищеводе / И.П. Кролевец, В. В. Павлов, Ю. Б. Кривоногов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1972.– № 10.– С. 32–36.

212. Кролевец, И. П. Заднемедиастинальная эзофагогастропластика в хирургии пищевода / И. П. Кролевец, Д. И. Демин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.— 1996.— № 6.— С. 9–12.
213. Крузенштерн, Н. Н. Исследование о раке пищевода / Н.Н. Крузенштерн: Дисс. докт.— СПб, 1885.— 78 с.
214. Кузин, Н. М. Торакоскопическая резекция пищевода по поводу рака его нижнегрудного отдела / Н.М. Кузин, В.В. Сафронов, С.Б. Кашеваров и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.— 1999.— № 6.— С. 66–67.
215. Кузьмин, В. Ю. Власть, общество и земская медицина (1864–1917 гг.) В.Ю. Кузьмин.— Самара, 2003.— 391 с.
216. Кукош, В. И. Опыт чреплевральных и чрезбрюшинных операций по поводу рака кардиального отдела желудка и пищевода с применением ручного и механического шва / В.И. Кукош, Т.Н. Михайлова, Е.М. Бударина.— Избранные вопросы грудной и абдоминальной хирургии.— Горький, 1965.— С. 137–145.
217. Кукош, В. И. Эзофагокардиогастропластика при функциональной непроходимости кардии / В.И. Кукош, А.А. Чернявский // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.— 1971.— № 12.— С. 51–55.
218. Куприянов, П. А. Операции на органах груди / П.А. Куприянов, М.С. Григорьев, А.П. Колесов.— Л.: Медицина, 1960.— 292 с.: ил.
219. Курбатов, И. Я. Об искусственном пути в желудок животных (gastrostomia) / И.Я. Курбатов.— Дисс. докт.— М., 1879.— 85 с.
220. Кутушев, Ф. Х. Пластика пищевода петлей толстой кишки у ребенка 4 ½ лет. Демонстрация / Протокол заседания Хирургического общества им. Н. И. Пирогова. 1167-е заседание 18/I 1956 г. / Ф.Х. Кутушев // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.— 1956.— Т. 77.— № 10.— С. 143–144.
221. Лазеры в хирургии / Ред.: О.К. Скобелкин. — М.: Медицина, 1989.— 312 с.: ил.

222. Лалетин, В. Г. Эндохирургическое лечение опухолей пищевода и желудка / В.Г. Лалетин, В.В. Двориченко, А.В. Белоногов.— Новосибирск: Наука, 2007.— 140 с.: ил.
223. Левит, В. С. К хирургии кардиальной части желудка.—XX съезд российских хирургов / В.С. Левит.— Москва, 26–30 мая 1928 г.— Труды.— М., 1929.— С. 210–215.
224. Линберг, Б. Э. Очередные вопросы грудной хирургии / Вопр. грудной хирургии: Юбил. сб. науч. работ, посвящ. проф. Б.Э. Линберг.— М.: Медгиз, 1946.— С. 13–24.
225. Линберг, Б. Э. Удаление пищевода по поводу рака / Б.Э. Линберг // Сов. медицина.— 1948.— № 2.— С. 13–15.
226. Лисицын, Ю. П. Вопросы периодизации истории медицины / Ю.П. Лисицын.— М., 1958.— 40 с.
227. Лишов, Е. В. Хирургическое лечение сочетанных химических ожогов верхних отделов пищеварительного тракта / Е.В. Лишов.— Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.— Кемерово, 2000.— 44 с.
228. Лукомский, Г. И. Пластика пищевода и глотки свободным реваскуляризированным и перемещенным фрагментом сигмовидной кишки / Г.И. Лукомский, Ю.А. Моисеев // Хирургия пищевода и легких: Тез. докл. расшир. пленума проблемной комиссии «Грудная хирургия».— Кемерово, 1987.— С. 42–43.
229. Любомудров, С. Н. К вопросу об антеторакальной пластике пищевода с включением глотки / С.Н. Любомудров // Хирургия.— 1949.— № 10.— С. 64–65.
230. Малиновский Н. Н. О хирургическом лечении доброкачественных опухолей пищевода / Н.Н. Малиновский // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.— 1954.— Т. 74.— № 5.— С. 74–76.
231. Мамонтов, А. С. Комбинированное лучевое и хирургическое лечение рака средней трети пищевода / А.С. Мамонтов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— М., 1979.— 40 с.

232. Мамонтов, А. С. Оптимизация лимфодиссекции при хирургическом лечении больных раком грудного отдела пищевода / А.С. Мамонтов, В.Г. Верещагин. – М., 2003. – 15 с.
233. Мандельберг, Л. Е. Иссечение участка пищевода, предварительное наложение желудочного свища, эзофагопластика / Л.Е. Мандельберг // Рус. хир. арх. – 1903. – Кн. 4. – № 5. – С. 609–618.
234. Мареев, Ю. С. Метод формирования желудочной трубки из большой кривизны с помощью сшивающих аппаратов УКЛ-60 и УО-60 / Ю.С. Мареев, Ю.А. Гондин, Н.А. Гвоздев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1975. – № 9. – С. 43–46.
235. Марийко, В. А. Торакоскопическая экстирпация пищевода при рубцовых стенозах / В.А. Марийко, В.В. Гаврилов, В.С. Нечай // Эндоскопич. хирургия. – 1999. – № 2. – С. 40.
236. Марийко, В. А. Видеоторакоскопическая эзофагэктомия при раке пищевода / В.А. Марийко, В.С. Нечай, В.В. Гаврилов // Эндоскоп. хир. – 2002. – № 3. – С. 32.
237. Масюкова, Е. М. Заболевания искусственного пищевода / Е.М. Масюкова, А.А. Задорожный, П.Г. Байдала, Е.В. Белоусов // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 1983. – № 11. – С. 24–28.
238. Махов, Н. И. К хирургии пищевода / Н.И. Махов. – Вопр. грудной хирургии / Юбил. сб. науч работ, посвящ. проф. Б.Э. Линберг. – М.: Медгиз, 1946. – С. 130–137.
239. Мацнева Модифікація операції Roux (штучний стравохід) у зв'язку з жильною плястикою // Укр. мед. вісті. – 1929. – № 7–10. – С. 570–574.
240. Мачабели, А. Н. Загрудинная пластика пищевода из толстой кишки / А.Н. Мачабели // Хирургия. – 1957. – № 4. – С. 98–106.
241. Маянц, И. А. К вопросу об оперативном удалении инородных тел грудной части пищевода при невозможности удаления их путем эзофагоскопии / И.А. Маянц // Журн. совр. хирургии. – 1926. – Т. I. – Вып. 3–4. – С. 247–255.

242. Мгалоблишвили, И. С. Создание искусственного пищевода из толстой кишки путем одномоментной операции / И.С. Мгалоблишвили // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.– 1956.– Т. 77.– № 4.– С. 119–122.
243. Мгалоблишвили, И. С. О резекции пищевода при раке с предварительной антеторакальной пластикой / И.С. Мгалоблишвили // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.– 1957.– Т. 78.– № 6.– С. 112–114.
244. Международный съезд врачей XII, Москва, 1897.– М.: Издание Чеховского, 1899.– 112 с.: ил.
245. Меклер, С. С. Десять лет с искусственным пищеводом (К вопросу об антеторакальной пластике пищевода и ее отдаленных результатах) / С.С. Меклер // Хирургия.– 1938.– № 11.– С. 115–118.
246. Мельников, А. В. О резекции грудного отдела пищевода // Вестн. хир. и пограничн. областей. – 1922.– Т. 1.– Кн. 3.– С. 67–100.
247. Мельников, А. В. Итоги русской хирургии за последние 25 лет / Доклад на торжественном заседании I съезда хирургов Украины 14 сентября 1926 г. в Одессе / А.В. Мельников.– Л.: Изд-е Рус. хирургич. о-ва Пирогова, 1928.– 42 с.
248. Мельников, А. В. О кардиоспазме (анатомо-механические и функциональные причины непроходимости пищевода) / А.В. Мельников // Новый хир. архив.– 1931. – Т. 23.– № 3–4.– С. 548–574.
249. Мельникова, В. П. Аллопластика шейного отдела пищевода в эксперименте / В.П. Мельникова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1958.– Т. 80.– № 2.– С. 12–20.
250. Миланов, Н. А. Микрохирургия в стране. Тридцать лет пути / Н.А. Миланов.– М., 2003.– 24 с.
251. Милонов, Б. В. Опыт чресплевральных операций на пищеводе / Б.В. Милонов // Хирургия.– 1954.– № 6.– С. 15–21.
252. Мирошников, Б. И. Хирургия рака пищевода / Б. И. Мирошников, К.М. Лебединский.– СПб., 2002.– 304 с.: ил.

253. Мирошников, Б. И. Пластика пищевода / Б.И. Мирошников, Г.Н. Горбунов, А.П. Иванов.— СПб: Элби, 2012.— 368 с.: ил.
254. Мирский, М. Б. Из истории высшего медицинского образования и подготовки врачей-хирургов в России в XVIII веке / Из истории медицины. Сборник статей / М.Б. Мирский.— Рига: ЛМА, 1990.— С. 36–46.
255. Мирский, М. Б. Медицина России XVI–XIX веков / М.Б. Мирский. — М., 1996.— 400 с.: ил.
256. Мирский, М. Б. Академик Борис Васильевич Петровский – выдающийся хирург и организатор здравоохранения (к 100-летию со дня рождения) / М.Б. Мирский, С.А. Кабанова, П.М. Богопольский, Л.В. Захарьянц // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2008.— № 4.— С. 55–59.
257. Мирский, Э. М. Естественнонаучная школа в системе научной деятельности / Школы в науке / Ред: С. Р. Микулинский, М. Г. Ярошевский, Г. Крёбер, Г. Штейнер.— М.: Наука, 1977.— С. 161–181.
258. Млынчик, В. Е. Оперативное лечение рака пищевода и кардии по материалам факультетской хирургической клиники имени Н.Н. Бурденко / В.Е. Млынчик.— Дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1961.— 397 с.: табл., ил.
259. Монастырский, Н. Д. Застрявшая в пищеводе кость; эзофаготомия; выздоровление / Н.Д. Монастырский // Еженед. клинич. газета.— 1881.— № 38.— С. 653–659.
260. Монастырский, Н. Д. К вопросу о лечении рубцовых сужений пищевых путей токсического происхождения / Н.Д. Монастырский // Еженед. клинич. газета.— 1883.— № 9.— С. 129–138.
261. Морозов, Д. С. Анатомия пищевода и к учению о раковом сужении этого органа и его лечению катетеризацией, электролизом и гастростомией / Д.С. Морозов: Дисс. докт. мед.— СПб, 1887.— 90 с.
262. Мумладзе, Р. Б. Тотальная эзофагопластика фрагментами правой половины толстой кишки при стриктурах пищевода / Р. Б. Мумладзе, А. А. Бакиров // Анналы хирургии.— 2000.— № 5.— С. 17–20.

263. Насилов, И. И. Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди (Oesophagotomia et resectio oesophagi endothoracica) / И.И. Насилов // Врач.— 1888.— Т. 9.— № 25.— С. 481–482.
264. Нечаев, А. А. Очерки по истории Обуховской больницы / А.А. Нечаев.— Л.: ВМА, 1952.— 240 с.: ил.
265. Николаев, Н. О. Заболевания оперированного пищевода / Н.О. Николаев: Дисс. ... докт. мед. наук.— М., 1972.— 430 с.
266. Нисневич, Л. М. К вопросу о лечении рака пищевода (По данным Института для лечения опухолей 1-го Московского университета) / Л.М. Нисневич // Новая хирургия.— 1925.— № 6.— С. 801–804.
267. Новосельский, С. А. Очерк статистики населения, заболеваемости и медицинской помощи в России / С.А. Новосельский.— СПб, 1912.— 40 с.
268. Озолинг, А. Ю. К казуистике непроходимых рубцовых сужений пищевода на почве ожога едкой щелочью / А.Ю. Озолинг // Нов. хир. архив.— 1925.— Т. 8.— Кн. 1.— С. 28–34.
269. Околов, В. Л. История русской хирургии в персоналиях (1722–1922 гг.) / В.Л. Околов.— Тюмень, 1995.— 224 с.: ил.
270. Околов, В. Л. Крупнейшие хирурги России / В. Л. Околов, Э. А. Восканян.— Пятигорск, 1997.— 200 с.: ил.
271. Оноприев, В. И. Способ хирургического лечения ахалазии пищевода / В. И. Оноприев, В. М. Дурлештер. — Патент РФ № 2143234 от 24.12.1996 г. Опубликовано 27.12.1999 г.
272. Оппель, В. А. История русской хирургии (краткий очерк) / В.А. Оппель.— Вологда, 1923.— 220 с.
273. Организация отделений грудной хирургии / Проблемы грудной хирургии.— М.: Медгиз, 1956.— С. 203–207.
274. Осипов, Б. К. 3000 операций на органах грудной полости под местной анестезией / Б.К. Осипов // Хирургия.— 1958.— № 6.— С. 33–38.
275. Оскретков, В. И. Видеоторакоскопическая экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой у больных рубцовым стенозом пище-

- вода / В.И. Оскретков, А.Г. Климов, В.А. Ганков, В.М. Казарян // Эндо-скоп хир. – 1999.– № 2.– С. 46.
276. Павлов-Сильванский, В. Н. К вопросу о раке пищевода и его лечении.– Работы госпитальной хирургической клиники П.И. Дьяконова.– Т. VI.– М., 1906.– 138 с.
277. Панников, П. А. Демонстрация больной после денервации желудка 14-летней давности / П.А. Панников // Хирургия.– 1948.– № 7.– С. 93–94.
278. Панфилова, В. Ф. О некоторых функциональных изменениях в организме до и после включения желудка при тонкокишечной пластике пищевода / В.Ф. Панфилова: Автореф. дисс. ... к. м. н.– М., 1965.– 18 с.
279. Панченков, Р. Т. Новые методы чрезплевральных обходных (паллиативных) операций при раках пищевода / Р.Т. Панченков.– Центр. клинич. больница МПС: Сб. науч. трудов.– М., 1948.– Т. 1.– С. 557–68.
280. Папко, Г. Ф. С.П. Федоров и его роль в развитии русской хирургии / Г.Ф. Папков // Хирургия.– 1960.– № 2.– С. 130–135.
281. Перельман, М. И. Паллиативные и радикальные операции у больных с приобретенными пищеводно-трахеальными и пищеводно-бронхиальными свищами / М.И. Перельман, Э.Н. Ванцян, Д.М. Багиров // Грудная хирургия.– 1968.– № 3.– С. 108–115.
282. Петерсон, Б. Е. Анастомозы при гастрэктомии и резекции пищевода / Б.Е. Петерсон.– М.: Медгиз, 1962.– 168 с.: ил.
283. Петерсон, Б. Е. Результаты лечения рака пищевода / Б. Е. Петерсон, В.Н. Летягин, И. Д. Васильева // Хирургия.– 1976.– № 4.– С. 12–18.
284. Петерсон, Б. Е. Метод одноэтапной резекции пищевода и кардии при раке с эзофагопластикой изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка и отсроченным внеполостным анастомозом / Б.Е. Петерсон, В.И. Чиссов, А.С. Мамонтов, И.Н. Павлов.– Тр. XXX Всесоюзн. съезда хирургов, Минск, 2–6 июня 1981 г.– Минск: Вышэйшая школа, 1983.– С. 282–284.

285. Петерсон, С. Б. Место эндовидеохирургии в диагностике и лечении рака пищевода / С.Б. Петерсон, А.С. Мамонтов, С.М. Чудных // Эндо-скопич. хирургия.– 2002.– № 6.– С. 53–55.
286. Петров, Б. А. Новый способ добавочной мобилизации тонкой кишки для искусственного пищевода / Б.А. Петров, Г.Р. Хундадзе // Хирургия.– 1950.– № 1.– С. 57–66.
287. Петров, Б. А. Отдаленные результаты при радикальной операции рака пищевода и кардии / Б.А. Петров.– Тр. VI пленума правления Всесоюзн. о-ва хирургов 22–24 ноября 1956 г. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии.– Л., 1957.– С. 66–71.
288. Петров, Б. А. Искусственный пищевод из тонкой и толстой кишки / Б.А. Петров, А.П. Сытник.– М.: Медицина, 1972.– 184 с.: ил.
289. Петров, Б. Д. Очерки истории отечественной медицины / Б.Д. Петров.– М.: Медгиз, 1962.– 303 с.: ил.
290. Петров, Н. Н. Мои советы молодым ученым-хирургам / Н.Н. Петров // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.– 1956.– Т. 77.– № 1.– С. 7–9.
291. Петрова, Н. П. Сосудосшивающие аппараты при восстановительных операциях на кровеносных сосудах / Н.П. Петрова: Дисс. ... докт. мед. наук.– М., 1966.– 596 с.
292. Петрова, Н. П. Применение сосудосшивающих аппаратов в клинической практике / Н.П. Петрова.– Хирургические сшивающие аппараты. Труды ВНИИЭХАиИ. – Вып. VII.– М., 1967.– С. 56–64.
293. Петровский, Б. В. Внутривисцеральная резекция пищевода и кардии при раке / Академия мед. наук СССР. Рефераты научно-иссл. работ за 1946 г. – Вып. 2.– М.: 1947.– С. 109–111.
294. Петровский, Б. В. Значение отечественных хирургических школ в развитии хирургии пищевода / Б.В. Петровский // Хирургия.– 1948.– № 9.– С. 28–35.
295. Петровский, Б. В. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии / Б.В. Петровский.– М.: Изд-во АМН СССР, 1950.– 172 с.: ил.

296. Петровский, Б. В. Хирургическое лечение доброкачественных сужений кардии и пищевода при помощи внутригрудных обходных анастомозов / Б.В. Петровский // Хирургия.— 1952.— № 5.— С. 43–45.
297. Петровский, Б. В. Применение диафрагмы при пластике в грудной хирургии / Б.В. Петровский // Хирургия.— 1952.— № 7.— С. 59–68.
298. Петровский, Б. В. Развитие проблемы хирургического лечения заболеваний грудного отдела пищевода и кардии в СССР / Б.В. Петровский // Хирургия.— 1953.— № 5.— С. 26–31.
299. Петровский, Б. В. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода / Б. В. Петровский, Т. А. Суворова // Нов. хир. арх.— 1956.— № 1.— С. 16–20.
300. Петровский, Б. В. Хирургическое лечение кардиоспазма / Б.В. Петровский.— Хирургия // 1957.— № 2.— С. 3–9.
301. Петровский, Б. В. Применение лоскутов диафрагмы для пластических целей в торакальной хирургии / Б.В. Петровский // Груд. хирургия.— 1959.— № 6.— С. 73–80.
302. Петровский, Б. В. Некоторые аспекты современной хирургии пищевода / Б.В. Петровский // Груд. хирургия.— 1960.— № 4.— С. 72.
303. Петровский, Б. В. О хирургическом лечении дивертикулов пищевода / Б. В. Петровский, Э. Н. Ванцян // Хирургия.— 1961.— № 6.— С. 3–8.
304. Петровский, Б. В. Кардиоспазм и его хирургическое лечение / Б.В. Петровский.— Труды XXVII Всесоюзного съезда хирургов / Москва, 23–28 мая 1960 г.— М.: Медгиз, 1962.— С. 162–173.
305. Петровский, Б. В. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы / Б.В. Петровский, Н.Н. Каншин // Хирургия.— 1962.— № 11.— С. 3–8.
306. Петровский, Б. В. Ошибки и опасности при хирургическом лечении кардиоспазма / Б. В. Петровский, О. Д. Федорова // Хирургия.— 1963. Журнал им. Н.И. Пирогова.— № 6.— С. 3–8.
307. Петровский, Б. В. Современное состояние хирургии пищевода / Б.В. Петровский // Хирургия.— 1964.— № 4.— С. 15–20.

308. Петровский, Б. В. (Ред.). Хирургия пищевода / Руководство по хирургии.— Т. VI.— Кн. 2.— Ч. 2.— М.: Медгиз, 1966.— С. 207–471.: ил.
309. Петровский, Б. В. Хирургия диафрагмы / Б.В. Петровский, Н.Н. Каншин, Н.О. Николаев.— Л.: Медицина, 1966.— 366 с.: ил.
310. Петровский, Б. В. Внутригрудное шунтирование средней трети пищевода сегментом толстой кишки при рубцовой стриктуре / Б. В. Петровский, Р. А. Тошаков // Клинич. медицина.— 1966.— Т. 44.— № 2.— С. 29–33.
311. Петровский, Б. В. Дивертикулы пищевода / Б.В. Петровский, Э.Н. Ванцян.— М.: Медицина, 1968.— 184 с.: ил.
312. Петровский, Б. В. Заболевания оперированного пищевода / Б.В. Петровский, Э.Н. Ванцян, Н.О. Николаев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.—1971.—№ 3.— С. 4–10.
313. Петровский, Б. В. Современное состояние хирургии пищевода / Б.В. Петровский, Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1985.— № 5.— С. 10–14.
314. Петровский, Б. В. Фундаментальные науки в хирургии. Актовая речь / Б.В. Петровский. — М., 1998.— 30 с.
315. Петровский, Б. В. Ни минуты боли, ни лишней капли крови у пациента / Б.В. Петровский.— Бескровная хирургия на пороге XXI века / Материалы международной научно-практической конференции, Москва, 17–18 марта 1999 г.— Москва, 2000.— С. 13–16.
316. Печатникова, Е. А. Анализ хирургического лечения рака пищевода по данным Института хирургии имени А.В. Вишневского АМН СССР / Е.А. Печатникова.— Вопр. грудной хирургии.— Т. 4.— Ч. 2.— Тр. 2-й Всесоюзн. конф. по грудной хирургии.— Москва, 20–25 июня 1949 г.— М.: Медгиз, 1952.— С. 215–216.
317. Пирогов, А. И. Эзофагопластика стеблем из большой кривизны желудка при раке / А.И. Пирогов, Ю.Я. Грицман, А.С. Мамонтов, В.А. Старченко // Грудная хирургия.— 1973.— № 4.— С. 54–59.

318. Пирогов, А. И. Антиперистальтическая эзофагогастропластика / А.И. Пирогов, С.Н. Неред. – Пластика пищевода: Тез. Всесоюзн. симпозиума 2–3 декабря 1991 г. – М., 1991. – С. 14–15.
319. Пирогов, Н. И. [Об анатомическом институте] 21 октября 1844 г. / Севастопольские письма и воспоминания / Н.И. Пирогов. – М.: Изд-во АН СССР, 1950. – С. 475.
320. Пирогов, Н. И. Наблюдения над действием эфирных паров как болеутоляющего средства в хирургических операциях / Н.И. Пирогов. – Записки по части врачебных наук Петербургской медико-хирургической академии. – 1847. – Кн. 2. – Ч. 1. – С. 1–74.
321. Пирогов, Н. И. Письма из Гейдельберга [I]. 5 апреля (24 марта) 1863 г. – Сочинения Н.И. Пирогова. – 2-е юбил. изд-е, значит. дополнен. – Т. I. – Киев: Изд-е Пироговского товарищества, 1914. – С. 526.
322. Пирогов, Н. И. Письмо к И.В. Гертенсону [II]. Село Вишня, 27 декабря 1880 г. / Н.И. Пирогов. – Автобиографические письма / Сочинения Н.И. Пирогова, 2-е юбил. изд-е, значит. дополнен. – Т. I. – Киев: Изд-во Пироговского Товарищества, 1914. – С. 935.
323. Пирогов, Н. И. Вопросы жизни. Дневник старого врача (юбилейное издание, посвященное 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова). – М.: Глагол, 2010. – 440 с.: ил.
324. Погодина, А. Н. Повторные хирургические вмешательства у больных с искусственным пищеводом / А.Н. Погодина, М.М. Абакумов // Пластика пищевода: Тез. Всесоюзн. симпозиума. Москва, 2–3 декабря 1981 г. – М.: ВНЦХ АМН СССР, 1983. – С. 27–28.
325. Погодина, А. Н. Диагностика и лечение сочетанных рубцовых поражений пищевода и желудка / А.Н. Погодина. – Хирургия пищевода и легких: Тез. докл. расшир. пленума проблемной комиссии, посвящ. памяти М.А. Подгорбунского. – Кемерово, 1987. – С. 60–62.

326. Погодина, А. Н. Клиника, диагностика и лечение повреждений пищевода и их последствий / А.Н. Погодина.— Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.— М., 1989.— 36 с.
327. Подгорбунский, М. А. Проникающие повреждения грудного отдела пищевода / М. А. Подгорбунский, Т. И. Шраер.— Кемерово, 1970.— 290 с.
328. Покотило, В. Л. Случай антеторакальной эзофагопластики (по Ру), прослеженной три года / В.Л. Покотило // Новый хирургич. архив.— 1926.— Т. X.— Кн. 1—2.— С. 358—362.
329. Покотило, В. Л. Второй случай законченной эзофагопластики (по Ру) / В.Л. Покотило // Одесский мед. журн.— 1928.— № 2.— С. 113—114.
330. Покотило, В. Л. XXI Всесоюзный съезд хирургов / В.Л. Покотило.— Ленинград, 5—9 июля 1929 г.— М., 1930.— С. 279.
331. Полянцев, А. А. Наш опыт хирургического лечения рака пищевода / А.А. Полянцев.— Вопр. грудной хирургии.— Тр. 1-ой Всесоюзн. конф. по грудной хир., Москва, 14—21 мая 1947 г. — Т. 3.— М.: Медгиз, 1949.— С. 208—212.
332. Полянцев, А. А. Новый способ внутригрудной пластики пищевода по поводу рубцовых стенозов его / А.А. Полянцев.— XII научная сессия Сталинградского мед. ин-та / Тез. докладов.— Сталинград, 1952.— С. 8—9.
333. Полянцев, А. А. Хирургическое лечение больных раком пищевода и кардии / А.А. Полянцев.— М.: Медгиз, 1954.— 244 с.: ил.
334. Полянцев А. А. Хирургическое лечение рака и доброкачественных стенозов пищевода / А.А. Полянцев.— Волгоград, 1960.— 492 с.: ил.
335. Попов, В. И. Образование искусственного пищевода из толстой кишки / В.И. Попов // Вестн. хир. им. И. И. Грекова.— 1957.— Т. 78.— № 6.— С. 15—23.
336. Попов, В. И. Об оперативном лечении рака пищевода высокой локализации / В.И. Попов, И.С. Мгалоблишвили.— Тр. VI пленума правления Всесоюзн. общества хирургов, Ленинград, 22—24 ноября 1956 г. / Хирургическое лечение рака пищевода и кардии.— Л., 1957.— С. 99—106.

337. Попов, В. И. Свободная пересадка кишки при резекциях пищевода / В.И. Попов, В.И. Филин // Вестн. хир. им. И. И. Грекова.– 1961.– Т. 87.– № 9.– С. 3–9.
338. Попов, В. И. Восстановительная хирургия пищевода / В.И. Попов, В.И. Филин. – Л.: Медицина, 1965.– 312 с.: ил.
339. Попов, Г. М. К вопросу о школах в науке / Г.М. Попов // Хирургия.– 1959.– № 7.– С. 145–146.
340. Попов, Е. Н. Пластика мышечным лоскутом на ножке при повреждениях шейной части пищевода // Хирургия.– 1966.– № 1.– С. 112–117.
341. Прокунин, А. П. К хирургическому лечению рака грудной части пищевода / А.П. Прокунин // Рус. хир. обозрение.– 1903.– Кн. 1.– С. 12–16.
342. Профессора Военно-медицинской (медико-хирургической) академии / Ред.: А. Б. Белевитин.– Изд-е 2-е.– СПб, 2008.– 616 с.: ил.
343. Рагимов, А. А. Инфузионно-трансфузионная терапия. Руководство / А.А. Рагимов, Г. Н. Щербакова. – М.: Гэотар-Медиа, 2010.– 240 с.
344. Радченко, Ю. А. Функциональные изменения органов пищеварения после резекции пищевода с сохранением блуждающих нервов / Ю.А. Радченко: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.– М., 1989.– 22 с.
345. Разумовский, В. И. Хирургические наблюдения / В.И. Разумовский // Летопись рус. хирургии.– 1899.– Т 4.– № 2.– С. 199–208.
346. Ратнер, Л. М. Об оперативном лечении рака шейного отдела пищевода / Л.М. Ратнер, Р.Я. Шиперова // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1952.– Т. 72.– № 1.– С. 30–34.
347. Ратнер, Г. Л. Ожоги пищевода и их последствия / Г.Л. Ратнер, В.И. Белоконев.– М.: Медицина, 1982.– 160 с.: ил.
348. Решение пленума по вопросу о хирургическом лечении рака кардии и пищевода (докладчик проф. А. Г. Савиных). – Тр. Шестого пленума правления Всесоюзн. о-ва хирургов.– Ленинград, 22–24 ноября 1956 г.– Л., 1957.– С. 350–351.

349. Решения XXVII Всесоюзного съезда хирургов по проблеме «Заболевания и повреждения пищевода (за исключением злокачественных опухолей)» / Труды XXVII Всесоюзн. съезда хирургов (23–28 мая 1960 г.).– М.: Медгиз, 1962.– С. 604–606.
350. Решетов, А. И. О внеплевральной резекции грудного отдела пищевода с предгрудинной пластикой его из желудка / А.И. Решетов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1961.– Т. 87.– № 12.– С. 109.
351. Решетов, А. И. О технике удлинения желудка при эзофагопластике / А.И. Решетов // Вестн. хир. им. И. И. Грекова.– 1965.– № 8.– С. 47–50.
352. Ризенкампф, С. К. Случай полной пластики пищевода / С.К. Ризенкампф // Вестн. хир. и погранич. областей.– 1925.– Т. V.– Кн. 13.– С. 154–157.
353. Рогачева, В. С. Загрудинная пластика пищевода после резекции его по поводу рака / В.С. Рогачева // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1960.– Т. 85.– № 9.– С. 61–66.
354. Рогачева, В. С. Рак пищевода и его хирургическое лечение / В.С. Рогачева.– М.: Медицина, 1968.– 328 с.: ил.
355. Рогозов, Л. И. Удаление кардии и малой кривизны желудка при резекции грудного отдела пищевода по поводу рака / Л.И. Рогозов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова.– 1964.– Т. 93.– № 12.– С. 7–10.
356. Розанов, Б. С. Об инородных телах пищевода / Б.С. Розанов // Сов. хирургия.– 1932.– Т. 1.– № 3–5.– С. 355–369.
357. Розанов, Б. С. Трансдиафрагмальный дренаж средостения / Б.С. Розанов.– Анналы Института им. Н.В. Склифосовского.– М., 1942.– Кн. 2.– Вып. 1.– С. 227–232.
358. Розанов, Б. С. Результаты хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода (Анализ собственных наблюдений за 10 лет) / Б.С. Розанов.– Новый хирургич. архив.– 1956.– № 2.– С. 39–46.

359. Розанов, Б. С. Угрожающие повторные кровотечения при пептической язве толстой кишки после операции эзофагопластики / Б.С. Розанов // Хирургия.— 1959.— № 9.— С. 67–70.
360. Розанов, Б. С. Инородные тела и травмы пищевода и связанные с ними осложнения / Б.С. Розанов.— М.: Медгиз, 1961.— 220 с.: ил.
361. Российский, Д. М. 200 лет Медицинского факультета Московского государственного университета, I Московского ордена Ленина медицинского института / Д.М. Российский.— М.: Медгиз, 1955.— 244 с.
362. Руднев, В. Г. Топография органов грудной полости и описание заключающейся в ней клетчатки / В.Г. Руднев: Дисс. докт. — М., 1899.— 78 с.
363. Русанов, А. А. Резекция пищевода с наложением внутригрудного соустья между пищеводом и желудком, мобилизованным вместе с селезенкой / А.А. Русанов // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.— 1960.— № 9.— С. 55.
364. Русанов, А. А. Восстановление пищевода после удаления его по поводу рака / А.А. Русанов // Вестн. хир. им. И. И. Грекова.— 1964.— Т. 93.— № 10.— С. 3–8.
365. Русанов, А. А. Пластика пищевода тонкой кишкой с использованием первой еюнальной артерии / А. А. Русанов, О. Я. Яковлев // Вестн. хир. им. И. И. Грекова.— 1971.— Т. 107.— № 7.— С. 7–11.
366. Русанов, А. А. Рак пищевода / А.А. Русанов.— Л.: Медицина, 1974.— 248 с.: ил.
367. Ручкин, Д. В. Болезни искусственного пищевода / Д.В. Ручкин: Дисс. ... докт. мед. наук.— М., 2006.— 359 с.: ил.
368. Саввин, В. Н. Оперативные пути к внутригрудному отделу пищевода и операции на нем в связи с изучением околопищеводной клетчатки и лимфатической системы пищевода / В.Н. Саввин: Дисс. докт. мед. — М., 1903.— 162 с.
369. Савельев, В. С. (Ред.). 80 лекций по хирургии.— М.: Литтера, 2008.— 912 с.: ил.

370. Савиных, А. Г. Исторический очерк о госпитальной хирургической клинике к 50-летнему юбилею Томского мединститута / А.Г. Савиных.– Труды Томского гос. мед. ин-та. 1938. – Т. 5. – С. 135–190.
371. Савиных, А. Г. Полное и частичное удаление желудка с нижним отделом пищевода / А.Г. Савиных // Хирургия. – 1938. – № 6. – С. 202–232.
372. Савиных, А. Г. Радикальное лечение рака кардии и нижнего отдела пищевода / А.Г. Савиных.– Труды XXIV Всесоюзн. съезда хирургов.– Харьков, 25–31 октября 1938 г.– М.–Л.: Медгиз, 1939.– С. 516–519.
373. Савиных, А. Г. Эзофагогастростомия при лечении кардиоспазма. // Анналы Института Склифосовского / А.Г. Савиных. – М.: Медгиз, 1942.– Т. 3.– Кн. 1.– С. 82–112.
374. Савиных, А. Г. Удаление и восстановление грудного отдела пищевода / А.Г. Савиных // Хирургия.– 1944.– № 10.– С. 74–84.
375. Савиных, А. Г. К истории хирургического лечения рака пищевода и кардии / А.Г. Савиных.– Труды Томского медицинского института. Т. XVI. (1888–1948).– Томск, 1949.– С. 319–329.
376. Савиных, А. Г. Опыт оперативного лечения рака кардии и нижнего отдела пищевода / А.Г. Савиных // Хирургия.– 1957.– № 10.– С. 46–53.
377. Савиных, А. Г. Из истории развития хирургии рака кардии в СССР / А.Г. Савиных // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.– 1961.– Т. 87.– № 10.– С. 82–86.
378. Савицкий, А. И. Кардиоспазм и его лечение / А.И. Савицкий // Сов. медицина.– 1937.–№ 4.– С. 14–19; 1937.– № 5.– С. 18–22.
379. Савицкий, А. И. Ранняя диагностика рака пищевода и кардиальной области.– Труды XXIII Всесоюзного съезда хирургов. Ленинград, 25–30 июня 1935 г. – М.–Л.: Медгиз, 1938.– С. 109–114.
380. Савицкий, А. И. Рак кардии и его оперативное лечение / А.И. Савицкий // Хирургия.– 1939.– № 4. – С. 33–49.
381. Савицкий, А. И. Рак кардии и его оперативное лечение (по материалам Центрального онкологического института) / А.И. Савицкий.– Труды

Первого съезда онкологов Украинской ССР, Киев, 25 – 30 мая 1938 г. – М.–Л., 1940. – С. 438–446.

382. Савицкий, А. И. Чресплевральный оперативный доступ к ракам кардии и пищеводу / А.И. Савицкий. – Тр. АМН СССР. Т. IX. – Вопр. онкологии. – М., 1951. – С. 48–58.
383. Саврасов, Г. В. Перспективы применения робототехники в хирургии / Г.В. Саврасов, В.А. Дроговод // Биомед. электроника. – 2003. – № 9.
384. Сакс, Ф. Ф. В. Д. Добромислов – создатель и основоположник торакоплеврального метода в хирургии / Ф.Ф. Сакс. – Томск, 1953. – 14 с.
385. Сапожков, К. П. Раки диафрагмального отдела пищевода и их хирургическое лечение (предварительное сообщение) / К.П. Сапожков // Вестн. хир. и пограничн. обл. – 1930. – Т. 19. – Кн. 56–57. – С. 73–79.
386. Сапожков, К. П. К вопросу о раках пищевода и их хирургическом лечении / К.П. Сапожков // Вестн. хирургии. – 1933. – Т. XXX. – Кн. 87, 88, 89. – С. 69–77.
387. Сапожков, К. П. Демукотация пищевода при операции удаления ракового диафрагмального отдела и кардии (предварительное сообщение) / К.П. Сапожков // Хирургия. – 1944. – № 8. – С. 69–72.
388. Сапожков, К. П. О выключении пищевода при раке его грудного отдела / К.П. Сапожков // Хирургия. – 1947. – № 4. – С. 27–34.
389. Сапожков, К. П. К истории диафрагмотомии в СССР и об использовании при выполнении работ «нелитературных» источников / К.П. Сапожков // Хирургия. – 1948. – № 7. – С. 82–85.
390. Сапожникова М.А. Химические ожоги пищевода и их отдаленные исходы при различных методах лечения / М.А. Сапожникова: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1978. – 40 с.
391. Сардак, Г. А. Об аллопластике пищевода / Г.А. Сардак // Хирургия. – 1963. – № 6. – С. 27–32.
392. Сарычев, И. Д. Эзофаготомия для удаления инородных тел / И.Д. Сарычев. – М., 1891. – 9 с.

393. Сигал, М. З. Функциональная характеристика анти- и изо-перистальтических трансплантатов при пластике пищевода стеблем желудка / М.З. Сигал, В.М. Камашев, Г.В. Наумова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1990.– № 11.– С. 132–135.
394. Сигал, М. З. Послеоперационный мониторинг при пластике пищевода желудочным стеблем / Сигал М.З., Камашев В.М. // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1990.– № 6. – С. 13–17.
395. Сильвестров, В. С. Одномоментная субтотальная резекция пищевода с внеплевральной пластикой желудком / В.С. Сильвестров // Грудная хирургия.– 1969.– № 3.– С. 104–109.
396. Сильвестров, В. С. Возможности использования желудка при его поражении для эзофагопластики / В.С. Сильвестров.– Актуальные вопросы современной хирургии.– Петрозаводск, 1974.– С. 60–62.
397. Сильвестров, В. С. Эзофагопластика при неопухолевых заболеваниях пищевода / В.С. Сильвестров, Р.П. Макеева // Клинич. хирургия.– 1980.– № 1.– С. 46–48.
398. Сироткина, М. Г. Новости науки и техники. Медицинская техника в хирургии (обзор) / М. Г. Сироткина, А. М. Геселевич. – М.: Издание ВНИИМТ МЗ СССР, 1967.– 35 с.
399. Скворцов, И. Г. Трансдиафрагмально-медиастинальная пластика пищевода / И.Г. Скворцов // Хирургия.– 1949.– № 1.– С. 26–30.
400. Скворцов, И. Г. 63 заднемедиастинальных искусственных пищевода из тонкой кишки при рубцовом сужении / И.Г. Скворцов.– Тр. XXVII Всесоюзн. съезда хирургов.– М., 1962.– С. 158–162.
401. Скворцов, М. Б. Выбор оптимального способа лечения рубцовых сужений пищевода / М.Б. Скворцов: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.– М., 1991.– 42 с.
402. Скобелкин, О. К. Пластика пищевода по Гаврилиу / О.К. Скобелкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1970.– № 12.– С. 50–53.

403. Скобелкин, О. К. Применение углекислотного лазера в клинической хирургии / О.К. Скобелкин и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1979.– № 2.– С. 88–93.
404. Скороходов, Л. Я. Краткий очерк истории русской медицины / Л.Я. Скороходов.– Л.: Практич. медицина, 1926.– 264 с.
405. Славянис, В. Ю. Рак пищевода / В.Ю. Славянис: Дисс. докт. мед. – М.: 1908.– 85 с.
406. Собецкая, Г. С. Резекция пищевода по поводу рака у больного с резецированным желудком / Г.С. Собецкая // Вестн. хир. им. И.И. Грекова.– 1960.– Т. 85.– № 9.– С. 122–124.
407. Соловьев, А. Г. К вопросу о пластике пищевода (с демонстрацией двух больных) / А.Г. Соловьев.– Рус. хирургич. о-во в Москве.– 120 засед. от 11.X.1926 // Нов. хир. архив.– 1926.– Т. 11.– Кн. 3.– С. 380.
408. Соловьев, А. Г. К вопросу о пластике пищевода / А.Г. Соловьев // Новая хирургия.– 1927.– Т. IV.– № 4.– С. 331–339.
409. Соловьев, А. Г. Материалы по пластике пищевода.– Сб., посвящ. 35-летней лечеб., научн. и обществ. деятельности проф. Владимира Николаевича Розанова / А.Г. Соловьев.– М.–Л.: Медгиз, 1934.– С. 183–207.
410. Соловьев, А. Г. Рубцовые сужения пищевода и их лечение / А.Г. Соловьев.– М., 1948.– 125 с.: ил.
411. Соловьев, А. Г. Об осложнениях после трансторакальных резекций пищевода и желудка – недостаточность швов анастомоза / А.Г. Соловьев, А.С. Пипко // Хирургия.– 1953.– № 1.– С. 34–40.
412. Старков, А. В. К вопросу о лечении рака грудной части пищевода / А.В. Старков // Хирургия.– 1901.– Т. X.– С. 581–620.
413. Старцева, О. И. Новые технологии в хирургии XXI века: перспективы применения стволовых клеток / О.И. Старцева, Д.Г. Тагабиев // Анн. пластич. реконструкт. эстетич. хирургии.– 2004.– № 3.– С. 45–53.
414. Стельмашонок, И. М. Оперативное лечение рубцовых сужений пищевода и желудка / И.М. Стельмашонок.– Минск.: Беларусь, 1970.– 272 с.

415. Стельмашонок, И. М. О кровоснабжении тощей кишки, функционирующей в качестве искусственного пищевода / И.М. Стельмашонок, В.Я. Бондалевич // Хирургия.– 1961.– № 2.– С. 100–104.
416. Стефаду, В. А. К хирургии рака пищевода / В.А. Стефаду // Хирургия.– 1946.– № 6.– С. 30–39.
417. Стилиди, И. С. Стратегия хирургии рака пищевода / И.С. Стилиди: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.– М., 2002.– 38 с.
418. Стилиди, И. С. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода / И.С. Стилиди, В.Ю. Бохян, М.Д. Тер-Ованесов // Практич. онкол. – 2003.– Т. 4.– № 2.– С. 70–75.
419. Стилиди, И. С. Оптимизированный абдоиномедиастинальный доступ в хирургии рака желудка с переходом на пищевод / И.С. Стилиди, А.Б. Рябов, В.Ю. Бохян и др. // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2006.– Т. 17. –№ 4.– С. 47–51.
420. Столяров, В. И. Повторные операции на искусственном пищеводе / В.И. Столяров, П.П. Горзов, Х.М. Мусукаев // Вопр. практич. медицины: Тр. научно-практич. конф., посвящ. 20-летию каф. хирургии № 3 С.-Петербург. мед. акад. постдипломн. образования / СПб, 1997. – С. 47–48.
421. Сточик, А. М. Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века / А.М. Сточик, М.А. Пальцев, С.Н. Затравкин.– М.: Медицина, 1998.– 336 с.: ил.
422. Сточик, А. М. Формирование естественнонаучных основ медицины в процессе научных революций 17–19 веков / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин.– М., 2011.– 144 с.
423. Страшун, И. Д. Медицинская наука: История Москвы. Т. 5. Период империализма и буржуазно-демократических революций / И.Д. Страшун. – М.: Изд-во АН СССР, 1955.– С. 425–441.
424. Стуккей, А. Л. Нестор Дмитриевич Монастырский / А.Л. Стуккей // Хирургия.– 1951.– № 5.– С. 72–77.

425. Стуккей, Л. А. Протоколы научных заседаний врачей больницы за 1915–1924 гг. Заседание 22 декабря 1916 года / Л.А. Стуккей.– Сб., посвящ. 140-летию Обуховской больницы.– Л., 1924.– С. 60.
426. Субботин, В. М. Результаты одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластики желудочной трубкой без торакотомии / В.М. Субботин, С.А. Плаксин // Пластика пищевода: Тез. Всесоюзн. симпозиума, Москва, 2–3 декабря 1991 г. – М., 1991.– С. 24–26.
427. Суворова, Т. А. Диафрагмальная пластика в хирургии доброкачественных заболеваний пищевода и при операциях на пищеводе в эксперименте / Т.А. Суворова // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.– 1958.– Т. 80.– № 2.– С. 21– 30.
428. Суворова, Т. А. О патогенезе и хирургическом лечении ахалазии кардии / Т.А. Суворова.– Труды XXVII Всесоюзного съезда хирургов.– Москва, 23–28 мая 1960 г.– М.: Медгиз, 1962.– С. 191–193.
429. Судакевич, А. В. Эзофагоскопия при дивертикулах пищевода / А.В. Судакевич.– Работы госпитальной хирургической клиники проф. П.И. Дьяконова.– М., 1908.– Т. XV.– С. 86–101.
430. Сумин, В. В. Тотальная пластика пищевода изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка / В.В. Сумин.– Грудная и неотложная хирургия.– Горький, 1960.– С. 549–568.
431. Сухих, Г. Т. Мезенхимальные стволовые клетки / Г.Т. Сухих и др. // БЭБМ.– 2002.– Т. 133.– № 2.– С. 124–131.
432. Сытник, А. П. Актуальные вопросы восстановительной хирургии при рубцовых сужениях пищевода / А.П. Сытник: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.– М., 1976.– 36 с.
433. Тальман, И. М. Еще раз к вопросу о хирургическом лечении кардиоспазма / И.М. Тальман.– Труды Военно-мед. академии РККА им. С.М. Кирова.– 1938.– Т. XV.– С. 167–169.

434. Тер-Аветикян, З. А. Реконструктивно-восстановительные операции при незавершенной эзофагопластике и болезнях искусственного пищевода / З.А. Тер-Аветикян: Автореф. дис. ... д.м.н.— М., 1988.— 37 с.
435. Тихонович, А. В. Обзор деятельности хирургической лечебницы больницы имени П.Д. Хлудовой в г. Кисловодске за время от 15 июня по 1 сентября 1906.— М.: Скоропечатня А.А. Левинсон, 1907.— 68 с.
436. Тихонович, А. В. XX съезд российских хирургов. Москва, 26–30 мая 1928 г.— Труды. / А.В. Тихонович.— М., 1929.— С. 216–222.
437. Тошаков, Р. А. Лечение рубцовых сужений пищевода / Р.А. Тошаков: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.— М., 1971.— 32 с.
438. Углов, Ф. Г. Трансплевральная резекция пищевода при раке по опыту клиники за 1946/47 учебный год / Ф.Г. Углов // Вестн. хир. им. И. И. Грекова.— 1948.— Т. 68.— № 1.— С. 13–22.
439. Углов, Ф. Г. Трансторакальная резекция пищевода при раке с внутригрудным анастомозом / Ф.Г. Углов // Хирургия.— 1949.— № 8.— С. 31–38.
440. Углов, Ф. Г. Отдаленный результат (9,5 лет) резекции пищевода при раке средней трети его с высоким внутригрудным анастомозом (с демонстрацией больного) / Ф.Г. Углов.— Тр. VI пленума правления Всесоюзн. о-ва хирургов 22–24. XI. 1956 г. / Хирургич. лечение рака пищевода и кардии (в свете отдаленных результатов).— Л., 1957.— С. 56–58.
441. Углов, Ф. Г. Сердце хирурга / Ф.Г. Углов.— М.: Современник, 1974.— 586 с.
442. Уткин, В. В. Субтотальная резекция пищевода по поводу запущенного кардиоспазма / В.В. Уткин // Грудная хирургия.— 1966.— № 3.— С. 110.
443. Федоров, А. В. Роботохирургия / А.В. Федоров, А.Г. Кригер, С.В. Берелавичус, Д.С. Горин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.— 2008.— № 12.— С. 68–72.
444. Федоров, С. П. VIII-й съезд росс. хирургов / С.П. Федоров.— С.Петербург, 19–22 декабря 1908.— М., 1909.— С. 142.

445. Федоров, С. П. Три случая циркулярной резекции пищевода / С.П. Федоров // Хир. арх. Вельяминова.– 1910.– С. 1057–1062.
446. Федоров, С. П. Иссечение грудной части рубцово суженного пищевода (в прениях) / С.П. Федоров.– XI съезд росс. хирургов. Москва, 19–22 декабря 1911 г.– Труды.– М., 1912.– С. 112–113.
447. Федоров, С. П. Несколько мыслей о наркозе и местной анестезии / С.П. Федоров // Нов. хир. архив.– 1934.– Т. 31.– № 1.– С. 98–100.
448. Федорова, О. Д. Диагностика и лечение кардиоспазма / О.Д. Федорова.– М.: Медицина, 1967.– 40 с.: ил.
449. Федорова, О. Д. Кардиоспазм / О.Д. Федорова.– М.: Медицина, 1973.– 184 с.: ил.
450. Федоткин, Д. В. Резекция пищевода по поводу рака с наложением внутригрудного соустья у больной, перенесшей в прошлом резекцию желудка / Д.В. Федоткин // Груд. хирургия.– 1962.– № 6.– С. 100–101.
451. Фельдман, А. И. Болезни пищевода.– М.: Медгиз, 1949.– 387 с.: ил.
452. Филин, В. И. Способы удлинения трансплантатов при создании искусственного пищевода / В.И. Филин, А.В. Красильников // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1970.– № 5.– С. 24.
453. Филин, В. И. Восстановительная хирургия пищевода / В.И. Филин, В.И. Попов.– Л.: Медицина, 1973.– 304 с.: ил.
454. Финкельштейн, Б. К. К вопросу о пластике пищевода при рубцовых непроходимых сужениях / Б.К. Финкельштейн // Нов. хир. арх. – 1926.– Т. 10.– Кн. 1.– С. 126–128.
455. Фомин, П. Д. Восстановительные операции и их последствия при рубцовой непроходимости пищевода / П.Д. Фомин: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.– М., 1983.– 30 с.
456. Хабриев, Р. У. (Ред.) История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / Р.У. Хабриев.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.– 244 с.

457. Харитонов, Л. Г. Исследования функциональных особенностей протезированного пищевода / Л.Г. Харитонов, Е.М. Каган, М.П. Бененсон // Грудная хирургия.– 1962.– № 6.– С. 80–83.
458. Харитонов, Л. Г. Патологические состояния искусственного пищевода / Л.Г. Харитонов // Груд. хирургия.– 1979.– № 1.– С. 66–72.
459. Хирургия пищевода и кардии / Проблемы грудной хирургии.– М.: Медгиз, 1956.– С. 193–202.
460. Хундадзе, Г. Р. Искусственный пищевод из тонкой кишки (анатомо-клиническое исследование) / Г.Р. Хундадзе: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 1953.–15 с.
461. Цацаниди, К. Н. Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы / К.Н. Цацаниди, А.В. Богданов.– М.: Медицина, 1969.– 176 с.
462. Черкасов, М. Ф. Ассистированные видеоторакоскопические экстирпации и резекции пищевода / М.Ф. Черкасов, С.В. Перескоков, Ю.М. Старцев, В.Е. Колесников // Эндоскопич. хирургия.– 2001.– № 2.– С. 68.
463. Черкасов, М. Ф. Видеоэндохирургическое лечение заболеваний пищевода / М.Ф. Черкасов, В.К. Татьянченко, С.В. Перескоков и др. // Эндоскопич. хирургия.– 2002.– № 3.– С. 91.
464. Черноусов, А. Ф. Стенозирующий рефлюкс-эзофагит / А.Ф. Черноусов: Автореф. дис. ... д.м.н.– М.: 1973.– 42 с.
465. Черноусов, А. Ф. Абдоминальный доступ при пищеводно-бронхиальном свище / А.Ф. Черноусов, В.И. Чиссов, Н.С. Королева // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1974.– № 9.– С. 128–129.
466. Черноусов, А. Ф. Прецизионный шов при формировании пищеводных анастомозов / А.Ф. Черноусов, Е.Ф. Странацко, Л.А. Вашакмадзе // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1978.– № 10.– С. 114–119.
467. Черноусов, А. Ф. Применение гипербарической оксигенации с целью профилактики некроза трансплантата при пластике пищевода / А.Ф. Черноусов и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.– 1980.– № 8.– С. 103–107.

468. Черноусов, А. Ф. Одномоментная внутриплевральная эзофагопластика изоперистальтической желудочной трубкой / А.Ф. Черноусов, С.А. Домрачев // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова.– 1981.– № 9.– С. 100–104.
469. Черноусов А. Ф. Экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой / А.Ф. Черноусов, А.А. Чернявский, Ф.С. Курбанов // Хирургия.– 1987. Журнал им. Н.И. Пирогова.– № 12.– С. 87–93.
470. Черноусов А. Ф. Лазеры в хирургии пищевода / А.Ф. Черноусов, Е.И. Брехов, С.А. Домрачев / Лазеры в хирургии. Ред.: О.К. Скобелкин. – М.: Медицина, 1989.– С. 50–66.
471. Черноусов, А. Ф. Пластика пищевода при раке и доброкачественных стриктурах / А.Ф. Черноусов, В.С. Сильвестров, Ф.С. Курбанов.– М.: Медицина, 1990.– 142 с.: ил.
472. Черноусов, А. Ф. Способ реконструкции глотки при рубцовых стриктурах пищевода и глотки / А.Ф. Черноусов, В.Г. Зенгер, В.А. Андрианов, А.А. Карапетян. – А. С. № 1650108. Опубликовано: 23.05.1991.
473. Черноусов, А. Ф. Лазерный скальпель в хирургии пищевода и желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Домрачев, А.Г. Абдуллаев, П.М. Богопольский.– Баку, 1992.– 92 с.: ил.
474. Черноусов, А. Ф. Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода / А.Ф. Черноусов, А.М. Корчак, В.И. Посудневский, А.А. Чернявский. – Ашгабад: Ылым, 1993.– 200 с.: ил.
475. Черноусов, А. Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов.– М.: Медицина, 1996.– 254 с.: ил.
476. Черноусов, А. Ф. Рефлюкс-эзофагит / А.Ф. Черноусов, А.Л. Шестаков, Г.С. Тамазян.– М., 1996.– 136 с.: ил.
477. Черноусов, А. Ф. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии / А.Ф. Черноусов, Д.В. Ручкин, Ф.А. Черноусов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.– 1997.– № 6.– С. 46–50.

478. Черноусов, А. Ф. Пластика пищевода толстой кишкой / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, В.Г. Зенгер, М.Е. Воронов.— М.: ИздАТ, 1999.— 176 с.: ил.
479. Черноусов, А. Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов.— М.: Медицина, 2000.— 353 с.: ил.
480. Черноусов, А. Ф. Расширенная абдоминальная лимфаденэктомия в хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода / А.Ф. Черноусов, Д.В. Ручкин, С.М. Селин.— М.: Олимп, 2000.— 164 с.: ил.
481. Черноусов, А. Ф. Хирургия рубцовых поражений глотки и пищевода / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, В.Г. Зенгер, В.В. Титов, М.Е. Воронов.— М., 2006.— 168 с.: ил.
482. Черноусов, А. Ф. Болезни искусственного пищевода / А. Ф. Черноусов, Д. В. Ручкин, Ф. А. Черноусов, Д. А. Балалыкин.— М.: Видар, 2008.— 673 с.: ил.
483. Черноусов Ф. А. Эзофагопластика патологически измененным или оперированным желудком у больных кардиоэзофагеальным раком и доброкачественными стриктурами пищевода / Ф.А. Черноусов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— М., 2004.— 42 с.
484. Чернявский, А. А. Функциональная непроходимость кардии (кардиоспазм и ахалазия кардии) / А.А. Чернявский.— Дисс. ... докт. мед. наук.— Горький, 1969.— 770с.
485. Чернявский, А. А. Функциональная непроходимость кардии. Кардиоспазм и ахалазия кардии / А.А. Чернявский, С.А. Касумьян.— Горький, 1979.— 88 с.: ил.
486. Чернявский, А. А. (мл.) Тактические и технические аспекты экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой / А.А. Чернявский: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1991.— 42 с.
487. Чернявский А.А. (мл.), Лавров Н.А. Современные подходы к хирургическому лечению рака пищеводно-желудочного перехода / А.А. Чернявский // Вестн. хирургич. гастроэнтерол.— 2008.— № 2.— С. 13–23.

488. Чикинев, Ю. В. Актуальные вопросы хирургического лечения болезней пищевода и кардии / Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, И.В. Беркасова, И.А. Поршенников. – Новосибирск: Советская Сибирь, 2009. – 288 с.
489. Чикинев, Ю. В. Применение видеомедиастиноскопии при пластике пищевода / Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, А.В. Кутепов // Пироговская хирургич. неделя: Матер. всеросс. форума. – СПб., 2010. – С. 207–208.
490. Чикинев, Ю. В. Уровень качества жизни после реконструктивных операций на пищеводе / Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, А.В. Кутепов, И.Е. Судовых // Вестн. хирургич. гастроэнтерол. – 2012. – № 2. – С. 29–37.
491. Чиссов, В. И. Повреждения и свищи пищевода / В.И. Чиссов: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1976. – 302 с.
492. Чиссов, В. И. Результаты одномоментной резекции и пластики пищевода с внеполостным анастомозом на шее при раке грудного отдела пищевода / В.И. Чиссов, А.С. Мамонтов, В.М. Кухаренко и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1991. – № 1. – С. 43–47.
493. Чиссов, В. И. Пути развития органосохраняющего лечения в онкологии. Актовая речь / В.И. Чиссов. – М.: Гэотар-Медиа, 2006. – 26 с.
494. Чиссов, В. И. Атлас онкологических операций / В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 624 с.: ил.
495. Шамов, В. Н. Новый принцип использования кишечной петли для антеторакальной пластики пищевода / В.Н. Шамов. – XVIII съезд российских хирургов. Москва, 27–30 мая 1926 г. – М.: 1927. – С. 176–181.
496. Шамов, В. Н. Сергей Петрович Федоров / В.Н. Шамов. – Сборник в ознаменование сорокалетия научной, врачебной и педагогической деятельности проф. С. П. Федорова. – М.–Л.: Медгиз, 1933. – С. 9–23.
497. Шахбазян, Е. С. Петр Александрович Герцен / Е.С. Шахбазян. – Сб. трудов госпитальной хирургической клиники I МОЛМИ. – М.: Медгиз, 1949. – С. 5–18.
498. Шахбазян, Е. С. П. И. Дьяконов 1855–1908 / Е.С. Шахбазян. – М.: Медгиз, 1951. – 180 с.: ил.

499. Шищенко, И. И. К вопросу об антеторакальной пластике пищевода / И.И. Шищенко // Нов. хир. архив.— 1930.— Т. 21.— Кн. 3.— С. 321–326.
500. Шраер, Т. И. Приобретенные неопухолевые пищеводно-трахеобронхиальные свищи / Т.И. Шраер // Хирургия.— 1966.— № 3.— С. 40–45.
501. Шраер, Т. И. Лечение сочетанных химических ожогов верхних отделов пищеварительного тракта / Т.И. Шраер, Е.В. Лишов, В.Е. Хитрихев.— Кемерово-Томск, 2001.— 252 с.: ил.
502. Щеголев, Н. А. Повреждения и хирургические болезни грудной клетки, окологочного мешка и легких / Н.А. Щеголев.— СПб: Практич. медицина (В.С. Эттингер), 1902.— 180 с.: ил.
503. Щепин, О. П. Парадигма как методологический подход к анализу здравоохранения России / О. П. Щепин, В. С. Нечаев, Н. М. Мартынова и др. // Вестник РАМН. — 1998. — № 10. — С. 38–41.
504. Щепин, О. П. (Ред.). Очерки истории здравоохранения в России в XX веке.— СПб, 2000.— 272 с.
505. Щепин, О. П. Из истории Российского здравоохранения / О.П. Щепин // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2008. — № 1. — С. 3–5.
506. Эпштейн, А.А. О раке пищевода по материалам онкологического института / А.А. Эпштейн // Нов. хир. арх.— 1931.— Т. 23.— Кн. 91–92.— С. 44–58.
507. Юдин, С. С. Пятилетний отчет деятельности хирургического отделения больницы «Красный текстильщик» (б. Коншина) в г. Серпухове, Моск. губ. 1922–1927 / С.С. Юдин.— Серпухов, 1928.— 102 с.
508. Юдин, С. С. Операции искусственного пищевода // Нов. хирургич. архив.— 1938.— Т. 41.— кн. 2.— С. 282.
509. Юдин, С. С. Некоторые впечатления и размышления о 80-ти случаях операций искусственного пищевода / С.С. Юдин // Нов. хирургич. архив.— 1941.— Т. 49.— Кн. 1–2.— С. 121–157.

510. Юдин, С. С. Протокол заседания Московского хирургического общества 25.I.1946 г. / С.С. Юдин // Хирургия.– 1946.– № 3.– С. 85.
511. Юдин, С. С. 250 операций искусственного пищевода.– Протоколы Хирургического общества Пирогова / С.С. Юдин.– Л., 1947.– С. 4.
512. Юдин, С. С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода / С.С. Юдин.– М.: Медгиз, 1954.– 272 с.: ил.
513. Юдин, С. С. О современных методах восстановительных операций при непроходимости пищевода // Хирургия.– 1954.– № 1.– С. 95–107.
514. Юдин, С. С. Опыт трансплевральной пластики пищевода из тощей кишки / С.С. Юдин // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.– 1954.– Т. 74.– № 5.– С. 25–35.
515. Юдин, С. С. Этюды желудочной хирургии / С.С. Юдин.– М.: Медгиз, 1955.– 272 с.: ил.
516. Юдин, С. С. Хирургия язвенной болезни желудка и нейро-гуморальная регуляция желудочной секреции / С.С. Юдин. – М.: Медгиз, 1962.– 362 с.: ил.
517. Юдин, С. С. Размышления хирурга / С.С. Юдин.– М.: Медицина, 1968.– 367 с.: ил.
518. Юрасов, Е. Е. Рубцовые сужения пищевода и пределы лечения их бужированием / Е.Е. Юрасов. – Тр. хир. клиники Института им. Склифосовского.– М.–Л.: Медгиз., 1938.– С. 154–165.
519. Юрасов, Е. Е. Выбор метода пластики искусственного пищевода / Е.Е. Юрасов.– Анналы Ин-та им. Н.В. Склифосовского.– 1942. – С. 217–226.
520. Янишевский, Ф. И. Петр Александрович Герцен / Ф.И. Янишевский: Герцен П. А. Избранные труды.– М.: Медгиз, 1956.– С. 3–17.
521. Ярошевский, М. Г. Логика развития науки и научная школа: школы в науке / Ред.: С.Р. Микулинский, М.Г. Ярошевский, Г. Кребер, Г. Штейнер.– М.: Наука, 1977.– С. 7–97.

522. Ясногородский, О. О. Отечественные сшивающие аппараты в традиционных и видеосопровождаемых внутриторакальных вмешательствах / О.О. Ясногородский, А.М. Шулутко, Э.М. Акопов и др. // Матер. 8-го Национ. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 1998. – С. 460.
523. Abbott, O. A. Abnormal esophageal communications: their types, diagnosis and therapy / O.A. Abbott // J. Thorac. Surg.– 1945.– Vol. 14.– № 3.– P. 382–392.
524. Ach, A. Beiträge zur Oesophagus-Chirurgie / A. Ach.– München: Lehmann, 1913.– 136 s.: il.
525. Adams, H. D. The technical aspects of esophageal surgery / H.D. Adams // Surg. Clin. N. Am.– 1949.– Vol. 29.– № 3.– P. 791–703.
526. Akashi, T. Mediastinal lymphadenectomy in thoracoscopic esophagectomy / T. Akashi et al. // Abstract Book of the VI World Congress of the ISDE.– 1995.– P. 23–25.
527. Akiyama, H. Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus / H. Akiyama et al. // Ann. Surg.– 1981.– Vol. 194.– № 3.– P. 438–446.
528. Allison, P. R. Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and anatomy of repair / P.R. Allison // Surg. Gynecol. Obstet.– 1951.– Vol. 92.– № 3.– P. 419–423.
529. Arce, J. Oesophagectomie totale sans thoracotomie / J. Arce et al. // Ann. Chir.– 1983.– Vol. 37.– № 2.– P. 133–136.
530. Barbier, P. A. Oesophaguskarzinom: Operation durch transhiatale Oesophagektomie ohne Thorakotomie / P.A. Barbier et al. // Schweiz. Med. Wschr.– 1985.– Bd. 115.– Sppl. 19.– S. 9–15.
531. Barbier, P. A. Quality of life and patterns of recurrence following transhiatal esophagectomy for cancer: results of a prospective follow-up in 50 patients / P.A. Barbier et al. // World J. Surg.– 1988.– Vol. 12.– № 2.– P. 270–276.
532. Barrett, N. R. The lower esophagus lined by columnar epithelium / N.R. Barrett // Surgery.– 1957.– Vol. 41.– № 7.– P. 881–894.

533. Barrett, N. R. Concerning the unfavorable late results of certain operations performed in the treatment of cardiospasm / N.R. Barrett, R.H. Franklin // Brit. J. Surg.– 1949.– Vol. 37.– № 1.– P. 194–198.
534. Billroth, Th. Über die Resektion des Ösophagus / Th. Billroth // Arch. Klin. Chir.– 1871.– Bd. 13.– S. 65–69.
535. Boerema, J. Resection de l'oesophage suivie de retablissement de la continuité par resection de l'estomac en formant un tube gastrique / J. Boerema // Acta Chir. Belg.– 1951.– Vol. 50.– № 2.– P. 496–499.
536. Boyd, D. P. Benign tumors of the esophagus / D.P. Boyd, L.D. Hill // Ann. Surg.– 1954.– Vol. 130.– № 2.– P. 252–259.
537. Chernousov, A. F. Die Geschichte der Speiseröhrenchirurgie in Russland / A.F. Chernousov et al. / Chirurgie des Osophagus. Operationsatlas.– Darmstadt: Steinkopf Verlag, 2003.– S. 13–16.
538. Chi, P. S. Benign tumors of the esophagus / P.S. Chi, W.E. Adams // Arch. Surg.– 1950.– Vol. 60.– № 1.– P. 92–101.
539. Churchill, E. D. Transthoracic resection of tumors of the stomach and the esophagus / E. D. Churchill, R. H. Sweet // Ann. Surg.– 1942.– Vol. 115.– № 7.– P. 897–920.
540. Clagett, O. T. Esophagogastrostomy in the treatment of cardiospasm / O.T. Clagett, H.J. Moersch, A. Fisher // Surg. Gynecol. Obstet.– 1945.– Vol. 81.– № 4.– P. 440–444.
541. Clagett, O. T. Acquired esophago-tracheo-bronchial fistula / O.T. Clagett, J.H. Payne, H.J. Moersh // Surg. Gynec. Obstet.– 1946.– Vol. 82.– № 1.– P. 87–90.
542. Collard, J.M. En block and standart esophagectomies by thoracoscopy / J.M. Collard et al. // Ann. Thorac. Surg.– 1993.– Vol. 56.– № 5.– P. 675–679.
543. Coleman, F. P. Acquired non-malignant esophago-respiratory fistula / F.P. Coleman // Am. J. Surg.– 1957.– Vol. 93.– № 3.– P. 321–328.

544. Collis, J. L. Anatomy of the crura of the diaphragm and surgery of hiatus hernia / J.L. Collis, T.D. Kelly, A.M. Wiley // Thorax.– 1954.– Vol. 9.– № 1.– P. 175–180.
545. Czerny, V. Neue Operationen / V. Czerny // Zentralbl. Chir.– 1877.– Bd. 4.– P. 433.
546. De Bakey, M. E. Surgical treatment of epiphrenic diverticulum of the esophagus / M.E. De Bakey, O. Creech // J. Thorac. Surg.– 1952.– Vol. 23.– № 3.– P. 486–494.
547. Denk, W. Zur Radikaloperation des Oesophaguskarzinoms / W. Denk // Zbl. Chir.– 1913.– Bd. 40.– № 27.– S. 1065–1068.
548. Denk, W. Zur operativen Therapie der intrathorakalen Oesophagus Divertikel / W. Denk // Arch. Klin. Chir.– 1950.– Bd. 265.– № 2.– S. 399–405.
549. Dieter, R. Thoracoscopic esophageal surgery / R. Dieter // Int. Surg.– 1997.– Vol. 82.– № 2.– P. 119–122.
550. Dobromyslow, W. Fall von transpleurale Oesophagotomie im Brustabschnitte / W. Dobromyslow // Ref. Zentralbl. Chir.– 1901.– S. 18.
551. Dobromyslow, W. Bemerkungen zum Sauerbruch'schen Aufsatz „Chirurgie des Brusttails der Speiseröhre“ / W. Dobromyslow // Russische Medic. Rundschau.– 1907.– № 12.– S. 715–717.
552. Ellis, F. H. Treatment of short esophagus with stricture by esophagogastrrectomy and antral excision / F.H. Ellis, H.A. Andersen, O.T. Clagett // Ann. Surg.– 1958.– Vol. 148.– № 1.– P. 4–9.
553. Ellis, F. H. Surgical treatment of cardiospasm (achalasia of the esophagus). Considerations of aspects of esophagomyotomy / F.H. Ellis, A.M. Olsen, C.B. Holman, C.F. Code // JAMA.– 1958.– Vol. 166.– № 1.– P. 29–34.
554. Enderlen, E. Ein Beitrag zur Chirurgie des hinteren Mediastinum / E. Enderlen // Dtsch. Zeitschr. f. Chir.– 1901.– Bd. 61.– H. 5 u. 6.– S. 441–444.
555. Fekete, F. 380 anastomoses esophagiennes mechaniques. Techniques et resultats / F. Fekete, B. Gayert, S. Plase // Ann. Chir.– 1986.– Vol. 40.– № 9.– P. 641–647.

556. Fekete, F. Radicality in esophageal cancer surgery / F. Fekete et. al. // Int. J. Surg.– 1987.– Vol. 17.– № 1.– P. 15–20.
557. Finley, R.J. The results of esophagogastrectomy without thoracotomy for adenocarcinoma of esophagogastric junction / R.J. Finley, R.I. Inculet // Ann. Surg.– 1989.– Vol. 210.– № 4.– P. 535–543.
558. Forgue E. Intramediastinale Oesophagotomie / E. Forgue // Ref. Munch. med. Wochenschr.– 1898.– S. 1513.
559. Fujita, H. Impact on outcome of additional microvascular anastomosis – supercharge – on colon interposition on esophageal replacement: comparative and multivariate analysis / H. Fujita et al. // World J. Surg.– 1997.– Vol. 21.– № 7.– P. 998–1003.
560. Galazka Z. Nowa operacyjna metoda Wytworcza przełuku z przeponu / Z. Galazka // Polski przegl. Chir.– 1952.– 24.– № 5.– 725–727.
561. Garlock, D. J. Surgical treatment of carcinoma of the thoracic esophagus with report of three successful cases / D.J. Garlock // Surg. Gynecol. Obstet.– 1938.– Vol. 66.– P. 534–548.
562. Gavrilu, D. Chirurgia esofagului / D. Gavrilu.– Bucuresti: Editura medicala.– 1957.– 244 p.: il.
563. Gianlorenzo, D. The use of remnant stomach subsequent to distal gastrectomy in replacement of subtotal esophagectomy / D. Gianlorenzo // Dis. Esoph.– 2004.– Vol. 17.– Sppl. 1.– P. 79.
564. Gosset, A. De l'esophago-gastrostomie transdiaphragmatique operation de Biondi / A. Gosset // Rev. Chir.– 1903.– Vol. 28.– P. 694–707.
565. Gröndahl, N. B. Cardioplastic ved Cardiospasmus / N.B. Gröndahl // Nord. Med.– 1916.– Vol. 49.– № 2.– P. 236–238.
566. Hacker, V. Chirurgie der Speiseröhre / V. Hacker, G. Lotheissen.– Stuttgart: Verlag von Ferdinand Enke.– 1926.– 570 s.: il.
567. Harrington, S. W. Surgical treatment of pulsion diverticula of the thoracic esophagus / S.W. Harrington // Ann. Surg.– 1949.– Vol. 129.– № 4.– P. 606–618.

568. Harrington, S. W. Surgical treatment of benign and secondary malignant tumors of the esophagus / S.W. Harrington // Arch. Surg.– 1949.– Vol. 58.– № 4.– P. 646–652.
569. Herzen, P. Eine Modifikation der Roux'schen Oesophago-jejuno-gastrostomie / P. Herzen // Ref. Zentralbl. Chir.– 1908.– Bd. 35.– S. 219.
570. Hiebert, C. A. Successful replacement of the cervical esophagus by transplantation and revascularization of a free graft of gastric antrum / C.A. Hiebert, G.O. Cummings // Ann. Surg.– 1961.– Vol. 154.– № 1.– P. 103–106.
571. Hollands, C. M. Robot-assisted esophagoesophagostomy / C.M. Hollands, L.N. Dixey // J. Pediat. Surg.– 2002.– Vol. 37.– N 8.– P. 983–985.
572. Inokushi, K. A new type of vessel-suturing apparatus / K. Inokushi // Arch. Surg.– 1958.– Vol. 77.– P. 954–957.
573. Institut Sklifassovsky, Hopital central de chirurgie d'urgence (Moscou) // Acta Medica URSS.– 1940.– № 4.– P. 493–504.
574. Jiano, J. Gastrostomie und Osophagoplastik / J. Jiano // Dtsch. Zschr. Chir.– 1912.– Bd. 118.– № 4.– S. 383–390.
575. Johnston, J. B. Smooth muscle tumors of the esophagus / J.B. Johnston, O.J. Clagett, J.R. McDonald // Thorax.– 1953.– Vol. 8.– № 2.– P. 251–260.
576. Katsura, S. Transplantation of the partially resected middle esophagus with a jejunal graft / S. Katsura, Y. Ishikawa, G. Okayama // Ann. Surg.– 1958.– Vol. 147 – № 1.– P. 2–8.
577. Kelling, G. Oesophagoplastik mit Hilfe des Quercolon / G. Kelling // Zbl. Chir.– 1911.– Bd. 38.– S. 1209.
578. Kirshner, M. Ein neues Verfahren der Oesophagoplastik / M. Kirshner // Arch. Klin. Chir.– 1920.– Bd. 114.– S. 606–663.
579. Lafargue, P. Oesophagoplastie préthoracique à l'aide du colon droit et de l'iléon terminal / P. Lafargue, R. Dufour, N. Cabanie, J. Chavahnar // Mem. Acad. Chir.– 1951.– Vol. 77.– № 12–13.– P. 462–369.
580. Lahey, F. N. Esophageal diverticula / F.N. Lahey, K.W. Warren // Surg. Gynec. Obstet.– 1954.– Vol. 98.– № 1.– P. 1–28.

581. Lewis, I. The surgical treatment of carcinoma of the esophagus / I. Lewis // Brit. J. Surg.— 1946.— Vol. 34.— P. 18–31.
582. Llobet, A. L`operation de Nassilow. La premiere intervention a Buenos-Aires // Rev. De Chir.— 1900.— № 11.
583. Longmire, W. P., Jr. A new method for constructing an artificial esophagus / W.P. Longmire, Jr., M.M. Ravitch // Ann. Surg.— 1946.— Vol. 123.— № 5.— P. 819–834.
584. Longmire, W. P., Jr. A modification of the Roux technique for antethoracic esophageal reconstruction / W.P. Longmire // Surgery.— 1947.— Vol. 22.— № 1.— P. 94–100.
585. Lortat-Jacob, J.L. Chirurgie de l`oesophage / J.L. Lortat-Jacob.— Paris: Flammarion Ed., 1951.
586. Lundblad, O. Spätresultat einer antethoracalen Esophagoplastik / O. Lundblad // Acta Chir. Scand. — 1934.— Vol. XXXV.— № 1.— P. 73–76.
587. Maeta, M. Esophageal cancer associated with multiple cancerous lesion: clinicopathologic comparisons between multiple and intramural metastatic lesions / M. Maeta et al. // Gastroenterol. Jpn.— 1993.— Vol. 28.— № 2.— P. 187–192.
588. Meyer, W. Some observations regarding thoracic surgery on human beings / W. Meyer // Ann. Surg.— 1910.— Vol. 52.— № 1.— P. 34–57.
589. Mikulicz, I. Ueber Gastroskopie und Oesophagoskopie / I. Mikulicz // Zbl. Chir.—1881.— Bd. 43.
590. Mortensen, J. D. et al. One stage pharyngo-esophageal diverticulectomy / J.D. Mortensen et al. // J. Thorac. Surg.— 1955.— Vol. 30.— № 2.— P. 316–320.
591. Myers, R. T. Benign intramural tumors and cysts of the esophagus / R.T. Myers, H.H. Bradshaw // J. Thorac. Surg.— 1951.— Vol. 21.— № 2.— P. 251–258.
592. Naclerio, E. A. Diverticula of the thoracic esophagus / E.A. Naclerio // Amer. J. Surg.— 1957.— Vol. 93.— № 2.— P. 218–227.

593. Nakayama, K. A simple new apparatus for small vessel anastomosis (free autograft of the sigmoid included) / K. Nakayama et al. // *Surgery*.– 1962.– Vol. 52.– № 6.– P. 918–931.
594. Nishimaki, T. Outcomes of extended radical esophagectomy for thoracic esophageal cancer / T. Nishimaki et al. // *J. Am. Coll. Surg.*– 1998.– Vol. 186.– № 3.– P. 306–312.
595. Nissen, R. *Erlebtes aus der Thoraxchirurgie* / R. Nissen.– Stuttgart: Thieme, 1955.– 66 s.: il.
596. Nissen, R. Gastropexia as the alone procedure in the surgical repair of hiatus hernia / R. Nissen // *Am. J. Surg.*– 1956.– Vol. 92.– № 2.– P. 389–394.
597. Nissen, R. *Pages of the history of chest surgery* / R. Nissen, R. Wilson.– Springfield, Il.: Charles C. Thomas Publisher, 1960.– 166 p.: il.
598. Ochsner, A. Anterotheracic esophagoplasty for impermeable stricture of the esophagus / A. Ochsner, N. Owens // *Ann. Surg.*– 1934.– Vol. 100.– № 6.– P. 1055–1091.
599. Ohgami, M. Thoracoscopic surgery for benign esophageal disease / M. Ohgami et al. / M. Ohgami // *Rinsho Kuobu Geka*.– 1994.– Vol. 14.– № 1.– P. 30–36.
600. Ohsawa, T. The surgery of esophagus / T. Ohsawa // *Arch. Jap. Chir.*– 1933.– Vol. 10.– P. 605–610.
601. Orringer, M. B. Esophagectomy without thoracotomy / M.B. Orringer, H. Sloan // *JTCVS*.– 1978.– Vol. 76.– № 5.– P. 643–654.
602. Orsoni, P. Utilisation du colon descendant et de la partie gauche du colon transverse pour l'oesophagoplastie prethoracique / P. Orsoni, A. Toupet // *Press med.*– 1950.– Vol. 58.– № 7.– P. 804.
603. Parker, E. F. Esophageal resection with end-to-end anastomosis / E.F. Parker // *Ann. Surg.*– 1949.– Vol. 129.– № 5.– P. 588–603.
604. Pellegrini, C. Thoracoscopic esophagomyotomy. Initial experience with a new approach for achalasia / C. Pellegrini et al. // *Ann. Surg.*– 1992.– Vol. 216.– № 1.– P. 291–296.

605. Peraccia, A. Use of mini-invasive procedures in esophageal surgery / A. Peraccia et al. // *Chirurgie*.– 1992.– Vol. 118.– № 5.– P. 305–308.
606. Petrovsky, B. V. Evolution du probleme du traitement chirurgical des affections de la partie thoracique de l'oesophage et du cardia en U.R.S.S.– Quatorzieme Congres de la Societe Internationale de Chirurgie. Paris, 23–29 Septembre 1951 / B.V. Petrovsky.– Imprimerie Medicale et Scientifique: Bruxelles, 1952.– P. 950–958.
607. Petrovsky, B. V. L'Utilisation du diaphragme dans les operations plastiques thoraciques.– Quinzieme Congres de la Societe Internationale de Chirurgie. Lisbonne, 13–20 Septembre 1953 / B.V. Petrovsky.– Imprimerie H. De Smedt: Bruxelles, 1954.– P. 1545–1546.
608. Petsikas, D. Revascularization of the ischemic gastric tube using the left internal thoracic artery / D. Petsikas, F.M. Shamji // *Ann. Thorac. Surg.*– 1996.– Vol. 2.– № 3.– P. 568–570.
609. Postlethwait, R. W. Complications and deaths after operations for esophageal carcinoma / R.W. Postlethwait // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*– 1983.– Vol. 85.– № 6.– P. 827–831.
610. Potarca, J. Esophagotomia intratoracica prin mediastinul posterior / J. Potarca. – Diss. doct.– Bucuresti, 1893.– 71 p.
611. Ravitch, M. M. Experimental and clinical use of the Soviet bronchus stapling instruments / M.M. Ravitch, I.W. Brown, G.F. Daviglus// *Surgery*.– 1959.– Vol. 46.– № 1.– P. 97–108.
612. Reavis K. M. Robotic telesurgery for achalasia / K.M. Reavis, D.R. Renton, W.S. Melvin.– London: Springer, 2007.
613. Rehn, E. Ösophagus-Chirurgie / E. Rehn.– Jena: Fischer, 1914.– 168 s.: il.
614. Reith, H. B. Zur Geschichte der Osophaguschirurgie / H.B. Reith, et al. / *Chirurgie des Osophagus. Operationsatlas* / A. F. Chernousov et al. (eds).– Darmstadt: Steinkopff, 2003.– S. 4–13.
615. Rienhoff, W. F. (In discussion) / W.F. Rienhoff // *J. Thorac. Surg.*– 1944.– Vol. 13.– № 5.– P. 426–427.

616. Rienhoff, W. F. Intrathoracic esophagojejunostomy for lesions of the upper third of the esophagus / W.F. Rienhoff // South Med. J.– 1946.– Vol. 39.– P. 928.
617. Robertson, R. Reconstruction of esophagus / R. Robertson, T. R. Sargent // J. Thorac. Surg.– 1950.– Vol. 20.– P. 689–693.
618. Roith, O. Die einseitige antethorakalen oesophagusplastik aus den Dickdarm / O. Roith // Deutsche Ztschr. fur Chir.– 1923.– Bd. 183.– S. 419–423.
619. Rossetti, M. Die operierte Speiserohre / M. Rossetti.– Stuttgart, 1963.– 126 p.: ill.
620. Roux, C. L'Esophago-jejuno-gastrostomie, nouvelle operation pour rétrécissement intranchisable de l'esophage / C. Roux // Semaine Med.– 1907.– Vol. 27.– P. 37–42.
621. Sammartino, P. Videoassisted transhiatal esophagectomy for cancer / P. Sammartino et al. // Int. Surg.– 1997.– Vol. 82.– № 3.– P. 406–410.
622. Sauerbruch, F. Die Anastomose zwischen Magen und Speiserohre und die Resektion des Brustabschnittes der Speiserohre / F. Sauerbruch // Zbl. Chir.– 1905.– Bd. 2.– № 1.– S. 81–86.
623. Sauerbruch, F. Die Chirurgie der Brustorgane / F. Sauerbruch.– Berlin: Springer, 1925.– Bd. 2.– 1076 s.: il.
624. Seidenberg, B. Immediate reconstruction of the cervical esophagus by a revascularized isolated jejunal segment / B. Seidenberg et al. // Ann. Surg.– 1959.– Vol. 149.– № 2.– P. 162–171.
625. Shimi, S. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia / S. Shimi, L.K. Nathanson, A. Cuschieri // J. Roy. Coll. Surg. Edinb.– 1991.– Vol. 36.– № 2.– P. 152–160.
626. Siewert, J. R. Lymphadenectomy in esophageal cancer surgery / J.R. Siewert, J.D. Roder // Dis. Esoph.– 1992.– № 2.– P. 91–97.
627. Siewert, J. R. Histological tumor type is an independent prognostic parameter in esophageal cancer: lesions from more than 1000 consecutive resections

- at a single center in the Western World / J. R. Siewert et al. // *Ann. Surg.*– 2001.– Vol. 234.– № 3.– P. 360–369.
628. Skinner, D. B. En block resection for neoplasms of the esophagus and cardia / D. B. Skinner, A. B. Little // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*– 1983.– Vol. 85.– № 1.– P. 59–71.
629. Soehendra, N. Endoscopic snare mucosectomy in the esophagus without any additional equipment: a simple technique for resection of flat early cancer / N. Soehendra et al. // *Endoscopy.*– 1997.– Vol. 29.– № 2.– P. 380–383.
630. Suarez, E. Results of small artery endarterectomy – microsurgical technique / E. Suarez, I. Jacobson // *Forum.* – 1961. – Vol. 12. – № 2.– P. 256–257.
631. Sung, S. C. Revascularization of the ischemic colon transplant using the internal mammary vessels / S.C. Sung, et al. // *Ann. Thorac. Surg.*– 1994.– Vol. 58.– № 4.– P. 555–557.
632. Sweet, R. H. Surgical management of carcinoma of the mid-thoracic esophagus / R H. Sweet // *N. Engl. J. Med.*– 1945.– Vol. 233.– № 1.– P. 1–6.
633. Sweet, R. H. Muscle wall tumors of the esophagus / R.H. Sweet, L. Soutter, Tejada A. // *J. Thorac. Surg.*– 1954.– Vol. 27.– № 1.– P. 13–18.
634. Tanabe, G. Clinical evaluation of esophageal lymph flow system based on RI uptake of removed regional lymph nodes following lymphoscintigraphy (in Japanese) / G. Tanabe et al. // *J. Jpn. Surg. Soc.*– 1986.– Vol. 87.– № 2.– P. 315–323.
635. Torek, F. The first successful case of resection of the thoracic portion of the esophagus for carcinoma / F. Torek // *Surg. Gyn. Obstet.*– 1913.– Vol. 16.– P. 614–617.
636. Vantsian, E. N. Chirurgie de l'oesophage / E.N. Vantsian et al. – Vingt-quatrieme congres de la Societe internationale de chirurgie. Moscou, 21–28 août 1971.– Bruxelles: Soc. internationale de chirurgie.– 1972.– P. 437–443.
637. Vulliet, H. De l'esophagoplastie et des diverses modifications / H. Vulliet // *Sem. Med. (Paris).*– 1911.– Vol. 31.– P. 528.

638. Yudin, S. S. Surgical construction of 80 cases of Artificial Esophagus / S.S. Yudin // Surg. Gynecol. Obst.— 1944.— Vol. 78.— № 1.— P. 23–59.
639. Wilkins, E. W. The historical evolution of esophageal surgery / Esophageal surgery / Eds: F.C. Pearson et al.— New York: Churchill and Livingstone, 2002.— P. 1–7.
640. Winkelbauer, A. Chirurgie des Ösophagus / A. Winkelbauer.— Berlin: Walter de Gruyter & Co, 1955.— 216 s.: ill.

АРХИВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1а. В комитет по Сталинским премиям. Отзыв проф. А.Г. Соловьева о книге Б.В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1953 г.). — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

2а. Госпитальная хирургическая клиника Императорского Московского университета. Истории болезни за 1895 год. История болезни пациента К., 38 лет (поступил 30 ноября 1895 г.). Диагноз: «Stricture oesophagi» (кардиоспазм). — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

3а. Госпитальная хирургическая клиника Императорского Московского университета. Истории болезни за 1897 год. История болезни больного Р., 33 лет (поступил 10 января 1897 г.), диагноз: «Stricture oesophagi (carcinoma)». — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

4а. Госпитальная хирургическая клиника Императорского Московского университета. Истории болезни за 1901 год. История болезни больного Б. (поступил 10 октября 1901 г.). Диагноз: «Dysphagia amyotactica» (кардиоспазм). — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

5а. Госпитальная хирургическая клиника Императорского Московского университета. Истории болезни за 1907 год. История болезни № 2589 пациентки С., 20 лет (поступила 16 октября 1907 г.). Диагноз: «Рубцовая стриктура пищевода» (послеожоговая). — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

6а. Институт хирургии Академии медицинских наук СССР. Альбом к работе Б. В. Петровского о хирургическом лечении рака пищевода и кар-

дии / Рукопись, 1950.– 40 с.: ил. – Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

7а. Институт экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР. История болезни № 6247 от 21.06.1946 г. Больной Кузнецов Н.А., 50 лет. Диагноз: «Рак кардии». Операция 22. 07. 1946 г. (оперировал Б.В. Петровский) / Рукопись на 10 л.– Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

8а. Институт экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР. История болезни № 7855 от 01.08.1946 г. Больной Куликов И.Ф., 44 лет. Диагноз: «Рак кардии». Операция 22.08.1946 г. (оперировал Б.В. Петровский) / Рукопись на 19 л.– Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

9а. Институт экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР. История болезни № 6247 от 14.11.1946 г. Больной Кармазов И.Н., 54 лет. Диагноз: «Рак кардиального отдела желудка и нижней части пищевода». Операция 21. 11. 1946 г. (оперировал Б.В. Петровский) / Рукопись на 12 листах.– Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

10а. Научный архив РАМН. Фонд Р–9120, оп. № 2, дело № 1195, лист 280.– Постановление Президиума АМН СССР, протокол № 36/290 от 19.12.51 г., «О присуждении премии имени Н. Н. Бурденко Петровскому Б. В. за монографию «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1950).

11а. Операционный журнал Института им. Н. В. Склифосовского за 1928 г. Протокол № 1362 первой операции по поводу рака верхне-грудного отдела пищевода, выполненной С.С. Юдиным в Институте им. Н.В. Склифосовского 3 сентября 1928 г. пациенту И. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

12а. Операционный журнал Института им. Н. В. Склифосовского за 1928 г. Протокол № 1453 первой тотальной пластики пищевода из кожи по методу Бирхера, выполненной С.С. Юдиным в Институте им. Н. В. Скли-

фосовского 22 сентября 1928 г. пациентке Н., 24 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

13а. Операционный журнал № 4 Института им. Н.В. Склифосовского за 1934 год. Протокол № 3590 первого этапа пластики пищевода по Ру-Герцену, выполненного С.С. Юдиным пациентке А., 18 лет, 17 августа 1934 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

14а. Операционный журнал № 4 Института им. Н.В. Склифосовского за 1934 год. Протокол операции № 3174 эзофагокардиомиотомии по Геллеру, выполненной С.С. Юдиным 21 июля 1934 г. пациенту В., 21 года. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

15а. Операционный журнал № 3 Института им. Н.В. Склифосовского за 1950 год. Протокол № 857 операции Добромыслова-Торека по поводу рака пищевода, выполненной Б.А. Петровым 23 февраля 1950 г. пациентке К. Ассистировал А.А. Русанов. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

16а. Операционный журнал № 4 Института им. Н.В. Склифосовского за 1950 год. Протокол № 1152 операции эзофагопластики тонкой кишкой по Ру-Герцену-Юдину, выполненной А.А. Русановым в Институте им. Н.В. Склифосовского 9 марта 1950 г. пациентке Л., 62 лет. Ассистировал Г.Р. Хундадзе. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

17а. Операционный журнал № 3 Института им. Н.В. Склифосовского за 1950 год. Протокол № 1919 первой операции реваскуляризации тонкокишечного трансплантата за счет левой внутренней грудной артерии, выполненной П.И. Андросовым пациенту Б., 30 лет, 15 апреля 1950 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

18а. Операционный журнал № 4 Института им. Н.В. Склифосовского за 1950 год. Протокол № 2103 второй операции реваскуляризации тонкокишечного трансплантата за счет левой внутренней грудной артерии, выполненной П.И. Андросовым пациентке М., 23 лет, 24 апреля 1950 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

19а. Операционный журнал № 1 Института им. Н.В. Склифосовского за 1951 год. Протокол № 181 первой операции реваскуляризации тонкокишечного трансплантата путем анастомозирования одной из его артерий с правой желудочной артерией при повторной эзофагопластике, выполненной П.И. Андросовым 10 января 1951 г. больному К., 27 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

20а. Операционный журнал № 5 Института им. Н.В. Склифосовского за 1951 год. Протокол № 11449 операции соединения тонкокишечного трансплантата с дном полости рта, выполненной П.И. Андросовым 29 ноября 1951 г. пациентке К., 25 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

21а. Операционный журнал № 1 Института им. Н.В. Склифосовского за 1951 год. Протокол № 817 операции трансдиафрагмальной экстирпации пищевода по поводу рака, выполненной Б.С. Розановым в Институте им. Н.В. Склифосовского 8 февраля 1951 г. пациенту П., 64 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

22а. Операционный журнал № 1 Института им. Н.В. Склифосовского за 1951 год. Протокол № 958 II этапа операции внутривисцерального соединения предварительно мобилизованного тонкокишечного трансплантата с грудным отделом пищевода, выполненной Б.А. Петровым 14 февраля 1951 г. пациентке И., 74 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

23а. Операционный журнал № 2 Института им. Н.В. Склифосовского за 1953 год. Протокол № 604 операции одномоментной эзофагопластики

тонкой кишкой по Ру-Герцену-Юдину, выполненной Д.А. Араповым пациенту Д., 54 лет, 28 января 1953 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

24а. Операционный журнал № 2 Института им. Н.В. Склифосовского за 1953 год. Протокол № 559 первой операции П. И. Андросова по включению желудка в пищеварение у пациента В., 29 лет, с агастральной астенией после эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину от 26 января 1953 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

25а. Операционный журнал № 4 Института им. Н.В. Склифосовского за 1953 год. Протокол № 3810 первого этапа тотальной пластики пищевода толстой кишкой, выполненного П. И. Андросовым пациентке Ф., 23 лет, 15 мая 1953 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

26а. Операционный журнал № 5 Института им. Н.В. Склифосовского за 1953 год. Протокол операции № 4330 от 10 июня 1953 г. по включению желудка в пищеварение у пациентки Н., 24 лет, с агастральной астенией после эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

27а. Операционный журнал № 4 Института им. Н. В. Склифосовского за 1954 г. Протокол № 1803 второго этапа тотальной пластики пищевода толстой кишкой, выполненного П.И. Андросовым пациентке Ф., 23 лет, 13 марта 1954 г.– Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

28а. Операционный журнал № 6 Института им. Н. В. Склифосовского за 1954 г. Протокол № 3058 первой операции С. С. Юдина по включению желудка в пищеварение у пациента Л., 27 лет, с агастральной астенией после тонкокишечной эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину от 28 мая 1954 г.– Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

29а. Операционный журнал № 1 Института им. Н.В. Склифосовского за 1955 г. Протокол № 298 операции одномоментной загрудинной тотальной пластики пищевода тонкой кишкой по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры, выполненной П.И. Андросовым в Институте им. Н.В. Склифосовского 16 марта 1955 г. пациентке Г., 31 года. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

30а. Операционный журнал № 1 Института им. Н.В. Склифосовского за 1955 г. Протокол операции № 349 у больного Р., 26 лет, от 30 марта 1955 г. – реконструктивная эзофагопластика с ремобилизацией тонкишечного трансплантата после операции Вульштейна, удаление кожной трубки и наложение эзофагоеюноанастомоза на шее. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

31а. Операционный журнал № 7 Института им. Н.В. Склифосовского за 1954 г. Протокол № 2741 трансплевральной операции резекции кардии и нижней трети пищевода по поводу рака по способу Гэрлока, выполненной Б.А. Петровым в Институте им. Н.В. Склифосовского 10 мая 1954 г. пациенту Ш., 69 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

32а. Операционный журнал № 9 Института им. Н.В. Склифосовского за 1955 г. Протокол № 787 операции резекции пищевода по поводу рака с одномоментной внутриплевральной пластикой тонкой кишкой комбинированным доступом (лапаротомия, сагиттальная диафрагмотомия и правосторонняя торакотомия), выполненной П.И. Андросовым в сентябре 1955 г. пациентке Х., 47 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы.

33а. Ответ Российского государственного архива экономики № 402 от 27.11.95 г. Б. В. Петровскому по поводу вопроса о причине неprisуждения ему Сталинской премии / Рукопись.– 1 м/п с.– Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

34а. Отчет о работе факультетской хирургической клиники педиатрического факультета 2-го Московского медицинского института им. И.В. Сталина за 1953 год / Рукопись.— 202 м/п с.: табл., ил. — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

35а. Отчет о работе факультетской хирургической клиники педиатрического факультета 2-го МГМИ им. Сталина за 1954 год / Рукопись.— 231 м/п с.: табл., ил. — Архив РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН.

36а. Петровский Б. В. Тезисы к выступлению на V пленуме правления Всесоюзного общества хирургов (Москва, 26–27 декабря 1952 г.) / Рукопись.— 17 с. — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

37а. Петровский, Б. В. Справка о состоянии и мерах по дальнейшему улучшению анестезиологической службы в стране. Доклад на Коллегии МЗ СССР. —1964 / Рукопись, 10 м/п с. — Архив Б. В. Петровского.

38а. Петровский, Б. В., Гусейнов Ч. С., Пятницкая Г. Х. Современные проблемы гемотрансфузии в хирургической клинике. Доклад на Московском Обществе гематологов и трансфузионистов 14 октября 1964 г. / Рукопись.— 26 м/п с.— Архив Б. В. Петровского.

39а. Петровский Б.В. Пути развития реконструктивной и восстановительной хирургии. Рукопись, 1980.— 19 м/п с.— Архив Б.В. Петровского.

40а. Петровский, Б. В. Прогнозы хирургии в ближайшие десятилетия. Рукопись, 1988.— 11 м/п с. — Архив Б.В. Петровского.

41а. Письмо С. С. Юдина П. И. Андросову из г. Бердска от 5 мая 1952 г. / Рукопись.— 10 м/п с.— Архив П. И. Андросова.

42а. Письмо С. С. Юдина Б. С. Розанову и П. И. Андросову из г. Бердска от 22 марта 1952 г. / Рукопись.— 10 м/п с.— Архив П. И. Андросова.

43а. Постановление Совета профессоров 2-го Московского государственного медицинского института им. И.В. Сталина от 29 сентября 1952 г. о представлении на Сталинскую премию книги Б.В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1950) / Рукопись.— 1 м/п с.— Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

44а. Представление дирекции 2-го МГМИ им. И.В. Сталина от 11 декабря 1952 г. в Комитет по Сталинским премиям при Совмине СССР работы проф. Б.В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» на соискание Сталинской премии / Рукопись на 2 м/п листах.— Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

45а. Российский государственный архив экономики, ф. 180, оп. 1, ед. хр. 1478. — Отзыв А.Н. Бакулева о работе члена-корреспондента АМН СССР, профессора Б.В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1954).

46а. Российский государственный архив экономики, ф. 180, оп. 1, ед. хр. 1478.— Отзыв Н.И. Жукова-Вережникова о книге Б. В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1954).

47а. Российский государственный архив экономики, ф. 180, оп. 1, ед. хр. 1478.— Отзыв Б. К. Осипова на монографию профессора Б. В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1954).

48а. Струков А. И. Рецензия от 12 марта 1954 г. на книгу Б. В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии», изд. АМН СССР, 1950 / Рукопись.— 2 м/п с.— Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

49а. Ходатайство № 71-2/20 от 20 февраля 1952 г. Министерства здравоохранения СССР перед Комитетом по Сталинским премиям в области науки и изобретательства при Совете Министров СССР о присуждении Сталинской премии проф. Б. В. Петровскому за работу «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» / Рукопись.— 2 м/п с. (ксерокопия).— Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

50а. ЦГАМ, Ф. Р-656, оп. № 1. Ед. хр. № 27. Св. 2. Отчетный доклад о научной работе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за 1947 г. и перспективы на 1948 г. на 51 листах. Лист 27. Справка о решении Правительства об организации Московского городского НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 02 января 1944 г.

51а. ЦГАМ, Ф. Р-656, оп. № 1, дело № 44 на 187 листах. Приказы по основной деятельности Института им. Н.В. Склифосовского с 2 января 1950 г. по 27 декабря 1950 г. Лист 109. Приказ № 245 от 7.07.1950 г., § 2 «Об утверждении в должности заведующих клиниками института; § 3 «О выделении из состава 2-ой хирургической клиники института 4-ой хирургической клиники».

52а. ЦГАМ, Ф. Р-656, оп. № 1, дело № 44 на 187 листах. Приказы по основной деятельности Института им. Н.В. Склифосовского с 2 января 1950 г. по 27 декабря 1950 г. Лист 59. Приказ № 127 от 11 апреля 1950 г. об откомандировании врачей, временно исполнявших обязанности ординаторов, в распоряжение Управления кадров Горздравотдела для перевода в районные больницы и поликлиники.

53а. ЦГАМ, Ф. Р-656, оп. № 1 (продолжение). Ед. хр. № 251. Протоколы заседаний ученого совета Института им. Н.В. Склифосовского за 1965 г., Т. I, листы 31, 35, 51. Протокол № 8 заседания Ученого совета от 3 февраля 1965 г. Аprobация диссертации В.Ф. Панфиловой.

54а. ЦГАМ, Ф. Р-656. Опись № 1, ед. хр. 263. Московский городской НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Научный совет. Перспективный план научных исследований института на 1966–1970 гг. на 23 листах. Листы 13–15. Проблема № 35 «Физиология и патология органов пищеварения».

55а. Центральный Объединенный Архив (ЦОА) ДЗ г. Москвы. Ф. 451. Оп. № 1. Дело № 529. Московский НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Личные дела рабочих и служащих, уволенных в 1970–1990 гг. на 265 листах. Листы 113–115. Личный листок по учету кадров и автобиография Арапова Д.А.

ПРИЛОЖЕНИЕ

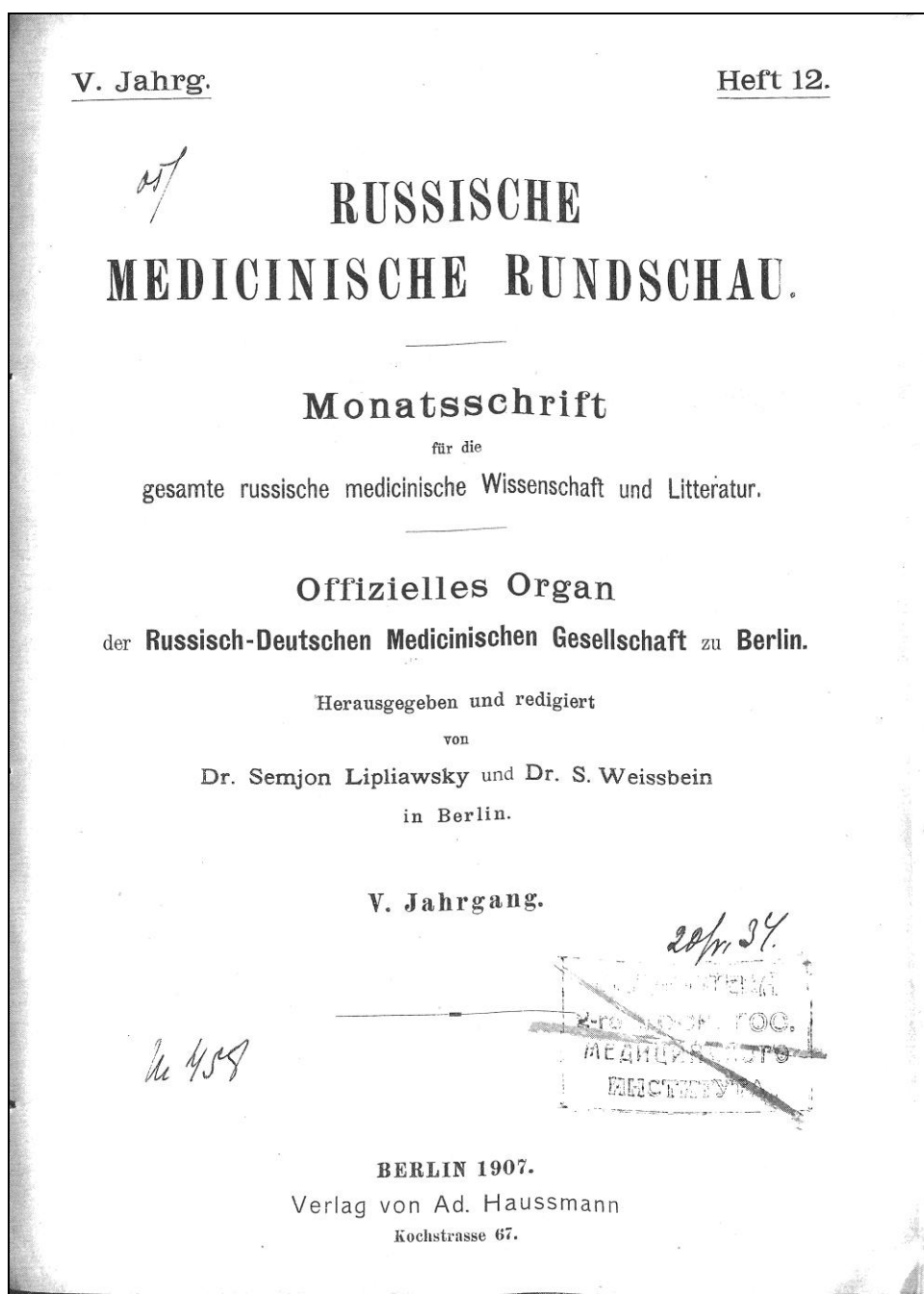


Рис. 1 а. — Первая страница журнала «Russische Medicinische Rundschau» № 12 за 1907 г. (фотокопия).

XXII.

Bemerkungen zum Sauerbruch'schen Aufsatz „Chirurgie des Brustteils der Speiseröhre.“

Von Priv. Doz. **W. Dobromyslow**, Tomsk.

Im Jahre 1905 erschien in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie die Arbeit Sauerbruch's, „die Chirurgie des Brustteils der Speiseröhre“, worin er behauptet, das Miculicz als erster an Menschen den transpleuralen Weg zur Entblössung und Resection des Oesophagus angewandt habe. Im Interesse der Richtigkeit muss ich hierzu einige Bemerkungen machen. Ueber diese Methode ist allerdings von Miculicz früher als von uns eine Publikation erfolgt, aber die Operation selbst ist von Prof. Salischtschew und von mir schon früher und ganz unabhängig von Miculicz ausgeführt worden. Seite 486 der Sauerbruch'schen Arbeit steht, dass Miculicz die transpleurale Methode im Jahre 1904 an zwei Kranken zum ersten Mal angewandt habe. Professor Salischtschew und ich operierten am 27. 1. 1900 eine Patienten, nach dem von mir im Wratsch 1900, No. 28 und 30 und im russischen chirurgischen Archiv 1903 No. 4 beschriebenen Verfahren. Es wurde eine linksseitige Probethorakotomie wegen Carcinom des oesophagus ausgeführt. Das Carcinom sass im unteren Teil der Speiseröhre. Der Tumor erwies sich verwachsen mit dem Pericard und mit der Aorta descendens. Deswegen wurde das Carcinom als inoperabel angesehen und die Brustwunde vernäht. Die Kranke starb eine Woche postoperationem. Die Section ergab eitrige Pericarditis und serofibrinöse Pleuritis. Beide Nervi vagi waren in den Tumor hineingewachsen, beide Pleuren nicht carcinomatös afficiert.

Am 19. 6. 1900 operierte ich nach derselben Methode, rechtsseitige Probethorakotomie wegen Oesophaguscarcinom eine ältere, kachektische Patientin. Das Carcinom sass an der Lungenwurzel. Die Vena azygos wurde unterbunden und darauf konnte der 4 cm lange Tumor ziemlich leicht von den Gefässen abpräpariert werden, nur war er an der einen Ecke fest mit der Aorta verwachsen. Während der Versuche ihn abzn lösen, trat plötzlich der Exitus ein. Der Zugang zum Oesophagus war gut.

Am 20. 7 1900 operierte Professor Ssalischtschew wegen Carcinom des Oesophagus. Rechtsseitige Thorakotomie. Der Tumor sass in der Mitte des unteren Speiseröhrenabschnittes. Der Tumor nahm 2 cm der Speiseröhre ein, beide Vagi sassen in ihm, und die linke Pleura war mit dem Tumor mit einer nicht grossen Fläche

Рис. 1 б. Титульный лист статьи В.Д. Добромыслова в журнале «Russische Medicinische Rundschau» № 12 за 1907 г. (фотокопия).

30-го ноября 1895 г.

Стат. жур.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГОСПИТАЛЬНАЯ КЛИНИКА

Исторія болѣзни.

Крестная Кудрина Корниловъ Лѣт. 38 Нар. рус

Место рождения в. Водяновка, Михайловск у Рязанской губ

Занятія Швейцарская

Сем. врач. Минарь, 1 ребенок

Мѣстность пораженія. Мигалка

Сторона тѣла.

Осмотръ

и другіе объективные признаки въ пораженной мѣстѣ.

Сосѣднія части и лимфатическія железы.

Состояніе общее и внутренн. органовъ.

Моча.

Функциональныя расстройства пораженной части и субъективныя ощущенія.

Начало и теченіе болѣзни до поступленія въ клинику.

Наследственность.

Результаты гистологическихъ и химическихъ изслѣдованій пораженныхъ частей и выѣзаний.

Diagnosis.

Примѣчанія:

Въ анамнезѣ не было ни какихъ расстройствъ, ни затрудненій глотанія. Болѣзнь началась внезапно, безъ всякаго предвѣщенія и слѣдовъ воспаленія. Сначала было чувство жжения въ глоткѣ, которое постепенно перешло въ чувство стѣсненія и боли при глотаніи. Болѣзнь началась съ жидкой пищи, которая не могла пройти въ желудокъ. 20

Stricture Oesophagi

Рис. 2. История болезни пациента К., 38 лет, (поступил 30 ноября 1895 г.) с диагнозом: «Stricture oesophagi» (кардиоспазм). Лечение консервативное (бужирование). – Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

РД

№ Стат. жур. _____ 10-января месяца 1897 г.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГОСПИТАЛЬНАЯ КЛИНИКА
Петерія больницы.

Александръ Евдѣевъ Лѣт. 33 Пар. _____

Мѣсто рожденія: Село Николаево, Дорнабуфрелого уезда. Сем. Николаево.

Занятія: Капитанъ 1-го отряда.

Сем. полож.: Женатъ, 2 дѣтей.

Область пораженія: Пищеводъ. Сторона тѣла: _____

Осмотръ: Пищеводъ небольшой, но вышняя часть расширена, края съ слабо красноватой, въ нижней части блѣды. При пальпации всегда былъ. Крайне трудно проглотить. Сильнѣе сужено разширеніе мускулатуры и перерывъ нѣтъ.

и другіе объективные признаки въ пораженной области: _____

Состояніе части и дифференціальныя признаки: На шеѣ нѣтъ никакихъ признаковъ.

Состояніе общее и внутрен. органовъ: Вѣсъ тѣла 135 фн. (норма 130 фн.) 15 Сеп. 30 23 фн. 15 Окт. 30 25 фн. 15 Дек. 30 164 фн. (норма 160 фн.) Сильнѣе сужено разширеніе мускулатуры и перерывъ нѣтъ.

Моча: Сут. кол. 2000,0 Сладко окраш. рт. 1012. Вѣсъ 1,01.

Функциональныя разстройства пораженной части и субъективные ощущенія: Моча въ мочѣ только красноватая. Рвоты нѣтъ. Сильнѣе сужено разширеніе мускулатуры и перерывъ нѣтъ. Сильнѣе сужено разширеніе мускулатуры и перерывъ нѣтъ. Сильнѣе сужено разширеніе мускулатуры и перерывъ нѣтъ.

Начало и теченіе болѣзни до поступленія въ клинику: Болѣзнь началась въ декабрѣ 95 г. нѣсколько мѣсяцевъ, сначала въ области желудка, а потомъ въ области пищевода. Сначала было чувство тяжести, потомъ чувство жжения, потомъ чувство боли. Сначала было чувство тяжести, потомъ чувство жжения, потомъ чувство боли. Сначала было чувство тяжести, потомъ чувство жжения, потомъ чувство боли.

Послѣдствѣнность: Болѣзнь началась въ декабрѣ 95 г. нѣсколько мѣсяцевъ, сначала въ области желудка, а потомъ въ области пищевода. Сначала было чувство тяжести, потомъ чувство жжения, потомъ чувство боли. Сначала было чувство тяжести, потомъ чувство жжения, потомъ чувство боли.

Результаты гистологическихъ и химическихъ изслѣдованій пораженныхъ частей и выводовъ: Болѣзнь началась въ декабрѣ 95 г. нѣсколько мѣсяцевъ, сначала въ области желудка, а потомъ въ области пищевода. Сначала было чувство тяжести, потомъ чувство жжения, потомъ чувство боли. Сначала было чувство тяжести, потомъ чувство жжения, потомъ чувство боли.

Diagnosis: Stricture oesophagi (Carcinoma).

Примѣчанія: 1

Рис. 3 а. История болезни пациента Р., 33 лет (поступил 10 января 1897 г.), диагноз: «Stricture oesophagi (carcinoma)». Лечение оперативное – гастростомия. – Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

Рис. 3 б. Протокол операции больного Р., 33 лет, январь 1897 г., (гастростомия по Кадеру, оперировал ординатор клиники Л.Л. Левшина С.И. Спасокуцкий).— Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

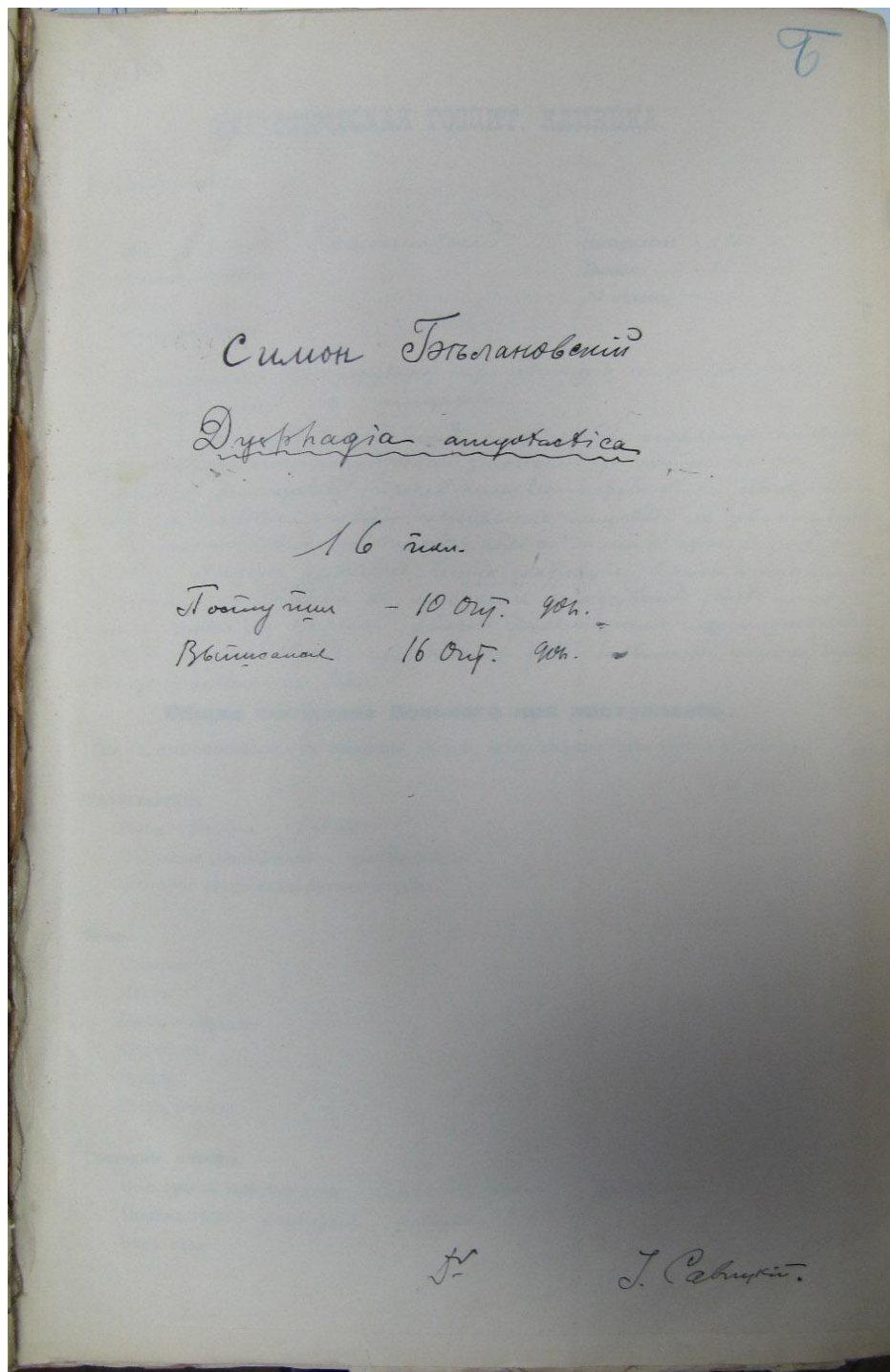


Рис. 4 а. История болезни больного Б. (поступил 10 октября 1901 г.). Диагноз: «Dysphagia amyotactica» (кардиоспазм). Лечение консервативное (бужирование). – Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

7

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГОСПИТ. КЛИНИКА.

Распознавание.

Имя *Синин Ефимович* Поступление « 10^{го} »
 Возраст и занятие Выписка « 16^{го} »
 Родина № палаты « »
 Местожительство

Жалобы больного на трудности проглатывания и застревание
 Прошлые пища в пищеводе

2 года назад начал болеть очень сильно, особенно сильно
 беспокоившей его — поговаривали за столом, что пища вся
 застревает в пищеводе (появилась сильная рвота). До *августа* июля
 1901. это застревание и чувство переполнения пищевода не увеличивалось
 и беспокоило больного только тогда, когда он ел или пил. В июле он
 заметил некоторое улучшение: пища застревала в пищеводе только
 « болше для Макса и я привнес и поговорил рвоту: после
 этого каковы же сараньи, фавориты, которые очень раздражались
 и ели пища. Иногда проглатывал рвоту болше, и каковы были
 пища и болше не было.

Общее состояние больного при поступлении.

(На то, что описывается в специальн. листкѣ, здѣсь должны быть только указанія).

Тѣлосложение:
 Ростъ *выше средняго*
 Положеніе (обыкновенное, вынужденное):
 Состояніе различныхъ отдѣловъ тѣла:

Кожа:
 Окраска:
 Цвѣтъ:
 Сыпи и опухоли:
 Отечность:
 Ногти:
 Ростъ волосъ:

Состояніе питанія:
 Подкожный жировой слой: *развѣтъ*
 Мышцы тѣла: *развѣтъ*
 Вѣсъ тѣла: *формы*

Рис. 4 б. История болезни больного Б. (поступил 10.10.1901 г.). Диагноз: «Dysphagia amyotactica» (кардиоспазм). Лечение консервативное (бужирование). — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

С.

Госпитальная Хирургическая Клиника
МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

№ 2589

Фамилия, имя *Овчинникова Надежда*

Возраста *20 л.* полъ лет.

Время поступления *16 окт. 1907* Время выписки *25 окт. 1907*

Постоянное местожительство *Москва, Замоскворецкая, 9. Федотова*

Название болезни *Рубцовое сужение пищевода*

Предварительныя свѣдѣнія:

Занятие и занятіе больнаго (или родителей, мужа и т. д.) *ткачиха*

Здоровье родителей и ближайшихъ родственниковъ

Какія болѣзни были до сего времени и когда?
былъ паротидитъ сама яблѣчка то болѣла (болѣли ушибы, переломы в носоглотку)

Когда и какими явлениями началась болѣзнь?
19 авг. 1907. Во время жары укусомъ комаромъ, сейчасъ же появилась сильная рвота; тошнота, жажда и начало пищевода были сильно обострены, появились рвоты воспалит. характера, мучительные боли по ходу желудка. Состояние стало почти нестерпимымъ. Состояние ухудшилось, боли не снимались. Число приступовъ увеличилось, боли скоро стали, но затруднение при глотаніи осталось; с трудомъ глотали жидкую пищу.

Настоящая жалоба

Лечились ли раньше? Гдѣ и когда?

Условия жизни и привычки

Настоящее состояніе больного:

Сложение и состояніе питанія *худое*

Кровь

Рис. 5 а. История болезни № 2589 пациентки С., 20 лет (поступила 16 октября 1907 г.). Диагноз: «Рубцовая стриктура пищевода» (послеожоговая). Лечение оперативное (еюностомия). – Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

Лимфатическая система

Вѣсь 41 ростъ 151 температура

Органы дыханія *Управ. верхнихъ дов. рѣтн. Прохладн. дох, неснаныт. пригнупленіе.*

Сердце *Мелк. сист., правильн.*

Пульсъ *Правильн., средн. напавленіе*

Кровеносные сосуды

Состояніе и отправленіе желудочно-кишечнаго канала *Насыщеніе вѣннз. Снмра*

Количество и качество мочи *Мног.*

Нервная система и органы чувствъ

Кожа

Операнія *20 окт. 1907. Секрета прищавъ напосѣ какъ днз. кануушнз. уселудото-мнцеліеушнз. свнцн. Успншенъ очень малъ и такъ нодъ подтнмнз. къ днздрашнз. сннз. къ подтнмнз. нз. къ рашъ не удачнз. Успншенъ сннз. малнз. Бодз. оушнз. мнцеліеушнз. тауш. не уда- снз. Малнз. мнцеліеушнз. сннз. свнцн.*

Описаніе удаленнаго путемъ операній

Исходъ и состояніе больного при выпискѣ

Дальнѣйшія свѣдѣнія о больномъ

Рис. 5 б. Протокол операции еюнотомии от 20 октября 1907 г., выполненной пациентке С., 20 лет, (история болезни № 2589, диагноз: «Рубцовая стриктура пищевода»).— Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

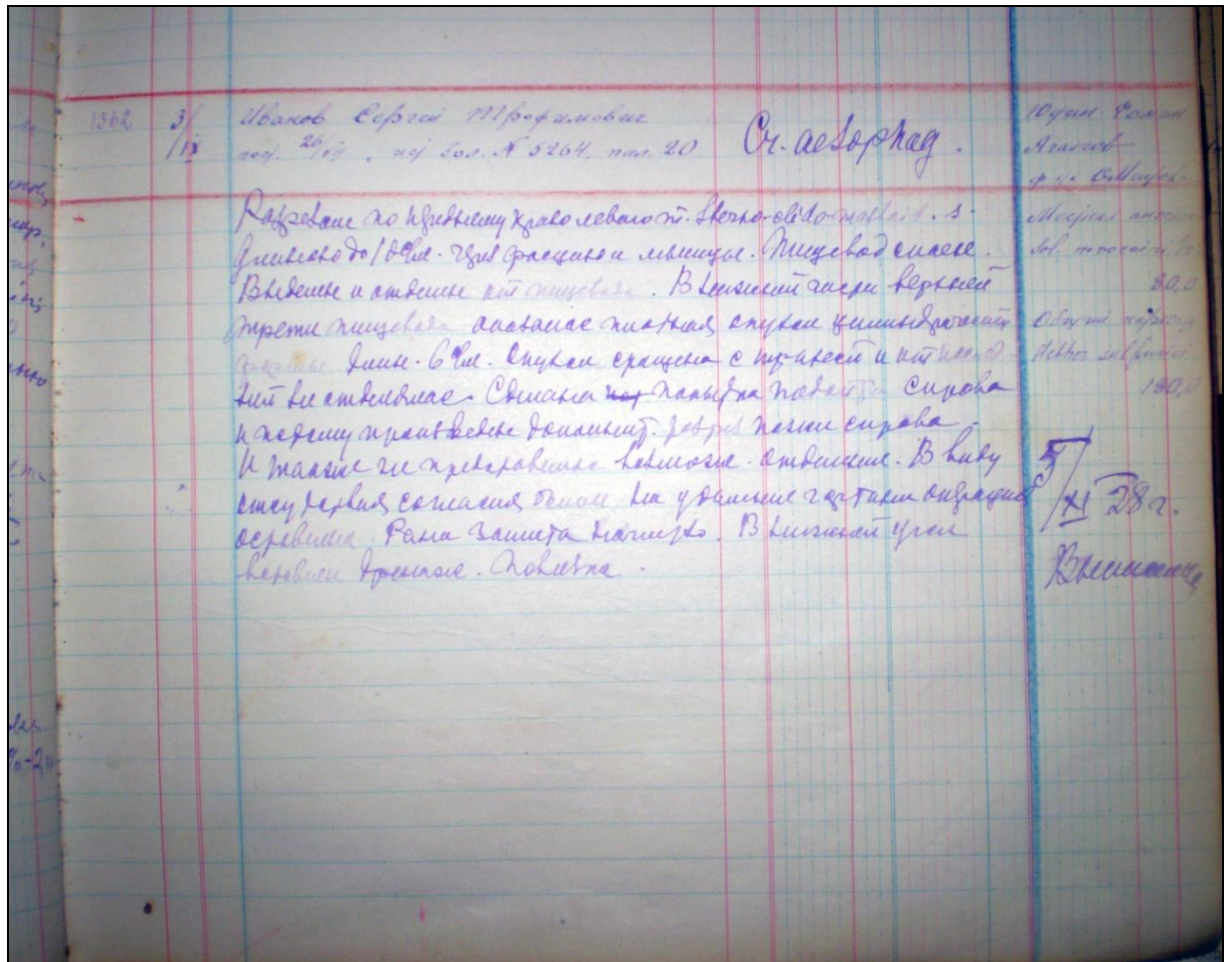


Рис. 6. Протокол № 1362 первой операции по поводу рака верхне-грудного отдела пищевода, выполненной С.С. Юдиным в Институте им. Н.В. Склифосовского 3 сентября 1928 г. пациенту И. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

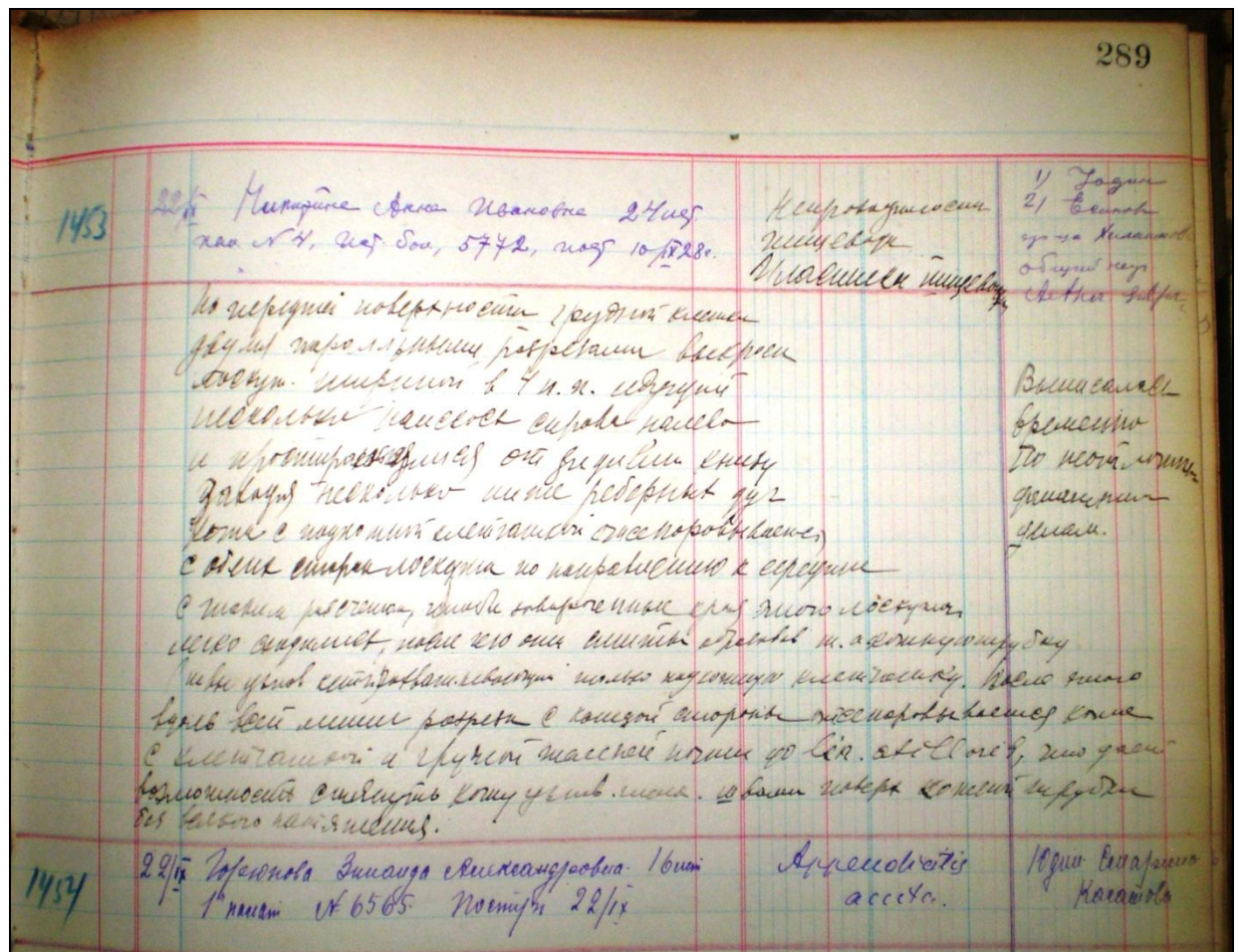


Рис. 7. Протокол № 1453 первой тотальной пластики пищевода из кожи по методу Бирхера, выполненной С. С. Юдиным в Институте им. Н. В. Склифосовского 22 сентября 1928 г. пациентке Н., 24 лет. — Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

3576	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
11310	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3588	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
11493	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3588	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
11380	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3589	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
11151	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3590	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3121	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3591	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
12406	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3592	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
11528	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
3593	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц
10497	Смирнов	Александр	Франц	12	Климов	12	Франц

Рис. 8. Протокол № 3590 первого этапа операции тотальной пластики пищевода по Ру-Герцену, выполненной С.С. Юдиным 17 августа 1934 г. пациентке А., 18 лет. — Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

№№	Фамилия, имя, отчество	Диагноз клинический	Диагноз при операции	Дата опера- ции	оператора Фамилия; ассистента опер. сестр.	Обезболивание	
3170	Судариков Дмитр. Федор. 28.11.34	Кардиоспазм эзофаг. Этот	то же	21/7	Иванов Сотраб Александр	Воду Зорн Нарк	Анну
3171	Катюшков Ив. Васильев Иванович 30.11	Ангионевроз Травм. кр. руки		21/7	Иванов Бадриев Александр	Ал Новос 1/2% р.	Анну
3172	Красильников Иван Васильевич 43м.	Гастрит Восп.	Расширение вентр. отдела кп	21/7	Арсенов Красильников Полосин	Клине Трусов 5% р.	Одновр. Скляков Голосин
3173	Ильин Иван Иванович 21.12.34	Кардиоспазм эзофаг. Пилорический спазм		21/7	Ильин Иванов Осипов	Ал 2% р.	Анну
3174	Вайнерман Иосиф Рувимович 21.12	Кардиоспазм	ру кп	21/7	Юдин Скляков Толмачев	Воду 1% р. 1/2% р.	Анну
3175	Васильков Анна Монеевна 28.11	Гастрит Этот	ру кп	21/7	Юдин Скляков Толмачев	Воду 1% р. 1/2% р.	Анну

Рис. 9. Протокол операции № 3174 эзофагокардиомиотомии по Геллеру, выполненной С.С. Юдиным 21 июля 1934 года по поводу кардиоспазма пациенту В., 21 года.— Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

А. М. Н. СССР
Институт экспериментальной и клинической хирургии ~~им. акад. С. И. Вавилова~~

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 6247

Особые отметки

Кем направлен б-ной _____	Отделение _____
Поступил <u>26/VI</u> 194 <u>6</u> г.	Умер _____ 194 <u> </u> г.
Выбыл <u>7/III</u> <u>Умер</u> 194 <u>6</u> г.	Проведено _____ койко-дней
Переведен _____ 194 <u> </u> г.	Дан отпуск на _____ дней
Куда _____	Зачтено до поступл. в и-т _____ дней
Больничный лист № _____	

Фамилия, имя, отчество Кузнецов Николай Васильевич

Возраст 50 лет. Национальность русск.

Где живет (адрес) г. Красноярск, обл. Красноярский р-н, село Сер.

Название предприятий, учреждения, где работает больной _____

Совхоз погребов Калмайт
5-82 № 341

Место работы адрес жон. фел

Выполняемая работа или должность селекционер

Диагноз при поступлении сп. серд. дилат.

Врач _____

Клинический диагноз: а) основное заболевание _____
сп. серд. дилат.

б) сопутствующие заболевания _____

в) осложнения _____

Операции 22/VI трансторакальная резекция кардиальной части желудка
сод. желудка 1/4% обширная резекция Петровский асс. Шенников
выполн.

Патолого-анатомический диагноз _____

Дата _____ Лечащий врач _____

Заявление клиники о необходимых леч. проф. мероприятиях после выписки _____

Проверено: дата _____ Директор клиники _____

1 типо-литогр. УЭМП. Зав. 2058

Рис. 10 а. Титульный лист истории болезни № 6247 больного К., 50 лет, — первого пациента, которому Б.В. Петровский 22 июля 1946 г. выполнил трансторакальную резекцию кардии и нижней трети пищевода по поводу рака с одномоментным наложением внутриплеврального пищеводно-желудочного анастомоза.— Архив Б.В. Петровского (фотокопия).

Рис. 10 б. Протокол первой трансплевральной резекции кардии и нижней трети пищевода, выполненной Б.В. Петровским 22 июля 1946 г. пациенту К., 50 лет, (ИБ № 6247) по поводу рака кардии с переходом на пищевод.— Архив Б.В. Петровского (фотокопия).

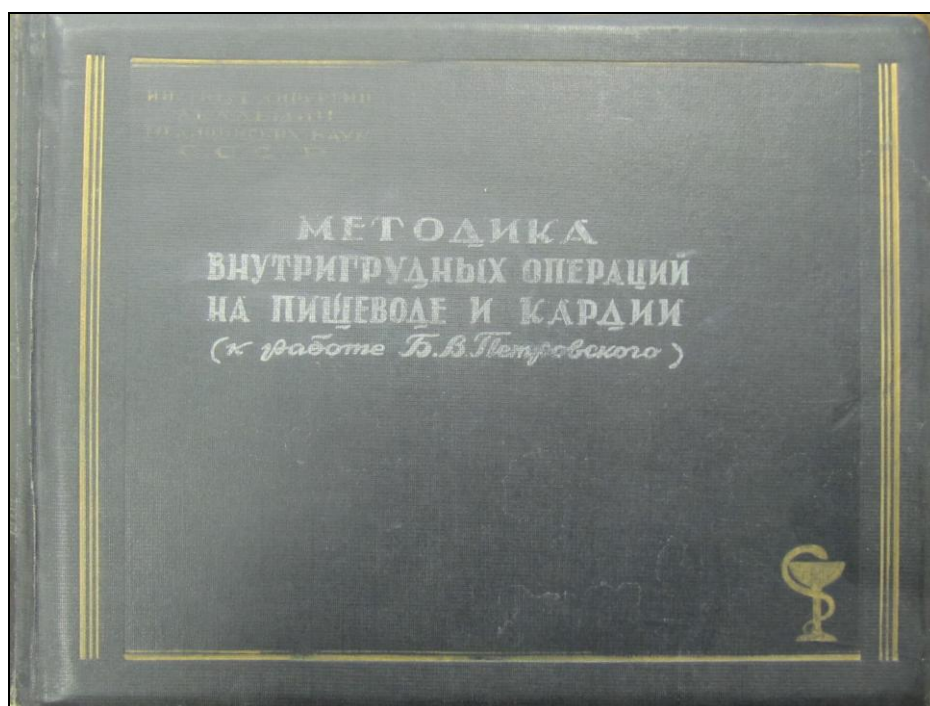


Рис. 11 а. Рукописный альбом к работе Б.В. Петровского о хирургическом лечении рака пищевода и кардии (фотокопия).– Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

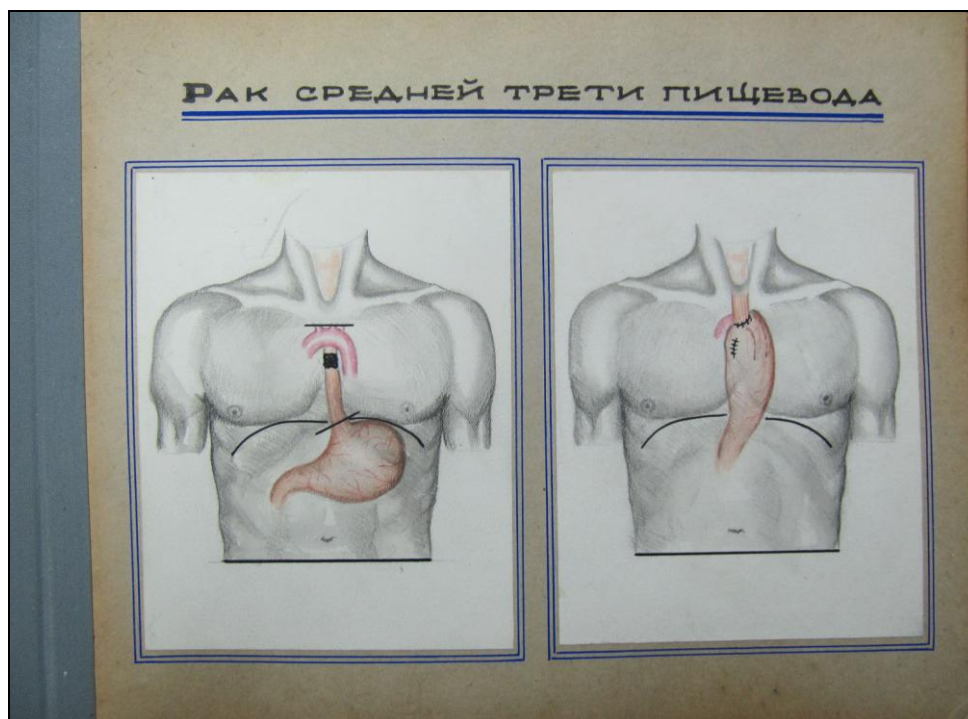


Рис. 11 б. Схема операции при раке грудного отдела пищевода, приведенная в рукописном альбоме к работе Б.В. Петровского о хирургическом лечении рака пищевода и кардии (фотокопия).– Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского» РАМН.

Мое выступление
 26/12/52

1) О необходимости
 проведения в нашей
 стране, а также и на
 международной конференции
 Всесоюзного общества хирургов
 2) О необходимости
 создания единого
 в области и по мере
 развития хирургии
 от дезорганизации
 административного
 управления
 3) Создание единого
 научно-исследовательского
 центра, который
 объединяет, имеет
 Обобщенный
 центральный
 орган

Рис. 12. Тезисы Б.В. Петровского к его выступлению на 5-ом пленуме правления Всесоюзного общества хирургов, состоявшемся 24–27 декабря 1952 г. – Рукопись на 17 л. (фотокопия 1-й страницы). – Архив Б.В. Петровского.

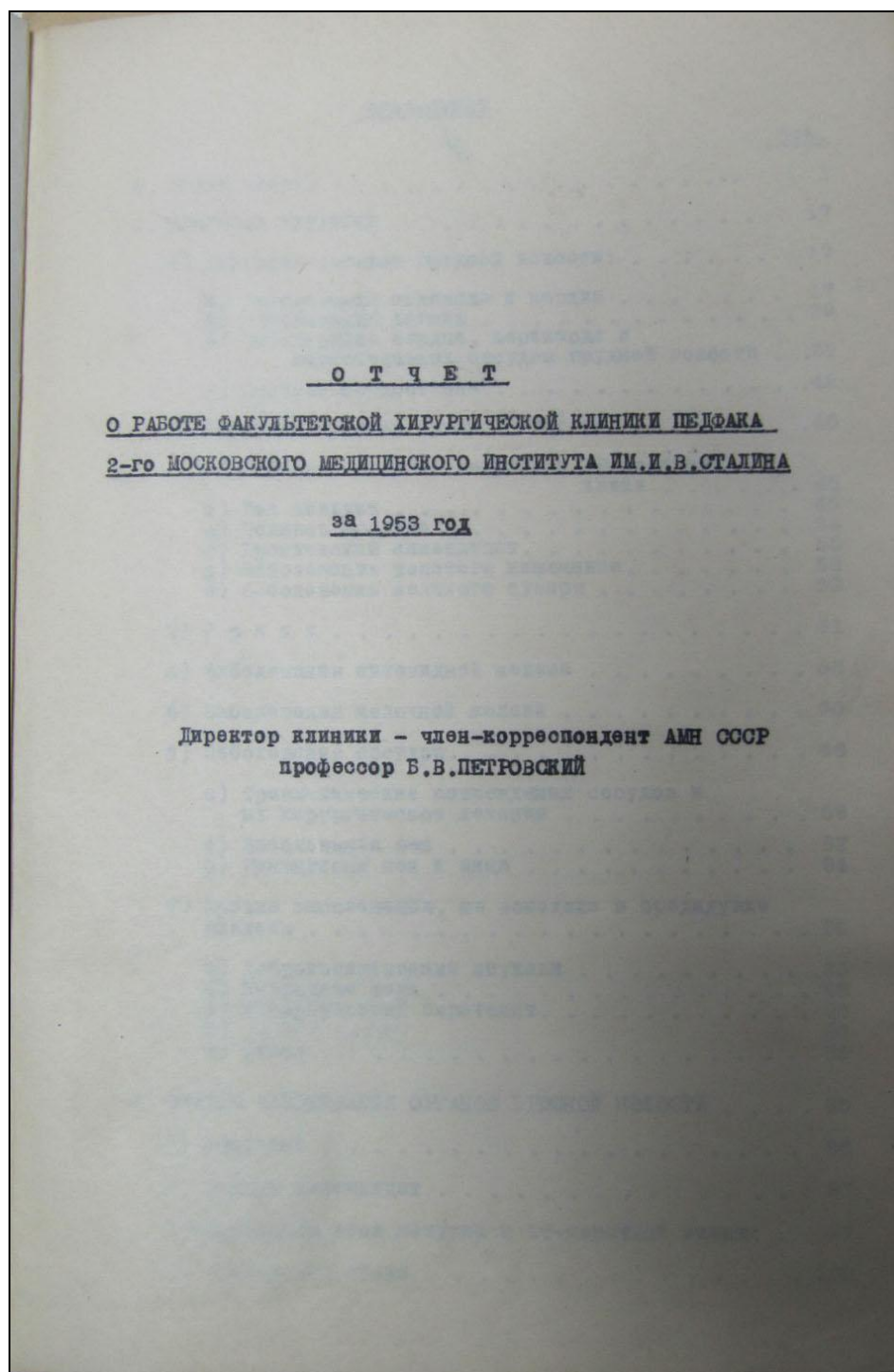


Рис. 13. Отчет о работе факультетской хирургической клиники педиатрического факультета 2-го Московского медицинского института им. И.В. Сталина за 1953 год / Рукопись.– 202 п/с.: табл., ил. (фотокопия первой страницы рукописи). – Архив ФГБУ «РНЦХ им. Б. В. Петровского» РАМН.

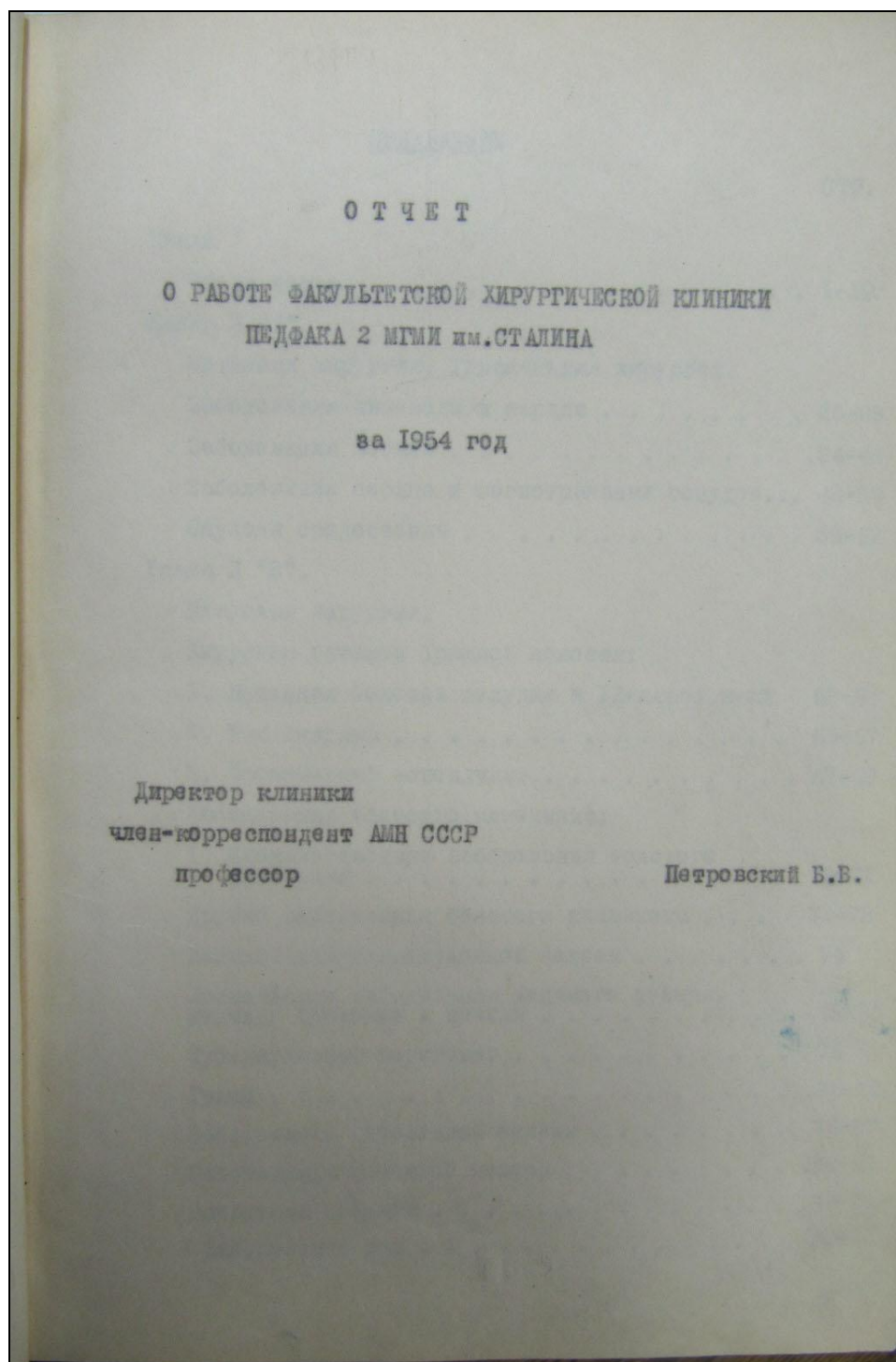


Рис. 14. Отчет о работе факультетской хирургической клиники педиатрического факультета 2-го МГМИ им. Сталина за 1954 год / Рукопись.— 231 п/с.: табл., ил. (фотокопия первой страницы рукописи). — Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН.

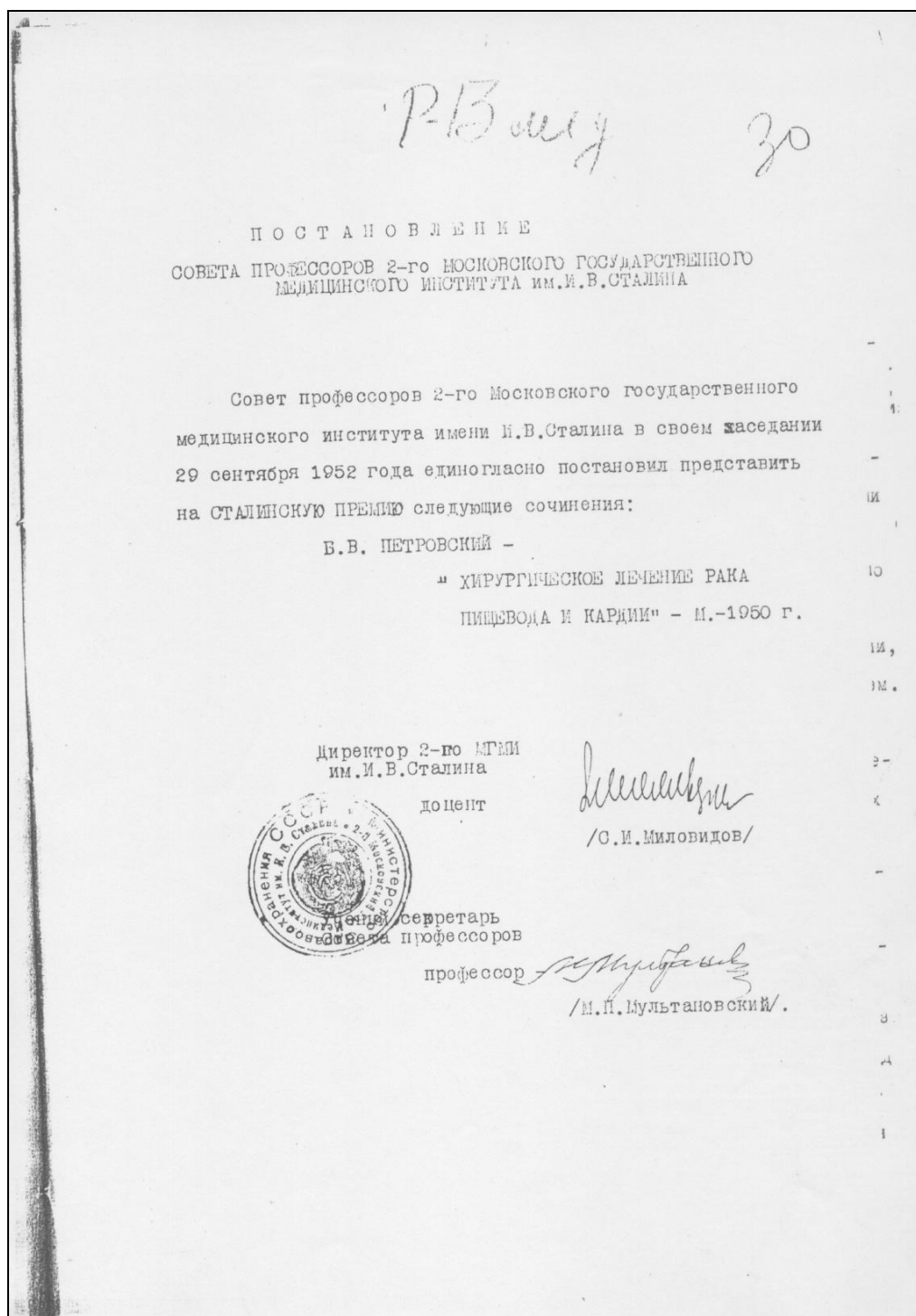


Рис. 15. Постановление совета профессоров 2-го Московского государственного медицинского института им. И.В. Сталина от 29.09.1952 г. о представлении на Сталинскую премию книги Б.В. Петровского «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1950).— Рукопись на 1 м/п л. — Архив ФГБУ «РНЦХ им. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).

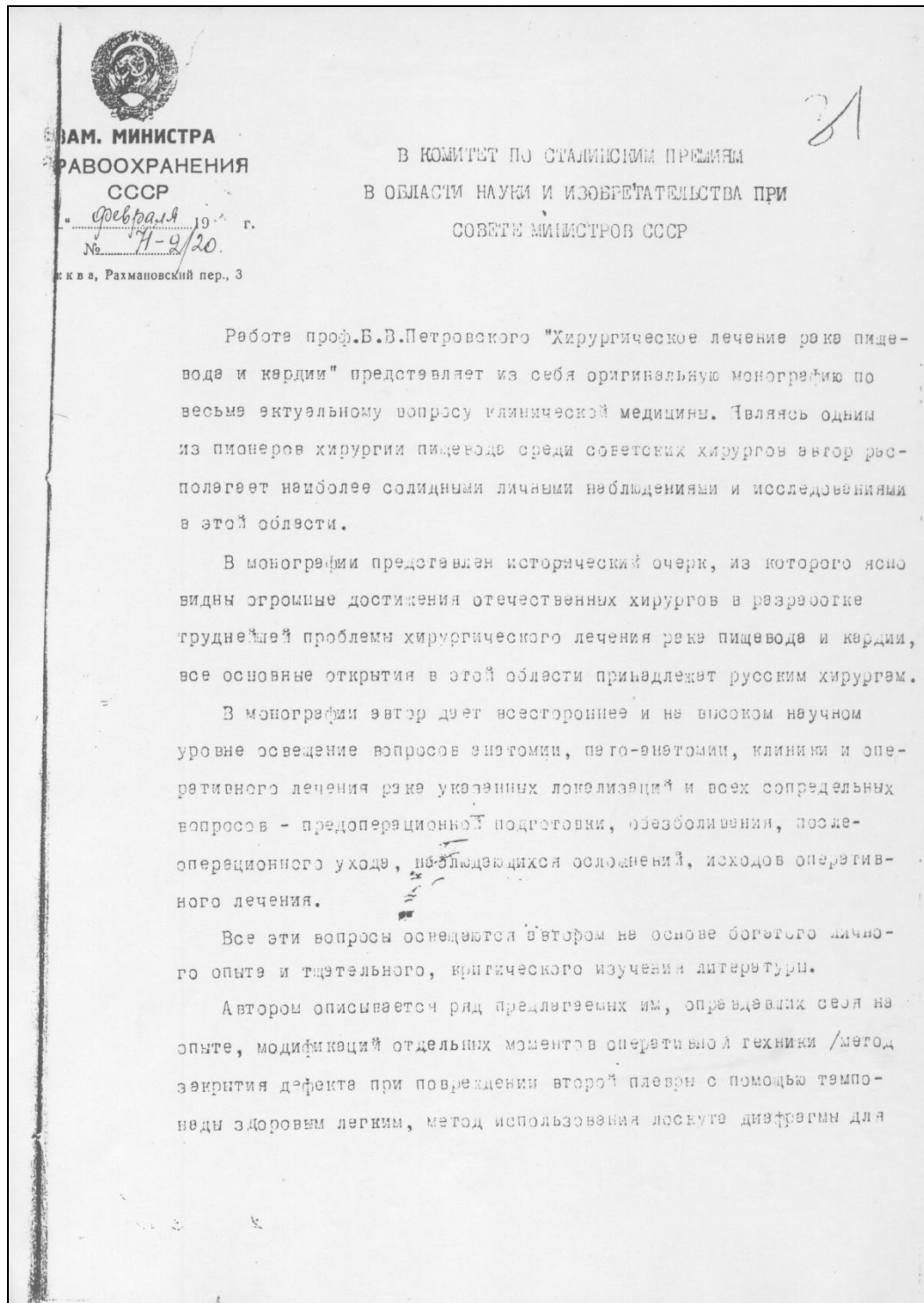


Рис. 16 а. Ходатайство Минздрава СССР о присуждении Б.В. Петровскому Сталинской премии за работу «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии». Рукопись на 2 м/п листах (1952).— Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия 1-ой страницы рукописи).

- 2 -

32

пластики пищевода, или укрепления швов анастомозов и др./.

Помимо операций при раке пищевода, автором осуществлены первые трансторакальные операции при сужениях пищевода доброкачественного характера, а так же предложена оригинальная операция внутригрудного анастомоза между желудком и пищеводом /выше места сужения/ без пересечения пищевода. С целью внедрения в широкую медицинскую практику методов хирургического лечения рака пищевода и кардии проф.Петровским Б.В. были проведены показательные операции в ряде городов Советского Союза.

Министерство Здравоохранения СССР ходатайствует перед Комитетом по Сталинским премиям в области науки и изобретательства при Совете Министров СССР о присуждении Сталинской премии проф. Б.В.Петровскому за работу хирургическое лечение рака пищевода и кардии.

Н.Н. Жуков-Вережников
Н.Н.ЖУКОВ-ВЕРЕЖНИКОВ.

Рис. 16 б. Ходатайство Минздрава СССР о присуждении Б.В. Петровскому Сталинской премии за подписью заместителя министра проф. Н.Н. Жукова-Вережникова (1952). Рукопись на 2 м/п листах (Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, фотокопия 2-ой страницы рукописи).

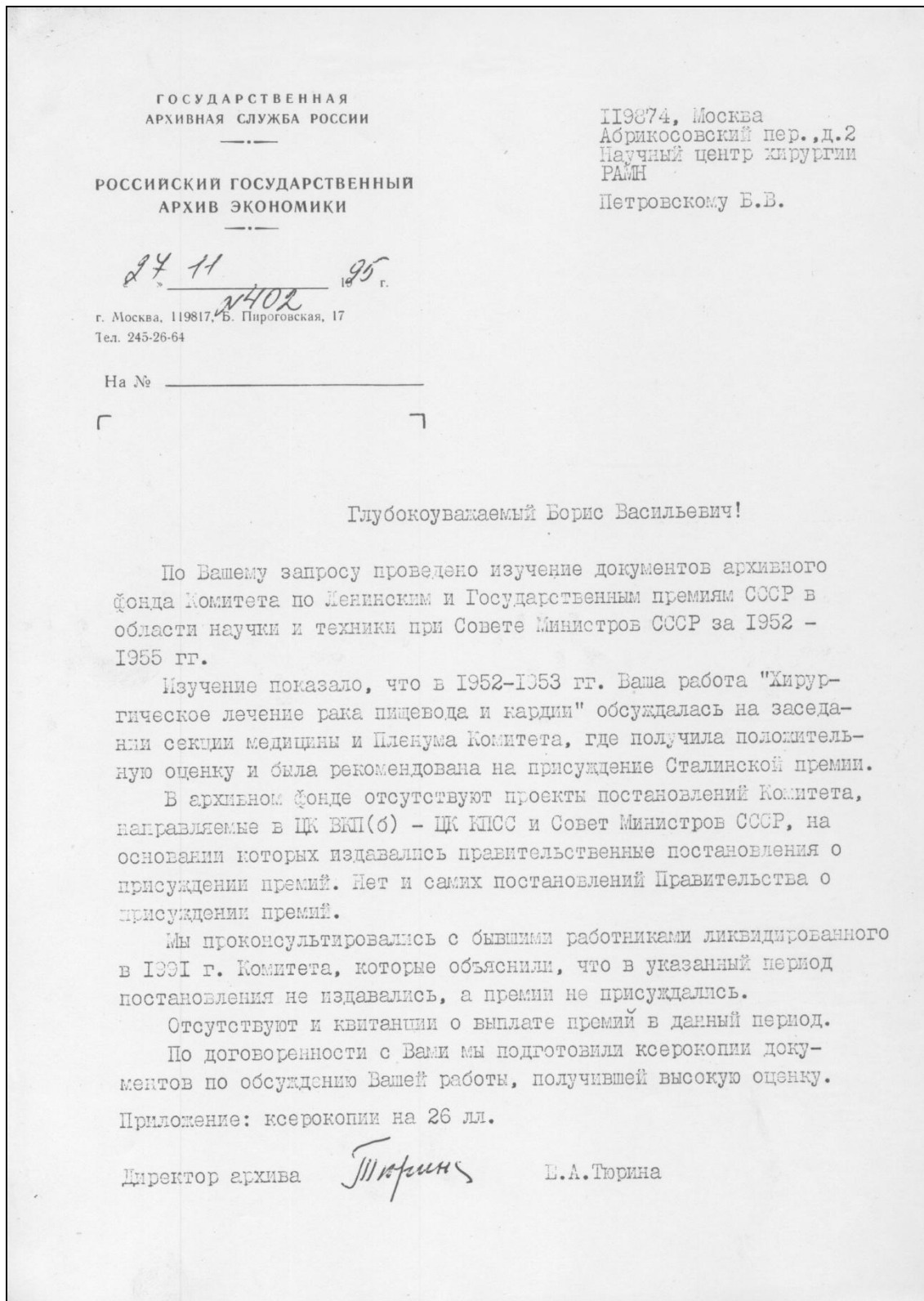


Рис. 17. Ответ Б.В. Петровскому из Российского государственного архива экономики о причинах неприсуждения ему Сталинской премии за работу «Хирургическое лечение рака пищевода и кардии» (1950).– Рукопись на 1 м/п л.– Архив ФГБУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» РАМН (фотокопия).



Рис. 18. П. И. Андросов и В. Ф. Гудов в 1949 г. с одной из моделей сосудосшивающего аппарата (фото из архива П. И. Андросова).

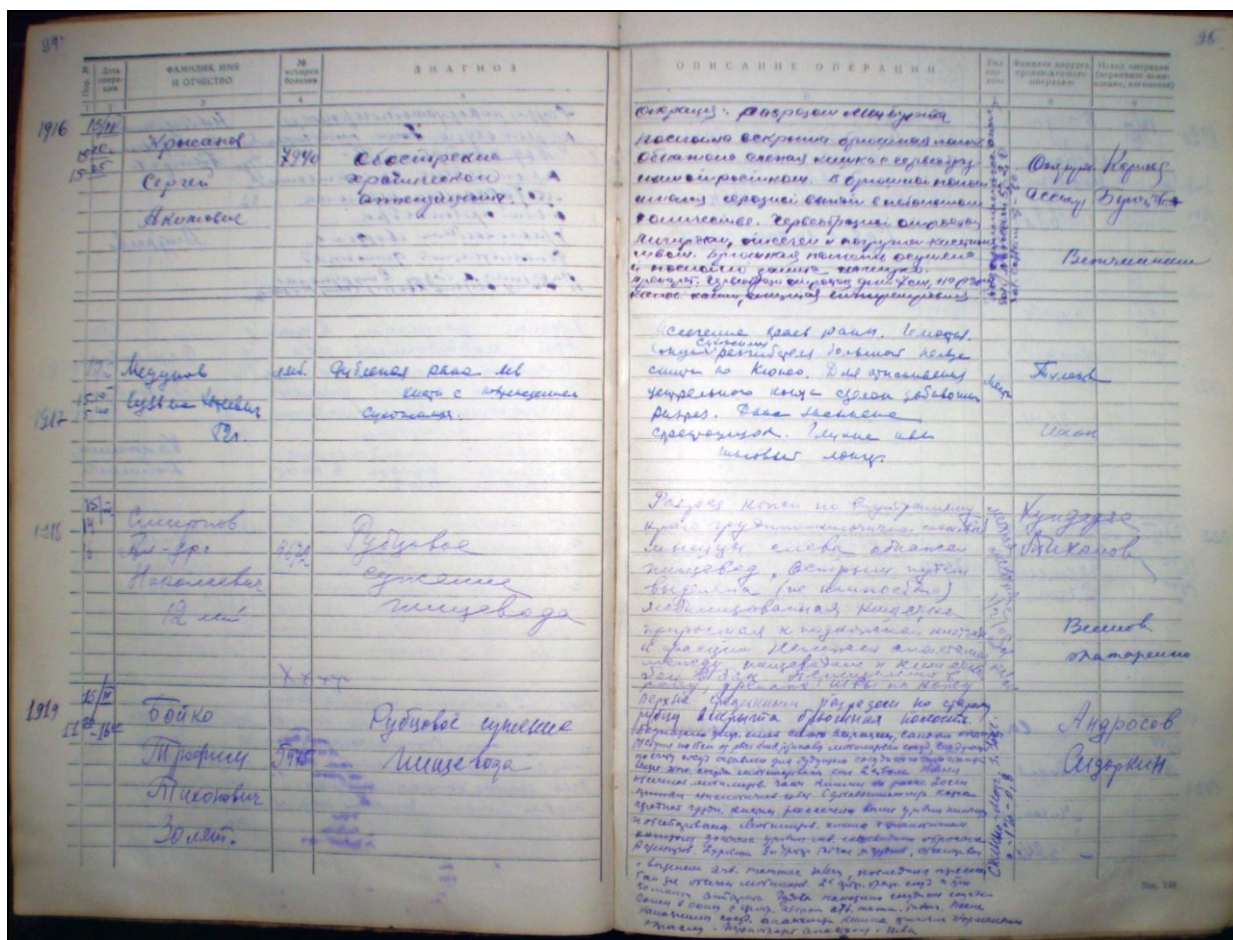


Рис. 19. Протокол № 1919 первой операции реваскуляризации тонкокишечного трансплантата за счет левой внутренней грудной артерии, выполненной П.И. Андросовым пациенту Б., 30 лет, 15 апреля 1950 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

Рис. 20. Протокол № 2103 второй операции реваскуляризации тонкокишечного трансплантата за счет левой внутренней грудной артерии, выполненной П.И. Андросовым пациентке М., 23 лет, 24 апреля 1950 г.— Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

[illegible]

Рис. 21. Протокол № 181 первой операции реваскуляризации недостаточно длинного тонкокишечного трансплантата путем соединения его артерии с правой желудочной артерией при повторной эзофагопластике, выполненной П.И. Андросовым 10 января 1951 г. больному К., 27 лет.— Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

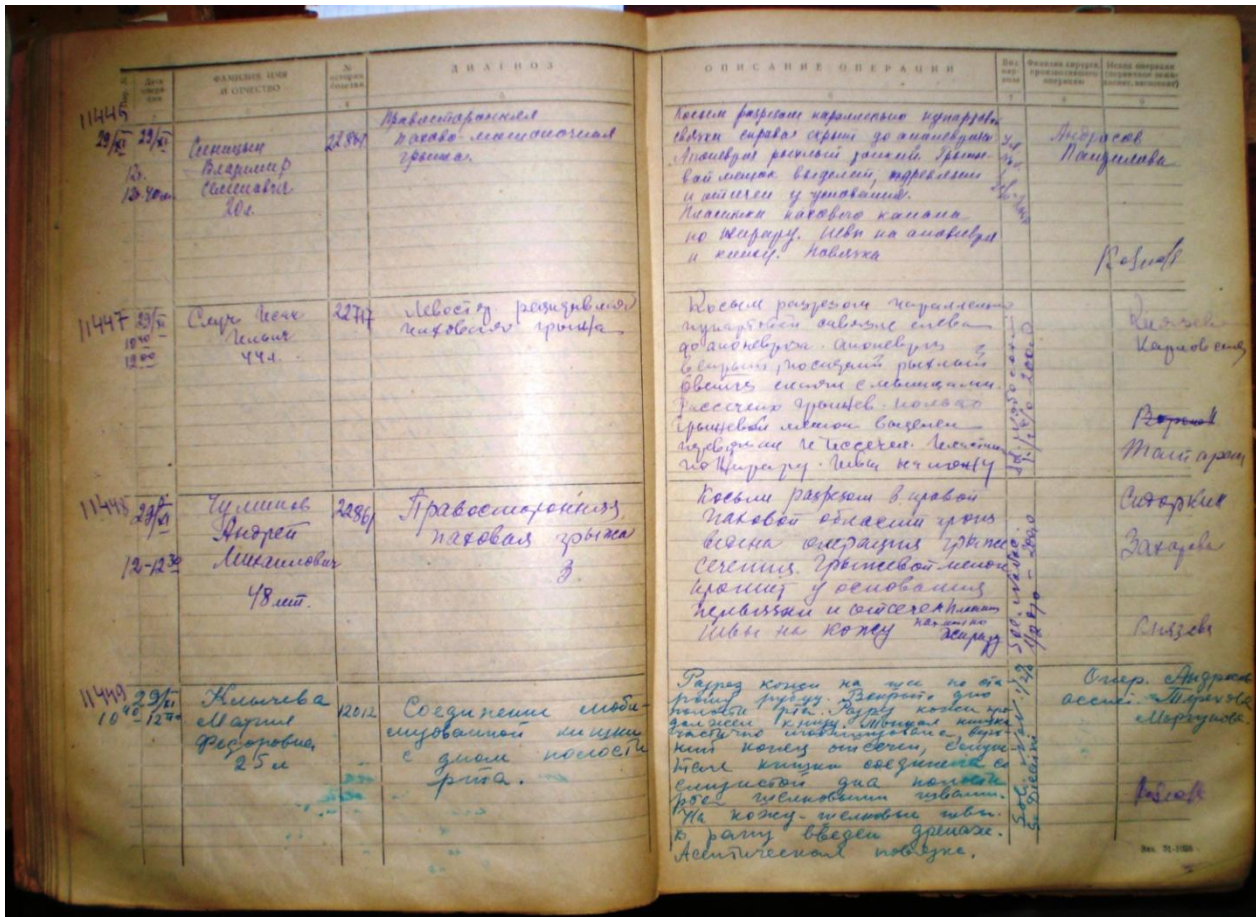


Рис. 22. Протокол № 11449 операции соединения тонкокишечного трансплантата с дном полости рта, выполненной П.И. Андросовым 29 ноября 1951 г. пациентке К., 25 лет.— Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

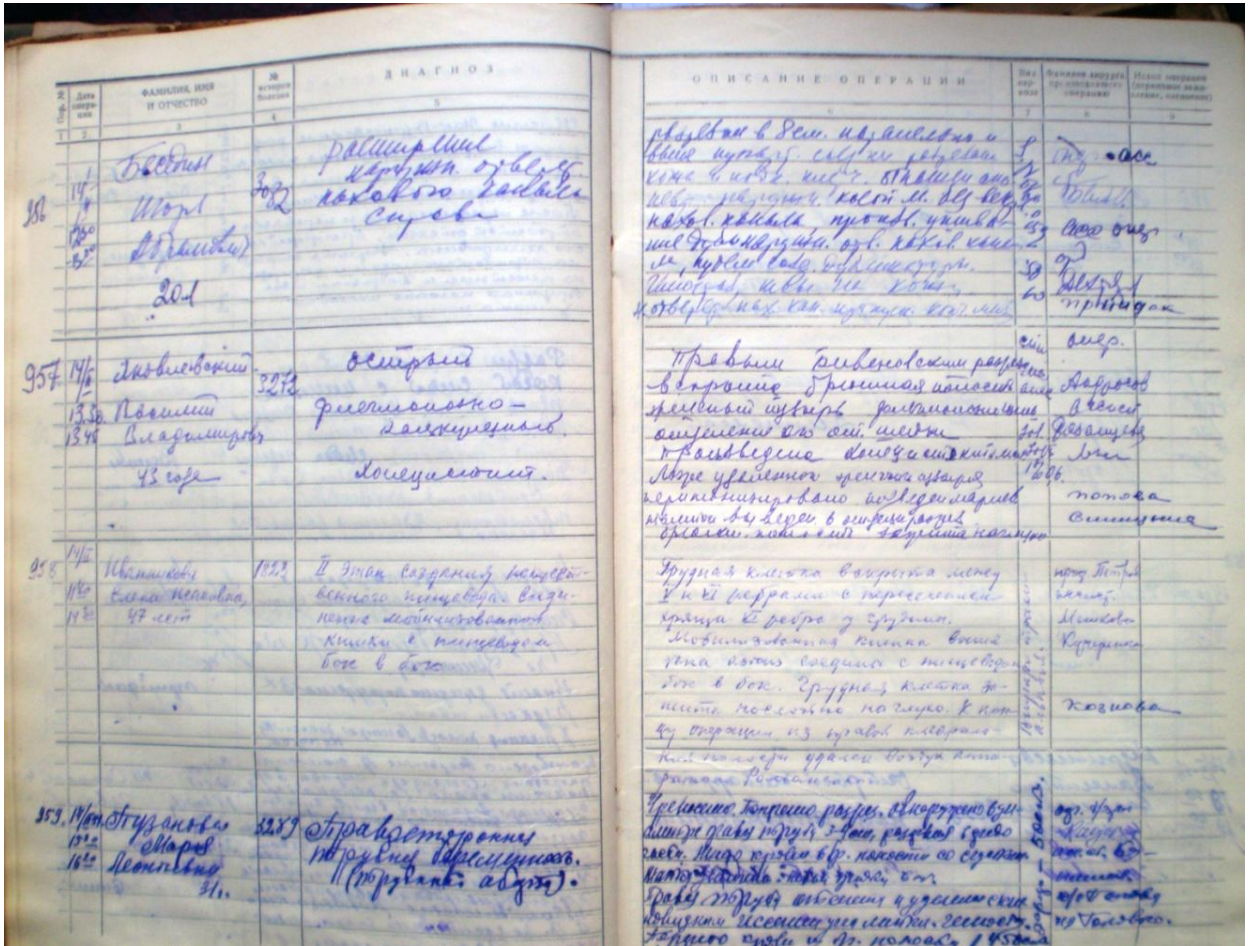


Рис. 23. Протокол № 958 II этапа операции внутрисплеврального соединения предварительно созданного тонкокишечного трансплантата недостаточной длины с грудным отделом пищевода, выполненной Б.А. Петровым 14 февраля 1951 г. пациентке И., 74 лет.— Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

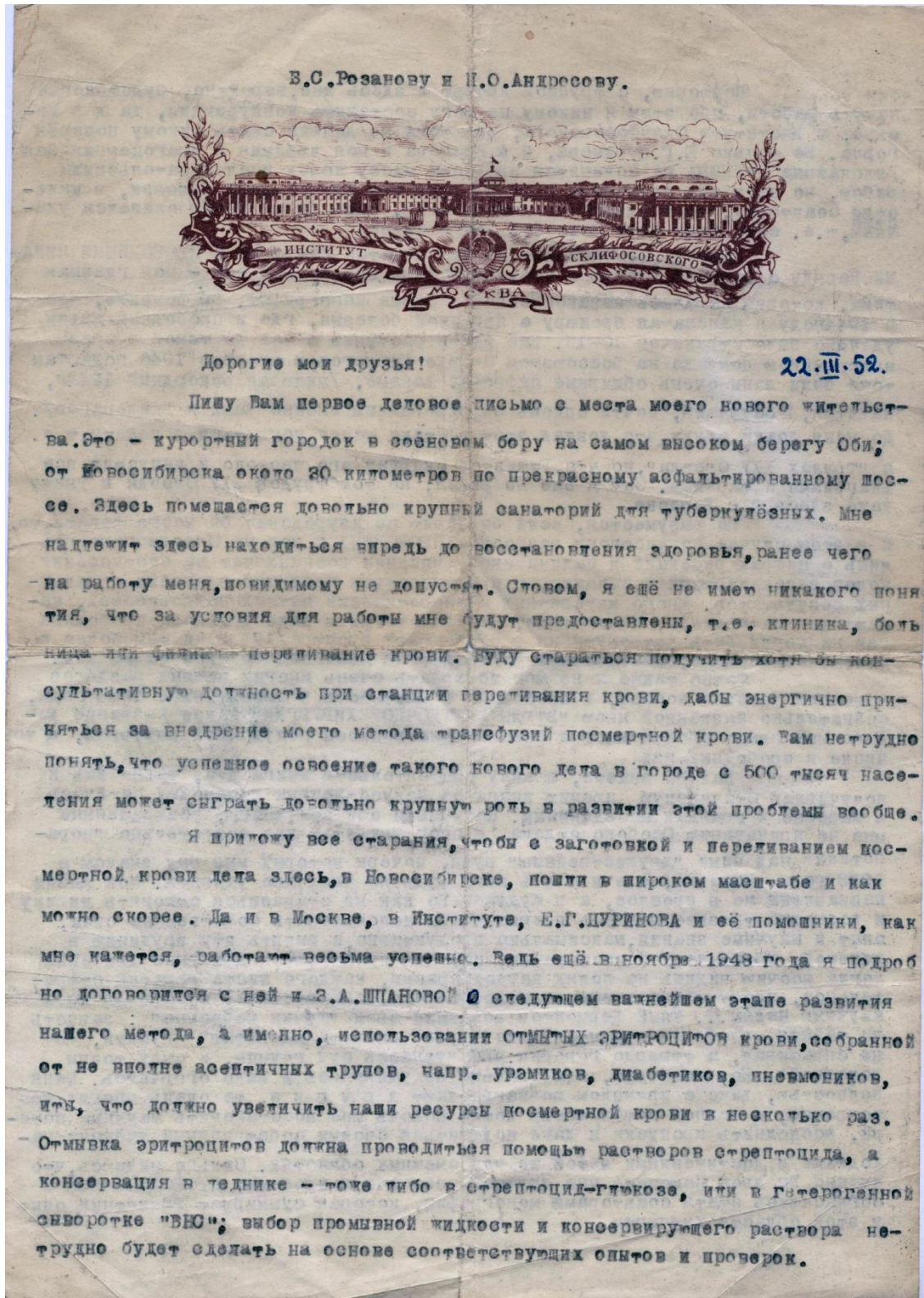


Рис. 24. Письмо С. С. Юдина В. С. Розанову и П. И. Андросову из г. Бердска от 22 марта 1952 г. Рукопись.— 10 м/п с.— Фотокопия первой страницы письма (архив П. И. Андросова).

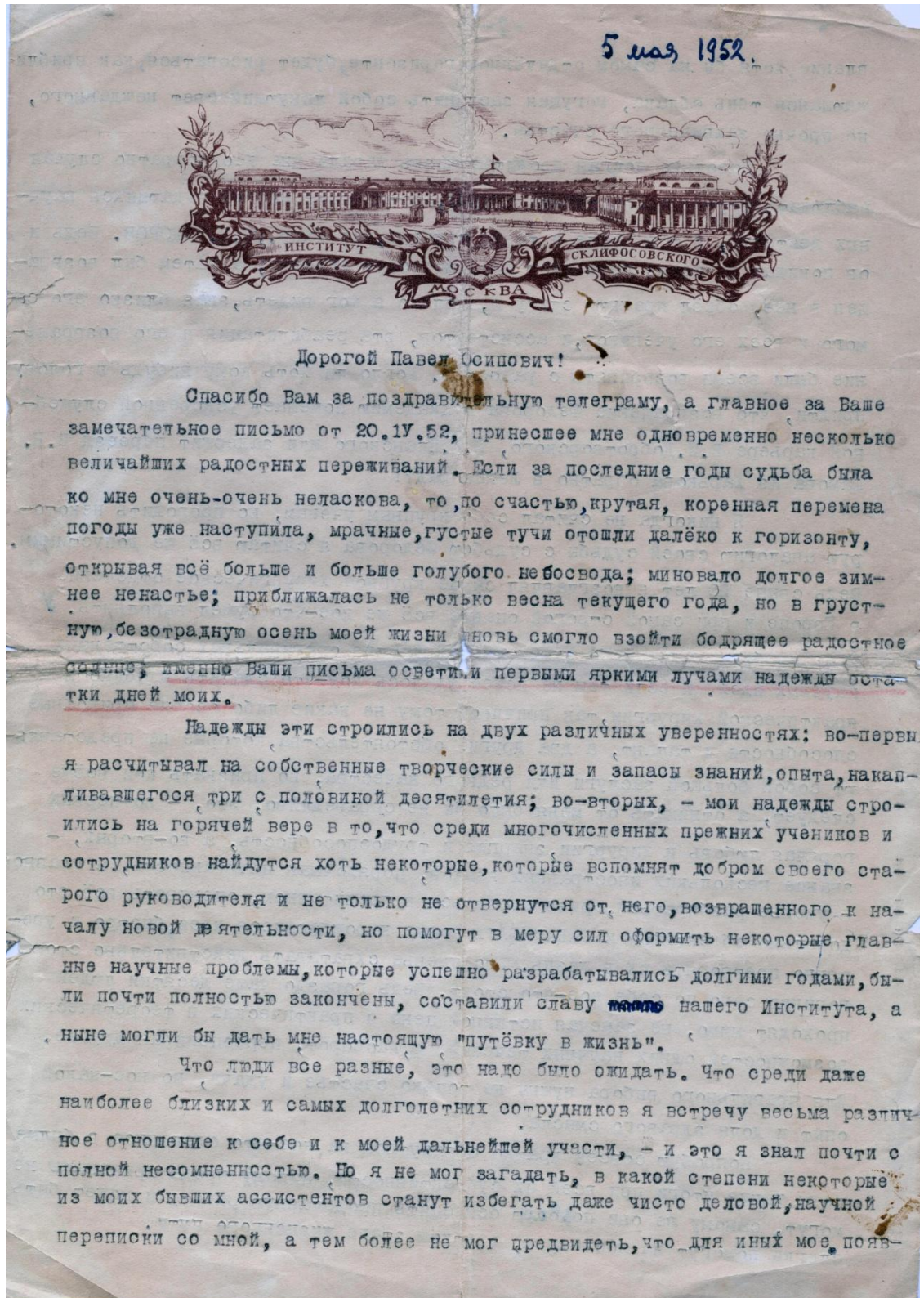


Рис. 25. Письмо С. С. Юдина П. И. Андросову из г. Бердска от 5 мая 1952 г. Рукопись на 10 м/п с. — Фотокопия первой страницы письма (архив П. И. Андросова).

№ п/п	Дата опера-ции	Фамилия, имя и отчество	№ истории болезни	ДИАГНОЗ	ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ			
					Описание операции	Действительная продолжительность операции	Время операции (по часам, минутам, секундам)	Время операции (по часам, минутам, секундам)
604	28/1 1953	Арапов Д.А. 54 лет	108	Средняя тонкая кишка Острый перитонит Без	Средняя тонкая кишка Острый перитонит Без	1 ч 15 мин	1 ч 15 мин	1 ч 15 мин
605	28/1 1953	Александр Николаевич 28 лет	1608	Хронический резектурирующий отит	Хронический резектурирующий отит	1 ч 15 мин	1 ч 15 мин	1 ч 15 мин
606	28/1 1953	Арапов Д.А. 54 лет	108	Средняя тонкая кишка Острый перитонит Без	Средняя тонкая кишка Острый перитонит Без	1 ч 15 мин	1 ч 15 мин	1 ч 15 мин

Рис. 26. Протокол № 604 операции одномоментной эзофагопластики тонкой кишкой по Ру-Герцену-Юдину, выполненной Д.А. Араповым пациенту Д., 54 лет, 28 января 1953 г. — Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

Рис. 27. Протокол № 3810 первого этапа тотальной пластики пищевода толстой кишкой, выполненного П. И. Андросовым 15 мая 1953 г. пациентке Ф., 23 лет, перенесшей 2 неудачных попытки эзофагопластики тонкой кишкой по поводу протяженной послеожоговой стриктуры пищевода. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» г. Москвы (фотокопия).

Рис. 28. Протокол № 1803 второго этапа тотальной пластики пищевода толстой кишкой, выполненного П. И. Андросовым 13 марта 1954 г. пациентке Ф., 23 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

№	Дата операции	Фамилия, имя и отчество	№ истории болезни	ДИАГНОЗ	ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ	Ведущий врач	Вспомогательные специалисты	Иные операции (перенесенные ранее, предстоящие)
557	26/1	Андреева	189	Острый гастрит	Проведены все необходимые операции с использованием аппарата Кохера. Внутренний орган, расположенный ниже сфинктера желудка, имеет размеры 10х5х3 см. Цвета сероватые, поверхность блестящая. Слизистая оболочка розовая, влажная. Сосуды хорошо выражены. Желудок расположен в нормальном положении. Состояние кишечника нормальное.	Кохер	Кохер	Кохер
558	26/1	Андреева	189	Хронический гастрит	Проведены все необходимые операции с использованием аппарата Кохера. Внутренний орган, расположенный ниже сфинктера желудка, имеет размеры 10х5х3 см. Цвета сероватые, поверхность блестящая. Слизистая оболочка розовая, влажная. Сосуды хорошо выражены. Желудок расположен в нормальном положении. Состояние кишечника нормальное.	Кохер	Кохер	Кохер
559	26/1	Андреева	189	Хронический гастрит	Проведены все необходимые операции с использованием аппарата Кохера. Внутренний орган, расположенный ниже сфинктера желудка, имеет размеры 10х5х3 см. Цвета сероватые, поверхность блестящая. Слизистая оболочка розовая, влажная. Сосуды хорошо выражены. Желудок расположен в нормальном положении. Состояние кишечника нормальное.	Кохер	Кохер	Кохер

Рис. 29. Протокол № 559 первой операции П. И. Андросова по включению желудка в пищеварение у пациента В., 29 лет с агастральной астенией после эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину от 26. 01. 1953 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

№	Дата операции	Фамилия, имя и отчество	№ истории болезни	ДИАГНОЗ	ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ	Врач-оператор	Врач-анестезист	Врач-реаниматор
3058	28.05.54	Соловьев Михаил Александрович	82	Значительное скопление пищи в желудке в течение 2-х суток	Проведение небольшой лапаротомии в правой подреберной области. Вскрытие желудка. Из желудка удалено около 100 г. пищи. Желудок очищен. Рану зашили 3-мя швами.	М. С. Юдин	В. И. Юдин	В. И. Юдин
3059	14.06.54	Михайлов Сергей Васильевич	7123	Механическая задержка пищи в желудке	Создание J-кишки с помощью верхней срединной лапаротомии. Рассечена зона кавернозных узлов. Желудок выведен за пределы брюшной полости. Введен в желудок пластиковый зонд. Из желудка удалено около 100 г. пищи. Желудок зашит.	М. С. Юдин	В. И. Юдин	В. И. Юдин
3060	15.06.54	Тихонов Виктор Иванович	8448	Сильная задержка пищи в желудке	Лапаротомия. Вскрытие желудка. Из желудка удалено около 100 г. пищи. Желудок очищен. Рану зашили 3-мя швами.	М. С. Юдин	В. И. Юдин	В. И. Юдин

Рис. 30. Протокол № 3058 первой операции С. С. Юдина по включению желудка в пищеварение у пациента Л., 27 лет, с агастральной астенией после эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину от 28. 05. 1954 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» Дз г. Москвы (фотокопия).



Рис. 31. П. И. Андросов и Н. П. Петрова в 1962 г. во время лекции в университете г. Осака (Япония) демонстрируют хирургические сшивающие аппараты, серийно выпускающиеся медицинской промышленностью СССР (фотография из архива П. И. Андросова).

Рис. 32. Протокол операции № 4330 от 10 июня 1953 г. по включению желудка в пищеварение после эзофагопластики по Ру-Герцену-Юдину. Оперировала В.Ф. Панфилова, ассистировал П.И. Андросов.— Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

Рис. 33. Протокол операции № 349 от 30 марта 1955 г. – реконструктивная эзофагопластика после операции Вульштейна, с ремобилизацией тонкишечного трансплантата, удалением кожной трубки и наложением эзофагоеюнонастомоза на шее. Оперировала О.И. Виноградова.– Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

Рис. 34. Протокол № 857 операции Добромыслова-Торека по поводу рака пищевода от 23 февраля 1950 г. Хирург Б.А. Петров, первый ассистент – А.А. Русанов. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

[illegible]

Рис. 36. Протокол № 817 операции трансдиафрагмальной экстирпации пищевода по А.Г. Савиных по поводу рака, выполненной Б.С. Розановым в Институте им. Н.В. Склифосовского 08. 02. 1951 г. пациенту П., 64 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

№	Дата опера-ции	Фамилия, имя и отчество	№ истории болезни	ДИАГНОЗ	ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ	Век, пол, возраст	Фамилия хирурга, производившего операцию	Имя оперируемого (фамилия, имя, отчество)	
2741	10.5.1954	Шарлашиов Иван Павлович	6650	Рак кардии и нижней трети пищевода	Разрезали Дунком в 40 см. по ходу п. желудка с пересечением сф. жкт. в 4 см. ревер слева - вваривали грудная полость. Верхний отдел желудка прижали к реберной плевре в нижнем отделе пищевода обнаружена опухоль размером 6х5 см. Слизистая с диафрагмой диафрагма рассечена. Ядро пищевода связано с селезенкой, которая выделена опухолю кавернозным и кровотоком. Селезенка удалена. Опухоль отделена от окружающих тканей, после чего желудок рассечен. Желудок вывернут на ушко. Желудок и пищевод подняты к заднему листку желудка. При перевороте пищевода обнаружено, что опухоль распространялась вверх по передней его стенке, выше дн. желудка. Пищевод был перерезан в 10 см. ниже желудка с образованием 2-х см. свободного конца на его задней стенке. Стенка пищевода и желудка на месте сращения ушата. В 2-х см. от заднего края желудка отделили несколько см. желудка, после чего она отделилась. При этом кривизна желудка и ее передней стенки подняты к диафрагме и катетру. Отверстие в диафрагме ушато отделили шилом, вшити и контурными швами. С помощью шила введено 3-х см. от ее режущей кромки, рассекли	Оперирован Шаришов Б. А. Гурлов, ассистент В. И. Шаришов, ассистент	Муж 38 лет	Гурлов	

Рис. 37. Протокол № 2741 трансплевральной резекции кардии и нижней трети пищевода по поводу рака по способу Гэрлока, выполненной Б.А. Петровым в Институте им. Н.В. Склифосовского 10 мая 1954 г. пациенту Ш., 69 лет. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

Т.В. Сива (Москва) С.А. Илья, И.В. Сажин (Фергана), Д.А. Москва (Фергана).

Рис. 39 а. Протокол № 787 резекции пищевода по поводу рака с одномоментной внутриплевральной пластикой тонкой кишкой комбинированным доступом (лапаротомия, сагиттальная диафрагмотомия и правосторонняя торакотомия), выполненной П.И. Андросовым пациентке Х., 47 лет, в 1955 г. – Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

Рис. 39 б. Протокол № 787 (продолжение) резекции пищевода по поводу рака с одномоментной внутриплевральной пластикой тонкой кишкой комбинированным доступом, выполненной П.И. Андросовым пациентке Х., 47 лет, в 1955 г. — Медицинский архив ГБУЗМ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» ДЗ г. Москвы (фотокопия).

Рис. 40. Протокол № 3642 операции трансторакальной резекции кардиальной части желудка и нижней трети пищевода, эзофагогастростомии, выполненной П.И. Андросовым 24 августа 1954 г. пациенту Л., 40 лет (ИБ № 18765) с диагнозом: «Пептическая язва эзофагогастроанастомоза» (после ранее произведенной операции Гейровского по поводу кардиоспазма).— Медицинский архив НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (фотокопия).