

Хирургическое лечение рака пищевода всегда относилось к числу труднейших разделов хирургии. Решающие успехи здесь достигнуты только в 20-е годы XX столетия после многих неудач, ценой громадных усилий многих хирургов различных стран.

От Бильрота до Углова

В 1870 г. Теодор Бильрот на деле доказал возможность иссечения участка пищевода в шейном отделе после того, как до этого идею резекции отдела пищевода при раковом его поражении неоднократно высказывали многие хирурги. Их обнадеживал тот факт, что злокачественные опухоли пищевода не имеют тенденции к раннему метастазированию, а длительное время остаются локализованными в первичном очаге, в связи с чем возможность радикальной операции выглядела вполне реально и возникла заманчивая перспектива одномоментного удаления всего поражённого участка.

Для этого необходимо иссечь отдел пищевода, поражённый опухолью, в пределах здоровых тканей, что само по себе вполне доступно любому квалифицированному хирургу.

Однако в первоначальные положения, в своё время выдвинутые Теодором Бильротом, — о малой склонности раков пищевода к метастазированию, более поздние исследования внесли коррективы: не частыми оказываются лишь отдалённые метастазы (за пределами средостения).

Удачная резекция шейного отдела пищевода выполненная Бильротом (вначале в эксперименте), стала одним из этапов подготовки и к первой его же успешной резекции желудка, осуществлённой в 1881 г.

Значительные сложности возникают на этапе послеоперационного восстановления проходности канала пищевода. Мысль о возможности самостоятельного восстановления проходности канала после её циркулярной резекции не покидала Бильрота. Поводом к тому служили примеры полной регенерации уретры после того, как приходилось целиком иссекать некротизированные участки мочеиспускательного канала. Но даже и в том случае, если бы следствием регенераторного восстановления участка пищевода явилась стриктура в области регенерации, оставалась надежда на успех последующего бужирования пищеводной трубки с целью восстановления проходности в месте сужения. Опыт хирургических вмешательств на пищеводе у Бильрота имелся со времён работы в Цюрихе. Там ему удавалось успешно сшить стенку пищевода в 2 случаях его травматического разрыва. У 11-летнего мальчика Бильрот, также с успехом, вскрыл, а затем ушил стенку пищевода при застревании в нём инородного тела.

В то же время Бильрот делает предостережение: он сам и его ассистенты наблюдали каждый по одному случаю, когда при раковой стриктуре пищевода зондирование привело к перфорации стенки желудка и развитию перитонита со смертельным исходом.

Экспериментируя на животных, Бильрот в 1870 г. резецировал у собаки полтора дюйма пищевода. Животное поправилось после операции, и когда по прошествии 3 месяцев собаку умертвили, патологоанатомическое исследование обнаружило на пищеводе в месте заживления тонкий эластичный рубец. Это

Было

Резекция пищевода: трудный путь к излечению

К 100-летию первой успешной операции

знаменовало собой большой успех в деле поиска методов хирургического лечения опухолей пищевода. Теперь Бильрот счёл свою клинику уже вправе осуществить резекцию пищевода на человеке, что вскоре и сделал один из его талантливых учеников Виченц Черни (1842-1916).

слева (без резекции рёбер) хирург мобилизовал пищевод и удалил опухоль. Затем верхний конец пищеводной трубки был выведен на шею, а дистальный конец был погружён в полость желудка с наложением кисетного шва. Далее большой была произведена гастростомия.

только избавить пациента от физических страданий, но и облегчить его моральное состояние.

Скончался он скоропостижно в Вене, куда прибыл осенью 1938 г. с намерением пройти курс лечения.

Неудачи не сломили их

Воздавая дань благодарной памяти благородным хирургам прошлого, хотелось бы коснуться и некоторых аспектов, имеющих отношение к дополнительным методам исследования — методам, без которых немислим прогресс в сфере оперативной деятельности клиницистов.

Доктор Готтштайн, в течение многих лет являвшийся помощником профессора И. Микулича (1850-1905), в обширной статье (1900) излагает историю, технику и клиническое применение эзофагоскопии — непосредственного осмотра пищевода.

Надо сказать, что долгое время подобные исследования во многом ещё носили характер случайных, то есть не опиравшихся на научно обоснованные положения. Так, например, немецкий клиницист Розенхайм однажды (и тоже случайно) вместо пищевода ввёл эзофагоскоп в дыхательное горло и дошёл по трахее до бифуркации. В дальнейшем он несколько раз уже намеренно производил осмотр трахеи до бронхов, но далее идти не решался из-за опасения повредить бронх.

А вот исследователи из Германии Земеледер и Штёрк прибор, служивший для осмотра дыхательных путей, впервые приспособили для осмотра пищевода. Прибор состоял из щипцов с длинными ложками, которые вводились в зев и затем продвигались в пищевод. При этом использовалось освещение стенок пищевода светом, отражаемым гортанным зеркалом. Однако первая такая попытка закончилась неудачей. Дело в том, что вход в пищевод закрыт на довольно большом протяжении книзу, причём передняя стенка пищевода плотно прилегает к задней; вводя щипцы и раздвигая ложками боковые стенки пищевода, можно раскрыть его просвет лишь в незначительной степени. В средней части пищевода передняя стенка остаётся по-прежнему прилегающей к задней так, что поперечное сечение просвета имеет вид лежащей на боку цифры 8. Чтобы преодолеть это затруднение, позднейшие исследователи употребляли щипцы с ложками, расположенными не в сагиттальной, а во фронтальной плоскости.

Морел Макенци в 1880 г. применил новый, более целесообразный прибор, состоявший из проволочного каркаса, по которому могли перемещаться три горизонтально расположенных кольца и который делал обозримым пищевод на довольно большом протяжении. Широкого практического применения прибор не получил, но явился переходной ступенью к трубчатому эзофагоскопу. Первый такой эзофагоскоп был сконструирован Waldenburgom,

но его прибор был ещё весьма далёк от совершенства.

Микуличу, ближайшему из учеников Бильрота, эндоскопическая практика обязана тем, что техника визуального осмотра пищевода была доведена до значительной степени совершенства, и такой осмотр уже можно было применять с такой же практической ценностью, как это происходило при осмотре гортани с использованием гортанного зеркала. Примечательно то обстоятельство, что исходным пунктом в работах Микулича послужили наблюдения за так называемыми глотателями шпaga.

Те, максимально запрокинув голову кзади, без большого труда вводили в пищевод довольно объёмистые предметы. Микулич убедился, что при значительном запрокидывании головы можно ввести узкий прямой предмет в пищевод любого человека. После долгих и тщательных исследований на трупах он счёл себя готовым ввести трубчатый прямой эзофагоскоп в пищевод живого человека, что он с успехом и сделал, соблюдая все необходимые предосторожности.

Этим самым значительно облегчалась и задача освещения пищеводного канала. Подвергая свой прибор дальнейшим доработкам и усовершенствованиям, Микулич сделал его удобоприменимым как для распознавания, так и, в некоторых случаях, даже для лечения болезней пищевода.

Переноса центр своей хирургической деятельности из Вены в Краков, затем в Кёнигсберг и в уже упоминавшийся нами Бреслау, Микулич всюду много содействовал внедрению в практику немецких врачей эзофагоскопии, а те из своей среды впоследствии выдвинули «весьма почтенных исследователей в данной области»: Хакера, Келлинга, Розенхайма, а также широко известного конструктора и производителя медицинских приборов и инструментов Й. Лайера, помогавшего в решении всех проблем, связанных с механикой аппаратуры.

Одна из самых грозных опасностей, сопряжённая с введением эзофагоскопа, — это возможность прободения стенки пищевода, особенно поражённого патологическим процессом. У Микулича подобное несчастье случилось дважды. Оба случая произошли в самом начале применения способа. В первом случае смерть последовала через 48 часов, а во втором — через 3 суток.

И всё же столь жестокие неудачи не смогли сломить мужества учёного и блистательного хирурга. Он продолжал упорные поиски способов, имеющих своей конечной целью избавление человека от страданий. В дальнейшем Иоганн Микулич произвёл более полутысячи эзофагоскопий, не потеряв ни одного больного.

Игорь ТЕЛИЧКИН,
кандидат медицинских наук,
Великобритания.

НА СНИМКЕ: цирковые глотатели шпaga подтолкнули хирургов на решительные действия.



Пациенткой Черни стала женщина в возрасте 51 года, у которой Черни удалил отрезок шейного отдела пищевода длиной 6 см. Больная прожила после операции 13 месяцев.

Сообщение «О резекции пищевода» Т. Бильрот опубликовал в Archiv für klinische Chirurgie (1871, Bd. 13).

На XII Международном конгрессе врачей в 1897 г., проходившем в Москве, Черни сделал сообщение уже о 12 случаях выполненных им резекций шейного отдела пищевода.

Успех Черни побуждал Бильрота ко всё более широкому внедрению операции резекции пищевода в хирургическую практику.

Одним из первых в России вопрос об оперативном лечении поражений пищевода поднял хирург Иван Иванович Насилов (1842-1907). Он разработал на трупах внеплевральный доступ к пищеводу, резецируя со стороны спины 4 ребра и внеплеврально через заднее средостение проникая к пищеводу с целью иссечения рака или рубцового сужения. Круговое иссечение пищевода Насилов заканчивал наложением швов. Он предложил в случае перехода опухоли на соседние органы вшивать пищевод в наружную рану. Внеплевральный доступ к пищеводу во всех руководствах по хирургии носит его имя.

Трансплевральный путь, предложенный впервые в 1900 г. русским хирургом В. Д. Добромисловым (1869-1917) и успешно осуществлённый им в эксперименте на животных, в клинике долгое время не давал успеха. Шок и инфекция средостения и плевры были главными причинами неудач.

Только Ф. Торек (1861-1938) в 1913 г. впервые удалось с успехом резецировать пищевод у 67-летней женщины при поражении его злокачественным процессом в среднем отделе.

Доступом по межреберью

В послеоперационном периоде кормление пациентки осуществлялось через желудочный зонд.

В ноябре 1914 г. Ф. Торек продемонстрировал научному собранию свой клинический случай успешной резекции пищевода в среднем отделе. Событие имело широкий отклик в мировой медицинской прессе.

А та, успешно оперированная больная прожила после операции почти 13 лет и умерла уже на 80-м году жизни от пневмонии. К сожалению, предпринятые попытки других хирургов повторить операцию Торек в большинстве своём успеха не имели. К 1928 г., то есть за 15 лет, прошедших после первой операции, насчитывалось только 4, а к 1934 г., то есть за 21 год, — только 14 удачных операций.

В дальнейшем резекция шейной части пищевода подверглась детальной разработке учеником Т. Бильрота Виктором Хакером (1852-1933), а методы резекции торакального отдела разработывали Франц Торек, Цезарь Ру (1857-1934), Фердинанд Зауэрбрух (1875-1951), С. П. Фёдоров (1869-1936), П. А. Герцен (1871-1947) и хирурги последующих поколений.

И здесь никак нельзя не отметить разработок российского хирурга-виртуоза С. С. Юдина (1891-1954), а также хирурга с удивительной биографией Ф. Г. Углова (1904-2008).

На фоне сиятельного созвездия выдающихся мировых хирургов имя Франца Торек выглядит скромно, ибо не принадлежит к числу наиболее ярких звёзд. Но всё же и этот, пусть и не являющийся одним из хирургических вождей учёный в действительности относится к числу крупных хирургов-техников, оставивших зримый след и в науке. Кроме того, по отзывам коллег, он был и достойнейшим человеком. Искусный хирург, эрудированный, вдумчивый клиницист, Франц Торек был очень внимателен к людям, понимал, как важно не