

История развития учения о гастроэзофагеальном рефлюксе и методах его хирургического лечения

Д.И. Василевский¹, А.С. Прядко¹, Е.В. Коноваленко¹,
Д.С. Силантьев², В.И. Кулагин²

¹ Ленинградская областная клиническая больница

² Городская больница Святой Преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург, Россия

В статье освещены основные этапы формирования современных представлений об анатомии и физиологии верхних отделов пищеварительного тракта. Изложена хронология научных открытий, оказавших влияние на развитие учения о гастроэзофагеальном рефлюксе, его причин и патогенетических механизмов. Представлена история зарождения и становления антирефлюксной хирургии, как самостоятельной области клинической медицины. Описаны авторские приоритеты в создании отдельных направлений и методик хирургического лечения хиатальных грыж и рефлюксного синдрома. Отмечена роль российских ученых в развитии теоретических и практических аспектов проблемы.

История антирефлюксной хирургии, как отдельной области медицины, неразрывно связана с развитием фундаментальных знаний о строении и функции различных органов и систем человека. Расцвет большинства естественных наук, начавшийся после длительного средневекового упадка в эпоху европейского Ренессанса, ознаменовался значительным прогрессом в области физиологии и анатомии. Описательный подход, характерный для начального этапа формирования современных научных представлений, стал отправной точкой для последующего понимания механизмов возникновения различных патологических состояний и поиска путей их лечения.

Подробные очерки о врожденных и травматических грыжах диафрагмы встречаются в работах выдающихся ученых-анатомов XVI–XIX веков – Ambrose Pare (1579), Riverius Lasari (1689), Giovanni Morgagni (1761), Vincent Bochdalek (1848). В трактате по аусcultации в 1819 году Rene Laenec ознакомил коллег с клиническими проявлениями диафрагмальных грыж [19, 28]. В 1786 году John Hunter обратил внимание на изменения слизистой оболочки пищевода, характерные для рефлюкс-эзофагита. Спустя полвека (1838) Robert Carswell в атласе основных заболеваний представил иллюстрацию эрозивных повреждений органа [9]. Однако практическая значимость сделанных на-

блодений оставалась неясной и нашла ответы лишь спустя многие годы.

Впервые термин «кардия» встречается в трудах выдающегося античного врача, анатома (V–IV век до н.э.) Hippocrates [18]. По-видимому, название было обусловлено близким расположением данной структуры к сердцу. В 1674 году в мышечной оболочке пищеводно-желудочного перехода Thomas Willis были обнаружены косые волокна [9, 18]. В XVIII веке (1730 г.) William Cheselden отметил кардию как место соединения пищевода с желудком, а почти через восемьдесят лет (в 1808 году) John Barclay выделил ее как отдельное мышечное анатомическое образование [18]. В 1823 году Francois Magendie описал «розетку» слизистой оболочки в зоне пищеводно-желудочного перехода, а полвека спустя Christian Wilhelm Braune (1878) обнаружил дополнительную складку, создающую эффект «заслонки» [9, 18]. Через восемь лет после публикации С. Braune русский ученый Александр Петрович Губарев доказал вентильная роль «plica cardiaca» [18, 30].

Несмотря на очевидные успехи в понимании многих вопросов анатомии и физиологии верхних отделов пищеварительного тракта, вплоть до середины XIX века было принято считать, что заброс желудочного содержимого в пищевод возможен лишь в агональном состоянии человека при полном расслаблении всех гладкомышечных структур. Яркими сторонниками данной теории были Morell Mckenzie и Fridrich von Zenker [28]. Немаловажную роль в сохранении стереотипов играла существовавшая в то время методика патолого-анатомического вскрытия. Выделение грудного органокомплекса предполагало отсечение пищевода от желудка. Нарушение естественной взаимосвязи между указанными органами препятствовало выявлению морфологических проявлений гастроэзофагеального рефлюкса.

Трансформация взглядов на клиническое значение проблемы стала намечаться со второй половины XIX столетия. В 1833 году William Beaumont исследовал

свойства желудочного сока и описал его повреждающее воздействие на слизистую оболочку органов пищеварительного тракта [19]. Однако наибольшая заслуга в развитии представлений о желудочно-пищеводном забросе принадлежит выдающемуся ученому-морфологу, президенту Австрийской академии наук Carl von Rokitansky. Он первым ввел в 1855 году в медицинскую практику понятие «рефлюкс» и сформулировал патогенетическую теорию дистального эзофагита [19, 28]. Немного позднее идеи Carl von Rokitansky нашли подтверждение в работах других исследователей. В 1879 году Heinrich Quincke опубликовал три собственных наблюдения пациентов с язвенным поражением терминального отдела пищевода [9, 18, 19].

Развитие естественно-научных знаний и открытия в различных, на первый взгляд совершенно не связанных областях медицины, неожиданно складывались в единую картину отдельных клинических состояний. В 1853 году Henri Ingersol Bowdich на основании анализа данных литературы (с 1610 по 1846 год) представил описание анатомических изменений, возникающих при паразофагеальной грыже [19, 28].

Конец XIX ознаменовался открытием выдающимся немецким физиком Wilhelm Conrad Rntgen в 1895 году электромагнитного излучения, позволяющего получать прижизненное изображение различных тканей человека. Внедрение X-лучей в медицину и биологию дало совершенно новые возможности для научных изысканий. Спустя три года после опубликования работы W.C. R'ntgen в Гарвардском университете Walter Cannon и Albert Moser под руководством профессора физиологии Henri Pikerling Bowdich провели исследования верхних отделов пищеварительного тракта с помощью контрастного вещества и X-лучей, в результате которых были впервые получены рентгенограммы кардии [9, 14, 18, 19]. В 1904 году Hans Eppinger, используя новую методику, выявил у пациента диафрагмальную грыжу. Семью годами позднее, суммировав данные литературы по рентгенологической диагностике, он обнаружил описание 11 случаев дислокации желудка в грудную полость через хиатальное отверстие [28]. Важным событием в углублении представлений о биомеханике кардии стало описание в 1903 году Wilhelm His естественного угла между левой стенкой пищевода и дном желудка – «incisura cardiaca» [9, 18, 19]. Достаточно быстро новое анатомическое понятие стало эпонимом – «angle His». В 1926 году шведский врач Ake Akerlund на основании собственных наблюдений ввел в практику общепринятый сегодня термин «хиатальная грыжа» и предложил классификацию данного заболевания, явившуюся прообразом современной [28].

Параллельно с расширением знаний о строении и физиологии системы пищеварения, развивалось учение о возникающих в ней патологических изменениях. В 1906 году Wilder Tileston впервые подробно изложил типичные симптомы язвенного эзофагита и объяснил их возникновение нарушением функции кардии [9, 14, 18, 19]. Девятнадцать лет спустя Julius Fridenwald и Maurice Feldman описали клинические проявления гастроэзофагеального рефлюкса, связав их развитие с хиатальной грыжей [19]. В 1934 Herwig Hamperl на основании собственных наблюдений сформулировал новое понятие «пептический эзофагит», а Asher Winkelstein ввел термин в англоязычную литературу [9, 14, 18, 19, 27]. Однако, как и во многих областях науки, далеко не сразу передовые идеи завоевывали признание. Дискуссия о клинической значимости грыж пищеводного отверстия диафрагмы и их роли в возникновении дистальных эзофагитов продолжалась вплоть до середины XX столетия. В 1932 выдающийся немецкий хирург Ferdinand Sauerbruch писал: «...хиатальные грыжи встречаются чаще на рентгеновских снимках, в действительности же, это, скорее, артефакт, т.к. наличие грыжи далеко не всегда сопровождается какой либо симптоматикой». Подобных взглядов придерживались и многие другие видные ученые того времени [28].

Первое сообщение о хирургическом устраниении хиатальной грыжи принадлежит Angello Soresi. В 1919 году, предположив наличие патогенетической связи между эзофагитом, гастроэзофагеальным забросом и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, он выполнил низведение желудка в брюшную полость. Методика включала соединение отдельными швами хиатальных ножек [28]. К сожалению, опыт A. Soresi остался на время незамеченным. Через девять лет Stuart Harrington сообщил о 27 вмешательствах подобного типа, выполненных в клинике братьев Mayo с 1908 по 1928 год. Авторы подробно изложили технику операции и сформулировали рекомендации по критериям отбора пациентов для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы [19, 20, 28].

В этом же (1928) году в клинике Mayo проходил стажировку начинающий врач Ronald Belsey. Знакомство с S. Harrington и его работами заложило фундамент научных интересов молодого хирурга. Немного позднее, в 1936 году, по другую сторону океана судьба благосклонно свела R. Belsey с основоположниками британской торакальной хирургии Russel Broock и Norman Barrett. Работа под руководством блестящих практиков и талантливых ученых окончательно сформировала исследовательские пристрастия R. Belsey и интерес к антрефлюксной хирургии [28].

Вторая половина XX века оказалась переломным этапом в развитии научных знаний о физиологии и патологии верхних отделов пищеварительного тракта. Переосмысление существовавших ранее взглядов на причины, дополнение имевшихся пробелов в теории возникновения заболевания новыми данными, явилось основанием для формирования современных представлений о проблеме. В 1956 году Charles Code с коллегами из клиники Mayo на основании результатов проведенного эзофагоманометрического исследования сформулировал представления о биомеханике нижнего пищеводного сфинктера и его антирефлюксной роли [9, 14, 19]. Важным событием этого же времени стала разработка Basil Herschowitz первого гибкого эндооскопа, существенно расширившего возможности прижизненной визуализации изменений слизистой оболочки пищевода [14, 19]. Спустя два года после публикации C. Code нормальная моторика пищевода была подробно описана американским гастроэнтерологом Franz Ingelfinger [10, 14]. В этом же 1958 году Stewart Tuttle и Morton Grossman применили желудочный pH-электрод для оценки состоятельности кардиального жома, а Lionel Bernstein и Lyle Baker провели параллель между симптомами рефлюкс-эзофагита и кислотностью в просвете пищевода [9, 14, 27]. В 1969 году John Spencer для выявления желудочно-пищеводного заброса предложил продленный pH-мониторинг, через пять лет Lawrence Johnson и Thomas DeMeester развили и популяризовали это метод исследования [14, 27]. Указанные изобретения продвинули диагностику гастроэзофагеального рефлюкса на принципиально новый уровень. В свою очередь, успехи в понимании механизмов патологии стали теоретической базой для разработки ключевых принципов антирефлюксной хирургии и создания оригинальных методик операций.

Огромная заслуга в изучении барьерной функции гастроэзофагеального перехода, роли хиатальных грыж в нарушении его клапанной функции и патогенезе пептического эзофагита принадлежит выдающимся британским хирургам Philip Allison и Norman Barrett. В 1950 году Norman Barrett представил группу пациентов со структурами и язвенным эзофагитом, на фоне которых дистальная часть пищевода была выстлана цилиндроклеточным эпителием, однако ошибочно объяснил обнаруженный феномен врожденным укорочением органа [14, 19]. Спустя год Basil Morson и John Belcher описали аденокарциному пищевода, развившуюся на фоне подобных изменений слизистой оболочки [14]. В 1953 году Philip Allison и Alan Johnstone показали, что предполагаемая «часть желудка» не покрыта брюшиной и имеет типичные для пищевода мышечную и слизистую оболочки [10, 14, 19]. В 1961 году John Hayward связал развитие ци-

линдроклеточной метаплазии с забросом желудочного содержимого в пищевод, а через девять лет Cedric Bremner экспериментально доказал это предположение [10, 14]. Указанные открытия заставили по-иному взглянуть на роль желудочно-пищеводного заброса в патогенезе железистого рака пищевода.

Разрабатывая не только теоретические, но и клинические вопросы заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, в 1950 году R. Allison предложил оригинальный вариант хирургического устранения хиатальной грыжи в качестве элемента лечения желудочно-пищеводного рефлюкса. Процедура, выполнявшаяся через левостороннюю торакотомию, предполагала сшивание пищеводно-диафрагмальной мембранны и брюшины, а также – заднюю круорацию. К сожалению, отдаленные результаты методики оказались неудовлетворительными и широкого распространения она не получила [7, 19, 27]. Спустя два года представитель американской хирургической школы Richard Sweet описал собственную технику устранения хиатальной грыжи через плевральную полость, включавшую пересечение диафрагмального нерва и фиксацию грыжевого мешка. R. Sweet первым предложил использование заплат из широкой фасции бедра для укрепления швов круорации с целью профилактики рецидива дислокации пищеводно-желудочного перехода в средостение [28].

В 1952 году после почти двух десятилетий научного поиска и разочарований R. Belsey разработал один из наиболее эффективных способов устранения хиатальной грыжи и коррекции желудочно-пищеводного заброса. Операция выполнялась через левую плевральную полость и получила название Mark-IV (после недостаточно эффективных вариантов Mark I–III). Надежность методики снискала ей заслуженное признание современников и обеспечила широкую популярность до настоящего времени [11, 19, 21, 28].

Одна из первых методик антирефлюксных реконструкций, выполнявшаяся через брюшную полость, была разработана выдающимся французским хирургом J.L. Lortat-Jacob в 1953 году. Предполагалось, что сшивание дна желудка и пищевода (эзофагофундопликация) усилит клапан А. Губарева [21, 23].

Постепенное накопление опыта хирургических вмешательств у пациентов с рефлюксной болезнью позволило понять предпосылки неудачных исходов лечения и стало основанием для поиска путей их преодоления. Очевидной причиной возврата клинических проявлений заболевания было повторное смешение желудочно-пищеводного перехода в средостение. Необычное решение данной проблемы было предложено в 1955 году нидерландским хирургом Ite Boegema. Для предотвращения рецидива хиатальной грыжи (и гастро-

эзофагеального рефлюкса) автор фиксировал желудок к передней брюшной стенке [12]. Однако методика не получила широкого распространения из-за часто возникавшего выраженного болевого синдрома.

Настоящим переворотом в антирефлюкской хирургии стало описание в 1956 году австрийским хирургом Rudolph Nissen собственной техники циркулярной фундопликации. Идея создания вокруг пищевода «манжеты» из дна желудка родилась на 20 лет раньше революционной публикации. Обладая исключительно широким профессиональным кругозором, R. Nissen с успехом разрабатывал самые разные вопросы торакальной и абдоминальной хирургии. В 1936 году, выполнив иссечения язвы кардии, он укрепил первый ряд швов гастроэзофагеального союзья дупликатурой из стенки желудка. Через некоторое время после операции ученый отметил у пациента исчезновение изжоги и справедливо связал полученный эффект с использованной методикой наложения анастомоза [19, 21, 24, 28]. Сделанное наблюдение легло в основу предложенного позднее способа устранения желудочно-пищеводного рефлюкса.

Очевидные преимущества циркулярной фундопликации перед предложенными ранее вариантами антирефлюкских операций определили ее огромную популярность среди хирургов, сохраняющуюся на протяжении полувека. Однако накопленный со временем опыт применения данной реконструкции выявил ее слабые места и обусловил появление значительного количества модификаций. Одним из основных изъянов оригинальной процедуры R. Nissen являлась дисфагия, нередко обусловленная ротацией пищевода по оси при формировании муфты из задней части дна желудка. Отмеченный недостаток был устранен в методике, предложенной в 1966 году учеником и ближайшим соратником выдающегося австрийского хирурга Mario Rossetti. Манжета создавалась за счет сложения равных порций передней и задней частей фундального отдела желудка [19, 21, 26, 28].

Примечательной вехой в истории антирефлюкской хирургии стала публикация в 1957 году английским ученым John Leigh Collis оригинальной техники коррекции хиатальной грыжи при вторичном укорочении пищевода. Занимаясь не только практической хирургией, но и анатомическими исследованиями, J. Collis прекрасно представлял механизм гастроэзофагеального заброса и причины, его вызывающие. Операция, известная в литературе как гастропластика, подразумевала удлинение пищевода желудочной трубкой. Изящность идеи сразу же получила признание современников. Сам J. Collis в комментариях к предложенной процедуре подчеркивал ее простоту и возможность применения даже у ослабленных пациентов [21, 28].

Альтернативным направлением создания антирефлюкского барьера в зоне пищеводно-желудочного перехода стала разработка различных вариантов частичных реконструкций. В 1962 году в качестве дополнения к кардиомиотомии (E. Heller) Jacques Dor предложил собственный способ передней фундопликации. Со временем оригинальная процедура J. Dor претерпела ряд модификаций и стала применяться в изолированном виде при хирургическом лечении хиатальных грыж и гастроэзофагеального рефлюкса [16, 19, 21].

Дальнейшее развитие идея частичных реконструкций получила в работах Andre Toupet. В 1963 году он опубликовал собственную методику задней фундопликации. Как и J. Dor, автор преследовал цель усовершенствования операции E. Heller. Перемещаемое позади пищевода на его правую полукружность дно желудка закрывало миотомический дефект и создавало барьер для гастроэзофагеального заброса. Процедура не сразу нашла признание среди хирургов. Но по мере накопления опыта стали понятны бесспорные достоинства фундопликации A. Toupet, сделавшие ее впоследствии исключительно популярной: хороший антирефлюкский эффект и отсутствие послеоперационной дисфагии [19, 21, 29].

Идея укрепления абдоминальной позиции пищеводно-желудочного перехода, как способа профилактики рецидива хиатальной грыжи и рефлюкской болезни, получила в развитие работах M. Rampal (1964), B. Narbona Argau (1965), G. Marchal (1967), H. Mahmud, B. Ulrich и K. Kremer (1979). Различаясь в технических деталях, методики всех авторов предусматривали фиксацию кардиального отдела желудка к передней брюшной стенке трансплантатом из круглой связки печени [25]. Со временем процедуры подобного типа приобрели свой круг сторонников и применяются по сегодняшний день.

Оригинальный способ восстановления клапанной функции пищеводно-желудочного перехода, основанный на собственных экспериментальных и клинических исследованиях, был описан в 1967 году американским хирургом Lucius Hill. Изучая через гастроскоп, установленный через желудочную фистулу, открытие и смыкание кардиального сфинктера, он обнаружил сокращения описанных в XVII веке Thomas Willis коых мышечных волокон, и понял их функциональную роль. Опытные наблюдения и анализ имевшихся на тот момент представлений о физиологии и анатомии верхних отделов пищеварительного тракта явились теоретической базой для разработки необычного варианта антирефлюкской хирургической процедуры, получившей название задней гастропексии. Идея методики заключалась в наложении в зоне кардии (по

малой кривизне) швов, приводящих к натяжению ко-
сых мышечных волокон. Кардиальный отдел желудка
фиксировался к срединной дугообразной связке [21].

Период с начала семидесятых по конец восьмидеся-
тих годов XX века стал этапом накопления опыта и
осмыслиения полученных результатов. Применение
различных вариантов устранения хиатальных грыж
и коррекции гастроэзофагеального рефлюкса на про-
тяжении длительного отрезка времени позволило по-
нять их слабые места и достоинства. Проведенный
анализ позволил конкретизировать показания (и
противопоказания) к определенным способам рекон-
структивных вмешательств, сформулировать ключе-
вые принципы антирефлюксной хирургии. В этот же
отрезок времени были предложены любопытные мо-
дификации широко известных методик и новые вари-
анты операций.

В 1977 году Philip Donahue описал видоизмененный
вариант операции R. Nissen, назвав его «мягкой»
(«floppy Nissen») циркулярной фундопликацией. В от-
личие от классической реконструкции при процедуре
P. Donahue дно желудка широко мобилизовалось, а
желудочная манжета располагалась свободно вокруг
гастроэзофагального перехода, не вызывая, таким об-
разом, препятствия для пассажа пищи. Идея оказалась
продуктивной и получила широкое распространение
среди специалистов, занимающихся данной областью
хирургии [15, 19].

Новаторское решение проблемы оперативного ле-
чения хиатальных грыж и пищеводно-желудочного
заброса было предложено в 1979 году Jean-Pierre
Angelchik и Rafael Cohen. Для предотвращения дис-
локации кардии в грудную полость и укрепления ее
барьерной функции авторы разработали специальный
протез. Выполненная из мягкого силикона С-образная
конструкция, кольцевидно охватывала пищевод и соз-
давала «подушку» между кардиальным отделом же-
лудка и диафрагмой [8]. Оригинальность методики и
хороший антирефлюксный эффект принесли ей бы-
струю популярность. Однако достаточно быстро выя-
вились серьезные недостатки процедуры J. Angelchik
(частая дисфагия, миграция, пролежни пролежни), и
ее практическое использование было сужено.

Продолжительный опыт поиска универсального вари-
анта реконструкции пищеводно-желудочного перехода
был обобщен в 1991 году Anthony Watson. Реализо-
ванный в методике клапанный механизм основывался
на логике уже известных частичных фундопликаций
и преследовал цель снижения частоты типичных
для подобных операций осложнений – дисфагии,
«gas-bloat syndrome», метеоризма. Полученные ав-
тором и его последователями результаты оказались

обнадеживающими, особенно у пациентов с гастро-
эзофагеальным рефлюксом, обусловленным нару-
шениями моторики пищевода [19]. Однако процедура
A. Watson обладала характерными недостатками всех
парциальных фундопликаций и показания к ее приме-
нению оказались ограниченными.

Революционной вехой в развитии хирургии стало вве-
дение в практику лапароскопических технологий.
Минимальная агрессивность доступа, хороший обзор
верхнего этажа брюшной полости и сравнимые с тра-
диционными вариантами вмешательств результаты
обеспечили эндовидеохирургии блестящие перспек-
тивы. Первый опыт выполнения лапароскопической
циркулярной фундопликации был описан в 1991 году
французским хирургом Bernard Dalle Magen [13]. Прак-
тически сразу данное направление завоевало домини-
рующие позиции в оперативном лечении хиатальных
грыж и желудочно-пищеводного заброса. В течение
короткого промежутка времени к новым технологи-
ям были адаптированы практически все известные
методики реконструкций пищеводно-желудочного
перехода. На сегодняшний день эндовидеохирургия
является «золотым стандартом» в лечении гастро-
эзофагеальной рефлюксной болезни.

Одной из ключевых проблем антирефлюксной хирур-
гии на протяжении всей ее истории оставалась зада-
ча коррекции размеров хиатального окна. Рутинное
сшивание ножек диафрагмы при их значительном на-
тяжении со временем приводило к прорезыванию ли-
гатур и рецидиву грыжи. Предложенная J. Angelchik
методика из-за значительного количества осложнений
не получила широкого распространения. Решение про-
блемы было найдено в 1993 году Gustavo Kuster и Sue
Gilroy, с успехом применившими для закрытия дефек-
та пищеводного отверстия диафрагмы полиэстеровую
сетку «Mersilene» [22]. Описание техники атензионной
хиатопластики явилось толчком для дальнейшего раз-
вития данного направления хирургии. Двумя годами
позднее David Edelman для предотвращения повтор-
ной дислокации желудка в грудную полость укрепил
зону швов крурографии полипропиленовым протезом
«Surgipro» [17]. К сожалению, первые впечатления
об отсутствии недостатков методики оказались об-
манчивыми. Вскоре после активного внедрения новой
концепции появились работы, посвященные осложне-
ниям протезирующих хиатопластик – дисфагии (обу-
словленной развитием фиброзной ткани), миграции и
пролежням имплантатов [78]. Поиск оптимальных ви-
дов синтетических материалов, техники их фиксации,
расположения по отношению к пищеводу по-прежнему
остается предметом дискуссии [19].

Активное развитие отечественной антирефлюксной
хирургии, как и во всем мире, началось в пятидесятые

годы ушедшего столетия. До этого времени в литературе был представлен опыт лишь единичных операций при хиатальных грыжах [80]. Основоположниками нового направления были выдающиеся ученые Борис Васильевич Петровский и Николай Николаевич Каншин. Помимо хорошо знакомых и используемых сегодня способов реконструктивных вмешательств (фундопликации R. Nissen) ими опробовались предложенные другими хирургами процедуры, не получившие впоследствии распространения: френико-экзерез, антелатеральное смещение диафрагмального отверстия, гастропексия, эзофагофондорафия, эзофагофондоанастомоз [2].

Приобретенный в результате внедрения упомянутых операций опыт и понимание их недостатков явились толчком к созданию собственных методик реконструкции желудочно-пищеводного перехода. В 1959 году Б.В. Петровский описал технику применения лоскута диафрагмы для создания наружного жома при гастроэзофагеальном рефлюксе и хиатальных грыжах [5]. Через три года Н.Н. Каншин разработал оригинальный способ операции при укорочении пищевода, альтернативный гастропластике J. Collis. Суть метода заключалась в сужении кардиального отдела желудка гофрирующими швами в трубку, являющуюся продолжением пищевода и «восстанавливающую» его необходимую длину. Сформированный «неоэзофагус» погружался в широкую складку желудочной стенки наподобие циркулярной фундопликации. Операция получила названия клапанной гастропликации [3]. В это же время были описаны и некоторые другие способы хирургической коррекции желудочно-пищеводного рефлюкса и хиатальных грыж [2].

Начиная с 1963 года, ведущим учреждением по данной проблеме стал созданный Б.В. Петровским Национальный центр хирургии РАМН. Сотрудниками НЦХ разрабатывались различные вопросы патогенеза, клиники, диагностики, консервативного и хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеального рефлюкса. В 1967 году Н.Н. Каншин защитил первую в стране докторскую диссертацию, в которой был обобщен опыт 110 хирургических вмешательств, выполненных пациентам с подобной патологией [2]. Через двенадцать лет, в 1979 году, другой ученик Б.В. Петровского Александр Федорович Черноусов предложил оригинальный способ антирефлюксной операции. Идея заключалась в сочетании элементов калибровки кардии и полной фундопликации и оказалась весьма плодотворной. Описанный вариант реконструкции желудочно-пищеводного перехода получил широкое распространение и известен под названием «фундопликация по методике РНЦХ» [6].

Постепенно антирефлюксная хирургия получила развитие во многих хирургических центрах Москвы, Санкт-Петербурга (Ленинграда), Новосибирска, Казани, Баку, Киева, Риги и других городов. Совершенствовалась и интерпретировалась техника наиболее эффективной клапанной операции – процедуры R. Nissen (М.П. Гвоздев, А.А. Шалимов, В.В. Уткин, В.М. Эфендиев) [2, 6]. Были предложены некоторые, заслуживающие внимания, оригинальные методики устранения желудочно-пищеводного заброса. В 1984 году В.Г. Маслов из Челябинска описал собственный вариант задней гастропликации. Идея операции заключалась в усилении барьерной функции «plica cardiaca» (клапана А.П. Губарева) за счет сшивания передней и задней стенок желудка над кардиальной вырезкой [4]. Через два года ленинградцы А.Г. Земляной и А.И. Бугаев разработали интересный вариант реконструкции гастроэзофагеального перехода – неполную боковую фундопликацию с гофрированием пищевода по типу калибровки кардии [1].

С начала девяностых годов XX в российской антирефлюксной хирургии началась эпоха интенсивного внедрения лапароскопических вмешательств. К новым технологиям были успешно адаптированы основные виды классических оперативных методик. В течение достаточно короткого времени отечественными исследователями был накоплен богатый опыт современных способов лечения желудочно-пищеводного заброса и его осложнений.

Пионерами и идеологами лапароскопической антирефлюксной хирургии в России стали В.Д. Федоров, В.А. Кубышкин, С.И. Емельянов, В.Н. Егиеев, О.Э. Луцевич, Э.А. Галлямов, Е.И. Сигал, М.В. Бурмистров, О.В. Галимов, К.В. Пучков, В.В. Анищенко, В.И. Оскретков. Им и многим другим отечественным ученым, принадлежит заслуга в развитии данной области практической и теоретической медицины, популяризации и совершенствовании различных методик оперативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной А.Г., Бугаев А.И., Кулагин В.И. Боковая эзофаго-фундопликация при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Вестник хирургии.– 1989.– № 4.– С. 11–14.
2. Каншин Н.Н. Диагностика и хирургическое лечение осложненных и сочетанных форм скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы: диссертация на соискание ученой степени доктора мед. наук.– Москва, 1967.– 246 с.
3. Каншин Н.Н., Чиссов В.И. Клапанная гастропликация при коротком пищеводе II степени // Хирургия.– 1969.– № 12.– С. 55–58.

4. Маслов В.Г. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Клиническая хирургия. – 1984. – № 10. – С. 49–50.
5. Петровский Б.В. Применение лоскутов диафрагмы для пластических целей в торакальной хирургии // Грудная хирургия. – 1959. – № 6. – С. 73–80.
6. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. – М.: ИЗДАТ, 1999. – 136 с.
7. Allison P.R. // Hiatus hernia (a 20 year retrospective survey) // Ann. Surg. – 1973. – 178: 273–276.
8. Angelchik J.P., Cohen R. A new surgical procedure for the treatment of gastroesophageal reflux and hiatal hernia // Surg. Gynecol. Obstet. 1979. Vol. 148. P. 246–248.
9. Atkinson M. Mechanisms protecting against gastro-oesophageal reflux: a review // Gut. 1962. Vol. 3, № 1. P. 1–15.
10. Bani-Hani K.E., Bani-Hani B.K. Pathogenesis of columnar-lined esophagus // World J. Gastroenterol. – 2006. Vol. 12, № 10, P. 1521–1528.
11. Belsey R. // The Mark IV antireflux procedure // Ann. Chir. Gynaecol. 1995. Vol. 84. P. 107–113.
12. Boerema I., Germs R. // Fixation of the lesser curve of the stomach to the anterior abdominal wall after reposition of the hernia through the esophageal hiatus // Archivum Chirurgical Neerlandicum. – 1955. – 7: 351–359.
13. Dallemande B., Weerts J.M., Jehaes C. et al. Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report // Surg. Laparosc. Endosc. 1991. Vol. 1. P. 138–143.
14. Dent J. From 1906 to 2006. A Century of Major Evolution of Understanding of Gastro-oesophageal Reflux // Alim. Pharm. Ther. 2006. Vol. 24, № 9. P. 1269–1281.
15. Donahue P.E., Larsen G.M., Stewardson R.H. et al. «Floppy» Nissen fundoplication // Rev. Surg. 1977. Vol. 34. P. 223–224.
16. Dor J., Humbet P., Dor V. et al. L'int ret de la technique de Nissen modif e dans la pr vention du reflux apr s cardiomyotomie extra-muqueuse de Heller // M. Acad. Chir. 1962. Vol. 88. P. 877–884.
17. Edelman D.S. Laparoscopic paraesophageal hernia repair with mesh // Surg. Endosc. 1995. Vol. 5. P. 32–37.
18. Friedland G.W. Historical Review of the Changing Concepts of Lower Esophageal Anatomy: 430B.C. – 1977 // Am. J. Roentgenol. 1978. Vol. 131. P. 373–388.
19. Granderath F.A., Kamolz T., Pointner R. Gastroesophageal Reflux Disease // Wien: Springer-Verlag. 2006. 320 p.
20. Harrington S.W. Diaphragmatic hernia // Arch. Surg. 1928. Vol. 16. P. 386–415.
21. Herbelli F.A., Oliveira D.R., Del Grande J.C. Eponyms in esophageal surgery // Dis. Esophag. 2004. Vol. 17. P. 1–9.
22. Kuster G.G., Gilroy S. Laparoscopic technique for repair of paraesophageal hiatal hernias // J. Laparoendosc. Surg. 1993. Vol. 3. P. 331–338.
23. Lortat-Jacob J.L., Dromer M., Lebas P. et al. A propos de 221 interventions pour hernie du hiatus oesophagien chez l'adulte. Etude d'une statistique hospitali re integral // Ann. Chir. 1962. Vol. 16. P. 985–989.
24. Nissen R. Eine einfache Operation zur Beeinflussung der Refluxoesophagitis // Schweiz. Med. Wochenschr. 1956. Vol. 86. P. 590–592.
25. Rampal M., Perillat Ph., Rougaud R. Notes pr liminaires sur une nouvelle technique de cure chirurgicale des hernies hiatales: la cardiopexie par le ligament rond // Marseille Chir. 1964. Vol. 16. P. 488.
26. Rossetti M.E. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: the 'Rossetti' modification of the Nissen fundoplication – technique and results // Dis. Esophagus. 1996. Vol. 9. P. 251–257.
27. Skinner D.B. // Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux // Ann. Surg. 1985. Vol. 202, № 5. P. 546–556.
28. Stylopoulos N., Rattner D.W. // The history of hiatal hernia surgery. From Bowdich to laparoscopy // Ann. Surg. 2005. Vol. 24, № 1. P. 185–193.
29. Toupet A. Technique d esophagostroplastie avec phrenogastropexie appliquee dans la crue radicale des hernies hiatales et comme complément de l'opération de Heller dans les cardiospasmus // Mem. Acad. Chir. 1963. Vol. 11. P. 394–398.
30. von Gubaroff A. Ueber den Verschluss des menschlichen Magens an der Cardia // Arch. Anat. Entwickl. Gesch. 1886. P. 395–402.

КОНТАКТЫ

Василевский Дмитрий Игоревич – кандидат медицинских наук, врач-хирург хирургического отделения – I Ленинградской областной клинической больницы (ЛОКБ), Санкт-Петербург, Пр. Луначарского, 45/47 тел. +7-921-938-07-13, e-mail: vasilevsky1969@gmail.com



Глубокоуважаемые коллеги!

В связи с перерегистрацией Российского Эндоскопического общества нам необходимо провести перерегистрацию всех его членов. Просим Вас направить заявление и анкету по электронной почте.

Анкета, заявление и квитанция для оплаты членского взноса размещены на сайте общества
www.endoscopia.ru

С уважением, Председатель Российского
эндоскопического общества
профессор Королев Михаил Павлович
Тел: (812) 635-65-64 , e-mail: endo@rusendo.ru

10.10.2011 г.



ЛИЗОФОРМ

Установка для автоматической
обработки эндоскопов

DSD-201



**СОВМЕСТИМ СО ВСЕМИ ТИПАМИ
ЭНДОСКОПОВ**



**2 НЕЗАВИСИМЫХ АСИНХРОННЫХ
КАМЕРЫ**



МИРОВОЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

По вопросам приобретения обращаться:

ООО "Лизоформ-СПб",

Россия, 195220, Санкт-Петербург, пр. Непокоренных, д. 16, корп. 1, лит. Б.

Тел./факс: (812) 347-7115; 545-19-12.

E-mail: product@lysoform.ru www.lysoform.ru

Филиал в г. Москва: ООО "КлинДез", тел. (495) 741-54-42

- КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
 - РОССИЙСКОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
- ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА им. Н. И. ПИРОГОВА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
 - ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
- САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
 - ГОРОДСКАЯ МАРИИНСКАЯ БОЛЬНИЦА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
 - ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
- КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №122 им. Л.Г.СОКОЛОВА ФМБА РОССИИ
 - АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ (РАМС)
 - ЦЕНТР ДЕЛОВЫХ КОНТАКТОВ И СОТРУДНИЧЕСТВА



Приглашают принять участие в работе

III ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ»,

посвященной теме

**«ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА»**

22-23 МАРТА 2012, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

В рамках конференции будут освещены следующие вопросы:

- Гастриты
- Острые и хронические язвы
- Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка
- Желудочные кровотечения
- Инородные тела желудка
- Безоары желудка
- Эндоскопия оперированного желудка

На Конференции большое внимание будет уделено эндоскопическим методам диагностики **ZOOM, NBI, Эндосонографии, эндоскопическим методам лечения.**

В работе конференции приглашаются принять участие **врачи-эндоскописты, гастроэнтерологи, хирурги, онкологи.**

22 марта состоится практический семинар для эндоскопических сестер.

В рамках конференции будет проведено **Первенство России по эндоскопии (лучший клинический случай)** (видеодемонстрация клинического случая 5 минут; не более 1 случая из клиники.

Тема: Эзофагогастродуоденоскопия, Колоноскопия, ЭндоУЗИ. Заявки на участие в Первенстве подаются в срок до 1 марта 2012 г.)

Место проведения заседаний конференции:

Конгресс-холл гостиницы Холидей Инн Московские Ворота

Адрес: Санкт-Петербург, Московский пр., д. 97, литер А, ст. метро «Московские ворота»

В дни проведения конференции для специалистов будет представлена экспозиция ведущих российских и зарубежных компаний-производителей эндоскопического оборудования, расходных материалов, лекарственных препаратов.

Полная информация о Конференции на сайте: [ЭНДОСКОПИЯ.РФ](http://ENDOSKOPIYA.RF)

С уважением, Оргкомитет III Всероссийской научно-практической конференции
«Актуальные вопросы эндоскопии»

Председатель
Российского Эндоскопического Общества,

М. П. Королев

Внимание! Просим Вас пройти регистрацию заблаговременно: заполнить заявку и направить её в оргкомитет конференции не позднее **25 февраля 2012 г.** Срок подачи тезисов **25 января 2012 г.**
Более подробную информацию Вы можете получить в оргкомитете конференции:



центр деловых контактов
и сотрудничества

ООО «Центр деловых контактов и сотрудничества»:
Тел./факс: (812) 635-70-15, 635-70-16, e-mail: endo@cdkscenter.ru
Координатор конференции: Бармина Ольга Михайловна