

ных звеньев гомеостаза), характера и тяжести патологии, динамики процесса и пр. В случаях повторного проведения баротерапии при подборе основного режима и длительности лечения необходимо учитывать клинические и лабораторные данные, полученные по окончании первого (пробного) курса (лечебный результат, степень коррекции показателей нейрогуморальной регуляции, гемодинамики и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефуни С.Н., Высоцкий М.В., Родионов В.В. // Современные проблемы реаниматологии. – М., 1980. – С.220-228.
2. Леонов А.Н. // III симпозиум по гипербарической оксигенации. – М., 1985. – С.153.
3. Леонов А.Н. // VII международный конгресс по гипербарической медицине, т.2.– М., 1983.– С.7-9.
4. Леонов А.Н. // Гипербарическая оксигенация. Сб. научн. трудов ВНИИ клинической и экспериментальной хирургии. – М., 1980.– С.132-133.
5. Леонов А.Н. // Механизмы гипербарической оксигенации. – Воронеж, 1986.– С.126-133.
6. Лобов М. А., Котов С.В., Сафронова О.Г., Молчанова Т.С. // Адаптация и дезадаптация в патологии. – М., 1989. – С.84-87.
7. Лобов М.А. Гипербарическая оксигенация при неврологических заболеваниях, проявляющихся преимущественно двигательными нарушениями. Докт. дисс. – М., 1994.
8. Лобов М.А., Киселев С.О., Ческидова Г.Ф. // Нейроинфекции. Сб. науч. трудов. – М., 1988. – С.63-66.
9. Ромасенко М.В. Течение отека мозга под воздействием гипербарической оксигенации. Докт. дисс. – М., 1992.
10. Artru F., Chacornac R., Deleuze R. // Europ. Neurol. – 1996. – V.14, №4.
11. Berger I., Emmozova M., Hadrabasky M. et al. // Unitr. Lex. – 1992. – V.38, №7. – P.645-650.
12. Chacornac R., Martin G.U. et al. // Ann. Anesth. Franc. – 1975. – V.16, №7. – P.485-500.
13. Colonna S., Couluccia B., Micella A., Gismondi A. // Minerva Anestesiologica. – 1991. – V.57, №10. – P.976-977.
14. Hart C.B., Straus M.B. // VII International Congress on Hyperbaric Medicine. – М., 1981. – P.293.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФАГИИ

*В. С. Мазурин, М. И. Прищепо, Э. А. Гукасян, А. Б. Германов,
В. Л. Шабаров, А. С. Аллахвердян, А. А. Харькин, С. Н. Гусева*
МОНИКИ

Острая и хроническая непроходимость пищевода и кардиального отдела желудка, являясь одной из форм непроходимости пищеварительного тракта, до настоящего времени находится вне поля зрения широкого круга практических врачей. Недостаточное знание клиники, особенностей диагностики и лечебной тактики приводят к большому числу ошибок и, следовательно, к снижению качества оказания медицинской помощи.

Непроходимость пищевода и кардии может быть функциональной и органической. К функциональным относятся:

– нарушения функции глоточно-пищеводного перехода (ахалазия верхнего пищеводного сфинктера);

- нарушения функции пищеводно-желудочного перехода (ахалазия кардии, кардиоспазм);
- диффузный спазм пищевода.

Из органических причин наиболее часто встречаются:

- послеожоговые рубцовые сужения;
- доброкачественные и злокачественные новообразования (рак, саркома [18], лейомиома [3], невринома [4]);
- острые воспаления (эзофагит, медиастинит).

Описаны и более редкие случаи непроходимости пищевода: при наличии пищеводно-трахеальных свищей [5], рубцового процесса в средостении [10], деструктивного эзофагита на фоне медикаментозного агранулоцитоза [15], инвагинации пищевода, фитобезоара [27], инородных тел [6], дивертикула [13], термического ожога [7].

Рубцовые сужения клинически выражаются в форме частичной или полной непроходимости. Полная обтурация может произойти как в результате рубцевания глубокого ожога, так и при попадании инородного тела. Рефлюкс-эзофагит при недостаточности кардиального жома, наличие грыж пищеводного отверстия диафрагмы также приводят к возникновению непроходимости пищевода. При инструментальном разрыве пищевода непроходимость его развивается вследствие воспаления и отека пищевода и сдавления его инфильтрированной медиастиальной клетчаткой.

По локализации непроходимость пищевода можно разделить на непроходимость верхней, средней и нижней третей, по распространенности процесса – на локальную, мультицентрическую и тотальную. Распространенность процесса играет существенную роль в определении тактики лечения, но не имеет большого значения для симптоматики. Локализация обструкции пищевода играет важную роль в клинических проявлениях заболевания и в лечебной тактике.

Наиболее выраженным постоянным и ранним симптомом непроходимости пищевода и кардиального отдела желудка является нарушение глотания (дисфагия) или его отсутствие (афагия), повышенная саливация, срыгивание. Чем выше непроходимость пищевода, тем саливация и срыгивание выражены больше.

Для функциональных форм непроходимости пищевода и кардии характерно внезапное начало после психоневрологических нарушений, эмоционального стресса, переутомления. Эта форма в большинстве случаев встречается у женщин с неврастенией.

Ахалазия глоточно-пищеводного перехода развивается при нарушении мозгового кровообращения в области ствола (вертебробазиллярная зона), при нейроинфекции, хирургических вмешательствах на задней черепной ямке [1].

Для органических форм непроходимости пищевода и кардии присуще более медленное развитие. При этом у больных с послеожоговыми рубцовыми изменениями пищевода или рубцовым стенозом вследствие язвенного эзофагита имеются четкие анамнестические данные. У больных с опухолями дисфагия является нередко первым клиническим признаком заболевания.

Основным механизмом развития дисфагии, по данным ряда авторов, является механический фактор. Однако дистрофические и дест-

руктивные изменения в нервных элементах пищевода, узлах периферической вегетативной нервной системы и межпозвоночных узлах могут обуславливать местные патологические рефлексы — спазм отдельных участков пищевода с образованием ложных рубцовых стенозов. Длительные спазмы приводят к местным нейроциркуляторным расстройствам кровообращения, особенно в рубцово-измененной ткани, и тем самым вызывают воспалительный процесс, приводящий к дальнейшему стенозированию просвета [8].

Нередко непроходимость пищевода сочетается со стенозирующей патологией желудка [26]. Частота сочетанных химических ожогов не имеет тенденции к снижению во всем мире. Смертность продолжает быть высокой, а результаты восстановления проходимости пищевода и желудка оставляют желать лучшего [25].

Диагностика острой и хронической непроходимости пищевода и желудка основана на клинических проявлениях заболевания, данных анамнеза и результатах рентгенологического и эндоскопического исследований. Для дифференциальной диагностики заболеваний пищевода, диагностики глубины поражения слизистой оболочки пищевода во время эндоскопии используют биопотенциалометрию [2].

Тактика и метод лечения зависят от этиологии, локализации, распространенности непроходимости. Непроходимость пищевода и кардии при ахалазии у 86-97% ликвидируется комплексом консервативных мероприятий: спазмолитики, витамины группы В, физиотерапия и курсы кардиодилатации или кардиобуживания. Хирургическое лечение при ахалазии пищевода и кардии считается показанным при неэффективности кардиодилатации или буживания или при малигнизации [12].

Лечение послеожоговой стриктуры пищевода рекомендуют начинать с буживания. У 20-70% больных с послеожоговыми стриктурами это приводит к восстановлению проходимости пищевода. Наряду с буживанием используется инфракрасный лазер и лазер на парах меди [21]. При рубцовой непроходимости пищевода на ограниченном участке и при рубцовой непроходимости пищеводных соустьев применяется эндоскопическая электроинцизия [23].

В последние годы отмечается увеличение числа больных с заболеваниями пищевода и кардии, требующими хирургического лечения. К настоящему времени опубликованы 64 способа пластических операций на пищеводе [22]. Развитие анестезиологии, трансфузиологии, антибактериальной терапии и хирургической техники позволяют получать высокий процент положительных результатов, выполнять более совершенные в функциональном отношении одномоментные способы создания искусственного пищевода [19].

Существующие в настоящее время способы пластики пищевода условно можно разделить на два основных вида: это одномоментная эзофагопластика после резекции или экстирпации пищевода и шунтирующая пластика, при которой пищевод не резецируют. Если при первом виде эзофагопластики для замещения пищевода используется в основном желудок, то при втором чаще применяется толстая кишка. К каждому из этих видов эзофагопластики существуют показания, которые определяют способ пластики и выбор органа для заме-

щения пищевода. Основными показаниями к операции при дисфагии мы считаем непроходимость пищевода различного генеза, безуспешность и невозможность консервативных методов лечения.

Наличие двух уровней непроходимости пищеварительного канала (пищевода и желудка) требует индивидуального подхода в выборе и последовательности лечебных мероприятий [16]. Поскольку клинические и рентгенологические признаки непроходимости желудка в большинстве случаев наступают раньше, чем пищевода, ряд больных подвергаются оперативному вмешательству на желудке в хирургических стационарах по месту жительства, где не всегда учитываются требования максимального сохранения условий для возможной в последующем пластики пищевода. Поэтому с целью соблюдения преимущественности в лечении этой категории больных необходимо искать согласованные подходы в осуществлении начальных этапов хирургической помощи.

В отделении грудной хирургии МОНИКИ с 1994 по 1997 г.г. находились на лечении 174 больных с дисфагией. Мужчин было 123, женщин – 51. Возраст большей части больных – от 40 до 70 лет. 111 больных нуждались в создании искусственного пищевода, 5 больных были оперированы ранее по месту жительства. Все они имели гастростому для питания, сформированную по различным методикам.

У 22 больных дисфагия была обусловлена ахалазией кардии, у 24 причиной дисфагии был рак пищевода, у 66 – рак кардиального отдела желудка или рак желудка с переходом на пищевод, у 23 – рубцовое сужение пищевода неспецифического характера, у 3 – рубцовое сужение желудка, у 9 – сочетанное рубцовое поражение пищевода и желудка, у 3 больных – доброкачественная лейомиома пищевода, у 5 – дивертикулы пищевода различной локализации, у 14 больных дисфагия была обусловлена медиастинитом, связанным со спонтанным разрывом пищевода или его ятрогенным повреждением. В группе больных, проходивших курс кардиодилатации по поводу ахалазии пищевода и кардии, были выявлены двое с малигнизацией рубцов. Поэтому мы считаем необходимым проведение динамического эндоскопического контроля с взятием биопсии у этой группы больных перед проведением курса консервативного лечения.

Характер операций, выполненных у больных с дисфагией различного генеза, и летальность при них представлены в табл. 1.

Общая послеоперационная летальность составила 19,8%. Наибольшее число умерших (8) оперированы в условиях ограниченного или распространенного медиастинита, эмпиемы плевры. Радикальные операции на пищеводе дополнялись пилоропластикой у 2 больных, пластикой тела желудка – у одного больного. Гемипанкреатэктомия произведена 4 больным, спленэктомия – 5. Одному из оперированных дополнительно дренирована киста поджелудочной железы, у одного операция сочеталась с атипичной резекцией легкого.

Таблица 1

**Операции, выполненные у больных с дисфагией,
и смертность при них**

Операции	Число больных	Умерли
Гастростомия	10	1
Еюностомия	1	
Операция Гэрлока	25	6
Операция типа Льюиса	20	5
Чресплевральная гастрэктомия	9	1
Чрезбрюшинная гастрэктомия	12	2
Формирование обходных анастомозов	9	2
Вылущение лейомиомы	3	
Дистальная субтотальная резекция желудка	5	
Резекция дивертикула пищевода	3	
Торакотомия, дренирование средостения и плевральной полости	9	6
Лапаротомия, ревизия брюшной полости	9	
Коллярная медиастинотомия	2	
Всего	116	23

Как видно из табл.1, проксимальная резекция желудка с резекцией нижнегрудного отдела пищевода из левостороннего торакоабдоминального доступа (операция Гэрлока) и субтотальная резекция или экстирпация пищевода из правостороннего торакотомного доступа с одномоментной эзофагопластикой целым желудком или желудочным стеблем (операция типа Льюиса), а также резекция желудка и пищевода с формированием эзофагогастро- и эзофагоэнтероанастомозов в плевральной полости широко применялись не только при раке, но и при доброкачественных стриктурах пищевода. Оперировано 19 больных с неспецифическими рубцовыми поражениями пищевода и желудка. Основными показаниями к операции при рубцовых сужениях мы считаем полную непроходимость пищевода, бесперспективность бужирования из-за укорочения пищевода и изменения его оси. При сочетании ожоговой стриктуры пищевода с ожоговым поражением желудка в зависимости от степени поражения выполняем либо пилоропластику, либо гастродуоденостомию. У одного больного была выполнена гастропластика в связи с наличием у него рубцового сужения тела желудка, одному больному произведено формирование гастроэнтероанастомоза. Эти операции помогают полностью сохранить желудок для внутриплевральной пластики.

Проксимальная резекция желудка и нижней трети пищевода из левостороннего торакоабдоминального доступа выполнена у 4 боль-

ных с кардиостенозом неспецифического генеза: 5 больным произведена операция типа Льюиса. В анамнезе все оперированные больные получали неоднократные курсы противовоспалительного лечения, бужирование. К моменту возникновения рубцового блока пищевода выше сужения у этих больных был значительно расширен и терял пропульсивную способность.

Одному больному произведена чрезбрюшинная гастрэктомия. У 2 больных с неспецифическим рубцовым поражением пищевода радикальной операции предшествовало закрытие гастростомы, сформированной ранее по месту жительства. В этой группе больных после операций умерли 3 человека, послеоперационная летальность составила 16,7%.

Среди оперированных онкологических больных рак пищевода встретился у 18, рак кардиального отдела или желудка с переходом на пищевод у 63. Рак II стадии был выявлен у 5 больных (6,1%), III стадии – у 36, что составило 81,6%. Рак IV стадии встретился у 10 больных (12,3%). Характер операций, производимых у этой группы больных, был паллиативным, направленным на ликвидацию афагии: 5 больным была выполнена гастростомия, 3 – паллиативные обходные анастомозирующие операции: гастроэнтеростомия, формирование пищеводно-кишечного анастомоза, внутриплеврального пищеводногастроанастомоза у больного, ранее перенесшего операцию Льюиса. Двоим больным была выполнена паллиативная резекция пищевода и желудка.

Гистологическая верификация определила преимущественно аденокарциному в кардиальном отделе желудка и эпидермоидный рак в стенке пищевода.

В группе больных, оперированных в условиях гнойного медиастинита и эмпиемы плевры, у 8 был спонтанный разрыв пищевода, у 3 – ятрогенное повреждение пищевода в результате бужирования(1) и при удалении инородных тел (2); у 1 больного было ножевое ранение шеи с повреждением пищевода, у 1 – огнестрельное ранение шеи с повреждением пищевода и трахеи.

Большей части оперированных в данной группе (9) произведена торакотомия с дренированием средостения и плевральной полости с проведением назогастрального зонда за дефект пищевода. У 2 больных была сформирована гастростома, 3 выполнена проксимальная резекция желудка и нижнегрудного отдела пищевода из левостороннего торакотомного доступа. Послеоперационная летальность в данной группе больных наибольшая: умерли 8 оперированных, что составило 57,1%.

Каждое из заболеваний, приводящих к дисфагии, имело характерные особенности, определенные требования к предоперационной подготовке, хирургической методике и технике операции. Все больные с дисфагией различного генеза имели дефицит веса до 30%, страдали выраженными нарушениями белкового, электролитного баланса, нуждались в проведении интенсивной инфузионной терапии. В качестве предоперационной подготовки в течение 7-10 дней проводилась комплексная инфузионная терапия, включавшая переливание белковых препаратов, аминокислот, глюкозы, жировых

эмульсий, солевых растворов, витаминов. Трем больным для проведения энтерального питания в целях предоперационной подготовки с помощью эндоскопа был проведен тонкий назогастральный зонд в желудок.

Послеоперационные осложнения представлены в табл.2.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения и смертность от них

Осложнения	Число	Умерло
Кровотечение из острой язвы желудочно-кишечного тракта	2	2
Нарушения свертывающей системы крови	1	1
Эмболические осложнения	2	1
Острый инфаркт миокарда	2	1
Пневмония	4	2
Панкреатит, панкреонекроз	2	1
Поддиафрагмальный абсцесс	2	1
Парез голосовых связок	2	
Острое нарушение мозгового кровообращения	1	
Нагноение послеоперационной раны	5	
В с е г о	23	9

Послеоперационные осложнения отмечались у 19.8% оперированных. Как видно из табл.2, несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза не наблюдалось, что говорит о высокой надежности применяемой методики.

Несмотря на высокую степень сложности радикальных операций, направленных на ликвидацию дисфагии, послеоперационная летальность, по данным литературы, продолжает снижаться [24]. Все авторы отдают предпочтение одномоментной внутриплевральной пластике резецированного пищевода желудком [14, 17] или изоперистальтической желудочной трубкой из большой кривизны на правых желудочно-сальниковых сосудах [11]. Использование желудка для создания искусственного пищевода не лишает его присущих ему свойств и не вызывает грубых функциональных изменений в организме [9, 20, 28].

Таким образом, резекция пищевода с одномоментной пластикой желудком является оптимальным методом оперативного лечения рака и доброкачественных стриктур пищевода и кардии.

Для соблюдения преемственности в лечении больных с сочетанными ожоговыми поражениями пищевода и желудка необходим согласованный подход в оказании хирургической помощи на начальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Клиника, диагностика и лечение острой непроходимости пищевода. Методич. рекомендации. – М., 1992.
2. Абакумов М.М., Сапожникова М.А., Диагностика и лечение химических ожогов пищевода с применением метода биопотенциала лометрии. Методич. рекомендации. – М., 1992.
3. Абесадзе П.И. // Соврем. мед. – 1974. – N10. – С.95-99.
4. Амбалов Г.А. // Грудная хир. – 1987. – N2. – С.89-90.
5. Бендельстон П.А. // Хирургия. – 1968. – N4. – С.131-133.
6. Бенедикт В.В., Буцкий В.Л. // Клин. хир. – 1991. – N10. – С.67.
7. Гальперин Ю.Б. // Журнал уши, нос и горло. – 1967. – N5. – С.99-100.
8. Готов И.А. // Хирургия. – 1996 – N9. – С.64-67
9. Давыдов М.И. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1990. – N4. – С.52-54.
10. Коломийченко М.И. // Хирургия. – 1966. – N6. – С.57-63.
11. Кролевец И.П., Демин Д.И. // Хирургия. – 1996. – N6. – С.9-11.
12. Кукош В.И., Чернявский А.А. // Вестн. хир. – 1971. – N12. – С.51-55.
13. Мамонтов А.С. // Сов. мед. – 1988. – N8. – С.13-14.
14. Мирошников В.И., Лабзанов М.И., Каливо Э.Н., Павелец К.В. // Хирургия. – 1996. – №6. – С.4-6.
15. Мищенко Г.А. // Врач. дело. – 1970. – N11. – С.88-90.
16. Павлюк А.Д., Бабаляк Д.Е., Дубчук В.М. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1994. – N2. – С.50-54.
17. Пирогов А.И., Морхов Ю.К., Давыдов М.И. и др. // Груд. хир. – 1987. – N3. – С.66-68.
18. Пирогов А.И., Рындин В.Д., Давыдов М.И. // Вопр. онкол. – 1989. – N2. – С.131-141.
19. Рындин В.Д., Давыдов М.И. // Клин. хир. – 1986. – N10. – С.12-14.
20. Сильвестров В.С., Макеева Р.П. // Клин. хир. – 1980. – N1. – С.46-48.
21. Синев Ю.В., Ковалев А.В., Волков С.В. // Сов. мед. – 1991. – N7. – С.27-29.
22. Фомин П.Д. Восстановительные операции и их последствия при рубцовой непроходимости пищевода. Докт. дисс. – М., 1983.
23. Харитонов Л.С., Юрченко С.В., Горчаков В.К. // Тез. докл. VI Всеросс. съезда хирургов. – Воронеж. – 1983. – С.53-54.
24. Черноусов А.Ф., Андриянов В.А., Домрачев С.А. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1994 – N2. – С.46-50.
25. Шалимов А.А., Авилова О.М., Шалимов С.А. // Клин. хир. – 1975. – N4. – С.25-31.
26. Шалимов А.А., Гоер Я.В., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. // Клин. хир. – 1977. – N3. – С.1-6.
27. Шевченко С.И. и др. // Клин. хир. – 1990. – N10. – С.54-55.
28. Bonavina L., et al // Brit. J. Surg. – 1993. – V.80. – P.317-320.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

*В.А.Молочков, И.В.Гостева, А.Н.Хлебникова, И.Л.Давыдова,
М.Н.Ежова, Н.Ю.Краснощекова*
МОНИКИ

Дерматовенерология в Московской области развивается по нескольким приоритетным направлениям: дерматоонкология, тяжелые системные дерматозы и болезни, передающиеся преимущественно половым путем (БППП).

Конечной целью научных поисков сотрудников дерматовенерологического отделения МОНИКИ всегда была разработка эффективных методов лечения больных различными дерматозами и внедрение этих методов в практику областного здравоохранения.