

Как показывает опыт, тесты, используемые в клиническом обследовании, – неидеальны. Всегда остается вероятность того, что результаты диагностического исследования не отражают объективного наличия или отсутствия заболевания. Один из подходов — рассчитать долю пациентов с нормальным и патологическим результатом, которые действительно правильно диагностированы этим тестом. Чувствительность – это доля позитивных результатов теста в группе (популяции) больных пациентов. Специфичность – доля негативных результатов теста в группе здоровых пациентов.

С целью сравнения имеющихся клинических тестов, мы определили их чувствительность и специфичность для данной выборки. Среди семи пациентов без клинических проявлений острого воспаления у трех отсутствовали рентгенологические признаки острого воспалительного процесса в легких и отмечались нормальные значения лабораторных показателей, четыре пациента имели рентгенологические и лабораторные признаки острой фазы процесса. В дальнейшем эти четыре пациента объединены в одну группу с больными, поступившими в стационар с яркой клинической картиной гнойного легочно-плеврального процесса. Группа составила 28 человек. Мы рассчитали для этой группы и для контрольной группы чувствительность и специфичность таких методов исследования, как определение в сыворотке крови СРБ и фибриногена, количества лейкоцитов крови и СОЭ.

Таблица 2

### **Чувствительность и специфичность лабораторных методов диагностики острого воспаления у пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры**

Характеристика метода	СРБ, мг/л		Фибриноген	Лейкоциты крови	СОЭ
	>8	>30			
Чувствительность, %	90,6	71,9	96,9	71,9	59,4
Специфичность, %	81,3	100	68,8	93,8	68,8

Полученные данные позволяют предположить, что наиболее чувствительными методами лабораторной диагностики из примененных нами являются определение острофазных белков фибриногена и СРБ в сыворотке крови (соответственно 96,9 и 90,6%); наименее чувствительным является определение СОЭ (59,4%). Наиболее специфичными являются определение лейкоцитов крови и СРБ (93,8 и 81,3%), причем при повышении СРБ более 30 мг/л специфичность достигает 100%.

## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ АХАЛАЗИИ КАРДИИ**

*В.С. Мазурин, А.В. Фролов, А.С. Аллахвердян, М.И. Прищепо, Э.А. Гукасян  
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Частота ахалазии кардии, по данным различных авторов, колеблется в пределах 3,1-20% от всех заболеваний пищевода [9, 12, 19]. По сводным данным [11, 19], в качестве причины дисфагии ахалазия кардии занимает третье место (5-8%) после рака пищевода и рубцовых стриктур, возникших на почве ожогов. Некоторые авто-

ры [1, 21] ставят ахалазию кардии на второе место после карциномы пищевода.

При несвоевременном распознавании и неадекватном лечении (особенно на ранних этапах) ахалазия кардии осложняется эзофагитом, образованием мегаэзофагуса, стриктуры кардиального отдела желудка, появлением дивертикулов (супрафренальных) в стенке пищевода, дивертикулитом, аспирационными бронхитом и пневмонией (абсцедирующей), пищеводным кровотечением. Нередко ахалазия кардии приводит к развитию кардиоэзофагеального рака [2, 13].

Разделение больных на группы с неосложненной и осложненной ахалазией кардии не должно подменять собой имеющуюся классификацию заболевания, в том числе наиболее распространенную – предложенную Б.В. Петровским и О.Д. Федоровой в 1962 г. На наш взгляд, такая дополнительная дифференциация позволяет упростить выбор тактики лечения в наиболее сложных клинических ситуациях.

подавляющее большинство исследователей оценивают консервативное лечение ахалазии кардии (без её деления на осложнённую и неосложнённую формы) как малоэффективное и в большинстве случаев считают проведение терапии подготовкой к оперативному вмешательству [2, 4, 5, 20]. Альтернативой для хирургического лечения консервативные методы, по мнению этих авторов, являются лишь при невозможности выполнения оперативного вмешательства.

Как свидетельствует наработанный нами опыт, если под консервативными методами лечения понимать применяемый нами комплекс лечебных мероприятий, то их место в лечении осложнённых форм ахалазии кардии следует пересмотреть. Подобное мнение высказывается и в ряде публикаций [6, 7, 8, 15, 17].

Применяемый нами комплекс мероприятий включает:

- медикаментозную терапию, направленную на различные звенья патологического процесса;
- квантовую терапию;
- физиотерапевтические процедуры (ЛФК, массаж);
- кардиобуживание и кардиодилатацию.

К медикаментозному лечению относится применение спазмолитиков и нитратов – для расслабления мускулатуры, седативных, нейролептиков – для исключения психоневрологического компонента, противовоспалительных средств, антибиотиков – для купирования осложнений в виде воспалительного процесса, антацидных препаратов – для купирования ГЭРБ при одновременной недостаточности кардии.

Квантовая терапия включает воздействие на различные уровни заболевания (рефлекторное воздействие на центральную нервную систему, местное воздействие на слизистую и мускулатуру пищевода и кардии).

Кардиобуживание и кардиодилатацию, включенные в консервативную терапию, правильнее отнести к инструментальной малоинвазивной методике лечения. Следует подчеркнуть, что мы рекомендуем проведение именно комплексного лечения как наиболее эффективного. Подобные рекомендации встречаются в немалом количестве публикаций [8, 14, 15].

Эффект кардиодилатации в лечении ахалазии кардии бесспорен и подтвержден большим количеством авторитетных публикаций на данную тему [2, 3, 4, 7, 14, 18]. Полностью соглашаясь с этим утверждением, хотелось бы обратить внимание на появление в последнее время работ, в которых эффективность кардиодилатации в лечении ахалазии кардии признается незначительной, а основное место отводится хирургическому лечению либо применению ботулотоксина [10]. Признавая несомненную необходимость поиска новых методов лечения заболевания, хотелось бы отметить, что отказ от применения консервативного лечения в связи с его невысоким эффектом мы считаем абсолютно неоправданным.

В отделении торакальной хирургии МОНКИ с 1988 по 2005 г. по поводу ахалазии кардии лечились 182 пациента (мужчин было 68, женщин – 114). В связи с лечением курсами, применением инструментального метода, рецидивированием дисфагии некоторые пациенты проводили лечение неоднократно. Таким образом, количество эпизодов пребывания в стационаре составило 272. Пациенты были в возрасте 16-78 лет (в среднем 46,5 лет). Консервативная терапия была использована в лечении 132 пациентов (82 женщин и 50 мужчин), их средний возраст составлял 46 лет.

Систематическое применение описанного выше комплекса лечебных мероприятий начато в клинике с 1997 г. Использование комплекса или его отдельных элементов с 1988 по 1997 г. не носило систематического характера. Таким образом, при оценке результатов проведенного лечения мы выделили две группы: первую группу составили 75 пациентов (29 мужчин и 46 женщин в возрасте от 16 до 78 лет), которым комплексное консервативное лечение ахалазии кардии проводилось после 1997 г. Во вторую группу вошли пациенты, пролеченные до 1997 г. Их было 57: 36 женщин и 21 мужчина такого же возраста.

Если медикаментозная терапия, применявшаяся при лечении данной категории больных, хорошо известна и является стандартом, то используемая нами методика лазеротерапии оригинальна.

В состав квантовой терапии входило ультрафиолетовое облучение (УФО) аутокрови и лазеротерапия с использованием гелий-неонового (He-Ne) низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ), ультрафиолетового (УФ) НИЛИ и инфракрасного (ИК) НИЛИ. Для проведения указанных видов лазеротерапии применялись аппараты «Ягода» (УЛФ-01), ксеноновый УФ-излучатель «Яхонт» и ИК-лазерный аппарат «Узор». Контроль за дозой проводимой лазеротерапии осуществлялся лазерным биофотометром УНИК-01 и измерителем уровня лазерного излучения ИУЛИ-1. УФО крови проводилось с помощью аппарата для реинфузии облученной ультрафиолетовыми лучами крови «Изольда». Наружная лазеротерапия рефлексогенных зон (подчелюстная область, рукоятка грудины, паравертебрально на уровне Th<sub>2-4</sub>) проводилась с использованием ИК- и He-Ne-НИЛИ. Для доставки лазерного излучения к зоне ахалазии (и ее осложнений) использовались стандартные насадки к указанным лазерным аппаратам, а также модифицированный нами стандартный кардиодилататор с дополнительным каналом для проведения лазерного моноволоконка. Как правило, внутриэзофагеальная лазеротерапия проводилась одновременно с кардиодилатацией и бужированием. Такое сочетание мы считаем методически оправданным.

Кардиодилатация и кардиобуживание выполнялись по принятой в клинике методике. Подготовительные мероприятия к инструментальному бужированию или дилатации пищевода (кардии) занимают не менее суток и включают в себя следующее:

- купирование воспалительного процесса, заживление имеющихся дефектов слизистой (эрозий);
- ограничение приёма пищи – за 12-16 часов до сеанса, в зависимости от выраженности дисфагии;
- проведение санации верхних отделов пищеварительного тракта с использованием легких антисептиков;
- «расширенный» электросон; медикаментозные снотворные и седативные при выраженной зависимости дисфагии от психологического состояния пациента назначаются накануне проведения дилатации (бужирования);
- премедикация по показаниям за час до манипуляции.

Как бужирование, так и дилатацию мы проводим под рентгенологическим электроннооптическим контролем хода манипуляции. Нередко проведение инструментальной манипуляции в рентгеновском кабинете предваряло эндоскопическое исследование, при котором в верхние отделы пищеварительного тракта проводился проводник. При бужировании мы считаем обязательным применение обезболивания с помощью местных анестетиков. Бужирование начиналось с использования бужа того диаметра, который соответствовал или был меньше выявленного в процессе обследования диаметра суженного участка пищевода (кардии). Второй и последующие сеансы бужирования проводились не чаще, чем через день. Увеличение диаметра используемого для очередного сеанса бужа обычно составляло 0,5 мм.

Всего бужирование было нами применено в лечении 37 больных. Обычно проводился один сеанс, максимально – пять: 28 больных получили по одному сеансу бужирования, пятеро – по два, двое – по три и двое – по пять сеансов. Критерием эффективности и прекращения бужирования мы считаем расширение зоны ахалазии до возможности проведения в желудок кардиодилататора, т.е. бужа диаметром 15 мм. Первый сеанс пневматической дилатации обязательно проводился под местной анестезией. В течение следующих сеансов местная анестезия необязательна: это зависит от индивидуальных психоэмоциональных особенностей пациента. Первый сеанс дилатации мы ограничивали однократным раздуванием баллона-дилататора до появления чувства боли или распирания в эпигастрии. При проведении дилатации раздутый в зоне дисфункции баллон приобретает форму гантели с «талией» (начальный размер). Наряду с манометрией, изменение ширины «талией» гантели в процессе кардиодилатационного лечения является, по нашему мнению, одним из объективных критериев эффективности данного метода. Последовательность сеансов дилатации (ежедневно или через день) мы определяли по самочувствию пациента. Комплексное лечение с использованием кардиодилатации выполнено нами при лечении 144 больных, из них 125 больных – с осложненной ахалазией кардии.

Для излечения 101 пациенту (70,1%) потребовался один курс кардиодилатации. В лечении 30 пациентов (20,8%) проведено два курса, при лечении семи пациентов (4,9%) – три курса кардиодилатации. При неэффективности трех курсов больным, по нашему мнению, показано оперативное вмешательство. При невозможности хирургического лечения у пациентов с выраженной тяжелой сопутствующей соматической патологией мы проводили поддерживающие курсы кардиодилатации по мере возникновения дисфагии, если это было технически осуществимо. Таких больных у нас было 8. Двоим из них (1,4%) проведено четыре курса кардиодилатации, при лечении трех пациентов (2,1%) потребовалось пять курсов, одному больному (0,7%) – 10 курсов. При невозможности выполнения оперативного вмешательства и технически неосуществимой кардиодилатации (значительное S-образное искривление пищевода, наличие эпифренального дивертикула, угроза разрыва пищевода) формировалась гастростома.

Результаты лечения оценивались следующим образом: непосредственные результаты определялись при выписке; в отдаленные сроки оценивались результаты планового обследования больных. Критериями оценки являлись клинические проявления (наличие или отсутствие дисфагии), рентгенологические критерии (расширение зоны кардиоэзофагеального перехода, отсутствие или сохранение задержки контраста над ней). Результаты лечения мы разделили на три группы: клиническое выздоровление, улучшение, без эффекта.

С клиническим выздоровлением были выписаны 38 пациентов (30%) с улучшением состояния – 71 (57%). При проведении инструментального лечения у 16 больных (13%) существенного эффекта достигнуто не было и 13 из них (10,4%) были

впоследствии оперированы, а трое от оперативного вмешательства отказались. Отдалённые результаты показали такие же данные.

У 38 пациентов (30%) в отдаленные сроки мы наблюдали стойкий положительный эффект, отличающийся отсутствием жалоб на дисфагию, что можно расценивать как клиническое выздоровление. При обследовании 71 пациента (57%) выявлены жалобы на периодически возникающее затруднение прохождения твердой пищи, причем оно легко купировалось приёмом спазмолитиков. При рентгенологическом исследовании пищевода у них отмечалась незначительная задержка контраста над зоной кардиоэзофагеального перехода, что было расценено нами как удовлетворительный результат, не требующий проведения корректирующего инструментального лечения или оперативного вмешательства. У 16 пациентов (13%) мы диагностировали рецидив дисфагии, при этом клинические проявления заболевания были подтверждены инструментальными методами обследования. В этой группе большая часть больных была оперирована.

Для сравнения двух групп больных – получивших комплексное консервативное лечение ахалазии кардии до 1997 г. и в последующем – применялись следующие параметры:

- количество курсов лечения, потребовавшихся для достижения положительного эффекта;
- длительность пребывания пациента в стационаре для проведения одного курса;
- степень выраженности посттравматического эзофагита в зоне манипуляций;
- длительность ремиссии.

При сравнении этих групп необходимо отметить, что наблюдается сокращение длительности курса проводимого лечения, а также удлинение безрецидивного периода у больных, лечившихся после 1997 г., впрочем различия не являются достоверными.

На основании имеющегося у нас опыта можно с уверенностью говорить о том, что предложенная нами комплексная консервативная терапия является эффективным методом лечения осложненной ахалазии кардии и может служить как этапом подготовки пациентов к хирургическому лечению, так и самостоятельным окончательным методом лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Берёзов Ю.Е., Григорьев М.С. // Хирургия пищевода. – М., 1965. – С. 364.
2. Василенко В.Х., Суворова Т.А., Гребнев А.Л. // Ахалазия кардии. – М., 1976. – С. 280.
3. Донов Ш., Бесекерт Н., Белчев В., Балчева М. // Тер. арх. – 1995. – № 4. – С. 55-57.
4. Жураев Ш.Ш., Баймаханов Б.Б. // Клиницист. – 1995. – № 1. – С. 24-29.
5. Кривченя Д.Ю., Алмаший Г.Г., Юрченко Н.И. и др. // Грудная хир. – 1990. – № 3. – С. 45-47.
6. Марсело Н., Рубайлов Ю.А., Анфимов П.Н. и др. // Хирургия. – 1990. – № 3. – С. 13-16.
7. Мартынов Ю.С., Малкова Е.В., Гребенев А.Л. и др. // Журн. невропатол. психиат. – 1988. – № 11. – С. 24-29.
8. Марфин Б.И., Шмелёв М.П. // Хирургия. – 1988. – № 10. – С. 37-38.
9. Моргенштерн, А.З. Ахалазия пищевода. – М., – 1968. – С. 160.
10. Нурсуллаев М.М. Современные подходы в диагностике и лечении ахалазии кардии / Автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2006.
11. Петровский Б.В. // Труды 27-го Всесоюз. съезда хирургов. – М., 1962. – С. 162-173.
12. Суворова Т.А. // Многотомное руководство по хирургии – М., 1966. – Т. 6, кн. 2. – С. 317-355.
13. Тамулявичуте Д.И., Витенас А.М. Болезни пищевода и кардии. – М., 1986.
14. Трухманов А.С., Нечаев В.М., Климушева Т.А // Казанск. мед. журн. – 1992. – № 2. – С. 87-89.
15. Черноусов А.Ф., Виноградов М.В., Шестаков П.А. // Вестн. хир. – 1990. – № 9. – С. 17-22.
16. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Алиева Э.А. и др. // Грудная хир. – 1991. – № 6. – С. 57-60.
17. Черноусов А.Ф. // Хирургия. – 1993. – № 4. – С. 20-25.
18. Черноусов А.Ф., Гаджиев А.Н., Шестаков А.Л. // Анн. хир. – 2000. – № 3. – С. 50-53.

19. Шевченко И.Т. // Рак пищевода и предшествующие заболевания. – Киев, 1950. – С. 245.
20. Bruley des Varannes S., Scarpignato C. // Dig. Liver. Dis. – 2001. – V. 33. – P. 266-277.
21. Terracol J., Sweet R.H. Disease of the esophagus. – Philadelphia – London, 1958.

## **РЕФЛЮКСЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ**

*В.Л. Мартынов, С.Г. Измайлов, В.Н. Рулев, Д.Г. Колчин, А.Х. Хайридинов, Н.В. Казарина  
Военно-медицинский институт, г. Нижний Новгород*

В медицине до сих пор не существует научного причинно-следственного определения понятия «рефлюкс». Не было также попыток систематизировать рефлюксы в единую систему как частное проявление единого патологического процесса, не проведен морфологический анализ до и после органосохраняющей одновременной коррекции рефлюксов. Без учета рефлюкса многие заболевания считаются функциональными: часть авторов рассматривают синдром раздраженного кишечника, функциональную форму хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП), дуоденогастральный рефлюкс как физиологическое явление – следствие функциональной формы ХНДП, а гастроэзофагеальный рефлюкс – как функциональное патологическое состояние. По данным литературы, 40-60% взрослых пациентов и 90% больных детей страдают функциональными заболеваниями пищеварительного тракта.

В основу настоящей работы положено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование и хирургическое лечение 415 пациентов в возрасте от 7 до 67 лет с несостоятельностью баугиниевой заслонки (НБЗ) и ХНДП. Среди больных было 142 мужчины (34%) и 373 женщины (66%). От начала появления первых признаков заболевания у 15% обследованных прошло от года до 5 лет, у 32% – от 5 до 10 лет, у 53% – более 10 лет. По поводу болей в животе 97% пациентов ранее обращались за медицинской помощью. На стационарном обследовании и лечении неоднократно находились 328 больных (79%), из них 125 (30%) – по поводу хронического холецистита, 83 (20%) – по поводу колита, 96 (23,3%) – язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 154 (37%) – гастродуоденита, 66 (16%) – по поводу хронического панкреатита. Ранее 202 пациентам была выполнена аппендэктомия. У 55 больных ранее была выполнена холецистэктомия, у 24 – операции на желудке и двенадцатиперстной кишке. У большинства больных выздоровление не наступило, а улучшение было незначительным и временным. При ирригоскопии, проведенной в других лечебных учреждениях, у 111 пациентов рефлюкс рентгеноконтрастного вещества в подвздошную кишку расценивался как норма.

Всем 415 пациентам осуществлена хирургическая коррекция НБЗ, баугинопластика, показанием для которой, по нашему мнению, является неэффективность консервативного лечения.

Отдаленные результаты изучены у 127 пациентов. Отмечается резкий регресс жалоб гастроэнтероколитического характера. Наиболее адекватным вмешательством явилась баугинопластика с дуоденоюностомией, дополненная межкишечным анастомозом и наложением «заглушки» по нашей методике на приводящую петлю выше межкишечного соустья на 2-3 см (патент РФ № 2253379).

При контрольной ирригоскопии из 127 пациентов рефлюкс контраста в подвздошную кишку зафиксирован у 9 больных (7%), хотя высота и интенсивность заброса были менее выражены, чем до операции. Явления колита при этом до операции отмечены в 110 наблюдениях (87%), после операции – в 25 (20%);