

результатов. Уровень ответа, по данным разных авторов, составляет от 0 до 27%. Медиана выживаемости у пациентов с ГИСТ, получавших цитостатическую химиотерапию, варьировала от 14 до 18 месяцев. Имеются отдельные сообщения о проведении лучевой терапии, однако их число весьма ограничено в связи с риском облучения окружающих тканей.

Таргетная терапия является основным методом лечения нерадикально оперированных и нерезектабельных опухолей. Гливек (иматиниб) является препаратом первой линии. Механизм его действия заключается в конкурентном взаимодействии с АТФ-связывающим участком специфических тирозин-киназных рецепторов (RTKs) с KIT, PDGFRa, PDGFRb. Препарат безопасен и обладает хорошей эффективностью. Лечение проводится до прогрессирования болезни либо развития непереносимой токсичности. При прогрессировании возможно увеличение дозы гливека до 800 мг в сутки. Препаратом второй линии является сунитиниб (сутент) – еще один молекулярно направленный ингибитор KIT, применяемый при иматиниб-резистентных ГИСТ.

По рекомендации Японского комитета по изучению ГИСТ, при верифицированном заболевании после радикального оперативного вмешательства показано только наблюдение пациентов без проведения дополнительной терапии гливеком. Регулярность наблюдения определяется уровнем риска злокачественности. При нерезектабельных распространенных опухолях или выполнении нерадикального оперативного вмешательства показано проведение таргетной терапии гливеком. При рецидиве опухоли после хирургического лечения и у больных, не леченных гливеком, выполняется (при возможности) хирургическое вмешательство. При невозможности операции или ее нерадикальном характере показано лечение гливеком. Опыт лечения гливеком МОНИКИ не располагает.

Диагностика и лечение ГИСТ – актуальная проблема современной онкологии. Несмотря на относительную редкость данной патологии, доказана ее злокачественность, разработаны критерии дифференциальной диагностики. Стало возможным, кроме хирургического лечения, проведение таргетной терапии. Достижение положительного результата при лечении данной патологии возможно лишь при своевременной и правильной диагностике и адекватном планировании лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

*В.С. Мазурин, М.И. Прищепо, Б.И. Минченко, Н.Л. Калакутская
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Лечение гнойных заболеваний легких и плевры неизменно остается актуальной проблемой. Эта патология, мучительная для пациента, трудоемкая для врача и дорогостоящая для лечебного учреждения, сочетает в себе интоксикацию вследствие гнойно-деструктивного процесса и нарушение дыхательной функции. Возникновению инфекционных деструкций легких и плевры способствует иммунодефицит и иммуносупрессия, характерные для пациентов, страдающих гематологическими заболеваниями, повышенной склонностью к тромбообразованию, сахарным диабетом, алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфекцией, подвергшихся обширным хирургическим вмешательствам, трансплантации органов и тканей.

Несмотря на широчайшее использование антибактериальных препаратов, не удается избежать гнойно-деструктивных и гангренозных осложнений пневмоний.

За последние годы удельный вес осложненных форм абсцедирующей пневмонии увеличился с 15,8 до 43,6%. По данным ряда авторов, острая патология легких переходит в хроническую у 11-40% больных, что приводит к временной потере трудоспособности у 30-40% и инвалидизации у 7,1–9,7% пациентов. Отмечается значительное снижение качества жизни больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры. Летальность при острой инфекционной деструкции легких составляет 7,2–28,3%, при гангренозных процессах – 23,4–74,1%. Результаты лечения остаются по-прежнему неудовлетворительными.

Острая и хроническая формы этих заболеваний принципиально различаются. Несмотря на патогенетическую связь между этими формами патологии, которые являются стадиями одного процесса, они требуют совершенно разных подходов к лечению. Чем резче будет проведена граница между острым и хроническим процессом, тем легче будет выбрать тактику лечения больного. Задача осложняется размытостью имеющихся критериев остроты и хронизации воспалительного процесса в легких и плевральной полости. Вопрос о сроках и признаках перехода острого гнойно-деструктивного заболевания в хроническую форму остается открытым.

Целью данной работы является оценка роли некоторых лабораторных показателей в диагностике острого гнойно-деструктивного процесса в легких и плевре.

С 2004 по 2006 г. в отделении торакальной хирургии МОНИКИ обследовано 35 больных (32 мужчины и три женщины) в возрасте от 19 до 73 лет с гнойными заболеваниями легких и плевры. У 27 пациентов была эмпиема плевры (у двух из них – послеоперационная эмпиема после пневмонэктомии), у четырех – деструктивная пневмония, у трех – спонтанный разрыв пищевода, осложненный эмпиемой плевры, у одного – острый абсцесс легкого. Все пациенты предварительно находились на лечении в терапевтических и хирургических стационарах Московской области.

При поступлении в МОНИКИ у 28 больных имелись клинические признаки острого воспаления: лихорадка, гнойное отделяемое по плевральным дренажам и из свищевых отверстий, кашель с гнойной мокротой. У семи пациентов клиника острого воспаления отсутствовала. У 24 больных имелись рентгенологические признаки острого воспалительного процесса в легких и плевре: наличие затемнений, свидетельствующее об инфильтрации легочной ткани, скиалогическая картина полости в легком с уровнем жидкости, осумкования в плевральной полости с уровнем жидкости. У двух пациентов имелись сухие полости: в легком, с наличием инородного тела (фрагмента плеврального дренажа) и в плевральной полости в сочетании с полным коллапсом легкого.

В качестве контрольной группы обследовано 16 пациентов в возрасте от 25 до 70 лет (13 женщин и трое мужчин), у которых клинко-рентгенологическая картина в оспалительно-деструктивного процесса в легких, плевре либо другой локализации отсутствовала. У восьми пациенток имелись опухоли молочных желез, у двух – рак желудка, у двух – дисциркуляторная энцефалопатия, у двух – саркоидоз легких, у одной – опухоль надпочечника, у одной – ахалазия кардии.

Из лабораторных показателей определялась концентрация плазменных протеинов: С-реактивного белка (СРБ) и фибриногена, а также количество лейкоцитов крови и СОЭ.

С-реактивный белок относится к белкам острой фазы воспаления, он является компонентом неспецифического иммунного ответа, имеет структуру пентраксина (или пентаксина), синтезируется в гепатоцитах. Период полураспада СРБ составляет 12–24 часа. В организме человека СРБ выполняет ряд важных функций: присоединенный к мембранам микроорганизмов и поврежденным клеткам, он активирует каскад комплемента по классическому пути и участвует в опсониза-

ции корпускулярных антигенов и бактерий, способствуя фагоцитозу. Этот эффект усиливается связыванием комплемента. Другая важная функция СРБ – способствование удалению эндогенных веществ, образующихся в результате деструкции клеток. Проникая в ядра через сигнальные пути ядерного транспорта, СРБ взаимодействует с ядерными антигенами апоптотических и некротизированных клеток, препятствует накоплению этих антигенов в тканях и индукции аутоиммунных реакций. СРБ взаимодействует также с Fc-фрагментами иммуноглобулинов, связанных с лимфоцитами, и способен активировать тромбоциты. Ценными диагностическими особенностями СРБ, отличающими его от других острофазных белков, являются динамичность и чувствительность этого показателя: уровень СРБ повышается в течение 6–10 часов от индукции реакции острой фазы микробными продуктами и столь же быстро снижается при стихании воспалительной реакции. Независимость синтеза от гормонов (эстрогенов, кортикостероидов) также является диагностической особенностью СРБ.

Концентрацию СРБ определяли в сыворотке крови имунотурбидиметрическим методом (автоматический биохимический анализатор HITACHI-912, реактивы фирмы Randox). Показатели варьировали от 1 до 400 мг/л (норма 0,07 – 8,2 мг/л).

Фибриноген также является белком острой фазы воспаления. Концентрацию фибриногена плазмы определяли фотометрическим методом (реактивы фирмы «F. Hoffmann – La Roche»). Показатели варьировали от 3 до 10 г/л (норма 2–4 г/л). Количество лейкоцитов крови и СОЭ определялись по стандартным методикам (табл. 1).

Таблица 1

**Признаки острого воспаления у пациентов основной группы
при поступлении в МОНИКИ: клинические, лабораторные
и рентгенологические**

Наличие клинических признаков острого воспаления	Число больных	СРБ при поступлении, мг/л	Фибриноген, г/л	Лейкоцитоз крови, $\times 10^9/\text{л}$	СОЭ, мм/ч	Число больных с рентгенологическими признаками острого воспаления легких и плевры
Пациенты с симптомами острого воспаления	28	77	6,3	11,4	20	24
Пациенты без симптомов острого воспаления	7	38	6,6	9,5	20	3

Примечание: указаны средние значения лабораторных показателей.

При сравнении выборочных средних значений СРБ, фибриногена, лейкоцитоза и СОЭ мы выявили, что СРБ – наиболее надежный лабораторный критерий наличия острого воспаления у пациентов с деструктивными заболеваниями легких и плевры, так как значения среднего выборочного СРБ у пациентов с наличием и отсутствием клинических признаков острого воспаления отличаются в 2 раза. Но вследствие малочисленности выборки статистически значимых различий мы не нашли.

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-