

тиков, одновременно назначали внутривенную интенсивную антибактериальную и инфузионную терапию. Идея консервативного лечения при первичном перитоните не является новой, но не многие врачи отваживаются на него. Причина этого — отсутствие достаточно объективных признаков в клинике и необходимость дифференциации с острым аппендицитом. Отказ от хирургического лечения первичного перитонита позволяет избавить больного от возможных осложнений, связанных с операцией. Лапароскопия, применяемая при первичном перитоните, является не только диагностическим, но и лечебным средством.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита и заболеваний внутренних половых органов у девочек сложна, частота ошибок достигает 80% [2]. Благодаря применению лапароскопии нам удалось у 35 детей не только выявить различную гинекологическую патологию, но и определить показания к консервативному или хирургическому методу лечения, а также рекомендовать наиболее рациональный доступ к органу при необходимости операции.

Наш опыт применения лапароскопии в неотложной хирургии детского возраста дает основание рекомендовать ее для широкого внедрения в практику. Это поможет избежать тяжелых последствий поздней диагностики, а также сократить число напрасных лапаротомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордеева И. П. В кн.: Тезисы 4-й Всеросс. научно-практ. конф. детских хирургов. Саратов, 1978.— 2. Удрис-Шпрингвальд С. И. В кн.: II Всеросс. конф. детских хирургов. Калининград, 1966.

Поступила 10 июня 1980 г.

УДК 616.333—007.272—08

КАРДИОДИЛАТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КАРДИИ

А. А. Чернявский, В. М. Казнин

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. А. А. Чернявский) педиатрического факультета Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Реферат. Обобщен опыт лечения 310 больных с различными стадиями функциональной непроходимости кардии. Подтверждено существование двух патогенетических форм заболевания — ахалазической и кардиоспастической. Для облегчения дифференциальной диагностики составлена таблица, в которой сопоставляются характерные симптомы обеих форм. В качестве основного метода лечения функциональной непроходимости кардии рекомендуется аппаратная пневмокардиодилатация, которая позволяет получить отличные и хорошие отдаленные результаты у 75% больных. 25% больных нуждаются в повторных курсах, а при неэффективности их — в оперативном лечении.

Ключевые слова: кардия, непроходимость, кардиодилатация.

1 таблица. Библиография: 11 названий.

Функциональная непроходимость кардии — нейромышечное заболевание пищевода с хроническим рецидивирующим течением. Среди хирургических заболеваний пищевода, включая злокачественные опухоли и ожоговые стриктуры, функциональная непроходимость кардии по сводным статистическим данным составляет 5—20%, а по материалам нашей клиники — 10%.

Настоящая работа основана на опыте обследования и лечения 310 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии (мужчин — 133, женщин — 177), из которых 128 подверглись различным первичным операциям, 30 — повторным реконструктивным вмешательствам, 100 — инструментальной пероральной кардиодилатации и 52 — консервативному лечению (медикаментозному, гипноугнетивной психотерапии). Основную возрастную группу составляли больные от 21 до 50 лет (72%).

В настоящее время следует считать установленным, что существуют две патогенетические формы функциональной непроходимости кардии — ахалазическая и кардиоспастическая.

В основе функциональной непроходимости кардии лежит дисфункция вегетативной нервной системы с преимущественным поражением ее парасимпатического отдела на

различных уровнях. Особое значение придается дефектам иннервации блуждающего нерва, нарушениям корковой нейродинамики и дегенеративным изменениям внутристеночного ганглиозно-фибриллярного нервного аппарата кардии, основные функции которой заключаются в замыкании и расслаблении (раскрытии).

При истинном кардиоспазме непроходимость кардии возникает вследствие стойкого спазма ее, иногда доходящего до клонических судорог — «гипертензивный сфинктер» [11], что сопровождается резким повышением внутрипросветного давления в «зоне барьера» в состоянии физиологического покоя и при глотании по сравнению с нормальными показателями — 2,7—3,3 кПа (20—25 мм рт. ст.).

При ахалазии кардии непроходимость обусловлена недостаточной релаксацией кардии в ответ на акт глотания и продвижение пропульсивной перистальтической волны вследствие нарушения рефлекса раскрытия ее. Внутрипросветное давление в «зоне барьера» при этом в состоянии покоя находится в пределах нормы, но не снижается и при глотании. Впервые предположение о наличии двух патогенетических форм функциональной непроходимости кардии высказал в своих клинических лекциях С. П. Боткин (1884—1885): он считал, что «функциональные стриктуры пищевода могут быть «спазматическими» и «паралитическими» [1]. В последующем это предположение получило подтверждение в работах многих исследователей. Концепция о двояком механизме развития функциональной непроходимости кардии и наличии двух ее патогенетических форм подтверждается результатами проводимых нами на протяжении ряда лет клинико-экспериментальных исследований [7, 10].

Мы убедились в возможности успешно осуществлять и дифференциальную диагностику кардиоспазма и ахалазии кардии. Для облегчения этой задачи предлагаем следующую таблицу.

Дифференциально-диагностическая таблица форм функциональной непроходимости кардии

Кардиоспазм	Ахалазия кардии
Внезапное начало дисфагии	Постепенное развитие симптомов заболевания
Периодически возникающие боли за грудиной сжимающего характера	Отсутствие болей
Регургитация сразу после еды	Регургитация через несколько часов после еды
Отчетливо выраженный интермиттирующий характер дисфагии в начальных стадиях заболевания	Неотчетливо выраженный интермиттирующий характер дисфагии
Двигательная гиперактивность пищевода	Угнетение перистальтической деятельности пищевода
Опорожнение пищевода по типу выжимания контрастной массы — «шприц-феномен»	Опорожнение пищевода по типу провала скопившейся контрастной массы в желудок
Повышение давления покоя в «зоне барьера», не снижающееся во все фазы глотания	Нормальное внутрипросветное давление в «зоне барьера», но стабильное (не снижающееся) при глотании

Показатели фармакологических проб:

а) атропин, метацин расширяют кардию;	а) холинолитики не влияют на кардию
б) карбохолин не влияет на сокращение пищевода	б) карбохолин сокращает пищевод
	в) антихолинэстеразный препарат нивалин расширяет кардию за счет улучшения проводимости импульса по нервно-рефлекторной дуге

До окончательного решения дифференциально-диагностических вопросов наиболее приемлем обобщающий термин — «функциональная непроходимость кардии». По результатам наших исследований у 66,5% больных с функциональной непроходимостью кардии выявлена ахалазия и у 33,5% — кардиоспазм.

Консервативное (медикаментозное, физиотерапевтическое, гипноуггестивное) лечение функциональной непроходимости кардии малорезультативно, и эффект его нестойкий даже при начальных стадиях заболевания. Однако, несмотря на это, учиты-

вая длительный функциональный доброкачественный характер заболевания и возрастающие возможности медикаментозной терапии, пробное консервативное лечение в начальных стадиях все же следует считать допустимым. По нашему мнению, отсутствие положительного эффекта или только субъективное улучшение (не подтверждаемое рентгенологическим контролем) от повторных 3—4-недельных курсов стационарного рационального консервативного лечения больных с I—II стадией заболевания на протяжении 1 года являются показанием к инструментальной кардиодилатации.

До начала 1960 г. оперативному лечению функциональной непроходимости кардии отдавалось предпочтение. Но накопившийся опыт тысяч выполненных операций и изучение отдаленных результатов убедили, что все способы оперативных вмешательств, включая и современные кардиопластические операции, имеют существенные недостатки и чреваты опасными осложнениями ближайшего и, особенно, отдаленного послеоперационного периода. Это послужило причиной резкого ограничения показаний к оперативному лечению в пользу инструментальной пероральной кардиодилатации, которую в настоящее время следует считать методом выбора в лечении кардиоспазма и ахалазии кардии.

По результатам наших наблюдений, охватывающих 128 различных первичных операций (кардиомиотомия по Готтштейну — Геллеру, эзофагофундостомия, эзофагокардиофренопластика по Б. В. Петровскому, кардиоментопластика по В. И. Колесову, кардиогастропластика по Т. А. Суворовой, по Б. А. Королеву и др), летальность составила 2,4%, послеоперационные осложнения — 14%.

При изучении отдаленных результатов в сроки от 1 до 30 лет у 95 оперированных выздоровление и значительное улучшение зарегистрированы лишь у 66,2% пациентов. У 33,8% получены удовлетворительные и плохие исходы вследствие проявлений желудочно-пищеводного рефлюкса и его последствий, рецидива и других осложнений отдаленного периода. Не лучшие показатели приводят и другие авторы [4, 6, 8, 9]. В настоящее время оперативное лечение при функциональной непроходимости кардии показано лишь при невозможности или неэффективности многократных курсов инструментальной кардиодилатации.

Сравнительная клинико-экспериментальная оценка различных способов оперативных вмешательств убеждает, что при наличии показаний операциями выбора следует считать экстрамукозную эзофагокардиогастропластику по Т. А. Суворовой — Б. А. Королеву и кардиофренопластику по II варианту способа Б. В. Петровского. За последние 10 лет мы были вынуждены оперировать лишь 3 из 103 находившихся за эти годы на лечении в клинике больных с функциональной непроходимостью кардии. Остальные 100 больных (женщин — 62, мужчин — 38) подверглись пероральной аппаратной кардиодилатации, которую мы стали выполнять с начала 1969 г. Больные были в возрасте от 9 до 70 лет, причем моложе 20 лет — лишь 5 человек, старше 50—6. I стадия заболевания диагностирована у 10 пациентов, II — у 30, III — у 42 и IV — у 18. Из 100 больных у 69 выявлена ахалазия кардии, у 31 — кардиоспазм.

Вначале мы пользовались металлическим кардиодилататором отечественного производства (модель 213). Этим аппаратом кардиодилатация под внутривенным барбитуровым наркозом с управляемым дыханием была выполнена 15 больным со II—III стадиями заболевания, причем у 1 больного возник разрыв пищевода. Производили 2—3 сеанса расширения с интервалами в 4—5 сут. У остальных 14 пациентов получены хорошие непосредственные результаты, подтвержденные рентгенологическим контролем. При обследовании в сроки от 3 до 7 лет после кардиодилатации у 10 пациентов из 14 зарегистрировано выздоровление, у 2 — улучшение; у 2 больных через 1 и 1,5 года развился рецидив заболевания. Повторные курсы кардиодилатации не дали положительного эффекта, и больных пришлось оперировать.

Убедившись в опасности кардиодилатации металлическим расширителем и в плохой переносимости ее больными, мы отказались от нее и перешли на пневмокардиодилатацию, используя пневмокардиодилататоры и методику Э. Н. Ванцяна и А. Ф. Черноусова (1978).

Пневмокардиодилатации подверглись 85 больных, которым выполнено в первый курс лечения 263 расширения кардии с отличными и хорошими непосредственными результатами у 81 из них.

Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов в сроки до 9 лет. Выздоровление наступило у 49 пациентов, улучшение — у 32, рецидив дисфагии — у 4.

14 человек из группы пациентов, у которых было достигнуто улучшение, и 4 больных с рецидивами подверглись повторным курсам пневмокардиодилатации с временным эффектом, но от оперативного лечения отказываются.

У 5 из 32 больных, у которых после пневмокардиодилатации наблюдалось улуч-

пенне, имелись явления желудочно-пищеводного рефлюкса, но они исчезли через 2—8 мес. В последнее время мы всем больным после кардиодилатации с целью профилактики рефлюкс-эзофagита назначаем 3-недельный курс лечения гастрофармом или алмагелем. Отличные и хорошие результаты после аппаратной кардиодилатации, как правило, стабилизировались к концу 2-го года, достигая 73—75%; 25% больных нуждаются в повторных курсах пневмокардиодилатации или оперативном лечении. Уклад жизни и самочувствие пациентов между курсами расширения вполне удовлетворительные.

Преимущество пневмокардиодилатации перед оперативным методом лечения заключается в простоте, доступности, относительной безопасности и возможности улучшить результаты лечения повторными курсами расширения при рецидивах дисфагии.

Наблюдение за больными, подвергшимся форсированному расширению кардии, позволяет выявить некоторые закономерности, отмеченные и другими авторами [3—6]. Эффективность кардиодилатации в большей степени зависит не от вида кардиодилатора, а от формы, стадии заболевания, интенсивности расширения и сроков наблюдения, однако использование металлического расширителя сопряжено с большими техническими сложностями, опасностями и хуже переносится пациентами по сравнению с пневматическим.

Пневмокардиодилатация возможна при любой форме и стадии заболевания, однако лучшие результаты достигаются при начальных стадиях кардиоспастической формы, когда двигательная активность пищевода и его тонус еще сохранены. По нашим наблюдениям кардиодилатация привела к выздоровлению 28 из 31 больного с кардиоспазмом.

В терминальных стадиях заболевания, особенно при ахалазии кардии, после кардиодилатации пищевод остается расширенным, с угнетенной перистальтикой, несмотря на восстановленную проходимость кардии. Весьма ценной является рекомендация Э. Н. Ванцяна и соавт. (1974) выполнять при кардиоспазме «чрезмерную дилатацию», к которой не следует стремиться при ахалазии во избежание недостаточности кардии.

Следовательно, основным методом лечения функциональной непроходимости кардии следует считать пневмокардиодилатацию. Показания к применению металлических расширителей должны быть резко ограничены ввиду опасности тяжелых осложнений и худшей переносимости манипуляции пациентами. Оперативное лечение показано лишь при невозможности и неэффективности многократных курсов пневмокардиодилатации или при наличии противопоказаний к ней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боткин С. П. О сужении пищевода. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. т. 2. М., Медгиз, 1950.—2. Ванцян Э. Н., Черноусов А. Ф. В кн.: Сборник научных трудов ВНИИЭХ МЗ СССР. М., 1978.—3. Ванцян Э. Н., Черноусов А. Ф., Чисов В. И. и др. Хирургия, 1974, 2.—4. Василенко В. Х., Суворова Т. А., Гребнев А. Л. Ахалазия пищевода. М., Медицина, 1976.—5. Вилявин Г. Д., Графская Н. Д., Тимофеева Т. А., Котовский А. Е. Хирургия, 1978, 8.—6. Коломийченко М. И. Кардиоспазм. Реконструктивная хирургия пищевода. Киев, «Здоров'я», 1967.—7. Кукош В. И., Чернявский А. А. В кн.: Труды Горьковского мединститута им. С. М. Кирова. Вопросы грудной и абдоминальной хирургии. Горький, 1971, вып. 39.—8. Петровский Б. В., Федорова О. Д. Хирургия, 1963, 6.—9. Уткин В. В. Кардиоспазм. Рига, Зинатне, 1966.—10. Чернявский А. А., Каурова Г. Н. В кн.: Труды Горьковского мединститута им. С. М. Кирова. Проблема регенерации патологически измененных органов и обратимость патологических изменений. Горький, 1970.—11. Code Ch. F., Schlegel I. M., Kelly M. a. o. Proc. Mayo Clin., 1960, 35, 4.

Поступила 10 марта 1980 г.