

Тыныс ағзалары туберкулезімен алғаш рет ауырған ерлердің мінездемесі

К.С.Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Н.Б. Нурғалиев, З.Д. Маликова, А.С. Шаменко, А. Кажитаев

Өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерінен инфильтративті туберкулез жиі (62,0%) кездесті, өкпелерінде каверна бар аурулар 64,8% жиілікпен, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаратындар 73,1% пайызды құрады. Комплексі жүргізілген емдеудің нәтижесінде өкпедегі кавернасы жабылғандар аурулардың 77,1%-ын, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаруды тоқтатқандар 79,7%-ды құрады.

The characteristic for the first time the revealed patients with a tuberculosis of bodies of breath of men

K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, N.K. Selihanova, N.B. Nurgaliev, Z.D. Malikova, A.S. Shamenko, A. Kazhitaev

Among clinical forms of a tuberculosis easy prevailed (62,0%) infiltrative the form, destructive in easy is revealed at 64,8% of cases, and bacterioexcretion at 73,1% of cases. As a result of the lead (carried out) complex treatment closing of a cavity of disintegration has come (stepped) at 77,1% of patients, and the termination (discontinuance) bacterioexcretions at 79,7% of cases.

УДК 616.329+616.341-073.75

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ПИЩЕВОДНОГО КЛИРЕНСА ДО И ПОСЛЕ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

**О.Б. Оспанов, Г.А. Елеуов, К.К. Абдрахманова, И.С. Волчкова
Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана**

До настоящего времени при описании рентгенологами эвакуации из пищевода используется способ оценки с фиксацией скорости начала и полного опорожнения бариевой взвеси [1, 2]. Данный метод вызывает увеличение лучевой нагрузки пациента в случае замедленной эвакуации из пищевода. При этом, эвакуация из пищевода при ахалазии наиболее часто расплывчато описывается как «первичная эвакуация из пищевода происходит небольшими и редкими порциями...» [3].

Цель работы: разработка и применение объективного рентгенологического метода оценки пищеводного клиренса в фиксированный период времени оценки до и после операции по поводу ахалазии пищевода.

Материал и методы. Для объективизации оценки времени эвакуации нами предложен метод исследова-

ния пищеводного клиренса заключающийся в том, что натощак утром пациенту дают выпить 200 мл сульфата бария в соотношении с водой 1:1. На прием контраста давали от 30 до 45 секунд. После последнего глотка бариевой взвеси отсчитывали 1 минуту и делали первый рентген-снимок, а затем через 5 минут второй снимок. При этом получали показатели одноминутного и пятиминутного пищеводного клиренса.

Такие снимки проводили до и после эзофагокардиомиотомии с определением высоты и ширины столба бариевой взвеси. На снимках горизонтальными линиями наносили верхний и нижний уровень столба бария, а стрелками по бокам его максимальную ширину как показано на рисунке 1.

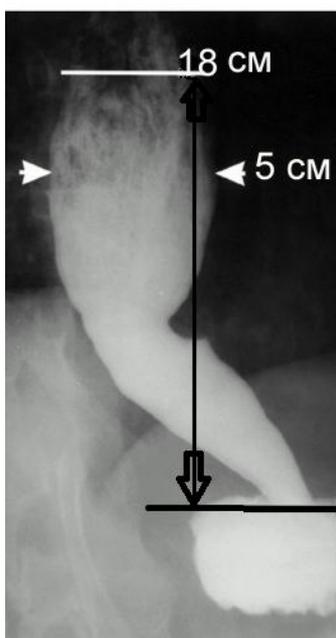


Рисунок 1 - Методика измерения параметров бариевого столба при ахалазии

При оценке пищеводного клиренса исходили из того, что в норме у человека пищевод очищается от 200 мл бариевой взвеси через 10-20 секунд, а через 1 минуту не имеет остаточного количества бариевого контраста.

В отличие от нормы у больных с ахалазией кардии мы отметили существенную задержку бария через 1 и 5 минут исследования по параметрам бариевого столба (БС) в пищеводе.

Результаты исследования. Исходные рентгенологические данные для изучения пищевода клиренса

до и после миотомии представлены на рисунке 2.

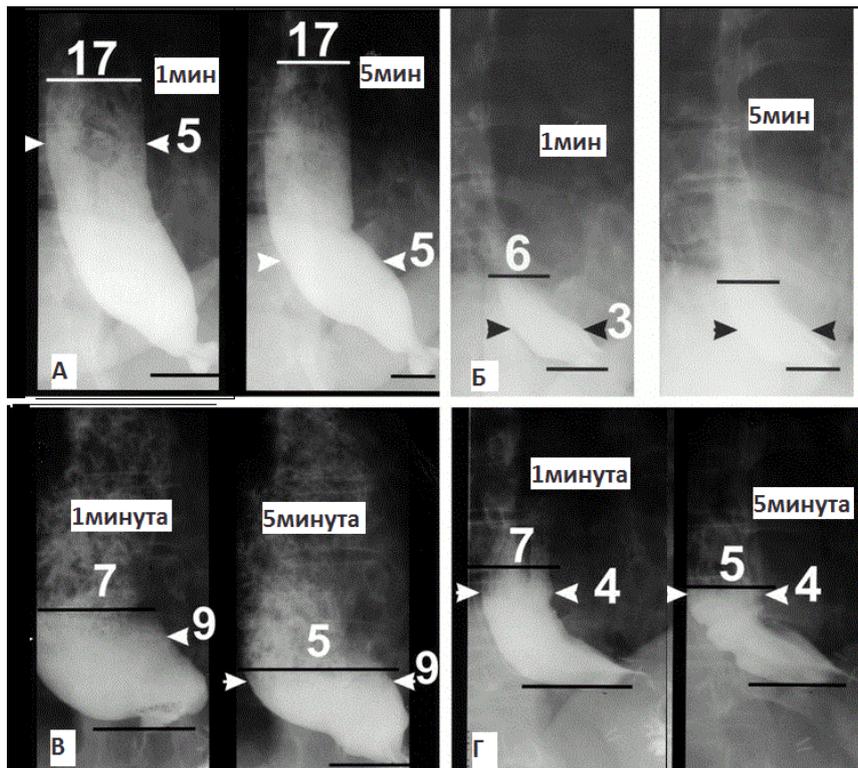


Рисунок 2- Сравнение параметров бариевого столба через 1 и 5 минут после приема контраста до и через 1 месяц после эзофагокардиомиотомии у больных 2 и 3 стадий ахалазии пищевода

А – дооперационный пищеводный клиренс у пациента с II стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут; **Б**- послеоперационный пищеводный клиренс у пациента с II стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут; **В**- дооперационный пищеводный клиренс у пациента с III стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут; **Г**- послеоперационный пищеводный клиренс у пациента с III стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут.

Как видно по рисунку 2 при III стадией АП высота столба бария была меньше чем при II стадии АП ввиду большого объема пищевода, которое определяется по большей ширине дилатированного пищевода. В связи с этим при анализе мы учитывали еще и разницу в полу-

ченных данных, которая наиболее объективно и точно отражала динамику пищевода проходимости.

Данные измерения высоты бариевого столба в пищеводе до операции и через 6 месяцев по данным рентген-снимков, сделанных через 1 минуту и через 5 минут после дачи бария представлены в таблице 1.

Таблица 1- Средние значения высоты пищевода бариевого столба до и после операции в сантиметрах (M±σ)

Группа	Момент измерения								Р до и после ЭКМТ
	Высота БС до ЭКМТ (см)			Р	Высота БС через 6 месяцев после ЭКМТ (см)			Р	
	1 минута	5 минута	Разница		1 минута	5 минута	Разница		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 группа (n=18)	15,0±0,04	14,3±0,09	0,7±0,05	>0,05	6,6±0,34	0,7±0,45	5,9±0,11	<0,05	<0,05
2 группа (n=13)	16,2±0,01	15,3±0,1	0,9±0,09		7,8±0,2	3,3±0,1	4,5±0,10		

Как можно убедиться по вышепредставленной таблице, до кардиомиотомии клиренс пищевода был неудовлетворительным, снижение высоты БС в виде ее разности между 1-минутным и 5 минутным измерением составило минимальное значение: на 0,7±0,05 см в первой группе и на 0,9±0,09 см во второй группе.

Существенное снижение высоты бариевого столба мы наблюдали после выполненной эзофагокардиомиотомии. Разница между 1-минутным и 5 минутным измерением через 6 месяцев после ЭКМТ составило 5,9±0,11 см в первой группе и 4,5±0,10 во второй группе (P<0,05).

Следует особо отметить существенный градиент снижения высоты по данным, выявленным до и после операции - как по значениям срочного одномоментного измерения (с 15,0±0,04см до 6,6±0,34 см для первой группы и с 16,2±0,01см до 7,8±0,2 см во второй группе), так и по данным срочного пятиминутного измерения (с 14,3±0,09 до 0,7±0,45 для первой группы и с 15,3±0,1 до 3,3±0,1см для второй группы).

Ценным для изучения пищевода клиренса было определение и другого показателя проходимости кардии - ширины БС.

Результаты измерения разницы ширины бариевого столба в пищеводе (см) до операции и через 6 месяцев

по данным рентген-снимков, сделанных через 1 минуту и через 5 минут после дачи бария показаны в таблице 2.

Таблица 2 - Средние величины по ширине бариевого столба в пищеводе (M±σ)

Группа	Момент измерения								Р до и после ЭКМТ
	Ширина до ЭКМТ (см)			Р	Ширина после ЭКМТ (см)			Р	
	1 минута	5 минута	Разница		1 минута	5 минута	Разница		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 группа (n=18)	5,5±0,03	5,3±0,01	0,3±0,02	>0,05	2,6±0,34	0,5±0,46	2,1±0,12	<0,05	<0,05
2 группа (n=13)	5,2±0,02	5,0±0,1	0,2±0,01		3,4±0,2	1,9±0,1	1,5±0,10		<0,05

Как видно по таблице 2, аналогично с данными по высоте, до операции ширина БС практически не менялась от 1-й до 5-й минуты с момента дачи бария. Разница в первой группе составила 0,3±0,02 см против 5,2±0,02 см (P>0,05).

После выполненной операции отмечена значительная положительная динамика: улучшение проходимости в виде сужения ширины выявлен в обеих группах, но статистически значимо лучший результат выявлен в первой группе, где разница составила 2,1±0,12 см против 1,5±0,10 см (P<0,05).

Как и при измерении высоты, так и при измерении ширины БС выявлен существенный градиент уменьшения ширины по данным, выявленным до и после операции - как по значениям срочного одноминутного измерения (с 5,5±0,03 см до 2,6±0,34 см для первой группы и с 5,2±0,02 см ширины до 3,4±0,2 см во второй группе), так и по данным срочного пятиминутного измерения (с 5,3±0,01 см ширины до 0,5±0,46 см для первой группы и с 5,0±0,1 см до 1,9±0,1 см для второй группы).

После операции при рентгеноскопии в отдаленном периоде (от 1 года до 5 лет): поступление контрастной массы в желудок через пищеводно-кардиальный переход было порционное. Расширения пищевода не выявляли, за исключением 5-ти пациентов III стадии заболевания с реахалазией кардии во второй группе через 5,

6, 11, 18, и 21 месяцев после операции. Данным пациентам выполнено однократная баллонная кардиодилатация с выраженным положительным эффектом – у всех проходимость полностью восстановлена.

Кардия в отдаленный послеоперационный период раскрывалась до 15—17 мм, полностью смыкаясь у всех обследованных. Газовый пузырь в желудке хорошо был выражен у всех пациентов. При обследовании больных в положении Тренделенбурга заброса контрастной массы в пищевод не отмечено.

Вывод: разработанный рентгенологический метод оценки пищеводного клиренса наиболее точно отражает степень нарушения пищеводной проходимости и эвакуаторной способности до и после эзофагокардиомиотомии, выполненной по поводу ахалазии пищевода.

Литература:

1. Ивашкин В.Т., Труханов А.С. Болезни пищевода.— М.: Триада-Х, 2000.— 179 с;
2. Функциональные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. И. Хавкин [и др.] // Леч. Врач. - 2005. - № 8. - 27 с;
3. Саблин О.А., Гриневич В.Б., Успенский Ю.П., Ратников В.А. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии. Учебно-методическое пособие. - СПб.: 2002.- 88 с.

**Development and application of X-ray methods of estimating esophageal clearance before after to ezofagokardiomiotozii Esophageal achalasia
O.B. Ospanov, G.A. Eleuov, K.K. Abdrakhmanova, I.S. Volchkova**

For the objective estimation of evacuation time. we proposed a method for studying esophageal clearance consists in the fact that an empty stomach in the morning the patient to drink 200 ml of barium sulfate in a ratio of 1:1 with water. At the reception given the contrast from 30 to 45 seconds. After the last sip of barium cock counted for 1 minute and made the first X-ray image, and then after 5 minutes of the second shot. It received one-minute and five-minute performance esophageal clearance. The developed X-ray method of assessing esophageal clearance most closely reflects the degree of impairment of esophageal patency and evacuation capacity, before and after ezofagokardiomiotozii performed on the achalasia of the esophagus.

**Өңеш ахалазиясы кезіндегі эзофагокардиомиотомияға дейінгі және кейінгі өңеш клиренсін бағалауда рентгенологиялық әдісті қолдану және өңдеу
О.Б. Оспанов, Г.А. Елеуов, К.К. Абдрахманова, И.С. Волчкова**

Эвакуация уақытын бағалау үшін бізге 200 мл Барий сульфатын сумен 1:1 қатынасында науқасқа ашқарынға ішуге негізделген өңеш клиренсін зерттеу әдісі ұсынылды. Контрасты қабылдауға 30 дан 45 сек дейін уақыт берілді, барий қоспасын соңғы рет жұтқаннан кейін 1 мин есептеп алғашқы рентген суретін жасады, ал 5 мин кейін 2 сурет жасалды, осылай 1 мин және 5 минуттағы өңеш клиренстерінің көріністерін алды. Бұл рентгенологиялық әдіс өңеш клиренсін бағалауды өңеш өткізгіштігінің дәрежесін және өңеш ахалазиясы негізінде жасалған эзофагокардиомиотомияға дейінгі және кейінгі өңештің эвакуаторлық қабілетін анықтауда нақты мәлімет береді.