

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© НИКОЛАЕВА С.С. – 2019
УДК: 616:57.083.32

DOI: 10.34673/ismu.2019.69.31.010

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ

Николаева С.С.

(Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия)

Резюме.

Цель работы: описание редкого орфанного заболевания – наследственного ангионевротического отека у беременной женщины, закончившейся успешным родоразрешением.

Материалы и методы. Проведён анализ современной литературы, посвящённой ангионевротическому отёку, и представление собственного клинического наблюдения беременности и родов у женщины, страдавшей наследственным ангионевротическим отеком.

Результаты. Ангионевротический отек – локальный отек дермы, подкожной клетчатки и слизистых, возникающий вследствие многих причин и реализующийся различными механизмами. При установлении комплемент-зависимого механизма развития отека используют термин «наследственный ангионевротический отек». Частота мутации гена составляет 1/100000. При беременности и родах возрастает вероятность развития фатальных осложнений: развития отека гортани, мозговых оболочек, органов брюшной полости с последующим летальным исходом, поэтому необходимо тщательное наблюдение и лечение наследственного ангионевротического отека у беременной женщины. В представленном клиническом наблюдении коллективу врачей, правильно подготовившему больную, удалось достигнуть успешного родоразрешения.

Заключение. Оптимально подобранная современная терапия позволяет улучшить качество жизни пациентов с ангионевротическим отёком, избегая угрожающих жизни отёков, в том числе дает возможность женщинам планировать и благополучно завершить беременность.

Ключевые слова: ангионевротический отек; патология системы комплемента; наследственный ангионевротический отек; беременность.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEREDITARY ANGIOEDEMA IN PREGNANCY AND CHILDBIRTH: A CLINICAL CASE

Nikolaeva S.S.

(Irkutsk state medical University, Irkutsk, Russia)

Summary.

Aim: description of a rare orphan disease – hereditary angioedema in a pregnant woman who ended in successful delivery.

Methods. The analysis of modern literature devoted to angioedema and the presentation of their own clinical observation of pregnancy and childbirth in a woman suffering from hereditary angioedema was carried out.

Results. Angioedema – a local swelling of the dermis, subcutaneous tissue and mucous membranes, resulting from many causes and realized by various mechanisms. When establishing the complement dependent mechanism of edema development, the term “hereditary angioedema” is used. The frequency of gene mutation is 1/100000. During pregnancy and childbirth, the likelihood of the development of fatal complications increases: the development of laryngeal edema, meninges, abdominal organs and subsequent death, so careful monitoring and treatment of hereditary angioedema in the pregnant woman is necessary. In the presented clinical observation, the team of doctors who prepared the patient correctly managed to achieve a successful delivery.

Conclusion. Optimally selected modern therapy can improve the quality of life for patients with angioedema, avoiding life-threatening edema, including enabling women to plan and safely complete the pregnancy.

Key words: angioedema; complement system pathology; hereditary angioedema; pregnancy.

Актуальной задачей врача – аллерголога-иммунолога является диагностика и лечение различных аллергических заболеваний, среди которых ангионевротический отек (АО) занимает особое место. Ангионевротический отек – локализованный транзиторный остро возникающий, склонный к рецидивированию отек кожи или слизистых оболочек. Ключевую роль в развитии АО играют вазоактивные вещества: гистамин, триптаза, простагландин, брадикинин, которые приводят к обратимому увеличению проницаемости эндотелия.

Болезнь характеризуется резким началом и быстрым развитием – обычно в течение нескольких минут. Наблюдается острый отек кожи, наиболее часто в области лица, гортани, а также на тыльной поверхности кистей рук и стоп. Боли человек, как правило, не испытывает [1,2,5].

АО может сочетаться с крапивницей – в таком случае на теле больного появляются волдыри, они силь-

но зудятся и могут сливаться, образуя один сплошной большой очаг.

В большинстве случаев развитие АО связано с высвобождением гистамина аллергического и неаллергического генеза, при непереносимости пищевых продуктов, лекарственных средств, инсектной и пылевой аллергии [2,5].

АО, обусловленные высвобождением брадикинина, имеют принципиально иные механизмы развития, особенности клинического течения и лечения. Патогенез этих отеков связан с отсутствием или снижением уровня либо функциональной активности С1-ингибитора как наследственного, так и приобретенного генеза (идиопатические и за счет наличия антител к С1-ингибитору), что приводит к накоплению брадикинина, и как следствие, – развитию отека. Редко встречается врожденный дефицит АПФ, что тоже приводит к накоплению брадикинина.

В пользу наследственного ангионевротического отека (НАО) свидетельствуют семейный анамнез отеков различной локализации, особенно случаи гибели родственников от отека гортани, связь отеков с механическим воздействием (ударом, уколом, травмой). Отек гортани может возникать при стоматологических манипуляциях. Часто наблюдается ухудшение течения заболевания во время беременности (особенно при приеме препаратов).

Лечение АО, связанных с дефектом в системе комплемента, зависит от фазы заболевания. Необходимо подобрать терапию для купирования острого отека, длительного контроля рецидивирующих отеков, а также премедикации при различных вмешательствах. Антигистаминные препараты и глюкокортикостероиды при НАО не эффективны [3,4,6].

Для купирования острого приступа НАО (при тяжелом и жизнеугрожающем отеке) необходимо подкожное введение икагитанта (фиразира) – 3 мл (30 мг). Также возможно в/в введение концентрата ингибитора С1-эстеразы человеческой (500-1500 ЕД), свежемороженой плазмы в объеме 250-300 мл. Применяются антифибринолитические препараты: транексамовая кислота до полного купирования обострения. В ремиссии заболевания для профилактики рецидивов назначаются даназол (200-600 мг), ингибитор С1-эстеразы человеческой (в России зарегистрирован ингибитор С1-эстеразы человеческой «Verinert») [4,6].

Цель настоящей публикации – описать особенности диагностики и лечения НАО у молодой женщины в условиях отсутствия необходимой базисной терапии, наступившей беременности с последующим успешным родоразрешением.

Материалы и методы: клиническое наблюдение.

Больная В., 28 лет впервые была доставлена в областную клиническую больницу в декабре 2015 года с жалобами на затрудненное дыхание, отечность лица и губ, появившиеся без видимой причины. Из анамнеза: с 13 лет отмечала появление рецидивирующих спонтанных отеков различной локализации кожи и слизистых оболочек, исчезающих самостоятельно через 12-16 часов. Иногда отеки провоцировались травмой, психоэмоциональной нагрузкой, стоматологическими манипуляциями (экстракция зуба), с 17 лет стала отмечать зависимость появления отеков с наступлением менструаций. Применение антигистаминных препаратов и глюкокортикостероидов без положительного эффекта, в том числе введение супрастина и преднизолона врачом СМП не купировало отек. Больная неоднократно обследовалась у аллерголога по месту жительства: данных, свидетельствующих о наличии аллергической патологии, получено не было. Подобные симптомы с развитием спонтанных отеков наблюдались у отца и родной сестры.

При осмотре кожные покровы бледно-розовые, отечность лица и губ, стридорозное дыхание. В легких ослабленное везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки, ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца ясные с ЧСС 100 в минуту, ритм правильный, АД 125 и 80 мм рт. ст. При проведении ларингоскопии – стекловидный отек гортани. Живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Пациентке была введена свежемороженая плазма 300 мл, констатируется улучшение состояния, купирование отека.

Данные дополнительных методов обследования: общие анализы крови и мочи без особенностей. ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС 100 в мин., нормальное

положение электрической оси сердца. При аллергологическом обследовании сенсибилизации к бытовым, эпидермальным, пищевым и пыльцевым аллергенам не выявлено. При исследовании системы комплемента в диагностическом центре: резко снижено содержание С4 компонента комплемента (1,7 мг/дл) и С1 ингибитора (0,05 МЕ/мл, норма 0,7-1,3).

Учитывая данные анамнеза заболевания, характер клинической картины АО, появление АО без крапивницы, течение заболевания с детского возраста, неэффективность антигистаминных и глюкокортикостероидных препаратов и выраженный положительный эффект при введении свежемороженой плазмы на фоне резкого снижения фракций комплемента, был поставлен следующий диагноз: наследственный ангионевротический отек I типа.

Больной было рекомендовано лечение даназолом в начальной дозе 600 мг/сутки, затем (по мере получения эффекта) дозу снизить до 200 мг/сутки, приобрести фиразир либо транексамовую кислоту для купирования отеков в экстренных ситуациях, введение свежемороженой плазмы при отеке гортани. Даназол больная не принимала, препаратов концентрата С1-ингибитора и фиразира в лечебном учреждении по месту жительства не было.

В 2018 году женщина забеременела, в I триместре беременности участились случаи отека гортани, брюшной полости, рук до 2-3 раз в месяц, которые купировались приемом транексамовой кислоты, в тяжелых случаях введением свежемороженой плазмы. При повторном обследовании в декабре 2018 года уровень эстеразного С1-ингибитора (С1INH) – 0,0817 МЕ/мл (норма 0,7-1,3). В январе 2019 года больная в сроке 39 недель беременности госпитализирована в областной перинатальный центр для подготовки к родам. Учитывая наличие головного предлежания, отсутствие других противопоказаний, было решено провести программированные роды через естественные родовые пути. С целью профилактики НАО за 2 дня до планируемых родов назначена транексамовая кислота по 1 г. 4 раза в день, в день родов введение свежемороженой плазмы 300 мл.

В результате родов родилась девочка 3650г/54см, послеродовый период протекал без осложнений, и через 5 дней мама с ребенком были выписаны домой.

Даны рекомендации: начать прием даназола 600 мг/сутки, при неотложных ситуациях, развитии отека гортани и брюшной полости – введение плазмы 250-300 мл или фиразира 30 мг, транексамовой кислоты, концентратов С1-ингибитора (беринерта).

Заключение. Таким образом, данный случай демонстрирует возможность успешного завершения беременности и родов у больных наследственным ангионевротическим отеком. Оптимально подобранная современная терапия позволяет улучшить качество жизни пациентов, избегая угрожающих жизни отеков, в том числе дает возможность женщинам планировать и благополучно завершить беременность.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователь несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Автор разработал концепцию и дизайн исследования, написал рукопись. Окончательная версия рукописи была им одобрена. Автор не получал гонорар за исследование.

Материал поступил в редакцию: 24.12.2018 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М.: ГЭОТАР-

Медиа, 2014. 656 с.

2. Аллергология: федеральные клинические рекоменда-

ции / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М., 2014. 123 с.

3. Колхир П.В. Крапивница и ангиоотек. М.: Практическая медицина, 2012. 363 с.

4. Латышева Т.В., Латышева Е.А. Наследственный ангионевротический отек. Клинические рекомендации для врачей // Российский аллергологический журнал. 2015. №4. С.27-34.

5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению больных с наследственным ангионевротическим отеком / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М., 2014. 25 с.

6. Nussberger J, Cugno M, Cicardi M. Bradykinin – Mediated Angioedema // N Engl J Med. 2002. Vol. 347. P.621-622.

REFERENCES

1. Allergy and immunology: the national guide / Ed. R.M. Haitova, N.I. Ilyina. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. 656 p. (in Russian)

2. Allergology: Federal clinical recommendations / Ed. R.M. Haitova, N.I. Ilyina. Moscow, 2014. 123 p. (in Russian)

3. Kalher P.V. Hives and angioedema. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2012. 363 p. (in Russian)

4. Latysheva T.V., Latysheva E.A. Hereditary angioedema. Clinical guidelines for physicians // Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal. 2015. №4. P.27-34. (in Russian)

5. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of patients with hereditary angioedema / Ed. R.M. Haitova, N.I. Ilyina. Moscow, 2014. 25 p. (in Russian)

6. Nussberger J, Cugno M, Cicardi M. Bradykinin – Mediated Angioedema // N Engl J Med. 2002. Vol. 347. P.621-622.

Информация об авторах

Николаева Светлана Степановна – ассистент кафедры госпитальной терапии, к.м.н., 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; e-mail: s.s.nikolaeva@mail.ru, SPIN-код РИНЦ: 7254-6212; ORCID: 0000-0003-0892-7401.

Information About the Authors

Svetlana Nikolaeva – assistant of the Department of hospital therapy, PhD (Medicine), 664003, Irkutsk, Krasnaya Vosstaniya str., 1; e-mail: s.s.nikolaeva@mail.ru, SPIN-code of RSCI: 7254-6212; ORCID: 0000-0003-0892-7401.

© СКВОРЦОВ М.Б., СВИРИДЮК Н.В., КОЖЕВНИКОВА О.М., ЛАПШИН К.Е., ИППОЛИТОВА Н.С. – 2019

УДК: 616.329-009-08

DOI: 10.34673/ismu.2019.61.38.011

КАРДИОСПАЗМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУТЕМ ЭЗОФАГЭКТОМИИ ШЕЙНО-АБДОМИНАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ЦЕЛЫМ ЖЕЛУДКОМ С АНАСТОМОЗОМ НА ШЕЕ

Скворцов М.Б.¹, Свиридюк Н.В.², Кожевникова О.М.², Лапшин К.Е.², Ипполитова Н.С.²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия; ²Иркутская государственная областная клиническая больница, Иркутск, Россия)

Резюме.

Цель работы: представить клиническое наблюдение успешного хирургического лечения кардиоспазма (ахалазии кардии).

Материалы и методы. Проведён обзор методов, которые использовались разными авторами для хирургического лечения ахалазии кардии. Проведён анализ собственных результатов оперативного лечения. Представлено собственное клиническое наблюдение хирургического лечения ахалазии кардии – резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной эзофагогастропластикой с анастомозом на шее. Описаны отдалённые результаты наблюдения за данной пациенткой.

Результаты. К настоящему времени описаны более 60 способов оперативного лечения кардиоспазма. Нами в 1973-2017 годы проведено лечение 445 больных кардиоспазмом. Лечение начинали с кардиодилатации (100% пациентов), при её неэффективности использовали хирургическую операцию (44 пациента – 9,8%). У 7,8% применяли методы операций путем локального воздействия на кардию, преимущественно это была кардиомиотомия по Heller (1913) в модификациях А.А. Шалимова и А.Н. Беркутова с добавлением антирефлюксной части – эзофагофундопликации в разных вариантах по обстоятельствам. У 2% была выполнена резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение, с анастомозом на шее (1,8%) либо пластика была отсрочена, и позже выполнена успешно толстокишечная пластика пищевода (0,2%). Представлено успешное наблюдение пациентки, которой была выполнена успешная резецирующая операция, позволившая больной вернуться к нормальной жизни, набрать 14 кг массы тела (при исходном дефиците массы). Представлен катмнез за период с 1984 по 2018 год.

Заключение. Резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной пластикой целым желудком с анастомозом на шее патогенетически обоснована и приемлема как метод лечения «кардиоспазма» и выполняема при наличии соответствующих показаний.

Ключевые слова: ахалазия кардии; кардиоспазм; хирургическое лечение; резекция пищевода; отдалённые результаты.

CARDIOSPASM: THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT BY ESOPHAGECTOMY OF THE CERVICO-ABDOMINAL ACCESS WITH SIMULTANEOUS PLASTIC SURGERY WITH A WHOLE STOMACH WITH AN ANASTOMOSIS ON THE NECK

Skvortsov M.B.¹, Sviridyuk N.V.², Kozhevnikova O.M.², Lapshin K.E.², Ippolitova N.S.²

(¹Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia; ²Irkutsk State Regional Clinical Hospital, Irkutsk, Russia)

Summary.

Aim: to present a clinical observation of the successful surgical treatment of cardiospasm (achalasia of the cardia).

Materials and methods. A review of the methods used by different authors for the surgical treatment of cardia achalasia was carried out. The analysis of its own results of surgical treatment. An own clinical observation of the surgical

treatment of cardiac achalasia is presented – resection of the esophagus by abdomino-cervical access with simultaneous esophagogastroplasty with an anastomosis on the neck. The long-term results of observation of this patient are described.

Results. To date, more than 60 methods of surgical treatment of cardiospasm have been described. In the years 1973–2017, we treated 445 patients with cardiospasm. Treatment was started with cardiodilation (100% of patients), with its ineffectiveness, surgical operation was used (44 patients – 9,8%). In 7,8%, methods of operations were used by local influence on cardia, mainly it was Heller's cardiomyotomy (1913) in the modifications of A.A. Shalimov and A.N. Berkutov with the addition of antireflux parts – esophagofundoplication in different variants according to circumstances. A 2% resection of the esophagus with abdomino-cervical access with simultaneous plastic surgery with a whole stomach through the posterior mediastinum, anastomosis of the neck (1,8%) or plastic surgery was delayed and later the large intestine plastic surgery of the esophagus (0,2%) was successfully performed. Presented successful observation of the patient, which was performed successful resecting surgery, which allowed the patient to return to normal life, to gain 14 kg of body weight (with the initial mass deficit). Presented by the follow-up period from 1984 to 2018.

Conclusion. The resection of the esophagus with abdomino-cervical access with simultaneous posterior medioplasty with a whole stomach with anastomosis in the neck is pathogenetically substantiated and acceptable as a method of treating "cardiospasm" and can be performed if indicated.

Key words: achalasia of the cardia; cardiospasm; surgery; resection of the esophagus; long-term results.

Кардиоспазм («ахалазия кардии»), «идиопатическое или кардиотоническое расширение пищевода», «мегаэзофаг», «френоспазм», «хиатоспазм» и т.д. – это заболевание, имеющее ряд названных и др. неназванных синонимов. Его основными клиническими проявлениями являются дисфагия, регургитация съеденной пищей и жидкостью, которые обусловлены затрудненным прохождением пищи, жидкости в желудок и приводят к расширению пищевода выше кардии. Эти заболевания, как правило, объединяют в одну группу под общим названием «нервно-мышечные заболевания пищевода» [2,14,30,31,35,36]. Вопросы этиологии и патогенеза этого заболевания неоднократно длительное время обсуждаются разными авторами из многих стран. Обсуждаются разные виды неврогенного происхождения ахалазии кардии (кардиоспазма), начиная от психогенного воздействия на пищевод, продолжая различными нарушениями рефлекса раскрытия кардии, влиянием различных рубцово-воспалительных изменений в стенке терминального отдела пищевода, первичными склеротическими изменениями дистального отдела пищевода, глубокими дистрофическими изменениями как в парасимпатической, так и в симпатической нервной системе [7,8,9]. Известно, что Miculich (1903) считал, что в основе этого заболевания лежит активный «спазм кардии», обусловленный выпадением влияния блуждающих нервов. Им и было предложено название «**кардиоспазм**», получившее широкое распространение в немецкой и отечественной литературе (В.Х. Василенко и соавт., 1976; В.В. Уткин, 1966; Б.В. Петровский, 1962; О.Д. Федорова, 1973 и др.). В 1888 г. мнение о потере способности кардии к расслаблению при акте глотания вновь высказали Meltzer, Einhorn. В 1914 г. Perry для этого состояния предложил термин «**ахалазия**». Впоследствии Hurst (1943) ввел его в медицинскую литературу (В.Х. Василенко и соавт., 1976). А.А. Шалимов и соавт. (1975), описывая основные черты заболевания, называют его «ахалазия кардии, для которой характерны отсутствие перистальтики всего пищевода и неспособность кардии расслабляться в ответ на глотание» [35]. Следовательно, кардиоспазмом или его синонимами называют болезнь, при которой в той или иной степени нарушено прохождение пищи из пищевода в желудок.

Диагностика кардиоспазма. Характерная клиническая картина – дисфагия и регургитация – основные симптомы, длительное время беспокоящие больных, – вынуждают врача заподозрить кардиоспазм и подтвердить или отвергнуть его [24,25,27,28,30,31]. Наиболее подходящим методом объективного исследования является **рентгенологический** с приемом контрастного вещества через рот. Резкое расширение пищевода над кардией «вследствие конического её сужения», а при особенно значительном расширении пищевода и удлинении его с С-образным искривлением пищевода над кардией, затрудненное прохождение контрастной массы в желудок, длительная задержка контраста над кардией, отсутствие газового пузыря желудка и другие известные

признаки позволяют определенно высказаться в пользу кардиоспазма [4,7,8,24,25,35,36]. **Эзофагогастроскопия** (ФЭГС) позволяет исключить другие заболевания, при необходимости – взять биопсию. Большинство авторов отмечают *отсутствие* повышенного сопротивления кардии и почти всегда удается увидеть, что *она временно раскрывается*, и это дает возможность ввести гастроскоп в желудок [7,8,22,24,25,35,36]. И так, объективные методы диагностики подтверждают затрудненное прохождение пищи, контрастного вещества из пищевода в желудок, выраженное в той или иной степени.

При лечении кардиоспазма наибольшую популярность имеют методики бескровного инструментального расширения кардии. Это кардиодилатация. В настоящее время еще используются ригидные кардиодилаторы с металлической рабочей частью аппарата – жесткий кардиодилатор Штарка и гибкий его аналог – дилатор Хеннинга также с металлической рабочей частью инструмента [1,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,17,24,36]. Многие авторы применяют дилаторы с пневматическим или гидростатическим расширителем, т.е. баллонные дилаторы типа Plummer и его аналогов, считая, что эти инструменты менее травматичны и менее опасны для больных [15,23,24,25,26,29,32,33,34,35,36,37].

Кардиодилатация общепризнана при лечении кардиоспазма в начальных – I, II и III стадиях заболевания. Отдаленные результаты по данным большинства авторов хорошие, но отмечены и рецидивы, они описаны через несколько лет у 30–80% больных и требуют повторения лечения [7,31,35].

При неэффективности кардиодилатации, при частых рецидивах заболевания, при осложнениях дилатации, при нежелании больных «переносить» этот способ лечения, или при технической невозможности выполнения кардиодилатации больным назначают оперативное лечение. С этим согласны большинство авторов.

Оперативное лечение кардиоспазма. К настоящему времени описаны более 60 способов оперативного лечения кардиоспазма [31]. Это операции Микулича (пальцевое расширение кардии через вскрытый желудок), операция Гейровского (эзофагофундотомия), операции Марведеля-Венделя (Marvedel G., 1903; Wendel W., 1910) – продольный разрез передней стенки кардии на всю её толщину с последующим ушиванием раны в поперечном направлении, продольная эзофагокардиомиотомия по передней и задней стенкам без повреждения слизистого слоя (J. Gottstein, 1901), эзофагокардиомиотомия без вскрытия слизистой по передней стенке пищевода (F. Heller, 1913); резекция нижней трети пищевода и проксимальная резекция 3/4 желудка по J. Wangensteen (1951) и др. (В.Х. Василенко и соавт., 1976). Наибольшее распространение к настоящему времени получила операция Геллера (F. Heller, 1913) заключающаяся в передней внеслизистой кардиомиотомии в разных модификациях – А.А. Шалимова (шов в поперечном направлении без дополнительного укрепления стенки в зоне дилатированной кардии), либо – с

укрытием образовавшегося мышечного дефекта пищевода, приводящего к расширению просвета кардии и улучшающего её проходимость, лоскутом диафрагмы на ножке (Б.В. Петровский), стенкой дна желудка (Т.А. Суворова, 1957, А.Н. Беркутов, 1961), лоскутом большого сальника (В.И. Колесов, 1961) и др. в сочетании с антирефлюксной операцией по Ниссену, А.Ф. Черноусову и т.п. [1,2,4,5,7,8,16,18,27,36,38]. Следовательно, почти все методы лечения направлены на улучшение попадания пищи из пищевода в желудок и наиболее частыми из них являются способы, расширяющие кардию.

А.А. Шалимов и соавт. указывают, что «в крайне тяжелых случаях, в запущенных стадиях ахалазии кардии, осложненной язвенно-геморрагическим эзофагитом, некоторые хирурги начали применять удаление почти всего пищевода с последующей эзофагопластикой» тонкой или толстой кишкой. Бразильский хирург Samara Lopes (1955) «получил хорошие результаты у 100 больных, которым он выполнил субтотальную эзофагэктомию с загрудинной пластикой пищевода желудком» с наложением эзофагогастроанастомоза на шее» [36]. «В.В. Уткин (1963) выполнил в первый этап мобилизацию, предгрудинное проведение толстокишечного трансплантата из правой половины толстой кишки с терминальным отделом подвздошной кишки и соединении трансплантата с желудком. На 5-е сутки был наложен шейный анастомоз и отключен пищевод. Через 4 месяца был удален грудной отдел пищевода» [36]. Ныне уже немало сторонников резецирующей пищевода операции абдоминоцервикальным (трансхиатальным) доступом без торакотомии с одномоментной пластикой целым желудком. Об этом сообщают А.Ф. Черноусов и соавт., А.А. Шалимов и соавт., М.Б. Скворцов и соавт., В.М. Субботин и соавт. [2,19,20,23,28,29,30,31,35,38] – функция трансплантированного желудка безукоризненна [21].

Нами в 1973-2017 годы проведено лечение 445 больных кардиоспазмом. Лечение начинали с кардиодилатации. Её выполняли у всех (445 человек). Оперированы 44 чел. Применяли методы операций путем локального воздействия на кардию, преимущественно это была кардиомиотомия по Heller (1913) в модификациях А.А. Шалимова и А.Н. Беркутова с добавлением антирефлюксной части – эзофагофундопликации в разных вариантах по обстоятельствам. У 9 больных была выполнена резецирующая операция. Это резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение, с анастомозом на шее (8 больных) либо пластика была отсрочена и позже выполнена успешно толстокишечная пластика пищевода (1 больная).

Приводим одно из наших клинических наблюдений.

Пациентка С.Л.В., 57 лет, поступила в отделение грудной хирургии ИОКБ 27.01.2004 года. При поступлении предъявляла жалобы на затруднения при глотании любой пищи, похудание (рост – 161 см, масса тела – 42 кг, ИМТ 16,2 кг/м²), неприятный запах изо рта. Больной себя считает с 1984 г. (20 лет), когда появились вышеуказанные жалобы. Ранее (в 1984 г.) нами ей был установлен диагноз «Кардиоспазм III ст». Проводилось лечение кардиодилатацией. Дилататором Штарка выполнено 5 сеансов дилатации. Дисфагия рецидивировала и в 1986 г. ей повторно был проведен курс лечения кардиодилатацией – вновь 4 сеанса дилататором Штарка. Опять выписана с улучшением. Вскоре дисфагия рецидивировала, но пациентка могла жить и, хотя испытывала затруднения при глотании, но жила, работала и повторно обратилась лишь в 1999 году. Тогда диагноз ей был подтвержден и предложено оперативное лечение.

Пациентка от него воздержалась и явилась на оперативное лечение только в 2004 году, т.е. еще через 5 лет. Таким образом, с помощью 2 курсов кардиодилатации пациентка при кардиоспазме III-IV стадии прожила 20 лет. При поступлении общее состояние было относительно удовлетворительное. При рентгенологическом исследовании пищевода и желудка от 27.01.2004 года выявлено: пищевод расширен на всем протяжении грудного отдела, в дистальном отделе он С-образно изогнут, кардия сужена, контраст поступает в желудок небольшими порциями. Эвакуация из желудка не нарушена. Выявленная картина расценена как кардиоспазм IV ст. (рис. 1). Общие анализы крови и мочи, биохимические

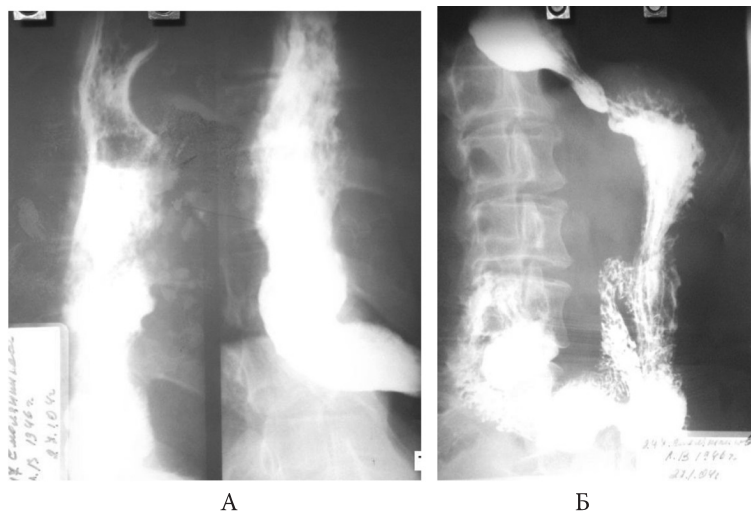


Рис. 1. Рентгенограммы пищевода и желудка б-ой С.Л.В., 59 лет от 27.01.2004 года – до операции. Пищевод в грудном отделе расширен (А), в дистальном отделе он С-образно искривлен, опорожнение из пищевода в желудок замедлено, кардия сужена (Б). Контрастная масса с трудом проходит в желудок и без задержек поступает в двенадцатиперстную кишку и далее в тонкую кишку; одновременно она стоит над кардией и в пищеводе (А).

анализы крови и коагулограмма, электролиты крови и др. анализы – без отклонений от нормы. Осмотрена кардиологом: сокращения сердца правильного ритма, тоны сердца ясные, ЧСС 78/мин., систолический шум над аортой, в проекции трикуспидального клапана. Отеков нет. АД – 150/90 мм.рт. ст. Выполнена ЭКГ 30.01.2004 года, заключение: синусовый ритм, 75/мин, вертикальное положение эл. оси сердца, изменения миокарда в задней стенке. ЭхоКГ: зон гипо- и акинеза нет. Диагноз: «Артериальная гипертензия I степени, I стадия. Риск II, ХСН 0 ст.». Консультирована неврологом, заключение: «Дисциркуляторная энцефалопатия I ст. Астеноневротический синдром». Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено.

После непродолжительной подготовки больная назначена на операцию. Протокол операции: 05.02.2004 г. Операция (М.Б. Скворцов) – резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной эзофагогастропластикой с анастомозом на шее. Эндотрахеальный наркоз закисью азота на фоне тотальной миорелаксации листеноном и искусственной аппаратной вентиляции лёгких. Верхняя и средняя срединная лапаротомия. Умеренный спаечный процесс в верхней половине живота. Сращения двенадцатиперстной кишки с желчным пузырем, печенью и др. рассеяны, подвижность её существенно увеличилась. Рассечены другие сращения. Мобилизована левая доля печени. Сагиттальная диафрагмотомия. Выделен и мобилизован абдоминальный, затем нижне- и среднегрудной отделы пищевода. Желудок мобилизован полностью с сохранением правых желудочных сосудов (a. gastrica dextra, gastroepiploica dextra), при этом был сохранен анастомоз между восходящей ветвью правой желудочной и нисхо-

двух ветвей левой желудочной артерии, сохранена развилка левой желудочной артерии и её восходящая ветвь, а сама левая желудочная артерия пересечена проксимальнее места ветвления. *a.gastroepiploica dextra* мобилизована от основания – у места ее отхождения под нижним краем *pancreas*, после чего стала видна отходящая от нее к поперечной кишке сосудистая пара (артерия и вена), венозная часть которой часто рвется при проведении трансплантата на шею от его натяжения. Эта сосудистая пара пересечена недалеко от места отхождения, после чего существенно уменьшилось натяжение артерии при проведении трансплантата на шею. Левосторонняя цервикотомия. Выделен, взят на держалку шейный отдел пищевода, далее мобилизован этот и верхнегрудной отдел, а затем с двух сторон (сверху и снизу) пищевод мобилизован полностью. Отмечено, что стенка всех отделов пищевода утолщена до 1 см, уплотнена, просвет органа заполнен густой несколькими днями давности разлагающейся пищей и пищевод представляет из себя довольно плотное объемное образование в средостении, чем может оказывать механическое давление на окружающие органы и ткани. Пищевод пересечен на шее выше вырезки грудины, низведен в живот, отсечен у места впадения в желудок по суженной части органа (рис. 2). Просвет желудка послойно ушит аппаратным и рядом узловых серо-мышечных швов. Желудок за верхушку дна проведен через заднее средостение на шею, фиксирован там к предпозвоночной фасции, наложен пищеводно-желудочный анастомоз: двурядным непрерывным швом на слизистые слои (нить 4/0 типа викрила) и узловыми серозно-мышечными швами. Сформирован антирефлюксный клапан, после этого стенка желудка ниже анастомоза узловыми швами вкруговую фиксирована к тканям шеи для герметизации средостения. Через нос, глотку, пищевод и анастомоз в трансплантат введен зонд почти до привратника и в таком положении фиксирован снаружи. Ушита рассеченная диафрагма. Медиастинальные листки плевры не повреждены. Проверен гемостаз – на-



Рис. 2. С-а Л.В., 59 л. Фрагмент операции 05.02.2004 года. Желудок мобилизован с сохранением кровоснабжения за счет правых желудочных сосудов. Пищевод мобилизован в средостении, пересечен на шее и вместе с желудком выведен в рану. Видно значительное расширение пищевода, заполненного ранее принятой пищей.

дежен. Ревизия ран. Рана передней брюшной стенки послойно ушита наглухо с оставлением дренажей под диафрагмой у пищеводного отверстия диафрагмы и в левом боковом канале, оба выведены в левом подреберье. Рана шеи осушена и послойно ушита с оставлением резинового выпускника у анастомоза с выведением его в нижнем углу раны. Асептические наклейки. Согласно записи анестезиолога продолжительность наркоза была 2 ч 55

минут, продолжительность операции 2 ч 40 мин.

ПРЕПАРАТ: Резецирован пищевод длиной 21 см, растянутый содержимым до 5-6 см в диаметре. Расстояние между точками пересечения 21 см. (рис. 3, 4). Снаружи выражен мышечный слой – он истончен, едва прослежи-

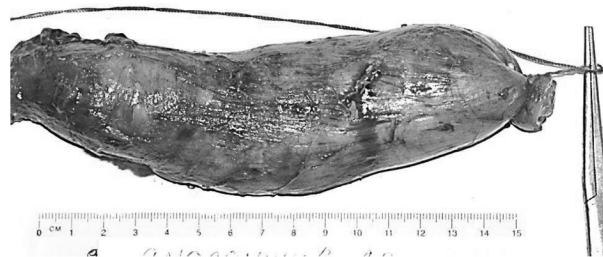


Рис. 3. Препарат удаленного пищевода, длина 15-17 см. Он заполнен остатками пищи, раздут ею. На поверхности – едва выраженный рисунок продольной мускулатуры органа.

вается продольное, циркулярное и спиралевидное направление волокон. Мышцы истончены, атрофичны. Стенка пищевода плотная, на разрезе (рис. 5) – рубцово изменена, толщина ее во всех отделах 8-12 мм. Слизистая грубая, белая, уплотнена, с островковой мацерацией по всей поверхности, складки грубые, продольные, слабо выражены только в дистальном отделе. Экстрамукозные слои органа толстые, плотные, на глаз рубцово пере-

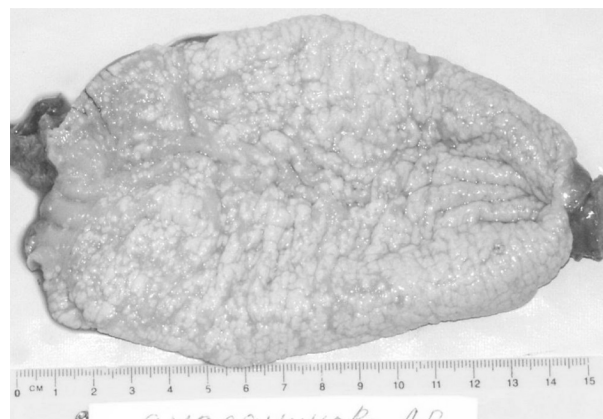


Рис. 4. С-а Л.В., 59л. Операция 05.02.2004 года «резекция пищевода». Препарат удаленного пищевода. Просвет органа вскрыт. Видна слизистая пищевода. Поверхность изменена по типу мацерации. В дистальном отделе прослеживается продольная складчатость слизистой.

рождены. Зона кардии визуальна без особенностей.

Протокол патологоанатомического исследования от 09.02.2004 года: Макроописание: Пищевод 13 см длиной, периметр в проксимальной и средней части 6 см, в дистальной 4 см. Толщина стенки пищевода на всем протяжении 1 см. Слизистая бугристая, серая.

Комментарий: Периметр (П) – это длина окружности. В дистальной части пищевода по замеру патологоанатома со стороны слизистой она равна 4 см., т.е. $P = 4$ см. Исходя из известной формулы (о длине окружности): $P = 2 \times 3,14 \times R$. Следовательно, $R = 4 \text{ см} : (2 \times 3,14) = 4 : 6,28 = 0,64$ см. При радиусе (R) = 0,64 см диаметр окружности пищевода со стороны слизистой в данном месте, а это – «дистальная часть пищевода = кардия» - составил: $R \times 2 = 0,64 \text{ см} \times 2 = 1,28$ см. Если диаметр просвета пищевода в его дистальной части (кардия) со стороны слизистой (т.е. со стороны просвета) составляет 1,28 см, то можно понять, насколько этот участок пищевода (кардия) «непроходим», т.е. органической непроходимости нет. Остается только удивляться, почему это никого до сих пор не озаботило.

Микроописание препарата: Дистальный край –



Рис. 5. С-а Л.В., 59 л. Операция – 05.02.2004 года.

Препарат удаленного пищевода. Просвет органа вскрыт продольным разрезом. Края разреза вывернуты. Четко прослеживается толщина стенки органа равная 1-1,5 см за счет экстрамукозной ткани визуально – типа рубцовой и совершенно непохожей на мышечную ткань пищевода, которая по структуре морфологии должна быть здесь.

акантоз многослойного плоского эпителия, диффузно очаговая инфильтрация преимущественно лимфоцитами в слизистой и подслизистой с формированием лимфатических фолликулов без центров размножения, по поверхности многослойного плоского эпителия густая инфильтрация нейтрофилами, явления склероза в подслизистой, сетчатый склероз мышечного слоя. Гипертрофия нервных волокон с отсутствием ганглиозных клеток. В средней трети и в проксимальной части изменения аналогичны. **Заключение:** картина хронического активного продуктивного эзофагита с лимфоидной гиперплазией, аганглиозом (рис. 3-5).

После операции пациентка помещена в палату интенсивной терапии. Вскоре восстановилось самостоятельное дыхание. Через несколько часов после операции выполнена рентгенография грудной клетки: «Лёгочные поля прозрачные, в объеме не изменены. Лёгочный рисунок умеренно усилен. Корни лёгких обычно расположены, не расширены, структурные. Диафрагма расположена обычно. Под правым куполом диафрагмы небольшое количество газа в брюшной полости, форма и размеры сердечно-сосудистой тени не изменены. На правый контур сердечной тени выходит контур внутригрудного нерастянутого желудка». Постоянно проводилось на-

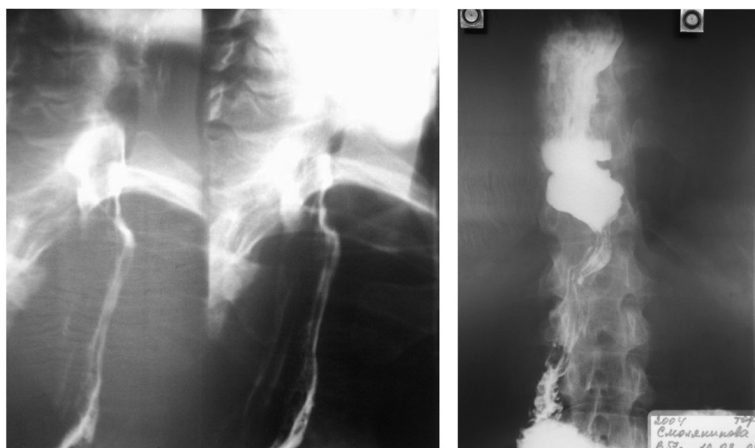


Рис. 6. С-а Л.В., 59 лет. Рентгенограммы «грудного» желудка от 10.03.2004 года – через 1 мес. после операции. Оперирована 05.02.2004 года – Субтотальная резекция пищевода из АЦД с одномоментной пластикой пищевода целым желудком, проведенным через заднее средостение, с анастомозом на шее. А – пищеводно-желудочный анастомоз на шее и контуры проксимального отдела «грудного» желудка. Б – нижняя половина трансплантата, перистальтирующий привратник и двенадцатиперстная кишка. Контраст свободно попадает в «грудной» желудок и без задержки проходит в двенадцатиперстную перстную кишку.

блюдение реаниматологов и соответствующее лечение. Постоянный рентгеновский контроль за органами груди, эндоскопический контроль и санация бронхиального дерева, контроль за органами сердечно-сосудистой системы и коррекция возникающих нарушений.

В первые 3 дня неоднократно была интубирована – переинтубирована в связи с отеком трахеи, проводился постоянный эндоскопический контроль и санация трахеобронхиального дерева (ФБС). Через сутки начато дозированное введение растворов электролитов в желудок через зонд. Послеоперационный период протекал тяжело вследствие исходного истощения. В первые дни развился отек голосовых складок и подскладочного пространства – излечены временной трахеостомией. На 9-е сутки выявлена частичная несостоятельность анастомоза на шее, которая самостоятельно купировалась в течение нескольких дней. Восстановление наступало медленно и лишь на 4-й неделе – к 10.03.2004 года пациентка восстановилась полностью. Трахеостома закрыта путём удаления трахеотрубки. Анастомоз при рентгенологическом контроле свободно проходим, герметичен, функция трансплантированного желудка удовлетворительная. Глотание самостоятельное, пациентка питается естественным путем, рентгенологически – без проблем (рис. 6). Выписана без осложнений 12.03.2004 года под наблюдение и лечение врачей по месту жительства.

Итак, пациентке С.Л.В. 59 лет выполнена операция, отличная от всех вышеизложенных методов лечения – удален большой орган, при этом болезнь оказалась не только на уровне кардии – болен весь удаленный пищевод – изменена болезнью структура органа при сохраненной кардии – визуально и гистологически не выражена мускулатура стенки пищевода – она (стенка) рубцово изменена и патологически утолщена рубцово измененными тканями, из-за чего отсутствовала его (пищевода) пропульсивная функция. Выполненная операция – из категории особо трудных, травматичных, имеет репутацию рискованной, а функция удаленного органа была передана перемещенному на шею желудку. За прошедшие 14 лет неоднократно было отмечено, что жизнеобеспечение с «новым» пищеводом не страдает – оно сохранено.

Пациентка С.Л.В. являлась для осмотра и консультации с интервалами в 1-2 года – было отмечено вполне удовлетворительное состояние. Крайнее обследование пациентки С.Л.В., 71 года проведено в июле 2018 г. Она явилась 03.07.2018 г. по направлению районного врача на консультацию к кардиологу. Предъявляла жалобы: на учащенное сердцебиение в вечернее время, оно проходит после приема снотворного. При ходьбе особых жалоб нет, при движении в гору или при ходьбе по лестнице, начиная с 3 этажа – тяжело дышать, иногда давящая боль в за грудиной области, проходит постепенно в покое. Повышение АД до 170 мм рт.ст. – иногда в ночное время, обычно по самоконтролю около 110-120/70 мм рт.ст. при ЧСС 62-67 уд. в мин. Головокружения – ортостатические, при поворотах; обмороки отрицает, отеки отрицает. Направлена на консультацию кардиолога с места жительства для коррекции лечения. Резекция пищевода проведена в 2004 году (кардиоспазм), после чего ощущает учащенное сердцебиение. Повышение АД, боли в груди появлялись постепенно с 2004 года. По архивной ЭхоКГ по месту жительства от июня 2016 года – изменения аортального клапана. Принимает: лозартан 50 мг, вечером, аторвастатин 20 мг вечером, кардиомагнил, бисопролол 2,5 мг, индапамид 2,5 мг. Признаки сахарного диабета, бронхиальной астмы – отрицает; инфаркта миокарда, ОНМК не было. Аллергию – отрицает. Не курит. Наследственность по сердечно-сосудистой патологии – отягощена.

Объективный статус:

Состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение: активное. Нормостеник. Кожные покровы обычные. Влажность – нормальная.

Тургор кожи хороший, высыпаний нет. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Рост 156 см. Масса тела 56 кг, **после операции прибавила в массе 14 кг** (рис. 8). Объем талии 80 см. Sp O₂ =97%. Костно-суставная система: суставы внешне не изменены, безболезненные. Сердечно-сосудистая система: область сердца внешне не изменена, грудная клетка при пальпации безболезненная, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 63 уд. в минуту. АД на левой руке 120/80 мм рт.ст. 1 тон усилен, 2 тон усилен. Щелчок открытия митрального клапана: отсутствует. Шумы сердца: отсутствуют. Шум трения перикарда: нет.

Дыхательная система: ЧДД = 14 в минуту, перкуторный звук: ясный, легочный, дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. Система органов пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом, живот увеличен в размерах за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии, дефектов апоневроза по линии шва нет, печень не выходит из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания (Кера-Ортнера): отрицательный. Отеки: отсутствуют. Варикозная болезнь нижних конечностей: нет.

Результаты обследования. В общем анализе крови: Эр. $4,65 \times 10^{12}/л$, Нб 146 г/л, Л $6,63 \times 10^9/л$, СОЭ – 8 мм/ч. Сахар – 5,5 ммоль/л, холестерин – 3,71 ммоль/л, АЛТ 28,5, АСТ 23,24 ед., креатинин 62,8 мкмоль/л, общий белок 72,7 г/л, СКФ-MDRD 86 мл/мин/1,73м². В общем анализе мочи удельный вес – 1012 г/л, белок – отрицательный.

ЭхоКГ в перикарде жидкости нет, дегенеративные изменения аорты, аортального клапана, митрального клапана – без нарушения их функции. ЭКГ – синусовый ритм, 50/мин, вертикальное положение электрической оси сердца. Диффузные изменения миокарда. Велоэргометрия – тест на ишемию положительный, тип реакции сердечно-сосудистой системы нормотонический, толерантность к физической нагрузке – низкая, функциональный класс по Аронову 3.

Рентгеноскопия пищевода, желудка, ДПК от 04.07.2018 г. – Состояние после резекции пищевода с гастропластикой. Пищеводно-желудочный анастомоз до 1,5 см в диаметре, свободно проходим. Контрастирован «грудной» желудок – не расширен, его дистальный отдел – на уровне куполов диафрагмы, опорожнение в двенадцатиперстную кишку – без задержки (рис. 7).

12.07.2018 г. ФЭГДС. Местная анестезия спреем лидокаина. Аппарат проведен через глотку в пищевод и далее через пищеводно-желудочный анастомоз в грудной желудок и в двенадцатиперстную кишку. Пищеводно-желудочный анастомоз расположен на расстоянии 20 см от резцов, свободно проходим. Линия пищеводно-желудочного перехода – тонкая, ровная, без эрозий, гиперемии. Диаметр анастомоза 1,5 см. Стенка желудка розовая, бархатистая, складки до 1 см. Перистальтика сохранена – медленными поверхностными волнами. Содержимого в желудке практически нет. Привратник – на расстоянии 40 см, перистальтирует, смыкается и

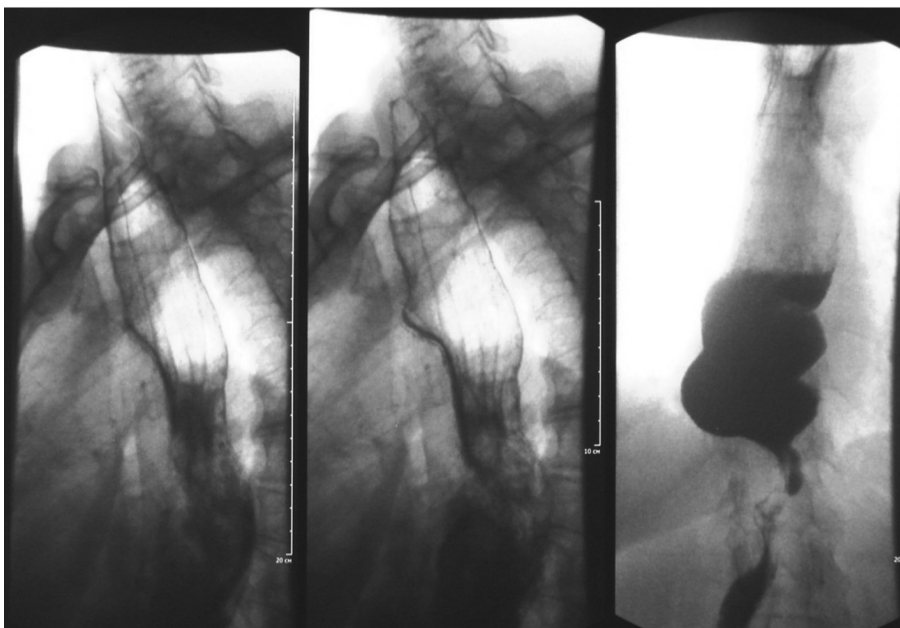


Рис. 7. С-а Л.В., 72 г. Рентгенограммы искусственного пищевода из целого желудка, проведенного через заднее средостение с ПЖА на шее от **04.07.2018 г.**, – через 14 лет после операции. Оперирована 05.02.2004 г. Пищеводно-желудочный анастомоз на шее 1,5 см в диаметре, свободно проходим. Контрастирован «грудной» желудок, его дистальный отдел – на уровне куполов диафрагмы, опорожнение проходит в ДПК без задержки.

раскрывается до 1-1,5 см. Дуодено-гастральный рефлюкс не выражен. Слизистая двенадцатиперстной кишки розовая, складки циркулярные, перистальтика – медленными поверхностными волнами, антиперистальтики нет. В просвете минимум желчи, поверхность



Рис. 8. С-а Л.В., 72 г. Фото от 12.07.2018 года. Общее состояние пациентки вполне удовлетворительное.

ровная. При извлечении аппарата картина в кишке, желудке и пищеводе – та же. **Заключение эндоскописта:** Резецированный пищевод. Пластика целым желудком с анастомозом на шее. Состояние анастомоза, грудного желудка, привратника и двенадцатиперстной кишки удовлетворительное. **Рекомендовано:** наблюдение и лечение у хирурга и гастроэнтеролога по месту житель-

ства. Прием ферментов целесообразен (дозировка – по состоянию больной). Лечение у кардиолога продолжить. Ежегодный осмотр у торакального хирурга.

Диагноз: «ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК. Гипертоническая болезнь 3 стадия риск 4 (возраст, наследственность, атеросклероз). ХСН I ФК 1».

Рекомендации: Контроль артериального давления и пульса с ведением дневника. Ограничение физических и психоэмоциональных нагрузок. Снижение потребления жидкости до 1,5 л, соли до 5 г в сутки, жиров животного происхождения. **Медикаментозное лечение:** бисопролол 5 мг утром под контролем АД, целевое ЧСС в покое 55-60 в мин. Лозартан 50 мг утром, контроль креатинина. Нитроглицерин 400 мкг 1-2 дозы под язык или изосорбиддинитрат 1,25 мг 1-3 дозы под язык для купирования приступа стенокардии или перед физической нагрузкой. Триметазидин 35 мг 2 раза в день. Аторвастатин 20 мг вечером или розувастатин 10 мг в сутки под контролем АЛТ, АСТ, липидограммы, целевой уровень общего холестерина менее 4,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП менее 1,5 ммоль/л, или снижение на 40% при нормальном исходном уровне холестерина.

Данные за развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы в связи с операцией на пищеводе неубедительны. Клинические проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы не отличаются у данной пациентки от проявлений данных заболеваний в общей популяции.

Заключение. Приведенное наблюдение свидетельствует об удовлетворительном качестве жизни после эзофагэктомии с одномоментной пластикой целым желудком с анастомозом на шее на протяжении более 14 лет. Признаков отрицательного влияния трансплантированного желудка на соседние органы в груди не выявлено.

Пациентке даны практические рекомендации по образу жизни, питанию, медикаментозному лечению, указаны принципы общения с врачами по месту жи-

тельства и показания и сроки обращения в областную поликлинику к торакальному хирургу.

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что кардиоспазм требует систематического лечения. Проведенное пациентке лечение путем кардиодилатации привело к длительной ремиссии, но, как и следовало ожидать, – наступил рецидив, и ей потребовалось оперативное лечение. Выполнена радикальная операция – нефункционирующий, тотально измененный на всем протяжении пищевод удален, его функцию выполняет желудок, трансплантированный через заднее средостение на шею. На протяжении 14 лет после операции состояние пациентки не ухудшается, искусственный пищевод и вся пищеварительная система функционирует нормально. Пациентка постоянно отмечает, что после операции качество её жизни улучшилось. Объективные данные и проведенное обследование подтверждают это.

Резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом с одномоментной заднемедиастинальной пластикой целым желудком с анастомозом на шее патогенетически обоснована и приемлема как метод лечения «кардиоспазма» и выполнима при наличии соответствующих показаний.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Материал поступил в редакцию: 19.12.2018 г.

ЛИТЕРАТУРА

- Алиев М.А., Иоффе Л.Ц., Кашкин К.А., Жураев Ш.Ш., Султанов Э.Ш. Комплексное лечение ахалазии кардии // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.122-123.
- Андрианов В.А., Орунов С.Р. Рецидив дисфагии после операций по поводу кардиоспазма // Современные технологии в торакальной хирургии: Тезисы научной конференции. М., 1995. С.19-20.
- Батвинков Н.И. Отдаленные результаты лечения ахалазии кардии // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.124-125.
- Березов Ю.Е., Григорьев М.С. Глава 3. Кардиоспазм и спазм пищевода // Хирургия пищевода. М.: Медицина, 1965. С.56-97.
- Беркутов А.Н., Табатадзе К.Г. Опыт хирургического лечения кардиоспазма // Вестник хирургии. 1964. №1. С.7-10.
- Валиев Ф.Г., Каменев В.В., Нигматулин М.С., Даукаев Н.М. Опыт лечения больных кардиоспазмом // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.126.
- Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Сальман М.М. Глава 3. Ахалазия кардии. // Болезни пищевода. М.: Медицина, 1971. С.84-114.
- Василенко В.Х., Суворова Т.А., Гребенев А.Л. Ахалазия кардии. М.: Медицина, 1976. 278 с.
- Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Янгиев А.Х., Гулямов Б.Т. Консервативное лечение кардиоспазма // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.127-128.
- Вицын Б.А., Чагин Г.Н. Лечение кардиоспазма // Хирургия пищевода (Ошибки и опасности): Тезисы всесоюзной конференции по хирургии пищевода. М., 1983. С.111.
- Мирошников Б.И., Ельсиновский В.И., Королев М.П. Лечебная тактика при кардиоспазме // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.146-147.
- Мышкин К.И., Пономарев А.М., Костин О.М. Хирургическое лечение ахалазии кардии // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.147-148.
- Некрашас В., Сучила А., Яниленис Р. Вопросы лечения кардиоспазма // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.148-150.
- Петровский Б.В. Кардиоспазм и его хирургическое лечение // Труды XXVII Всесоюзного съезда хирургов. М.: Медгиз, 1962. С.162-173.
- Саенко В.Ф., Браницкий В.Е. Пневмокардиодилатация в лечении ахалазии кардии // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.150-151.
- Сакс Ф.Ф., Задорожный А.А., Долгих В.П., Байтингер В.Ф. Нарушение функции кардии при расстройствах нервной регуляции // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.152-153.
- Скворцов М.Б., Трухан Р.Г., Журавлев С.В. Техника дилатации и результаты лечения кардиоспазма // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.155-157.
- Скворцов М.Б., Шинкарев Н.В. Показания и техника оперативного лечения при кардиоспазме // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.157-159.
- Скворцов М.Б., Шинкарев Н.В. Пластика пищевода желудком при рубцовых стриктурах (хирургическая техника и результаты) // Пластика пищевода: Тезисы Всесоюзного симпозиума. М., 1991. С.21-22.
- Скворцов М.Б., Журавлев С.В. Выбор оптимального способа лечения кардиоспазма // Актуальные вопросы клинической медицины. Иркутск, 1996. С.105-107.
- Скворцов М.Б., Боричевский В.И., Храмов Е.В.,

Кожевников М.А. Искусственный пищевод из целого желудка и его функция после эзофагэктомии с анастомозом на шее по поводу рака и саркомы // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2017. Т. 150. №3. С.47-61.

22. Скворцов М.Б., Волкова Е.О. Кардиоспазм. Современные возможности эндоскопической диагностики и интерпретация полученной информации // Вестник общественной организации «Ассоциация хирургов Иркутской области». 2015. Вып. 15. С.130-133.

23. Субботин В.М., Плаксин С.А., Механошин В.Н. Баллонная дилатация и субтотальная эзофагэктомия с заднемедиастинальной гастропластикой при кардиоспазме // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.159-160.

24. Уткин В.В., Амбалов Г.А. Диагностика и лечение кардиоспазма. Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.162-164.

25. Федорова О.Д. Оперативное лечение кардиоспазма и его результаты // Кардиоспазм. М.: Медицина, 1973. С.108-163.

26. Хачив Л.Г., Янгиев А.Х., Низамходжаев З.М. Кардиодилатация в лечении кардиоспазма // Хирургия пищевода (Ошибки и опасности): Тезисы Всесоюзной конференции по хирургии пищевода. М., 1983. С.119-120.

27. Червенияков П., Червенияков А. Опыт хирургического лечения кардиоспазма // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.164-165.

28. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Казаян В.А., Шестаков А.Л. Оперативное лечение нейромышечных заболеваний пищевода IV стадии // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.166-167.

29. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Шестаков А.Л., Казаян В.А. Осложнения после операций по поводу нейромышечных заболеваний пищевода // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.167-169.

30. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А., Шестаков А.Л.

Экстирпация пищевода с пластикой желудочной трубкой у больных с нейромышечными заболеваниями пищевода // Пластика пищевода: Тезисы Всесоюзного симпозиума. М., 1991. С.34-35.

31. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Глава 8. Нервно-мышечные заболевания пищевода. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. С.63-80.

32. Чернявский А.А., Гнилитский Л.А., Курбанов Ф.С., Андрианов В.А. Ошибки и опасности при лечении кардиоспазма и ахалазии кардии пневматической кардиодилатацией // Хирургия пищевода (ошибки и опасности). М., 1983. С.120-122.

33. Чернявский А.А., Чернявский А.А. Хирургическая тактика при функциональной непроходимости кардии (кардиоспазм и ахалазия кардии) // Хирургия пищевода (ошибки и опасности). М., 1983. С.123-125.

34. Чернявский А.А. Итоги исследования и результаты лечения больных кардиоспазмом и ахалазией кардии // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.169-171.

35. Чикин Ю.В., Дробязгин Е.А., Беркасова И.В., Поршенников И.А. Глава 6. Ахалазия кардии // Актуальные вопросы хирургического лечения болезней пищевода и кардии. Новосибирск, 2009. С.81-103.

36. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. Глава VI. Нервно-мышечные заболевания пищевода // Хирургия пищевода. М.: Медицина, 1975. С.67-97.

37. Шалимов А.А., Кондратенко П.Н., Андреев С.А. Лечение больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ахалазией кардии // Хирургия пищевода (Ошибки и опасности): Тезисы всесоюзной конференции по хирургии пищевода. М., 1983. С.106-108.

38. Шалимов А.А., Андреев С.А., Гоер Я.В., Кондратенко П.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с ахалазией кардии // Хирургия грудной стенки и лечение кардиоспазма: Тезисы докладов. Рига: РМИ, 1990. С.175-176.

REFERENCES

1. Aliyev M.A., Ioffe L.T., Kashkin K.A., Juraev Sh.Sh., Sultanov E.Sh. Comprehensive treatment of achalasia of the cardia // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.122-123. (in Russian)
2. Andrianov V.A., Orunov S.R. Relapse of dysphagia after cardiospasm surgery // Modern technologies in thoracic surgery: Abstracts of a scientific conference. Moscow, 1995. P.19-20. (in Russian)
3. Batvinkov N.I. Long-term results of treatment of achalasia of the cardia // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.124-125. (in Russian)
4. Berezov Yu.E., Grigoriev M.S. Chapter 3. Cardiospasm and spasm of the esophagus // Surgery of the esophagus. Moscow: Medicine, 1965. P.56-97. (in Russian)
5. Berkutov A.N., Tabatadze K.G. Experience in the surgical treatment of cardiospasm // Bulletin of surgery. 1964. №1. P.7-10. (in Russian)
6. Valiev F.G., Kamenev V.V., Nigmatulin M.S., Daukaev N.M. Experience in the treatment of patients with cardiospasm // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.126. (in Russian)
7. Vasilenko V.Kh., Grebenev A.L., Salman M.M. Chapter 3. Achalasia cardia // Diseases of the esophagus. Moscow: Medicine, 1971. P.84-114. (in Russian)
8. Vasilenko V.Kh., Suvorova T.A., Grebenev A.L. Achalasia cardia. Moscow: Medicine, 1976. 278 p. (in Russian)
9. Vakhidov V.V., Kalish Yu.I., Yangiev A.Kh., Gulyamov B.T. Conservative treatment of cardiospasm // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.127-128. (in Russian)
10. Vitsyn B.A., Chagin G.N. Treatment of cardiospasm // Surgery of the esophagus (Errors and dangers): Abstracts of the All-Union Conference on Esophagus Surgery. Moscow, 1983. P.111. (in Russian)
11. Miroshnikov B.I., Elsinovskiy V.I., Korolev M.P. Medical tactics at a cardiospasm // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.146-147. (in Russian)
12. Myshkin K.I., Ponomarev A.M., Kostin O.M. Surgical treatment of achalasia of the cardia // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.147-148. (in Russian)
13. Nekrasov V., Suchila A., Janienis R. Cardiospasm treatment issues // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.148-150. (in Russian)
14. Petrovsky B.V. Cardiospasm and its surgical treatment // Proceedings of the XXVP All-Union Congress of Surgeons. Moscow: Medgiz, 1962. P.162-173. (in Russian)
15. Saenko V.F., Branitsky V.E. Pneumocardial dilatation in the treatment of achalasia of the cardia // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.150-151. (in Russian)
16. Saks F.F., Zadorozhny A.A., Dolgikh V.P., Beitinger V.F. Dysfunction of the cardia in disorders of the nervous regulation // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.152-153. (in Russian)
17. Skvortsov M.B., Trukhan R.G., Zhuravlev S.V. Dilatation technique and cardiospasm treatment results // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.155-157. (in Russian)
18. Skvortsov M.B., Shinkarev N.V. Indications and techniques of surgical treatment for cardiospasm // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.157-159. (in Russian)
19. Skvortsov M.B., Shinkarev N.V. Plastics of the esophagus with the stomach in cicatricial strictures (surgical technique and results) // Plastics of the esophagus: Abstracts of the All-Union Symposium. Moscow, 1991. P.21-22. (in Russian)
20. Skvortsov M.B., Zhuravlev S.V. The choice of the optimal method of treatment of cardiospasm // Actual issues of clinical medicine. Irkutsk, 1996. P.105-107. (in Russian)
21. Skvortsov M.B., Borichevskiy V.I., Khrantsov E.V., Kozhevnikov M.A. Artificial esophagus from the whole stomach and its function after esophagectomy with anastomosis in the neck for cancer and sarcoma // Siberskiy Medicinskiy Zhurnal (Irkutsk). 2017. Vol. 150. №3. P.47-61. (in Russian)

22. Skvortsov M.B., Volkova E.O. Cardiospasm. Modern possibilities of endoscopic diagnosis and interpretation of the information received // Bulletin of the public organization "Association of Surgeons of the Irkutsk Region". 2015. Vol. 15. P.130-133. (in Russian)

23. Subbotin V.M., Plaksin S.A., Mekhanoshin V.N. Balloon dilatation and subtotal esophagectomy with posterior diastolic gastropasty in cardiospasm // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.159-160. (in Russian)

24. Utkin V.V., Ambalov G.A. Diagnosis and treatment of cardiospasm. Chest wall surgery and cardiospasm treatment: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.162-164. (in Russian)

25. Fedorova O.D. Surgical treatment of cardiospasm and its results // Cardiospasm. Moscow: Medicine, 1973. P.108-163. (in Russian)

26. Khachiev L.G., Yangiev A.Kh., Nizamkhodzhaev Z.M. Cardiodilatation in the treatment of cardiospasm // Surgery of the esophagus (Errors and dangers): Abstracts of the All-Union Conference on Esophageal Surgery. Moscow, 1983. P.119-120. (in Russian)

27. Cherveniyakov P., Cherveniyakov A. Experience in the surgical treatment of cardiospasm // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.164-165. (in Russian)

28. Chernousov A.F., Andrianov V.A., Kazazyan V.A., Shestakov A.L. Surgical treatment of neuromuscular diseases of the esophagus IV stage // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.166-167. (in Russian)

29. Chernousov A.F., Andrianov V.A., Shestakov A.L., Kazazyan V.A. Complications after surgery for neuromuscular diseases of the esophagus // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.167-169. (in Russian)

30. Chernousov A.F., Domrachev S.A., Shestakov A.L. Extirpation of the esophagus with gastric tube plasty in patients

with neuromuscular diseases of the esophagus // Plastics of the esophagus: Abstracts of the All-Union Symposium. Moscow, 1991. P.34-35. (in Russian)

31. Chernousov A.F., Bogopolsky P.M., Kurbanov F.S. Chapter 8. Neuromuscular diseases of the esophagus. Esophageal Surgery: A Guide for Doctors. Moscow: Medicine, 2000. P.63-80. (in Russian)

32. Chernyavsky A.A., Gnilitzky L.A., Kurbanov F.S., Andrianov V.A. Mistakes and dangers in the treatment of cardiospasm and achalasia of the cardia with pneumatic cardiodilatation // Surgery of the esophagus (errors and dangers). Moscow, 1983. P.120-122. (in Russian)

33. Chernyavsky A.A., Chernyavsky A.A. Surgical tactics for functional obstruction of the cardia (cardiospasm and achalasia of the cardia) // Surgery of the esophagus (errors and dangers). Moscow, 1983. P.123-125. (in Russian)

34. Chernyavsky A.A. The results of the study and the results of treatment of patients with cardiospasm and achalasia of the cardia // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.169-171. (in Russian)

35. Chikinev Yu.V., Drobyazgin E.A., Berkasova I.V., Porshennikov I.A. Chapter 6. Achalasia cardia // Actual issues of surgical treatment of diseases of the esophagus and cardia. Novosibirsk, 2009. P.81-103. (in Russian)

36. Shalimov A.A., Saenko V.F., Shalimov S.A. Chapter VI. Neuromuscular diseases of the esophagus // Surgery of the esophagus. Moscow: Medicine, 1975. P.67-97.

37. Shalimov A.A., Kondratenko P.N., Andreshev S.A. Treatment of patients with hernia of the esophageal opening of the diaphragm and achalasia of the cardia // Surgery of the esophagus (Errors and dangers): Abstracts of the All-Union Conference on Esophageal Surgery. Moscow, 1983. P.106-108. (in Russian)

38. Shalimov A.A., Andreshev S.A., Goer J.V., Kondratenko P.N. Long-term results of surgical treatment of patients with achalasia of the cardia // Surgery of the chest wall and treatment of cardiospasm: Abstracts. Riga: RMI, 1990. P.175-176. (in Russian)

Информация об авторах:

Скворцов Моисей Борисович – профессор кафедры госпитальной хирургии, д.м.н., SPIN-код: 6635-8950, e-mail: skvortsov_mb@iokb.ru; Свиридюк Никита Владимирович – врач-торакальный хирург отделения торакальной хирургии; Кожевникова Ольга Моисеевна – врач-кардиолог; Лапшин Константин Евгеньевич – врач-эндоскопист; Ипполитова Наталья Сергеевна – врач-рентгенолог.

Information About the Authors:

Skvortsov Moysay B. – Professor of the Department of Hospital Surgery, MD, PhD, DSc (Medicine), SPIN-code: 6635-8950, e-mail: skvortsov_mb@iokb.ru; Sviridyuk Nikita V. – thoracic surgeon of the Thoracic Surgery Department; Kozhevnikova Olga M. – cardiologist; Lapshin Konstantin E. – endoscopist; Ippolitova Natalya S. – radiologist.

СИНДРОМ АУТОДЕСТРУКЦИИ В ПСИХОСОМАТОЛОГИИ

Окладников В.И.

(Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия)

Резюме.

Цель работы: продемонстрировать клинико-психопатологические особенности личности лиц с аутодеструктивным синдромом.

Материалы и методы. Выполнен анализ литературных данных и собственных наблюдений клинико-психопатологических особенностей лиц с аутодеструктивным синдромом. Приведены две клинические иллюстрации.

Результаты. Выделены признаки, позволяющие высказаться в пользу синдрома аутодеструкции: психо-вегетативный синдром, тревожно-депрессивные изменения, дезадаптация личности по персонограмме, определённые паттерны по тесту Солди.

Заключение. По данным кафедры нервных болезней ИГМУ патогенетическим механизмом в развитии психосоматических расстройств является аутодеструктивный синдром как особая форма дезадаптационного состояния личности пациента.

Ключевые слова: психосоматическая патология; дезадаптация личности; аутодеструктивный синдром.

SYNDROME AUTODESTRUCTIVE IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Okladnikov V.I.

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia)

Summary.

Aim: to demonstrate the clinical and psychopathological features of the personality of individuals with autodestructive

syndrome.

Methods. The analysis of literature data and our own observations of the clinical and psychopathological characteristics of persons with autodestructive syndrome was performed. Two clinical illustrations are provided.

Results. The signs that allow to speak in favor of the syndrome of self-destruction are highlighted: psycho-vegetative syndrome, anxiety-depressive changes, personality maladjustment according to the personogram, certain patterns by the Soldi test.

Conclusion. According to the Department of Nervous Diseases of the Moscow State Medical University, the pathogenetic mechanism in the development of psychosomatic disorders is the autodestructive syndrome as a special form of the maladaptive state of the patient's personality.

Key words: psychosomatic pathology; desadaptation of personality; autodestructive syndrome.

С позиции психологии К.Г. Юнга [4] аутодеструктивные и суицидальные тенденции обусловлены внутриличностным конфликтом, возникающим в результате столкновения установок бессознательного и сознания, приводящим к нарушению гармонии личности. Ежегодно в мире около 1 млн. человек кончают жизнь самоубийством. Пресуицидальный синдром связывают с преобладанием аутоагрессивных тенденций на основе психологической дезадаптации личности, неспособности осознать состояние конфликта между фрагментами и уровнями психики. В психиатрии и неврологии кроме суицидальных известны также несуйцидальные формы аутоагрессий, проявляющиеся самоповреждениями и передозировками токсических веществ.

Методика исследования пациентов включала традиционный неврологический осмотр и комплекс личностных психологических тестов [2].

Проведен клиничко-психологический анализ группы из 21 студентов, имеющих психосоматические проявления невротического генеза, у которых при психодиагностическом исследовании по методу «портретных выборов» Сонди была выявлена «тенденция идти по пути саморазрушения». Эта тенденция выражалась синдромами d0m- (9 человек) и p0k- (12 человек). Личностно-типологическое исследование показало, что в группе было логико-интуитивных экстравертов – 4 человека, сенсорно-логических экстравертов – 3 человека, сенсорно-логических интровертов, эмоционально-интуитивных интровертов и эмоционально-сенсорных экстравертов – по 2, остальные типы личности были представлены 1 человеком.

У всех респондентов был выявлен паттерн «амальгамирование», причем в 10 случаях это отмечено по шкале экстраверсия-интроверсия («амбиверсия»), в 5 наблюдениях – по шкале рациональность – иррациональность, в 5 случаях – по ведущей психической функции, у 4 пациентов – по шкале вспомогательной функции, по двум и трем шкалам «амальгамирование» выявлено соответственно в 3 и 4 наблюдениях. Одновременно с этим «акцентуация» одной из функций отмечена у 9 пациентов.

Полученные данные говорят о том, что **аутодеструктивный синдром** типичен для дезадаптированной личности, он характеризуется типологически чаще всего **сочетанием амальгамирования и акцентуации**. Дисгармония личности при этом проявляется существованием разнонаправленных тенденций в различных психических функциях. Пациент бессознательно стремится одновременно «стать другим» и «остаться собой», он как бы изнутри «разрывается на части». «Решение быть другим, а не собой – это самая глубокая форма отчаяния», – говорил датский философ С. Кьеркегор.

Приведем клиническое наблюдение.

Пациент М., 29 лет., студент. Обратился за консультацией с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха в душном помещении, утомляемость, плохой сон. В анамнезе сотрясение головного мозга, полученное в результате драки, **спровоцированной самим пациентом**. Курит, выпивает умеренно. В неврологическом статусе выявлены рассеянные симптомы резидуального характера. Синдром вегетативной дистонии – 24 балла.

Персонограмма: вариант дезадаптации типа личности интуитивно-логического экстраверта с демпфированием и амальгамированием иррациональности, демпфированием и амальгамированием основной и вспомо-

гательной функций, акцентуацией экстравертной установки.

По тесту Сонди d0m-1 Выявлена склонность к аутодеструкции, не исключен определенный суицидальный риск. По тесту ММИЛ – пики на 9 и 4 шкалах, что отражает влечение к внешним возбуждающим ситуациям, склонность к разрушительным действиям, протест против морали и этической нормы, представляющий угрозу для самого себя.

В приведенном примере интегративный личностный паттерн отражает глубокую дисгармоничность в связи с сочетанием разнонаправленных тенденций: склонностью к пунктуальности, точности и экзальтации чувств, снижением социальной спонтанности и стремлением быть в центре внимания, стремлением к лидерству, амбициозность. При внешней регламентирующей обстановке исследуемый способен в определенной мере контролировать свои протестные тенденции. Наличие контроля за внешними проявлениями деструктивных тенденций, обуславливает их интериоризацию и направляет в вегетативно-соматическую сферу.

Если развитие и проявление вегетативно-соматической дисфункции заблокированы, аутодеструктивная тенденция принимает другое направление и может привести к суициду, что можно продемонстрировать следующем наблюдением.

Солнечным майским утром 19-летний студент Л. одного из вузов города совершил суицид, выбросившись из окна 9-этажного дома. Поскольку он ранее проходил скрининговое обследование, были проанализированы его медицинские документы. Установлено, что Л. был соматически и неврологически здоров (неоднократно проходил медицинские осмотры), занимался физической подготовкой. При заполнении анкеты для выявления признаков вегетативных изменений не назвал ни одного нарушения (СВД = 0 баллов). Учился хорошо, был общительным. При исследовании методом пиктограммы выдал оригинальные образы: на слово «победа» изобразил пушечный залп из цветов; нестандартный образ на слово «обман»: муж возвращается из командировки, а в шкафу сидит другой мужчина. Установлено, что полгода назад пережил разрыв с любимой девушкой. По тесту Кейрси тип личности – логико-сенсорный экстраверт, по тесту ММИЛ выявлены пики на шкалах К, 9, снижение по 0 шкале. Показатели переднего плана по тесту Сонди: h+! s+ e+ hu- k-! p+ d- m0.

Психологическая трактовка: эмоциональная незрелость, Эрос-гипертония, нарциссические черты, эгоцентризм, ревность, агрессия, спонтанность поведения, «жесткий» кодекс нормы, непродуманность поступков, склонность к хаотическому поведению в экстремальных условиях, импульсивность, упорство в своих убеждениях, «застывание» на объекте привязанности, амбивалентное к нему отношение, скрытая этическая дилемма: осознание необходимости действовать при трудности перехода к активным действиям, продукция сверхценных идей, дезимагинация – обесценивание существующих ценностей, **несовместимость состояния психики с жизнью, ЭГО уже отдало приказ о самоликвидации**.

Данный случай напоминает ситуацию, блестяще описанную И.А. Буниным в рассказе «Митина любовь». Герой рассказа – молодой человек, страдающий от ревности, «...тихо заплакал от боли, раздирающей его грудь. Она, эта боль, была так сильна, так нестерпима, что, не думая,

что он делает, не сознавая, что из всего этого выйдет, страстно желая только одного – хоть на минуту избавиться от нее...», он нашарил и отодвинул ящик ночного столика, поймал холодный и тяжелый ком револьвера и, глубоко и радостно вздохнув, раскрыл рот и с силой, с наслаждением выстрелил».

Становление личности у трети молодых людей сочетается с аутодеструктивными тенденциями; анализ юношеских дневников выдающихся людей показывает, что такие разные психологические типы как И. Гете, Р. Роллан, Наполеон, Т. Манн, Ганди, И.С. Тургенев, М. Горький всерьез обсуждали возможность суицида в качестве попытки преодоления жизненных трудностей путем ухода из жизни в периоде самоопределения. Д. Лондон и Э. Хемингуэй реализовали свои суицидальные тенденции.

К личностным особенностям, определяющим развитие аутодеструктивного синдрома, относятся следующие: дезадаптивный вариант типа личности индивидуума, психо-вегетативные нарушения, высокий уровень личностной тревожности. При развитии процесса могут присоединяться депрессивно-ипохондрические, гипоманиакальные расстройства, нарушения полоролевой идентификации.

Дезадаптивный вариант типа личности в значительной степени соответствует нормативному кризису переходного возраста, который Э. Эриксон назвал «кризисом идентичности» [3]. Наибольший сдвиг психологических показателей приходится на возраст 18-21 лет.

Анализ проведенных наблюдений свидетельствует о том, что эмоционально-травмирующая ситуация формирует патологическую систему, которая вызывает с одной стороны церебральный дезинтегративный процесс, сочетающийся с компенсаторными (или гиперкомпенсаторными) явлениями, одновременно формируется аутодеструктивный синдром, причем психологический паттерн аутодеструкции может быть реализован в нескольких направлениях: **1 – девиантное и (или) виктимное поведение, 2 – формирование психосоматической патологии, 3 – синдром редуцированной прогерии (раннего старения), 4 – суицидальные мысли, наклонности (так называемые суицидальные эквиваленты) и 5 – реализованный суицид.**

Список суицидальных эквивалентов довольно широк, он может включать, например, такие, как синдромы зависимости (алкоголизм, наркомания), отказ от медицинского исследования или несоблюдение режима лечения, рискованные виды спорта, «агрессивный» стиль вождения автомобиля, склонность к опасным играм (ночные гонки на автомобилях, «русская рулетка»), нежелание иметь детей, готовность принести себя в жертву в военной и политической борьбе (камикадзе, шахиды). В медицинском отношении наиболее актуальным является формирование психосоматической патологии. В юридической практике – это девиантное и виктимное поведение, причем жертвы могут быть как пассивными, так и активными, то есть провоцирующими агрессию. Саморазрушающее поведение – это совершение действий, над которыми у человека имеется реальный или потенциальный волевой

контроль, способствующий продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти.

Связь саморазрушительного поведения с особенностями личности видна из наблюдения К. Меннингера о мужчине, «в которого три раза попадала молния, один раз он был засыпан в шахте. Выстрелом из пушки ему оторвало руку и выбило глаз. Он был погребен оползнем и чудом остался в живых, вскоре он упал с 9-метрового утеса, потом свалился с лошади, зацепившись ногой за стремя, лошадь проволокла его сквозь ограждение из колючей проволоки. При спуске с горы на санях он упал и проломил себе череп. Потом он простудился и перенес тяжелое воспаление легких, спустя год его парализовало. После этого его сшибла лошадь и переехал экипаж, а немного позже он попал под машину. В этом же году он поскользнулся на льду и сломал бедро ...» (цитируется по В.А. Жмурову, 2008).

В медицинской практике чаще приходится иметь дело с «аутодеструктивными эквивалентами» – парциальными проявлениями аутодеструктивного синдрома. Наличие одного или двух признаков синдрома вместо полного проявления патологии можно определить термином «синдром Чеширского кота», весь кот в сказке Л. Кэрролла был невидим, а видна была только его улыбка.

Таким образом, аутодеструктивный синдром у респондента весьма вероятен, если:

1. Клинически выявляется психо-вегетативный синдром в одном из вариантов. Чаще всего – это синдромы дыхательных расстройств, нейроциркуляторной дистонии, диссомнические нарушения, липотимии – предобморочные состояния.

2. В психической сфере, как правило, выявляется тревожно-депрессивный синдром.

3. На персонোগрамме определяется вариант дезадаптации типа личности, например, сочетание амальгамирования и акцентуации.

4. По тесту Сонди диагностируются паттерны p0,k-; d0,m-; s-,k-.

Церебральные механизмы, обеспечивающие паттерн аутодеструкции, нуждаются в уточнении. Приведенные наблюдения позволяют считать, что значимую роль при этом играет именно **особый вариант дезадаптационного состояния личности**. Выявленные данные диктуют необходимость проведения диагностических и лечебно-коррекционных мероприятий на ранней стадии возникновения психосоматического расстройства под динамическим психодиагностическим контролем.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователь несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Автор разработал концепцию и дизайн исследования, написал рукопись. Окончательная версия рукописи была им одобрена. Автор не получал гонорар за исследование.

Материал поступил в редакцию: 30.12.2018 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жмуров В.А. Психические нарушения. М.: Медпресс-информ, 2008. 1015 с.
2. Окладников В.И. Личность (типология, адаптация, коррекция). Иркутск, 2010. 216 с.
3. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 2006. 352 с.
4. Юнг К.Г. Психологические типы. М., 1924.

REFERENCES

1. Zhmurov V.A. Mental disorders. Moscow: Medpress-inform, 2008. 1015 p. (in Russian)
2. Okladnikov V.I. Personality (typology, adaptation, correction). Irkutsk, 2010. 216 p. (in Russian)
3. Erikson E. Identity: youth and crises. Moscow: Progress, 2006. 352 p. (in Russian)
4. Jung K.G. Psychological types. Moscow, 1924. (in Russian)

Информация об авторе:

Окладников Владислав Иванович — д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ИГМУ, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, SPIN-код: 9646-3454.

Information About the Author:

Okladnikov Vladislav Ivanovich — PhD, MD, DSc, Professor of ISMU, 664003, Irkutsk, Krasnogo Vosstania st.,1, SPIN: 9646-3454.