

УДК 616.329-002; 616.37-002

*Ю. В. Халтурина***ЭЗОФАГИТ И АЛИМЕНТАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ***Белорусский государственный медицинский университет, УЗ «3-я ГКБ им. Е.В.Клумова», г.Минск*

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) занимает третье по частоте место после острого аппендицита и острого холецистита [1]. Проблема лечения ОП и острых атак хронического панкреатита остается открытой. ОП в большинстве случаев лечатся в условиях хирургического стационара, а пациенты с обострениями хронического панкреатита могут попадать к хирургам, терапевтам или гастроэнтерологам в зависимости от тяжести обострения. Подходы к лечению таких больных могут быть различными. ОП чаще всего имеет алкогольный или билиарный генез (вследствие желчнокаменной болезни), часто инициируется погрешностями в диете. Острые атаки хронических панкреатитов также могут провоцироваться употреблением алкоголя или же возникать после операции удаления желчного пузыря (постхолецистэктомический панкреатит). ОП редко протекает изолированно, и, как правило, сочетается с патологией верхних отделов пищеварительного тракта. По мнению Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христич (2000г.), Г.Г. Коротько (2002г.), Ю.П. Успенского, В.Б. Гриневиц (2002г.) системные метаболические нарушения, интенсификация свободнорадикального окисления липидов при обострении хронического панкреатита способствуют образованию эрозивных поражений пищевода [3]. В своих исследованиях Ю.В. Васильев (2009 г.) указывает, что значительная часть врачей не подозревают о возможности сочетания панкреатита с другими поражениями верхних отделов пищеварительного тракта, что препятствует своевременному выявлению патологии этой области.

Адекватная целенаправленная диагностика патофизиологических и клинических особенностей течения ОП, а также выбор наиболее эффективного вида медикаментозного лечения, является фактором, который определяет прогностическое течение заболевания. Несмотря на значительные успехи современной диагностики [2] и фармакотерапии, проблема сочетанных заболеваний относится к числу самых сложных разделов терапии. Изучение групп, подлежащих целенаправленной, патогенетически обоснованной медикаментозной терапии, позволяющей своевременно и одновременно снижать секрецию соляной кислоты и панкреатического сока, требует дальнейшего изучения.

Цель работы: Изучить эндоскопические проявления эзофагита у пациентов в зависимости от степени тяжести алиментарного острого панкреатита.

Материалы и методы: В работу включены материалы обследования и лечения 95 пациентов с острым алиментарным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «3-я ГКБ им. Е.В. Клумова» г. Минска

за 2013-2014гг. Для диагностики использовались данные клинического, лабораторного и ультразвукового исследования, компьютерной томографии, а также данные фиброэзофагогастродуоденоскопии.

Результаты и обсуждения: Согласно критериям классификации Атланты (1992), а также с учетом пересмотра и дополнений рабочей группы (Атланта, 2007) основную группу составили 47 (49,5%) пациентов с тяжелым острым алиментарным панкреатитом, группу сравнения – 48 (50,5%) с легким алиментарным панкреатитом

В основной группе было 38 (80,9%) мужчин и 9 (19,1%) женщин, в возрасте от 20 до 80 лет. Эзофагит был диагностирован у 15 (31,9%) пациентов, при этом катаральная форма выявлена у 8 (17,0%) пациентов, сочетающаяся с недостаточностью кардии разной степени у 5 (10,6%), халазией кардии – у 3 (6,4%) пациентов. Эрозивная форма эзофагита выявлена у 7 (14,9%) пациентов, сочетающаяся с недостаточностью кардии разной степени у 2 (4,2%), халазией кардии – у 5 (10,6%) пациентов. У 32 (68,1%) пациентов эндоскопические признаки эзофагита отсутствовали, при этом недостаточность кардии разной степени была у 18 (56,25%) пациентов, халазия кардии – у 14 (43,75%). У 3 (6,4%) пациентов диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы без эндоскопических проявлений эзофагита, при этом недостаточность кардии разной степени имела место у 1 (2,1%), халазия кардии – у 2 (4,2%) пациентов.

Группу сравнения составили 34 (70,8%) мужчины и 14 (29,2%) женщин, в возрасте от 25 до 89 лет. Эзофагит был диагностирован у 6 (12,5%) пациентов, при этом катаральная форма выявлена у 3 (6,25%) пациентов, сочетающаяся с недостаточностью кардии разной степени была у 2 (4,2%), халазией кардии – у 1 (2,0%) пациента. Эрозивная форма эзофагита выявлена у 3 (6,25%) пациентов, сочетающаяся с недостаточностью кардии разной степени у 1 (2,0%), халазией кардии – у 2 (4,2%) пациентов. У 42 (87,5%) пациентов эндоскопические признаки эзофагита отсутствовали, при этом недостаточность кардии разной степени была у 30 (62,5%) пациентов, халазия кардии – у 12 (25,0%). У 2 (4,2%) пациентов диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы без эндоскопических проявлений эзофагита, при этом недостаточность кардии разной степени была у 2 (4,2%) пациентов.

Выводы: при остром тяжелом алиментарном панкреатите эзофагит встречается в два раза чаще, (в том числе эрозивные формы), чем при легком алиментарном панкреатите, что требует учета при лечении и прогнозировании сопутствующей патологии и осложнений.

#### *Список литературных источников*

1. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные вопросы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.Г. Конькова // Український журнал хірургії. – 2009. - №1. – С.68-76.
2. Ермолов А.С., Пинчук Т.П., Абакумов М.М. и др. Инструментальная диагностика рефлюкс-эзофагита // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2003. - №3. - С.45-50.

3. Яковенко М.С. Особенности течения рефлюкс-эзофагита у больных хроническим панкреатитом [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.05 / М.С. Яковенко - Краснодар, 2005. - 20 с.

*J.V. Halturina*

**ESOPHAGITIS AND NUTRITIONAL PANCREATITIS**

*Belarusian State Medical University, KM "third GKB. EV Klumov ", Belarus*

**Summary**

This article discusses the problem of combining nutritional acute pancreatitis and esophagitis, the frequency of manifestation of esophagitis , depending on the severity of pancreatitis. It is shown that in severe alimentary pancreatitis esophagitis occurs twice as often , including erosive form than in mild alimentary pancreatitis , requiring consideration in the treatment and prognosis of comorbidity and complications.