

снабженного открытыми катетерами с шагом 5 см, и программного обеспечения (Polygram) производства Medtronic AB (Швеция). Длину нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и его тонус определяли при протяжке зонда пулером со скоростью 1 мм/с. Моторную активность пищевода исследовали при стационарном положении зонда с проведением серии глотательных проб. Дополнительно проводили провокационную пробу с экспозицией в пищевод соляной кислоты: в катетер расположенный на 8-10 см выше верхнего края НПС медленно в течение 5 минут вводили 15 мл 0,1 N раствора соляной кислоты. 4 канала манометрического зонда устанавливали в пищеводе, остальные – в желудке. Через 20-30 секунд после инфузии повторяли протяжку зонда. В качестве контроля использовали данные манометрии 10 практически здоровых добровольцев. Данные описывали как $M \pm m$, различия выявляли по критерию t Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе после кислотной нагрузки определялась тенденция к увеличению сократительной активности мускулатуры пищевода ($4,3 \pm 0,5$ и $5,3 \pm 0,5$ с), было достоверное снижение интраабдоминальной длины НПС ($15,7 \pm 1,3$ и $9,6 \pm 1,3$ мм, $p < 0,05$).

Рентгенологически только у 4-х пациентов была выявлена ГПОД у которых по данным манометрии до и после пробы амплитуда волн составила $34,4 \pm 2,7$ и $38,6 \pm 3,6$ мм рт.ст, скорость распространения перистальтической волны $3,1 \pm 0,3$ и $3,5 \pm 0,3$ см/с, продолжительность сокращений – $3,9 \pm 0,3$ и $4,4 \pm 0,3$ с, общая длина пищевода – $29,3 \pm 2,1$ и $18,1 \pm 2,1$ мм ($p < 0,05$), тонус НПС $8,1 \pm 0,7$ и $7,7 \pm 0,7$ мм рт. ст, % мультипиковых волн – $44,0 \pm 3,2$ и $48,0 \pm 4,2$; у всех больных встречались плато давления и двойная реверсия. Инфузия кислоты моторную активность пищевода достоверно не изменяла.

У остальных больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (31 чел) после пробы отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение амплитуды ($78,8 \pm 6,7$ и $108,8 \pm 7,7$ мм рт ст) и продолжительности ($4,7 \pm 0,4$ и $8,9 \pm 0,6$ с) волн давления, возрастала скорость распространения перистальтической волны ($4,1 \pm 0,4$ и $5,7 \pm 0,4$ см/с). У всех пациентов достоверно ($p < 0,05$) снижался тонус НПС ($14,8 \pm 1,4$ и $7,1 \pm 0,4$ мм), уменьшалась длина абдоминальной части пищевода ($12,4 \pm 1,3$ и $1,1 \pm 0,4$ мм), из них у 25-ти наблюдалось ее исчезновение, за счет полного перемещения НПС в грудную полость. Так же в данной группе в сравнении с контролем после инфузии соляной кислоты на слизистую оболочку пищевода выявили достоверные различия ($p < 0,05$) по: продолжительности сокращений ($8,9 \pm 0,6$ и $5,3 \pm 0,5$ с), длине абдоминальной части пищевода ($1,1 \pm 0,4$ и $9,6 \pm 1,3$ мм), тонусу НПС ($7,1 \pm 0,4$ и $18,8 \pm 2,5$ мм рт ст), % мультипиковых волн ($17,0 \pm 3,2$ и $4,0 \pm 0,2$). В 100% случаев у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью встречались плато давления и двойная реверсия дыхания.

Заключение. Таким образом, эффект стимуляции соляной кислотой пищевода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью значительно, чем у здоровых людей, и приводит к большому укорочению пищевода. Проведение данного провокационного теста позволяет выявить

дегенеративные изменения в связочном аппарате пищеводно-желудочного перехода и кардии на ранней стадии формирования ГПОД, повышая диагностические возможности манометрии.

254. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Серета Н.Н., Терентьева Е.А.

ГУЗ Иркутский областной онкологический диспансер, Россия

В последние годы медициной достигнуты значительные успехи в лечении и профилактики различных злокачественных новообразований, в том числе и рака желудка.

В связи с этим, необходимо добиваться улучшения качества жизни больных, исцеленных от онкологической патологии. Особое значение в оценке результатов гастрэктомии необходимо придавать появлению различных постгастрорезекционных синдромов.

Проводимое и своевременно начатое лечение, возникших осложнений, у этих пациентов очень часто приводит к положительным результатам. В тоже время часть больных не отвечает на проводимую терапию, что обусловлено изменениями психологического состояния больных (развитие аффективных расстройств, чаще всего в виде тревоги и депрессии).

Цель работы: Определить психологический статус у больных с постгастрорезекционным синдромом, не отвечающих на традиционную терапию.

И добавление к терапии антидепрессанта ПЛИЗИЛА (пароксетина), обладающего противотревожным эффектом.

Материал и методы. В исследование включали преимущественно больных излеченных от рака желудка, имеющих патологические синдромы, которые были вызваны тяжёлым лечением (гастрэктомия), установленные на основании комплекса диагностических обследований, не поддающиеся традиционной терапии и пациенты, у которых были бы диагностированы коморбидные психические нарушения с преобладанием тревожных или депрессивных симптомов. Было отобрано 23 (с рефлюкс эзофагитом, демпинг-синдром, синдром приводящей петли), в том числе 13 женщин, 10 мужчин, средний возраст группы – 56 лет.

У всех больных было получено информированное согласие на и лечение препаратом “Плизил”.

Для определения глубины депрессивных и тревожных нарушений использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Уровень депрессивных расстройств по шкале составил 16,1 балла, тревожных – 16,8, что соответствует амбулаторному уровню нарушений.

Плизил назначали в дозе 20 мг/сут (утром). Продолжительность лечения составляла 12 недель.

Результаты исследования. Анализ результатов клинического обследования пациентов показал объективным улучшением состояния у пациентов.

Изменение показателей формализованных опросников подтверждает положительную клиническую динамику. Показатели шкалы Гамильтона к концу

исследования снизились до 6,8, особо следует отметить динамику соматических составляющих тревоги. Показатели депрессии также снизились до 7,1.

Через 14–20 дней после начала лечения у половины больных уменьшилась выраженность гастроинтестинальных симптомов. К концу исследования у 80% пациентов практически отсутствовали жалобы.

Выводы.

1. Плизил оказывал положительное терапевтическое действие не только на «симптомы-мишени» – тревогу и депрессию, но и на типичные психосоматические состояния – нарушения адаптации.

2. Плизил оказался наиболее эффективным в тех случаях, когда психическая дезадаптация развивалась по механизму реакции на болезнь. В этом случае плизил разрывал порочный психосоматический цикл, который способствовал утяжелению течения патологии.

255. ФОСФОЛИПИДНАЯ ДЕСТАБИЛИЗАЦИЯ ЦИТОМЕМБРАН У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сигитова О.Н., Архипов Е.В., Надеева Р.А.

Кафедра общей врачебной практики, КГМУ, г.Казань

В современной патологии ведущая роль отводится дестабилизации клеточных мембран как основе воспалительного процесса. Все заболевания почек в разной степени связаны с патологией мембран независимо от этиологии. При пиелонефритах выявляется фосфолипидная дестабилизация цитомембран, однако ее роль в патогенезе развития хронической почечной недостаточности (ХПН) не изучена

Цель исследования: изучить роль дестабилизации мембран (ДМ) при рецидивирующем пиелонефрите (рП).

Материал и методы. Обследовано 104 больных рП (М/Ж=33/71; возраст 38,5±1,5 лет; длительность болезни 8,7±0,9 лет); выделены 2 группы: 1 – 31 больной с ХПН (9/22; возраст 43,8±3,6 лет); 2 – 73 больных без нарушения функции почек (24/49; 38,6±1,9 лет). Контрольная группа – 24 здоровых (10/14; 39,1±4,1 лет). Исследованы анатомические особенности и объем (V) почек, структура уропатогенов, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), уровень фосфолипидов в моче (ФЛм) и этаноламина в моче (ЭАм) и крови (ЭАкр) в активную фазу рП.

Результаты. В 1 группе у 10 больных (32,2%) выявлены гипо- и/или дисплазии, V почек составил 81,3±6,5 см³, у 7 больных (22,5%) – функциональные нарушения уродинамики; СКФ – 54,3±7,4 мл/мин; САД 160,6±7,6 и ДАД 97,5±2,7 мм.рт.ст; частота рецидивов – 0,9±0,2 в год. В структуре уропатогенов *E. coli* и кокковая флора составили по 38,9%. Во 2 группе у 3 больных (4,1%) – гипо- и/или дисплазии, V почек – 108,6±5,1 см³, у 4 (5,5%) – функциональные нарушения уродинамики; СКФ – 93,9±2,4 мл/мин; САД 136,5±2,6 и ДАД 85,7±1,5 мм.рт.ст; частота рецидивов – 0,7±0,1 в год. Доля *E. coli* 52%, кокков – 36,8%. Различия между группами обнаружены по частоте аномалий и нарушений

уродинамики (p<0,01), САД и ДАД (p<0,001), V почек (p<0,01), уровню СКФ (p<0,001) и отсутствовали (p>0,05) по структуре уропатогенов, частоте рецидивов.

В обеих группах уровни ЭАкр (соответственно, 34,2±0,9 и 34,7±1,9 мг%), p>0,05, и ЭАм (99,3±8,3 и 85,2±8,4 мг/сут), p>0,05 были выше, чем у здоровых (ЭАм 43,8±2,0 и ЭАкр 26,4±1,1 мг/сут), p<0,001. ФЛм в группах (0,56±0,1 и 0,35±0,1 мг/мл) не различались, p>0,05, и превышали таковые у здоровых (отсутствие), p<0,05.

Выводы. У больных в активную фазу рП без нарушения функции почек и с ХПН нарастает этаноламинемия и этаноламинурия, появляются ФЛм. Зависимости ДМ от функции почек не выявлено. У больных рП с ХПН выявлена высокая частота аномалий, нарушений уродинамики, более высокий уровень САД и ДАД, что говорит об участии данных факторов в формировании ХПН наряду со структурно-функциональной ДМ.

256. КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Симерзин В.В., Гарькина С.В.

Кафедра факультетской терапии, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара

Актуальность. Когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции, – так называемые легкие когнитивные нарушения, в последнее время привлекают все большее внимание. Подчеркивается значительная распространенность этих нарушений в популяции, особенно среди пожилых пациентов. Распространенность легких когнитивных расстройств достигает 10 % среди лиц старше 65 лет, при этом они считаются прогностически неблагоприятными. Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что когнитивные нарушения не только влияют на частоту обращений больных за медицинской помощью, но, что особенно важно, способствуют их инвалидизации. Еще одним неблагоприятным проявлением когнитивных расстройств является их влияние на приверженность лечению сопутствующих соматических заболеваний, и в частности хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель работы: оценить распространенность легких когнитивных расстройств и их влияние на приверженность и качество жизни пациентов пожилого возраста с ХСН.

Материалы и методы. В исследование включено 49 пациентов (27 мужчин, 22 женщины) с ХСН II–III функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии в сочетании с артериальной гипертензией, средний возраст 63,5±2,9 лет. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей тяжелой соматической патологией, острым коронарным синдромом, пороками сердца в стадии декомпенсации, тяжелой сердечной недостаточностью (ХСН III стадии; IV ФК по NYHA), перенесшие мозговой инсульт, а также имеющие психические заболевания в анамнезе.

Для оценки когнитивной сферы проводилась беседа с больным и сбор анамнеза, оценивалась способность