

253. РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МАНОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Семенихина Т.М.*, Корочанская Н.В., Шабанова Н.Е.

МУЗ КГК БСМП *, МУЗ ГБ №2 «КМЛДО»,
Краснодар, Россия

Рентгенологическая диагностика скользящей грыжи пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) в ряде случаев малоинформативна, так как за счет активности мышц желудка нижний пищеводный сфинктер (НПС) может обратно перемещаться в брюшную полость. Для выявления дегенерации связочного аппарата пищевода-желудочного перехода возможно использование манометрии. Известно, что при длительном контакте с соляной кислотой слизистой пищевода происходит стимуляция сокращений продольной мускулатуры, что приводит к его временному укорочению у здоровых людей в среднем на 8-10%. Однако не известно, достаточно ли солянокислой стимуляции для провокации признаков ГПОД.

Цель: оценить возможность использования при манометрическом исследовании стимуляционной пробы с соляной кислотой для ранней диагностики ГПОД.

Материалы и методы. Обследовали 35 пациентов в возрасте от 20 до 63 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, установленной на основании клинических данных и суточной рН-метрии. По классификации Савари-Миллера оценивали состояние слизистой пищевода. Манометрию пищевода проводили с помощью прибора Polygraf, специального зонда,

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 значительнее, 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