

гастростомии. На операции выявлено неплотное прилегание стенки желудка к передней брюшной стенке в зоне гастростомы. В 3 случаях отмечалось появление небольшого кожного пролежня под кольцом-уплотнителем. После уменьшения компрессии дефекты кожи закрылись. В 1 случае у пациента с трахеопищеводным свищем, на фоне длительной компрессии отмечена миграция гастростомической трубки под слизистую желудка, а затем под апоневроз с полным самостоятельным закрытием дефекта стенки желудка. В этом случае, учитывая закрытие свища, гастростома была удалена.

Мазурин В. С., Прищепо М. И., Титов А. Г., Кригер П. А., Шестаковская Е. Е., Фролов А. В., Подлеских М. Н. МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва, Россия, e-mail: AGTitov@mail.ru

Лечение ущемленных диафрагмальных грыж

Цель исследования: улучшение результатов лечения ущемленных диафрагмальных грыж.

За период с 1995 г. по 2014 г. в хирургическом торакальном отделении МОНИКИ проходили лечение 12 больных с диагнозом «ущемленная диафрагмальная грыжа». Время до постановки диагноза — в среднем (4±1) дня. У 7 больных выявлена посттравматическая грыжа левого купола диафрагмы, у 3 — параэзофагеальная, у 2 больных была ущемленная рецидивная грыжа ПОД. У всех больных был ущемлен желудок, у 5 — ободочная кишка и большой сальник и у 1 — селезенка. «Свежая» травма наблюдалась у 2 (3 и 7 дней), остальные поступили в сроки от 2 до 12 лет с момента травмы. Во время операции выявлен некроз стенки ущемленных органов у 5 пациентов, что потребовало выполнить резекцию пищевода в 1 случае, в 3 — желудка и в 1 — толстой кишки; у 1 больного

Выводы. Пункционная гастростомия под ЭГДС-контролем является хорошей альтернативой традиционной операции у больных с дисфагией при условии сохраняющейся проходимости пищевода для эндоскопа, однако данная методика не лишена возможных осложнений. Для снижения вероятности осложнений целесообразно выполнять УЗ-разметку нижнего края печени на брюшной стенке непосредственно перед операцией и сохранять компрессию гастростомы не менее 3–5 дней с последующим уменьшением давления уплотнителя.

выполнено погружение линии некроза на желудке узловыми серозно-мышечными швами, у 2 — выполнено ушивание перфораций в желудке после попытки дренирования. В послеоперационном периоде умерли 3 больных.

Выводы. 1. Ущемленные диафрагмальные грыжи — редкая патология, представляющая большие сложности в диагностике. 2. При ущемленной диафрагмальной грыже показано экстренное хирургическое лечение в объеме ликвидации грыжи и пластики грыжевых ворот. 3. При ущемленной диафрагмальной грыже оптимальным доступом является срединная лапаротомия, при которой возможно выполнение резекционных операций. 4. При операциях по поводу больших кардиофундальных грыж рекомендовано выполнение адекватной круорографии и фиксации манжеты к диафрагме. 5. Результат лечения зависит от длительности заболевания.

Минушкин О. Н., Масловский Л. В., Шулешова А. Г., Назаров Н. С. УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Урсодеоксихолевая кислота в поддерживающей терапии ГЭРБ у больных с резекцией желудка или гастрэктомией

Цель исследования: определить эффективную дозу препарата урсодеоксихолевой кислоты для поддерживающей терапии рефлюкс-эзофагита у больных с резекцией желудка или гастрэктомией.

Материал и методы. К исследованию приняты 25 пациентов (мужчин 13, женщин 12) после окончания 4–6-месячного курсового лечения препаратом УДХК в стадии клинко-эндоскопической ремиссии. Средний возраст больных составил (65,2±10,0) года, 12 перенесли гастрэктомию, 13 — резекцию желудка. Больные 1-й группы (n=12) получали препарат в дозе 2,5 мг/кг/сутки; пациенты 2-й группы (n=13) — 5 мг/кг/сутки в течение 2 месяцев. Исходно, на 28-й и 56-й день поддерживающей терапии проводилась ЭГДС, по десятибалльной шкале оценивалась степень выраженности клинических проявлений и качество жизни по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. В 1-й группе наблюдали возникновение изжоги у 16,7% (2 чел.) пациентов на 28-й

день и у 58,3% (7 чел.) пациентов на 56-й день. Степень выраженности изжоги возросла с 0 до (4,9±0,9) балла (56-й день). К 56-му дню лечения у 25% больных 1-й группы наблюдалась отрицательная динамика эндоскопической картины (трансформация очаговой гиперемии нижней трети пищевода в диффузную) и достоверное снижение уровня качества жизни по сравнению с исходным. Больные 2-й группы сохранили клинко-эндоскопическую ремиссию и исходный высокий уровень качества жизни.

Заключение. Эффективной дозой препарата УДХК, позволяющей сохранить достигнутую клинко-эндоскопическую ремиссию у всех больных, является 5 мг/кг/сутки. Применение препарата в дозе 2,5 мг/кг/сутки было малоэффективным: наблюдали клинический рецидив заболевания (58,3% случаев), отрицательную эндоскопическую динамику (25%) и снижение уровня качества жизни.

Налетов А. В., Гуз Н. П. Донецкий НМУ им. М. Горького, Медицинский центр «Гастро-лайн», Донецк, Украина

Синдром избыточного бактериального роста тонкой кишки у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Цель исследования: изучение распространенности синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки среди детей с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР).

Материалы и методы. Обследованы 60 детей в возрасте от 9 до 17 лет с ЯБ ДПК, ассоциированной

с инфекцией НР. НР диагностирована у всех пациентов двумя методами: быстрым уреазным тестом с биопсийным материалом и уреазным дыхательным «Хелик»-тестом («АМА», Россия). Группу сравнения составили 30 условно здоровых детей того же возраста. Для диагностики СИБР всем детям проводился водородный дыхательный тест

с нагрузкой лактулозой с использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «Лактофа Н₂» («АМА», Россия).

Результаты. Установлено, что развитие язвенных изменений слизистой оболочки ДПК практически у всех детей сочеталось с развитием избыточного роста анаэробных бактерий в просвете тонкой кишки. При этом СИБР тонкой кишки у пациентов с ЯБ ДПК, ассоциированной с НР, выявлялся достоверно чаще ($p < 0,001$), чем у здоровых детей. Так,

СИБР выявлен у 57 — (95,0±2,8)% детей с ЯБ ДПК, среди детей группы сравнения СИБР диагностирован лишь у 4 — (13,3±6,2)% пациентов.

Выводы. Таким образом, ЯБ ДПК, ассоциированная с НР, у детей протекает на фоне развития СИБР тонкой кишки, что может ухудшать результаты лечения данных пациентов. В эрадикации НР-инфекции необходимо дополнительное использование пробиотических препаратов для коррекции нарушений микрофлоры кишечника.

Эпидемиология язвенной болезни в республике Карелия как регионе европейского севера России

Цель исследования: изучение эпидемиологии язвенной болезни в Республике Карелия (РК).

Сегодня активно изучается роль неблагоприятных факторов окружающей среды в формировании различных заболеваний, в том числе и заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это актуально для территорий Севера, где условия жизни отличаются высокой суровостью. РК относится к регионам Европейского севера России. Заболевания ЖКТ — индикаторная патология жителей Севера: как общая, так и первичная заболеваемость ими населения в РК в течение пяти последних лет превышает среднероссийский уровень в 1,4–1,6 раза, а в структуре смертности населения болезнями органов пищеварения стабильно занимают пятое место с удельным весом 4,6–7,0% без тенденции к снижению. Проблема язвенной болезни (ЯБ) — одна из актуальных в гастроэнтерологии: несмотря на достижения современной терапии, эта патология не поддается окончательному излечению. В РК

общая заболеваемость всего населения ЯБ двенадцатиперстной кишки и желудка в 2011 и 2012 гг. составляла 19,2 и 17,8 соответственно, что больше средних показателей по РФ в 2–2,5 раза. Среди детского населения в возрасте до 17 лет отмечался незначительный прирост общей заболеваемости с 2,0 в 2011 г. до 2,1 в 2012 г. Первичная заболеваемость населения ЯБ двенадцатиперстной кишки и желудка 2011–2012 гг. составляла 2,3–2,0 и тоже превышала в 2 раза аналогичный показатель по РФ. При этом отмечен прирост первичной заболеваемости этой патологией среди детского населения региона с 0,4 в 2011 г. до 0,7 в 2012 г.

Таким образом, в РК заболеваемость населения ЯБ двенадцатиперстной кишки и желудка остается стабильно высокой (при этом в таких регионах Европейского севера России, как Мурманская и Архангельская области, отмечается ее снижение), а среди детского населения региона даже возрастает.

Никифорова Н. А.,
Карапетян Т. А., Доршак
Кова Н. В.
Петрозаводский государственный университет,
Россия

Тиреоидный статус у детей с хроническим гастродуоденитом в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в период становления пубертата

Цель исследования: оценить изменения уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т₃) и тироксина (Т₄) в крови у детей 8–15 лет, находящихся в I–III стадиях полового созревания (СПР), страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД) в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), с учетом тяжести поражения слизистой оболочки (СО) верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ).

Материалы и методы. Обследованы 154 ребенка в возрасте 8–15 лет, находящихся в I–III СПР, с обострением ХГД+ГЭРБ. У 84 детей (1-я группа) выявлен поверхностный гастродуоденит (ПГД)+ГЭРБ; у 70 больных (2-я группа) — эрозивный гастродуоденит (ЭГД)+ГЭРБ. Также обследованы 56 детей из I–II групп здоровья (группа контроля). Исследование уровня ТТГ, Т₃, Т₄ в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа наборами фирмы «Алкор Био» (Россия).

Результаты. Установлено, что уровень ТТГ у больных с ЭГД+ГЭРБ выше, чем у пациентов с ПГД+ГЭРБ и у детей контрольной группы (3,95±0,17) мкМЕ/мл; (1,87±0,15) мкМЕ/мл; (1,83±0,16) мкМЕ/мл соответственно, $p < 0,05$). Выявленные изменения со стороны ТТГ сочетались с пониженными уровнями Т₃ во 2-й группе (преимущественно у девочек при *Helicobacter pylori*-ассоциированном процессе) в сравнении группой контроля — (2,15±0,23) мкМЕ/мл; (1,79±0,29) мкМЕ/мл соответственно, $p < 0,05$. Статистически значимых изменений со стороны уровня Т₄ у детей 2-й группы в сравнении с контрольными значениями не обнаружено ($p > 0,05$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о формировании вторичного транзиторного гипотиреоза у детей в I–III СПР с эрозивными поражениями СО ВОПТ.

Панова И. В.
Ростовский ГМУ, Ростов-на-Дону, Россия.
E-mail: pan_tol@list.ru

Сравнение комбинированной терапии ингибитором протонной помпы (ИПП) и препаратом альгиновой кислоты и монотерапии ИПП в лечении больных с эрозивным эзофагитом после применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)

Введение. Известно, что применение НПВП (в том числе низких доз аспирина) является фактором риска развития повреждений слизистой не только желудка, но и пищевода (особенно эрозивно-язвенных). Однако исследования по лечению данной

патологии не проводились (используются стандарты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни).

Цель — оценить эффективность ИПП и комбинированной терапии ИПП и препаратом альгиновой

Пахомова И. Г.¹, Белоусова Л. Н.¹, Барышников Н. В.²
¹СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
²ПСПбГМУ им. И. П. Павлова