

Влияние показателей СРО в ФЖ на частоту оплодотворения, качество дробления и выход в бластоцисты

Показатели	Контроль	Частота оплодотворения		Характеристики дробления			Выход в бластоцисты		
		<70% (n=43)	>70% (n=41)	низкое качество (n=29)	среднее качество (n=31)	высокое качество (n=24)	МО (n=27)	I и II классы (n=34)	III, IV и V классы (n=23)
Интенсивность подавления ХЛ, %	100	85*	73*	90	84*	65*	92	83*	72*
ОАА, ммоль/л	5,4±0,09	2,3±0,05*	0,6±0,01*	5,3±0,07	2,9±0,02*	0,6±0,01*	4,1±0,07*	2,2±0,02*	0,9±0,01*
МДА, Д ₅₃₂ нм	0,1±0,05	0,2±0,05	0,3±0,05*	0,2±0,05	0,25±0,05	0,3±0,05*	0,1±0,05	0,2±0,05*	0,3±0,05*

* Статистически достоверные различия (p<0.05).

Выводы

Фолликулярная жидкость подавляет генерацию активных форм кислорода в модельной системе. При высокой частоте оплодотворения, высоких показателях дробления эмбрионов и выходе в бластоцисты высокого

качества степень подавления активных форм кислорода и общая антиоксидантная активность ниже и выше содержание малонового диальдегида в фолликулярной жидкости, что, вероятно, отражает усиленную метаболическую активность.

Сведения об авторах статьи:

Исхаков Ильдар Ринатович – эмбриолог медицинского центра "Семья", аспирант ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Исхакова Римма Сагдулловна – эмбриолог медицинского центра "Семья". Адрес: г. Уфа, ул. Салавата, 13. E-mail: info@medufa.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Нишлаг Э., Бере Г.М. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы. - М.: Медицинское информационное агентство - МИА, 2005. – 554 с.
2. Фархутдинов Р.Р., Лиховских В.А. Хемилюминесцентные методы исследования свободнорадикального окисления в биологии и медицине. – Уфа: Изд-во БГМИ, 1995. - 110 с.
3. Agarwal A, Aronte-Mellado A. The effects of oxidative stress on female reproduction: a review. *Reprod Biol Endocrinol.* 2012 Jun 29;10:49. doi: 10.1186/1477-7827-10-49.
4. Kolesnikova L.I., Darenskaya M.A. Activity of lipid peroxidation in infertile women from different populations. *Bull Exp Biol Med.* 2012 Dec; 154(2):203-5.

УДК 616.329-2-089.163-072.1:616.321-008.17
© Е.Е Гришина, Р.Р. Рахимов, 2013

Е.Е. Гришина, Р.Р. Рахимов

МАНОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА КАК ЭТАП КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРЕД АНТИРЕФЛЮКСНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Помимо технического компонента ключом к успешному оперативному лечению больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является тщательный отбор и обследование пациентов перед антирефлюксной операцией. Одним из методов обследования являются манометрия пищевода, которая имеет особое значение у пациентов с основными симптомами, связанными с дисфагией, а также у пациентов с атипичными симптомами ГЭРБ (кашель, одышка, осиплость голоса). Было проведено измерение внутриполостного давления у 59-и пациентов перед антирефлюксным пособием. У большинства пациентов с жалобами на дисфагию и атипичными симптомами ГЭРБ (кашель) были выявлены различные нарушения моторики вплоть до ахалазии пищевода. Дисфагия чаще встречалась у пациентов с избыточным сокращением пищевода, чем у пациентов с неэффективной моторикой. Кашель, неподдающийся терапевтическому лечению, наблюдался только у пациентов с неэффективной моторикой пищевода.

С устранением пищевода рефлюкса произошло восстановление моторики пищевода. У больных с атипичными симптомами ГЭРБ (кашель) в сочетании с неэффективной моторикой пищевода по данным манометрии после фундопликации устранения атипичных симптомов не произошло. Рефундопликация у пациентов с выявленной неэффективной моторикой пищевода в сочетании с приобретенным его укорочением пищевода может усугубить симптомы дисфагии.

Ключевые слова: антирефлюксная хирургия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, манометрия пищевода, дисфагия, атипичные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ахалазия пищевода, рефундопликация, укорочение пищевода.

E.E. Grishina, R.R. Rakhimov

ESOPHAGEAL MANOMETRY IN A COMPLEX EXAMINATION OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE BEFORE ANTIREFLUX SURGERY

In addition to technical component careful preoperative selection and examination of patients is the key to successful surgery of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). One of the examination techniques is esophageal manometry which has a special value for patients with dysphagia symptoms and atypical symptoms of GERD: cough, hoarseness, and wheeze. 59 patients underwent esophageal manometry before antireflux surgery. Most patients with dysphagia and atypical symptoms of GERD had motility disorders up to achalasia. Dysphagia was more common in patients with esophageal spastic features. Rebellious cough was in patients with ineffective esophageal motility.

In most cases the motility disorders were resolved with reflux control. Patients with severe atypical symptoms and hypomotile esophagus didn't achieve clinical satisfaction from fundoplication. Patients with preoperative dysphagia in presence of esophageal dysmotility and short esophagus are more likely to have moderate dysphagia after refundoplication.

Key words: antireflux surgery, gastroesophageal reflux disease, esophageal manometry, dysphagia, atypical symptoms of GERD, Achalasia, refundoplication, shortening of esophagus.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является широко распространенным заболеванием. В России распространенность ГЭРБ достигает 60 %. [1]. Нередко ГЭРБ имеет затяжное течение и тенденцию к возникновению различных осложнений. ГЭРБ может протекать под маской других заболеваний: бронхиальной астмы, ларингита, хронического бронхита, стенокардии [2].

С внедрением в 1991 году лапароскопических технологий для хирургического лечения ГЭРБ возросло количество антирефлюксных операций во всем мире. Но по мере накопления опыта с 2004 года статистические данные стали иметь тенденцию к снижению. По-видимому, это связано с несовершенством хирургической методики и, как следствие, с неудовлетворенностью пациентов, гастроэнтерологов, самих хирургов результатами [3].

Помимо технического компонента ключом к успешной антирефлюксной операции является правильный отбор пациентов для этой процедуры [4].

Манометрия пищевода в течение 40 лет используется для диагностики нарушений моторики пищевода и является «золотым стандартом» в обследовании больных с ГЭРБ перед оперативным лечением, направленным на устранение рефлюкса [5].

Однако, по мнению некоторых авторов, данные манометрии слабо коррелируют с симптомами до антирефлюксной операции и постоперационными результатами. [13,14]. Хотя имеют значение в дооперационном обследовании пациентов с основными симптомами, связанными с дисфагией, также пациентов с атипичными симптомами ГЭРБ (кашель, одышка, осиплость голоса) [6].

Ранее считалось, что выбор метода фундопликации (циркулярной или парциальной) зависит от исходного состояния моторики пищевода, но ряд современных исследований показал, что моторика пищевода восстанавливается с устранением рефлюкса [7,8,9].

Надо отметить, что речь не идет о серьезных нарушениях моторики при нервномышечных заболеваниях пищевода: ахалазии пищевода, диффузного эзофогоспазма, кар-

диоспазма, а также при склеродермии пищевода, требующих отдельного подхода в лечении. Данные манометрии на этапе предоперационного обследования необходимы для выявления таких нарушений.

Цель работы

Выявление закономерности между данными манометрии пищевода, симптомами до антирефлюксной операции и послеоперационными результатами. Выявление пациентов с заведомо неблагоприятным прогнозом в плане устранения симптомов ГЭРБ с помощью манометрии пищевода на этапе предоперационного обследования.

Материал и методы

На базе 1-го хирургического отделения ГКБ № 21 в период с 2010 по 2013 годы с помощью аппарата Гастроскан-Д («Исток-система» Россия, Фрязино) было обследовано 59 пациентов с диагнозом грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, запланированных для антирефлюксного лапароскопического оперативного лечения. Возраст пациентов от 23 до 56 лет, женщин – 19, мужчин – 40.

В основе работы прибора находится водно-перфузионная система, оснащенная 8-канальным катетером, представляющим собой систему капиллярных трубок, открывающихся в определенных точках на поверхности катетера. Водная помпа подает внутрь капилляров воду со скоростью 0,5 мл\мин. Каждый капилляр соединен с внешним датчиком давления, фиксирующим возрастание давления воды при закрытии порта вследствие мышечного сокращения. Катетер вводится в пищевод трансназально на глубину около 50 см, дистальные 4 датчика устанавливаются в желудке, остальные 3 в пищеводе на расстоянии 5 см друг от друга. При проведении манометрии получают относительные показатели: давление нижнего пищеводного сфинктера (НПС) относительно давления в желудке, моторика тела пищевода и верхнего пищеводного сфинктера относительно давления в пищеводе между глотками. При исследовании НПС определяют среднее давление покоя (мм рт.ст), длительность расслабления НПС (с), процент релаксации НПС в ответ на глоток,

остаточное давление НПС после релаксации (мм рт.ст), расположение НПС (см). Исследуя моторику тела пищевода, измеряют амплитуду (мм рт.ст), длительность (с), скорость распространения (см\с) перистальтических волн.

Результаты и обсуждение

У 16 (27 %) пациентов были выявлены жалобы на дисфагию до оперативного лечения. У всех больных с жалобами на дисфагию наблюдался рефлюкс-эзофагит различной степени тяжести по данным фиброгастроскопии.

У 48-и (81%) из всех обследованных пациентов по данным манометрии имела место неэффективная моторика пищевода: снижение амплитуды перистальтических волн по всей длине пищевода (менее 30 мм рт.ст), снижение давление НПС (менее 10 мм рт.ст), большое количество переданных волн перистальтики (более 30 %), снижение скорости распространения перистальтической волны в дистальном отделе пищевода (менее 3 см\с). У 9-и (19%) из этих пациентов были жалобы на дисфагию и у 5-и на кашель, неподдающийся консервативной терапии в течение многих лет.

У 7-и (12%) больных по данным манометрии наблюдалось избыточное сокращение пищевода: повышенная амплитуда дистальных сокращений (более 30 мм рт.ст), повышенная длительность сокращений (более 8 секунд), повышенное давление НПС (более 25 мм рт.ст). 4 (57%) из этих пациентов имели жалобы на дисфагию, пациентов с жалобами на атипичные симптомы ГЭРБ в этой группе не наблюдалось.

У одного пациента при манометрии была выявлена ахалазия пищевода: полное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода, неполное расслабление НПС в ответ на глоток (39%), повышение давления покоя НПС (34 мм рт.ст). Этот больной тоже жаловался на дисфагию.

Трое больных, участвовавших в исследовании, имели в анамнезе лапароскопическую антирефлюксную операцию. Двое из них жаловались не только на возвращение симптомов рефлюкса, но и на стойкую дисфагию в послеоперационном периоде. У всех троих по данным манометрии было выявлено укорочение пищевода 1-й степени (уровень НПС менее 38 см от крыла носа, НПС располагается не выше 4 см от уровня диафрагмы), неэффективная моторика пищевода.

Среди пациентов, не имевших жалоб на дисфагию, по данным манометрии у троих (6%) было выявлено укорочение пищевода

1-й степени, у всех этих больных имели место изменения слизистой пищевода по данным фиброгастроскопии.

Через 3 месяца после оперативного лечения пациенты были опрошены с помощью телефонной связи. Выяснилось, что у двоих пациентов с жалобами на дисфагию до повторной операции дисфагия стала еще более выраженной после рефундопликации.

Среди пациентов, перенесших лапароскопическую фундопликацию (всем больным, кроме пациента с ахалазией пищевода, была выполнена фундопликация по Ниссену-Розетти) и имевших жалобы на дисфагию до операции (удалось связаться с 12 пациентами), было выявлено 3 (25%) случая дисфагии.

У четырех пациентов жалобы на кашель сохранились через 3 месяца после операции.

У большинства пациентов с жалобами на дисфагию и с атипичными симптомами ГЭРБ (кашель) при проведении манометрии пищевода были выявлены различные нарушения моторики вплоть до ахалазии пищевода. Дисфагия чаще встречалась у пациентов с избыточным сокращением пищевода, чем у пациентов с неэффективной моторикой пищевода (57% против 19%).

Кашель, неподдающийся терапевтическому лечению, напротив, наблюдался только у пациентов с неэффективной моторикой пищевода.

С устранением пищевода рефлюкса имело место восстановление моторики пищевода. У большинства оперированных пациентов (75%) уже через 3 месяца исчезли жалобы на дисфагию.

Приобретенное укорочение пищевода является закономерным явлением у пациентов с длительным воспалительным процессом в стенке пищевода, развивающимся на фоне скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, особенно у пациентов, перенесших антирефлюксную операцию. Несомненно, укороченный пищевод создает трудности во время выполнения хирургического пособия или требует отдельной хирургической тактики (пластика пищевода из стенки желудка) [10].

По-видимому, только с помощью манометрии можно с точностью до 1 см определить длину пищевода, расположение нижнего пищеводного сфинктера относительно ножек диафрагмы.

По данным литературы, до 24 % больных испытывают стойкую дисфагию после антирефлюксной операции. [11]. Как правило, причинами является неправильно сформиро-

ванная манжета: слишком длинная или слишком узкая манжета; «скользящая фундопликация» вследствие формирования манжеты не из дна желудка, а из тела; миграция манжеты в грудную клетку из-за недостаточной длины абдоминальной части пищевода; ахалазия пищевода, не выявленная до операции; псевдоахалазия, развившаяся после операции в результате чрезмерного сжатия пищевода [12]

Манометрия пищевода может быть полезна при прогнозировании результатов рефундопликации у больных с жалобами на дисфагию. Повторная операция у таких пациентов с выявленной неэффективной моторикой пищевода в сочетании с приобретенным

укорочением пищевода только усугубила симптомы дисфагии.

У пациентов с атипичными симптомами ГЭРБ (кашель) в сочетании с неэффективной моторикой пищевода по данным манометрии после фундопликации не произошло устранения атипичных симптомов.

Выводы

Манометрия пищевода является необходимым этапом в обследовании пациентов перед проведением антирефлюксного оперативного лечения, особенно значение она имеет у больных с ведущими симптомами, связанными с дисфагией и атипичными симптомами ГЭРБ.

Сведения об авторах статьи:

Гришина Елена Евгеньевна – аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: Alyonagrishina662@mail.ru

Рахимов Радмир Радимович – ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин, В.Т. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во врачебной практике / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов // Врач. – 2004. – №8. – С. 4-8.
2. Рощина, Т.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных бронхиальной астмой: автореф. дис... канд.мед.наук.– М., 2002.–21с.
3. Jonathan F. Finks, Yonglian Wei, John D. Birkmeyer. Surg Endosc – 2006. – №20. – p.1698-1701.
4. B. Dallemagne, S. Perretta – World J Surg (2011) 35: 1428-1435.
5. Granderath F.A, Kamolz T, et al. Wien: Springer-Verlag, 2006. – P.121-138.
6. Velanovich V.J. Gastrointest. Surg 2004. State U et al. Surg. Endosc. 2008.
7. Spence GM, Watson DI, Jamieson GG et al. – J. Gastrointest Surg (2006) 10:698-705.
8. Chryso E, Tsiaoussis J, Zoras OJ et al. – J Am Coll Surg (2003) 197:8-15.
9. Booth MI, Stratford J, Jons L et al – Br J Surg (2006) 95: 57-63.
10. Черноусов, А.Ф. Повторные антирефлюксные операции / А.Ф. Черноусов, Т.Ф. Хоробрых, Ф.П. Ветшев // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – Т.6, №1. – С. 28-35.
11. Malhi-Chovla N., et al. Gastrointestinal Endoscopy. – 2002. – Vol.55. – p. 219-223.
12. Luigi Bonavina, David Bona, et. Al. Langenbecks Arch Surg (2007) 392:653-656.
13. Velanovich V, Mahatme A (2004) J Gastrointest Surg 8(3):335-341.
14. State U, Emmermann A, Fibbe C, Layer P, Zorning C. (2008) Surg Endosc 22:21-30.

УДК 616.379-008.64:616.71-007.234-036-001.5

© В.В. Жуковская, К. Эллер-Ваникер, В.В. Вадзяная, А.П. Шепелькевич,
И.В. Журава, Г.Г. Короленко, О.Б. Салко, Э. Кайроли, П. Бек-Пеккоц, Я. Кьодини, 2013

В.В. Жуковская, К. Эллер-Ваникер, В.В. Вадзяная, А.П. Шепелькевич, И.В. Журава, Г.Г. Короленко, О.Б. Салко, Э. Кайроли, П. Бек-Пеккоц, Я. Кьодини ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ И ПОЗВОНОЧНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Главный поликлинический госпиталь, Миланский университет, Милан, Италия

Цель исследования - Некоторые исследования показали низкую минеральную плотность кости (МПК) и повышенный риск симптоматических переломов у пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа). Насколько нам известно, никаких исследований по распространенности асимтоматических морфометрических позвоночных переломов (VFx) у пациентов с СД1 типа не проводилось. В данном исследовании мы оценили МПК и распространенность VFx при СД1 типа. Материал и методы исследования. Мы обследовали 82 пациента с СД 1 типа (26 мужчин и 56 женщин, в возрасте), контрольная группа составила 82 человека (22 женщины и 60 мужчин). МПК поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости (как Z-критерий, Z-LS и Z-FN, соответственно) и распространенность VFx оценивались двойной рентгеновской абсорбциометрией. Результаты – Пациенты с СД1 типа имели более низкий Z-LS и Z-FN, чем в контрольной группе (-0,55 +/- 1,3 против 0,35 +/- 1,0, P < 0,0001 и -0,64 +/- 1,1 против 0,29 +/- 0,9, P < 0,0001, соответственно) и более высокую распространенность VFx (24,4 против 6,1%, P=0,002). Возраст, продолжительность заболевания, возраст выявления СД, гликозилированный гемоглобин, Z-LS, Z-FN, преобладание осложнений были одинаковы для пациентов с и без VFx. В логистическом регрессионном анализе, присутствие VFx было связано с наличием СД 1 типа, но не с МПК. В то время как средней тяжести или тяжелые VFx были связаны с низкой МПК поясничного отдела позвоночника у всей группы пациентов СД 1 типа и контрольной группы, не было выявлено никакой связи между средней тяжести или тяжелыми VFx и МПК поясничного отдела