

шательство проводилось через 1 день после окончания предоперационного курса прессотерапии. До оперативного вмешательства прессотерапия началась с давления в манжетах равного 40 мм рт.ст. и ступенчато повышалось до 80 мм рт.ст. по схеме 40-40-50-50-60-60-70-70-80-80. После оперативного вмешательства прессотерапия начиналась на 10 сутки (после снятия швов и заживление ран). Режим компрессии тоже был стандартен для всех групп. Начальное давление составляло 60 мм рт.ст. и ступенчато повышалось до 120 мм рт.ст. по схеме 60-70-80-90-90-100-100-110-110-120.

В результате проведенного исследования получены достоверные данные о высокой эффективности данного метода. Особое внимание следует обратить, что применение сегментарной прессотерапии в качестве моно лечения до и после операции привело к значительному улучшению самочувствия больных, быстрому снижению клинических проявлений заболевания и выраженному уменьшению отека. Динамика отека, оцениваемая по изменению длины малеоларной окружности (МО), имела тенденцию к регрессу на фоне проводимого предоперационного лечения в обеих группах пациентов (II и III). Уже на 10-ые сутки лечения отмечен ощутимый положительный эффект: снижение МО на 15 мм.

В процессе лечения пациентов исследуемых групп отмечалось неуклонное динамичное возрастание средней линейной скорости тканевого кровотока, что характеризовало улучшение микроциркуляции

и трофики тканей в процессе проводимого физиолечения. Сроки наступления изменений микроциркуляции коррелировали или несколько опережали положительную динамику, определяемую клинически. Исследование микроциркуляторного кровотока кожи голени, выполненные с помощью ультразвуковой доплеровской флоуметрии, свидетельствуют об увеличении скоростных показателей кровотока, следовательно, и перфузии тканей. По результатам опросника CIVIQ качество жизни пациентов всех трех групп после лечения превосходит статистические показатели большой выборки больных ХВН.

Таким образом, использование сегментарной прессотерапии, в комплексном лечении больных ХВН НК способствует:

- 1) снижению венозной гипертензии;
- 2) повышению дренажной активности венозной и лимфатической системы;
- 3) улучшению микроциркуляции;
- 4) устранению локальных воспалительных реакций;
- 5) стимуляции регенеративно - репаративных процессов.

Применение патогенетически обоснованного способа сегментарной прессотерапии в комплексном хирургическом лечении больных с ХВН НК обеспечивает системный подход к лечению данной патологии существенно повышая эффективность предоперационной подготовки, ускоряя процессы репарации в послеоперационный период, значительно улучшая общее самочувствие и обеспечивая повышение качества жизни пациентов.

Chumak S.A. **Application of Segmental Compression therapy in the complex treatment of lower limb varicosity.** *FBU branch № 2 '1477 VMKG fleet ', Petropavlovsk-Kamchatsky.*

Keywords: compression therapy, varicose veins, lower extremity.

Сведения об авторе:

Чумак Сергей Анатольевич, подполковник м/с, начальник 2-го хирургического отделения филиала №2 ФБУ «1477 ВМКГ флота», Петропавловск-Камчатский; e-mail: duniakraal@mail.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК 617.54 (075.8)

Япарова Е.Д., Пантелеймонова И.Л., Романюха И.В.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СКОЛЬЗЯЩИХ (АКСИАЛЬНЫХ) ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ИХ ДИАГНОСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Ключевые слова: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рентгенологическое исследование.

Актуальность. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения, диагностируемое у 9–15% больных, которым проводится рентгенологическое исследование

пищевода и желудка. Нередко грыжи пищеводного отверстия диафрагмы сочетаются с язвенной болезнью (до 23%), холециститом или желчнокаменной болезнью (до 12%). В пожилом возрасте СГПОД выявляются у 33–50% пациентов. В диагностике

СГПОД золотым стандартом признаются рентгенологическое и эндоскопическое исследования пищевода и желудка.

Причиной возникновения этой грыжи является патология френозофагеальной связки, которая фиксирует пищеводно-желудочное соустье внутри пищеводного отверстия диафрагмы. Часть кардиального отдела желудка смещается вверх в грудную полость. Френозофагеальная связка истончается и удлинняется. Пищеводное отверстие в диафрагме расширяется. В зависимости от положения тела и наполнения желудка пищеводно-желудочное соустье смещается из брюшной полости в грудную и наоборот. При смещении кардии вверх угол Гиса становится тупым, сглаживаются складки слизистой оболочки. Диафрагмальная брюшина смещается вместе с кардией, хорошо выраженный грыжевой мешок бывает только при больших грыжах. Фиксация и сужение рубцами могут привести к укорочению пищевода и постоянному нахождению пищеводно-желудочного соустья выше диафрагмы. В запущенных случаях наступает фиброзный стеноз. Скользящие грыжи никогда не ущемляются, часто сочетаются с рефлюкс-эзофагитом. Если наступает сдавление смещенной в грудную полость кардии, то нарушение кровообращения не наступает, поскольку отток венозной крови осуществляется по пищеводным венам, содержимое может опорожниться через пищевод и часто сочетается с рефлюкс-эзофагитом.

Цель: показать особенности рентгенологической картины скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, что будет способствовать улучшению рентгенодиагностики этого заболевания.

Материалы и методы. За период января по май 2012 г. нами было проведено 211 рентгеноскопических исследований желудка и пищевода, пациентам находящимся на лечении в отделении гастроэнтерологии, терапевтическом отделении и 121 КДП ТОФ,

из них 120 исследований пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 23 пациента с подозрением на наличие скользящей аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, выявленные при проведении эндоскопического исследования желудка.

У 9 пациентов, при проведении рентгенологического исследования пищевода и желудка по стандартной методике, в положении Тренделенбурга, было выявлено наличие скользящей аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, из них 1 женщина и 8 мужчин в возрасте от 20 до 48 лет. Один случай скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выявлен случайно у пациента 20 лет, обследуемого по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Лишь в одном случае, рентгенологическая картина совпала с данными эндоскопии. У 8 пациентов направительный диагноз был «недостаточность кардии». Из 9 пациентов три человека жалоб не предъявляли, шестеро больных жаловались на изжогу, загрудинные боли, боли в эпигастрии, два человека – на срыгивание после приема пищи.

Результаты и обсуждение. Во время рентгенологического исследования в вертикальном положении у 7 пациентов определялся косвенный признак наличия скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – небольшой газовый пузырь желудка. Все грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выявлены нами в положении Тренделенбурга, в условиях повышенного внутрибрюшного давления.

Приводим наши наблюдения:

Больной П., 40 лет, в анамнезе гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, направлен на рентгенологическое исследование в связи с подозрением на наличие скользящей аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Жалуется на изжогу, отрыжку, появление этих симптомов обычно связано с из-

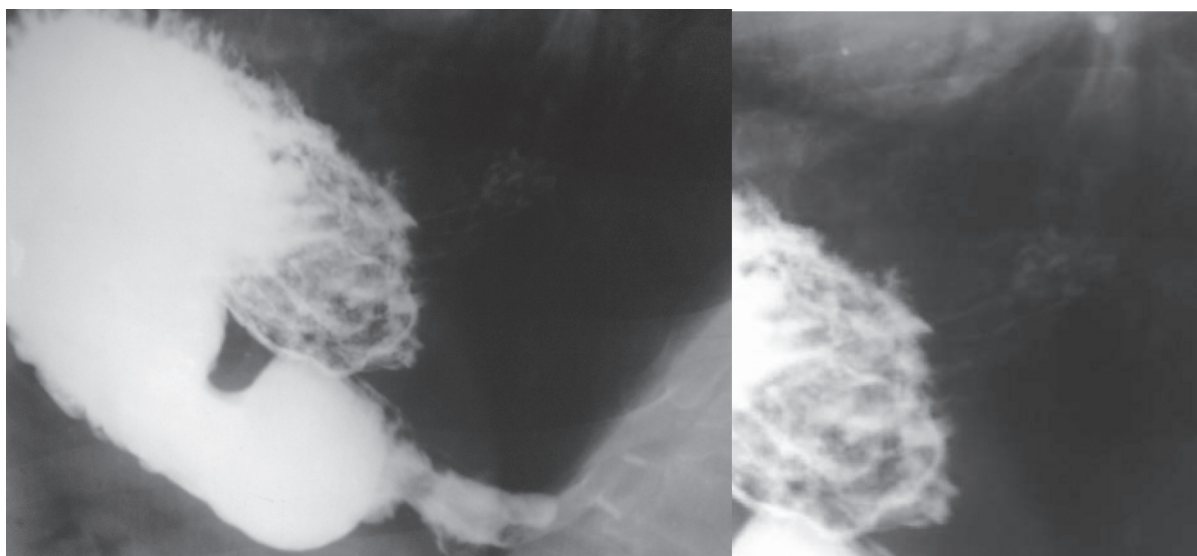


Рис. 1. Рентгенологическая картина больного П., 40 лет

менением положения тела, периодического ощущения жжения за грудиной, чувства тяжести в животе после приёма пищи. При проведении полипозиционного рентгенологического исследования с контрастированием пищевода, желудка жидкой бариевой взвесью сульфата бария, в горизонтальном положении больного и в положении Тренделенбурга (с опущенным головным концом стола), определялось пролабирование в заднее средостение грудной полости через пищеводное отверстие диафрагмы абдоминального сегмента пищевода, анатомической кардии с частью кардиального отдела желудка (рис. 1).

Больной В., 43 года, находился на лечении в гастроэнтерологическом отделении с язвенной болезнью желудка. При эндоскопическом обследовании у больного выявлена рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальный рефлюкс. При рентгеноскопическом исследовании в положении Тренделенбурга обнаружена скользящая, аксиальная, кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (рис. 2).

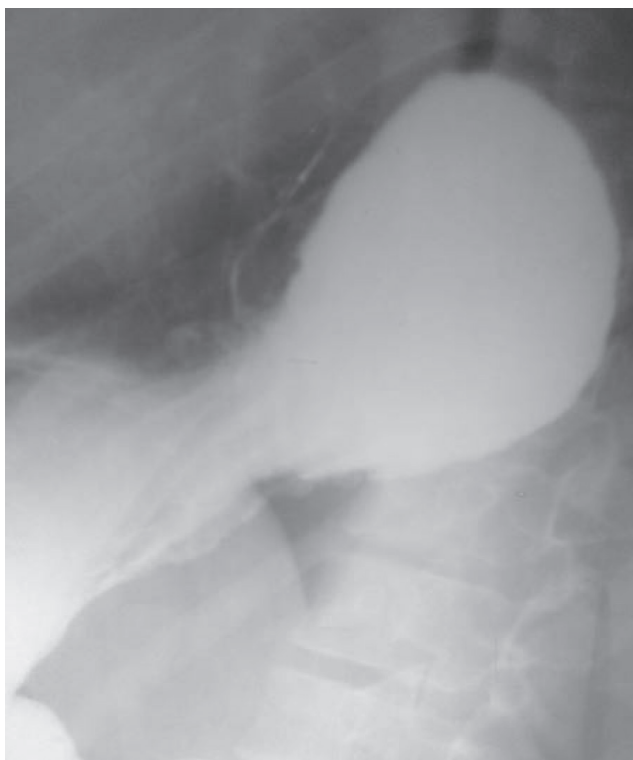


Рис. 2. Рентгенологическая картина больного В., 43 года

К признакам аксиальной грыжи относятся: необычно высокая локализация нижнего пищеводного сфинктера, расположение кардии выше пищеводного отверстия диафрагмы, отсутствие поддиафрагмального сегмента пищевода, наличие в наддиафрагмальном образовании складок слизистой оболочки желудка, задержка взвеси бария в грыже, расширение пищеводного отверстия диафрагмы, уменьшение газового пузыря желудка.

Аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы не всегда легко отличить от наддиафраг-

мальной ампулы пищевода, временного локального расширения его выходного отдела, наблюдаемого при рентгенологическом исследовании во время продвижения контрастирующей массы по пищеводу. Она формируется при глубоком вдохе и представляет собой функциональное образование, возникающее при приёме пищи и взвеси бария сульфата через рот. Ампула никогда не образуется при забрасывании контрастирующей массы из желудка. По форме она напоминает луковицу с заострённой верхушкой и ровной нижней границей, располагающуюся строго по оси пищевода. Дистальнее её обычно удаётся проследить 3–4 тонкие складки слизистой оболочки пищевода.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы-функционально пассивное формирование. Ее форма мало связана с дыхательными движениями. Она ассиметрична по отношению к длиннику пищевода. Нередко преобладает её поперечный размер. Нижняя граница неровная, нечёткая, зазубрена за счёт изображения обрывающихся складок слизистой оболочки желудка. Могут наблюдаться «зарубки» по боковым контурам расширенного перехода пищевода в желудок. Слизистая оболочка грыжевого участка желудка формирует более четырёх продольных складок. При эндоскопическом исследовании аксиальные грыжи распознаются на основании смещения пищеводно-желудочной линии и слизистой оболочки желудка выше диафрагмы (рис.3).

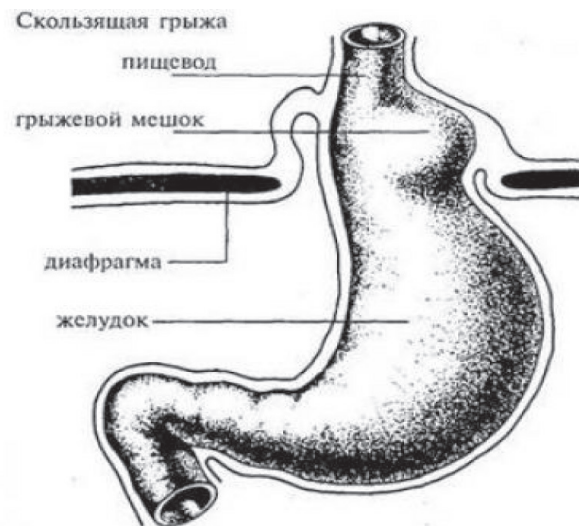


Рис. 3. Скользящие грыжи без осложнений не сопровождаются клинической симптоматикой. Симптомы возникают тогда, когда присоединяется гастро-эзофагеальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является предрасполагающим фактором в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ, рефлюксная болезнь) – заболеванием, при котором из желудка в пищевод в обратном направлении происходит периодический заброс (рефлюкс) желудочного содержимого-кислоты, желчи.

Больные могут жаловаться на изжогу, отрыжку, срыгивания. Появление этих симптомов обычно связано с изменением положения тела, боли усиливаются после еды. Наиболее частый симптом жжения за грудиной наблюдается у 90% больных. Боли могут локализоваться в эпигастральной области, левом подреберье и даже в области сердца. Они не похожи на язвенные боли, так как появляются сразу после приема пищи и связаны с количеством принятой пищи, особенно мучительные после обильной еды. Облегчение наступает после приема средств, понижающих кислотность в желудке. Регургитация наступает в половине случаев, особенно после приема обильной пищи, часто ощущается горечь в гортани. Дисфагия является поздним симптомом и наблюдается в 10% случаев. Она развивается вследствие спазмов воспаленного дистального конца пищевода. Дисфагия периодически возникает, периодически исчезает. Если воспалительные изменения прогрессируют, дисфагия наблюдается чаще и может стать постоянной. Из обрвавшихся изъязвлений пищевода могут возникнуть кровотечения, которые протекают скрыто.

Выводы.

1. Наиболее достоверным методом диагностики

грыж пищеводного отверстия диафрагмы является рентгенологический, эндоскопические методы не всегда эффективны, так как при явных грыжах гастроскопия не всегда дает положительный результат.

2. Основной причиной редкой диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы рентгенологами является неиспользование трохоскопии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. – М.: Медицина, 1987. 264 с.
2. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: Медицина, 1978. 222 с.
3. Рабкин И.Х., Акпербеков А.А., Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений диафрагмы. – М.: 1973. 317 с.
4. Скотников В.И. Грыжи диафрагмы // Вестн. рентгенологии. 1986. № 5. с. 15-18.
5. Яковец В.В. Рентгенодиагностика заболеваний органов головы, шеи и груди. – СПб.: Гиппократ, 2002. 331 с.

Yaparova E.D., Panteleimonova I.L., Romanyukha I.V. **Some moving X-ray picture (axial) hiatal hernia and diagnostic in patients with gastroesophageal reflux disease. FGI "1477 Naval fleet clinical hospital", Vladivostok.**

Keywords: Sliding hiatal hernia, gastroesophageal reflux disease, X-ray examination.

Автор-корреспондент:

Япарова Елена Дмитриевна, старший ординатор рентгенологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота», 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. Тел.: 8(423)246-78-14; e-mail: vmkg26826@mail.ru

новости медицины

ЭПИЗОДИЧЕСКИЙ ПРИЕМ ЭКСТАЗИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ВЫЗЫВАЕТ НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ

До сих пор продолжаются дебаты по поводу целесообразности законодательного запрещения экстази и приравнивания его к серьезным наркотикам. Эксперт из Великобритании Дэвид Натт (David Nutt) как-то сказал, что прием экстази менее опасен, чем верховая езда, после чего был уволен с поста главного чиновника по контролю за оборотом наркотиков. Другие эксперты считают, что экстази может быть опасным лишь при длительном приеме, а его эпизодический прием никакой опасности не несет. Недавнее исследование, опубликованное в журнале *Addiction*, подтверждает: экстази вовсе не безвредно.

Результаты исследования показали: даже эпизодический прием экстази с целью расслабления приводит к специфическим нарушениям памяти. При этом сами любители экстази зачастую не связывают ухудшение памяти с приемом препарата и продолжают его принимать, пока проблемы с памятью не станут тяжелыми и необратимыми.

По словам автора исследования, доктора Дэниела

Вагнера, прием 10 и более таблеток экстази в течение первого года приводит к ухудшению моментальной и кратковременной памяти. Это связано с повреждением гиппокампа – структуры головного мозга, отвечающей за формирование эмоций, консолидацию памяти (то есть перехода кратковременной памяти в долговременную) и пространственную память (запоминание и кодирование окружающего пространства). Любопытно, что такое же повреждение гиппокампа отмечается и при болезни Альцгеймера, приводя к потере памяти и дезориентации у пациентов.

Доктор Вагнер особо подчеркнул, что его исследование, в отличие от предыдущих, точно демонстрирует когнитивные эффекты экстази, поскольку в нем приняли участие те, кто пробовал препарат впервые в жизни. Когнитивные функции 109 участников исследования были измерены до начала приема экстази и затем – спустя год после приема от 10 до 32 таблеток препарата.

Источник: Abc-gid.ru