

включающего 36 вопросов. Все вопросы разделены на 5 категорий: восприятие своего здоровья, психическое состояние, физическое состояние, социальное и ролевое функционирование. Максимальная сумма баллов, набранная респондентом, называется гастроинтестинальным индексом и равна 144. В группе контроля гастроинтестинальный индекс (ГИИ) составил 136 баллов. Распределение баллов по категориям в группе контроля следующее: восприятие своего здоровья — 72,3 балла, психическое состояние — 18,5, физическое состояние — 25,6, социальное функционирование — 15,6 и ролевое функционирование — 4,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До операции ГИИ равен 83 балла. Данная величина обусловлена низким уровнем следующих категорий: восприятие своего здоровья, психическое состояние, физическое состояние и ролевое функционирование. В группе пациентов оперированных в модификации Тупе у 4 (3,7 %) пациентов отмечен рецидив симптомов заболевания, что сопровождалось значительным снижением качества жизни, ГИИ составил соответственно 86 и 88 баллов. Манометрическое давление в области НПС у этих пациентов составило $12,4 \pm 3,5$ до операции и $14,7 \pm 2,4$ мм рт. ст. после операции, протяженность нижней пищевой зоны высокого давления — $1,5 \pm 0,2$ см до операции и $1,8 \pm 0,3$ см после операции. В группе пациентов, оперированных в модификации клиники, в отдаленном периоде обследован 21 (92 %) пациент. Давление в области НПС у этих пациентов составило $12,8 \pm 4,5$ до операции и $25,7 \pm 2,4$ мм рт. ст. после операции. Протяженность нижней пищевой зоны высокого давления — $1,6 \pm 0,2$ см до операции и $3,1 \pm 0,2$ см после операции. В этой группе ГИИ через 1,5 месяца после операции — 106, снижены категории восприятия своего здоровья, физического состояния и социального функционирования. Через 6 месяцев — 118, через 1 год — 120, значимых отклонений по категориям не выявлено.

ВЫВОДЫ

До и после операции как гастроинтестинальный индекс, так и показатели по всем категориям, снижены и идеального уровня не достигают. Отмечается положительная динамика уровня качества жизни после оперативного лечения пациентов, а также по мере увеличения сроков от вмешательства. После операции с формированием ИНПС в области пищеводно-желудочного перехода формируется зона повышенного давления, что является профилактикой рецидива заболевания и способствует повышению качества жизни после операции.

Р.С. Карась

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ФУНКЦИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

НИИ Гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Цель исследования — определение степени функциональной и органической недостаточности НПС у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и разработка способа восстановления его антирефлюксной функции. Для определения степени недостаточности нижнего пищевода сфинктера (НПС) проводилось его манометрическое исследование при помощи восьмиканального водноперфузионного катетера 9012P2271 Y1722. На основании полученных данных разработана классификация недостаточности НПС.

Способ осуществляют следующим образом: проводят эзофагеальную манометрию, при которой регистрируют исходное и стимулированное среднереспираторное давление НПС. Отмечают исходное давление и проводят стимуляцию тонуса НПС внутримышечным введением 2 мл метоклопрамида, регистрируют реакцию НПС. По полученным в результате проведенного исследования критериям определяют степень недостаточности НПС.

Манометрия проводится с использованием восьмиканального водноперфузионного катетера 9012P2271 Y1722. В качестве регистрирующего устройства служит двенадцатиканальная система «Poligraf ID», а обработка данных производится с помощью персонального компьютера с программным обеспечением анализа Polygram 98 ЕМ. Эзофагеальная манометрия проведена у 188 пациентов с ГЭРБ. В случае снижения тонуса, что было отмечено у 105 (56 %) пациентов, проводилась проба с прокинетиком, которая лежит в основе разработанной классификации для оценки степени ослабления антирефлюксной функции НПС и его компенсаторных возможностей. Проба выполнялась следующим образом — после определения исходных манометрических показателей внутримышечно вводился прокинетик (0,0001 мг метоклопрамида на 1 килограмм веса) и через 15 мин. регистрируется реакция НПС, и определяется сте-

пень его недостаточности. Первая степень недостаточности выставлялась при повышении давления от 10–13 мм рт. ст. до нормы. Если давление повышалось от 6–9 мм рт. ст., то это расценивалось как II степень недостаточности. При III степени повышение давления начиналось от 3–5 мм рт. ст. Исходное давление НПС менее 3 мм рт. ст. и (или) отсутствие реакции на прокинетики в виде недостаточного повышения давления расценивается как IV степень недостаточности. Повышение давления до нормальных показателей расценивали как признак функциональной недостаточности НПС — отмечено у 61 (58 %) пациента. Повышение давления, не достигающее 14 мм рт. ст. (18 %), и отсутствие повышения давления (24 %) по данным пробы при любой степени недостаточности НПС мы считали одним из признаков его органической недостаточности. Пациентам с I–III степенью функциональной недостаточности, при условии повышения давления на фоне пробы с метоклопромидом до нормальных значений, назначалась консервативная терапия, включающая прокинетики, а также блокаторы протонной помпы, обволакивающие препараты, если имелся эзофагит, плюс электростимуляция. При отсутствии эндоскопической картины эзофагита пациентам проводилась только стимуляция НПС по разработанной методике.

Стимуляция выполнялась 57 (93 %) пациентам. Осуществлялась следующим образом: процедуру проводили утром, на голодный желудок. Слизистая глотки орошалась 2% раствором дикаина. Капсула стимулятора под рентгенологическим контролем сначала устанавливалась на уровне антрального отдела желудка, а затем в зоне нижнего пищеводного сфинктера. На каждом уровне пациент пережимал зонд зубами (резцами), и на зонде маркером наносилась отметка по наружной поверхности резцов. При последующих процедурах пациент самостоятельно устанавливал зонд по метке, которая должна находиться на уровне резцов. Длительность одной процедуры составляла 60 мин. (экспозиция 30 мин. на каждом уровне). Процедура проводилась через день. Курс лечения состоял из 7 сеансов. А/р эффект электростимуляции связан с нормализацией перистальтики дистальных отделов пищевода и антрального отдела желудка, а также повышением тонуса НПС и, как следствие, снижением количества и продолжительности патологических рефлюксов.

Уже через 5 сеансов электростимуляции пациенты отмечали улучшение общего состояния, уменьшение частоты и интенсивности приступов изжоги, отрыжки воздухом, болевых ощущений за грудиной. Контрольное исследование проводилось через 1, 2, 6 и 12 месяцев. Через 2 месяца отмечалась следующая положительная динамика: 27 пациентов практически перестали беспокоить горечь во рту, отрыжка и боль за грудиной. По данным пищевой манометрии у 16 пациентов отмечалось повышение давления покоя в области нижнего пищеводного сфинктера до 13–15,5 мм рт. ст., у 14 отмечалось восстановление амплитуды и направления перистальтики пищевода. По данным ФЭГДС с ЭУС у 15 пациентов признаки РЭ отсутствовали. Через 12 месяцев у 50 (87 %) пациентов отсутствовали жалобы на изжогу, отрыжку, жжение, боли за грудиной. По данным эзофагеальной манометрии у 52 (91 %) пациентов отмечалось повышение давления покоя НПС до 14–15 мм рт. ст. При наличии IV степени недостаточности, а также соответствующих жалоб и данных других методов исследования, пациентами выполнялось оперативное лечение в виде лапароскопической фундопликации.

ВЫВОДЫ

Определение степени декомпенсации антирефлюксной функции является одним из критериев состояния нижнего пищеводного сфинктера. Применение электростимулятора АЭС ЖКТ-Зонд для стимуляции НПС у пациентов с ГЭРБ при I–III степени недостаточности ведет к повышению, а в последующем и к восстановлению его антирефлюксной функции. Органическая несостоятельность антирефлюксной функции НПС является одним из показаний к оперативному лечению ГЭРБ.

С.Н. Клинова, С.Л. Богородская, И.Н. Гутник

ДИНАМИКА МИОКАРДИАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ АДРЕНАЛИНОВОМ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕРДЦА И ЕГО КОРРЕКЦИИ КЛЕТОЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ

*Иркутский Государственный Университет (Иркутск)
ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Цель исследования — изучить влияние клеточной трансплантации на динамику миокардиальных ферментов — креатинкиназы и α -гидроксibuтиратдегидрогеназы — при адреналиновом повреждении миокарда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эксперимент проводили на беспородных крысах-самцах весом 250–300 г. Адреналиновый стресс моделировали однократным подкожным введением 0,1% раствора адреналина в дозе 0,5 мг на 100 г