

При ятрогенных повреждениях пищевода до 2-х часов диагноз установлен у 7 пациентов, через 4-8 часов – у 3, у 2 пациентов после фиброгастроскопии повреждение констатировано через 14-24 часа и у одной пациентки после зондирования желудка – через 24 часа.

Всем пациентам производилось ушивание разрыва грудного отдела пищевода торакотомным доступом с дренированием средостения. Двум пациентам с повреждением пищевода при фиброгастроскопии в области зубчатой линии с наличием ограниченного нижнего гнойного медиастинита выполнили резекцию поврежденного пищевода с наложением пищеводно-желудочного анастомоза сшивающим аппаратом. Оба пациента поправились.

Синдром Бурхава имел место у 4 пациентов, трое из них оперированы через 24-72 часа в районных больницах. Два пациента умерли, один выздоровел, один не оперирован – умер на этапе подготовки к операции от обширного инфаркта миокарда.

Выводы:

1. Непроникающие повреждения пищевода нуждаются в консервативной терапии с постоянным клиническим и рентгенологическим контролем. При наличии признаков параэзофагеального абсцесса выполняется срочное оперативное лечение.
2. Проникающие ранения подлежат хирургическому лечению с ушиванием дефекта в пищеводе и дренированию зоны повреждения.
3. Лучшим методом дренирования параэзофагеальных абсцессов и медиастинитов является двухходовой дренаж, выводимый на кожу в стороне от основной раны с налаживанием постоянного орошения с активной аспирацией.
4. При повреждениях абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию даже в условиях гнойного процесса оправданной является резекция пищевода с кардией и наложением гастроэзофагеального анастомоза в пределах мобилизованного в средостении здорового пищевода.

УДК 616.22-009.11:616.441-089]:615.825.1

ЛЕЧЕНИЕ ГОРТАНОГЛОТОЧНОГО РЕФЛЮКСА У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННИМ ПАРЕЗОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ МЕТОДОМ КИНЕЗИТЕРАПИИ

Однокозов И.А.¹, Хоров О.Г.²

УЗ «Жоельская областная клиническая больница», Жоель, Беларусь
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно Беларусь

Гортаноглоточный рефлюкс (ГТР) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное патологическим рефлюксом желудочного или дуоденального содержимого через верхний пищеводный сфинктер в гортаноглотку, гортань, трахею [1, 2]. ГТР является наиболее значимым

проявлением внепищеводной гастроэзофагальной рефлюксной болезни.

У пациентов с односторонними парезами гортани после операций на щитовидной железе проявления ГГР более выражены, вероятно, и из-за нарушения периферической иннервации верхнего пищеводного сфинктера [3]. Включение кинезитерапии у этих пациентов обосновывается тем, что основные мышцы, препятствующие ГГР (ВПС и диафрагма), имеют поперечнополосатую структуру и должны поддаваться тренировке методом кинезитерапии.

Мы разработали комплекс кинезитерапии для лечения ГГР у пациентов с ОПГ после операций на ЩЖ на основании рефлексов, повышающих тонус ВПС.

Цель работы. Определение эффективности лечения проявлений гортаноглоточного рефлюкса у пациентов с ОПГ после операции на ЩЖ методом кинезитерапии.

Материалы и методы. На базе Гомельского областного фониатрического кабинета были пролечены 52 пациента, разделённые на две группы по 26 человек. У всех диагностировался ОПГ после операции на ЩЖ с проявлениями ГГР. Операции на ЩЖ проведены в течение 2 месяцев до момента обследования. До этого ни один из пациентов не обращался к терапевту или к гастроэнтерологу по поводу симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Возраст наблюдаемых лиц находился в пределах от 36 до 52 лет. В первую группу вошли пациенты, которым проводилась общепринятая методика лечения ОПГ и назначался омепразол в дозе 20 мг дважды в сутки для лечения проявлений ГГР. Во вторую группу вошли лица с аналогичной картиной заболевания, которым проводилась такая же терапия и дополнительно – комплекс кинезитерапии.

Всем пациентам до и после курса лечения, а затем через 3-4 месяца после лечения определялся индекс симптомов рефлюкса (ИСР) [4], а также по шкале оценки рефлюкса (ШОР) [5] анализировалась видеоларингоскопическая картина выраженности восьми наиболее значимых ларингоскопических симптомов ГГР.

Для выявления субъективных симптомов ГГР определялся индекс симптомов рефлюкса по Belafsky с соавторами. Индекс симптомов рефлюкса представляет собой опросник о выраженности девяти наиболее характерных симптомов ГГР по аналоговой шкале от 0 до 5. Суммарная оценка ИСР выше 13 баллов приравнивается к положительному двойному суточному рН-мониторингу гортаноглотки [4].

Для определения объективных симптомов ГГР всем пациентам осуществлялась видеорегистрация ларингоскопической картины при помощи жесткого ларингоскопа с 70⁰ оптикой, осветителя фирмы Bruel & Kjaer тип 4914, видеокамерой PANASONIC WV-CL 110 А. Видеоизображение записывалось на портативный кассетный видеомэгнитофон BLANPUNKT RTX-260 и транслировалось на цветной видеомонитор SONY PVM-1444QM. Видеоларингоскопическая картина просматривалась в обычном и

замедленном режиме, для анализа использовался стопкадр. Видеоизображение анализировали с целью выявления степени ларингоскопических признаков ГГР, используя шкалу оценки рефлюкса по Belafsky с соавторами [5]. ШОР – это качественная и количественная оценка исследователем восьми наиболее значимых ларингоскопических симптомов ГГР. Значения по ШОР располагаются в диапазоне от 0 до 26. Итоговая оценка больше 7 баллов соответствует 95% статистической вероятности положительного двойного суточного рН-мониторинга гортаноглотки. Данные анализа видеоларингоскопической картины заносились в бланк ШОР.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов обеих групп за время лечения избавились от симптомов ГГР ($\text{ШОР} \leq 7$; $\text{ИСР} \leq 13$). Полностью избавиться от симптомов ГГР за курс лечения не удалось у 3 пациентов I группы (11,5%) и 2 пациентов (7,7%) II группы. У них отмечалось значительное уменьшение выраженности признаков ГГР.

Таблица – Результаты анкетирования и выявления признаков ГГР на основании видеоларингоскопии

Группа	ИСР до лечения Me (Q1;Q2)	ИСР после лечения Me (Q1;Q2)	ИСР через 3-4 мес. Me (Q1;Q2)	ШОР до лечения Me (Q1;Q2)	ШОР после лечения Me (Q1;Q2)	ШОР через 3-4 месяца Me (Q1;Q2)
I, n=26	16 (13,5;19)	12,5 (10;14) 12 (9,5;13)	14 (11;15) 13 (10,5;14)	14,5 (12;16) 14 (12;16)	7,5 (6;9,5) 7 (5,5;9)	8 (6,5;10) 7,5 (6;9)
II, n=26	16,5 (13;19,5)					

Примечание: Me – медиана, (Q1;Q2) – интерквартильный размах (25%; 75%), n – количество обследованных пациентов в группе.

Оценка результатов лечения через 3-4 месяца после лечения выявила, что ремиссия ГГР была у 18 из 23 пациентов I группы (78,2%) достигших ремиссии во время курса лечения и у 23 пациентов II группы (95,8%) из 24 достигших ремиссии во время лечения. Все пациентки II группы периодически повторяли упражнения комплекса кинезитерапии в течение всего периода наблюдения и после основного курса лечения.

Заключение. Применение комплекса кинезитерапии способствует стабилизации достигнутых в процессе лечения результатов путём исключения влияния ГГР на состояние функций гортани.

Литература:

1. Ford, C.N. Evaluation and Management of Laryngopharyngeal Reflux /Charles N. Ford // JAMA. – 2005. – Vol. 294. - No. 12. - P. 1534-1540.
2. Koufman, JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury / J.A. Koufman // Laryngoscope. – 1991. – Vol. 101. - Issue 4 pt 2. - Suppl. 53. - P. 1-78.

3. Однокозов, И.А. Гортаноглоточный рефлюкс у пациентов с односторонним парезом гортани после операции на щитовидной железе / И.А. Однокозов, О.Г. Хоров // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – №1(35). – с. 104-109.

4. Belafsky P.C., Postma G.N., Koufman K.A. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI) // J Voice.- 2002.- Vol. 16. - P. 274–277.

5. Belafsky P.C., Postma G.N., Koufman J.A. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS) //Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111. – P. 1313-1317.

УДК 616-056.43-02:613.2]053.3

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Парамонова Н.С., Николаева М.А., Шейбак Л.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность поиска новых подходов к профилактике аллергии у детей раннего возраста обусловлена многими факторами: «омоложением» аллергических заболеваний, все более ранним дебютом, экстенсивным ростом числа пациентов первых лет жизни. По данным отечественных и зарубежных исследователей, распространенность пищевой аллергии колеблется в широких пределах – от 0,1 до 50%. Чаще пищевая аллергия наблюдается у детей, взрослые, как правило, страдают ею с детства [2]. Для 80-90% детей с пищевой аллергией причинные аллергены содержатся в небольшом числе продуктов – это яйца, молоко, арахис, соя, пшеница, рыба. Среди детей первого года жизни аллергия к белкам коровьего молока встречается у 0,5-1,5% младенцев, находящихся на естественном вскармливании, и у 2-7% детей, находящихся на искусственном вскармливании [1]. Наиболее частой формой проявления пищевой аллергии у детей раннего возраста является гастроинтестинальная, которая до настоящего времени плохо распознается практическими врачами, что приводит к поздней диагностике и прогрессированию процесса.

Цель – установление причин формирования атопии и определение наиболее частых проявлений пищевой аллергии у детей.

Материал и методы. Настоящее исследование – проспективное, выполненное в период с июля 2013 по январь 2014 г. на базе УЗ «ДОКБ». Включение в исследование происходило методом случайной выборки. Использовали: клинический метод, анамнестический (опрос и анкетирование матерей), сбор аллергологического анамнеза. Клиническое обследование проводили по общепринятому плану, оно включало тщательный анализ анамнестических данных, в том числе особенности питания матери во время беременности и лактации, акушерско-гинекологический анамнез, характер перинатальной патологии, характер вскармливания; оценку клинических симптомов состояния органов и систем, лабораторно-инструментальное обследование согласно протоколу МЗ РБ. Отдельно был проанализирован