

Литература:

1. Парамонова, Н.С. Болезни органов пищеварения у детей / Н.С. Парамонова, Р.Н. Хоха, М.П. Волкова. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 363 с.
2. Смирнова, Г.И. Современная концепция атопического дерматита у детей. М., 2006. - 132 с.
3. Корниенко, Е.А. Роль кишечной микрофлоры и пробиотиков в развитии иммунитета у грудных детей / Е.А. Корниенко, О.К. Нетребенко, С.Е. Украинцев // Педиатрия. – 2009. - Том 87. - №1. – С. 77-83.

УДК 616.329-002:616.24-008.444]-07

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА: РОДСТВЕННИКИ ИЛИ СЛУЧАЙНЫЕ ПОПУТЧИКИ?

**Шишко В.И.¹, Снитко В.Н.¹, Петрулевич Ю.Я.², Басинский В.А.¹,
Колодзейский Я.А.³, Шватро С.Ч.³**

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника»

³ ГУЗ «Гродненская клиническая больница №2 г. Гродно», Гродно, Беларусь

Введение. Впервые термин гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) был предложен М. Rossetti в 1966 г., а уже в 1997 г. на междисциплинарном конгрессе в Генвале (Бельгия) она была признана в качестве самостоятельной нозологической единицы. В настоящее время ГЭРБ является одной из важнейших и наиболее частых проблем гастроэнтерологии. По результатам ряда эпидемиологических исследований ее распространенность среди лиц трудоспособного возраста составляет 40-50%, что дает основание с полным правом назвать ее эпидемией XXI века.

Последние десятилетия особый интерес приобрела проблема диагностики и лечения синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), наличие которого повышает риск смерти от сердечно-сосудистых катастроф в 4-6 раз. СОАС является не только важным фактором риска развития кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений, но и часто ассоциируется с различной патологией внутренних органов. В качестве коморбидного заболевания, сопровождающего СОАС, в настоящее время рассматривается ГЭРБ. Оба заболевания имеют многофакторный, полиэтиологический характер, и актуальность их изучения в настоящее время не вызывает сомнения, однако причинно-следственные взаимоотношения ГЭРБ и СОАС противоречивы и малоизучены.

По мнению ряда исследователей, частое «соседство» этих заболеваний обусловлено общими факторами риска ГЭРБ и СОАС, среди которых определяющую роль играет ожирение. Кроме того, патогенетические

механизмы, лежащие в основе этих заболеваний, способствуют развитию синдрома взаимного отягощения. Так, например, увеличение отрицательного внутригрудного давления, повышение внутрибрюшного давления, воздействие хронической ночной гипоксемии при СОАС способствует увеличению количества рефлюксов из желудка в пищевод. Около 70% пациентов с СОАС имеют значительную степень ГЭРБ [1]. В свою очередь постоянное воздействие рефлюктанта на слизистую глотки, гортани приводит к возникновению ночных приступов удушья, кашля, изжоги и, соответственно, к увеличению продолжительности эпизодов апноэ и повышению степени тяжести СОАС. Установлено, что ГЭРБ при наличии СОАС носит рефрактерный к обычной терапии характер и имеет хороший эффект от СРАР-терапии. Изучение причинно-следственных взаимоотношений СОАС и ГЭРБ является актуальной проблемой и имеет клинический интерес.

Цель исследования. Оценить клинические проявления и эндоскопический характер поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с СОАС.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно» среди пациентов трудоспособного возраста, находившихся на лечении в терапевтическом и кардиологическом отделениях с кардиоваскулярной патологией. Диагноз СОАС выставлялся в 2 этапа на основании клинических и инструментальных данных. На первом этапе пациенты опрашивались на предмет наличия типичных жалоб, характерных для СОАС, определялся индекс дневной сонливости (опросник Эпфорт), проводилась антропометрия (рост, вес, окружность талии, живота, шеи), уточнялись факторы кардиоваскулярного риска. На втором этапе пациентам с клиническими признаками СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг на АПК «Кардиотехника – 4» с целью верификации диагноза и определения степени тяжести апноэ. Из исследования были исключены пациенты с высоким функциональным классом стенокардии и недостаточностью кровообращения выше IIIa (III по NYHA). Всего отобрано 26 пациентов с клиническими и инструментальными признаками СОАС, средний возраст – 53 ± 7 лет.

Для оценки состояния верхних отделов ЖКТ всем пациентам выполнялась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), а для клинической оценки ГЭРБ использовался опросник GerdQ (**gastroesophageal reflux disease questionnaire**). Предлагаемые вопросы отобраны и валидизированы по результатам исследования DIAMOND, применение опросника рекомендуется у пациентов, впервые обратившихся к врачу с симптомами заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Оценка каждого симптома (изжога, регургитация, тошнота, боли в верхней части живота, нарушение сна в связи с изжогой и регургитацией, необходимость в принятии антацидов или блокаторов протонного насоса) проводится в баллах в зависимости от частоты возникновения за последнюю неделю. По

результатам опросника набор 8 и более баллов позволяет предположить наличие у пациентов ГЭРБ с вероятностью 80% и более.

Результаты и их обсуждение. По результатам ФЭГДС у всех (100%) пациентов с СОАС были обнаружены патологические изменения со стороны ЖКТ. У 10 (39%) пациентов выявлена недостаточность кардии, у 14 (54%) – признаки эзофагита (в 3-х случаях – эрозивный). У 26 (100%) пациентов обнаружена гастропатия (в 7-ми (35%) случаях – эрозивная). Также выявлены: бульбопатия – у 11 (42%) пациентов, дуоденит – 5 (19%), дуодено-гастральный рефлюкс – 6 (23%), рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки – 2 (8%). У двух пациентов (8%) зарегистрированы признаки малой грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Наличие гастрита было подтверждено результатами гистологического исследования в 25 случаях. В 10 случаях была выявлена лимфоидная инфильтрация слизистой оболочки антрума и тела желудка, что может свидетельствовать о присутствии *Helicobacter pylori*.

Присутствие эзофагита также подтверждено результатами гистологического исследования в 14 случаях. Лимфоидная инфильтрация слизистой пищевода выявлена в 2-х случаях, нейтрофильная – в 2-х случаях, воспалительная инфильтрация обнаружена в 3-х случаях, воспалительный процесс с эрозиями – в 3-х случаях.

В ряде случаев установлена эозинофильная инфильтрация слизистой пищевода, что может говорить в пользу как аллергического компонента при воспалительных изменениях пищевода, так и выступать самостоятельным критерием рефлюкс-эзофагита [3].

Несмотря на данные ФЭГДС, подтвержденные результатами морфологического исследования, большинство пациентов – 22 (85%) – не набрали по результатам опросника GerdQ достаточного количества баллов (8 и выше), позволяющего предполагать наличие у них поражения верхних отделов ЖКТ.

Выводы и заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой встречаемости и малосимптомном течении ГЭРБ у пациентов с СОАС. Причинно-следственные связи между этими заболеваниями требуют дальнейшего изучения для понимания механизмов развития и взаимовлияния ГЭРБ и СОАС с последующей разработкой алгоритма диагностики и лечения данной категории пациентов.

Литература:

1. Этиопатогенетические взаимосвязи СОАС и ожирения // Центр медицины сна [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа : <http://www.sleepcenter.ru/medicine/library/dis3/>. – Дата доступа : 04.05.2014.
2. Триодина, О.В. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы у больных артериальной гипертонией с синдромом обструктивного апноэ сна в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.05 ; 14.01.04 / О.В. Триодина ; Тюменская госуд. мед. акад. – Тюмень, 2012. – 117 с.
3. Winter, H. Intraepithelial Eosinophils : A New Diagnostic Criterion for Reflux

УДК 616.34 - 072.1:615.217.5

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА К ЭНДСКОПИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ПРЕПАРАТОМ СПАЗМОМЕН

Якубчик Т.Н.¹, Колодзейский Я.А.², Горбачева С.В.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет» 1

*УЗ «Гродненская городская клиническая больница №2 г. Гродно» 2, Гродно,
Беларусь*

Фармакологическое действие Спазмомена (отилония бромид) связано с селективной блокадой транспорта ионов кальция через цитоплазматическую мембрану и выключением тахикининовых и мускариновых рецепторов клеток. Благодаря этому механизму Спазмомен снижает тонус гладкомышечных волокон кишечника, уменьшая частоту и интенсивность перистальтики. В условиях стационара присутствует постоянная необходимость подготовки к диагностическим инструментальным исследованиям. Традиционным методом подготовки толстой кишки к операциям является применение различных слабительных средств и очистительных клизм на фоне значительного ограничения диеты. Успех многих диагностических манипуляций зависит от качества подготовки толстой кишки и возможности безболевого проведения различных методов исследования. В ряде случаев не общее состояние пациента, а повышенная висцеральная чувствительность не позволяют провести непосредственно эндоскопическое исследование (пациент ведет себя беспокойно). Таким образом, очевиден неослабевающий интерес к новым методам подготовки для исследования толстой кишки. В этой связи значительный интерес представляет оценка эффективности препарата Прелакс (лактолозы) при подготовке пациентов к различным диагностическим процедурам в сочетании с новыми спазмолитическими средствами. Являясь синтетическим дисахаридом, Прелакс не всасывается в тонкой кишке и поступает в толстую кишку в неизменном виде. В результате снижается рН кишки и усиливается перистальтика. Вторым фактором механизма действия лактулозы является повышение осмотического давления в просвете кишки, разжижение и увеличение объема кишечного содержимого [1, 2]. Иногда отмечается побочный эффект в виде метеоризма в начале применения препаратов лактулозы. Кишечный спазмолитик Спазмомен располагает двойным механизмом действия, что не присуще другим спазмолитикам. С одной стороны, он действует на мышечную клетку кишечника, снимая спазм,