

Congresses and conferences

Слизистая желудка умеренно диффузно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки – просвет рубцово деформирован, детальный осмотр затруднен из-за наличия пищи. Постбульбарный отдел проходим, без особенностей. Уреазный тест: отрицательный. Заключение с учетом патогистологического исследования: Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит (III ст.). Пищевод Барретта. Гастродилатация. Хронический атрофический гастрит. Рубцовая деформация луковицы ДПК сужением просвета.

Проведено исследование пассажа контрастного вещества по желудочно-кишечному тракту. Выявлено значительное увеличение в размере желудка, начальная эвакуация отсутствовала. На рентгенограммах через 30 минут, через 3 часа эвакуация из желудка не определялась, через 6 часов – была незначительной, 12-перстная кишка четко не контрастировалась, через 24 часа – большая часть контрастного вещества определялась в тонком и толстом кишечнике, небольшое количество контраста оставалось в желудке.

На КТ в сравнении с исследованием, проведенным около 5 месяцев назад, отмечалась отрицательная динамика. Стеники нижней трети пищевода утолщены до 6-7 мм (ранее до 4 мм), большее в сравнении с предыдущим исследованием увеличение размеров желудка, резкое замедление пассажа контрастного вещества на уровне нисходящего отдела 12-перстной кишки. Таким образом, результаты КТ-исследования подтвердили наличие препятствия в постбульбарном отделе на уровне нисходящей или нижней горизонтальной части ДПК. Исключены такие причины дуodenальной непроходимости, как опухоли, кольцевидная форма поджелудочной железы, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Выставлен диагноз: «Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки, осложненная рубцовой деформацией. Субкомпенсированный стеноз 12-перстной кишки. Вторичная ГЭРБ. Эрозивно-язвенный эзофагит, III степень. Пищевод Барретта. Хронический атрофический гастрит. Белково-энергетическая недостаточность II степени. Анемия легкой степени тяжести смешанной этиологии. ПМК I степени». Ребенок получал консервативное лечение (домперидон, омепразол, энтеральное питание через назоэнональный зонд, инфузционную регидратационную терапию), на фоне которого наступило состояние с положительной динамикой, в весе за 12 дней добавил 1,5 кг.

Однако, принимая во внимание неординарное течение язвенной болезни для детского возраста, с формированием стеноза ДПК и развитием тяжелого рефлюкс-эзофагита с метаплазией эпителия, для исключения других причин высокой тонкокишечной непроходимости и выбора дальнейшей тактики лечения ребенок был направлен в «РНПЦ детской хирургии».

В РНПЦ были выполнены КТ-ангиография с трехмерной реконструкцией области отхождения верхней брыжеечной артерии от брюшной аорты – выявлено уменьшение угла отхождения верхней брыжеечной артерии от брюшной аорты менее 30°. Диагноз: «Высокая частичная кишечная непроходимость. Синдром верхней брыжеечной артерии».

Принимая во внимание выставленный диагноз, пациенту было рекомендовано консервативное лечение на 3 месяца: еда малыми порциями протертой пищей с постепенным увеличением ее объема и калорийности, использование специализированных высококалорийных смесей для энтерального питания, постуральная терапия, продолжен прием омепразола. В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения показано оперативное вмешательство.

Выводы. Синдром верхней брыжеечной артерии (СВБА), по-видимому, является более распространенной патологией, чем диагностируется [1]. Сочетание СВБА с другими заболеваниями гастропанкреатодуоденальной зоны маскирует его и создает трудности в ранней диагностике. В представленном клиническом случае, по всей вероятности, клиническую манифестацию синдрома спровоцировало резкое похудание пациента из-за обострения язвенной болезни и вследствие быстрого линейного роста ребенка, обусловленного пубертатным периодом. Следует обратить внимание на то, что в педиатрической практике дуоденальная непроходимость, как осложнение язвенной болезни, тяжелый рефлюкс-эзофагит с метаплазией эпителия встречаются крайне редко. А поэтому наличие у ребенка выраженных клинических симптомов дуоденальной непроходимости и гастродилатации может стать поводом задуматься и исключить такую редкую патологию, как синдром верхней брыжеечной артерии. Своевременная диагностика позволит избежать возникновения серьезных осложнений и получить хорошие результаты от лечения.

Литература

Yakan, S. Superior Mesenteric Artery Syndrome: A Rare Cause of Intestinal Obstruction. Diagnosis and Surgical Management / S. Yakan [et al.] // Indian J. Surg. – 2013. – Vol. 75, № 2. – P.106-110.

УДК 616. 381-002.1-072.1-053. 9

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ

И. Т. Цилиндзь, И. С. Довнар, М. И. Милешко

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

ROLE OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSIS OF ACUTE SURGICAL ABDOMINAL PATHOLOGY IN OLD PATIENTS WITH COMORBID CONDITION

I. T. Tsilindz, I. S. Dovnar, M. I. Mileshko

Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

Введение. Актуальность проблемы дифференциальной диагностики заболеваний брюшной полости у пациентов старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией сохраняется до сих пор.

Цель – оценить возможности лапароскопического метода в диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы 52 случая. Пациенты были госпитализированы с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Возраст пациентов колебался от 75 до 94 лет. Лиц женского пола было несколько больше – 31 человек (60%), мужского

– 21 (40%). Выполнены лабораторные, рентгенологические, инструментальные методы исследования. Однако у 21 пациента (40%) невозможно было точно установить диагноз, в связи с чем для исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости или для ее подтверждения с постановкой диагноза у данной категории пациентов выполнена диагностическая лапароскопия.

Результаты и обсуждение. При проведении диагностической лапароскопии у 6 (28,6%) пациентов острая хирургическая патология брюшной полости была исключена. У 7 (33,3%) пациентов выявлен сегментарный мезентериальный тромбоз, у 3 (14,3%) – тотальный мезентериотромбоз,

у 2 (9,5%) – ферментативный перитонит как проявление острого панкреатита, у 1 пациента (4,8%) – гангренозный холецистит, у 2 (9,5%) обнаружена опухоловая перфорация толстой кишки.

Таким образом, у 28,6% пациентов старческого возраста с коморбидным состоянием с подозрением на острую хирургическую патологию брюшной полости таковая была исключена при проведении диагностической лапароскопии. В то же время, у одной трети пациентов при диагностировании этой патологии (33,3%) необходимости в лапаротомии не возникло (в 20% случаев по причине неоперабельности, в 13,3% – по причине ненадобности при ферментативном перитоните),

у 66,7% пациентов диагностическая лапароскопия была трансформирована в лапаротомию для выполнения необходимого объема оперативного пособия.

Выводы:

1. Диагностика острой хирургической патологии органов брюшной полости у пациентов старческого возраста в коморбидном состоянии остается актуальной задачей.

2. Большое значение в решении данной задачи играет лапароскопия, которая помогает не только в диагностике и лечении, но позволяет также исключить выполнение «ненужных» лапаротомий, что весьма важно для этого контингента пациентов.

УДК 616.329-002:616.24-008.444]-036.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

¹Шелкович Ю. Я., ¹Шишко В. И., ¹Карпович О. А., ¹Снитко В. Н., ²Колодзейский Я. А.,
²Шватро С. Ч., ²Ларионова И. Н.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь
²УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно», Гродно, Беларусь

CLINICAL FEATURES OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNOE/HYPOPNOE SYNDROME

¹Shelkovich Yu.Ya., ¹Shishko V.I., ¹Karpovich O.A., ¹Snitko V.N., ²Kolodzeyskiy Ya.A.,
²Shvatro S.Ch., ²Larionova I.N.

¹Educational Institution “Grodno State Medical University”, Grodno, Belarus
²Healthcare Institution “City Clinical Hospital № 2, Grodno”, Grodno, Belarus

Введение. Согласно литературным данным, как минимум 20-40% взрослого населения развитых стран мира страдают гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). В качестве коморбидного заболевания, ухудшающего течение ГЭРБ, в настоящее время часто рассматривается синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС). Около 70% пациентов с СОАГС имеют значительную степень ГЭРБ. Патогенетические механизмы и особенности развития, клинические проявления ГЭРБ, протекающей на фоне СОАГС, в настоящее время представляются неизученными.

Цель исследования – оценить особенности клинической симптоматики ГЭРБ у пациентов с СОАГС.

Материал и методы. На базе УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно» были обследованы 55 пациентов, находящихся на лечении в терапевтическом и кардиологическом отделениях стационара с артериальной гипертензией (АГ) I-II степени, средний возраст которых составил 48 (37; 54), из них 43 (78%) мужчины и 12 (22%) женщин.

Критерии включения в исследование: трудоспособный возраст обследуемых, наличие жалоб на изжогу и/или регurgитацию, постоянный храп и/или указание на остановку дыхания во сне вне зависимости от наличия жалоб со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Критериями исключения стали: хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС) выше II класса стенокардия, недостаточность кровообращения выше IIIa, сахарный диабет (СД) в стадии суб- и декомпенсации, язвы желудка и 12-перстной кишки, заболевания лор-органов, онкологические заболевания, заболевания других органов и систем в стадии декомпенсации.

Диагностика ГЭРБ основывалась на результатах клинического и эндоскопического исследования. Клиническая диагностика базировалась на основании опросника 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) прово-

дится 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. Всем пациентам с целью выявления нарушений со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполнялась фиброзэзофагогастроудоценоскопия (ФЭГДС) по стандартным методикам. Степень эзофагита оценивалась по Лос-Анджелесской классификации. Осуществлялся забор биопсийного материала из нижней трети пищевода, тела желудка и антрума с целью морфологической верификации диагноза.

Диагностика СОАГС осуществлялась в 2 этапа на основании клинических и инструментальных данных. На первом этапе пациенты опрашивались на предмет наличия типичных жалоб, характерных для СОАГС (регулярный храп, указание на остановку дыхания во сне,очные приступы удушья, беспокойный сон, дневная сонливость и пр.), проводилась антропометрия (рост, вес, окружность живота, шеи) с оценкой клинических маркеров (увеличение окружности шеи, микро- и/или ретрогнатия, абдоминальное ожирение), уточнялись факторы кардиоваскулярного риска по шкале SCORE, принимались во внимание коморбидные состояния, такие как резистентная к лечению АГ,очные нарушения ритма, морбидное ожирение, СД, метаболический синдром. Для оценки степени выраженности дневной сонливости использовался Эпфорктский опросник.

На втором этапе выполнялась инструментальная диагностика снозависимых дыхательных нарушений с использованием аппарата Somnocheck micro (Weinmann, Германия).

На основании расчета индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) (количества эпизодов апноэ и/или гипопноэ в час) обследуемые пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от наличия и степени тяжести СОАГС: 1-я группа – пациенты с эзофагитом (n=25) без СОАГС (ИАГ менее 5), 2-я группа – пациенты с эзофагитом и легкой степенью СОАГС (n=21) (ИАГ от 5 до 15), 3-я группа – пациенты с эзофагитом и СОАГС средней степени тяжести (n=9) (ИАГ от 15 до 30). Данные обрабатывались непараметрическими методами программы Statistica 10 с использованием критерия Краскела-Уоллиса и U-теста Манна-Уитни.