

1. Морфометрическое исследование является объективным критерием оценки топографо-анатомических параметров пахового канала при грыжах II типа.

2. У пациентов пожилого возраста имеет место существенное увеличение высоты пахового промежутка и уменьшение совокупной толщины мышц, образующих верхнюю стенку пахового канала.

3. Атензионная герниопластика должна рассматриваться как операция выбора при хирургическом лечении паховых грыж II типа у лиц пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визгалов, С.А. Паховые грыжи: современные аспекты этиопатогенеза и лечения / С.А. Визгалов, С.М. Смотрин //Журн. ГрГМУ. – 2010. – Т. 32, № 4. – С. 17– 22.

2. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва // М., МедиаСфера.– 2002.– 312 с.

3. Федоров, В.Д. Эволюция лечения паховых грыж / В.Д. Федоров, А.А.Адамян, Б.Ш. Гогия // Хирургия. – 2000. – №3 – С. 51– 53.

4. Шевченко, Ю.Л. Выбор метода пластики передней брюшной стенки при паховой грыже / Ю.Л. Шевченко, С.С.Харнас, А.В. Егоров // Анналы хирургии. 2003. – № 1. – С. 20– 23.

5. Nyhus, L.M. Anatomic basis of hernioplasty / L.M.Nyhus // A classification Vortrag, Hernia 93, Fdvances of Contraversies. An international perspective, Indionapolis.– 1993.– Vol.24. №27.– P. 733– 737.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Карпицкий А.С., Панько С.В., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н., Шестюк А.М.

Брестская областная больница

Актуальность: Скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы принято считать состояние, при котором подвижность кардии, точнее Z-линии по отношению к пищеводному отверстию диафрагмы, превышает 2 см. [1]. Смещение пищеводно-желудочного перехода в средостение меньше 2 сантиметров в литературе было названо термином «физиологическое грыжеобразование» [2]. Таким образом, для постановки диагноза скользящей диафрагмальной грыжи необходимо определить локализацию двух зон высокого давления:

ножек пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и проекции нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Наиболее точным методом выявления скользящих грыж является многоканальная внутриводная манометрия [3]. Полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка не обладает столь высокой чувствительностью и может стать причиной как ложноположительных результатов, достигающих 80%, так и снижения чувствительности метода в некоторых исследованиях до 10%. [4].

Цель: Усовершенствовать методику мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки для улучшения диагностики скользящих кардиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Материалы и методы: Проведен анализ 41 исследования пациентам, которые были госпитализированы в стационар с подозрением на скользящую ГПОД в 2013-2017гг. По гендерному признаку обследуемая группа разделилась на 19 (47,5%) мужчин и 21(52,5%) женщину. Средний возраст составил 48 ± 20 лет. Анамнез заболевания колебался от 7 месяцев до 10 лет, в среднем 3-4,5 года. Наиболее часто предъявляемыми жалобами были изжога у 85% и отрыжка у 62,5% обследованных, реже беспокоили регургитация (27,5%) и боли в верхних отделах живота (37,5%). Кроме МСКТ ОГК всем пациентам была выполнена ФЭГДС, 28-ми (70%) – рентгеноскопия пищевода и желудка. Оставшимся 12 рентгеноскопия на амбулаторном этапе обследования не выполнялась, поэтому после госпитализации и согласия пациентов выбор был сделан в пользу собственной методики.

Результаты и обсуждение: Нами были приняты следующие диагностические критерии скользящей ГПОД при выполнении МСКТ ОГК с зондом Блэкмора:

1. Наличие и длина медиастинальной ампулы (МА), т. е. собственно скользящей ГПОД;
2. Наличие зоны высокого давления выше медиастинальной ампулы, соответствующей уровню НПС;
3. Длина зоны высокого давления на уровне НПС;
4. Соответствие толщины стенки желудка в брюшной полости и в медиастинальной ампуле;
5. Определение разницы в толщине стенки: желудок ниже НПС > пищевод выше НПС;
6. Наибольшее расстояние между НПОД;

7. Наибольший диаметр пищевода зонда Блэкмора (ПБ) выше НПОД;

8. Соответствие диаметров ПБ и просветов пищевода или желудка в эпифренальном отделе.

Все пациенты, включённые в исследование в конечном итоге были разделены на 3 группы: I группа – 19 (46,3%) пациентов, у которых по результатам МСКТ ОГК с зондом Блэкмора была диагностирована скользящая ГПОД длиной больше 3 см., II группа – 10 (24,4%) пациентов, у которых была выявлена грыжа длиной меньше 3 см. и III группа – 12 (29,3%) пациентов с отсутствием диагностических критериев диафрагмальной грыжи.

У пациентов I группы нами были получены неопровержимые доказательства смещения пищеводно-желудочного перехода (ПЖП) и части желудка в средостение. Во II группу вошли 10 пациентов с ГПОД у которых длина МА была меньше 30 мм. В этих случаях имел место II подтип скользящей ГПОД – интермиттирующая грыжа (ИГ). Причём, у 7 пациентов с ИГ, последняя не была подтверждена результатами полипозиционного рентгеноскопического исследования. По результатам ФЭГДС также у 7 пациентов диагноз был лишь заподозрен на основании транслокации слизистой желудка в пищевод без указания на другие эндоскопические признаки скользящей ГПОД. 12 (29,3%) пациентов были отнесены к III группе, в связи с отсутствием диагностических критериев скользящей диафрагмальной грыжи, характерных для пациентов I и II групп.

Благодаря описанным достоверным клиническим признакам наличия или отсутствия скользящей грыжи пищевода отверстия диафрагмы всем 19 пациентам I группы и 8 пациентам III-й без труда удалось выставить правильный диагноз. Проблемными для МСКТ-диагностики стали все пациенты II группы и 4 пациента III-й, что составило 34% от общего количества включённых в исследование. Ведущим диагностическим критерием, позволяющим заподозрить у них скользящую диафрагмальную грыжу стало увеличение расстояния между ножками ПОД.

Из 41 пациента хирургическое вмешательство было выполнено 29 (70,7%): 17-ти пациентам I группы, всем – второй, и двум – третьей с наличием вестибулярной ампулы и клиникой ГЭРБ. Все операции были осуществлены из лапароскопического доступа, используя стандартную хирургическую технику. 2 пациента I группы не были прооперированы в связи с отсутствием клиники ГЭРБ в

одном случае и эффективной консервативной атирефлюксной терапией, во втором.

Выводы: предлагаемый метод диагностики скользящий грыж пищеводного отверстия диафрагмы позволяет выявить и измерить минимальные анатомические изменения в зоне пищеводно-желудочного перехода, указывающие на наличие скользящей диафрагмальной грыж, а также предоставляет данные, указывающие что диастаз диафрагмальных ножек является первичным и ведущим фактором в развитии скользящей грыжи с последующим удлинением френоэзофагеальной мембраны и смещением ПЖП;

ЛИТЕРАТУРА

1. Predictive relationship of hiatal hernia to reflux esophagitis / D.J. Ott [et all.] // Gastrointestinal radiology – 1985. – № 10. – P. 317-320.
2. Kahrilas Peter J., Kim Hyon C., Pandolfino John E. Approaches to the Diagnosis and Grading of Hiatal Hernia / P.J. Kahrilas // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology – 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 601-616.
3. Intermittent spatial separation of diaphragm and lower esophageal sphincter favors acidic and weakly acidic reflux / A.J. Bredenoord [et all.] // Gastroenterology. – 2006. – № 130. – P. 334-340.
4. Skinner D.B., Saunders W. B. Hernias (hiatal, traumatic, and congenital) / D.B. Skinner // Gastroenterology. – 1985. – Vol. 4. – P. 705-716.

ПИЛАТЕС КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СКОЛИОЗА У СТУДЕНТОВ

Журневич Э.В., Венцковская Н.С., Лис М.И., Судак С.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет

Пилатес – это система физических упражнений, которая помогает укрепить мышцы-стабилизаторы, выполняющие роль корсета и зафиксировать нормальное положение тела, а также укрепление всех мышц тела, базирующихся на принципах, гарантирующих ощутимый и продолжительный результат [1].

Чаще всего сколиоз возникает в детском или юношеском возрасте. Это связано с ростом костей в этот период. В зрелом возрасте сколиоз может появляться при малоподвижном образе жизни, а также из-за профессиональной деятельности. Так как однообразное положение в течение дня приводят к деформации позвоночника.

При сколиозе наблюдается дисгармония мышц: с одной стороны они растянуты, а с другой напряжены и спастичны. Впоследствии,