

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 с 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. Стенки 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 дуоденальной 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 назоеюнальный зонд, инфузионную 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. Mileszko**

*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 опухолевая 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 ненужности при ферментативном перитони-

те), 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 «не нужных» 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

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

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно», Гродно, Беларусь

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

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

<sup>1</sup>Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Healthcare 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%) женщины.

Критерии включения в исследование: трудоспособный возраст обследуемых, наличие жалоб на изжогу и/или регургитацию, 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 фиброэзофагогастродуоденоскопия (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, ночные 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, ночные нарушения ритма, морбидное ожирение, СД, метаболический синдром. Для оценки степени выраженности дневной сонливости использовался Эпфортский опросник.

На втором этапе выполнялась инструментальная диагностика сновисимых 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.