

осложненным течением ГЭРБ. *Материалы и методы.* С 2002 по 2008 г в клинике прооперировали по данной методике 48 человек с ГЭРБ, (15 мужчин и 33 женщины в возрасте от 19 до 74 лет, средний возраст 51 ± 4 года). Диагноз ГЭРБ установили по данным эндоскопического и рентгенологического исследований. Суточную рН-метрию проводили до и через 2 месяца после операции с помощью прибора «Гастроскан-24», фирмы «Исток-система» (Фрязино, Россия) с использованием стандартных зондов с 3-мя сурьмяными электродами и накожным хлорсеребряным электродом сравнения. Оценивали: среднее значение рН, % времени с рН<4, число гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР), продолжительность самого длительного ГЭР, количество рефлюксов с рН<4, индекс De Meester. Достоверность определяли по критерию t Стьюдента. *Результаты.*: среднее значение рН в нижней трети пищевода повысилось с $5,86 \pm 0,33$ до $6,51 \pm 0,12$ (N 6-8); снизились % времени с рН<4 с $24,56 \pm 7,26$ до $2,25 \pm 1,33$, $p < 0,01$ (N<4,5); число эпизодов ГЭР более 5 мин – с $11,13 \pm 3,22$ до $0,75 \pm 0,41$ рефл./сут, $p < 0,01$ (N<3,5); самый продолжительный ГЭР – с $36,0 \pm 13,0$ до $6,0 \pm 3,0$ мин, $p < 0,01$ (N<9,2) и индекс De Meester – с $74,72 \pm 20,76$ до $11,01 \pm 5,49$, $p < 0,05$ (N<14,72). *Заключение.* Полученные данные свидетельствуют об арефлюксности конструкции вновь созданной кардии, приводящей к нормализации параметров рН-метрии и функционального состояния пищевода-желудочного перехода.

ЭРИТРОМИЦИН В ДИАГНОСТИКЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Семенихина Т.М., Корочанская Н.В., Оноприев В.В., Рыжих Р.Г., Шабанова Н.Е.

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, Краснодар, Россия

Возможность использования эритромицина, являющегося мотилиномиметиком, для выявления функциональных расстройств мускулатуры тонкого кишечника (ТК) ранее не рассматривалась. У 45 пациентов при комплексном обследовании диагностировали суб- (30 чел., 1-я группа) и компенсированную (15 чел., 2-я группа) стадию хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). В качестве контроля обследовали 10 практически здоровых добровольцев. Во время манометрии внутривенно вводили 50 мг эритромицина (патент РФ №2312582). Оценивали длительность ритмической фазы сократительной активности (3 фаза), ее продолжительность, частоту сокращений и амплитуду волн давления до и после пробы. До проведения теста в контрольной группе продолжительность сокращений в 3 фазу составила $3,9 \pm 0,3$ сек, их частота – $11,2 \pm 0,2$ /мин и амплитуда волн – $51,6 \pm 3,4$ мм рт.ст. Через 7-14 мин после введения эритромицина начиналась внеочередная 3 фаза: продолжительность сократительной активности была $7,1 \pm 1,2$ мин, сокращений – $3,9 \pm 0,1$ сек, их частота – $11,3 \pm 0,4$ /мин, амплитуда волн – $52,5 \pm 2,6$ мм рт.ст, затем возникла фаза покоя. У больных ХДН в сочетании с ГПОД натошак средняя амплитуда волн (мм рт.ст.) в 1-й группе составила $34,2 \pm 4,1$, во 2-й – $47,9 \pm 3,2$; после теста амплитуда волн в 1-й группе стала $36,7 \pm 2,3$, во 2-й – $49,1 \pm 2,4$. Данный показатель в 1-й группе достоверно отличался от контроля. У всех больных с ХДН и ГПОД достоверных изменений в амплитуде волн до и после пробы с эритро-

мицином не получено. Межгрупповых отличий по продолжительности и частоте сокращений, а также в сравнении с контролем – не выявлено. Следовательно, внутривенное введение эритромицина у здоровых людей не влияет на продолжительность, частоту и амплитуду волн в ритмическую фазу сократительной активности. Это служит аргументом в пользу использования теста у больных с ХДН и ГПОД, поскольку стимуляция сократительной активности позволяет получить необходимые данные о состоянии двигательного аппарата ТК, как одной из причин формирования ГПОД.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУСКУЛЬТАЦИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Субботина В.Г., Папшицкая Н.Ю., Огарева М.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

В практической деятельности из физикальных методов исследования врачи используют аускультацию в основном в диагностике заболеваний сердца, легких. Сегодня незаслуженно редко применяют аускультацию органов брюшной полости. Нами были изучены (методом случайной выборки) поликлинические карты 126 больных в возрасте от 40 до 76 лет, только в 5 случаях имелось упоминание об аускультации брюшной полости. Также нами было опрошено 23 врача-терапевта с целью выявления причин не использования аускультации брюшной полости при осмотре больного. Выяснилось, что 11 врачей не используют аускультацию, считая ее не информативной, 7 – сослались на отсутствие времени, 5 врачей помимо причин вышеназванных открыто указали на недостаточное знание методик аускультации брюшной полости. Чаще всего аускультацию живота проводят для оценки кишечных шумов, забывая о шумах сосудистого происхождения. Однако, систолический шум в эпигастрии не является редкой находкой. Он, в сочетании с пульсацией в этой области, указывает на аневризму верхних отделов аорты, чревного ствола или брыжеечной артерии. При наличии выраженных болей в животе или спине в сочетании с грубым шумом над брюшной аортой можно думать о её разрыве. Систолический шум над правым верхним квадрантом обычно указывает на наличие опухолей печени. Шум трения брюшины над печенью выслушивается у больных с гепатомами, в 10% случаев при метастатических опухолях печени. Гораздо реже они встречаются при диффузных воспалительных процессах (абсцесс, гепатиты). Следует отметить, что этот шум неспецифичен, не позволяет проводить дифференциальный диагноз его генеза. Непрерывный шум в эпигастриальной области может встретиться у больных с портальной гипертензией, он при форсировании выдоха при проведении пробы Вальсальвы усиливается, указывает на реканализацию пупочных вен. Систолический шум в левом верхнем квадранте может указывать на патологию селезенки (в основном при ее сосудистых аномалиях). Большое значение имеет аускультация почечных сосудов. Появление систолического шума над проекцией почечных артерий свидетельствует об их стенозе, что может явиться причиной артериальной гипертензии. При инфарктах или опухолях печени, селезенки может выслушиваться шум трения брюшины соответственно в правом и левом верхнем квадрантах живота. У больных с большой селезенкой или гораздо чаще с раком поджелудочной железы, сдавливающей селезеночную артерию, также могут выслушиваться сосудистые шумы над селезенкой. Безусловно, проводить аускультацию брюшной полости у всех больных не имеет смысла, но у пациентов, имеющих