

*Грибок А. С., Сокольчук Д. И.*

## **МАНОМЕТРИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПИЩЕВОДА**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шоломицкая-Гулевич И. А.*

*2-я кафедра внутренних болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Манометрия пищевода высокого разрешения (МВР) является «золотым стандартом» в диагностике нарушений его моторной функции. При этом основными преимуществами этого метода являются точность вычислений, простота проведения и визуализация в режиме реального времени.

**Цель:** проанализировать основные показатели двигательной функции пищевода, полученные при МВР.

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ 18 историй болезни пациентов с патологией пищевода, находившихся на лечении в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» в период с 2018 по 2020 гг., не подвергавшихся хирургическому лечению, которым была выполнена МВР. Исследование проведено с помощью системы GivenImaging, которая состоит из модуля ManoScan HRM (A120), многоцветного 36-ти твердотельнодатчикового зонда, создающего 432 точки определения давления в пищеводе, и программы Manoview. Манометрические результаты систематизированы согласно Чикагской классификации нарушений двигательной функции. Для оценки моторных расстройств учитывали основные манометрические показатели, которые в автоматическом режиме рассчитывала программа: суммарное давление расслабления (IRP), дистальный сократительный интеграл (DCI) и дистальная латентность (DL). Перед проведением МВР всем пациентам выполнена эзофагогастроскопия. Статистический анализ данных проведён с помощью персонального компьютера пакета Statistic for Windows 9.0.

**Результаты и их обсуждение.** В исследуемой группе пациентов было 10 (55,6%) женщин и 8 (44,4%) мужчин в возрасте  $39,0 \pm 9,18$  лет. Наиболее частые жалобы среди больных были отрыжка (44,4%), изжога (21,8%), боль по ходу пищевода (14,3%), реже встречались – кислый привкус во рту (6,0%), затруднение дыхания (3,8%), тошнота (3,0%), першение в горле (3,0%), кашель (2,3%), дискомфорт в эпигастрии (1,0%), икота (1,0%).

Анализируя результаты МВР, нормальная моторика пищевода визуализировалась у 7 (38,9%) пациентов. При этом они имели типичные жалобы со стороны пищевода, а при гастроскопии обнаружены изменения чаще всего в виде недостаточности кардии. Нарушения перистальтики, обусловленные обструкцией пищеводно-желудочного соединения, зарегистрированы у 5 (27,8%) больных. Из них у 1 (20%) пациента выявлено отсутствие сокращений пищевода (IRP  $10,2 \pm 4,35$  мм рт. ст., DCI  $237,8 \pm 18,10$  мм рт. ст.\*см\*с), у 4 (80%) – преждевременные сокращения (IRP  $7,4 \pm 4,35$  мм рт. ст., DCI  $11473,1 \pm 21,12$  мм рт. ст.\*см\*с, DL  $6,8 \pm 0,83$ с). По результатам МВР у этих пациентов была диагностирована ахалазия кардии. Значительные нарушения перистальтики пищевода визуализировали у 3 (16,7%) больных в виде дистального эзофагоспазма (IRP  $11,5 \pm 2,84$  мм рт. ст., DCI  $5000,9 \pm 200,88$  мм рт. ст., DL  $12,8 \pm 0,83$ с). Причем патология чаще развивалась у мужчин (68,2% против 31,8% соответственно,  $p < 0,05$ ). Малые расстройства перистальтики отмечены у 3 (16,7%) пациентов и представлены в виде неэффективной моторики пищевода: более 50% сокращений пищевода были неэффективны, а DCI в среднем составлял  $248,9 \pm 44,56$  мм рт. ст.\*см\*с. У этих больных было доказано наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

**Выводы.** МВР является современным высокотехнологичным методом в диагностике нарушений двигательной функции пищевода. Оценка моторики пищевода важна для принятия окончательного диагноза и определения дальнейшей тактики лечения.