

*Н.В. Пролом,  
С.О. Тарабаров,  
О.О. Галінський,  
А.І. Руденко*

## **ТОНУС ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ПАЦІЄНТІВ З АНАТОМІЧНОЮ НЕОДНОРІДНІСТЮ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,  
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета роботи – порівняння зміни тиску в пілоричному та нижньому стравохідному сфінктері в пацієнтів з килою стравохідного отвору діафрагми та ахалазією кардії.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Дослідження проведено в 20 пацієнтів відділу хірургії органів травлення Державної установи «Інститут гастроентерології НАМН України» за 2017 рік, репрезентативно розподілених на дві групи: I група (n=12) – хворі з килою стравохідного отвору діафрагми (код за МКХ-10 – К 44.), II група (n=8) – хворі з порушенням прохідності нижнього стравохідного сфінктера внаслідок ахалазії кардії (код за МКХ-10 – К 22.0). Для встановлення та підтвердження діагнозу пацієнтам проводили езофагогастродуоденоскопію та рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки. Тонус анатомічних звужень езофагогастродуоденальної зони вимірювали за допомогою пневмобалона під ендоскопічним контролем. Реєстрували в положенні лежачи на лівому боці, шляхом вимірювання тиску при проходженні балона через відповідне звуження травного каналу в напрямку знизу вгору. Використовували датчик УТАН (DPT-248A), який під'єднували через подовжуючий кабель до блоку обробки сигналів підсилюючого та аналогового цифрового перетворювача МНХ-01. Отримані дані оброблялись у цифрованому вигляді, з частотою 1Гц. Показники тиску в досліджуваній ділянці розраховувались як відносна величина піку тиску при проходженні балона через зону звуження мінус фоновий рівень тиску в нижче розташованому відділі травного каналу, виражалась у мм рт. ст.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Встановлено, що в пацієнтів I групи відповідно до патологічних змін у термінальному

відділі стравоходу тиск при проходженні балона в зоні нижнього стравохідного сфінктера зростав на  $7,73 \pm 2,58$  мм рт. ст., а значення максимального тиску, під час його проходження в зоні пілоричного сфінктера, збільшувалось на  $28,99 \pm 4,04$  мм рт. ст. У пацієнтів II групи з ахалазією кардії відмічалось значне зростання тиску при проходженні балона через нижній стравохідний сфінктер у середньому на  $79,84 \pm 14,64$  мм рт. ст. Тонус пілоричного сфінктера відповідав нормальним значенням, тиск на балон під час його проходження через анатомічне звуження на шляху з дванадцятипалої кишки в шлунок зростав на  $16,17 \pm 2,45$  мм рт. ст. При порівнянні тонузу пілоричного сфінктера пацієнтів обох груп виявлено його більший рівень у випадку кили стравохідного отвору діафрагми за показниками манометрії на 79% ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками II групи. Причиною цього може бути порушення узгодженої нервової регуляції внаслідок механічних впливів кили на провідні шляхи вегетативної нервової системи, а саме порушення холінергічних волокон блукаючого нерва за рахунок виділення в його закінченнях ацетилхоліну, що підсилює моторику шлунка, що компенсаторно призводить до посилення тонузу сфінктера. Це призводить до порушення симпатичних адренергічних волокон черевного нерва і, як наслідок, активації  $\beta$ -адренорецепторів постсинаптичних мембран міоцитів пілоричного сфінктера, що викликає підвищення його тонузу.

### **ПІДСУМОК**

Виявлено зростання тонузу пілородоуденального сфінктера в пацієнтів з килою стравохідного отвору діафрагми, детальна локалізація причин та встановлення механізмів формування потребує подальших досліджень.