

Шаверская Э. Ш.,
Ефремова Л. И., Кари-
мова Л. М., Сысоев К. В.,
Марданов Д. Н.
ГП № 1, Ижевск, Ижевская
ГМА, Россия

Исследование двигательной функции желудка у пациентов с ГЭРБ

Цель исследования: изучение особенностей моторной функции желудка у пациентов с изолированным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и в сочетании ГЭРБ с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы исследования. Обследованы 37 больных ХОБЛ в сочетании с ГЭРБ и 46 пациентов с изолированной ГЭРБ. Моторная функция желудка изучалась методом периферической электрогастрографии с использованием электрогастрографа ЭГГ-4М в два этапа по 40 минут каждый. Первый этап — проведение электрогастрографии утром натощак, второй этап — после стандартного завтрака. В зависимости от частоты регистрации сократительных циклов были выделены три типа моторно-эвакуаторной деятельности желудка: нормогастрия (2–4 цикла/мин), тахигастрия (более 4 циклов/мин) и брадикастрия (менее 2 циклов/мин).

Результаты исследования. При оценке электрогастрограмм натощак было выявлено, что миоэлектрическая активность желудка у больных ГЭРБ и ХОБЛ характеризовалась преобладанием брадикастрии — (1,3±0,1) цикл/мин у 24 пациентов — (64,9±7,8)%, $p < 0,001$. Нормогастрия — (2,36±0,3) цикл/мин — была выявлена у 10 пациентов с ГЭРБ

и сопутствующей ХОБЛ — (27,0±7,3)%, $p < 0,001$); тахигастрия — (4,7±0,2) цикл/мин — у 3 — (8,1±4,5)%. У пациентов с изолированной ГЭРБ также преобладала дисмоторика желудка по брадикастрическому типу — (1,20±0,04) цикл/мин, $p < 0,001$ у 27 пациентов — (58,7±4,9)%, $p < 0,001$, но нарушения моторики по тахигастрическому — типу (4,8±0,2) цикл/мин — отмечены в 2 раза чаще — у 8 (17,4±3,8)% пациентов. После приема пищи у большинства пациентов в обеих группах определялись синдромы брадикастрии и тахигастрии. Помимо частотного анализа, был рассчитан коэффициент отношения амплитуды сигнала, соответствующей доминирующей частоте, после стандартного завтрака к амплитуде сигнала натощак. У больных ГЭРБ и ХОБЛ этот показатель был достоверно ниже 0,8±0,1 ($p < 0,001$) в сравнении с контрольной группой — 1,9±0,1.

Выводы. По данным проведенных исследований нарушение двигательной функции желудка у пациентов с ГЭРБ как в сочетании с ХОБЛ, так и при изолированном течении, характеризуется преобладанием брадикастрического типа ЭГГ. Уменьшение амплитудного коэффициента можно расценивать как снижение реакции желудка на прием пищи и/или растяжение желудка натощак.

Функциональные и органические заболевания кишечника

Лантухов Д. В., Эфендиев А. О., Вологжанин Д. А.,
Васильев Е. В.
Военно-медицинская
академия им. С. М. Кирова,
Городская больница № 40,
Санкт-Петербург, Россия

Алгоритм диагностики целиакии у взрослых

Согласно результатам ряда исследований, атипичные, бессимптомные формы целиакии выявляются среди взрослого населения в 7 раз чаще, что представляет собой одну из проблем современной гастроэнтерологии. Внедрение в практику новых серологических маркеров целиакии приводит к совершенствованию существующих алгоритмов диагностики. В качестве скринингового метода у пациентов с низкой вероятностью целиакии используется определение уровня IgA к тканевой трансглутаминазе (tTG) и уровня общего IgA.

При низких титрах tTG IgA и общего IgA определяют уровень tTG IgG и антитела к деаμιрированным пептидам глиаина (DGP IgG). В случае низких уровней tTG IgG, DGP IgG и отрицательных результатов исследования tTG IgA при нормальном уровне общего IgA диагноз целиакии исключается.

При высоком титре tTG IgG и DGP IgG рекомендовано выполнение ФГДС с прицельной биопсией

и гистологическим исследованием. В случае обнаружения в биоптате укорочения кишечных ворсинок, углубления крипт, лимфоцитарной инфильтрации собственной пластинки при высоких титрах tTG IgA в крови пациента устанавливается диагноз «целиакия».

В случае отрицательного результата гистологического исследования и низкого титра tTG IgA диагноз «целиакии» исключается.

При расхождении данных биопсии и результатов серологического исследования диагноз «целиакии» ставится под сомнение. В этом случае рекомендовано выполнение генетического исследования (выявление аллелей DQ2 и DQ8) и повторное определение уровня общего IgA и/или tTG IgG и DGP IgG.

Внедрение в практику современных алгоритмов позволяет существенно повысить эффективность диагностики целиакии, включая как классические, так и малосимптомные формы заболевания.

Левченко С. В., Лазебник Л. Б.
Московский государствен-
ный медико-стоматоло-
гический университет
им. А. И. Евдокимова

Оценка воспалительной реакции в слизистой оболочке при дивертикулярной болезни толстой кишки по уровню фекального кальпротектина.

Цель: установить взаимосвязь кальпротектина в кале с воспалительным процессом в слизистой оболочке толстой кишки.

Материалы и методы: обследовано 78 больных с невоспалительными хроническими заболеваниями толстой кишки, из них 25 — СРК (группа контроля), 53 — с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДвБ). Возраст больных 58–83 года. Диагноз верифицировали клиническими, рентгенологическими, эндоскопическими и иммунологическими методами. Иммуноферментным методом в ткани толстой кишки определяли TNF α , γ -IFN (Bender MedSystems GmbH), в образцах кала

кальций-зависимый маркер воспаления — кальпротектин (ФК) (Buhlmann). Статистическая обработка «Statistica 6.0».

Результаты: У 72% (38 больных) ДвБ концентрация ФК колебалась от 47 до 103 мкг/г (средние значения 72,4±12,3 мкг/г). 23 больных лечились нестероидными противовоспалительными средствами, у 5 выявлены антитела к иерсениам. При СРК уровень ФК у 17 больных был ниже, чем при ДвБ (от 4 до 40 мкг/г), у 8 больных — повышен (61,8 ± 7,6 мкг/г). Возможно бактериальное и лекарственное повреждение слизистой кишки. Воспалительная реакция подтверждена повышением