

ЦЕЛИАКИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ.

Дзезбисова Ф. С.-к. м. н.; Базрова Ф. В., к. м. н.; Туаева Л. С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ

E-mail: dzebisovaf@bk.ru

Цель нашего исследования: изучить частоту встречаемости антител — маркеров целиакии у детей из группы риска: с сахарным диабетом I типа, длительным диарейным синдромом, задержкой физического развития, дефицитом веса.

Материал и методы исследования. Иммуноферментный анализ с определением антител к глиадину и тканевой трансглутаминазе.

Результаты исследования. Обследованы 56 больных детей и подростков с сахарным диабетом I типа, из них 23 мальчика (41%) и 33 девочек (59%), находившихся на стационарном лечении в РДКБ г. Владикавказ. У всех исследуемых детей результаты серологического скрининга были в пределах нормальных значений. Группа больных детей в количестве 150 в возрасте от 7 мес. до 7 лет, находящихся на лечении с диагнозом: острая кишечная инфекция. Из них у 10 (15%) детей в возрасте до 2 лет отмечено превышение показателей АтТГ и АтГл класса IgA. В ходе обследования у этих детей выявлена высокая концентрация общего IgE в сыворотке крови. Известно, что ложноположительные результаты можно получить при пищевой аллергии и традиционные серологические тесты менее эффективны для диагностики детей младше 2 лет.

Выводы. Существующие возможности позволяют своевременно ставить диагноз целиакии и назначать адекватное лечение, предотвращая тяжелые последствия как нарушенного кишечного всасывания, так и иммунопатологического процесса. Эти же методы позволяют в течение всей жизни пациента осуществлять мониторинг и своевременно проводить корректирующую терапию, что обеспечивает высокое качество жизни больным.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ

Шурпо Е. М., М. А. Прохорова, Л. И. Карпова

ГБОУ ВПО «РязГМУ» Минздрава России, Рязань, Россия

Цель исследования. Оценка нарушений двигательной функции кишечной трубки у больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), основываясь на изучении биоэлектрической активности желудка, двенадцатиперстной кишки, тощей кишки, подвздошной кишки, толстой кишки.

Материал и методы исследования. Наблюдались 20 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК) и 10 больных вторичной билиарной дисфункцией (БД). Диагноз был подтвержден в результате

амбулаторного и стационарного обследования и лечения в гастроэнтерологическом стационаре. Все пациенты были обследованы в соответствии со «Стандартами (протоколами) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения» (Приказ МЗ РФ № 125 от 17.04.1998 г.). Для оценки моторно-эвакуаторной функции ЖКТ применяли периферическую электрогастроэнтерографию (ЭГЭЖГ) с оценкой 3 показателей: электрической активности, коэффициенту ритмичности и коэффициенту соотношения.

Результаты исследования. У больных функциональными нарушениями ЖКТ (ФЗ ЖКТ) наблюдались изменения электрической активности мускулатуры пищеварительной трубки. По сравнению с результатами периферической ЭГЭЖГ у здоровых лиц у больных имелись повышение электрической активности тонкого кишечника ($16,06 \pm 4,38$, при норме — $8,08 \pm 4,01$), дискоординация моторики (нарушение периодических сокращений) желудка и ДПК ($23,71 \pm 6,43$ при норме $10,4 \pm 5,7$), подвздошной кишки и толстой кишки ($0,66 \pm 0,29$ при норме $0,13 \pm 0,08$). Выявлены непропульсивные сокращения всех отделов ЖКТ: желудок ($30,2 \pm 2,4$ при норме $4,85 \pm 2,1$), ДПК ($7,3 \pm 0,59$ при норме $0,9 \pm 0,5$), тощая кишка ($17,0 \pm 9,9$ при норме $3,43 \pm 1,5$), подвздошная кишка ($17,25 \pm 4,9$ при норме $4,99 \pm 2,5$), толстая кишка ($46,88 \pm 3,6$ при норме $22,85 \pm 9,8$).

Заключение. Периферическая ЭГЭЖГ позволяет достоверно оценить электрическую активность ЖКТ, не имеет противопоказаний и хорошо переносится всеми больными. Её можно проводить многократно для оценки динамики оцениваемых показателей во время лечения. Наиболее чувствительным показателем периферической ЭГЭЖГ является коэффициент ритмичности.

МЕБЕВЕРИНА ГИДРОХЛОРИД — РАЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И РАЗНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Бутов М. А., д. м. н., проф.; Шурпо Е. М., к. м. н.;

Кузнецов П. С., доц.; Шелухина С. В., к. м. н.; Карпова Л. И.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Цель исследования. Оценка клинической идентичности дюспаталина и ниспама у больных дисфункциями билиарного тракта и кишечника.

Материал и методы исследования. Наблюдались 70 больных, страдающих функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ФЗ ЖКТ). 1-я группа — 35 больных вторичной билиарной дисфункцией (БД): 1А — 20 и 1Б — 15 человек. 2-я группа — 35 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК): 2А — 15 и 2Б — 20 человек. В подгруппах 1А и 2А больные получали дополнительно дюспаталин, а в подгруппах 1Б и 2Б — ниспам по 200 мг 2 р/д 14 дней. Эффективность лечения оценивали в 1–2 и 13–14-й день наблюдения: при БД — фракционным дуоденальным зондированием (ФДЗ) с анализом графиков желчевыделения, а при

СРК — периферической электрогастроэнтерокологией (ЭГЭКГ).

Результаты исследования. Лечение больных БД дюспаталином уменьшало на 10,2% время латентного периода, снижало индекс сопротивления на 9,5% ($p < 0,001$). Увеличились время сокращения желчного пузыря ($p < 0,001$), объем пузырной желчи ($p < 0,05$), снизились эффективный выброс желчного пузыря и индекс его сократительной активности. Индекс остаточного холестатического давления не изменился. Индекс секреторного давления печени возрос ($p < 0,05$).

Динамика показателей желчевыделения у больных БД на фоне лечения ниаспамом была слабее.

У больных СРК получавших дюспаталин, изменений электрической активности мускулатуры ЖКТ не было. Прием ниаспама достоверно изменял электрическую активность подвздошной кишки: до лечения — $16,06 \pm 4,38$, после — $11,63 \pm 2,25$ ($p < 0,05$); коэффициент ритмичности желудка: до лечения — $30,2 \pm 2,4$, после — $13,3 \pm 8,05$ ($p < 0,0001$); тощей кишки: до лечения — $17,0 \pm 9,9$ и после — $7,8 \pm 2,4$ ($p < 0,05$); подвздошной кишки: до лечения — $17,25 \pm 4,9$, после — $10,6 \pm 3,5$ ($p < 0,05$), улучшилась координированность сокращений всех отделов ЖКТ ($p < 0,05 - 0,01$).

Заключение. Дюспаталин и ниаспам, имея в качестве действующего вещества идентичную дозу мебеверина гидрохлорида, по-разному влияют на разные отделы кишечника. Дюспаталин эффективен при БД, но мало влияет на моторную функцию нижних отделов кишечника.

Ниаспам слабо влияет на моторику желчевыводящих путей, но достоверно улучшает координированность сокращений всех отделов кишечника.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

*Тарасенко С. В., Песков О. Д., Соколова С. Н.,
Копейкин А. А., Зайцев О. В., Рахмаев Т. С.,
Баконина И. В., Афтаев В. Б., Кузнецов Ю. Н.,
Леонченко С. В., Левитин А. В.*

*Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова, г. Рязань*

Цель исследования. Улучшение ближайших результатов хирургического лечения опухолей периампуплярной зоны (ПАО) путем совершенствования тактики и техники радикального хирургического вмешательства.

Материал и методы исследования. Мы располагаем опытом 306 резекционных вмешательств (ПДР) по поводу злокачественных новообразований периампуплярной зоны, что составило 36,7% от числа всех больных с ПАО. Из числа радикально оперированных больных в 18 случаях диагностирован рак холедоха, у 20 больных рак фатерова соска (папиллярная форма), рак 12-перстной кишки

с прорастанием в головку поджелудочной железы (2 больных). IPMN диагностирована в 10 наблюдениях. В остальных случаях имел место рак головки рансгеас (преобладающей гистологической формой (75%) была протоковая низко- и умеренно дифференцированная аденокарцинома).

Изучался уровень опухолевых маркеров (СА 19-9, СЕА). Инструментальные методы: КТ, МРТ, УЗИ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, у части больных чрескожная аспирационная биопсия опухоли. При определении сроков оперативного лечения больных с синдромом подпеченочного холестаза считали необходимым учитывать степень гепатодепрессии по разработанной классификации, основанной на клинических и биохимических критериях.

Результаты исследования. При II–III степени гепатодепрессии осуществляли предварительные малоинвазивные вмешательства. Радикальные операции выполнены в условиях полной нормализации функционального состояния печени у 40 больных (при этом уровень билирубинемии был от 27 до 110 мкмоль/л. ч). В четырех случаях ПДР выполнена на фоне гепатодепрессии I степени, еще у четверых больных в условиях II степени гепатодепрессии. Методики выполнения ПДР и ППДР отличались способом мобилизации панкреатодуоденального комплекса, различной техникой выполнения панкреато- (панкреатико) еюно- и гепатикоеюноанастомозов в зависимости от морфологической характеристики поджелудочной железы, диаметра и структуры стенки общего желчного протока.

Выводы. Большой размер опухоли у целого ряда больных позволяет выполнить стандартный объем панкреатодуоденальной резекции. Не существует уникального «наилучшего» способа панкреатодигестивного анастомоза, его выбор определяется особенностями морфологии поджелудочной железы, диаметром и расположением ГПП и рядом других обстоятельств. При определении сроков оперативного лечения следует руководствоваться не уровнем общего билирубина плазмы, а степенью гепатодепрессии. Радикальность операции по поводу рака головки поджелудочной железы во многом определяется способом и полнотой удаления крючковидного отростка и его связки. Радикальные операции при злокачественных новообразованиях панкреатодуоденальной зоны сопровождаются низкой ранней послеоперационной летальностью, существенно повышая качество жизни больного, как минимум в первые пять месяцев послеоперационного периода.