

НАРУШЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Орешко Л. С., Журавлева М. С., Прокофьева Н. А.

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздравсоцразвития РФ», Санкт-Петербург, Россия

E-mail: mariyabalagaeva@yandex.ru

Известно, что нарушения моторики пищеварительной трубки и сфинктерных аппаратов приводят к отклонениям в работе пищеварительного конвейера и влияют на всасывание основных пищевых ингредиентов, витаминов, макро- и микроэлементов. Исходя из основ физиологии, двигательная активность ЖКТ представляет собой взаимосвязанный циклический процесс возбуждения и сокращения гладкомышечных клеток, в основе которого лежат процессы, определяющие характер и особенности моторики. Мышечная ткань пищеварительного канала реагирует на различные стимулы как единое целое путем повышения электрической и механической активности, определенные зоны мышечной ткани действуют как электрические водители ритма — пейсмекеры. По данным различных исследований, расстройства моторики желудочно-кишечного тракта могут выступать важным патогенетическим фактором развития многих гастроэнтерологических заболеваний, характеризующихся разнообразными по степени выраженности абдоминальными болями и диспепсическими синдромами, или могут возникать вторично на фоне длительного течения ряда других заболеваний органов пищеварения [1; 2; 5; 6]. Целиакия является одним из ярких примеров хронического заболевания органов пищеварения, клиническая картина которого сопровождается комбинированным нарушением моторики различных отделов пищеварительной трубки и функции сфинктерных аппаратов. Это генетически детерминированное мультифакториальное заболевание, обусловленное генетически детерминированным дефектом дипептидаз энтероцита с нарушением расщепления глиадина, повреждением ультраструктуры энтероцитов слизистой оболочки тонкой кишки и развитием атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и связанного с ней синдрома мальабсорбции. В настоящее время данные о распространенности заболевания подвергаются пересмотру. Согласно ранее опубликованным сведениям, распространенность целиакии колеблется в широких пределах. Недавние скрининговые исследования, в ходе которых в качестве

диагностических маркеров использовалось определение антител, показали, что распространенность целиакии в ряде европейских стран, в частности в Финляндии, Швеции и Англии, составляет 0,5–1,0% населения, что связано с выявлением большого количества не диагностированных ранее случаев [3; 4; 7; 8]. В России сведений о распространенности целиакии среди взрослого населения не имеется, так и общепринятой классификации целиакии взрослых до сих пор не выработано. Спектр клинических проявлений целиакии разнообразен, наряду с классической симптоматикой — диареей и синдромом мальабсорбции — у взрослых больных целиакия может протекать с запорами, а также часто с внекишечными проявлениями или бессимптомно [3]. Постоянные классические симптомы целиакии являются главной причиной обращения пациентов за врачебной помощью. Однако от 65% до 75% больных с малосимптомной клинической манифестацией данного заболевания не обращаются к врачу.

Патогенез двигательных нарушений органов пищеварительной системы при целиакии остается малоизученным. Однако есть все основания предположить, что это многофакторный процесс, в основе патофизиологических изменений которого лежат 3 основных компонента: дисфункция автономной нервной системы; дисрегуляция секреции и действия гормонов; метаболические нарушения, связанные с мальабсорбцией, определяющие поражение различных отделов желудочно-кишечного тракта. Изменения на любом уровне регуляции могут приводить к нарушению моторно-эвакуаторной функции и появлению гастроэнтерологической симптоматики. Так или иначе, в результате повреждения слизистой оболочки при всех формах клинического течения имеет место нарушения мембранного пищеварения, кишечного всасывания, моторно-эвакуаторной функции и различные метаболические и дефицитные состояния, которые лежат в основе жалоб.

Клиническая симптоматика заболевания определяется вовлечением в патологический процесс



не только тонкой кишки, но и других органов пищеварения и систем. Именно поэтому, а также на основании наличия анатомических и функциональных связей пищевода, желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы и кишки исключается вероятность длительного изолированного течения патологии. Следовательно, в условиях метаболического дефекта функционирование систем, обеспечивающих мембранное и пристеночное пищеварение и моторику, изменяется на всех уровнях. В итоге развитие хронической гастроэнтерологической патологии существенно влияет на моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта у больных целиакией. Признание этих фактов может лечь в основу совершенствования патогенетической терапии целиакии, тем более что в настоящее время симптоматическое лечение в большинстве случаев оказывается недостаточно эффективным и не способствует стойкой ремиссии заболевания, а единственным безальтернативным способом патогенетической терапии является диета с исключением глютеносодержащих продуктов.

Цель исследования — изучение особенностей моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта у больных целиакией взрослых.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 27 пациентов с целиакией в возрасте от 19 до 57 лет, среди них 10 мужчин и 17 женщин. Всем пациентам проводилась периферическая электрогастроэнтерография на гастроэнтеромониторе «Гастроскан ГЭМ» (НПО «Исток-Система», г. Фрязино) в стандартном режиме (стандарт-ЭГЭГ) согласно разработанной методике.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивашкин, В. Т.* Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин, А. С. Труханов // РЖГК. — 2010. — Т. 20, № 2. — С. 13–19.
2. *Орешко, Л. С.* Исторические и клинические аспекты целиакии: монография / Л. С. Орешко. — СПб., 2011. — 108 с.
3. *Парфенов, А. И.* Целиакия. Эволюция представлений о распространенности, клинических проявлениях и значимости этиотропной терапии / А. И. Парфенов. — М., 2007. — 376 с., ил.
4. *Смирнова, Г. О.* Нарушения моторной функции желудочно-кишечного тракта у хирургических больных: диагностика, выбор метода лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г. О. Смирнова. — М., 2011. — 50 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ данных стандарт-ЭГЭГ показал, что у 19 пациентов (70%) выявлены признаки гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюкса как натощак, так и после стандартной пищевой стимуляции. При стандартной пищевой стимуляции определялся неадекватный и недостаточный ответ желудка и двенадцатиперстной кишки. У 8 пациентов (30%) натощак наблюдали гипертонус желудка и тонкой кишки, а именно повышение относительной мощности P_i/P_s желудка (более 34%), ДПК (более 3,30%), тощей кишки (более 5,0%) и подвздошной кишки (более 12,10%), а также гиперкинезику желудка и двенадцатиперстной кишки после стандартной пищевой стимуляции. Такие нарушения моторики, как снижение тонуса желудка, двенадцатиперстной кишки и рефлюксы после пищевой стимуляции, встречались чаще, чем гипертонус желудка и тонкой кишки натощак ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у обследованных имелись функциональные нарушения моторно-эвакуаторной деятельности верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а метод Стандарт-ЭГЭГ может быть рекомендован для выявления моторно-эвакуаторных нарушений органов желудочно-кишечного тракта. Несмотря на приверженность диетотерапии, симптоматическая терапия чрезвычайно востребована для пациентов с целиакией в практике гастроэнтерологов. В этой связи очевидно, что на фоне традиционной патогенетически обоснованной диеты включение в терапию больных целиакией препаратов, нормализующих моторику, имеет не только симптоматическое, но и патогенетическое значение.

5. *Ткаченко, Е. И.* Питание, эндоэкология человека, здоровье, болезни. Современный взгляд на проблему их взаимосвязей / Е. И. Ткаченко // Тер. арх. — 2004. — № 2. — С. 67–71.
6. *Чернякевич, С. А.* Моторная функция верхних отделов пищеварительного тракта в норме и патологии / С. А. Чернякевич // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1998. — № 2. — С. 33–39.
7. *Fasano, A.* Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum / A. Fasano, C. Catassi // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 120. — P. 636–651.
8. *Mäki, M.* Coeliac disease / M. Mäki, P. Collin // Lancet. — 1997. — Vol. 349. — P. 1755–1759.