

### 001. СОСТОЯНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ МОТОРИКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Абдулганиева Д.И., Белянская Н.Э.  
Казанский Государственный Медицинский Университет, Россия

Цель исследования. Оценить состояние гастродуоденальной моторики у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследование были проспективно включены 39 больных ревматоидным артритом, средний возраст -  $41,72 \pm 13,08$ , продолжительность заболевания -  $8,13 \pm 6,74$ . Боли в эпигастрии отмечали 27(69,2%), изжогу - 26(66,7%), отрыжку - 34(87,2%), тяжесть в эпигастрии - 15(38,5%), тошноту - 7(17,9%) больных РА.

В качестве группы контроля были обследованы 14 практически здоровых добровольцев. Всем обследуемым из группы контроля и 34 больным ревматоидным артритом проводилась рН-метрия (суточное мониторирование соляной кислоты) при помощи системы для длительного непрерывного мониторирования «Гастроскан-24», изготовленной НПО «Исток-Система» (г.Фрязино, Московская область).

Результаты. При изучении показателей 24-часовой рН-метрии в контрольной группе было выявлено повышение ночного кислотообразования: рН в дневное время -  $2,79 \pm 0,83$ , в ночное время -  $2,41 \pm 1,02$  ( $p < 0,05$ ). В группе больных РА происходило снижение уровня интрагастральной кислотности в ночное время: рН в дневное время -  $2,91 \pm 1,25$ , ночью -  $3,53 \pm 1,77$  ( $p < 0,05$ ).

Щелочные дуоденогастральные рефлюксы в ночное время наблюдались у 5(35,7%) человек из группы контроля и у подавляющего большинства больных РА - у 23(67,7%) человек ( $p < 0,05$ ). Продолжительность рефлюксов в контрольной группе составила  $53,4 \pm 48,0$  мин, в группе больных РА -  $268,2 \pm 157,8$  мин ( $p < 0,05$ ).

Больные РА с выявленными дуоденогастральными рефлюксами имели как диспептические жалобы, так и жалобы на боль в эпигастральной области.

Выводы. Характер изменения рН в течение суток в группе больных РА может быть обусловлен появлением ночных щелочных дуоденогастральных рефлюксов, свидетельствующих о нарушении гастродуоденальной моторики. Выявленные моторные нарушения могут играть значимую роль в развитии диспептического и абдоминального болевого синдромов у больных РА.

### 002. СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Абдуллоев А, Расулов У.Р, Абдурахмонов А.Р, Дустов А.

Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан Институт гастроэнтерологии, г. Душанбе, Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан

Цель: изучить особенности клинического течения сочетанные поражения верхних отделов пищеварительного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. Обследованы 110 больных СРК. Диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливался на основании критериев СРК, определенных III Римским консенсусом, с учетом рекомендаций «Проекта рабочего протокола диагностики и лечения функциональных заболеваний органов пищеварения. Группу сравнения составили 60 больных заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без СРК. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных больных составил  $43,1 \pm 3,6$  года. Среди пациентов абсолютно преобладали мужчины. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Продолжительность заболевания колебалась от 3-х до 10 и более лет. При изучении состояния верхних отделов пищеварительного тракта у больных с СРК установлено, что симптомы, характерные для поражения верхних отделов пищеварительного тракта выявлены у  $38,0 \pm 2,8\%$  больных с СРК. При этом наиболее часто выявляемый симптом – тошнота, отмечается у  $24,8 \pm 2,3\%$  больных, изжога отмечается у  $8,5\% \pm 2,0$  пациентов, отрыжка у  $11,0 \pm 3,1\%$  больных и халитоз - у  $4,1 \pm 1,2\%$  больных. При проведении фиброгастроскопии изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных с СРК выявляются значительно чаще, чем клинические признаки, и отмечаются у  $80,4 \pm 4,8\%$  больных. При анализе состояния слизистой пищевода у больных основной группы эндоскопические признаки эзофагита выявлены у  $40,0 \pm 6,0\%$  от числа обследованных. При этом эрозивный эзофагит выявлен у каждого пятого больного с СРК - у  $13,0 \pm 4,1\%$ . При анализе поражения пищевода в зависимости от клинического варианта синдрома раздраженного кишечника, установлено, что эндоскопические признаки эзофагита чаще выявляются у больных с СРК с преобладанием диареи, по сравнению с больными с клиническими вариантами СРК с преобладанием запоров и преобладанием болей и метеоризма ( $69,2 \pm 9,2\%$ , против  $40,7 \pm 9,6\%$  и  $42,9 \pm 9,5\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ). При этом эрозивные поражения пищевода с равной частотой встречаются при всех клинических вариантах синдрома раздраженного кишечника ( $19,2 \pm 7,9\%$  больных с СРК с запорами,  $14,8 \pm 7,0\%$  больных с СРК с диареей и  $14,3 \pm 6,7\%$  пациентов с СРК с болями и метеоризмом,  $p > 0,05$ ). Наиболее характерными эндоскопическими изменениями гастродуоденальной зоны для больных со всеми клиническими вариантами СРК являются поверхностный гастрит и дуоденит, имевшие место у  $57,3 \pm 3,2\%$ . Кроме того у  $13,0 \pm 2,9\%$  больных с СРК слизистая оболочка желудка была неравномерно гиперемирована и имела участки гиперплазии, что соответствовало смешанному гастриту, у  $9,8 \pm 3,9\%$  пациентов выявлены эндоскопические признаки субатрофии слизистой, а у  $8,1 \pm 2,1$  больных СРК при эндоскопии определялись на фоне разлитой гиперемии единичные плоские дефекты, покрытые налетом фибрина, что соответствует картине эрозивного гастродуоденита. Структура поражения слизистой гастродуоденальной зоны также не зависела от