

47. Laudonno O., Garrido T., Cinentes P., et al. Prediction of rebleeding after endoscopic therapy in patients with peptic ulcer hemorrhage // World Congresses of Gastroenterology. – Vienna, 1998. – Fol M 4295. – P.626.

48. Macri G., Milani S., Surrenti E., et al. Эрадикация *Helicobacter pylori* снижает частоту повторных кровотечений у больных с дуоденальными язвами: оценка отдаленных результатов // Gastroenterology et Hepatology (Abstracts from the Latest Publications). – 1999. – №1. – С.1.

49. Messman H., Schaller P., Andus T., et al. Effect of programmed endoscopic follow-up examination on the rebleeding rate of gastric or duodenal peptic ulcers treated by injection therapy: A Prospective Randomized Controlled Trial // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30. №7. – P.583-589.

50. Miller L.S., Friedman L.S. The endoscopic Doppler and ulcer rebleeding risk: probing the source // Gastroenterology. – 1992. – Vol. 102. – P.734-736.

51. Mondardini A., Barltti C., Rocca G., et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding and Fofest's classification: Diagnostic agreement between endoscopists from the same area // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30. №6. – P.508-512.

52. Ondrejka P., Sugar I., Rath Z., Faller J. The use of modified Baylor score in the prediction of rebleeding in peptic ulcer hemorrhage // Acta Chirurgica Hungarica. – 1997. – Vol. 36. №1-4. – P.270-273.

53. Rollhauser C., Eleischer D.I. Ulcer and Nonvariceal bleeding (Review) // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31. №1. – P.17-25.

54. Romero G.M., Vargas J., Utrilla D., et al. Prospective study on the influence of gastroduodenal ulcer hemorrhage on the diagnostic methods in *Helicobacter pylori* infection // Gastroenterologia y Hepatologia. – 1998. – Vol. 21. №6. – P.267-271.

55. Scobie B.A. Prognosis of completely bleeding gastric ulcer // New Zel. Med. J. – 1979. – Vol. 89. №635. – P.344-345.

56. Shafi M., Fleischer D. Risk factors of acute ulcer bleeding // Hepatogastroenterology. – 1999. – Vol. 46. №26. – P.727-731.

57. Shim S., Kim S., Park S., et al. Clinical review of gastrointestinal bleeding // World Congresses of Gastroenterology. – Vienna, 1998. – Exh B 1149. – P.96.

58. Thon K.P., Staltring H. Operative Blutstillung bei Rezidivblutung nach endoskopischer Blutstillung-indikation und Ergebnisse // Bilgebung. – 1995. – Bd. 62. – Suppl. 2. – S.22-28.

59. Wang B., Mok K., Chang H., et al. APACHE II score: a useful tool for risk assessment and aid to decision making in emergency operation for bleeding gastric ulcer // Journal of the American College Surgeons. – 1998. – Vol. 187. №3. – P.287-294.

60. Winkeltau G., Arit G., Truong S., Schupelick V. Endoscopic emergency therapy and early elective operation of at risk bleeding types in gastroduodenal ulcer hemorrhage - a prospective study // Zentralblatt für Chirurgie. – 1995. – Bd. 120. – №2. – P.110-115.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Белобородов Владимир Анатольевич – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Антонов Вячеслав Николаевич – врач-эндоскопист; Генич Евгений Вячеславович – хирург; Павлов Леонид Юрьевич – ассистент

© СИТНИКОВА У.Б., БАЛАБИНА Н.М. – 2010

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У БОЛЬНЫХ ИБС

У.Б. Ситникова, Н.М. Балабина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. – д.м.н. Н.М. Балабина)

Резюме. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, также как и ишемическая болезнь сердца, являются широко распространенными заболеваниями, с возрастом частота которых возрастает. Поэтому сочетание ГЭРБ и ИБС является частой клинической ситуацией и представляет собой важную проблему. Научный обзор освещает современное состояние проблемы взаимоотношений этих заболеваний.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, ишемическая болезнь сердца, научный обзор.

CLINICOPATHOGENETIC MEANING OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

U.B. Sitnikova, N.M. Balabina
(Irkutsk State Medical University)

Summary. Gastroesophageal reflux disease (GERD) as well as ischemic heart disease (IHD) are widespread illnesses whose rate increases with age. Therefore GERD and IHD combination is a frequent clinical situation and represents a serious problem. The scientific review elucidates the present situation of the problem of these diseases correlation.

Key words: gastroesophageal reflux, ischemic heart disease.

В последние годы всё большее внимание уделяется совершенствованию диагностики и лечения сочетанных заболеваний органов пищеварения и других систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной) [1,5,26,29,33,40,42,45]. Однако многие проблемы возникновения данных сочетаний до сих пор окончательно не решены. Особый интерес вызывает сочетание патологии желудочно-кишечного тракта с ишемической болезнью сердца (ИБС).

ИБС принадлежит к числу наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, в основе которого лежит дисфункция эндотелия с последующим развитием стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, сопровождающегося коронарной недостаточностью. Распространенности ИБС в начале XXI века во всех странах мира способствует ухудшение экологической среды обитания, рост табакокурения и злоупотребления алкоголем, артериальной гипертензии, ожирения, загрязнение атмосферы, применение новых продуктов питания и консервантов, малоподвижный

образ жизни, которые ведут к дисфункции эндотелия и инициации атеросклеротического процесса в коронарных сосудах. Пик заболеваемости приходится на средние и старшие возрастные группы, причем с возрастом число больных увеличивается [9,35]. В подгруппе 45-54-летних мужчин заболеваемость составляет 2,0-5,0%, в подгруппе 65-74-летних – 11,0-20,0%. Аналогичные показатели среди женщин: 0,5-1,0% и 10,0-14,0% соответственно. В возрасте старше 75 лет разница между мужчинами и женщинами стирается (данные Европейской ассоциации кардиологов). Тревожит тенденция к увеличению не только числа пациентов с ИБС, но и к утяжелению этого заболевания среди молодых мужчин и лиц старших возрастных групп. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что одной из причин возникновения ИБС являются заболевания желудочно-кишечного тракта [19,28,34,37,51,53,56]. В связи с этим в работах последних лет всё большее внимание уделяется сочетанию ИБС с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) [24,37].

Некоторые исследователи подчёркивают единый механизм возникновения данной сочетанной патологии – эндотелиальная дисфункция, сопровождающаяся нарушением микроциркуляции как в миокарде, так и в слизистой желудочно-кишечного тракта [24]. Действительно, этими авторами найдена большая частота поражения органов пищеварения при ИБС.

Во-первых, микроциркуляторные нарушения у больных ИБС, особенно в пожилом возрасте, приводят к сдвигу тканевого кислотно-щелочного баланса, нарушению прочности эпителиального пласта – важнейшего фактора защиты пищевода от агрессивного воздействия рефлюксированного желудочного содержимого. Это сопровождается формированием и прогрессированием у больных ИБС гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Во-вторых, нитраты и антагонисты кальция, используемые в качестве антиангинальной терапии при ИБС, обладают выраженным депрессорным действием на нижнепищеводный сфинктер (НПС) [9]. Антагонисты кальция блокируют внутриклеточное поступление ионов Ca^{2+} и тем самым способствуют расслаблению гладкой мускулатуры внутренних органов [31,32]. Также значимо снижается давление в НПС при применении нитроглицерина и пролонгированных нитратов. Они тормозят сокращения гладкой мускулатуры пищевода путем стимуляции продукции циклических гуанозин-монофосфатов и активации ингибиторной NO-ергической иннервации. Следовательно, длительная поддерживающая антиангинальная терапия может спровоцировать появление патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), а также способствовать увеличению числа и продолжительности рефлюксов [6].

В-третьих, патологический ГЭР может выступать триггером каскада реакций, приводящих к усилению и учащению эпизодов ишемии миокарда, развитию различных нарушений ритма и проводимости сердца.

В-четвертых, сочетание ГЭРБ и ИБС сопровождается большей ригидностью сердечного ритма и риском развития тяжелых видов аритмий [17,18,19,23].

В-пятых, гастроэзофагеальный рефлюкс может лежать в основе как первых проявлений ИБС у пациента, так и последующих ее обострений. Так, по мнению И.Е. Ганелиной, при патологическом состоянии пищеварительного тракта могут наблюдаться нарушения функций и морфологии органов кровообращения вследствие изменения реактивности цнс, интероцептивных влияний, токсического воздействия продуктов обмена непосредственно на миокард и сосуды. Все это, возможно, определяет более раннее возникновение и прогрессирование атеросклероза [8].

Рядом исследований было установлено, что у больных, как с поражением венечных артерий, так и без него, растяжение пищевода и ГЭР могут вызвать типичную клинику стенокардии, транзиторные изменения ЭКГ в виде смещения сегмента ST ниже изолинии, инверсии зубца T и аритмию [20,38,41]. Особого внимания заслуживают работы, в которых проводилась инсталляция соляной кислоты в пищевод у больных с атеросклерозом коронарных артерий. По данным Н. Davis и соавт. (1985), эта процедура вызывала у 76,0% больных ИБС развитие типичного болевого синдрома с характерными изменениями на ЭКГ [43]. Инсталляция соляной кислоты в пищевод у больных с наличием эрозий в пищеводе и в сочетании с начальным, гемодинамически незначимым атеросклерозом венечных артерий, в 74,1% случаев сопровождалась приступами стенокардии. Кроме того, у таких больных во время инсталляции соляной кислоты в пищевод наблюдались ишемические изменения на ЭКГ в виде депрессии сегмента ST, возникновение групповых желудочковых экстрасистол и снижение таких показателей сердечной гемодинамики, как ударный индекс и фракция выброса [52]. Особое внимание обращает на себя факт, что у здоровых добровольцев, без коронарного атеросклероза инсталляция кислоты в

просвет пищевода приводила к снижению коронарного кровотока в передней нисходящей венечной артерии на 58,0% [53].

Таким образом, ИБС и ГЭРБ очевидно могут не только взаимно ухудшать течение друг друга, но и провоцировать возникновение каждого из заболеваний. Поэтому очень важно своевременно не пропустить наличие ГЭРБ у больных ИБС и начать адекватную терапию. Для этого надо уметь диагностировать не только пищеводные, но и внепищеводные симптомы ГЭРБ [5,35,46,48]. Основные и наиболее часто встречающиеся пищеводные симптомы ГЭРБ: изжога или жжение в подложечной области и за грудиной, отрыжка; по мере прогрессирования болезни возможно появление дисфагии [7,10,13,22,42]. Симптомы, ассоциируемые с нарушением моторики желудка и/или с повышенной чувствительностью желудка к растяжению (встречаются при ГЭРБ в 40,0-60,0% случаев): чувство раннего насыщения, тяжести, вздутия, переполнения желудка, возникающие в эпигастральной области во время или непосредственно сразу после приема пищи [14-16,25,44]. Внепищеводные симптомы: некардиальные боли в груди, легочные, оториноларингологические и стоматологические проявления [11,17,18,26,30,55].

К самым частым внепищеводным симптомам ГЭРБ, затрудняющим диагностику этого заболевания, относятся боли в грудной клетке. Они занимают второе место по частоте после изжоги [11,12]. У 10,0% больных ГЭРБ боли в грудной клетке являются единственным проявлением заболевания [29,33,39,51]. Генез болей в грудной клетке очень сложно верифицировать [28]. При обследовании больных с болевым синдромом в грудной клетке, напоминающим стенокардию, примерно у 30,0% больных не выявляется патологических изменений при коронарографии [40,57]. В результате углубленного обследования подобных больных Р.Р. Бектаевой установлено, что у 71,0% больных с болевым синдромом неясного генеза в прекардиальной области и неизменными при коронарографии артериями имелась патология пищевода [3]. При проведении инструментального обследования: ЭГДС, рН-метрии, манометрии и полипозиционной рентгенографии среди больных с тремя вариантами болевого синдрома в грудной клетке (типичная стенокардия, вероятная стенокардия и атипичный болевой синдром) заболевания пищевода были выявлены с одинаковой частотой, независимо от характера болевого синдрома и составили 68,0%. [49]. По данным Л.И. Билхарц (1998), снижение тонуса НПС обнаруживается у 32,0-38,0% больных с ангиографически неизменными или малоизмененными коронарными артериями и неприятными ощущениями за грудиной и в прекардиальной области [4]. По данным Р.Р. Бектаевой (1990), у подобных больных выявлялись в 51,0% случаев ГЭР и в 40,0% случаев – нарушение моторики пищевода по типу эзофагоспазма [3]. То есть, примерно половина всех случаев болей в груди, не связанных с поражением сердца, обусловлены забросом содержимого желудка в пищевод и нередко необоснованно трактуются как проявления ИБС, а, следовательно, неправильно лечатся.

Особенностям клинической картины сочетания ИБС и ГЭРБ посвящены единичные работы. Так, работами С.В. Логинова (2003) установлено, что у больных хроническими формами ИБС в сочетании с ГЭРБ инфаркт миокарда встречался реже, чем в группе лиц с изолированной ИБС. Исследования автора показали сто среди подобных больных нестабильная стенокардия наиболее часто (у 64,3% обследованных) диагностируется у больных мужского пола, у которых при эндоскопическом обследовании был выявлен эзофагит I-III степени [23].

По данным Ю.В. Таранченко (2003), ГЭРБ в сочетании с ИБС чаще встречается у женщин с сопутствующей артериальной гипертензией, ожирением и сахарным диабетом 2-го типа, то есть на фоне метаболического синдрома. Для таких больных была характерна полиморф-

ность клинической симптоматики, нетипичная для изолированного поражения пищевода. Клиническая картина сочетания ГЭРБ и ИБС проявлялась болевым синдромом в грудной клетке, большей частотой эрозий, связью с тяжестью течения ИБС. Эти работы свидетельствуют о том, что иногда, наоборот, наблюдается длительное латентное течение ГЭРБ при значительных функциональных и морфологических изменениях в пищеводе [34].

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева О.П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2001. – №6. – С.81-84.
2. Антюфьев В.Ф., Архипов М.В., Подгорбунский А.Г. и др. Роль гастродуоденальных заболеваний в развитии сердечных аритмий характерного синдрома подавленного синусового узла // Клиническая медицина. – 1991. – №2. – С.46-49.
3. Бектаева Р.Р., Ахмеджанов Н.М., Лякишев А.А. Заболевания пищевода у больных стенокардией и при ангиографически неизмененных или малоизмененных коронарных артериях // Клиническая медицина. – 1990. – №7. – С.48-51.
4. Билхарц Л.И. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – Т. 8. №5. – С.69-76.
5. Васильев Ю.В. Антагонисты гистаминовых H₂-рецепторов в терапии некоторых кислотозависимых заболеваний // Болезни органов пищеварения. – 2004. – Т.6. №1. – С.8-13.
6. Видякина Н.В., Дулин П.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей за грудиной: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца // Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 32. №4. – С.34-37.
7. Волкова Н.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современный взгляд на проблему // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17. №2. – С.119-123.
8. Ганелина И.Е. Ишемическая болезнь сердца и индивидуальные особенности организма. – Л.: Наука, Ленингр. отделение, 1975. – 43 с.
9. Геллер Л.И., Петренко В.Ф., Геллер А.Л. К клинической фармакологии средств, влияющих на тонус нижнего пищеводного сфинктера пищевода // Терапевтический архив. – 1986. – №12. – С.111-114.
10. Голубев Н.Н., Маев И.В., Мотузова Е.В. и др. // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. – 2008. – Т. 10. №2. – С.50-55.
11. Иващенко О.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с атипичными клиническими проявлениями (роль рН-метрии и амбулаторной манометрии в диагностике и мониторинге терапии): Дис. ...канд. мед. наук. – Ставрополь, 2002. – 247 с.
12. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение. – М., 2000. – 180 с.
13. Ивашкин В.Т. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Под ред. В.Т. Ивашкина – М., 2002. – 128 с.
14. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – №6. – С.18-26.
15. Исаков В.А. НЭРБ и ЭРБ: две стороны одной медали? // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. – 2008. – Т. 1. №3. – С.166-168.
16. Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1996. – №2. – С.6-11.
17. Калягин А.Н. Нетипичные внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Современные проблемы гастроэнтерологии / Под ред. А.Н. Калягина. – Иркутск, 2008. – С.43-56.
18. Калягин А.Н., Онучина Е.В., Рожанский А.А. Клинические наблюдения внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2003. – №16,17. – С.162-165.
19. Козлова И.В., Логинов С.В., Шварц Ю.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ишемическая болезнь сердца: особенности течения сочетанной патологии // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2002. – №15. – С.170-171.
20. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – М., 1999. – С.48-52.
21. Лазебник Л.Б., Мананников И.В. Частота выявления симптомов, характерных для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста, а также у жителей Москвы // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2004. – №2-3. – С.М75.
22. Лапина Т.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: изменчивая и консервативная концепция // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. – 2007. – Т. 9. №1. – С.1-4.
23. Логинов С.В., Козлова И.В., Шварц Ю.Г. Показатели реполяризации миокарда и вариабельности сердечного ритма у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский кардиологический журнал. – 2003. – №5. – С.18-21.
24. Маев И.В., Трухманов А.С. Лекарственная терапия неэрозивной рефлюксной болезни // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.12. №24. – С.1402-1409.
25. Маев И.В., Трухманов А.С. Неэрозивная рефлюксная болезнь // Русский медицинский журнал. – 2005. – №7. – С.15-19.
26. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Теплухина О.Ю., Аникина Н.Ю. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эпидемиологические, патогенетические, клинико-диагностические и терапевтические аспекты. // Consilium medicum. – 2006. – №2. – С.31-37.
27. Мелентьев А.С., Гасилин В.С., Гусев Е.И. и др. Гериатрические аспекты внутренних болезней. – М.: Медицина, 1995. – 394 с.
28. Пикuleв Д.В. Клинические и лабораторно-инструментальные особенности сочетанного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и стабильной стенокардии напряжения: Дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2006. – С.10-37.
29. Провоторов В.М., Шаповалова М.М. Дифференциальная диагностика болей и жжения за грудиной: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь или стенокардия? // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – №1. – С.89-93.
30. Рапопорт С.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Пособие для врачей. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2009. – 12 с.
31. Руководство по гастроэнтерологии. / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева, А.А. Шептулина. – М.: Медицина, 1995. – В 3 т.: Т.1. – 672 с.
32. Сайфутдинов Р.Г., Трифонова Э.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Практическая медицина. – 2003. – №4. – С.3-4.
33. Ставраки Е.С., Морозов С.В., Исаков В.А. Распространенность изжоги в России. // Материалы 6-го съезда научного общества гастроэнтерологов России. – М., 2006. – С.290.
34. Таранченко Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных ишемической болезнью сердца: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 25 с.
35. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение // Болезни органов пищеварения. – 2001. – Т.3. №1. – С.19-24.
36. Хаззард В.Р. Биология старения // Внутренние болезни / Под. ред. В.Р. Хаззарда. – М.: Медицина, 1993. – Кн.2. –

C.519-538.

37. Шаповалова М.М. Исследования качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с ишемической болезнью сердца и вопросы оптимизации лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Воронеж: ВГМА, 2007. – С.3-4.

38. Шишилов А.Ю., Дымишиц М.А. Одновременное pH- и ЭКГ-мониторирование при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ишемической болезни сердца // Актуальные вопросы внутренней медицины и педагогики. – М.: Русский врач, 2000. – С.132-136.

39. Annesse V. Chest pain and gastroesophageal reflux // Dig. Liver Dis. – 2000. – Vol. 32 (Suppl.3). – P.S242-S244.

40. Cannon R.O., Leon M.L., Watson P.M. Chest pain and "normal" coronary arteries. Role of small coronary arteries // Am. J. Cardiol. – 1985. – Vol. 55. – P.50B-60B.

41. Chauhan A., Petch M.C., Schofield P.M. Cardio-oesophageal reflex in human as a mechanism for "linked angina" // Eur. Heart J. – 1996. – Vol. 17. – P.407-413.

42. Chiba N. Definitions of dyspepsia: time for a reappraisal // Am. J. Surg. – 1998. – Vol.164 (suppl. 583). – P.14-23.

43. Davies H.A., Rush E.N., Lewis M.J. Esophageal stimulation lowers exertional angina threshold // Lancet. – 1985. – №1. – P.111.

44. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130. – P.1377-1390.

45. Drossman D.A., Corraziari E., Talley N.G. Rome II: The functional gastrointestinal disorders. – Allen Press Inc., 2000. – 275 p.

46. Fass R. Epidemiology and pathophysiology of symptomatic Gastro-oesophageal Reflux Disease // Am. J. Gastroent. – 2003. – Vol. 98, №3. – P.S2-7.

47. Haque M., Wueth J.W., Stace N.H. Prevalence, symptoms

and associated features of gastroesophageal reflux and dyspepsia: a population study // N.Z.Med. J. – 2000. – Vol. 113. – P.178-181.

48. Locke G.R., Talley N.F., Fett S.L. Prevalence and clinical spectrum: of gastroesophageal reflux // Gastroenterology – 1997. – Vol. 112. – P.1448-1456.

49. Paterson W.G., Ab-dollah H., Beck I.T. Ambulatory esophageal manometry, pH-metry and Holter ECG monitoring in patient with atypical chest pain // Dig. Dis. Sci. – 1993. – Vol. 38. – P.795-802.

50. Ribeiro A.S., Klingler P.J., Hinder R.A. Esophageal manometry: a comparison of findings in younger and older patients // Am. J. Gastroenterol. – 1998. – Vol. 93. – P.706-710.

51. Richter I.E. Approach to the patient with non-cardiac chest pain // Textbook of Gastroenterology / Ed. by T. Yamado. – Philadelphia: Lip-pincott & Wilkins, 1999. – P.694-713.

52. Richter I.E. Atypical Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease. Motility // Clinical perspectives in Gastroenterology. – 1996. – Issue 34. – P.7-10.

53. Shaheen N., Ransohoff D.F. Gastroesophageal reflux, Barrett esophagus, and esophageal cancer: Scientific review // JAMA – 2002. – Vol. 287, №15. – P.1972-1981.

54. Simon A., Levenson J. Early detection of subclinical atherosclerosis in asymptomatic subjects at high risk for cardiovascular disease // Clin. Exp. Hypertension. – 1993. – Vol. 15. – P.1069-1076.

55. Sonnenberg A., El-Serag H.B. Clinical epidemiology and natural history of gastroesophageal reflux disease // Yale J Biol Med – 1999. – Vol. 72, №2-3. – P.81-92.

56. Takayasu H., Miwa T. Epidemiology of gastro-esophageal reflux disease // Nippon Rinsho – 2000. – Vol. 58, №9. – P.1886-1891.

57. Wielgosz A.T., Fletcher R.H., McCants C.B. Unimproved chest pain in patients with minimal or no coronary disease: a behavioral phenomenon // Am. Heart J. – 1984. – Vol. 108. – P.67-72.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, тел. (3952) 51-23-60, e-mail: lysano@mail.ru; Ситникова Ульяна Борисовна – аспирант, Балабина Наталья Михайловна – заведующая кафедрой, д.м.н.

© КАПУСТИНА Т.А., ПАРИЛОВА О.В., КИН Т.И., МАРКИНА А.Н. – 2010

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Т.А. Капустина, О.В. Парилова, Т.И. Кин, А.Н. Маркина

(НИИ медицинских проблем Севера СОРАМН, г. Красноярск, директор – д.м.н., проф., член-корр. РАМН В.Т. Манчук)

Резюме. Для эффективного выявления хламидийного инфицирования слизистой оболочки верхнего отдела респираторного тракта в статье представлена модель лабораторной диагностики этой инфекции, в которой решающее значение имеет одновременное применение двух прямых тестов индикации хламидийных структур. Метод определения специфических сывороточных иммуноглобулинов из-за формирования у части пациентов недостаточно напряженного системного гуморального иммунитета, связанного с персистенцией хламидий, является вспомогательным, позволяющим в отдельных случаях подтвердить наличие хламидий, а также оценить особенности течения воспалительного процесса хламидийного генеза.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, воспалительные заболевания верхнего отдела респираторного тракта, комплексная лабораторная диагностика.

LABORATORY DIAGNOSTICS FOR CHLAMYDIAL INFECTION IN UPPER RESPIRATORY TRACT

T.A. Kapustina, O.V. Parilova, T.I. Kin, A.N. Markina

(State Medical Research Institute for Northern Problems, Siberian Division of RAMS, Krasnoyarsk, Russia)

Summary. The article shows the pattern of laboratory diagnostics for chlamydiae infection under the purpose of effectively determining chlamydial contamination of upper respiratory tract mucous, Crucial role belongs to simultaneous implementation of two direct tests for indication of chlamydial structures. The method of determining specific serum immune globulins is an auxiliary one, because of the formation of insufficiently intense systematic humoral immunity in some patients, associated with chlamydiae persistence. In some cases the method allows to confirm the presence of chlamydiae infection and to evaluate the peculiarities of inflammatory process of chlamydiae genesis.

Key words: chlamydiae infection, inflammatory diseases of upper respiratory tract, complex laboratory diagnostics.

В настоящее время, учитывая широкое распространение хламидиозов в человеческих популяциях, способность хламидий вызывать множество заболеваний человека со склонностью к хронизации и влиять на воспроизводство населения, эта инфекция приобрела

особую медицинскую и социальную значимость и стала серьезной проблемой международной и национальных служб здравоохранения [3,6,7,11].

По степени опасности для человека хламидии относятся к абсолютным паразитам, обладающим всеми