



# Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,  
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 34  
Материалы Пятнадцатой Российской  
Гастроэнтерологической Недели  
12–14 октября 2009 г., Москва

№ 5

XIX  
Том

2009

172

### ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОГО И КУРСОВОГО ПРИЕМА БУСКОПАНА НА ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Голованова Е.С., Никитин В.В., Высокова О.Л., Андриевский Б.Н.

Государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

**Цель:** выявить особенности влияния однократного и курсового приема бускопана на дискинезии двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных хроническим гастродуоденитом (ХГД).

**Материалы и методы:** у 60 больных ХГД помимо общепринятых клинических исследований оценивались модифицированной нами полипозиционной (птенологической) методикой с использованием дополнительных приемов мотонитических и эвакуаторные нарушения проксимальных отделов ЖКТ (ЖКТ), особенности 7 сфинктеров ДПК, их длина и ширина, частота и длительность рефлюксов. Для выявления особенностей действия селективного Миоиндолитика бускопана применялись фармакологические пробы с однократным приемом бускопана в дозе 20 мг внутрь, а также в 1-й группе (30 чел.) – острая терапия (БТ), а во 2-й группе (30 чел.) – базовая терапия в сочетании с бускопаном в дозе 20 мг внутрь 3 раза в день в течение 3 недель (БТ+бускопан).

**Результаты:** В 55% случаев выявляются переходящие нарушения проходимости ДПК, связанные с дискинезиями различных отделов ПО ЖКТ смешанного, а в 45% – гипертонически-гипермоторного типов в сочетании с разными блоками: гастроэзофагеальным, дуоденогастральным, бульбогастральным, денобульбарным, дуоденодуоденальным, еюнодуоденальным (ГЭР, ДГР, ДБР, ДДР, ЕДР). Примерно у 2/3 обследованных повышение тонуса желудка сочетается со спазмом привратника, а в 43% случаев из них – с недостаточностью кардии и ГЭР. Зияние пилорического сфинктера наблюдается в 28% случаев. Спазм сфинктеров ДПК способствует появлению разнообразных этапов ДГР, БГР, ДБР, ДДР у 3/4 больных. Как однократный прием бускопана, так и включение его в базис-терапию помимо выраженного клинического эффекта (р=0,05-0,01) у большинства (75-84%) больных устраняет или уменьшает выраженность гипертонуса и гиперкинеза всех сфинктеров и межсфинктерных частей ДПК, гипокинеза различных участков ПО ЖКТ, расположенных из мест спазмов сфинктерного аппарата, а также купирует рефлюксы (р=0,05-0,001).

**Выводы:** однократный и курсовой прием бускопана достоверно способствует устранению переходящих нарушений проходимости ДПК, т.к. оказывает модулирующий эффект на дискинезии ПО ЖКТ, значительно улучшает работу ружевственных с ДПК органов ЖКТ.

174

### СЛУЧАИ ЭНТЕРОПАТИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Данилова Т.В., Гарбузенко Д.В., Микуров А.А.

Городская клиническая больница № 10, Челябинск, Россия

**Цель** – оценить морфологические изменения слизистой оболочки и лимфатического слоя тонкой кишки при портальной гипертензии (ПГ).

**Материалы и методы.** Изучены морфологические изменения слизистой оболочки и подслизистого слоя тонкой кишки у трёх больных циррозом печени (ЦП) с ПГ, умерших от неконтролируемого тонкокишечного кровотечения без явного макроскопического источника. Контрольную группу составили три пациента, причина смерти которых была не связана с заболеванием печени. Для проведения световой микроскопии из фрагмента тонкой кишки длиной 10 см брали по три кусочка стенки толщиной 0,5 см и фиксировали в 10% растворе формалина. Окраску препаратов проводили гематоксилином и эозином и пикрофуксином по методу Ван-Гизона, а также выполнили PAS-реакцию. Морфометрическое исследование осуществляли методом «лей» в 20 случайно выбранных полях зрения каждого препарата с помощью микрометра на световом микроскопе ZEISS AxioStar plus.

**Результаты.** В обеих группах имелись неспецифические признаки нарушения кровообращения в виде отека и полнокровия стенки кишки. В собственной пластинке слизистой оболочки отмечались умеренная инфильтрация лимфоцитами, плазмочитами, единичными гранулоцитами и эозинофилами, а также дефекты покровного эпителия. Высота крипт и ворсинок у больных ЦП с ПГ была значительно снижена по сравнению с контрольной группой (соответственно, 141 мкм и 292 мкм; 162 мкм и 337 мкм). Выявлены существенные различия в сосудистом русле преимущественно подслизистого слоя и слизистой оболочки. Количество артериол и капилляров на единицу площади в исследуемой группе было 3,4 и 2,1, контрольной – 2,2 и 1,4. Кроме того, количество венул оказалось примерно одинаковым, их жный и внутренний диаметр у больных ЦП с ПГ были соответственно 175 мкм и 182,25 мкм, группе контроля – 187,25 мкм и 140,25 мкм.

**Выводы.** Проведённое исследование показало, что перестройка сосудистого русла слизистой оболочки и подслизистого слоя тонкой кишки у больных ЦП с ПГ может быть причиной неконтролируемого кровотечения из явного макроскопического субстрата.

173

### ОБРАЗОВАНИЕ АНТИТЕЛ НА КОЛЛАГЕНСОДЕРЖАЩИЕ СТРУКТУРЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ТЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ

Гудкова Р.Б., Потапова В.Б., Парфенов А.И., Сабельникова Е.А., Крумс Л.М., Албулова А.А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

**Цель работы:** определить антитела и изменения коллаген содержащих структур в зависимости от формы течения целиакии (Ц).

**Материалы и методы:** обследовано 45 больных Ц: с малосимптомным течением (ЦП) – 25 и с типичным течением (ЦП) – 20 пациентов (возраст от 18 до 45 лет). В сыворотке крови иммунным флуоресцентным методом определялись антитела к эндомизию IgA (ЭМА) и ретикулину IgA (АРА) (IMMCO Diagnostics, USA), иммуноферментным методом молекулярный коллаген IV (BCM Diagnostics). В биоптатах слизистой оболочки тонкой кишки на полутонких срезах изучены структуры, содержащие коллаген.

**Результаты:** у всех больных группы ЦП содержание ЭМА повышено (титр 1: 20 и 1: 40), а АРА определяется в более низком титре (1: 5 или 1: 20). В группе ЦП концентрация ЭМА обнаружена в 95% случаев в высоком титре (1: 160), а уровень АРА в титре 1: 40 выявлен у 16 из 20 больных (80%). Концентрация молекулярного коллагена у 17 больных группы ЦП составляла  $395,7 \pm 63,4$  нг/мл, а у 8 больных –  $479,8 \pm 56,1$  нг/мл, что превышает контрольное значение ( $63,6 \pm 2,4$  нг/мл). При микроскопическом исследовании слизи оболочки тонкой кишки выявлены разрыхления и фрагментация базальной мембраны эпителия и кровеносных сосудов и эндомизия гладких миоцитов, содержащих коллаген IV типа. Также наблюдается отек коллагеновых волокон стромы (коллаген III типа), набухание и гомогенизация отдельных фибрилл. Эти изменения более выражены при ЦП.

**Заключение:** увеличение концентрации антител к эндомизию и ретикулину зависит от степени тяжести течения целиакии и усиливается при разрушении структур, содержащих коллаген, способствующих появлению молекулярного коллагена.

175

### ОЦЕНКА РОЛИ ГОРМОНОВ В НАРУШЕНИИ ФУНКЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ (НПВП)

Загребина Е.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

**Цель работы:** изучение базального уровня гормонов сыворотки крови и их влияния на функцию тонкой кишки при использовании нестероидных н-НПВП и селективных с-НПВП.

**Материал и методы.** В клинических условиях проведено комплексное обследование 92 больных, принимавших НПВП по поводу остеоартроза, из них 29 мужчин и 63 женщины (средний возраст составил  $67,3 \pm 6,5$  года). Неселективные НПВП (диклофенак) принимали 44 пациента, селективные (нимесулид, мелоксикам) – 48 пациентов. Изучение базального уровня гормонов (инсулина, кортизола, тироксина, тиреотропного гормона – ТТГ) проведено методом электрохемилюминисцентного иммуноанализа. Состояние пристеночного и полостного пищеварения в тонкой кишке оценивалось по степени усвоения сахарозы и крахмала. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

**Результаты.** На фоне приема н-НПВП и с-НПВП выявлено снижение уровня инсулина в сравнении с результатами контрольной группы. Средние базальные значения кортизола при приеме н-НПВП и с-НПВП были выше в сравнении с контролем. Отмечено достоверное повышение базального уровня ТТГ и снижение тироксина крови при использовании н-НПВП и с-НПВП в сравнении с контролем. Нарушения пристеночного и полостного этапов пищеварения соответственно отмечены в 63,6% и 54,5% случаев при приеме н-НПВП и в 50,0% и 35,4% случаев при приеме с-НПВП. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая связь средней силы между показателем полостного пищеварения и уровнями кортизола (+0,39), тироксина (+0,45) и инсулина (+0,36) крови. Умеренная прямая зависимость установлена между показателем мембранного пищеварения и уровнями тироксина (+0,31) и инсулина (+0,31) крови.

**Выводы.** Исследование пищеварения в тонкой кишке и ряда гормонов в крови позволило выявить новые патогенетические закономерности, касающиеся роли последних в развитии НПВП-обусловленной энтеропатии.