

ема. При этом наиболее стрессированным является 2-й этап, предвещающий анестезию, что имеет важное физиологическое значение – эмоциональное напряжение, возникающее на данном этапе, активизирует симпатическую систему («систему тревоги»), которая в свою очередь мобилизует защитные системы организма. Для устранения психоэмоционального напряжения на этапах врачебного приема необходимо провести адекватную анестезию, в том числе по методу Гоу-Гейтса с использованием вспомогательного устройства. Простота и удобство приспособления позволяют проводить анестезию по данному методу практически

всем врачам-стоматологам, включая специалистов с минимальным практическим опытом по его применению. Положительные аспекты данного метода проводниковой анестезии позволяют рекомендовать врачам широко использовать его в практической деятельности.

Литература

1. Егоров П.М. Анализ внутриротовых способов выключения нижнего луночкового и язычного нервов / П.М. Егоров // Стоматология. - 1985. - №2. - Т. 64. - С. 51-53.
2. Московец О.Н. Зависимость болевого восприятия от эмоционального состояния у пациен-

тов на амбулаторном стоматологическом приеме: автореф. ... дисс. докт. биол. наук / О.Н. Московец. - М., 2003. - 49 с.

3. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники / А.Ф. Бизяев [и др.] - М., 2002. - 141 с.

4. Рабинович С.А. Современная техника местной анестезии на нижней челюсти / С.А. Рабинович, О.Н. Московец // Достижения и перспективы стоматологии: Материалы междунар. науч. практ. конф. ММСИ. - М., 1999. - С. 411-414.

5. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии / С.А. Рабинович. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. - 144 с.

6. Gow-Gates G.A.E. Mandibular conduction anesthesia: a new technique using extraoral landmarks / G.A.E. Gow-Gates // Oral surg. - 1973. - Vol. 36, №3. - P. 321-328.

7. Malamed S.F. Handbook of Local Anaesthesia. Part-2-4 th ed. / S.F. Malamed - St. Louis: CV Mosby. - 1997. - 327 p.

Н.В. Аввакумова, А.М. Постникова, К.М. Николаева, О.П. Баланова, Н.Н. Васильев, Л.Г. Чибьева, С.В. Гаврильева, А.В. Константинов

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЕЛИКОБАКТЕРОМ, В РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

УДК 616-036.22; 616/618; 61:575

Целью настоящей работы явилось изучение клинико-эндоскопических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), хронического гастрита (ХГ) с диспепсией, язвенной болезни желудка (ЯБЖ) в различных этнических группах больных.

В исследование был включен 371 больной, из них 183 – азиатской (1) и 188 – европейской (2) этнической принадлежности. Больным выполняли ЭГДС со взятием биоптатов из н/з пищевода, тела и антрального отдела желудка. Для исследования *Helicobacter Pylori* (HP) использовали гистологический, иммунологический методы.

Заключение. В клинических проявлениях и течении ГЭРБ, ХГ и ЯБЖ у больных азиатской и европейской этнических групп существует ряд отличительных особенностей. У больных азиатской группы преобладали диспепсические расстройства, интенсивность болевого синдрома была существенно ниже, частота атрофических изменений слизистой оболочки желудка значительно выше, чем у европейцев. При морфологическом исследовании в 1-й группе преобладали легкая степень активности и низкая степень обсеменения HP и атрофический гастрит.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функциональная диспепсия, язвенная болезнь желудка.

The purpose of the present work was studying of clinical-endoscopic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD), chronic gastritis (ChG) with dyspepsia, ulcerative disease of the stomach (UDS) in various ethnic groups of patients.

371 patients have been included in research, from them 183 – of the Asian ethnicity (1st group) and 188 – European (2nd group). Esophagogastroduodenoscopy was carried out to patients with taking biopsy materials from esophagus lower third, body and antral portion of a stomach. For research on *Helicobacter pylori* histological, immunological and biochemical methods were used.

Conclusion. In clinical manifestations and current of GERD, ChG and UDS Asian and European ethnic groups have a number of distinctive features. In patients of the Asian group intensity of a painful syndrome is essentially lower, frequency of atrophic changes of a mucous membrane of stomach is considerably higher, than in the European. At morphological research in the 1-st group the light degree of activity and a low degree of HP-seeding of a mucous membrane of stomach also prevailed.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, ulcerative disease of the stomach.

В последнее время многочисленными исследованиями подтверждается наличие определенной взаимосвязи между *Helicobacter pylori* (HP)-ассоци-

ированными гастродуоденальными заболеваниями и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). HP обнаруживают в слизистой оболочке желудка (СОЖ) у больных ГЭРБ в 52,4% случаев, что существенно ниже, чем в общей популяции: 73-91% [2,5]. Среди взрослых, страдающих хроническим гастритом (ХГ), HP выявляют в более 80% случаев, язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) – в 70-85%, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) – в 90-95% [1,3,4].

Было обращено внимание на то, что после успешной эрадикации HP-инфекции количество больных с HP-ассоциированной ЯБ уменьшается, а число больных ГЭРБ, напротив, существенно увеличивается – примерно в 2 раза [6,7].

Клиническая картина ГЭРБ весьма многообразна и вариабельна, может быть типичной и атипичной, с характерными клиническими «масками» (коронарная, легочная, отоларингологическая и др.) Хронический гастрит с синдромом диспепсии, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori*, следует расценивать как проявление функциональной диспепсии. По «Римским критериям III» (2006), различают два критерия синдрома функциональной диспепсии: постпрандиальный дистресс-синдром и синдром эпигастральной боли.

В настоящее время установлено, что важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и ослаблении защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенад-

Сотрудники Якутской городской клинической больницы: **АВВАКУМОВА Надежда Владимировна** – врач терапевт, аспирант МИ ЯГУ, с.т. 8-914-226-46-15, **ПОСТНИКОВА Анна Михайловна** – врач гастроэнтеролог, аспирант МИ ЯГУ, **НИКОЛАЕВА Капиталина Михайловна** – врач гастроэнтеролог высшей квалиф. категории, зав. отделением, аспирант МИ ЯГУ, **БАЛАНОВА Оксана Петровна** – врач гастроэнтеролог, аспирант МИ ЯГУ, **ВАСИЛЬЕВ Николай Николаевич** – к.м.н., гл. врач, **ЧИБЬЕВА Людмила Григорьевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ, **ГАВРИЛЬЕВА Саргылана Васильевна** – зав. эндоскопическим отделением, **КОНСТАНТИНОВ Алексей Васильевич** – врач-эндоскопист.

цатиперстной кишки играет микроорганизм *H. pylori*, что сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и приводит к повышению выработки гастрина и снижению продукции соматостатина, с последующим усилением секреции соляной кислоты. Язвенная болезнь – системное гастроэнтерологическое заболевание с многофакторным патогенезом, а НР-инфекция является одним из важных, но действующих преимущественно местно, факторов ее патогенеза и индикатора рецидивов НР-ассоциированных форм [5].

В структуре гастроэнтерологической патологии населения Севера ГЭРБ, ХГ с функциональной диспепсией, ЯБЖ и ЯБДПК занимают одно из ведущих мест.

Исследования, посвященные эпидемиологии, клинко-патогенетическому течению язвенной болезни и хронического гастрита в условиях Севера, отражены в немногочисленных работах. В то же время клинко-эндоскопические проявления болезни пищевода и желудка, а также патоморфоз НР-инфекции недостаточно изучены в различных этнических группах больных, проживающих в условиях Севера.

Целью настоящей работы явилось изучение клинко-эндоскопических проявлений ГЭРБ, хронического гастрита с функциональной диспепсией и язвенной болезни в различных этнических группах больных.

Материалы и методы

В исследование был включен 371 больной, из них с диагнозом ГЭРБ – 108 чел., ХГ с функциональной диспепсией – 105, ЯБЖ и ЯБДПК – 158 чел., находившиеся на стационарном обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении Якутской городской клинической больницы в период 2002–2008 гг. В основную группу (1-я) вошли 183 больных азиатской, во 2-ю – 188 чел. европейской этнической принадлежности. Возраст обследованных составлял от 18 до 68 лет, средний возраст составил 39,75 лет. Соотношение мужчин и женщин было 228 к 143 (1,6:1), из них азиатских мужчин – 97, женщин – 86, европейцев мужчин – 131, женщин – 57.

В комплекс первичного обследования входили эзофагогастродуоденоскопия, которую проводили по общепринятой методике с использованием современных моделей эндоскопов Olympus gif-10, gif-20. Исследование сочеталось с прицельной биопсией, при которой бралось не менее 2 кусочков: из слизистой н/з

пищевода, из антрального отдела, из тела желудка и из луковицы двенадцатиперстной кишки; при наличии язвы желудка – не менее 4 кусочков из области язвы.

Для определения *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка и степени обсемененности использовали гистологический, иммунологический и биохимический (быстрый уреазный тест) методы исследования.

Гистологически наличие НР определяли с использованием диагностической иммуноферментной тест-системы «ХеликоБестантила». Основным свойством тест-системы является способность выявлять в сыворотке или плазме крови человека специфические иммуноглобулины классов М, А и G к антигенам *Helicobacter pylori* за счет их одновременного взаимодействия с рекомбинантными антигенами, иммобилизованными на поверхности лунок разборного планшета (стрипов) и входящими в его состав конъюгата.

У больных для подтверждения эрадикации НР наряду с гистологическим методом использовался быстрый уреазный тест с наборами URE-Нр-тест Pliva-Lachema (Брно, Чехия). Положительным результатом считался при появлении красного или розового окрашивания тест-среды вокруг биоптата СО через 20 мин. При отрицательном результате повторная оценка проводилась через 1, 3 и 24 часа. При отсутствии окрашивания через 24 ч тест считался отрицательным.

При оценке результатов гистологического исследования на НР выделялись 3 степени обсемененности СОЖ: слабая – до 20, средняя – от 20 до 50 и высокая – более 50 микробных тел в поле зрения.

При статистической обработке полученных данных нами использовались: для оценки количественных показателей – метод Стьюдента, качественных – значения хи-квадрат (χ^2). Различия между изучаемыми результатами считались достоверными при $P < 0,05$. Для статической обработки использовалась программа IBM PC «Primer of Biostatistics» version 3.03 by Stanton A. Glantz.

Результаты и обсуждение

Диагностика ГЭРБ строится в первую очередь на основании жалоб пациента. Отбор больных производили по наиболее характерным жалобам и эзофагеальным симптомам ГЭРБ.

Наиболее характерными жалобами больных ГЭРБ в обеих группах были изжога (80,9% – 1-я и 93,3% – 2-я), боли в эпигастриальной области (77,8 и

84,4% соответственно), отрыжка (49,2 и 71,1%), но во 2-й группе большее число пациентов предъявляли вышеуказанные жалобы. Тошнота встречалась у четверти всех больных (28,6 и 26,7%), а прочие проявления ГЭРБ, как дисфагия, одинафагия, боли в пищеводе, рвота и ощущение кома за грудиной, регистрировались нечасто, при этом икоту вообще никто не отметил.

У больных 1-й группы ГЭРБ сочеталась с хроническим гастритом чаще, чем во 2-й группе (77,8 и 42,2% соответственно), в то время как у представителей европейского населения в 2,8 раза чаще выявлялась язва ДПК (15,9 и 44,4% соответственно).

Анализ результатов эндоскопического обследования пищевода позволил выделить некоторые особенности, характерные для больных ГЭРБ – эндоскопически негативная ГЭРБ выявлялась практически у трети всех больных (30,2% – 1-я группа и 28,9% – 2-я), у более половины пациентов обеих групп регистрировалась I степень РЭ – 60,3 и 53,3% соответственно. ГЭРБ II и III степеней встречалась нечасто – 4,8% в 1-й группе и 6,7% во 2-й. Пищевода Барретта и стенозирования среди обследованных больных не было.

При оценке морфологических изменений СО нижней трети пищевода у больных ГЭРБ выявлено значительное преобладание гипертрофического эзофагита с различными проявлениями дискератоза (52,6% у азиатского и у 46,7% европейского). Атрофически-гиперпластические изменения СОП не выявлены. Лейкоплакия пищевода выявляется у якутов в 4 раза чаще (52,6% против 13,3). Метапластических изменений многослойного плоского эпителия обнаружить не удалось, хотя предварительный эндоскопический диагноз пищевода Барретта был выставлен 3 больным 2-й группы. Тип сопутствующего гастрита практически в половине случаев был поверхностный (47,4 и 46,7% соответственно), немногим меньше регистрировали поражение желез желудка без атрофии (36,8 и 40%). Атрофический гастрит выявлялся нечасто (15,8 и 13,3%).

При анализе клинических проявлений функциональной диспепсии выявлены 64 больных с постпрандиальным дистресс-синдромом (61%) и 41 – с синдромом эпигастриальной боли (39%). При постпрандиальном дистресс-синдроме у азиатской этнической группы, чаще встречается чувство переполнения – 36 чел. (83,7%), раннее насыщение – 32 (74,5%); в европейской группе у 21 больного (33%) чувс-

тво переполнения сочеталось с болью в эпигастрии и ранним насыщением – 9 чел. (43%). При синдроме эпигастриальной боли в азиатской этнической группе у 12 больных (29,3%) боль иногда сопровождалась отрыжкой и вздутием живота, в европейской группе у 29 больных преобладала боль в эпигастрии (70,7%) интермиттирующего характера.

При эзофагогастродуоденоскопии у азиатской группы больных наиболее часто встречается смешанный гастрит, очаговый атрофический и реже поверхностный гастрит. У европейской группы больных чаще встречается поверхностный гастрит, который сочетается с дуоденогастральным рефлюксом.

Достоверно более выраженная степень обсемененности *H. pylori* ($P<0,05$) выявлена у больных с синдромом эпигастриальной боли по сравнению с постпрандиальным дистресс-синдромом. Это позволяет предположить, что инфекция *H. pylori* играет определенную роль в генезе болевого синдрома при ФД.

Основным клиническим проявлением язвенной болезни у пациентов описываемых групп явился болевой синдром с локализацией в пилородуоденальной области – у 23 чел. в 1-й группе (35,4%) и у 59 (63,4%) во 2-й, в эпигастриальной области соответственно 42 (64,6%) и 34 (36,6%) пациентов.

Наряду с болевым синдромом у азиатской группы больных наблюдались более выраженные диспепсические расстройства.

В группе больных европейской принадлежности чаще наблюдалась изжога – 25 (69,4%). Другие симптомы диспепсии имели место у единичных пациентов.

При сравнительном анализе результатов эндоскопического исследования больных язвенной болезнью 1-й и 2-й группы оказалось, что в 1-й группе значительно чаще, чем у больных 2-й группы выявились язвы тела желудка (38,5 и 21,5% соответственно, $P<0,05$). Язвы луковицы ДПК были обнаружены у 49,2% - 1-й и у 64,5% больных 2-й группы ($P>0,05$), антрального отдела желудка – у 12,3 и 14,0% пациентов соответственно ($P>0,05$).

При оценке эндоскопических характеристик язвенного дефекта оказалось, что 50 (76,9%) больных 1-й группы имели диаметр язвенного дефекта от 5 до 10 мм и воспаление гастродуоденальной зоны 2-й степени. Язвы размером более 10 мм и воспаление гастродуоденальной зоны 3-й степени отмечены у 15 (23,1%) больных.

Во второй группе диаметр язвенно-

го дефекта от 5 до 10 мм и воспаление гастродуоденальной зоны 2-й степени отмечены у 55 (59,1%) больных; диаметр язв более 10 мм и воспаление 3-й степени у 38 (40,9%) больных. Размеры язв варьировали от 0,3 до 2,5 см. Гигантские язвы пилоробульбарной зоны (более 2 см) встретились у 3 (1,6) больных.

Согласно эндоскопическому разделу Сиднейской классификации, у наблюдаемых больных были выделены следующие формы хронического гастрита и дуоденита: всего в обеих этнических группах у 81% больных был выявлен гастрит и у 66,4% - дуоденит. У азиатской этнической группы больных чаще обнаруживалась атрофическая форма гастрита – 35,4%, а также эритематозно-экссудативные изменения в желудке – 24,6% и в ДПК – 44,6 и эрозии – 7,7 и 10,8% соответственно. У европейской этнической группы значительно чаще выявлены гиперпластические изменения слизистой оболочки желудка – 24,7%, эритематозно-экссудативные изменения в желудке – 48,4 и в ДПК – 62,4%, а также эрозии – 18,3%.

Таким образом, при эндоскопическом исследовании гастродуоденальной зоны у наблюдаемых больных азиатской этнической группы значительно чаще, чем у европейцев, выявлены язвы тела желудка диаметром до 10 мм, хронический гастрит тела и антрального отдела желудка (93,2 и 73,1% соответственно ($P<0,01$)), преимущественно атрофическая форма. Значительно реже у них обнаруживались хронический дуоденит, эритематозно-экссудативный и гиперпластический гастрит и дуоденит.

Морфологическое исследование слизистой оболочки антрального отдела желудка было оценено у 21 больного. У всех больных имела место лимфоидная и у 71,4% – нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки. У больных азиатской этнической группы значительно чаще выявлялся атрофический гастрит, кишечная метаплазия и дисплазия эпителия пилорических желез, в то же время фовеолярная гиперплазия обнаруживалась существенно реже, чем у европейцев.

Несомненный интерес представляют результаты анализа степени обсемененности НР у больных язвенной болезнью в различных этнических группах. Низкая степень обсемененности НР слизистой оболочки антрального отдела желудка была выявлена у 64,6 и 36,5% ($P<0,001$), умеренная – у 23,1 и 45,2 ($P<0,01$) и высокая – у 12,3 и 18,3% ($P<0,05$) больных азиатской

и европейской этнических групп соответственно,

Степень обсемененности НР СО желудка зависела от давности заболевания. Так, у больных с язвенным анамнезом до 1 года степень обсемененности слизистой оболочки была: высокой (1-я группа – 19,2%, 2-я – 25,6% больных), средней (1-я – 34,6, 2-я – 55,8%), слабой (1-я – 46,2%, 2-я – 18,6%). Тогда как у больных с анамнезом более 5 лет в 1-й группе регистрировалась слабая степень обсемененности – 8 случаев (100%), а во 2-й группе – слабая 7 (77,8%) и средняя – 2 (22,2%) степень обсемененности. Полученные результаты позволяют считать, что у больных с длительным язвенным анамнезом снижается степень обсемененности слизистой оболочки НР.

В азиатской этнической группе с редко рецидивирующей и впервые выявленной язвой была слабая обсемененность у 79,5% больных, а в европейской этнической группе больных с аналогичными показателями – у 72,3%.

У больных с часто рецидивирующим течением ЯБ в 1-й группе слабая степень обсемененности отмечена у 13,4%, умеренная – у 55,8, высокая – у 33,3, во 2-й группе – у 17,4%, 52,2 и 30,4% соответственно.

При непрерывно рецидивирующем течении ЯБ степень обсемененности НР была умеренной в 1-й и 2-й группах у 66,6 и 61%, высокой – у 33,4 и 39% больных соответственно.

Таким образом, в обеих этнических группах с увеличением степени обсемененности НР увеличивается частота рецидивирования ЯБ.

Степень выраженности практически всех морфологических изменений у большинства больных не зависела от уровня обсемененности слизистой оболочки НР.

Заключение

В клинике ГЭРБ у пациентов преобладали изжога, боли в эпигастрии и отрыжка, при этом для европейцев характерны более тяжелые повреждения слизистой оболочки нижней трети пищевода. Морфологическое исследование этого участка пищевода при всех формах ГЭРБ в условиях Севера показало преобладание гипертрофического эзофагита с гипер-, пара- и акантозом.

В клинических проявлениях и течении функциональной диспепсии у этой группы больных, в отличие от европейцев, преобладал постпрандиальный дистресс-синдром.

Клиника ЯБ в азиатской группе также имеет ряд отличительных особенностей: интенсивность болевого синдрома была существенно ниже, преобладали диспепсические расстройства и реже наблюдались желудочные кровотечения.

При эндоскопическом исследовании у азиатской группы активность воспаления оказалась ниже, а частота атрофических изменений слизистой оболочки желудка значительно выше, чем у европейцев.

При морфологическом исследовании в азиатской группе в отличие от европейцев преобладали легкая степень

активности и низкая степень обсеменности НР слизистой оболочки желудка; атрофический гастрит различной степени выраженности выявлялся у всех больных.

Литература

1. Аруин Л.И. *Helicobacter pylori*: каким образом один возбудитель вызывает разные болезни? // Л.И. Аруин // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2004 – 1. – 36-41.
2. Ивашкин В.Т., Болезни пищевода и желудка / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. – М., 2002.
3. Пахарес-Гарсия Х. Гелиобактерный гастрит с диспепсией или без диспепсии: морфологическая или клиническая единица? // Х. Пахарес-Гарсия // Российск. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2002. – 6. – 76-81.

4. Циммерман Я.С. Проблема хронического гастрита // Я.С. Циммерман // Клин. мед. – 2008. – 5. – 13-21.

5. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. / Я.С. Циммерман. – М.; GEOTAP-Медиа, 2009. – С.416.

6. Sontag S.J. *Helicobacter pylori* infection and reflux esophagitis in children with chronic asthma / S.J. Sontag // J. Chin. Gastroenterol. – 2004 – 38 (1) – 3-4.

7. *Helicobacter pylori* infection and the risk of development of esophageal adenocarcinoma / De C. Marte I [et al.] // J. Infect. Dis. – 2005. – 191. – P. 761-767.

8. Loffeld R.J.L. *Helicobacter pylori* and gastroesophageal reflux disease: Association and clinical implications. To treat or not to treat with anti-Hp-therapy / R.J.L. Loffeld, R.W.H. van der Hulst // Scand. J. Gastroenterol. – 2002. – 37 (Suppl. 236). – P. 15-18.

А.В. Тобохов, А.И. Протопопова, П.А. Неустроев, Д.Н. Семёнов, В.Н. Николаев

АНАЛИЗ ИЗМЕРЕНИЙ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЖЕЛУДКА

УДК 76.29.34

Представлены результаты измерения моторики пищевода и желудка при различных патологиях желудочно-кишечного тракта у разных групп пациентов. Обследовано 47 человек в возрасте от 21 до 50 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта в РБ № 1-НЦМ.

Полученные результаты показывают, что разница в моторике пищевода и желудка зависит от патологии желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: пищевод, желудок, измерение моторики.

Measurement results of esophagus and stomach motility in various disorders of gastro-intestinal tract among different groups of patients have been presented. 47 stationary patients with gastro-intestinal tract diseases at the age 21 to 50 have been examined in Republican Hospital N1-National Medical Centre.

The obtained data show that differences of esophagus and stomach motility depend on pathology of gastro-intestinal tract.

Keywords: esophagus, stomach, motility measurement.

Проблема изменений моторики желудка и пищевода при патологиях органов ЖКТ широко распространена, но недостаточно изучена. Расстройства моторики желудка и ДПК могут выступать важным патогенетическим фактором развития многих заболеваний, а также фактором, приводящим к развитию осложнений у больных, перенесших операции на органах брюшной полости, поэтому исследования, направленные на решение обозначенной проблемы, являются актуальными как для медицинской науки, так и для практического здравоохранения.

Материалы и методы

Нами проведены измерения моторики пищевода и желудка при различ-

ных патологических состояниях желудка. Измерение проводилось аппаратом ОЭРУ – оптико-электронная система регистрации функциональных заболеваний пищевода. Аппарат имеет 5 датчиков длиной 25 см с электродами. Данные моторики снимались с 3 электродов: 1-й электрод расположен в пищеводе, 3-й – в кардиальном отделе желудка, 5-й – в теле желудка. Результаты исследования выводились в виде графических изображений.

Обследовано 47 чел. в возрасте от 21 до 50 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта в хирургическом отделении № 2 РБ № 1-НЦМ РС (Я).

Как видно из табл. 1, в исследованиях преобладают мужчины – 33 чел., женщин было 14, средний возраст исследованных пациентов от 30 до 40 лет (табл. 1). Из числа исследуемых для сравнения была выделена конт-

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Количество	20-30 лет	30-40 лет	40-50 лет
Мужчины	33 (62,3%)	8	13	12
Женщины	14 (37,7%)	0	12	2
Итого	47 (100%)	8 (15,1 %)	25 (58,5%)	14 (26,4%)

рольная группа пациентов, не имеющих патологии желудочно-кишечного тракта.

По нозологическим формам пациенты были разделены на 4 группы (табл.2).

Электроэзофагогастрографические данные были согласованы с показате-

Таблица 2

Распределение больных по группам

Группа	Нозологическая форма	Кол-во, чел.
1	Хронический гастрит (поверхностный гастрит и рефлюкс-гастрит)	15
2	Острые эрозии желудка	10
3	Язвенная болезнь желудка	12
4	Контрольная группа	10

ТОБОХОВ Александр Васильевич – зав. кафедрой МИ ЯГУ, д.м.н., проф.; **ПРОТОПОВА Анна Ивановна** – аспирант МИ ЯГУ; **НЕУСТРОЕВ Пётр Афанасьевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **СЕМЁНОВ Дмитрий Николаевич** – аспирант, сосудистый хирург; **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.