

**Е. М. Лазаренко, С. В. Шкут**

*Научный руководитель: О. Л. Никифорова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **АМБУЛАТОРНАЯ ОЦЕНКА ИНФИЦИРОВАНИЯ *HELICOBACTER PYLORI* ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ**

### ***Введение***

Хронический гастрит – это воспалительный процесс слизистой оболочки желудка, характеризующийся нарушением ее физиологической регенерации, уменьшением количества железистых клеток, при прогрессировании – атрофией железистого эпителия с развитием кишечной метаплазии, а в последующем – дисплазии [1].

Хронический гастрит (ХГ) занимает центральное место среди заболеваний желудка. В странах с развитой статистикой он фиксируется у 80–90 % пациентов. На развитие ХГ оказывают влияние этиологические факторы, которые носят экзогенный и эндогенный характер. Особое значение придается этиологической роли *Helicobacter pylori* (НР), так как, более 90 % ХГ ассоциировано с этой инфекцией [2]. Средняя распространенность НР по всему миру составляет около 50 % с наиболее высоким уровнем распространения в развивающихся странах: 80–90 % пациентов. Однако несмотря на то, что значительная часть населения планеты инфицирована этой бактерией, у большинства зараженных людей не проявляются какие-либо симптомы, свидетельствующие о заболевании [3].

Верифицирующими признаками хронического гастрита являются морфологические изменения, получаемые на основании исследования гастробиоптатов. Большинство его форм могут приводить к таким осложнениям, как железистая атрофия, кишечная или пилорическая метаплазия, дисплазия и неоплазия слизистой оболочки [4].

Клинически хронический гастрит проявляется симптомами желудочной диспепсии: тяжесть в эпигастральной области, переполнение, тошнота, отрыжка, неприятный привкус во рту, изжога.

Диагноз ставится на основании жалоб пациента и диагностических критериев: данных эндоскопического, морфологического, радиоиммунологического методов исследования [5]. Диагноз без морфологического исследования гастробиоптатов, на основании только клинических симптомов, неправомерен. Жалобы, с которыми пациент обращается к врачу, носят функциональный характер и не обусловлены теми морфологическими изменениями, которые присутствуют при ХГ. Визуальные изменения слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки, обнаруживаемые при фиброгастроуденоскопии (ФГДС) (например, гиперемия, отек), являются субъективными и могут свидетельствовать о наличии ХГ, но не позволяют судить о степени его прогрессирования [6].

### ***Цель***

Проанализировать инфицированность *Helicobacter pylori* пациентов с хроническим гастритом различных возрастных групп на амбулаторном этапе.

### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская клиническая поликлиника» филиал № 12. Проведен анализ 38 патолого-гистологических исследований биопсийного материала желудка, взя-

того у пациентов, амбулаторно обратившихся с жалобами, позволяющими предположить диагноз ХГ. Дизайн исследования – ретроспективное, поперечное. Также были проанализированы медицинские карты (форма 025/у) данных пациентов.

Обработка исследуемых данных и статистический анализ проводилась в программе Microsoft Office Excel 2013.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Мужчины в исследуемой когорте пациентов составили 52,6 % (20 чел.), женщины – 47,4 % (18 чел.). Средний возраст мужчин составил 50 лет (sd 19,04), женщин – 55 лет (sd 16,59).

Все пациенты были разделены по возрасту на 4 группы согласно классификации Всемирной организации здравоохранения: молодой (18–44 года), средний (45–59 лет), пожилой (60–74 лет), старческий (75–90 лет).

В 1-й группе 12 пациентов, из них: мужчин – 7 (58,33 %), женщин – 5 (41,67 %); во 2-й группе 9 пациентов, из них: мужчин – 6 (66,67 %), женщин – 3 (33,33 %); в 3-й группе 13 пациентов, из них: мужчин – 5 (38,46 %), женщин – 8 (61,54 %); в 4-й группе 4 пациента, из них: мужчин – 2 (50 %), женщин – 2 (50 %).



**Рисунок 1 – Половозрастная структура пациентов с хроническим гастритом**

Исходя из полученных данных структура заболеваемости ХГ в 1-3 возрастных группах относительно равномерна. Можно отметить превалирование женщин в 3 возрастной группе. В 4 возрастной группе наблюдается наименьшее количество случаев заболевания.

При ретроспективном анализе медицинских карт амбулаторных пациентов отмечается, что лишь у 39,5 % (15 чел.) пациентов имеется диагноз ХГ в анамнезе. Соответственно, у 60,5 % (23 чел.) диагноз ХГ верифицирован впервые.

Как уже отмечалось, НР является одним из основных этиологических факторов развития ХГ. Среди исследованных пациентов хронический хеликобактерный гастрит был выявлен у 34,2 % (13 чел.) пациентов. Из них 69,2 % (9 чел.) пациентов относятся к 1 и 2 возрастным группам.

При анализе результатов патолого-гистологических исследований биопсийного материала желудка по степени активности воспалительного процесса было выявлено 63,2 % (24 чел.) неактивные формы, 15,79 % (6 чел.) слабоактивных, 13,16 % (5 чел.) умеренной активности, 7,89 % (3 чел.) высокоактивные формы. Наиболее часто встречаемой является неактивная форма воспалительного процесса.

Также следует отметить, что высокоактивные формы и формы умеренной степени активности чаще наблюдаются у пациентов с впервые верифицированным диагнозом (75 %). Это можно объяснить тем, что пациенты без ХГ в анамнезе обращаются за амбулаторной помощью лишь при ярко выраженной клинической симптоматике. В свою очередь, пациентам с уже выставленным диагнозом чаще всего патолого-гистологическое исследова-

ние биопсийного материала проводится с целью оценки течения заболевания на фоне лечения, а преобладание у данных пациентов неактивных форм говорит о приверженности к лечению, а также его эффективности.

Атрофия отмечалась у 23,7 % (9 чел.) пациентов. Из них слабая атрофия у 77,8 % (7 чел.), умеренная – лишь у 11,1 % (1 чел.) пациентов, выраженная – также лишь у 11,1 % (1 чел.) пациентов. Причем у 77,8 % (7 чел.) пациентов в анамнезе уже имелся диагноз ХГ, а 88,9 % (8 чел.) пациентов относятся к 3 и 4 возрастной группе. Исходя из этого можно предположить, что атрофия развивается при длительном течении заболевания.

Метаплазия наблюдалась у 18,4 % (7 чел.) пациентов. Также следует отметить, что метаплазия во всех случаях наблюдалась на фоне атрофии, причем полная метаплазия наблюдалась лишь у 28,6 % (2 чел.) пациентов и выявлялась на фоне умеренной и выраженной атрофии.

Среди сопутствующих заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта были выявлены гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у 36,8 % (14 чел.) пациентов, язвенная болезнь желудка – у 7,9 % (3 чел.) пациентов, хронический панкреатит – у 5,3 % (2 чел.) пациентов, липоматоз поджелудочной железы – у 5,3 % (2 чел.) пациентов, дуоденит – у 5,3 % (2 чел.) пациентов, желчнокаменная болезнь – 5,3 % (2 чел.) пациентов.

Среди ассоциированных заболеваний можно выделить железодефицитную анемию, которая наблюдалась у 10,5 % (4 чел.) пациентов.

### **Выводы**

1. Заболеваемость хроническим гастритом в 1-3 возрастных группах относительно равномерна. В 4 возрастной группе наблюдается наименьшее количество случаев заболевания. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой.

2. У большинства пациентов (60,5 %) диагноз хронического гастрита впервые верифицирован.

3. Наиболее часто встречаемой является неактивная форма воспалительного процесса. Высокоактивные формы и формы умеренной активности чаще наблюдались у пациентов с впервые верифицированным диагнозом (75 %).

4. Атрофия в большинстве своем наблюдалась у пациентов с уже имеющимся в анамнезе диагнозом хронического гастрита и относящимся к 3 и 4 возрастным группам. Метаплазия наблюдалась на фоне атрофии во всех случаях.

5. Наиболее часто встречающимся заболеванием со стороны желудочно-кишечного тракта является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология : учеб. пособие для студентов субординатуры по терапии / Е. Г. Малаева. – Минск : Новое знание, 2016. – 333 с.
2. Распространенность обострений заболеваний желудка, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, в зависимости от возраста, пола и времени года / Т. Е. Афанасенкова [и др.] // Врач-аспирант. – 2013. – № 2–3 (57). – С. 392–397.
3. Габибов, Р. С. Проблемы распространения, патогенеза, диагностики и лечения хронического гастрита и язвенной болезни, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori* / Р. С. Габибов, Р. А. Дадамов, Т. С. Ахмедов // Доказательная гастроэнтерология. – 2017. – Т. 6, № 4. – С. 20–24.
4. Гастроэнтерология и гепатология : учеб. пособие / С. С. Бацков [и др.] – СПб. : Политехника-сервис, 2014. – 260 с.
5. Хронический гастрит и идиопатическая пептическая язва, перспективы применения S-метилметионина (витамин U) в комплексной терапии / В. Н. Дроздов [и др.] // Трудный пациент. – 2018. – Т. 16, № 6 (72). – С. 12–18.
6. Колесникова, И. Ю. Диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний пищеварительного тракта : рук-во для врачей / И.Ю. Колесникова, В.С. Волков. – М. : Медицинское информационное агентство, 2014. – 432 с.