

– 2005. № 8. – С. 45-51.

12. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – М.: Медицинское информационное агенство, 2008. – 264 с.

13. Сахно В.Д., Мануйлов А.М., Власова Н.В. и др. Некротический панкреатит, протоколы лечения // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 1. – С. 107-113.

14. Banks P.A., Freeman M.L. Practice guidelines in acute pancreatitis. The American journal of gastroenterology. 2006. Oct; 101(10): P. 2379-400.

15. Bradley E.L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis // Summary of the international symposium on acute pancreatitis. (11-13 September) – Atlanta, 1992. – P. 586-590.

16. David G. Acute pancreatitis among adults in England, 1997-2004 // Abstracts of European Pancreatic Club Tampere. – 2006. – 134 p.

17. Dellinger E.P., Tellado J.M., Soto N.E. et al. Early Antibiotic Treatment for Severe Acute Necrotizing Pancreatitis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Ann Surg. 2007. May;245(5). – P. 74-83.

18. Mazaki T., Ishii Y., Takayama T. Meta-analysis of prophylactic antibiotic use in acute necrotizing pancreatitis // The British journal of surgery. 2006 Jun. 93(6). – P. 74-84.

19. Dambrauskas Z., Gulbinas A., Pundzius J., Barauskas G. Meta-analysis of prophylactic parenteral antibiotic use in acute necrotizing pancreatitis / Medicina (Kaunas, Lithuania) – 2007. 43(4). – P. 291-300.

20. Sharma V.K., Dellinger R.P. Treatment options for severe sepsis and septic shock // Expert review of anti-infective therapy. – 2006. Jun. 4(3) P. 395-403.

21. Mayumi T., Takada T., Kawarada Y. et al. Management strategy for acute pancreatitis in the JPN Guidelines // Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery. 2006. – 13(1). – P. 61-67.

22. Besselink M.G., van Santvoort H.C., Witteman B.J., Gooszen H.G. Management of severe acute pancreatitis: it's all about timing // Current opinion in critical care. – 2007. Apr. – 13(2). – P. 200-206.

23. Pitchumoni C., Patel N., Shah P.J. Factors Influencing Mortality in Acute Pancreatitis: Can We Alter Them? // Clin. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 39, N 9. – P. 798-814.

24. Petrov M.S., Kukosh M.V., Emelyanov N.V. A randomized controlled trial of enteral versus parenteral feeding in patients with predicted severe acute pancreatitis shows a significant reduction in mortality and in infected pancreatic complications with total enteral nutrition // Digestive surgery. – 2006. – 23 (5-6). – P. 36-44.

25. Heinrich S., Schafer M., Rousson V., Clavien P.A. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms // Ann. Surg. – 2006. Feb. – 243(2). – P. 154-168.

Саганов Владислав Павлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел.:8(3012) 43-62-03; saganovvlad@mail.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии БГУ. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел.:8(3012) 55-62-43; hitriheev@rambler.ru

Гунзынов Галан Дамбиевич – доктор медицинских наук, заведующий хирургическим отделением №1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко; 670031, ул. Павлова,12; тел.: 8(3012) 43-62-03; gunzynov@yandex.ru

Очиров Владимир Сергеевич – заведующий хирургическим отделением №2 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко; 670031, ул. Павлова,12; тел.: 8(3012) 23-34-24

Saganov Vladislav Pavlovich – cand. of medical sci., associate professor of department of hospital surgery of Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. 8 (3012) 43-62-03, e-mail: saganovvlad@mail.ru.

Khitrikheev Vladimir Evgenievich – dr of medical sci., professor of department of hospital surgery of Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. 8 (3012) 55-62-43, e-mail: hitriheev@rambler.ru.

Gunzynov Galan Dambievich – dr of medical sci., head of surgical department #1 of N.A. Semashko Republican Clinical Hospital. 670031, Pavlova str., 12, ph. 8 (3012) 43-62-03, e-mail: gunzynov@yandex.ru.

Ochirov Vladimir Sergeevich – head of surgical department #2 of N.A. Semashko Republican Clinical Hospital. 670031, Pavlova str., 12, ph. 8 (3012) 23-34-24.

УДК 615.017:615.322

Т.Е. Спасова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

(по данным гастрологического отделения РКБ им. Семашко)

В статье рассматриваются особенности течения язвенной болезни желудка на фоне хронического атрофического гастрита на основе ретроспективного анализа историй болезни гастроэнтерологического отделения РКБ им. Семашко. Установлено, что наличие атрофии слизистой оболочки желудка увеличивает размеры и чис-

ло язвенных дефектов. Во всех случаях язвенная болезнь желудка на фоне атрофического гастрита ассоциирована с *Helicobacter pylori*, клинически проявляется дискинетическим синдромом, сопровождается повышенным риском малигнизации.

Ключевые слова: хронический атрофический гастрит, хронический не атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка, инфекция *Helicobacter pylori*.

T.E. Spasova

**THE COURSE OF THE GASTRIC ULCER DISEASE
ON THE BACKGROUND OF CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS
(on materials of gastrological branch of M.I. Semashko Republican Clinical Hospital)**

The article deals with the peculiarities of the flow of gastric ulcer on the background of chronic atrophic gastritis based on a retrospective analysis of case histories of gastroenterological department of M.I. Semashko Republican Clinical Hospital. It was found that presence of atrophy of gastric mucosa increases the size and number of ulcers in all cases, gastric ulcer on the background of atrophic gastritis associated with Helicobacter pylori, clinically developed by dyskinetic syndrome associated with the increased risk of malignancy.

Key words: chronic atrophic gastritis, chronic nonatrophic gastritis, peptic ulcer, *Helicobacter pylori* infection.

Хронический атрофический гастрит является одним из самых распространенных заболеваний в мире. Распространенность гастрита увеличивается с возрастом, так что некоторые авторы рассматривают это состояние как сопутствующее старению. Так, в возрасте старше 60 лет этим заболеванием страдает более 90% населения.

Атрофический гастрит характеризуется дистрофическими и дисрегенераторными изменениями клеток поверхностного эпителия, сплошной воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки желудка и уменьшением числа (атрофией) нормальных желез [1].

В 50% случаев атрофический гастрит сочетается с элементами «структурной перестройки» слизистой оболочки (кишечная метаплазия, пилорическая метаплазия фундальных желез, ворсинчатая метаплазия, панкреатическая метаплазия, дисплазия или неоплазия эпителия), которая потенциально может привести к развитию рака желудка [3].

Патогенетическая взаимосвязь между хроническим гастритом и язвенной болезнью до сих пор трактуется в литературе неоднозначно. Хорошо известна теория о гастритической обусловленности язвенной болезни, предложенная в 1928 г. G. E. Konjetzny и рассматривающая хронический гастрит как первичное заболевание, предшествующее вторичному возникновению на его фоне язвенной болезни с локализацией язвы в желудке. При этом угроза возникновения медиогастральных язв, по мнению сторонников данной концепции, становится особенно реальной, если атрофические изменения слизистой оболочки желудка сочетаются с сохраненной или повышенной секрецией соляной кислоты [2].

В то же время многочисленные работы показали, что теория о главной роли хронического гастрита в происхождении язвенных поражений желудка имеет немало уязвимых мест. Прежде всего, распространенность хронического гастрита среди населения достигает в настоящее время 80%, тогда как заболеваемость язвенной болезнью (в целом достаточно высокая) не превышает 7-10% [2].

Многokратно была описана возможность возникновения язв желудка на фоне неизменной слизистой оболочки или же таких форм хронического гастрита (в частности, гастрита типа Менетрие), которые считаются нехарактерными для язвенных поражений желудка [1].

Опубликованы работы, свидетельствующие о том, что развитие атрофического гастрита и кишечной метаплазии способствует улучшению течения медиогастральных язв, уменьшению частоты их обострений. С другой стороны, сниженная регенераторная способность при атрофии слизистой повышает риск развития осложнений язвенной болезни, таких как перфорация, пенетрация, а само наличие атрофии с последующей дисплазией и неоплазией является предраковым состоянием [4]. С этих позиций вопрос о возможной патогенетической взаимосвязи между хроническим гастритом и язвами желудка по-прежнему остается открытым.

Целью исследования явилось оценить особенности течения язвенной болезни желудка на фоне хронического атрофического гастрита.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 78 историй болезни пациентов с язвенной

болезнью желудка по данным гастроэнтерологического отделения РКБ им. Семашко. Оценивались состояние слизистой оболочки желудка (наличие или отсутствие атрофии), локализация и размеры язв, инфицированность *Helicobacter pylori*, наличие осложнений (перфорация, пенетрация, малигнизация), клинические симптомы.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования приведены в таблице. Установлено, что развитие язвенного дефекта в большинстве случаев происходило на фоне атрофии слизистой: 54 случая, или 70%. Это подтверждает высокую распространенность атрофического гастрита среди патологии желудочно-кишечного тракта.

У пациентов с атрофическим гастритом размеры язвенного дефекта превышали таковые у больных с неизменной слизистой и поверхностным гастритом. Так, средний диаметр язв у больных с атрофией составил 1,8 см, а у пациентов с поверхностным гастритом и неизменной слизистой – 1,0 см. Среди лиц с атрофией слизистой чаще наблюдались множественные язвенные дефекты – 12 и 8 случаев соответственно.

При атрофическом гастрите чаще язвенный дефект локализовался в теле и углу желудка, где наиболее рано и часто наблюдаются процессы малигнизации. В настоящее время доказано, что стадии хронического гастрита – это дорога к раку. Известен так называемый каскад Correa: инфекция *Helicobacter pylori* – воспаление – атрофия – метаплазия – дисплазия, неоплазия – рак [5]. В нашем исследовании осложнение в виде малигнизации отмечено в 4 случаях, во всех язва локализовалась в теле желудка на фоне атрофического гастрита, вызванного *Helicobacter pylori*, который диагностирован методом ПЦР. В целом *Helicobacter pylori* (HP) обнаружен в 58% случаев (у 28 больных с атрофическим гастритом и у 17 человек с неатрофическим гастритом). У 13 пациентов HP не обнаружен, у 20 больных диагностика HP не проводилась.

Оценивая длительность диспепсии по записям в историях болезни, можно сделать заключение, что у больных с атрофическим гастритом болевой синдром присутствовал в 10% случаев, в клинической картине доминировали такие симптомы, как чувство тяжести, тошнота, слабость. Напротив, у больных с неатрофическим гастритом преобладал болевой синдром с локализацией в эпигастрии. При этом купирование симптомов на фоне лечения быстрее происходило у больных с язвенной болезнью на фоне атрофического гастрита.

Таблица

Особенности язвенного дефекта у больных с хроническими атрофическим и неатрофическим гастритами

Признаки	Хр. атрофический гастрит	Хр. неатрофический гастрит
Всего случаев (%)	54 (70%)	24 (30%)
Средний диаметр язв, см	1,8	1,0
Множественные язвенные дефекты, абс. (%)	12 (15%)	8 (10%)
Лок-ция в теле, абс. (%)	31 (40%)	6 (7,6%)
Лок-ция в антруме, абс. (%)	13 (16,6%)	15 (19,2%)
Лок-ция в углу, кол. случаев, абс. (%)	10 (12,8%)	3 (3,8%)
Малигнизация, абс. (%)	4 (5%)	0
Пенетрация, перфорация, абс. (%)	5 (6,4%)	4 (5%)
Частота болевого синдрома	8 (10,2%)	20 (25,6%)
Частота дискинетического синдрома	48 (61,5%)	6 (7,6%)

Выводы

1. Наличие атрофии слизистой оболочки желудка усугубляет течение язвенной болезни: увеличивает размеры и число язвенных дефектов.

2. Во всех случаях язвенная болезнь желудка на фоне атрофического гастрита ассоциирована с *Helicobacter pylori*.

3. Клинически она проявляется дискинетическим синдромом.

4. Язвенная болезнь в сочетании с атрофией слизистой сопровождается повышенным риском малигнизации.

Практические рекомендации

1. При ведении больных с язвенной болезнью желудка следует особое внимание уделять пациентам с атрофическим гастритом и локализацией язвы в углу желудка.

2. У больных с атрофическим гастритом проводить эффективную эрадикационную терапию.

3. В лечении особое внимание уделять средствам, восстанавливающим слизистую оболочку (препараты висмута).

4. С осторожностью назначать препараты, усиливающие атрофию слизистой (антисекреторные средства).

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – 483 с.

2. Аруин Л.И. Новая международная классификация дисплазий слизистой оболочки желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. №3. – С. 15-17.

3. Ивашкин В.Т., Дорофеев Г.И. Нарушения резистентности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при хроническом гастрите и язвенной болезни // Советская медицина, 1983. № 2. С. 10-15.

4. Ивашкин В.Т. Эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* и ремиссия язвенной болезни: однозначны ли эти состояния? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 1999. Т.8. № 3. С. 71-73.

5. Rugge M., Leandro G., Levin K.J. et al. Gastric epithelial dysplasia // Cancer. – 1995. Vol.76. – P. 376-382.

Спасова Татьяна Евгеньевна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры терапии № 2 медицинского факультета, e-mail: tspasova@yandex.ru

Spasova Tatyana Evgeniyevna, candidate of medical sciences, senior teacher of department of therapy №2 of Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph./fax 448255, e-mail: tspasova@yandex.ru

УДК 613:613.8(075.8)

Ю.Ю. Шурыгина

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Статья посвящена результатам анонимного анкетирования, которые показали, что репродуктивное здоровье студенческой молодежи значительно лучше, чем молодежи в целом: отсрочен сексуальный дебют, практически нет заболеваний, передаваемых половым путем, девушки почти не делают абортов.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, репродуктивные установки, аборт, заболевания, передаваемые половым путем, экстракорпоральное оплодотворение.

Yu.Yu. Shurygina

REPRODUCTIVE HEALTH AND PURPOSES OF STUDENT'S YOUTH

The article deals with the results of anonymous questioning, which showed that the reproductive health of student's youth is much better, than of youth at whole: the sexual debut is delayed, practically there are no sexually transmitted diseases, girls almost have not abortions.

Key words: reproductive health, reproductive purposes, abortion sexually transmitted diseases, substitute motherhood.

Современная Россия столкнулась с серьезной медико-демографической проблемой – депопуляцией, которая диктует направление политики страны в отношении народонаселения и здравоохранения в целом и в области сохранения репродуктивного здоровья граждан в частности [3].

Репродуктивное здоровье (РЗ), по определению ВОЗ, – это состояние полного физического, ум-