

---

3. Образование эрозий гастродуоденальной зоны у больных с воспалительными заболеваниями кишечника, длительно получавших стероидные гормоны или препараты 5-АСК, зависит не от лекарственного воздействия, как традиционно принято считать, а от наличия Нр-инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Е.А. // Международный Falk Workshop «Основы и принципы лечения воспалительных заболеваний кишечника». – СПб., 1996.
2. Лысенков Ю.А., Лоранская И.Д., Маликова Н.А. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктोल. – 2000. – Прил. 5. – С. 112.
3. Мешалкина Н.Ю., Григорьева Г.А., Репина И.Б., Склянская О.А. // Перспективные направления в изучении патогенеза, новые технологии диагностики и лечения в гастроэнтерологии / Сб. науч. трудов. – Смоленск; 2000. – С. 320-325.
4. Herz R., Schaubе J., Stolte M. // National joint congress of digestive disease. – Toronto, 1995.
5. Jovanovic J., Milosavjevic T.N., Jankovic G.P., Micev M.M. // Med. Sci. Monit. – 2001. – V. 7, No.1. – P. 137-141.
6. Terashima S., Hoshino Y., Kanzaki N. et al. // J. Clin. Gastroenterol. – 2001. – V. 32, No. 2. – P. 172-175.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI*, ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ И ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

*П.А. Никифоров, М.А. Базарова, И.В. Зверков, А.Ю. Ниценко*  
УНМЦ УД Президента РФ

Современные представления о роли Нр-инфекции в патогенезе важнейших заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки определяют актуальность исследований, посвященных изучению распространенности этой формы патологии, поскольку только комплексная оценка проблемы дает возможность сформулировать аргументированную концепцию схемы патогенеза заболевания и в соответствии с ней обосновать меры терапевтического воздействия [1, 2, 10].

В настоящем сообщении представлены результаты изучения распространенности Нр-инфекции у 728 пациентов, обследованных в условиях поликлиники по поводу заболеваний органов пищеварения или в порядке диспансеризации. Среди них было 357 женщин и 371 мужчина в возрасте от 23 до 80 лет. Все больные были обследованы клинически с применением метода гастродуоденоскопии. При эндоскопии проводилась биопсия макроскопически измененных участков, требующих морфологической верификации, а также при наличии у пациентов заболеваний желудка, возможно ассоциированных с хеликобактерной инфекцией. Биоптаты обрабатывались и окрашивались по стандартной

методике [1, 2]. Данные гистологического исследования оценивались по общепринятой классификации [3], при этом учитывалось наличие *H. pylori*, оценивалась степень обсемененности по трехбалльной шкале. Помимо гистологического исследования, для диагностики *H. pylori* использовался быстрый уреазный тест. Данные эндоскопии были формализованы в соответствии с общепринятыми критериями оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

При анализе материала выделены группы больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивным гастритом с локализацией в антральном отделе, а также группа с очаговым или диффузным (по данным визуальной оценки) изменениями слизистой оболочки желудка, расцениваемые как проявления хронического гастрита. Наличие дуоденальной или желудочной язвы предполагало те или иные изменения слизистой оболочки, характеризующиеся эндоскопистом как поверхностный или очаговый гастрит. При анализе результатов гистологического исследования в конечном счете выделены две группы больных, в зависимости от наличия или отсутствия признаков атрофического гастрита. Больные с очаговыми изменениями в антральном отделе желудка обследованы в динамике на протяжении 3-7 лет (в среднем 4,2 года), проведена оценка имеющихся макроскопических изменений, установлено наличие *H. pylori*-обсеменения. Анализ результатов проводился с использованием методов непараметрической статистики.

В табл. 1 представлена характеристика обследованных в соответствии с данными эндоскопического исследования и выявления *H. pylori* в слизистой антрального отдела и тела желудка.

Таблица 1

**Распространенность *H. pylori* в зависимости от результатов эндоскопического исследования**

| Эндоскопический диагноз                      | Наличие <i>H. pylori</i> |    | Отсутствие <i>H. pylori</i> |    | Всего | p               |
|----------------------------------------------|--------------------------|----|-----------------------------|----|-------|-----------------|
|                                              | абс.                     | %  | абс.                        | %  |       |                 |
| 1. Норма                                     | 22                       | 76 | 7                           | 24 | 29    |                 |
| 2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки | 83                       | 93 | 6                           | 7  | 89    |                 |
| 3. Язвенная болезнь желудка                  | 17                       | 59 | 12                          | 41 | 29    | $p_3-p_2<0,01$  |
| 4. Хронические эрозии                        | 136                      | 63 | 79                          | 37 | 215   | $p_4-p_2<0,001$ |
| 5. Простые эрозии                            | 41                       | 51 | 40                          | 49 | 81    |                 |
| 6. Очаговый и атрофический гастрит           | 159                      | 60 | 196                         | 40 | 265   | $p_6-p_2<0,001$ |
| 7. Полипы                                    | 12                       | 60 | 8                           | 40 | 20    |                 |
| Всего                                        | 470                      | 65 | 258                         | 35 | 728   |                 |

Как следует из представленных в табл. 1 данных, результаты оказались сопоставимыми в большинстве групп, за исключением больных с дуоденальной язвой и лиц, у которых визуальны изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки отсутствовали. Частота выявления Нр-инфекции колебалась в пределах 51-63% и значительно отличалась от таковой у больных, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (93%) и здоровых лиц (73%). Частота выявления *H. pylori* в теле желудка в среднем составляла 60%. Достоверное различие этой величины отмечено в группе больных с дуоденальной язвой, где реже, чем в антральном отделе, *H. pylori* выявлялся в теле желудка (58 и 92%). Помимо различий данных эндоскопии, больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и здоровые лица отличались от остальных более молодым возрастом (средний возраст – 42,2 и 55,3 года соответственно).

Рассмотрена частота выявления Нр-обсеменения в зависимости от результатов морфологического исследования (табл. 2).

Таблица 2

**Частота выявления *H. pylori* в зависимости от данных морфологического исследования**

| Морфологический диагноз | Наличие <i>H. pylori</i> |    | Отсутствие <i>H. pylori</i> |    | Всего |
|-------------------------|--------------------------|----|-----------------------------|----|-------|
|                         | абс.                     | %  | абс.                        | %  |       |
| Гастрит без атрофии     | 256                      | 64 | 150                         | 36 | 406   |
| Атрофический гастрит    | 75                       | 44 | 97                          | 56 | 172   |
| Всего                   | 331                      | 57 | 247                         | 43 | 578   |

Как видно, частота выявления Нр-инфекции была достоверно ниже у пациентов с морфологическими признаками атрофического гастрита. Имелось также различие в показателях степени обсемененности, которая у больных гастритом без атрофии была достоверно выше ( $p < 0,02$ ), чем у больных с атрофическим гастритом (III степень в 46 и 21% соответственно,  $p < 0,05$ ).

У 163 пациентов оценены результаты динамического наблюдения на протяжении 3-9 лет. Исходно у всех пациентов определялось наличие Нр-инфекции, эндоскопически в одной из подгрупп определялся эрозивный антральный гастрит, а во второй – очаговый или диффузный гастрит. Антихеликобактерная терапия больным этой выборки не проводилась. Результаты наблюдений представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Результаты динамического наблюдения за больными  
с эрозивным и очаговым антральным гастритом**

| Эндоскопический<br>диагноз | Наличие <i>H. pylori</i><br>(+/+) |    | Отсутствие <i>H. pylori</i><br>(+/-) |    | Всего |
|----------------------------|-----------------------------------|----|--------------------------------------|----|-------|
|                            | абс.                              | %  | абс.                                 | %  |       |
| Эрозивный гастрит          | 52                                | 57 | 40                                   | 43 | 92    |
| Очаговый гастрит           | 30                                | 42 | 41                                   | 58 | 71    |
| Всего                      | 82                                | 51 | 81                                   | 49 | 163   |

Примечание: (+/+) – повторное выявление к завершению наблюдения;  
(+/-) – исчезновение признака.

Как следует из приведенных данных, в среднем у половины больных к исходу наблюдения повторно было обнаружено наличие *H. pylori*, что достоверно чаще ( $p < 0,02$ ) ассоциировалось с эрозивным антральным гастритом (57 и 42% соответственно).

В табл. 4 представлены результаты динамического наблюдения за 92 больными эрозивным гастритом.

Таблица 4

**Результаты динамического наблюдения  
за больными с эрозиями антрального отдела желудка**

| Результат наблюдения                                 | H. pylori |    |      |    | Всего |     |
|------------------------------------------------------|-----------|----|------|----|-------|-----|
|                                                      | +/+       |    | +/-  |    |       |     |
|                                                      | абс.      | %  | абс. | %  | абс.  | %   |
| Повторное возникновение<br>эрозивного гастрита (+/+) | 20        | 65 | 11   | 35 | 31    | 34  |
| Исчезновение признаков<br>эрозивного гастрита (+/-)  | 32        | 52 | 29   | 48 | 61    | 66  |
| Всего                                                | 52        | 57 | 40   | 43 | 92    | 100 |

Представленные в табл. 4 данные свидетельствуют о том, что в 66% случаев эрозии антрального отдела желудка к моменту завершения наблюдения отсутствовали. Повторное выявление *H. pylori* чаще сочеталось с наличием эрозии (65%), чем с ее исчезновением (52%) на конечном этапе наблюдения, хотя в данном случае речь идет лишь о тенденции ( $p < 0,1$ ).

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о значительной распространенности *Hp*-инфекции в обследуемой популяции, которая составляет в среднем 65%, что соответствует данным, представленным в работах других авторов [5, 7]. Достоверное преобладание

---

частоты выявления *H. pylori* отмечено у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и у пациентов, у которых патологические изменения слизистой желудка отсутствовали. Результаты морфологического исследования свидетельствуют о том, что чаще наличие *H. pylori* отмечалось в сочетании с сохраненной (без атрофии) слизистой антрального отдела желудка – 64 и 44% случаев соответственно, что также согласуется с данными, приводимыми в литературе [3, 5, 8].

Результаты динамического наблюдения говорят о том, что повторно наличие *H. pylori* через определенный отрезок времени определяется лишь у половины пациентов и несколько чаще – у лиц с эрозивным гастритом. Отметим, что в процессе наблюдения выявлена инволюция эрозивного гастрита и эрозии, которые повторно появляются лишь у 34% больных. Частично указанная тенденция проявилась и в динамике выявления *H. pylori* у больных этой группы, однако четкого соответствия между наличием или исчезновением обсеменения и наличием или исчезновением эрозий к завершению наблюдения не оказалось.

Полученные результаты в целом соответствуют современным данным о распространенности *H. pylori*-инфекции среди взрослых пациентов с очевидным преобладанием данного признака у больных с дуоденальной язвой [4, 5, 7]. Весьма значительная часть лиц с теми или иными признаками хронического гастрита – как с эндоскопическими, так и с морфологическими, – является *H. pylori*-инфицированными. Подтверждена меньшая вероятность существования данного признака на фоне атрофических изменений. Учитывая этот факт и допуская возможность ложноположительных и ложноотрицательных результатов, связанных с методикой определения, мы тем не менее вправе говорить о тенденции к естественной инволюции, то есть о своего рода «самовыздоровлении», если считать заболеванием инфицированность *H. pylori*. В качестве клинического примера подобной инволюции можно рассматривать естественную динамику язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в которой подобная тенденция проявляется довольно демонстративно [6].

Представляется, что данный аспект проблемы, касающийся естественной динамики течения заболевания, должен учитываться как при уточнении общих представлений о патогенезе *H. pylori*-ассоциированных заболеваний, так и при аргументации методов лечебного воздействия, связанных с выявлением *H. pylori* [7, 12, 13].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И. // Арх. пат. – 1990. – № 10. – С. 3-8.
2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. – Амстердам, 1993. – 370 с.
3. Аруин Л.И., Капуллер, Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998. – 496 с.

- 
4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. // Рос. гастроэнтерол. журн. – 1999. – № 4. – С. 38-42.
  5. Кудрявцева Л.В., Щербаков П.Л., Иванников И.О. и др. *Helicobacter pylori* – инфекция: современные аспекты диагностики и терапии / Пособие для врачей. – М., 2005.
  6. Никифоров П.А. Возможности гастроинтестинальной эндоскопии на амбулаторном этапе / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1992.
  7. Циммерман Я.С. Диагностика и комплексное лечение основных гастроэнтерологических заболеваний. – Пермь, 2003. – 288 с.
  8. Щербаков П.Л. // *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии, под ред. В.Т. Ивашкина, Ф. Мегро, Т.Л. Лапина. – М., 1999. – С. 14-20.
  9. Banatwala N., Mayo K., Megraud F. et al. // *J. Infect. Dis.* – 1993. – No. 168. – P. 219-221.
  10. Correa P. // *J. Physiol. Pharmacol.* – 1997. – V. 48 (Suppl. 4). – P. 19-24.
  11. Ernst P.B., Gold B.D. // *Ann. Rev. Microbiol.* – 2000. – V. 54. – P. 615 – 640.
  12. O' Connor H.J. // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1994. – V. 29 (Suppl. 201). – P. 11 – 15.
  13. Uemura N., Okamoto S., Yamamoto S. et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2001. – V. 345, No. 11. – P. 784-789.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРОЙНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ ХЕЛОЛ, ДЕ-НОЛ И ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ**

*А.С. Потапов, Н.Л. Пахомовская, Е.С. Дублина, П.Л. Щербаков*  
*Научный центр здоровья детей РАМН*

Кислотозависимые заболевания – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), гастрит, дуоденит, язвенная болезнь – довольно часто встречаются у детей. Их количество с каждым годом неуклонно растет, что обусловлено многими факторами – алиментарным, аллергическим, иммунным, нервно-психическим. Все эти причины являются скорее фоновыми, чем истинными пусковыми факторами заболевания [1, 2]. Согласно мнению большинства ученых-гастроэнтерологов, ведущую роль в развитии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей играет хеликобактерная инфекция.

Распространенность *H. pylori* высока и в различных регионах и этнических группах существенно различается, что обусловлено рядом факторов: экономическим уровнем, доступностью высококачественного лечения, жилищными условиями, особенностями питания, гигиеническими навыками. В странах Восточной Европы *H. pylori* встречается у 40-70% населения, при этом инфицирование *H. pylori* обычно происходит в детском возрасте, а при отсутствии лечения бактерия персистирует в организме неопределенно долго. В большинстве случаев дети инфицируются от родителей. Нередко они являются бессимптомными носителями и, возможно, служат «семейным резервуаром» *H. pylori*. Мнения, что инфицирование происходит именно в детском возрасте, придерживается