

Она стояла у истоков компьютеризации учебного процесса. По ее инициативе впервые на кафедре пропедевтики внутренних болезней была создана обучающая и контролирующая программа по порокам сердца. Важным было ее стремление улучшить материальную базу клиники. По ее инициативе и непосредственном участии на территории областной больницы был построен терапевтический корпус, где в настоящее время располагается кафедра.

Елена Ивановна старалась оснастить клинику современной аппаратурой: многоканальным ЭКГ, ФКГ, БКГ, спирометром, аппаратом для баллонно-кимографического исследования желудочной моторики и секреции, РН-метрий, компьютерной электрогастрографией, тепловидением, ультразвуковыми аппаратами и эндоскопами на основе волоконной оптики. Елена Ивановна, работая еще на кафедре факультетской терапии, освоила гастроскопию с помощью полужестких гастроскопов, а в дальнейшем при получении эндоскопических приборов на основе волоконной оптики поручила своим молодым сотрудникам освоить методику эзофагогастрофибродуодено-интестиноскопии и колоноскопии. При этом они не только освоили эту методику, но и внедрили эндоскопическую полипэктомию. Важнейшей ее заслугой было использование радиоспектроскопии для изучения оксидантной и антиоксидантной систем организма. Под ее руководством и консультацией выполнено 8 докторских, 25 кандидатских диссертаций. Она автор более 300 научных работ, 3 учебных пособий, 3 изобретений, 14 рационализаторских предложений, редактор 32 тематических сборников, посвященных актуальным вопросам гастроэнтерологии и терапии. Она одна из первых в нашей стране (в 1972 году) создала научное общество гастроэнтерологов. Начиная с этого времени она организует и проводит в г. Смоленске ежегодно научно-практические конференции с международным участием, а также плену-

мы правления гастроэнтерологов. Роль и значение ежегодных гастроэнтерологических конференций, проходивших в г. Смоленске, высоко оценили ведущие гастроэнтерологи страны (Ф. И. Комаров, С. И. Рапопорт, П. Н. Любченко // Клиническая медицина, № 2, 2005). Причем эти конференции проходили при широком участии гастроэнтерологов всех республик Советского Союза и ведущих гастроэнтерологов страны (академиком В. Х. Василенко, А. С. Логинова, профессоров Г. И. Дорофеева, Виноградовой и др.). Помимо лечебной, научной и педагогической деятельности Елена Ивановна принимала активное участие в общественной жизни города Смоленска и области. В течение 7 созывов она избиралась депутатом городского Совета, была награждена правительственными наградами: Орденом Трудового Красного Знамени, медалью за доблестный труд и медалью за работу в тылу во время Великой Отечественной войны. В 1996 году за активное участие в жизни города и области ей присвоено звание «Почетный гражданин города Смоленска», а в 1997 году за научные достижения и подготовку научных кадров звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

4 апреля 2001 года за многолетнюю и плодотворную деятельность Ученый Совет СГМА присвоил Елене Ивановне звание Почетного профессора Смоленской государственной медицинской академии.

Елена Ивановна умерла 3 октября 2005 года и похоронена в г. Смоленске на Братском кладбище (как она завещала), недалеко от главного корпуса СГМА и дома, где она проживала. На стене дома установлена мемориальная доска. В корпусе № 8 областной больницы, где располагается кафедра пропедевтики внутренних болезней, в ее честь установлен мемориальный барельеф. 20 мая 2011 года СГМА будет отмечать 90-летие со дня рождения выдающейся женщины, врача, ученого и общественного деятеля Е. И. Зайцевой.

УДК: 616.33 - 002.446

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБСЕМЕНЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА *HELICOBACTER PYLORI* БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С СЕЗОНАМИ ГОДА

Т. Е. Афанасенкова, П. А. Ильющенко, С. И. Ливинская
ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра общей врачебной практики
(семейной медицины) с курсом поликлинической терапии

Резюме

В данной работе изучено влияние степени обсемененности слизистой оболочки желудка микроорганизмом *Helicobacter pylori* на частоту обострений хронического гастрита в зависимости от времени года у пациентов, которые находились на амбулаторном лечении. В результате исследования установлено, что для хронического гастрита характерна сезонность обострения. Степень обсемененности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* и степень тяжести хронического гастрита взаимосвязаны. Для высокой степени обсемененности характерна выраженность симптомов заболевания.

Ключевые слова: гастрит, инфекция *Helicobacter pylori*, сезонность.

CORRELATION BETWEEN *HELICOBACTER PYLORI* CONTAMINATION OF GASTRIC MUCOUS AND YEAR SEASONS

Т. Е. Афанасенкова, П. А. Ильющенко, С. И. Ливинская

Summary

In given work is studied, what influence renders the amount of the microorganism *helicobacter pylori* being kept in mucous shell of the belly on frequency of the intensifications of the chronic gastritis depending on time of the year beside patient, which were found on dispensary treatment. As a result of studies is installed that for chronic gastritis characteristic of intensification in autumn and spring periods. Not only presence of the microorganism in mucous shell of the belly, but also his(its) amount influence on degree of gravity of the chronic gastritis. For high degree of the infections *Helicobacter pylori* nature of the disease is expressed more distinctly.

Keywords: gastritis, infection *Helicobacter pylori*, timeses of the year.

Общая инфицированность населения земного шара *Helicobacter Pylori* (HP) достигает почти 60% и является одним из факторов в развитии гастродуоденальных заболе-

ваний, поскольку экологической нишей для данного микроорганизма является слизистая оболочка желудка (СОЖ). В развивающихся странах уже в детском возрасте HP выявля-

ется с высокой частотой, а к середине жизни инфицированность этим возбудителем достигает 90–95%. По статистическим данным каждый 8–10-й ребенок страдает болезнями желудочно-кишечного тракта [6]. В России носительство НР достигает от 60,7 до 100% [4]. Тем не менее следует отметить отсутствие многоцентровых российских исследований встречаемости НР, что затрудняет оценку как распространенности этой инфекции, так и ее динамики во времени [5].

В РФ статистических данных относительно распространенности хронического гастрита (ХГ) нет. В странах с развитой статистикой он фиксируется у 80–90% больных. По литературным данным заболеваемость этой патологией составляет 2,5% среди всего населения, 35% – среди заболеваний пищеварительного тракта, 85% – среди заболеваний желудка. Предполагается, что в индустриально развитых странах им страдает каждый второй взрослый человек [2, 3].

Хронический гастрит занимает центральное место среди заболеваний желудка. Зачастую, начавшись в раннем детстве, долгие годы протекает субклинически, не давая отчетливой симптоматики. Но самое главное, что ХГ предшествует или сопутствует таким болезням, как язва и рак желудка, с которыми определенным образом связан.

На развитие первичного хронического гастрита оказывают влияние этиологические факторы развития, которые носят экзогенный и эндогенный характер. Выделяют около 30 причин экзогенного характера (*Helicobacter pylori*, желчные кислоты и лизолецитин в желудочном содержимом, погрешности в диете, курение и злоупотребление алкоголем, длительный нервно-психический стресс, продолжительный прием лекарственных средств, повреждающих слизистую оболочку и т. д.) и около 45 причин эндогенного характера (наследственная предрасположенность, хронические инфекции, аутоиммунные заболевания, патология эндокринной системы; хронические заболевания сердца, протекающие с декомпенсацией по большому кругу кровообращения и последующей тканевой гипоксией слизистой оболочки желудка и т. д.). Особое значение придается этиологической роли НР, так как более 90% ХГ ассоциированы с этой инфекцией.

Практически у всех инфицированных индивидуумов НР вызывает воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти изменения представляют собой собственно субстрат гастрита. Считается, что чем старше становится человек, тем чаще выявляется при обследовании НР [1].

Принято считать, что обострение заболеваний гастродуоденальной зоны возникает весной и осенью. При этом степень обсеменения СОЖ НР, выраженность клинических симптомов и тяжесть течения заболеваний взаимосвязаны. В основном работы по изучению этой проблемы проводились в отношении язвенной болезни. Работ по исследованию влияния обсеменности СОЖ НР на заболеваемость ХГ и тяжесть его течения в зависимости от времени года мы в литературе не встречали.

Цель исследования: изучить влияние степени обсеменности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* на частоту обострений хронического гастрита в зависимости от времени года у пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Оценить динамику заболеваемости хроническим гастритом в зависимости от пола и возраста пациентов.

Материалы и методы

Наблюдение за пациентами, обратившимися в поликлинику по поводу обострения ХГ, проводилось в течение трех лет (2007–2009). За это время ФГДС была проведена у 3358 пациентов (1221 мужчины и 2137 женщин) в возрасте от 17 до 73 лет, средний возраст составил 46,3±1,4 лет (мужчин 43,1±2,1, женщин – 48,1±4,6). Определение НР проводилось в биоптатах из слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка

одновременно двумя методами: уреазным тестом и прямой микроскопией. Из 703 человек обследованных на НР-инфекцию положительный результат отмечался у 562 пациентов. Оценка степени обсеменения НР СОЖ определялась по максимальной находимости микробных тел (НР) в поле зрения.

Результаты

Общее число женщин, обратившихся за медицинской помощью по поводу ХГ (диаграмма 1), почти вдвое (63,64%) превышало аналогичное число мужчин (36,36%). Пик заболеваемости у женщин приходился на возраст 46–50 лет, что подтверждает данные об увеличении заболеваемости хроническим гастритом с возрастом.

У мужчин отмечалось 2 пика заболеваемости: в 22–25 лет и 46–50 лет. Причем в возрасте 22–25 лет обращаемость мужчин почти в 2 раза превышала обращаемость женщин. Это может быть связано с образом жизни, который ведут пациенты в этом возрасте (курение, нерегулярное и некачественное питание, стресс). Кроме того, существенную роль в заболеваемости играет высокая инфицированность НР. Второй пик обращаемости приходился на аналогичный возраст у женщин – 46–50 лет. Соотношение мужчин и женщин в данный возрастной период противоположное, что можно объяснить более низкой продолжительностью жизни среди мужчин (диаграмма 1).

Проведенное исследование показало, что в различные периоды года обсеменность СОЖ НР была различной. Наблюдалась взаимосвязь между находимостью инфекта в СОЖ и обращаемостью пациентов за медицинской помощью (табл. 1). Достоверно чаще регистрировалось обострение ХГ осенью и весной и составило соответственно 32,52±0,46 и 28,85±0,43%. В это же время отмечалась и высокая степень обсеменения СОЖ НР (диаграмма 2). Зимой и летом при примерно одинаковой средней и низкой степени обсеменности СОЖ микроорганизмом (30,94±0,48 зимой и 34,58±0,46 летом) регистрировалась и одинаковая обращаемость.

В результате проведенного анализа тяжести обострения ХГ в разные времена года (табл. 2) отмечено, что наибольшее число обострений регистрировалось осенью, но более тяжело заболевание протекало весной – средне-тяжелое и тяжелое течение встречалось в 71,27% случаев (диаграмма 3). Легкое течение данной патологии наблюдалось летом – 61,1±0,49%.

Таким образом, обострение хронического гастрита отмечалось в течение всего года, но пик заболеваемости приходился на весну и осень. По-видимому, организм того или иного человека обладает определенными биологическими особенностями, позволяющими приспособиться к различным условиям окружающей среды. Но вследствие снижения реактивности организма меняется и влияние НР на СОЖ. При смене времени года, особенно в весенний и осенний периоды, организм человека испытывает максимальные нагрузки, что приводит к дисбалансу между факторами защиты и агрессии в желудке и провокации обострения ХГ.

Выводы

1. При хроническом гастрите наблюдается сезонность заболевания, которая выше осенью – 32,52±0,46% и весной – 28,85±0,43%.
2. Наибольшее число случаев обострений хронического гастрита регистрируется в осенний период, но тяжелее заболевание протекает весной.
3. Степень обсеменности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* и степень тяжести хронического гастрита взаимосвязаны. Для высокой степени обсеменности характерна выраженность симптомов заболевания.
4. Заболеваемость хроническим гастритом увеличивается с возрастом.
5. Заболевание почти в 2 раза чаще регистрируется у женщин (63,64±1,4%), но в возрасте от 17 до 25 лет у мужчин хронический гастрит выявляется чаще.

Диаграмма 1. Обращаемость за медицинской помощью больных хроническим гастритом в зависимости от пола и возраста

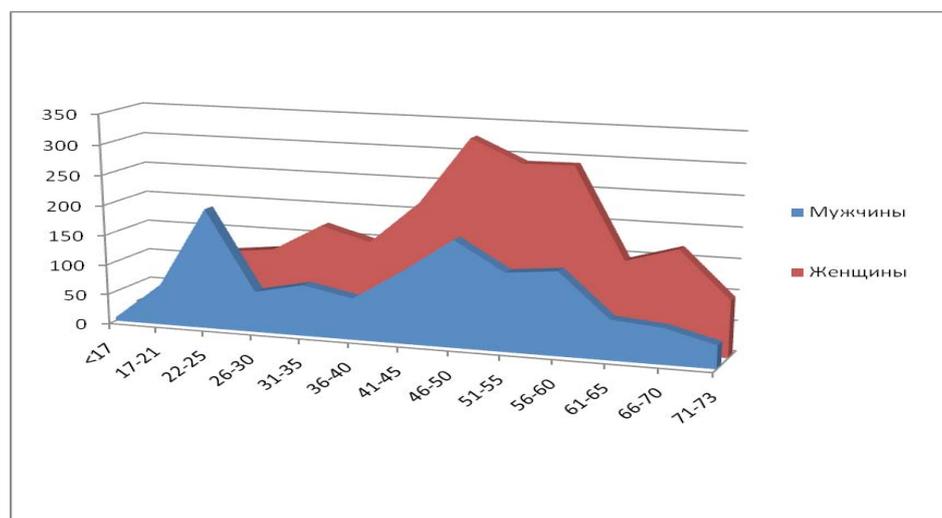


Диаграмма 2. Структура обсемененности СОЖ НР в зависимости от времени года

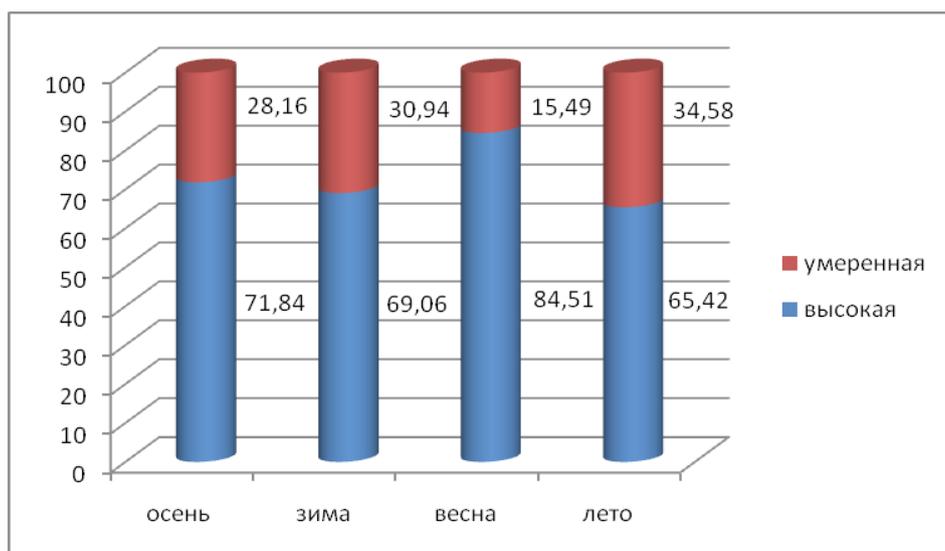


Диаграмма 3. Структура заболеваемости ХГ в зависимости от степени тяжести и времени года

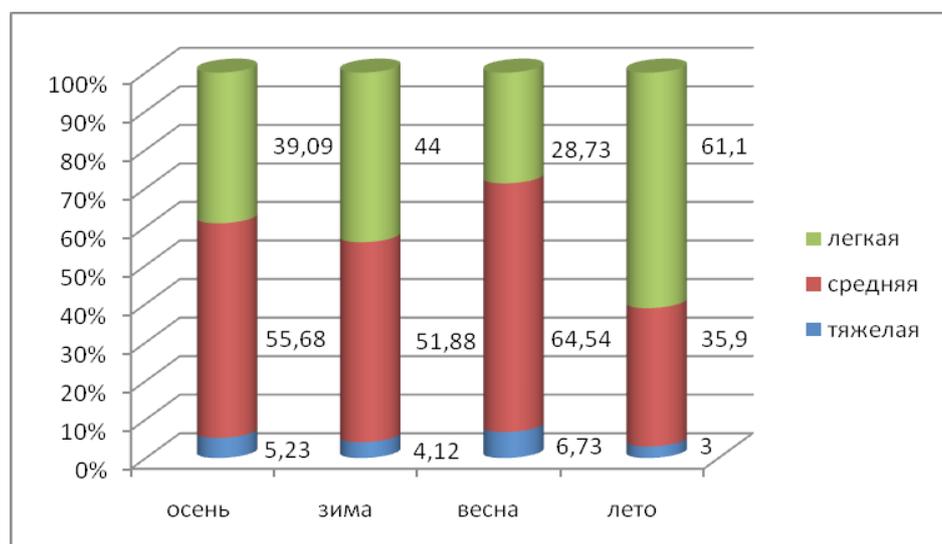


Таблица 1. Степень обсеменения СОЖ НР и частота обострений хронического гастрита в зависимости от времени года

Сезон года	Степень обсеменения СОЖ НР в %		Частота обострений ХГ в %
	высокая	средняя и низкая	
1. Осень	71,84±0,45	28,16±0,45	32,52±0,46
2. Зима	69,06±0,46	30,94±0,46	21,27±0,43
3. Весна	84,51±0,36	15,49±0,36	28,85±0,43
4. Лето	65,42±0,48	34,58±0,48	17,36±0,39
	t*>2,58 p**1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01
	t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01
	t<1,96 0,1>p1-4>0,05	t<1,96 0,1>p1-4>0,05	t>2,58 p1-4<0,01
	p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01
	t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4>0,01

*t – t-критерий Стьюдента, **p – уровень достоверности

Таблица 2. Тяжесть обострения хронического гастрита в разные сезоны года

Сезон года	Случаи, %	Тяжесть обострения хронического гастрита в%		
		тяжелое	средней тяжести	легкое
1. Осень	30,17±0,46	5,23±0,20	55,68±0,49	39,09±0,49
2. Зима	25,31±0,43	4,12±0,20	51,88±0,50	44,0±0,50
3. Весна	24,78±0,43	6,73±0,25	64,54±0,48	28,73±0,45
4. Лето	19,74 ±0,40	3,02±0,17	35,9±0,48	61,1±0,49
		t>2,58 p1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01	t>2,58 p1-2<0,01
		t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01	t>2,58 p1-3<0,01
		t>2,58 p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01	t>2,58 p2-3<0,01
		t>2,58 p2-4<0,01	t>2,58 p2-4<0,01	t>2,58 p2-4<0,01
		t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4<0,01	t>2,58 p3-4<0,01

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулхаков Р.А. Распространенность *Helicobacter pylori* //Казанский медицинский журнал. – 2002. – Т.83, № 5. – С. 365-367.
2. Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И. Болезни органов пищеварения. Рук-во по гастроэнтерологии для врачей.- СПб.: Изд-во ДЕАН, 2006-656 с.
3. Васильев Ю.В. Хронический гастрит. Consilium medicum, Прилож. Выпуск № 3-2002, С. 6-10.
4. Канарейцева Т.Д., Чернуцкая С.П., Гервазиева В.Б. и др. Морфоиммунологические критерии диагностики гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori* //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. - № 2. – С. 22-26.
5. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Щербаков П.Л. и др., HELICOBACTER PYLORI: распространенность, диагностика, лечение //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. - № 2. – С. 3-7.
6. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г. и др. *Helicobacter Pylori*: эпидемиология, диагностика, основы эрадикационной терапии. Учебно-методическое пособие. /Под ред. проф.И.В. Маева. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 60 с.

УДК 616. 3 + 615. 015

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГАСТРИТОМ, ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Т. Е. Афанасенкова, Т. Н. Янковая

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) с курсом поликлинической терапии

Резюме

В данной работе проведен анализ общего комплаенса и его факторов в работе семейного врача и врача терапевта-участкового при ведении больных с гастроэнтерологической патологией. Получено, что общий показатель приверженности к лечению у пациентов, находящихся под наблюдением врача общей практики, достоверно выше, чем у пациентов, лечившихся у участкового терапевта. Повышение комплаенса у пациентов семейного врача происходит за счет медико-социальной адаптированности, медико-социальной информированности, медико-социальной коммуникабельности, доверия к терапевтической стратегии лечащего врача и результативности проводимой или ранее проведенной терапии. Более высокий показатель приверженности