

*Н.В. Аввакумова, Л.Г. Чибыева, К.М. Николаева, О.П. Баланова,
Н.Н. Васильев, А.В. Константинов*

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЭРБ, ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЬНЫХ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Аннотация. В последнее время многочисленными исследованиями подтверждается наличие определенной взаимосвязи между *Helicobacter pylori* (НР, *H. pylori*) – ассоциированными гастродуоденальными заболеваниями и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). НР обнаруживают в слизистой оболочке желудка (СОЖ) у больных ГЭРБ в 52,4 %, что существенно ниже, чем в общей популяции: 73-91 %. Среди взрослых, страдающих хроническим гастритом (ХГ), НР выявляют в более чем 80 % случаев, язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) – в 70-85 %, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) – в 90-95 % случаев [1, 2, 3]. Было обращено внимание на то, что после успешной эрадикации НР-инфекции количество больных с НР-ассоциированной ЯБ уменьшается, а число больных ГЭРБ, напротив, существенно увеличивается – примерно в 2 раза [4, 5, 6]. Клиническая картина ГЭРБ весьма многообразна и вариабельна, может быть типичной и атипичной, с характерными клиническими «масками» (коронарная, легочная, отоларингологическая маска и др.). Хронический гастрит с синдромом диспепсии, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori*, следует расценивать, как проявление функциональной диспепсии. По «Римским критериям IV» (2016), различают два критерия синдрома функциональной диспепсии: постпрандиальный дистресс-синдром и синдром эпигастральной боли.

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.

Ключевые слова: слизистая оболочка желудка, эрозивно-язвенные поражения, *Helicobacter pylori*, pH-метрия, заболевания пищевода и желудка.

АВВАКУМОВА Надежда Владимировна – к.м.н., доцент кафедры пропедевтической и факультетской терапии, эндокринологии и ЛФК СВФУ им. М.К. Аммосова. Адрес: 677018, г. Якутск, ул. Ярославского 30, кв.16. Тел.: 8-924-870-15-50 E-mail: nvnvnavvacum@yandex.ru

AVVAKUMOVA Nadezhda Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of Propaedeutic and Faculty Therapy with Endocrinology and Physiotherapy, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. 677018, Yakutsk, Yaroslavskogo 30-16. Tel.: +7 924 870 15 50. E-mail: nvnvnavvacum@yandex.ru

ЧИБЫЕВА Людмила Григорьевна – д.м.н., профессор кафедры пропедевтической и факультетской терапии, эндокринологии и ЛФК СВФУ им. М.К. Аммосова.

CHIBYEVA Lyudmila Grigor'evna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Propaedeutic and Faculty Therapy with Endocrinology and Physiotherapy, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Tel.: +7 924 590 56 72. E-mail: chibyeva_1@mail.ru

НИКОЛАЕВА Капиталина Михайловна – к.м.н., заведующая гастроэнтерологическим отделением ЯГКБ

NIKOLAEVA Kapitalina Mikhailovna – Candidate of Medical Sciences, Head of the Gastroenterology Department, Yakutsk City Clinical Hospital, Tel.: +7 984 105 46 77. E-mail: kapitalina_nik@mail.ru

БАЛАНОВА Оксана Петровна – к.м.н., врач гастроэнтерологического отделения ЯГКБ

BALANOVA Oksana Petrovna – Candidate of Medical Sciences, Doctor of the Gastroenterology Department, Yakutsk City Clinical Hospital, Tel.: +7 914 231 11 66. E-mail: o-balanova@mail.ru

ВАСИЛЬЕВ Николай Николаевич – к.м.н., главный врач ЯГКБ

VASIL'EV Nikolai Nikolaevich – Candidate of Medical Sciences, Head Physician, Yakutsk City Clinical Hospital, 677005 ul. Stadukhina, 81-4 Tel.: +7 914 273 24 44. E-mail: gorclinbol@mail.ru

КОНСТАНТИНОВ Алексей Васильевич – врач-эндоскопист ЯГКБ

KONSTANTINOV Alexey Vasilyevich – Doctor of the Gastroenterology Department, Yakutsk City Clinical Hospital, Tel.: +7 914 231 11 66. E-mail: a-konst@mail.ru

*N.V. Avvakumova, L.G. Chibyeva, K.M. Nikolaeva, O.P. Balanova,
N.N. Vasil'ev, A.V. Konstantinov*

Clinical and endoscopic characteristics of GERD, chronic gastritis and gastric ulcer in different ethnic groups of patients permanently residing in the North

Abstract. Recently, numerous studies have confirmed the existence of a certain relationship between *Helicobacter pylori* (HP) – associated gastroduodenal diseases and gastroesophageal reflux disease (GERD). HP is found in the gastric mucosa in patients with GERD in 52.4 %, which is significantly lower than in the general population: 73-91 % [2, 5]. In adults with chronic gastritis (CG), HP is detected in over 80 % cases, peptic ulcer of the stomach – 70-85 %, peptic ulcer of duodenum (PUD) – 90-95 % [1, 3, 4]. Attention was drawn to the fact that after successful eradication of HP infection, the number of patients with HP-associated PU decreased, and the number of patients with GERD, in contrast, significantly increased by about 2 times [7, 8]. The clinical picture of GERD is very diverse and variable: it can be typical and atypical, with characteristic clinical “masks” (coronary, pulmonary, otolaryngological mask, etc.) Chronic gastritis with dyspepsia syndrome caused by *Helicobacter pylori* infection should be regarded as a manifestation of functional dyspepsia. According to the Roman Criteria IV (2016), there are two criteria for the functional dyspepsia syndrome: postprandial distress syndrome and epigastric pain syndrome. Peptic ulcer is a systemic gastroenterological disease with a multifactorial pathogenesis, and HP infection is one of the important but locally predominant factors in its pathogenesis and the indicator of relapses of HP-associated forms.

Keywords: gastric mucosa, erosive and ulcerative lesion, *Helicobacter pylori*, pH-Metry, esophagus and stomach diseases.

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

Целью исследования явилось изучение клинико-эндоскопических проявлений ГЭРБ, ХГ с диспепсией, ЯБ в различных этнических группах больных

Пациенты и методы. В исследование были включены больные в количестве 371 чел.: ГЭРБ – 108, ХГ с функциональной диспепсией – 105, ЯБ – 158 больных, которые находились на стационарном обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении Якутской городской клинической больницы в период с 2008 по 2016 гг. В основную группу (I группа) включили 183 больных азиатской этнической принадлежности и 188 больных европейской принадлежности (II группа). Средний возраст обследованных от 18 до 68 лет составил 39,75 лет. Соотношение мужчин и женщин было 228 к 143 (1,6:1), из них азиатских мужчин и женщин – 97 и 86 соответственно, европейцев – 131 мужчина и 57 женщин.

Результаты. Наиболее характерными жалобами больных ГЭРБ в обеих группах были изжога (80,9 % азиатского и 93,3 % европейского населения), боли в эпигастральной области (77,8 % и 84,4 % соответственно), отрыжка (49,2 % и 71,1 %), но во II группе вышеуказанные жалобы предъявляло большее число пациентов. Тошнота встречалась у четверти всех больных (28,6 % в I группе и 26,7 % во II), а у прочих ГЭРБ проявлялась как дисфагия, одинафагия, боли в пищеводе, рвота и ощущение кома за грудиной регистрировались нечасто, при этом икота не отмечена никем.

Анализ результатов эндоскопического обследования пищевода позволил выделить некоторые особенности, характерные для больных ГЭРБ: негативная ГЭРБ эндоскопически выявлялась практически у трети всех больных (30,2 % азиатского и 28,9 %), у более половины пациентов обеих групп регистрировалась I степень РЭ – 60,3 % и 53,3 % соответственно. ГЭРБ II и III степеней встречалась нечасто – в 4,8 % у азиатской и 6,7 % у европейской этнической группы. 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 (у 52,6 % представителей азиатского и 46,7 % европейского населения). 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 II группы.

При анализе клинических проявлений функциональной диспепсии выявлены 64 больных с постпрандиальным дистресс-синдромом (61 %) и 41 больной с синдромом эпигастральной боли (39 %). При постпрандиальном дистресс-синдроме у азиатской этнической группы чаще встречается чувство переполнения – у 36 (83,7 %), раннее насыщение у 32 больных (74,5 %); в европейской группе у 21 больного (33 %) чувство переполнения сочеталось с болью в эпигастрии и ранним насыщением – у 9 человек (43 %).

При эзофагогастродуоденоскопии у азиатской группы больных наиболее часто встречается смешанный гастрит, очаговый атрофический гастрит 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 эпигастральной 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 пилорoduоденальной области – у 23 лиц азиатской этнической принадлежности (35,4 %), у 59 европейской (63,4 %) и в эпигастральной области – соответственно у 42 (64,6 %) и 34 (36,6 %) пациентов.

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

При эндоскопическом исследовании гастродуоденальной зоны у наблюдаемых больных азиатской этнической группы значительно чаще, чем у европейцев, выявились 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.

Несомненный интерес представляют результаты анализа степени обсеменения НР у больных язвенной болезнью в различных этнических группах. Низкая степень обсемененности НР слизистой оболочки антрального отдела желудка была выявлена у 64,6 % и у 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,

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

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 нижней трети пищевода при всех формах ГЭРБ в условиях Севера показало преобладание гипертрофического эзофagита с гипер-, пара- и акантозом.

В клинических проявлениях и течении функциональной диспепсии у азиатской группы, проживающих в условиях Севера, в отличие от европейцев, преобладал постпрандиальный дистресс-синдром.

Также клиника ЯБ в азиатской группе, в отличие от европейцев, имеет ряд отличительных особенностей: интенсивность болевого синдрома была существенно ниже, преобладали диспепсические расстройства и реже наблюдались желудочные кровотечения.

При эндоскопическом исследовании активность воспаления у азиатской группы 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 обсемененности 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 // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 1. – С. 36-41.
2. Ивашкин, В.Т., Шептулин, А.А. *Болезни пищевода и желудка* / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. – М., 2002.
3. Пахарес-Гарсия, Х. *Гелибактерный гастрит с диспепсией или без диспепсии: морфологическая или клиническая единица?* / Х. Пахарес-Гарсия // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2002. – № 6. – С. 76-81.
4. Циммерман, Я.С. *Проблема хронического гастрита* / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина. – 2008. – № 5. – С. 13-21.
5. Циммерман, Я.С. *Клиническая гастроэнтерология* / Я.С. Циммерман. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 416 с.
6. Sontag, S.J. *Helicobacter pylori* infection and reflux esophagitis in children with chronic asthma. *J. Chin. Gastroenterol.*, 2004; 38 (1): 3-4.

References

1. Aruin, L.I. *Helicobacter pylori*: how one pathogen causes various diseases? / L. I. Aruin // *Exsp. and the clin. of gastroenterology*. – 2004. – № 1. – P. 36-41.
2. Ivashkin, V.T., Sheptulin, A.A. *Diseases of the esophagus and stomach* / V. T. Ivashkin, A. A. Sheptulin. – M., 2002.
3. Pajares-Garcia, H. *Helicobacteria gastritis with dyspepsia or indigestion: morphological or clinical unit?* / H. Pajares-Garcia // *Russian Magazine of gastroenterology, hepatology and koloproktol.* – 2002. – № 6. – P. 76-81.
4. Tsimmerman, Y. S. *The Problem of chronic gastritis* / Y. S. Tsimmerman // *Clin. med.* – 2008. – № 5. – P. 13-21.
5. Tsimmerman, Y. S. *Clinical gastroenterology* / Y. S. Tsimmerman. – M. GEOTAR Media, 2009. – С. 416.
6. Sontag, S.J. *Helicobacter pylori* infection and reflux esophagitis in children with chronic asthma. *J. Chin. Gastroenterol.*, 2004; 38 (1): 3-4.

