

Логинов Максим Олегович – зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, ассистент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: (347)273-46-24

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев С.А. Этапное хирургическое лечение больных с тонкокишечными свищами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2006. – 26 с.
2. Герцен, А.В. Лазероантибиотикотерапия / А.В. Герцен, Т.А. Васина, А.А. Белопольский. – М.: Региональная общественная организация ученых по проблемам геофизики, 2002. – 231 с.
3. Григорьев, Н.С. Хирургическое лечение наружного сформированного неполного тонкокишечного свища // Наука и мир. – 2016. – № 10. – С.106-107.
4. Жариков А.Н. Хирургическое лечение больных с несформированными тонкокишечными свищами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 2004. – 26 с.
5. Актуальные вопросы диагностики и лечения свищей тонкой кишки / М.А. Нартайлаков [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. – Т. 8, № 2. – С. 340-343.
6. Пантелеев, В.С. Фотодинамическое воздействие в сочетании с лазероантибиотикотерапией у больных с гнойно-септическими осложнениями: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2012. – 46 с.
7. Свищи желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе / В.И. Белоконов [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 61-64.
8. Closed drainage versus open packing of infected pancreatic necrosis / J.A. Harris [et al.] // Am Surg. – 1995. – Vol. 61, № 7. – P. 617-618.
9. Management of enterocutaneous fistulas: 30-year clinical experience / J. Li [et al.] // Chin Med J. – 2003. – Vol. 116, № 2. – P. 171-175.

УДК 616.33/342-002.44-08-039.57-07

© Коллектив авторов, 2017

Л.В. Волевач, А.Ш. Нафикова, Г.Я. Хисматуллина, А.А. Камалова РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Статья посвящена изучению отдаленных результатов эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* и показателей качества жизни у больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при пятилетнем диспансерном наблюдении в амбулаторных условиях. Проведено комплексное обследование 233 человек с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте от 18 до 60 лет. В 1-ю группу было отобрано 183 пациента с язвенной болезнью, из них 31 пациент с язвенной болезнью желудка и 152 пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые находились на диспансерном учёте в поликлинике и прошли обучение в гастрошколе. Во 2-ю группу вошли 50 пациентов с язвенной болезнью (13 пациентов с язвенной болезнью желудка, 37 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки), которые по тем или иным причинам не выполняли рекомендации терапевта и не обучались в гастрошколе. Указанные группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести изменений в гастродуоденальной системе. По результатам длительного диспансерного наблюдения за пациентами с язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях с соблюдением принципов эрадикационной терапии при полном комплексном обследовании установлено, что проведение успешной эрадикации, динамическое диспансерное наблюдение, обучение в гастрошколе достоверно улучшают качество жизни пациента, повышают трудоспособность, улучшают морфологическое состояние слизистой оболочки желудка, уменьшают частоту рецидивов.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, качество жизни, диспансеризация, эрадикация *Helicobacter pylori*.

L.V. Volevach, A. Sh. Nafikova, G.Ya. Khismatullina, A.A. Kamalova RESULTS OF THE FIVE-YEARS FOLLOW-UP OF PERSONS WITH GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER IN THE OUTPATIENT SETTINGS

The article is devoted to the study of remote results of eradication therapy of *Helicobacter Pylori* and quality of life in patients suffering from gastric ulcer and duodenal ulcer during five-years follow-up in an outpatient settings. We conducted a comprehensive survey of 233 people with gastric and duodenal ulcers aged from 18 to 60. The first group included 183 patients with peptic ulcer disease, including 31 patients with gastric ulcer and 152 patients with peptic ulcer of the duodenum, which were under regular medical check-up at the polyclinic and were trained in "gastro-school". The second group consisted of 50 patients with peptic ulcer disease (13 patients with gastric ulcer, 37 patients with peptic ulcer of the duodenum), which for one reason or another did not fulfill the recommendations of the therapist and were not trained in "gastro-school". The groups were matched for age, sex and severity of changes in the gastroduodenal system. According to the results of long-term dispensary observation of patients with peptic ulcer disease in the outpatient conditions in compliance with the principles of eradication therapy by a comprehensive examination it was established that successful eradication, a dynamic clinical supervision, training in "gastro-school" significantly improve the patient's quality of life, ability to work, the morphological condition of the gastric mucosa and reduce the frequency of relapses.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcer, quality of life, clinical examination, eradication of *Helicobacter pylori*.

Распространенность язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается в настоящее время высокой,

частота встречаемости у взрослого населения составляет от 5 до 15% [1,8,9]. Ежегодно под диспансерным наблюдением находится более

1 млн. больных язвенной болезнью (ЯБ), каждый второй лечится стационарно, свыше трети пользуются листом временной нетрудоспособности повторно. [5,11,12]. Инфекция *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) с момента открытия в 1982 году и по сегодняшний день привлекает внимание многих ученых и остается одной из главных причин образования язвенных дефектов в желудке и ДПК [2,13]. Эрадикация *H. pylori* при ЯБ является необходимым и обоснованным лечебным мероприятием. На сегодняшний день существуют следующие международные и российские рекомендации по диагностике и лечению *H. pylori*: «Маастрихт-4» (2010 г.), рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации (2012 г.), в которых четко показана и доказана необходимость эрадикации *H. pylori*. Таким образом, при ЯБЖ и ДПК, включая их осложненные формы, в лечебной программе на первое место ставится антихеликобактерная терапия вне зависимости от фазы заболевания (обострение или ремиссия) [6,7]. Однако, несмотря на то, что в последние годы ведется поиск механизмов, направленных на создание стойкой ремиссии у пациентов с ЯБ, прогнозы отечественной терапевтической школы неутешительны: в России ожидается рост заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно ЯБЖ и ДПК [3,4]. По мнению экспертов ВОЗ при хронизации процесса очень важна оценка пациентом изменений своего физического, психологического и социального статуса, то есть оценка качества жизни [10]. Длительное диспансерное наблюдение за больными с язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях, а также обучение в гастрошколе могут улучшить их качество жизни [9].

Цель нашего исследования – оценить отдаленные результаты эрадикационной терапии *H. pylori* у пациентов с ЯБЖ и ДПК по данным пятилетнего амбулаторного наблюдения.

Материал и методы

Были проанализированы 233 медицинские карты амбулаторных больных с ЯБЖ и ЯБДПК в возрасте от 18 до 60 лет.

В 1-ю группу вошло 183 пациента с язвенной болезнью (ЯБ), из них 31 пациент ЯБЖ и 152 пациента ЯБ ДПК, которые находились на диспансерном учёте в поликлинике и прошли обучение в гастрошколе. Во 2-ю группу было отобрано 50 пациентов ЯБ (13 пациентов ЯБЖ, 37 пациентов ЯБ ДПК), которые по тем или иным причинам не выполняли рекомендаций терапевта и отказались проходить обучение в гастрошколе. Группы

были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести изменений в гастродуоденальной системе.

Оценивали следующие показатели: соответствие назначаемых препаратов международным рекомендациям, частоту осложнений и госпитализаций, длительность временной нетрудоспособности, эффективность диспансерного наблюдения, выполняемость назначаемых лечебных и диагностических мероприятий, обучение в гастрошколе, а также динамику клинической картины. Критерием эффективности проводимых лечебных мероприятий являлось достижение клинко-эндоскопической ремиссии, подтверждаемой при эндоскопическом или рентгенологическом исследованиях. Оценивали заживление язвенного дефекта, исчезновение признаков активного воспаления со стороны слизистой оболочки желудка и ДПК. При лечении больных ЯБ учитывали: локализацию язвы, ее величину и форму, состояние краев и дна язвенного дефекта, стадию язвы.

Изучение качества жизни в исследуемых группах проводили при помощи опросника MOS SF-36. ВОЗ рекомендовала использовать опросник MOS SF-36 для изучения всех компонентов качества жизни (КЖ). Опросник MOS SF-36 содержит 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Эти шкалы представляют собой основные составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные ощущения, положительные и отрицательные эмоции от общего состояния здоровья. Физический суммарный компонент здоровья включает: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ). Психический суммарный компонент здоровья определяется следующими показателями: жизнеспособность (Ж), социальное и ролевое эмоциональное функционирование (СФ и РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). По каждой из 8 шкал анализировались средние показатели. Результаты представляются в виде баллов (0-100). Высокие значения шкал соответствуют более высокому уровню КЖ.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием стандартных пакетов программ (Statistica, MS Excel) для персональных компьютеров. Сравнение двух независимых выборок осуществляли с применением критерия Стьюдента для количественных данных при нормальном распределении величин показателя или критерия Манна–Уитни для порядковых данных и для количественных данных при отличающихся от

нормального распределения величин показателя. Для оценки достоверности различий результатов наблюдения между двумя группами применяли χ^2 -тест и критерий Фишера (абсолютные показатели). Проверка статистических гипотез выполнялась при критическом уровне $p=0,05$.

Проведенные исследования выполнены в соответствии с Хельсинкской декларацией (одобрено биоэтическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России).

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ амбулаторных карт показал, что при ЯБЖ и ДПК антихели-

кобактерная терапия проводилась в 100% случаев только в 1-й группе.

По данным амбулаторных карт были выделены группы лекарственных препаратов и определена частота их назначения больным (см. таблицу). Обращает на себя внимание высокая частота применения антацидов во 2-й группе. Кроме того, всем пациентам этой группы были назначены витамины группы В, платифиллин, облепиховое масло и др. При этом незначительной части больным были назначены антибиотики, которые не входят в стандартные рекомендации по антихеликобактерной терапии.

Таблица

Методы лечения больных язвенной болезнью										
Лечение	ЯБЖ				p,χ² тест	ЯБДПК				p,χ²-тест
	1-я группа (n=31)		2-я группа (n=13)			1-я группа (n=152)		2-я группа (n=37)		
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%	
Антихеликобактерная терапия	31	100,0	11	84,62	0,033	152	100,0	33	89,19	0,00005
H2-блокаторы	4	12,90	12	92,30	0,00002	27	17,76	24	64,86	0,000001
Ингибиторы протонной помпы	27	87,09	1	7,69	0,000001	125	82,23	13	35,13	0,00001
Антациды	28	90,32	12	92,30	0,357	87	57,24	35	94,59	0,0002
Диетотерапия	соблюдали		не соблюдали		---	соблюдали		не соблюдали		---
Посещение гастршколы	регулярно		не регулярно		---	регулярно		не регулярно		---

Примечание. p – достоверность показателя.

Анализ амбулаторных карт выявил, что эрадикация в 1-й группе составила 90,2% (165 больных), во 2-й группе – 81,8% (36 больных). Эпителизация язвы через месяц отмечена у 97,8% (179 больных) и у 94,0% (47 больных) соответственно в 1-й и 2-й группах ($p=0,175$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что эрадикация *H. pylori* снижает воспалительные изменения через 4 недели после успешного лечения.

Через год после успешной эрадикации *H. pylori* в группе наблюдения отмечалось достоверное снижение активности воспалительного процесса в слизистой оболочке (СО) антрального отдела желудка, а именно уменьшение полиморфноядерной (на 43,2%), мононуклеарной (на 40,1%) инфильтраций и количества лимфоцитарных фолликулов (в 16 раз). Выявлено, что эрадикация *H. pylori* предотвращает развитие атрофии. Так, атрофия СО желудка в группе наблюдения уменьшилась на 49,9%. В биоптатах из антрального отдела и тела желудка, полученных у больных 2-й группы, позитивных морфологических изменений не было выявлено, сохранялись признаки воспаления и атрофии СО желудка. Кишечная метаплазия СО у обследованных пациентов статистически значимо не измени-

лась ни в антральном отделе, ни в теле желудка. Положительным эффектом эрадикации *H. pylori* явилось снижение частоты рецидивов гастродуоденальных язв.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что инфекция *H. pylori* во многом определяет морфологическое состояние СО желудка. Следует отметить, что сроки рубцевания язв после проведенного курса лечения при первом обострении были практически одинаковыми в обеих группах, но при длительном диспансерном наблюдении у больных 1-й группы эти сроки уменьшились при последующих обострениях. У больных 2-й группы, не получавших или несвоевременно получавших эрадикационную терапию, сроки рубцевания оставались на прежнем уровне, составляя 34-35 дней.

Важнейшее значение для оценки эффективности лечения больных ЯБ имеет частота рецидивов. В 1-й группе наблюдения частота рецидивов ЯБЖ составляла 17,0%, во 2-й группе – 40,0% ($p=0,005$). При ЯБДПК частота рецидивов в 1-й группе составила 50,0%, во 2-й группе – 31,0% ($p=0,01$). У больных, получивших курс антихеликобактерной терапии рецидивы отмечены в 24,0% случаев, у не получивших – в 45,0% случаев

($p=0,003$). В течение пятилетнего диспансерного наблюдения у исследуемых больных, получивших антихеликобактерную терапию, отмечено значительное снижение частоты рецидивов в сравнении с предыдущим годом.

На стационарное лечение были направлены 40,0% больных ЯБ, не получивших антихеликобактерной терапии, и только 22,0% больных, которые получали эрадикационную терапию ($p=0,008$). При этом у больных 2-й группы имело место более тяжелое течение ЯБ: осложнения отмечены в этой группе у 15,4% больных ЯБЖ и у 21,6% ЯБДПК, в 1-й группе у 3,2% и

12,5% больных соответственно ($p=0,211$ и $p=0,123$). Нами также была выявлена тенденция к снижению сроков временной нетрудоспособности в 1-й группе в течение 5 лет, в то время как во 2-й группе имел место стабильный средний уровень временной нетрудоспособности.

По данным опросника качества жизни MOS SF-36 больных ЯБ выявлено снижение качества жизни у пациентов 2-й группы, что обусловлено комплексом физических, социальных и эмоциональных факторов, отражающих более низкое качество лечения больных (рис. 1, 2).

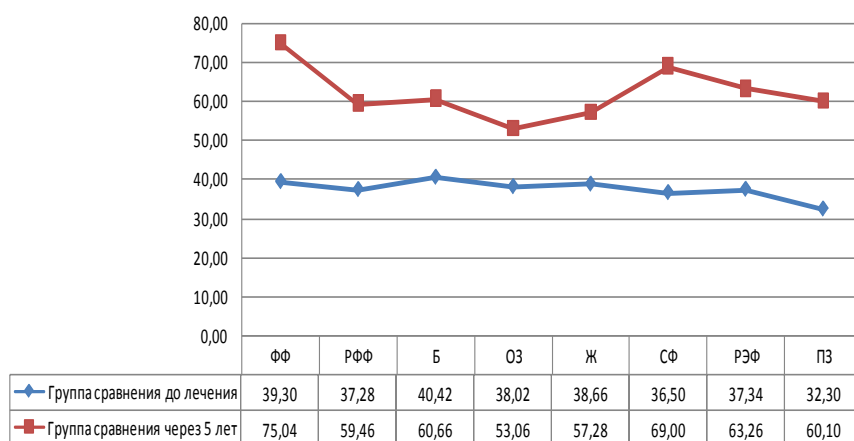


Рис. 1. Сравнение показателей качества жизни больных ЯБ в группе наблюдения до лечения и после проведения эрадикационной терапии через 5 лет и обучения в гастротроле ($p<0,05$)

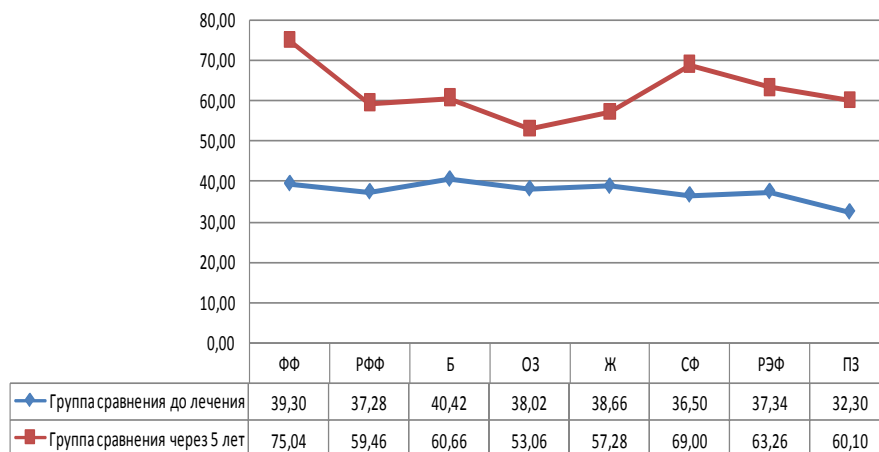


Рис. 2. Сравнение показателей качества жизни больных ЯБ группы сравнения до лечения и после лечения через 5 лет ($p<0,05$)

Выявлено, что частота рецидивов ЯБ была почти вдвое выше у пациентов, не получающих стандартной эрадикационной терапии, при этом качество жизни у данных пациентов оказалось ниже по всем основным показателям.

Выводы

Таким образом, отдаленные результаты эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* у больных ЯБЖ и ДПК по данным пятилетнего амбулаторного наблюдения свидетельствуют о том, что проведение успешной эрадикации, динамическое диспансерное наблюдение,

обучение в гастротроле достоверно улучшают качество жизни пациента, трудоспособность, морфологическое состояние СО желудка, уменьшают частоту рецидивов.

Полученные результаты еще раз подтверждают, что применение современных эффективных схем эрадикации *Helicobacter pylori* в амбулаторных условиях является обязательным условием, конечной целью которого считается достижение более качественной жизни пациентов наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия.

Сведения об авторах статьи:

Волевач Лариса Васильевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.
Нафикова Айгуль Шаукатовна – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, E-mail: Aibolit1982@jandex.ru.
Хисматуллина Гюльназ Ягофаровна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.
Камалова Алиса Атласовна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волевач, Л.В. Язвенная болезнь / Л.В. Волевач [и др.]. – Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана», 2011. – 168 с.
2. Володин, Д.В. Хронический гастрит и язвенная болезнь, ассоциированные и неассоциированные с персистенцией *H. pylori* инфекцией: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2015. – 26 с.
3. Гастроэнтерология: национальное руководство/ под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 744 с.
4. Гастроэнтерология: клинические рекомендации/ под ред. В.Т. Ивашкина. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.
5. Григорьева, Ю.В. Ночной кислотный прорыв при язвенной болезни / Ю.В. Григорьева, И.Ю. Колесникова // Современные проблемы науки и образования. Медицинские науки. – 2015. – № 5. – С. 63.
6. Каримов, М.М. Эффективная и безопасная фармакотерапия при лечении НР-ассоциированных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки / М.М. Каримов, З.З. Саатов // Медицинский совет. – 2014. – № 4. – С. 55-59.
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни МЗ РФ РГА / В.Т. Ивашкин [и др.]. – М., 2013. – 39 с.
8. Клинические классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов: учебное пособие для студентов / Р.М. Фазлыева [и др.]. – Уфа: Издательство ГОУ ВПО БГМУ Росздрава, 2009. – 160 с.
9. Поликлиническая терапия: учебник / Г.И. Сторожаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640 с.
10. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – № 1. – С. 87-89.
11. Оценка состояния желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста, страдающих патологией желчевыводящей системы / Г.Я. Хисматуллина [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 1 (56). – С. 96-99.
12. Оценка эффективности проведения личностно-ориентированных образовательных программ среди пациентов молодого возраста, страдающих патологией желчевыводящей системы / Г.Я. Хисматуллина [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93, № 4. – С. 637-641.
13. Циммерман, Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения // Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – С. 85-107.

УДК 616.212.4:616-097.3-053.32

© Коллектив авторов, 2017

А.Р. Калимуллина, В.Р. Амирова, Л.Ф. Азнабаева, В.В. Викторов
**ПОКАЗАТЕЛИ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ
 ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ**
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

Изучены показатели местного иммунитета слизистой оболочки носа у 47 детей первого года жизни, родившихся недоношенными на сроке гестации 28-37 недель. Определение уровня антител (IgA, IgG, IgE) и цитокинов (TNF- α , IL-1 β , IF- γ) в смывах со слизистой оболочки носа проводили методом иммуноферментного анализа. Установлено, что для недоношенных детей характерны транзиторный дефицит IgG в возрасте 6 месяцев (2,08 (0,78-6,99) мг/мл), низкие показатели IgE в возрасте 12 месяцев (0,89 (0,47-1,32) нг/мл), низкие показатели IF- γ в возрасте 6 (7,51 (4,84-13,82) пг/мл) и 12 месяцев (8,28 (4,70-12,07) пг/мл) и гиперпродукция провоспалительного цитокина IL-1 β на протяжении первого года жизни. Недостаточность антительной и интерфероновой защиты наиболее выражена у глубоко недоношенных детей. Показатели мукозального иммунитета полости носа могут быть использованы при разработке патогенетических подходов к профилактике и лечению инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательной системы у недоношенных детей.

Ключевые слова: мукозальный иммунитет, полость носа, недоношенные дети.

A.R. Kalimullina, V.R. Amirova, L.F. Aznabaeva, V.V. Viktirov
**INDICATORS OF MUCOSAL IMMUNITY
 OF THE NASAL CAVITY IN PRETERM INFANTS**

Indicators of local immunity of a nasal mucous membrane at 47 infants born prematurely on the term of a gestation of 28-37 weeks have been studied. Determination of level of antibodies (IgA, IgG, IgE) and cytokines (TNF- α , IL-1 β , IF- γ) in swabs from the mucous membrane was carried out by method of the immunoferramental analysis taking into account the level of the protein. It is established that prematurely born children have transient deficiency of IgG at the age of 6 months (2,08 (0,78-6,99) mg/ml), low levels of IgE at the age of 12 months (0,89 (0,47-1,32) ng/ml), low levels of IF- γ at the age of 6 (7,51 (4,84-13,82) pg/ml) and 12 months (8,28 (4,70-12,07) pg/ml) and hyperproduction of pro-inflammatory cytokine IL-1 β during the first year of life. The failure of the antibody and interferon protection is most expressed at very prematurely born children. Indicators of mucosal immunity of the nasal cavity can be used for pathogenetic approaches to prevention and treatment of infectious and inflammatory diseases of respiratory system at prematurely born children.

Key words: mucosal immunity, nasal cavity, preterm children.