



**Параметры давления в легочной артерии и скорость продвижения раннего потока в ЛЖ (V<sub>p</sub>) у пациентов со сниженным диастолическим резервом**

Показатель	Контрольная группа	НДР, n=73	Группа А, n=49	Группа В, n=24
ДЗЛА, мм рт. ст.	8,6±1,4	13,1±1,8*	13,6±2,4* <sup>ψ</sup>	11,8±1,6*
ДЛА <sub>с</sub> , мм рт. ст.	21,7±4,2	27,1±3,1*	28,4±4,2*	25,3±3,6
ДЛА <sub>ср.</sub> , мм рт. ст.	15,4±2,8	21,8±3,2*	23,6±3,7* <sup>ψ</sup>	20,4±2,8*
V <sub>p</sub> , см/с	59,4±4,8	44,8±2,4*	41,4±2,6* <sup>ψ</sup>	45,3±2,3*

**Примечания:** НДР – низкий диастолический резерв; \* (p<0,05) сравнение с контрольной группой; <sup>ψ</sup>(p<0,05), сравнение групп А и В.

но, и от давления заклинивания в легочной артерии и снижается при прогрессировании ДД ЛЖ. Анализ таблицы показывает, что у пациентов со сниженным ДР показатель V<sub>p</sub> достоверно ниже в целом по группе по сравнению с контролем, составляя 44,8±2,4 и 59,4±4,8 см/с соответственно. В группах А и В значения V<sub>p</sub> были также достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Снижение ДР и прогрессирование ДД ЛЖ сопровождается в первую очередь повышением ДЗЛА<sub>ср.</sub> и ДЛА<sub>ср.</sub> Показатели ДЛА<sub>с</sub>

находятся в пределах нормативных значений. Так у пациентов с I типом ДД ЛЖ и сниженным ДР ДЛА<sub>ср.</sub> и ДЗЛА<sub>ср.</sub> достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы. Выявление ДЗЛА<sub>ср.</sub> в значениях 11,8±1,6 мм рт. ст. и более, ДЛА<sub>ср.</sub> в значениях 20,4±2,8 мм рт. ст. и более, а также V<sub>p</sub> в значениях 45,3±2,3 см/с и менее у пациентов с трансмитральным потоком по типу нарушенного расслабления (I тип ДД ЛЖ) позволяет говорить о снижении у них диастолического резерва.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 616.33-002.2-057.36-076

**М.С.Громов, Е.А.Исламова, Т.Е.Липатова, С.В.Семенов – Клинико-лабораторные особенности некоторых кислотозависимых заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у военнослужащих по призыву.**

Изучены клинико-эндоскопические и лабораторные особенности *хронического гастрита (ХГ)* и *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)* у военнослужащих начального периода с целью оптимизации терапевтических мероприятий.

Обследованы 53 военнослужащих с эндоскопически позитивной ГЭРБ: 28 – осеннего призыва и курсанты первого года обучения и 25 – весеннего призыва; 65 с ХГ: 30 – осеннего призыва и курсанты первого года обучения и 35 – весеннего призыва.

При постановке диагноза ГЭРБ использовали клинические, эндоскопические, рентгенологические и морфологические методы исследования. Верифицировали ХГ на основании эндоскопических и морфологических критериев. *Helicobacter pylori* в антральном отделе желудка определяли гистобактериоскопически и методом полимеразной цепной реакции. При эзофагогастроуденоскопии

использовали качественный метод оценки типа хлоргидрии (индикаторная хромогастро-скопия с 0,3% водным раствором конго-рот). Иммунологические методы включали иммунофенотипирование лимфоцитов (CD<sub>3</sub>, CD<sub>4</sub>, CD<sub>8</sub>, CD<sub>16</sub>) с помощью проточной цитофлюориметрии на приборе «Bio Rad» (США) с использованием моноклональных антител. Уровень кортизола сыворотки крови определяли иммуноферментным методом.

Всем больным назначали комплексное лечение при эндоскопическом контроле. Терапия включала ингибитор протонной помпы – омепразол, 20 мг 2 раза в день и два антибиотика: кларитромицин, 500 мг 2 раза в сут, амоксициллин, 1 г 2 раза в сут, в течение 14 дней, затем при ГЭРБ омепразол, 40 мг/сут до 8 нед. Контролировали эрадикацию через 8 нед после лечения.

Анализ клинической картины ГЭРБ показывает, что наиболее частая жалоба паци-



ентов – изжога, которую провоцируют прием определенных продуктов, физическая нагрузка или горизонтальное положение, курение. Второй по частоте жалобой была боль в эпигастрии после еды (72,7%). Наличие боли в эпигастрии коррелировало с активностью ХГ. У 22,6% больных помимо изжоги были и другие характерные симптомы ГЭРБ: боль за грудиной, отрыжка кислым, тошнота и рвота. Пациентов с ХГ беспокоила боль натощак в эпигастриальной области (75,4%), реже – желудочная диспепсия: тошнота, тяжесть в эпигастрии, отрыжка (33,8%). В анамнезе 44,1% больных отмечали указанные жалобы и до призыва в ВС РФ, у 55,9% эта симптоматика развилась впервые.

При эндоскопическом исследовании у пациентов с ГЭРБ выявлен эрозивный эзофагит преимущественно «А–В» степени, который у всех ассоциировался с ХГ в фазе обострения. Эрозивное поражение дистального отдела пищевода было существенно тяжелее у военнослужащих весеннего призыва по сравнению с осенним. Подтверждено, что значимым патогенетическим фактором ХГ и ГЭРБ являлось повышение уровня секреции соляной кислоты: результаты хромогастроскопии с конго-рот свидетельствуют о преобладании гиперхлоргидрии желудка (72,3% больных с ХГ и 67,9% с ГЭРБ).

При морфологическом исследовании слизистой оболочки желудка у всех пациентов с ГЭРБ и ХГ обнаружен активный гастрит I–II степени активности в 87,7% при ХГ и в 77,4% при ГЭРБ, ассоциированный с *H. pylori*. Активность гастрита коррелировала со степенью хеликобактерного обсеменения антрального отдела желудка. В связи с доминированием хеликобактерного гастрита у лиц молодого возраста можно предположить ведущую роль данной инфекции, которая индуцирует развитие пангастрита с гиперхлоргидрией и нарушением моторики верхних отделов пищеварительного тракта.

При анализе показателей иммунного статуса установлено, что ХГ сопровождается снижением абсолютных и относительных показателей общей популяции  $CD_3$ -лимфоцитов. Наряду с этим отмечено достоверное уменьшение как относительного, так и абсолютного содержания субпопуляции  $CD_4$ -клеток при возрастании относительных показателей  $CD_8$ -клеток и снижении иммунорегуляторного индекса  $CD_4/CD_8$ , что свидетельствует о гипореактивности клеточного звена иммунитета. У больных ХГ наблюдали увеличение относительного числа  $CD_{16}$ -клеток (естественных киллеров).

Развитие эрозивного рефлюкс-эзофагита сопровождается снижением относительных показателей  $CD_3$ -клеток по сравнению с больными ХГ. Очевидно, уменьшение общей по-

пуляции  $CD_3$ -клеток связано как с лимфоцитарной инфильтрацией очага поражения, так и с инфицированием гастродуоденальной зоны *H. pylori*. Также при ГЭРБ отмечался дисбаланс субпопуляций Т-клеток с возрастанием абсолютного и относительного количества  $CD_8$  и  $CD_{16}$ -клеток, тогда как показатели  $CD_4$ -клеток соответствовали таковым при ХГ. Наблюдали достоверное снижение иммунорегуляторного индекса  $CD_4/CD_8$  по сравнению со здоровыми и больными ХГ. Важно отметить, что эти изменения были более значительными у больных ХГ и ГЭРБ весеннего призыва по сравнению с осенним.

У пациентов как с ХГ, так и с ГЭРБ установлено повышение уровня кортизола в крови, что также имело четкую связь с временем призыва. У весеннего призыва отмечен повышенный уровень кортизола в 75,9%, тогда как у больных ХГ и ГЭРБ, призванных осенью, – в 53,3%. Данные изменения могут быть следствием сочетания стрессорных влияний изменения среды и десинхроноза в осенне-весенний период и ведут к снижению клеточного иммунитета у призывников и курсантов в начальный период службы. Следовательно, развитие ХГ и ГЭРБ является результатом не только локальных повреждений эпителия пищевода на фоне дисбаланса факторов «агрессии» и «защиты», но и следствием «срыва» адаптации, нарушения защитных и компенсаторных функций организма, а именно дисбаланса в иммунной системе.

*В результате лечения заживление эрозий пищевода достигнуто у всех пациентов, а эрадикация *H. pylori* – в 92,9% при ХГ и в 90,2% при ГЭРБ.* У больных ХГ и ГЭРБ после терапии снизился до контрольных значений уровень кортизола крови, возросло количество  $CD_3$ -,  $CD_4$ -клеток и уменьшилось количество  $CD_{16}$ - и  $CD_8$ -клеток с одновременным улучшением показателей иммунорегуляторного индекса  $CD_4/CD_8$ , что подтверждает позитивный корректирующий эффект лечения на состояние иммунитета. Выявленные изменения восстанавливались после антисекреторной и эрадикационной терапии без специальной коррекции. По-видимому, такой позитивный сдвиг в состоянии Т-иммунного функционирования, а также адекватная реакция  $CD_{16}$ -лимфоцитов, проявившаяся в ее активации на высоте обострения и снизившаяся в процессе лечения, внесли свой вклад в успешное лечение больных ХГ и ГЭРБ.

Таким образом, ГЭРБ у военнослужащих в начальный период службы формируется на фоне ХГ с повышенным желудочным кислотообразованием, у 77,4% пациентов – ассоциированного с *H. pylori*, что требует проведения этим пациентам при положитель-



## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ных тестах на *H. pylori* 14-дневной антихеликобактерной терапии.

Кислотозависимые заболевания верхних отделов пищеварительного тракта у указанного контингента возникают и рецидивируют на фоне нарушений в клеточном звене иммунитета: относительной лимфопении, дисбаланса субпопуляций Т-клеток с уменьшением абсолютных и относительных значений их CD<sub>4</sub>-лимфоцитов и возрастом

относительных показателей CD<sub>8</sub>- и CD<sub>16</sub>-лимфоцитов. У новобранцев весеннего призыва иммунный и гормональный дисбаланс более выражен по сравнению с осенним призывом.

Клинико-эндоскопическая ремиссия ХГ и ГЭРБ у военнослужащих начального периода службы характеризуется восстановлением показателей клеточного звена иммунитета и нормализацией уровня кортизола крови.

