

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.36-002.1: 616.33/34

**СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ И ИЗМЕНЕНИЯ  
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ  
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А И В**

*Е.А. Карасева, В.А. Мартынов, И.Н. Клочков, А.А. Никифоров*

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань

У больных острыми вирусными гепатитами А и В изучали синдром диспепсии, состояние слизистой оболочки гастродуоденальной зоны по данным фиброэзофагогастродуоденоскопии и инфицированность *Helicobacter pylori*. Обследованы 122 больных ОВГА и ОВГВ. Диспепсия диагностирована одинаково часто как при ОВГА, так и при ОВГВ. При фиброэзофагогастродуоденоскопии выявлены острые эрозии и язвы слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, либо – различные формы гастрита и гастродуоденита. Диагностирована высокая частота *Helicobacter pylori* – инфекции при ОВГА и ОВГВ, которая не влияла на развитие диспепсической симптоматики и характер поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у обследованных больных.

**Ключевые слова:** острые вирусные гепатиты А и В, *Helicobacter pylori* – инфекция, фиброэзофагогастродуоденоскопия, диспепсия.

На сегодняшний момент во всем мире, в том числе в России, отмечается рост диспепсии среди населения [7, 9, 10]. Основными причинами развития диспепсии являются острые и хронические заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе ассоциированные с *Helicobacter pylori* (Нр)-инфекцией [4, 5]. Ведущим методом диагностики органических причин диспепсии является фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) [2, 3, 11].

В остром периоде многих инфекционных заболеваний больные предъявляют жалобы диспепсического характера [8].

Не являются исключением больные острыми вирусными гепатитами А и В (ОВГА и ОВГВ), у которых симптомы диспепсии принято рассматривать в составе основного заболевания, как проявления синдрома интоксикации, нарушения функции печени, растяжения глиссоновой капсулы [1, 6].

Синдром диспепсии у больных ОВГА и ОВГВ практически не связывают с возможными патологическими изменениями слизистой оболочки гастродуоденальной области, в том числе ассоциированными с Нр-инфекцией.

Цель исследования – изучить у больных острыми вирусными гепатитами А и В синдром диспепсии, состояние слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и ее инфицированность *Helicobacter pylori*.

**Материалы и методы**

Обследованы 122 больных острыми вирусными гепатитами А и В, проходивших стационарное лечение в ГУЗ РКБ им. Н.А. Семашко, 61 женщина и 61 мужчина, в возрасте от 16 до 68 лет. Все больные были разделены согласно нозологии на 2 группы: в первую вошли 82 пациента с острым вирусным гепатитом А, во вторую – 40 пациентов острым вирусным гепати-

том В. Обе группы были сопоставимы по возрастно-половому составу. Диагноз подтверждался выявлением соответствующих маркеров в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. В первые дни госпитализации всем выполнялась ФЭГДС для выявления изменений со стороны слизистой оболочки гастродуоденальной зоны по стандартной методике. Во время ФЭГДС с целью обследования на Нр производилась биопсия слизистой оболочки желудка с дальнейшим проведением быстрого уреазного теста, ПЦР – диагностики, цитологического исследования мазка – отпечатка. Пациенты были признаны Нр-положительными при наличии хотя бы одного положительного результата. У больных ОВГА и ОВГВ с эро-

зивно-язвенной патологией слизистой оболочки гастродуоденальной зоны проводилось гистологическое исследование биоптатов из зоны дефекта с целью морфологического описания.

### Результаты и их обсуждение

У больных острым вирусным гепатитом А преобладало среднетяжелое течение 55% (45 пациентов), легкое течение отмечено у 45% (37 пациентов). Диспепсические жалобы отмечали 71 из 82 пациентов (87%). Эрозивно-язвенная патология (ЭЯП) выявлена у 31 из 82 больных ОВГА (38%). Частота выявления ЭЯП не зависела от тяжести течения гепатита (табл. 1).

Таблица 1

**Структура патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных ОВГА различной тяжести течения ( $M \pm m$ )**

Патология \ Тяжесть	Легкое течение % n	Среднетяжелое течение % n
Гастрит, гастродуоденит	64,86 $\pm$ 7,84* (24)	60 $\pm$ 7,31* (27)
ЭЯП	35,14 $\pm$ 7,84* (13)	40 $\pm$ 7,31* (18)

Эндоскопически все эрозии и язвы гастродуоденальной зоны были острыми. Из 31 больного с эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки стигматы состоявшегося кровотечения определялись у 3 (9,7%), у 1 пациента при ФЭГДС выявлена угроза желудочно-кишечного кровотечения из эрозии слизистой оболочки же-

лудка (3,2%). У остальных 51 из 82 (62%) диагностированы различные формы гастрита и гастродуоденита (табл. 1).

ЭЯП слизистой оболочки гастродуоденальной зоны одинаково часто определялась как у пациентов с диспепсией, так и без нее (табл. 2).

Таблица 2

**Характеристика патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны при наличии и отсутствии синдрома диспепсии у больных ОВГА ( $M \pm m$ )**

Патология \ Группы	С синдромом диспепсии % n	Без синдрома диспепсии % n
Гастрит, гастродуоденит	63,38 $\pm$ 5,72* (45)	45,45 $\pm$ 15,74* (6)
ЭЯП	36,62 $\pm$ 5,72* (26)	54,54 $\pm$ 15,74* (5)

\* $P > 0,05$

Острый вирусный гепатит В протекал в легкой, среднетяжелой, тяжелой формах (27,5%, 37,5%, 35% соответственно). Симптомы диспепсии были отмечены у 32 из 40 пациентов (80%). Острые эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены у 13 из

40 пациентов (32,5%). Различные формы гастрита и гастродуоденита диагностированы у 27 из 40 пациентов (67,5%). Частота выявления эрозий и язв гастродуоденальной зоны не зависела от тяжести течения ОБГВ (табл. 3).

Таблица 3

**Структура патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных ОБГВ при различной степени тяжести ( $M \pm m$ )**

Тяжесть Патология	Легкое течение (I) % n	Среднетяжелое течение (II) % n	Тяжелое течение (III) % n
Гастрит, гастродуоденит	64±15,18 (7)	60±13,09 (9)	79±11,29 (11)
ЭЯП	36±15,18 (4)	40±13,09 (6)	21±11,29 (3)

При наличии диспепсии ЭЯП слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ выявлена у 8 из 32 (25%) больных. У 5 из 8 (62,5%) больных ОБГВ без диспепсиче-

ских жалоб также выявлены острые эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (табл. 4).

Таблица 4

**Характеристика патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны при наличии и отсутствии синдрома диспепсии у больных ОБГВ ( $M \pm m$ )**

Патология	Группы	С синдромом диспепсии % (n)	Без синдрома диспепсии % (n)
Гастрит, гастродуоденит		75±7,32* (24)	37,5±18,3* (3)
ЭЯП		25±7,32* (8)	62,5±18,3* (5)

\* $P > 0,05$

Обследование на Нр – инфекцию в обеих группах выявила большое количество Нр – позитивных пациентов. Среди больных ОБГА Нр – инфекция диагно-

стирована чаще, чем у больных ОБГВ (92,75% против 58,33% соответственно,  $p < 0,05$ ) (табл. 5).

Таблица 5

**Инфицированность Нр среди больных ОБГА и ОБГВ ( $M \pm m$ )**

Группы Нр – статус	ОБГА% n	ОБГВ% n
Нр – позитивные	92,75±3,12** (64)	58,33±14,86** (9)
Нр – негативные	7,25±3,12** (5)	41,67±14,86** (5)

\*\* $P < 0,05$

Пилорический хеликобактериоз не влиял на развитие диспепсии у больных ОВГА и ОВГВ. Диспепсическая симпто-

матика одинаково часто наблюдалась как у Нр – позитивных, так и Нр – негативных пациентов (табл. 6).

Таблица 6

**Частота синдрома диспепсии при различном Нр-статусе среди обследованных больных ОВГА и ОВГВ ( $M \pm m$ )**

Группы Нр-статус	ОВГА		ОВГВ	
	Синдром диспепсии % n	Без синдрома диспепсии % n	Синдром диспепсии % n	Без синдрома диспепсии % n
Нр позитивные	89,06±3,9* (57)	10,94±3,9* (7)	71,43±18,44* (5)	28,57±18,44* (2)
Нр негативные	100±44,44* (5)	0±44,44* (0)	40±24,49* (2)	60±24,49* (3)

\* $P > 0,05$

Хеликобактериоз с одинаковой частотой сопутствовал как острым эрозиям и язвам слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, так и гастритам/гастродуоденитам ( $80,95 \pm 6,07\%$  и  $94,87 \pm 3,52\%$  соответственно,  $p > 0,05$ )

**Выводы**

1. У больных ОВГА и ОВГВ диспепсический синдром выявлялся с одинаковой частотой (85% и 81% соответственно).

2. Острые эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки диагностированы у одной трети обследуемых пациентов, у остальных – различные формы гастритов и гастродуоденитов.

3. Эрозивно-язвенная патология при ОВГА и ОВГВ одинаково часто определялась как при наличии диспепсического синдрома, так и при его отсутствии.

4. *Helicobacter pylori* – инфекция диагностирована с высокой частотой у больных ОВГА и ОВГВ. Наличие Нр не влияло на развитие диспепсии и характер патологии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у обследованных пациентов. Полученные данные необходимо учитывать при диагностике синдрома диспепсии у больных ОВГА и ОВГВ.

**Литература**

1. Блюгер А.Ф. Вирусный гепатит / А.Ф. Блюгер. – Рига: Звайгзне, 1978. – 400 с.
2. Ивашкин В.Т. Новый этап в гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, С.И. Рапопорт // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, №1. – С. 4-8.
3. Калинин А.В. Язвенная болезнь: метод. указания / А.В. Калинин. – М.: ГИУВ МО РФ, 2004. – 64 с.
4. Лапина Т.Л. Рекомендации по лечению инфекции *Helicobacter pylori* / Т.Л. Лапина // Рус. мед. журн. – 1998. – Т. 1, №7. – С. 419-425.
5. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: в 7 т. / А.Н. Окороков. – М.: Медицинская литература, 2003. – Т. 1: Диагностика болезней органов пищеварения. – 560 с.
6. Подымова С.Д. Болезни печени / С.Д. Подымова. – М.: Медицина, 1984. – 480 с.
7. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии: (пособие для врачей) / В.Т. Ивашкин [и др.]. – М.: МЗ России, 2001. – 30 с.
8. Ющук Н.Д. Синдром поражения желудочно-кишечного тракта при ин-

- фекционных болезнях / Н.Д. Ющук, А.Ю. Роземблум // Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Разд. 3, гл. 14. – С. 276-283.
9. Ford A.C. Current guidelines for dyspepsia management / A.C. Ford, P. Moayyedi // Digestive diseases. – 2008. – №26. – P. 225-230.
10. Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management / N.J. Talley [et al.] // Gastroenterology International. – 1991. – №4. – P. 145-160.
11. The role of endoscopy in dyspepsia / O.I. Steven [et al.] // Gastrointestinal endoscopy. – 2007. – Vol. 66, №6. – P. 1071-1075.

## SYNDROME OF DYSPEPSIA AND CHANGES IN GASTRODUODENAL MUCOSA IN THE PATIENTS WITH ACUTE VIRAL HEPATITISES A AND B

*E.A. Karaseva, V.A. Martinov, I.N. Klochkov, A.A. Nikiforov*

**Syndrome of dyspepsia, mucosa of the gastroduodenal area based on the grounds of fibroezofagogastroduodenoscopy, *Helicobacter pylori* infection have been studied in the patients with acute viral hepatitis A and B. 122 patients with AVHA and AHVB have been investigated. Dyspepsia both AVHA and AVHB has been diagnosed with the same frequency. Fibroezofagogastroduodenoscopy showed acute erosions and ulcers of gastroduodenal mucosa, or different forms of gastritis and gastroduodenitis. High frequency of *Helicobacter pylori* infection has been diagnosed in AVHA and AVHB which didn't affect dyspeptic symptomatic and character of gastroduodenal mucosa lesions in investigated patients.**

**Key words:** *acute viral hepatitis A and B, Helicobacter pylori infection, fibroezofagogastroduodenoscopy, dyspepsia.*

Карасева Елена Александровна – аспирант кафедры инфекционных болезней с курсами дерматологии и инфектологии ФПДО ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.

Адрес: 390026 г. Рязань, ул. Стройкова, д. 69 корп. 1, кв. 21.

Тел.: 8-920-633-02-14.

E-mail: Lenysik-83@yandex.ru.

Мартынов Владимир Александрович – д-р мед. наук, зав. кафедрой инфекционных болезней с курсами дерматологии и инфектологии ФПДО ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.

Клочков Игорь Николаевич – канд. мед. наук, врач-эндоскопист ГУЗ РКБ им. Н.А. Семашко, ассистент кафедры инфекционных болезней с курсами дерматологии и инфектологии ФПДО ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.

Никифоров А.А. – канд. мед. наук, зав. ЦНИЛ ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России.