

CLINICAL MEDICINE: EXPERIENCE AND INNOVATIONS

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-1>

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА АКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗЕ

Авраменко А. А.

*доктор медицинских наук, доцент,
профессор кафедры охраны здоровья
Международный классический университет имени Пилипа Орлика*

Короленко Р. Н.

*врач УЗ-диагностики высшей категории,
заведующая отделением функциональной диагностики
4-я городская больница*

Смоляков С. Н.

*врач-патологоанатом высшей категории,
заведующий гистологической лабораторией
Областной онкологический диспансер
г. Николаев, Украина*

Введение. Выбор качественной схемы эрадикационной терапии при лечении пациентов с хроническим хеликобактериозом во многом зависит от методов тестирования хеликобактерной инфекции (НР), на достоверность которых влияют различные факторы [1, с. 5-6; 2, с. 27-29; 4, с. 119-120; 5, с. 189-190; 7, с.24-30; 8, с.42-43; 10, с. 673-677; 11, с. 71-77; 12, с. 138-139; 14, с. 37 – 39]. Одним из таких факторов является очаговая локализация активных форм НР-инфекции на слизистой желудка.

Цель исследования: изучить частоту выявления очагово поражения слизистой желудка активной формой НР-инфекции у пациентов с хроническим хеликобактериозом.

Материалы и методы. Исследование проводилось при изучении данных комплексного обследования 128 пациентов с хроническим хеликобактериозом. Возраст пациентов колебался от 23-х до 67-ми лет, мужчин было 59 (46,1%), женщин – 69 (53,9%). Обследование пациентов было проведено на базе Центра прогрессивной медицины «Rea+Med» (г. Николаев). Методы обследования включали сбор анамнеза, а также комплексное обследование: пошаговую рН-метрию, эзофагогастродуоденоскопию, двойное тестирование на НР-инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) с использованием биоптатов слизистой из 4-х топографических зон желудка; гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон по общепринятой методике с учётом последних классификаций [3, с. 23]. Для просчёта среднего уровня кислотности использовались условные единицы (УЕ) [3, с. 23; 6, с. 189-195]. Параллельно всем пациентам проводилась диагностика на НР-инфекции с использованием дыхательного теста (ХЕЛИК-тест) в нашей модификации [13, с. 1-3]. Из инструментальных методов также проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости по общепринятой методике [9, с. 1 -352].

Результаты и их обсуждение. При анализе данных рН-метрии было выяснено, что уровень кислотности, соответствующий гиперацидности выраженной, был выявлен у 6-ти (4,7%), гиперацидности умеренной – у 8-ми (6,3%), нормаацидности – у 33-х (25,7%), гипоацидности умеренной – у 39 (30,5%), гипоацидности выраженной – у 42-х (32,8%) пациентов. При анализе полученных данных было установлено, средний уровень кислотности желудочного сока составил $5,9 \pm 0,34$ УЕ, что соответствовало базальной гипоацидности умеренной минимальной.

При проведении ЭГДС до лечения активный язвенный процесс выявлен не был, у 11-ти (8,6%) пациентов имелись проявления перенесенных в прошлом язв луковицы двенадцатиперстной кишки в виде рубцовой деформации различной степени выраженности. При анализе данных гистологических исследований у всех пациентов в 100% случаев было подтверждено наличие хронического неатрофического гастрита как в активной, так и в неактивной стадии разной степени выраженности.

При анализе данных, полученных при двойном тестировании по 4-м топографическим зонам желудка, было выяснено, что только активная форма НР-инфекции присутствовала у 87-ми (68%) обследованных пациентов; у 31-го (24,2%) пациента на слизистой желудка присутствовала только неактивная форма НР-инфекции II-го типа, а у 10-ти (7,8%) пациентов отсутствовали все формы НР-инфекции. При анализе

полученных данных было выявлено, что концентрация активных форм НР-инфекции достоверно ($p < 0,05$) больше на слизистой тела желудка, чем на слизистой антрального отдела желудка. Число случаев, при котором на слизистой желудка либо присутствуют неактивные формы НР-инфекции II-го типа, которые не продуцируют уреазу и, соответственно, аммиак, либо не было выявлено ни одна из форм НР-инфекции, суммарно составило 41 (32%) случай.

При анализе данных, полученных при проведении ХЕЛИК-теста, было выяснено, что средний уровень выдыхаемого аммиака в группе пациентов с активными формами НР-инфекции составил $17,8 \pm 0,12$ мм; в группе пациентов с неактивными формами НР-инфекции – $6,5 \pm 0,24$ мм; в группе пациентов, в которой не была выявлена ни одна из форм НР-инфекции – $4,8 \pm 0,23$ мм. При проведении сравнительном анализе полученных данных выявляется достоверно ($p < 0,05$) высокий уровень аммиака в выдыхаемом воздухе у пациентов с хроническим неатрофическим с наличием только активных форм НР-инфекции по сравнению с уровнем аммиака у пациентов с хроническим неатрофическим гастритом с наличием только неактивных форм НР-инфекции II типа и с уровнем аммиака у пациентов с хроническим неатрофическим гастритом, у которых не было выявлено ни одной из форм НР-инфекции.

При анализе данных, полученных при проведении УЗИ органов брюшной полости, было выяснено, что 74 (57,8%) пациента страдали хроническим панкреатитом, 31(24,2%) – хроническим холецистопанкреатитом.

Полученные результаты объяснимы с точки зрения техники проведения двойного тестирования на НР-инфекцию по топографическим зонам желудка. Нужно учесть тот факт, что площадь захвата слизистой биопсийными щипцами составляет 2-3 мм², что не сопоставимо с площадью всей слизистой желудка, поэтому при не выявлении НР-инфекции этой методикой необходимо обязательно диагностику дополнять ХЕЛИК-тестом в нашей модификации, которая позволяет охватить фактически площадь всей слизистой желудка [13, с. 1-3].

Выводы:

1. Частота выявления очаговых поражений слизистой желудка активными формами НР-инфекцией при хроническом хеликобактериозе составляет 32%.

2. Для выявления очагового поражения слизистой желудка активными формами НР-инфекции двойное тестирование (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) по 4-м

топографическим зонам должно обязательно дополняться ХЕЛИК-тестом в нашей модификации.

Литература:

1. Авраменко А.А. Влияние длительности проведения комплексного обследования больных хроническим неатрофическим гастритом на достоверность хелик-теста. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2018. Т. XVII, № 1(63). С. 3–6.
2. Авраменко А.А. Влияние формы каловых масс на ложноотрицательный результат стул-теста у больной хроническим неатрофическим гастритом. *Вестник морской медицины*. 2021. № 2 (91). С. 26-39.
3. Авраменко А. А. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой оболочке желудка. *Сучасна гастроентерологія*. 2014. № 3 (77). С. 22–26.
4. Авраменко А.А. Случай ложноотрицательного результата хелик-теста у больного хроническим неатрофическим гастритом после применения ингибитора протонной помпы. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2017. № 4. С.118–121.
5. Авраменко А.А. Случай ложноотрицательного результата хелик-теста у больного хроническим неатрофическим гастритом после рвоты желчью. *Буковинський медичний вісник*. 2017. Т.21, № 4 (84). С.188-191.
6. Авраменко А.А., Гоженко А. И., Гойдык В.С. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии). Одесса: ООО «РА «АРТ-В», 2008. 304 с.
7. Бордин Д.С., Эмбутниекс Ю.В., Хомерики С.И., Войнован И.Н. Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori* (методические рекомендации). Москва, 2019. 36 с.
8. Гаврюшенко А. Инфекция *Helicobacter pylori* с позиции доказательной медицины. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2019. № 10 (455), травень. С.42-43.
9. Дергачёв А.И., Котляров П.М. Абдоминальная эхография: справочник. Москва.: ЭликсКом, 2005. 352 с.
10. Евсютина Ю.В. Эрадикация *H. pylori*: современный взгляд на старую проблему. *Российский медицинский журнал*. 2016. № 11. С. 673-677.
11. Ильчишина Т.А. Комплаенс при эрадикации *Helicobacter pylori*: современные подходы к повышению приверженности и результаты собственного исследования. *Лечащий врач*. 2019. № 5. С. 71-77.

12. Короленко Р.Н., Авраменко А.А. Частота выявления активной формы хеликобактерной инфекции у больных хроническим неатрофическим гастритом с различными формами дискинезии желчевыводящих путей. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2019. Том 4, № 2(18). С.136 – 141.

13. Спосіб тестування гелікобактерної інфекції у хворих на хронічний гелікобактеріоз за допомогою ХЕЛІК-тесту: пат. 128945 Україна: МПК G01N 33/497(2006.01), A61B 5/091(2006.01). № 2018 05050; заявл. 07.05.2018; опубл. 10.10.2018, Бюл. № 19. 3 с.

14. Степанов Ю.М., Будзак И.Я. Маастрихтский консенсус – 5: аналитический обзор положений. *Гастроентерология*. 2017.Том 51, № 1. С. 36 – 45.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-2>

МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РАЗРЫВОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Алиев Р. А.

*кандидат медицинских наук, сердечно-сосудистый хирург,
заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии
Клиника «Зеферан»
г. Баку, Азербайджан*

Груша М. М.

*кандидат биологических наук,
доцент кафедры биологии
Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца
г. Киев, Украина*

Введение.

Разрыв межжелудочковой перегородки – это редкое, но в тоже время грозное осложнение острого инфаркта миокарда. Реперфузионная терапия позволила значительно снизить это осложнение. Однако при постинфарктных разрывах межжелудочковой перегородки (ПРМЖП) частота смертельных исходов неизменно высока. Без хирургического лечения внутригоспитальная смертность составляет 90% а при

12