

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

© Владимир Либерович Эйльбарт¹, Анна Николаевна Галустян²,
Александр Анатольевич Акимов²

¹ Читинская государственная медицинская академия. 672000, г. Чита, ул. Горького, 39А

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

Контактная информация: Анна Николаевна Галустян — к.м.н., доцент, заведующая кафедрой фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики. E-mail: dr.galustyan@gmail.com

Резюме. Одна из важнейших проблем хеликобактерной инфекции — низкий уровень эрадикации и/или развитие побочных эффектов терапии. Цель исследования — изучить распространенность хеликобактериоза в Забайкалье. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней за период с 2006 по 2012 год. Всего проанализировано 469 историй болезни. На базах 1 Городской клинической больницы (ГКБ), Краевой клинической больницы (ККБ), Дорожной клинической больницы (ДКБ), где проводилось исследование стационарных больных гастроэнтерологического профиля с различными нозологическими формами (язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь 12 перстной кишки, хронический гастрит). Обсемененность *H. pylori* ЖКТ в различных регионах Забайкальского края оказалась не одинаковой: наибольшая обсемененность установлена у больных городского региона (г. Чита $p < 0,01$). Достоверное различие установлено по полу: различие достоверно ($p < 0,001$), у мужчин *H. pylori* выявляется чаще, чем у женщин. Таким образом, мужчины болеют заболеваниями ЖКТ чаще, чем женщины.

Ключевые слова: хеликобактерная инфекция, распространенность хеликобактериоза, Забайкалье.

PREVALENCE OF HELICOBACTER INFECTION IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE GASTRODUODENAL ZONE IN THE BAYKAL REGION

© Vladimir L. Eylbart¹, Anna N. Galustyan², Aleksandr A. Akimov²

¹ Chitin State Medical Academy. 672000, Chita, Gorkogo St., 39A

² Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Russia, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact Information: Anna N. Galustyan — PhD, associate Professor, head of the Department of pharmacology with the course of clinical pharmacology and pharmacoeconomics. E-mail: dr.galustyan@gmail.com

Summary. One of the problems associated with *Helicobacter — pylori* infection is a low level of efficacy in eradication and/or the development of side-effects after therapy. The aim is to study *Helicobacter — pylori* prevalence in Baykal region. Materials and methods. Case histories of 469 patients with different nosologic forms (gastric ulcer, duodenal ulcer, chronic gastritis) were analyzed. The retrospective analysis included the patients treated in City Clinical Hospital № 1, Krai Clinical Hospital, Railway Clinical Hospital during 2006–2012. Conclusion. Involvement of gastro-intestinal tract was revealed to be different in different regions of Zabaikalski krai, with Chita residents being affected more often ($p < 0,01$). The study results testified to data adequacy in gender factor: male patients had *Helicobacter — pylori* involvement more frequently compared with female patients ($p < 0,001$). Male subjects suffer from gastrointestinal disorders more often than female ones.

Key words: *Helicobacter* infection, prevalence of *Helicobacter pylori*, Transbaikalia.

Распространенность *H. pylori* среди населения в разных странах достигает 50–80%, в России инфицированность *H. pylori* в разных регионах составляет 70–80%, а в г. Москве — 60–70% [1, 3].

Пути передачи инфекции: оральный, через воду и пищу и контактный — от человека к человеку, чаще между членами одной семьи через предметы личной гигиены. Многими исследованиями подтверждена этиологическая роль *H. pylori* в развитии хронического атрофического гастрита (90–100%), язвенной болезни (ЯБ) желудка (70–80%) и двенадцатиперстной кишки (90–100%), аденокарциномы (80%) и мальтомы желудка (40–47%), [2, 4]. В желудке, бактерия продуцирует уреазу, которая расщепляет мочевины желудочного содержимого, вследствие чего образуются аммиак и CO_2 . Аммиак способствует защите микроба от соляной кислоты и вызывает повреждение слизистой оболочки желудка. Выделяя фермент муциназу, *H. pylori* разрушает белок муцин, содержащийся в желудочной слизи, в результате чего создаются условия для проникновения бактерии через слой слизи и адгезии ее на эпителий слизистой оболочки желудка. *H. pylori* выделяет также другие ферменты: каталазу, оксидазу, протеазу, фосфолипазу и вакуолизирующий цитотоксин, который оказывает прямое повреждающее действие на эпителий слизистой оболочки желудка, усиливая апоптоз клеток. Ферменты стимулируют перекисное окисление липидов, что способствует воспалительному процессу в слизистой оболочке желудка. Воспаление слизистой оболочки сопровождается инфильтрацией собственной пластинки нейтрофилами, плазмócитами, лимфоцитами, макрофагами. Инфильтрация нейтрофилами стимулируется секрецией интерлейкина-8, который образуется эпителиоцитами в ответ на *H. pylori*. Наиболее выражен этот эффект в патогенезе хронического атрофического гастрита и ЯБ у *Cag A* и *VacA* штаммов бактерии [2, 5, 6].

Противовоспалительная и антихеликобактерная терапия является обоснованной при любом заболевании, ассоциированном с *H. pylori*. Основным принципом **лечения** вышеуказанных заболеваний является эрадикационная терапия, показания которой определены Маастрихтским консенсусом в 1996 г. и его пересмотрами в 2000 г. («Маастрихт II»), 2005 г. («Маастрихт III») и 2010 г. («Маастрихт IV») [1, 9]. В зависимости от степени хеликобактериоза, выявленного при гистологическом ис-

следовании биоптата из антрального отдела желудка при гастродуоденоскопии, рекомендуются различные схемы эрадикационной терапии: 3- или 4-компонентные в течение 7, 10 или 14 дней [6, 8, 11, 21].

Первый вариант антихеликобактерной (эрадикационной) терапии включает несколько вариантов. Первый вариант — ингибитор протонной помпы (ИПП): омепразол 20 мг 2 р./сут или эзомепразол 20 мг 2 р./сут, или лансопризол 30 мг 2 р./сут, или пантопризол 40 мг 2 р./сут, или рабепразол 20 мг 2 р./сут; амоксициллин 500 мг 4 р./сут или по 1000 мг 2 р./сут в сочетании с кларитромицином 500 мг 2 р./сут. Второй вариант включает ИПП в тех же дозах, антибиотика амоксициллин и кларитромицин в вышеуказанных дозах и висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р./сут или 240 мг 2 р./сут. Третий вариант — при наличии атрофического гастрита с ахлоргидрией в схеме отсутствует ИПП, и входит амоксициллин 500 мг 4 р./сут в сочетании с кларитромицином 500 мг 2 р./сут + висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р./сут. Четвертый вариант рекомендуется пожилым людям, для которых стандартная антихеликобактерная терапия ограничена. Схема включает ИПП в стандартной дозировке + амоксициллин + висмута трикалия дицитрат или короткий курс ИПП + висмута трикалия дицитрат — 28 дней (IV Московское соглашение) [9, 11].

Проблемы, связанные с терапией *H. pylori*-инфекции, включают неудовлетворительный уровень эрадикации и/или развитие побочных эффектов лечения [7, 10].

Антибиотико-ассоциированная диарея (ААД) является одним из наиболее частых осложнений. По статистике, ААД наблюдается у 5–30% пациентов, получающих антибиотики. Под термином «антибиотико-ассоциированная диарея» понимают необъяснимую другими причинами диарею, развившуюся в связи с назначением антибиотиков (во время их приема или в первые 2 мес. после окончания) [7].

Спектр клинических проявлений ААД широк: от псевдомембранозного колита до легкой диареи. Осложнениями псевдомембранозного колита могут быть токсический мегаколон, перфорация кишки, сепсис, что в ряде случаев требует проведения хирургического вмешательства.

Не только антибиотики играют важную роль в развитии диарейного синдрома при назначении эрадикационной терапии *H. pylori*. В последние годы доказана прямая зависимость между супрессией соляной кислоты и возрастающим риском кишечной инфекции.

Несмотря на несомненную позитивную роль ИПП и других антисекреторных средств в лечении патологии эзофагогастродуоденальной зоны, существует — опасность развития осложнений этой терапии, одним из которых является риск бактериальных инфекций (пневмонии, *Clostridium difficile* ААД и другие варианты инфекционных гастроэнтеритов) [6, 11].

Доказано, что снижение общей кислотной продукции, вызванная длительным приемом ИПП, может приводить к бактериальной колонизации верхних отделов ЖКТ и тем самым влиять на состав эубиотической микрофлоры тонкой кишки [8].

Перспективным направлением в коррекции дисбиоза, профилактики и лечения ААД является применение препаратов — метаболитных пробиотиков [6, 9, 10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить распространенность *Helicobacter pylori* в Забайкальском крае.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней за период с 2006 года по 2012 год. Всего проанализировано 469 историй болезни. На базах 1 Городской клинической больницы (1ГКБ), Краевой клинической больницы (ККБ), Дорожной клинической больницы (ДКБ), где проводилось исследование стационарных больных гастроэнтерологического профиля с различными нозологическими формами (язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь 12 перстной кишки, хронический гастрит).

На базе ДКБ проанализировано 160 историй стационарных больных, из них 80 историй с язвенной болезнью и 80 историй с хроническим гастритом. Из указанных больных у 47 выявлено *H. pylori*. На базе 1 Городской клинической больницы проанализировано 142 истории стационарных больных, из них 98 историй с язвенной болезнью и 44 историй с хроническим гастритом. Из этих пациентов у 122 выявлено *H. pylori*. На базе Краевой клинической больницы проанализировано 167 историй стационарных больных, из них 94 истории с язвенной болезнью и 73 истории с хроническим гастритом. Из указанных больных у 83 выявлено наличие *H. pylori*. Среди обследованных больных на базе 1 Городской клинической больницы выявлен *H. pylori*. у мужчин (60%), у женщин (39%), на базе Краевой клинической больницы у мужчин — 67%, у женщин — 32%,

на базе дорожной клинической больницы у мужчин — 73%, у женщин — 27% случаев.

Всем больным проводилось эндоскопическое исследование и биопсия для выявления *H. pylori*.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами выявлено, на базе 1 Городской клинической больницы при язвенной болезни наличие Н.р.++++ у 21 (14,7%), Н.р.+++ у 26 (18,3%), Н.р.++ у 21 (14,7%), Н.р.+ у 16 (2,8%), при хроническом гастрите Н.р.++++ у 7 (4,9%), Н.р.+++ у 11 (7,7%), Н.р.++ у 14 (11,2%), Н.р.+ у 8 (2,8%). На базе Краевой клинической больницы при язвенной болезни Н.р.++++ у 16 (9,5%), Н.р.+++ у 21 (12,5%), Н.р.++ у 14 (8,3%), Н.р.+ у 8 (4,5%), при хроническом гастрите Н.р.++++ у 13 (7,8%), Н.р.+++ у 18 (10,7%), Н.р.++ у 16 (9,5%), Н.р.+ у 9 (5,3%). На базе Железнодорожной больницы при язвенной болезни и хроническом гастрите Н.р.++++ у 5%, Н.р.+++ у 14%, Н.р.++ у 29%, Н.р.+ у 54%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обсемененность *H. pylori* ЖКТ в различных регионах Забайкальского Края оказалась не одинаковой: наибольшая обсемененность установлена у больных городского региона (г, Чита $p < 0,01$). Достоверное различие установлено по полу: различие достоверно ($p < 0,001$), у мужчин Н.р. выявляется чаще чем у женщин. Поэтому мужчины болеют заболеваниями ЖКТ чаще, чем женщины.

Наименьшей обсемененностью отличались больные Забайкальской железной дороги и Забайкальского Края, преимущественно жители деревень. Наиболее часто для эрадикации *H. pylori* использовалась тройная схема лечения и только у единичных больных была использована квадро схема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В. и др. *Helicobacter pylori*: распространенность, диагностика, лечение. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010; № 2: 3–7.
2. Цуканов В.В. Клинико-эпидемиологические аспекты *Helicobacter pylori*. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2006; № 1: 24–25.
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.А. Хронический гастрит, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori*: диагностика, клиническое значение, прогноз. Пособие для врачей. РГА. М., 2009.

4. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С. и др. Хронический гастрит. Методические рекомендации. М.: ЦНИИГ; 2011.
5. Национальное руководство по гастроэнтерологии. Под ред. Ивашкина В.Т., Лапиной Т.Л.М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
6. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С. и др. Хронический гастрит. Методические рекомендации. М.: ЦНИИГ; 2011.
7. Маев И.В., Выючнова Е.С. и др. Побочные действия современной антихеликобактерной терапии. Клиническая медицина. 2002; № 6: 7–12.
8. Эйльбарт В.Л. Обсемененность *Helicobacter pylori* при язвенной болезни и хроническом гастрите в Забайкальском крае. Российский журнал «Гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии». 2012; Том 22(5): 46.
9. Исаков В.А. BTST CLINICFL PRACTIC Русское издание. Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H. PYLORI* — Маастрихт 4 (Флоренция), Сентябрь 2012.
10. Yang Y., Metz. D. Safety of proton pump inhibitor exposure. *Gastroenterology*. 2010; 139: 1115–1127.
11. Hassan C, DeFrancesco V., Zullo A. et al. Sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in duodenal ulcer patients: improving the cost of pharmacotherapy. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2003; 18: 641–646.
3. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Lapina T.A. Hronicheskij gastrit, vyzvannyj infekciej *Helicobacter pylori*: diagnostika, klinicheskoe znachenie, prognoz. [Chronic gastritis caused by *Helicobacter pylori* infection: diagnosis, clinical significance, prognosis]. *Posobie dlya vrachej*. RGA. M., 2009. (in Russian).
4. Lazebnik L.B., Bordin D.S. i dr. Hronicheskij gastrit. [Chronic gastritis]. *Metodicheskie rekomendacii*. M.: CNIIG; 2011. (in Russian).
5. Nacional'noe rukovodstvo po gastroenterologii. [National Guide to Gastroenterology]. Pod red. Ivashkina V.T., Lapinoj T.L.M.: GEHOTAR-Media; 2008. (in Russian).
6. Lazebnik L.B., Bordin D.S. i dr. Hronicheskij gastrit. [Chronic gastritis]. *Metodicheskie rekomendacii*. M.: CNIIG; 2011. (in Russian).
7. Maev I.V., V'yuchnova E.S. i dr. Pobochnye dejstviya sovremennoj antihelikobakternoj terapii. [Side effects of modern antihelicobacter therapy]. *Klinicheskaya medicina*. 2002; № 6: 7–12. (in Russian).
8. EHjl'bart V.L. Obsemenennost' *Helicobacter pylori* pri yazvennoj bolezni i hronicheskom gastrite v Zabajkal'skom krae. [*Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer and chronic gastritis in the Trans-Baikal Territory]. *Rossijskij zhurnal «Gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii»*. 2012; Tom 22(5): 46. (in Russian).
9. Isakov V.A. BTST CLINICFL PRACTIC Russkoe izdanie. Novye rekomendacii po diagnostike i lecheniyu infekcii *H. PYLORI* — Maastriht 4 (Frlorenciya), Sentyabr' 2012. (in Russian).
10. Yang Y., Metz. D. Safety of proton pump inhibitor exposure. *Gastroenterology*. 2010; 139: 1115–1127.
11. Hassan C, DeFrancesco V., Zullo A. et al. Sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in duodenal ulcer patients: improving the cost of pharmacotherapy. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2003; 18: 641–646.

REFERENCES

1. Lazebnik L.B., Vasil'ev YU.V i dr. *Helicobacter pylori*: rasprostranennost', diagnostika, lechenie. [*Helicobacter pylori*: prevalence, diagnosis, treatment]. *EHksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2010; № 2: 3–7. (in Russian).
2. Cukanov V.V. Kliniko-ehpidemiologicheskie aspekty *Helicobacter pylori*. [Clinical and epidemiological aspects of *Helicobacter pylori*]. *EHksperimental'naya i*