

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКИ ЛАТЕНТНЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ

²Сарсенбаева А.С., ¹Захарова Н.А.

²ГОУ «УГМАДО», Челябинск,

¹ФГУЗ ЦМСЧ №15 ФМБА России, Снежинск, e-mail: nevnatalya@mail.ru

С целью оптимизации диспансерной помощи больным с латентным течением язвенной болезни предложено скрининговое обследование пациентов диспансерной группы с помощью неинвазивных методов диагностики *Helicobacter pylori* ХЕЛИК-теста и определения CagA антител к *Helicobacter pylori*. Обследовано 838 пациентов. У Hp-положительных пациентов в 53,3% выявлены эндоскопические признаки активности язвенного процесса. Больным проведена антихеликобактерная терапия. Проведен ежегодный анализ отдаленных результатов скрининговой диагностики Hp-инфекции и антихеликобактерной терапии с 2006 по 2009 г. Выявлено достоверное снижение случаев обострения и временной утраты трудоспособности в сравнении с исходными показателями.

Ключевые слова: язвенная болезнь, *Helicobacter pylori*, клиническая ремиссия, CagA антитела, ХЕЛИК-тест

Одной из важных проблем современной гастроэнтерологии является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, встречающаяся, по данным мировой статистики, у 5–15% населения земного шара [1]. Длительное, рецидивирующее течение заболевания приводит к временной утрате трудоспособности, развитию осложнений и в ряде случаев к инвалидизации наиболее трудоспособной части населения [2]. Это ведет к существенным социально-экономическим потерям и отрицательно влияет на качество жизни пациентов [3].

Получение аргументированных доказательств инфекционного генеза язвенной болезни (ЯБ) ведет, по нашему мнению, к необходимости контроля *H. pylori* у пациентов диспансерной группы и введения в перечень обследования при диспансерном осмотре диагностических тестов, направленных на выявление у них данной инфекции. Ведь вопрос о диагностике хеликобактериоза у больного встает, как правило, только при появлении клинических симптомов обострения заболевания. Многократное снижение частоты рецидивов гастродуоденальных язв после эрадикации подтверждено

клиническими исследованиями с уровнем доказательности 1a и степенью рекомендаций А [4, 5]. Это свидетельствует о том, что своевременная диагностика *H. pylori*-инфекции и успешная эрадикация являются экономически эффективным способом предупреждения развития рецидивов *H. pylori*-ассоциированной ЯБ в будущем.

Цель исследования – оптимизация диагностики клинически латентных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов, состоящих на диспансерном учете, для своевременного выявления обострения заболевания, лечения и обеспечения стойкой ремиссии.

Материал и методы исследования

На 1-м этапе исследования было получено согласие на участие в исследовании у 838 пациентов, состоящих на диспансерном учете в цеховом терапевтическом отделении поликлиники, сотрудников НИИ. Для выявления инфекции *H. pylori* у исследуемой группы пациентов был применен метод определения специфических CagA антител в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа и уреазный дыхательный

Хелик-тест (Корниенко Е.А., Милейко В.Е., 1996). В исследовании были использованы наборы реагентов «ХеликоБест-антитела» производства ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск), серия D-3752, основой которых является рекомбинантный антиген CagA *Helicobacter pylori*, иммобилизованный на поверхности лунок полистеролового планшета и входящий в состав конъюгата.

Методом расслоенной случайной выборки была сформирована группа из 225 пациентов (145 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), 80 – с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ)) для реализации 2-го этапа исследования. Критериями включения являлись отсутствие активных жалоб на момент медицинского осмотра, а также согласие на дальнейшее клинико-инструментальное обследование и лечение с оценкой эффективности терапии.

Анализ отдаленных результатов лечения проводили в диспансерной группе ежегодно с 2006 по 2009 г., оценивая число случаев ЯБ с временной утратой трудоспособности (ВУТ) на 100 работающих и числа дней нетрудоспособности с ЯБ на 100 работающих.

Для оценки достоверности изучаемых показателей были использованы коэффициенты ранговой корреляции Спирмена, непараметрический критерий Фишера.

Результаты исследования

По результатам скринингового обследования серологическим методом и с помощью уреазного дыхательного теста у пациентов диспансерной группы на 1-м этапе в 80,3% случаев выявлена инфекция *H. pylori*, что может обуславливать рецидивирующее течение язвенной болезни с опасностью развития осложнений. Результаты определения специфических CagA антител к *H. pylori* в сыворотке крови представлены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты иммуноферментного анализа на CagA антитела к *H. pylori* в сыворотке крови на 1-м этапе

Уровень АТ к Нр		Количество человек		Итого	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Отрицательный	0	118	14,1	165	19,7
Слабо положительный	1:5	47	5,6		
Положительный	1:10	72	8,6	673	80,3
	1:20	132	15,8		
Сильно положительный	1:40	125	14,9		
	1:80	126	15,0		
	1:160	149	17,8		
	1:320	69	8,2		

По данным серологического исследования положительные результаты на инфекцию *H. pylori* у диспансерной группы больных получены в 80,3% случаев (55,9% – сильноположительный результат, 24,4% – положительный результат). Результаты иммуноферментного анализа на данном этапе исследования совпали с результа-

тами уреазного дыхательного Хелик-теста в 88,2% случаев.

Изучение распространенности инфекции *H. pylori* у пациентов на втором этапе исследования подтвердило наличие инфекции в 83,5% случаев, также с преобладанием случаев с сильноположительным результатом – 64% (табл. 2).

Таблица 2

Результаты иммуноферментного анализа на СagA антитела к *H. pylori* в сыворотке крови на 2-м этапе

Титр		Всего человек		Всего	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Отрицательный	0	20	8,9	37	16,5
Слабоположительный	1:5	17	7,6		
Положительный	1:10	19	8,4	188	83,5
	1:20	25	11,1		
Сильноположительный	1:40	23	10,2		
	1:80	40	17,8		
	1:160	51	22,7		
	1:320	30	13,3		

Результаты уреазного дыхательного Хелик-теста были положительными у 179 пациентов из 225 (79,6%) и совпали с результатами иммуноферментного анализа в 92% случаев.

Выявленный факт персистенции инфекции *H. pylori* у большей части пациентов в высоких титрах без клинических симптомов обострения заболевания явился

показанием для проведения фиброгастроэзофагоскопии (ФГС). При ФГС у 53,3% пациентов были выявлены эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, у 46,7% – изменения по типу гастрита и гастрита с признаками атрофии слизистой оболочки. Результаты эндоскопического исследования представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты эндоскопического исследования

Характер изменений	Количество человек		Итого	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Признаки гастрита	71	31,6	105	46,7
Признаки гастрита с атрофией	34	15,1		
Эрозии, язвы в желудке	34	15,1	120	53,3
Эрозии, язвы в двенадцатиперстной кишке	86	38,2		

При проведении корреляционного анализа взаимосвязи результатов иммуноферментного анализа и характера изменений слизистой оболочки желудка при эндоскопии была выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем титров СagA антител к *H. pylori* и наличием эрозивно-язвенных дефектов: $r_{s(ЯБ)} = 0,91$ ($p < 0,01$). Установлено, что с ростом величины титров

специфических антител к *H. pylori* возрастает количество выявляемых эрозивно-язвенных дефектов и в желудке, и в двенадцатиперстной кишке.

Всем больным с *H. pylori*-позитивным статусом была проведена эрадикационная терапия в соответствии с рекомендациями Маастрихт-3 (2005 г). Анализ эффективности терапии проводили через 4–6 недель в

зависимости от локализации язвенного дефекта. У всех больных на фоне проведенной терапии была достигнута ремиссия.

За период с 2006 по 2009 г. происходила естественная динамика в группе диспансерного учета по язвенной болезни

за счет включения в группу пациентов с вновь выявленными случаями ЯБ, вновь принятых на работу в НИИ, снятия с учета по причине стойкой клинико-эндоскопической ремиссии, увольнения из института (табл. 4).

Таблица 4

Динамика численности диспансерной группы

Год	Состояло	Вновь взято на диспансерный учет	Из них впервые выявлено	Выбыло
2006	932	61	29	47
2007	946	53	30	69
2008	877	29	14	75
2009	831	59	10	135

Оценку отдаленных результатов лечения проводили в диспансерной группе ежегодно, оценивая число случаев ЯБ с ВУТ на 100 работающих и числа дней с ВУТ на 100 работающих (табл. 5).

Анализ динамики заболеваемости и, соответственно, числа случаев и дней нетру-

доспособности с ЯБ на 100 работающих с 2006 по 2009 г. показал, что заболеваемость со случаями ВУТ ежегодно достоверно снижалась, особенно значимо в 2008 и 2009 гг. Число дней с ВУТ на 100 работающих уменьшилось с 20,41 до 17,81 и с 17,81 до 10,20 дней соответственно ($p < 0,01$).

Таблица 5

Число случаев ЯБ с ВУТ на 100 работающих с 2006 по 2009 г.

Год	Заболеваемость ЯБ с ВУТ на 100 работающих	ϕ^1	p	Число дней с ВУТ на 100 работающих	ϕ^1	p
2006	1,03 ²	3,12	$p_{1,2} < 0,01$	20,8 ²	1,9	$p_{1,2} < 0,05$
2007	0,98	2,0	$p_{2,3} < 0,05$	20,41	3,5	$p_{2,3} < 0,01$
2008	0,90	4,67	$p_{3,4} < 0,01$	17,81	5,7	$p_{3,4} < 0,01$
2009	0,61			10,20		

Таким образом, за четыре года активного диспансерного наблюдения за пациентами с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки достигнуто достоверное снижение количества обострений заболевания с ВУТ и числа дней нетрудоспособности на предприятии по сравнению с исходными показателями за 2006 год.

Выводы

1. При скрининговом обследовании пациентов группы диспансерного учета с язвенной болезнью желудка и двенадцати-

перстной кишки инфекция *H. pylori* выявлена в 80,3% случаев.

2. У 53,3% пациентов с *H. pylori*-позитивным статусом без клинической симптоматики при уточняющем эндоскопическом обследовании выявлены эрозивно-язвенные дефекты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. Установлена прямая корреляционная зависимость между показателями специфических CagA антител к *H. pylori* и наличием эрозивно-язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. В результате целенаправленного выявления и лечения инфекции *H. pylori* у лиц группы диспансерного учета с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в период с 2006 по 2009 г. достигнуто достоверное снижение случаев обострения и временной утраты трудоспособности в сравнении с исходными показателями.

Заключение

Оптимизация диагностики клинически латентных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов, состоящих на диспансерном учете, путем скринингового обследования пациентов с помощью неинвазивных методов диагностики *Helicobacter pylori* Хелик-теста и определения CagA антител к *Helicobacter pylori* в сыворотке крови ведет к достоверному снижению случаев обострения и временной утраты трудоспособности в сравнении с исходными показателями, что свидетельствует об эффективности предложенного способа.

Список литературы

1. Маев И.В. Сравнительная эффективность тройной антихеликобактерной терапии 1 линии при использовании препаратов пантопризола и омепразола. / И.В. Маев, Т.С. Оганесян, Ю.А. Кучерявый // Лечащий врач. – 2010. – № 2. – С. 92–5.

2. Пиманов С.И. Что происходит после эрадикации *Helicobacter pylori*: ожидаемые, доказанные и спорные эффекты / С.И. Пиманов, Е.В. Макаренко, Ю.И. Королева // РЖГГК. – 2007. – №1. – С. 48–55.

3. Маев И.В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: диагностика и лечение / И.В. Маев, Т.С. Оганесян, Ю.А. Кучерявый // Consilium-medicum. – 2010. – Т. 12. – № 8. <http://www.consilium-medicum.com/article/19811>.

4. Сарсенбаева А.С. Генотипы *Helicobacter pylori* и клинико-иммунологические особенности ассоциированных с ними заболеваний: дис. д-ра мед. наук. – Челябинск, 2007. – С. 47.

5. Цуканов В.В. Современные аспекты эрадикации *Helicobacter pylori* / В.В. Цуканов, О.С. Амельчугова, П.Л. Щербаков // Лечащий врач. – 2010. – №2. – С. 38–40.

Рецензенты:

Шевяков Михаил Александрович, д.м.н., профессор кафедры клинической микологии, аллергологии и иммунологии ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»;

Корниенко Елена Александровна, зав. кафедрой гастроэнтерологии Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSIS OF CLINICALLY LATENT FORMS OF DISPENSARY PATIENTS WITH GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER DISEASE

²Sarsenbaeva A.C., ¹Zaharova N.A.

¹Hospital №15, Snezhinsk,

²Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk, e-mail: nevnatalya@mail.ru

For the purpose of optimizing medical help, a screening of 838 patients in clinical remission with a medical history of peptic ulcer disease using non-invasive diagnostic methods *Helicobacter pylori* HELIC-test and CagA antibodies to *Helicobacter pylori* had undertaken. The results showed that in 53,3% of Hp-positive patients were found to endoscopic signs of active ulcerative process. An effective complex treatment of patients took place. An annual analysis of remote results of screening diagnosis of Hp infection and *Helicobacter* therapy from 2006 to 2009 had carried out. It had achieved a significant reduction in cases of permanent and temporary disability compared with baseline.

Keywords: peptic ulcer disease, *Helicobacter pylori*, clinical remission, CagA antibodies, HELIC-test