

## КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Дербак М.А., Болдижар А.А., Коваль Г.Н., Данканич Е.Е., Лазур Я.В.

*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет, Украина*

Медицинское и социальное значение хронического гепатита С (ХГС) обусловлено его чрезмерной распространенностью, разнообразием клинических признаков, высокой частотой формирования хронической патологии печени и внепеченочных поражений [3,4,8,12]. По оценкам экспертов ВОЗ ХГС болеют около 150 млн человек, 350 тыс. ежегодно умирают от его последствий [8,14,16]. Широкое распространение ХГС часто обуславливает сочетанное его течение с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта [13]. Особый интерес в этом контексте представляет гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

Всемирной организацией гастроэнтерологов ГЭРБ признана заболеванием XXI столетия и встречается у 20-50% населения земного шара [2,7,9,10]. На сегодня ГЭРБ рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, которое обусловлено нарушением моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны (ГДЗ), характеризуется спонтанным и/или постоянно повторяемым забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, которое ведет к поражению дистального отдела пищевода [2,6,11]. Характерной особенностью ГЭРБ наряду с основными симптомами (изжога, отрыжка) являются и внепищеводные [6,11,15].

С момента введения термина «печеночная, портальная гастропатия» изучаются механизмы развития патологии гастродуоденальной зоны (ГДЗ), ее клинические и морфологические проявления у больных циррозом печени [1,5]. Имеется множество исследований, в которых обсуждаются частота, клинико-морфологические особенности и механизмы возникновения поражений слизистой оболочки (СО) ГДЗ у больных ХГС.

Целью исследования явилась оценка клинико-морфологических особенностей поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и установление распространенности хеликобактерной инфекции у больных хроническим гепатитом С с различным трофологическим статусом.

**Материал и методы.** Проведено проспективное открытое исследование в условиях стационара. Исследования выполнены с учетом информированного согласия больных, методика проведения соответствует Хельсинской декларации 1975 г. и ее просмотру 1983 г. Исследование одобрено локальной этической комиссией ((Протокол №14 от 19.09.2017)), получено информированное согласие участников по предложенному алгоритму.

Диагноз ХГС установлен согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра и подтвержден выявлением суммарных антител класса IgG HCV методом иммуноферментного анализа (ИФА), а также выявлением в крови пациентов RNA -HCV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени (RT-PCR) с определением вирусной нагрузки и генотипа вируса.

Диагноз ГЭРБ устанавливали на основании классических клинических симптомов, результатов инструментальных исследований: положительный тест с рабепразолом, методом фиброгастродуоденоскопии (ФЭГДС) и внутрипищеводной рН-метрии, с учетом Монреальского консенсуса (2006), Гштадтского руководства по стратегии лечения

ГЭРБ и МКБ-10, а также согласно отечественным протоколам оказания медицинской помощи.

ФЭГДС проводили с помощью эндоскопа с видеопроцессором «Pentax» ЭРГ-3300 с использованием гибких фиброэндоскопов фирмы «Pentax» E-2430, «Pentax» BD-34M, GIF-K20. Во время эндоскопического исследования выявляли любые патологические изменения пищевода и/или желудка и степень варикозного расширения вен пищевода. Проведен суточный рН-мониторинг по стандартной методике. Для эндоскопической оценки степени поражения пищевода использовали Лос-Анджелесскую (LA) классификацию (1998). *Helicobacter pylori*-инфекцию (Hр) диагностировали с помощью быстрого уреазного теста (CLO-test) и стул-теста (СИТО TEST, производитель ООО «Фармаско»). Всем больным проведены ЭКГ и УЗИ органов брюшной полости (аппарат HDI-1500, США).

Общеклинические, биохимические, морфологические, молекулярно-генетические исследования проводились в аттестованных лабораториях: клинико-диагностической лаборатории Закарпатской областной клинической больницы (ЗОКБ) им. А. Новака, Закарпатской областной клинической инфекционной больницы (ЗОКИБ) и в коммерческих лабораториях («Дила» и «Синэво»). Все полученные результаты обследования регистрировались в истории болезни.

Критерием включения в исследование служил верифицированный ХГС. Критерии исключения: возраст младше 18 и старше 70 лет, функциональные или органические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие маркеров инфицирования другими вирусами гепатитов (А, В, Д, ТТV), маркеров аутоиммунного гепатита/перекрестного синдрома (анти-LKM-1, анти-SLA и анти-LC-1) и ВИЧ-инфекции, прием кортикостероидов, наличие сопутствующих заболеваний органов дыхания, пищеварения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, отказ больного от исследования.

С учетом указанных критериев, в исследование включены 150 больных ХГС (82 (54,7%) мужчины, 68 (45,3%) женщины, которые лечились в ЗОКБ им. А. Новака и ЗОКИБ в 2017-2018 гг. Средний возраст пациентов составил  $58,5 \pm 1,5$  лет.

Всем больным проведена оценка трофологического статуса по общепринятым антропометрическим показателям. Антропометрическими критериями ожирения считались индексы Кетле или массы тела. ИМТ  $18,5-24,9$  кг/м<sup>2</sup> расценивали как нормальную массу тела (НМТ), а ИМТ  $\geq 25,0$  кг/м<sup>2</sup> - как избыточную массу тела (ИМТ). В зависимости от массы тела больных разделили на две группы: группа А - 35 больных ХГС с ИМТ и группа В - 115 больных ХГС с НМТ.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica 8.0 for Windows. Данные представлены в виде средних арифметических значений и ошибки средней  $M \pm m$ . Достоверность различий исследуемых выборочных данных при нормальном распределении определялись с помощью критерия Стьюдента (t). Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Анализ полученных результатов выявил, что жалобы, характерные для ГЭРБ, отмечались у 35,3% (53 из 150) больных ХГС. Основными проявлениями поражения ГДЗ являлись изжога - 28 (73,7%) из 53 больных, отрыжка кислым - 29 (54,3%) из 53 больных и дисфагия - 11 (20,8%) из 53.

Незначительная часть больных - 6 (11,3%) из 53, отмечала першение в горле, охриплость голоса и сухой, лающий кашель - 3 (5,7%), у 4 (7,5%) пациентов установлено наличие

загрудинных болей по ходу пищевода и нарушение в деятельности ССС, возникающее чаще после потребления жирной или жареной пищи, газированных напитков, кофе. Больные проконсультированы отоларингологом, пульмонологом и кардиологом, данные жалобы расценены как внепищеводные проявления ГЭРБ. 128 (85,3%) из 150 больных отмечали жалобы (гепатобилиарные) на боль, тяжесть в правом подреберье, метеоризм, слабость и быструю утомляемость, частота которых преобладала у больных ХГС + ИМТ (таблица 1).

Таблица 1. Клинические проявления у больных ХГС

Признак	Группа, (абс./%)		
	А ХГС+ ИМТ (n=35)	В ХГС + ИМТ (n=115)	Всего больных ХГС (n=150)
Наличие клинических проявлений ГЭРБ (n=53)	17/48,6*	36/31,3	53/35,3
<b>Пищеводные проявления ГЭРБ: (n=38)</b>	<b>11/64,7</b>	<b>27/75,0</b>	<b>38/71,7</b>
-изжога	9/52,9	19/52,8	28/73,7
-отрыжка кислым	12/70,6	17/47,2	29/54,7
-дисфагия	6/35,3	5/13,9	11/20,8
-ком в горле	3/17,6	3/8,3	6/11,3
<b>Внепищеводные проявления ГЭРБ: (n=15)</b>	<b>6/35,3*</b>	<b>9/25,0</b>	<b>15/28,3</b>
Отоларингологические	3/17,6*	4/11,1	7/13,2
-першение в горле	3/17,6	3/8,3	6/11,3
-осыпность голоса	1/5,9	2/5,5	3/5,7
Пульмонологические	2/11,8*	2/5,5	4/7,5
-сухой лающий кашель	2/11,8	2/5,5	4/7,5
Кардиологические:	1/5,9	3/8,3	4/7,5
-боли по ходу пищевода	1/5,9	3/8,3	4/7,5
-перебои в работе сердца	1/5,9	1/2,8	2/3,8
<b>другие жалобы (гепатобилиарные): (n=128)</b>	<b>34/97,1*</b>	<b>94/81,7</b>	<b>128/85,3</b>
-боль, тяжесть в правом подреберье	15/44,1*	15/16,0	30/23,4
-метеоризм	28/82,4*	19/20,2	47/36,7
-слабость, быстрая утомляемость	30/88,2	80/85,1	110/85,9
-эпизоды желтухи	10/29,4*	2/2,1	12/9,4
-кожный зуд	8/23,5*	10/10,6	18/14,0

\* – достоверность различий показателя между А и В гр. на уровне  $p < 0,05$

Таблица 2. Поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных ХГС сочетанной с ГЭРБ

Эндоскопические изменения	Группа, (абс./%)				Всего n=53 (абс./%)
	А ХГС+ ИМТ (n=17)		В ХГС + ИМТ(n=36)		
	Пищеводные симптомы ГЭРБ: n=11/64,7%	Внепищеводные симптомы ГЭРБ: n=6/35,3%	Пищеводные симптомы ГЭРБ: n=27/75,0%	Внепищеводные симптомы ГЭРБ: n=9/25,0%	
Рефлюкс-эзофагит (степень поражения по LA-классификации)					
LA-A	3/27,3	2/33,3	18/66,7	7/77,8	30/56,6
LA-B	5/45,5	3/50,0	7/25,9	2/22,2	17/32,1
LA-C	2/18,2	1/16,7	2/7,4	-	5/9,4
LA-D	1/9,0	-	-	-	1/1,9
Кандидозный эзофагит	2/18,2	1/16,7	1/3,7	-	4/7,5
ДГР	4/36,4	4/66,7	3/11,1	2/22,2	13/24,5

У всех 53 больных ХГС, которые имели клинические проявления, диагноз ГЭРБ подтвержден результатами ФЭГДС. У этих больных обнаружены изменения слизистой оболочки, соответствующие различной степени рефлюкс-эзофагита и гастроэзофагеального рефлюкса.

У 53 (35,3%) из 150 больных ХГС установлена «эндоскопически позитивная» ГЭРБ с различной степенью эрозивно-язвенных поражений ГДЗ, с более высокой частотой у больных с ИМТ. «Эндоскопически негативная» ГЭРБ и морфологически катаральное воспаление дистального отдела пищевода диагностированы у 14 (9,3%) из 150 больных.

Моторные нарушения при отсутствии изменений эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки ГДЗ отмечены у 13 (13,4%) из 97 больных, чаще - дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР). Эндоскопическая картина больных ХГС + ИМТ в сочетании с ГЭРБ отличалась от таковой у больных ХГС+НМТ (таблица 2).

Результаты быстрого уреазного теста (CLO-test) при ФЭГДС у 19 из 53 (35,8%) больных диагностированной ГЭРБ показали наличие Нр-инфекции. С целью изучения распространенности Нр-инфекции 97 больным ХГС без ГЭРБ проведен стул-тест на выявление Нр. В результате - у 34,0% (33) больных ХГС установлено наличие антигенов Нр-инфекции, в частности у 52 (34,7%) из 150 больных ХГС установлено инфицирование *Helicobacter pylori*.

У больных ХГС часто регистрируется боль в правом подреберье, в эпигастрии, тошнота, рвота, отрыжка кислым и изжога. Поскольку инфекционным больным ФЭГДС часто проводится только по жизненным показаниям, во избежание развития желудочно-кишечного кровотечения, то возникновение этих проявлений часто объясняют интоксикацией, нарушениями пигментного и азотистого обмена.

В результате проведенного исследования установлено, что у больных ХГС, ГЭРБ достоверно чаще регистрируется в случае наличия избыточной массы тела, нежели с нормальной (48,6% против 31,3%,  $p < 0,05$ ). Сравнительный анализ данных ФЭГДС у больных с различным трофологическим статусом выявил, что у больных ХГС+ИМТ чаще регистрируется рефлюкс-эзофагит степени поражения слизистой LA-B (72,7%, 8 из 11), а у больных ХГС + НМТ - LA-A (69,4%, 25 из 36), в частности у больных с ИМТ наблюдаются более глубокие поражения СО, чем у больных с НМТ.

Полученные нами данные демонстрируют высокую частоту моторных нарушений у больных ХГС при отсутствии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки ГДЗ, а именно ДГР, который зарегистрирован у 13,4% (13 из 97) обследованных, с преобладанием у лиц с ИМТ против больных с НМТ (47,0% против 13,9%,  $p < 0,05$ ).

Полученные данные о высокой частоте возникновения ГЭРБ у больных с ИМТ и ожирением совпадают с результатами других ученых [5,9,10].

До настоящего времени недостаточно изученной остается роль *Helicobacter pylori* в развитии патологии ГДЗ при ХГС. В литературе имеются лишь единичные сообщения, весьма неоднозначно освещающие роль *Helicobacter pylori* (Нр) в развитии эрозивно-язвенных процессов у больных циррозом печени (ЦП) и почти отсутствуют источники о наличии Нр у больных ХГС. По данным различных авторов у больных ЦП Нр регистрируется в пределах от 26,0 до 95,0% случаев [1,5].

Установлено, что частота Нр у больных ХГС составляет 34,7% (52 из 150), без достоверной разницы между больными с ИМТ и НМТ. При оценке эндоскопической картины отмечено, что у больных с наличием Нр часто имеет место

пятнистая гиперемия различной величины и выраженности, отечность слизистой антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. На этом фоне нередко наблюдается легкая ранимость слизистой, подслизистые кровоизлияния, а иногда - бледность, сглаженность и истончение слизистой оболочки с наличием обильного количества слизи.

Выявленная высокая частота ГЭРБ и Нр у больных ХГС диктует необходимость разработки наиболее эффективной, безопасной и щадящей по отношению к пораженной печени эрадикационной схемы лечения. Следует учитывать гепатотоксическое действие некоторых ингибиторов протонной помпы, в частности, которые подавляют активность цитохрома P450 и гепатотоксичность некоторых антибиотиков.

**Выводы.** 1. У 35,3% больных ХГС зарегистрирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с достоверным ее преобладанием среди больных с избыточной массой тела (48,5% против 31,3%;  $p < 0,05$ ).

2. Характерным эндоскопическим проявлением ГЭРБ у 72,7% больных ХГС с избыточной массой тела является рефлюкс-эзофагит степени поражения LA-B и дуоденогастральный рефлюкс, а у больных ХГС с нормальной массой тела - рефлюкс-эзофагит LA-A, который зарегистрирован в 69,4% случаев.

3. Частота хеликобактерной инфекции у больных ХГС составила 34,7%, что требует разработки эрадикационной схемы лечения.

Перспектива дальнейших исследований состоит в установлении новых диагностических критериев развития поражений гастродуоденальной зоны у больных ХГС на основе сопоставления результатов клинико-морфологических, эндоскопических и иммунологических данных и разработка адекватной схемы лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Архий, Е.И. Москаль О.Н. Особенности диагностики и течения гепатогенной язвы. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, изд-во В.Мед.А. СПб. 2006; 1-2: 8.
2. Бабак О.Я. Современный взгляд на проблему гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Здоров'я України 2015; 2 (39): 8-9.
3. Дербак М. А. Клініко-патогенетична роль вірусу гепатиту С у розвитку аутоімунних процесів підшлункової залози. Вестник клуба Панкреатологов 2014; 3(24): 20-23.
4. Дербак М. А. Болджар П. О. Коррекция дислипидемии у больных коморбидной патологией печени. Медицинские новости Грузии. 2014; 1(226): 25-31.
5. Кляритская И.Л., Кривой В.В., Матрау Сифаллах. Роль *Helicobacter pylori* у пациентов с HCV ассоциированными хроническим гепатитом и циррозом печени. Крымский терапевтический журнал. 2014; 1: 63-172.
6. Конькова Л.А., Коньков А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: внепищеводные проявления. Медицинский вестник МВД. 2016; 2(81): 41-50.
7. Ткач С. М. Современные подходы к лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ожирением; 2009; 1 (45): 46-50.
8. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит С у дорослих. Київ. 2016; 56.
9. Bor S. Worldwide Epidemiology of Gastroesophageal Disease. WGO Handbook on Heartburn: A Global Perspective. World Dig Health Day, 2015: 12-14.

10. El-Serag HB, Sweet S., Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014 Jun;63(6):871-80. doi: 10.1136/gutjnl-2012-304269.
11. Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*. 2018 Feb 3;pii:gutjnl-2017-314722. doi: 10.1136/gutjnl-2017-314722
12. Hope V.D., Eramova I., Capurro D., Donoghoe M. C. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. *Epidemiology and Infection*. 2013; 142 (2): 1-17.
13. Lee M., Yang H., Lu S. et al. Chronic hepatitis C virus infection increases mortality from hepatic and extrahepatic diseases: A community-based long-term prospective study. *J. Infect. Dis*. 2012; 206 (4): 469-477.
14. Marinho R. T. Barreira D. P. Hepatitis C, stigma and cure. *World J. Gastroenterol*; 2013; 19 (40): 6703-6709.
15. Philip O. Katz, Lauren B. Gerson and Marcelo F. Vela. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2013; 108:308-328.
16. WHO. Global Hepatitis Report. Geneva: WHO; 2017 April; P. 13-14. [Electronic source]. <http://apps.who.int/iris>

## SUMMARY

### CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF THE GASTRODUODENAL MUCOSAL LESIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C INFECTION WITH DIFFERENT BODY MASS STATUS

**Derbak M., Boldizhar O., Koval G., Dankanych E., Lazur Ya.**

*Uzhhorod National University, Department of Medicine, Ukraine*

The high prevalence and incidence of the chronic hepatitis C infection (CHC) is associated with the considerable medical and social problems, development of variety of clinical signs, hepatic and extrahepatic lesions. Due to the wide spread of this infection, there is a high comorbidity with other diseases of the gastrointestinal tract, especially of its upper parts. The objective of the study was to evaluate the clinical and pathological features of mucosal lesions (ML) of the gastroduodenal zone (GDZ) and the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in patients with chronic hepatitis C with different body mass status. The study included 150 patients with chronic hepatitis C. All patients underwent fibroesophagogastroduodenoscopy (FEGD), determination of *Helicobacter pylori* infection (*H. pylori*) was done by the quick urease test (CLO-test), as well as by the stool test (CITO TEST, Farmasko LLC), the intra-esophageal pH-metric test and assessment of body mass status. The Los Angeles (LA) classification (1998) was used for endoscopic assessment of the degree of esophageal damage. Depending on the body weight of the patients, two groups were formed: A group - n=35 patients with CHC with overweight (OBW) and B group, n=115 patients with CHC with normal body weight (NBW). We found that in patients with chronic hepatitis C, gastroesophageal reflux disease (GERD) is significantly more frequently registered in patients with overweight status than in those with NBW (48.6% vs. 31.3%, p<0.05). Endoscopically, in patients with chronic hepatitis C and OBW, reflux esophagitis with the LA-B degree of mucosal damage is most common (72.7%), while in patients

with chronic hepatitis C and NBW the LA-A degree is most frequent (69.4%). Therefore, in patients with CHC + OBW, there are deeper ML than in patients with NBW. Our data demonstrates a high frequency of motor impairments in patients with chronic hepatitis C in the absence of erosive and ulcerative lesions of the mucosa of the GDZ, namely duodenogastric reflux with a predominance in persons with CHC + OBW against patients with CHC + NBW (47.0% vs. 13.9%, p<0.05). In patients with CHC, occurrence of the *H. pylori* infection is 34.7%, with no significant difference between patients with OBW and NBW. The high frequency of registered GERD and *H. pylori* in patients with chronic hepatitis C, indicates to the importance of the development of an optimal eradication treatment regimen that would be most effective, but at the same time, sufficiently safe and even gentle to the affected liver, taking into account the hepatotoxic effect of some proton pump inhibitors (PPIs), especially those that inhibit the activity of cytochrome P450, as well as the hepatotoxicity of some antibiotics.

**Keywords:** chronic hepatitis C, gastroesophageal reflux disease, *Helicobacter pylori*, Body mass status.

## РЕЗЮМЕ

### КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

**Дербак М.А., Болдизхар А.А., Коваль Г.Н., Данканич Е.Е., Лазур Я.В.**

*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет, Украина*

Целью исследования явилась оценка клинико-морфологических особенностей поражений слизистой оболочки gastroduodenальной зоны и распространенность хеликобактерной инфекции у больных хроническим гепатитом С с различным трофологическим статусом. В исследование включено 150 больных хроническим гепатитом С (ХГС), которым проведена фиброгастродуоденоскопия (ФЭГДС), определение *Helicobacter pylori*-инфекции (Нр) с помощью быстрого уреазного теста (CLO-test) и стул-теста (CITO TEST, производитель ООО «Фармаско»), внутрипищеводная рН-метрия и оценка трофологического статуса. Для эндоскопической оценки степени поражения пищевода использовали Лос-Анджелесскую (LA) классификацию (1998). В зависимости от массы тела больных разделили на две группы: группа А - 35 больных ХГС с избыточной массой тела (ИМТ) и группа В 115 больных ХГС с нормальной массой тела (НМТ).

Установлено, что у больных ХГС, клинически гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) достоверно чаще регистрируется у лиц с ИМТ, нежели с НМТ (48,6% против 31,3%, p<0,05). По данным ФЭГДС отмечено, что у больных ХГС+ИМТ чаще наблюдается рефлюкс-эзофагит степени поражения слизистой LA-B (72,7%), а у больных ХГС+НМТ - LA-A (69,4%), что указывает на более глубокие поражения слизистой оболочки у больных с ИМТ, нежели у больных с НМТ. Полученные в результате исследования данные демонстрируют высокую частоту моторных нарушений у больных

ХГС при отсутствии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, а именно дуодено-гастрального рефлюкса, который зарегистрирован у 13,4% обследованных с преобладанием у лиц с ИМТ против больных с НМТ (47,0% против 13,9%,  $p < 0,05$ ). У больных ХГС частота Нр составляет 34,7%, без достоверной разницы между больными с ИМТ и НМТ.

Выявленная высокая частота ГЭРБ и Нр у больных ХГС диктует необходимость разработки наиболее эффективной, безопасной и щадящей по отношению к пораженной печени эрадикационной схемы лечения. Следует учитывать гепатотоксическое действие некоторых ингибиторов протонной помпы, в частности, которые подавляют активность цитохрома P450 и гепатотоксичность некоторых антибиотиков.

#### რეზიუმე

კომორბიდული პათოლოგიით და სხვადასხვა ტროფოლოგიური სტატუსით ავადმყოფების გასტროდუოდენალური ზონის ლორწოვანი გარსის დაზიანების კლინიკური და ენდოსკოპური დახასიათება

მ.დერბაკი, ა.ბოლდიყარი, გ.კოვალი, ე.დანკანიძი, ია. ლაზური

უეგოროდის ეროვნული უნივერსიტეტი, სამედიცინო ფაკულტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა გასტროდუოდენალური ზონის ლორწოვანი გარსის დაზიანებათა კლინიკურ-მორფოლოგიური თავისებურებების და ჰელიკობაქტერიული ინფექციის გავრცელების დადგენა ავადმყოფებში ქრონიკული C ჰეპატიტით და სხვადასხვა ტროფოლოგიური სტატუსით.

კვლევაში ჩართული იყო 150 ავადმყოფი ქრონიკული C ჰეპატიტით (ქჰC). ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია, *Helicobacter pylori*-ინფექციის განსაზღვრა ჩქარი ურეაზული ტესტის

(CLO-test) და CITO TEST-ის გამოყენებით, შიდაკეებითი pH-მეტრია და ტროფოლოგიური სტატუსის შეფასება.

საყვალავი მილის დაზიანების ხარისხის ენდოსკოპიური შეფასებისათვის გამოყენებული იყო ლოსანელის კლასიფიკაცია. ავადმყოფების წონის გათვალისწინებით გამოყოფილი იყო ორი ჯგუფი: A ჯგუფი – 35 ავადმყოფი ქჰC და ჭარბი წონით; B ჯგუფი – 115 ავადმყოფი ქჰC და ნორმალური წონით.

დადგენილია, რომ ქჰC და კლინიკური გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსი სარწმუნოდ ხშირად ფიქსირდება სხეულის ჭარბი წონით ავადმყოფებში, ვირდევ ავადმყოფებში სხეულის ნორმალური წონით (48,6% და 31,3%, შესაბამისად,  $p < 0,05$ ). ფიბროგასტროდუოდენოსკოპიის მონაცემების მიხედვით გამოვლინდა, რომ ავადმყოფებში ქჰC და ჭარბი წონით უფრო ხშირად აღინიშნება ლორწოვანის რეფლუქს-ეზოფაგური ხარისხის დაზიანება - LA-B (72,7%), ხოლო ავადმყოფებში ქჰC და ნორმალური წონით - LA-A (69,4%) ანუ A ჯგუფის ავადმყოფებში ლორწოვანი გარსის დაზიანება უფრო ღრმა არის, ვიდრე ავადმყოფებში, რომელთაც არ აქვთ სხეულის მასის მაღალი ინდექსი.

ჩატარებული კვლევის მონაცემებმა გამოავლინა, რომ გასტროდუოდენალური ზონის ლორწოვანი გარსის ეროზიული და წყლულოვანი დაზიანების არმქონე ავადმყოფებში ქჰC-ით Нр შეადგენს 34,7%, სარწმუნო განსხვავების გარეშე, როგორც სხეულის ჭარბი წონით, ასევე ნორმალური წონით ავადმყოფებში. ავტორები დაასკვნიან, რომ გასტროეზოფაგეალური რეფლუქსური დაავადების და *Helicobacter pylori*-ინფექციის მაღალი სიხშირე ავადმყოფებში ქჰC-ით დღის წესრიგში აყენებს ერადიკაციული მკურნალობის უფრო ეფექტური, უსაფრთხო და დამდობი დაზიანებული ღვიძლის მიმართ სქემის შემუშავების აუცილებლობას. გასათვალისწინებელია პროტონული პომპის ზოგიერთი ინჰიბიტორის ჰეპატოტოქსიკური მოქმედება, უპირველეს ყოვლისა იმათი, რომლებიც თრგუნავენ ციტოქრომ P450 აქტივობას და, ასევე, ზოგიერთი ანტიბიოტიკების ჰეპატოტოქსიკურობა.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОМБИТАСВИРА/ПАРИТАПРЕВИРА/РИТОНАВИРА И ДАСАБУВИРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВГС-ИНФЕКЦИЕЙ 1В ГЕНОТИПА: REAL WORLD ДАННЫЕ

Живица Д.Г., Царева Е.В., Скороходова Н.О.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Украина

Согласно данным ВОЗ, 71 миллион населения мира инфицированы вирусом гепатита С (ВГС), ежегодно от последствий этого заболевания умирает 399000 человек. Пациенты с хронической ВГС-инфекцией имеют высокий риск прогрессирующего фиброза печени, формирования цирроза, портальной гипертензии и гепатоцеллюлярной карциномы [6,10,15]. Безинтерфероновые схемы лечения пациентов с использованием препаратов прямого противовирусного действия произвели революцию в терапии ВГС-инфекции, предоставив возможность полного излечения пациентов, снизили риск заболевания и смерти, связанные с терминальной стадией заболевания печени [3,5,8,14]

В клинических исследованиях препараты прямого противовирусного действия продемонстрировали высокую эффективность (95%) и безопасность в лечении больных ВГС-инфекцией [1,19-20]. Показатели устойчивого вирусологического ответа достигают 95%.

В клинических исследованиях препараты прямого противовирусного действия продемонстрировали высокую эффективность (95%) и безопасность в лечении больных ВГС-инфекцией [1,19-20]. Показатели устойчивого вирусологического ответа достигают 95%.