



УДК 616.33/34-018.25-07

СВІНЦІЦЬКИЙ А.С.¹, СОЛОВЙОВА Г.А.², КУРИК О.Г.^{1,3}, ДОЛГАЯ Н.Є.¹ КОРЕНДОВИЧ І.В.¹

¹НМУ ім. О.О. Богомольця

²Універсальна клініка «Оберіг»

³ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ І МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНОЮ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Резюме. Стаття присвячена особливостям клінічного перебігу та морфологічного стану слизової оболонки шлунка в пацієнтів із найбільш поширеною гастроентерологічною патологією, а саме: захворюваннями жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, неалкогольною жирною хворобою печінки, функціональною диспепсією та виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Встановлено, що біль в епігастрії частіше турбує пацієнтів із захворюваннями жовчного міхура, жовчовивідних шляхів і функціональною диспепсією; біль у правому та лівому підребер'ї частіше відмічався в пацієнтів із неалкогольним стеатогепатитом. Наявність запалення та активності антрального гастриту вірогідно частіше зустрічається в пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Атрофічні, метапластичні та диспластичні зміни слизової оболонки тіла шлунка були найбільш вираженими в пацієнтів із неалкогольною жирною хворобою печінки.

Ключові слова: гастрит, клінічні особливості, неалкогольна жирова хвороба печінки, функціональна диспепсія, захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Вступ

У клініці внутрішніх хвороб актуальна проблема закономірного поєднання певних захворювань, в основі яких вдається виявити спільність або близькість етіологічних та патогенетичних факторів.

Отже, проблема поєданого перебігу захворювань залишається однією з основних і найскладніших для лікаря. При цьому нозологічна синтропія дуже важлива для наукової та практичної медицини [1, 2].

Вторинні ураження шлунка, безумовно, не обмежуються ерозіями та виразками. При проведенні диференціальної діагностики хронічного гастриту необхідно встановити, чи він є проявом основного захворювання у конкретного хворого, чи він є самостійним захворюванням.

Морфологічна діагностика хронічного гастриту має велике значення не тільки для діагностики захворювання, а також для визначення тактики лікування та прогнозу хвороби [15], особливо при поєднанні хронічного гастриту з іншою найбільш поширеною гастроентерологічною патологією. Проте особливості клінічного перебігу та морфологічні зміни слизової оболонки шлунка (СОШ) у пацієнтів із захворюваннями жовчовивідних шляхів, хронічними дифузними захворюваннями печінки, а саме неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) та

© Свінціцький А.С., Соловйова Г.А., Курик О.Г., Долгая Н.Є., Корендович І.В., 2014

© «Гастроентерологія», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

функціональною диспепсією (ФД), детально не вивчалися.

Тому метою нашого дослідження було оцінити клінічний перебіг і морфологічні особливості СО шлунка в пацієнтів із найбільш поширеною гастроентерологічною патологією.

Матеріали та методи

Було проаналізовано результати клінічного обстеження пацієнтів гастроентерологічного профілю третинної ланки медичної допомоги та морфологічного дослідження у них біоптатів СОШ в ДЗ «Республіканська клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я України» та універсальній клініці «Оберіг» ТОВ «Капітал» з 2000 по 2013 р. До аналізу було включено дорослих пацієнтів віком від 18 до 65 років із диспептичними скаргами, яким під час проведення езофагогастродуоденоскопії було виконано біопсію з наступним морфологічним вивченням біоптатів. Основний гастроентерологічний діагноз установлювали на основі детального аналізу скарг, анамнезу захворювання та життя, спадкового анамнезу, об'єктивного обстеження, вивчення медичної документації. Ендоскопічне дослідження проводили за допомогою ендоскопа Olympus GIF-Q20 (Республіканська клінічна лікарня МОЗ України), ендоскопа Olympus Q-180 з високою роздільною здатністю та вузькосмуговою візуалізацією й Olympus Q-160Z із функціями високої роздільної здатності, збільшенням до 115 разів, вузькою смуговою візуалізацією (клініка «Оберіг»). При проведенні гістологічного дослідження, згідно з рекомендаціями морфологів, запропонованими на III з'їзді патологоанатомів (Самара, 2009), ми поєднували принцип візуально-аналогової шкали (ВАШ) модифікованої Сіднейської системи та табличної оцінки ступеня та стадії хронічного гастриту. Під ступенем ХГ розуміють загальну вираженість запалення: напівкількісно сумарно оцінюється лімфоплазмощитарна та нейтрофільна інфільтрація в біоптатах слизової оболонки з антрального відділу і тіла шлунка. Оцінка проводиться в балах за ВАШ: 0 — інфільтрація відсутня, 1 — слабка, 2 — помірна, 3 — виражена. Сумарний бал (G0–G3) є сумою балів нейтрофільної та моноцитарної інфільтрації (теоретично від 0 до 6) і, будучи поданим у таблиці окремо для антрального відділу та тіла шлунка, вказує на ступінь ХГ. Ступінь 0 означає відсутність інфільтрації у всіх біоптатах, ступінь IV — різко виражену інфільтрацію у всіх біоптатах. Під стадією ХГ розуміють вираженість порушення структури слизової оболонки із зменшенням обсягу функціонально активної тканини шлункових залоз. Напівкількісно сумарно в балах за ВАШ оцінюється заміщення шлункових залоз сполучною тканиною, а також заміщення пілоричних залоз антрального відділу на залози кишкового типу та заміщення головних залоз фундального відділу на залози пілоричного чи кишкового типу (атрофія та метаплазія). Сумарний бал (S0–S3), поданий у таблиці окремо для ан-

трального відділу та слизової оболонки тіла шлунка, вказує на стадію ХГ. Стадія 0 означає відсутність гістологічної картини атрофії та метаплазії, стадія IV є відображенням гістологічної картини атрофії шлункових залоз і кишкової метаплазії у всіх біоптатах з антрального відділу та тіла шлунка. Також при морфологічному дослідженні визначали неметапластичний і метапластичний типи атрофії СОШ, повну (тонкокишкову) та неповну (товстокишкову) метаплазію, дисплазію низького та високого ступенів, контамінацію *Helicobacter pylori*.

Крім вищевказаного методу оцінки змін СОШ, для оцінки атрофії ми застосовували візуально-аналогову шкалу OLGA (2008). Метод полягає в наступному: у біоптаті оцінюють по 10 правильно орієнтованих залоз і відмічають, скільки з цих залоз атрофовані, та множать на 10 (відсоток атрофії СОШ). Потім визначають середній відсоток атрофії для антрума та тіла (сума відсотків поділена на кількість біоптатів). Переведення відсотка в бали: немає атрофії — 0 % → 0 балів; слабка атрофія — 1–30 % → 1 бал; помірна атрофія — 31–60 % → 2 бали; виражена атрофія — більше 60 % → 3 бали. Замість розрахунків оцінювали по 2 біоптати з тіла і 3 — антрального відділу шлунка, складаючи загальну картину гістологічних препаратів.

Також визначали активність запалення для антрального відділу та тіла шлунка, що при хронічному гастриті визначається характером інфільтрату та ступенем його поширеності. Активність 0 означає відсутність нейтрофільної інфільтрації у всіх біоптатах, активність IV — різко виражену нейтрофільну інфільтрацію у всіх біоптатах.

Для аналізу результатів дослідження використовувались методи варіаційної статистики з розрахунком частотних характеристик досліджуваних показників, середніх величин (середньої арифметичної — \bar{X}) та оцінки їх варіабельності (середнє квадратичне відхилення). Оцінку статистичної значимості різниці між групами для порівняння частотних характеристик проводили за критерієм χ^2 -квдрат (χ^2). Порівняння середніх величин проведено з використанням дисперсійного аналізу (ANOVA). Статистична обробка проводилася з використанням статистичного пакета Stata12.

Результати

Критерієм включення в аналіз повністю відповіли 437 пацієнтів. Із них було сформовано чотири групи згідно з превалюючою гастроентерологічною патологією: 151 пацієнт із захворюваннями жовчного міхура та жовчовивідних шляхів (ЖМ та ЖВП) (I група), 128 — з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) (II група), 75 — з ФД (III група) та 73 — з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) (IV група) (табл. 1). Різниця за віком і статтю статистично значима, проте дані розбіжності між групами клінічно не значимі. За тривалістю захворювання статистично вірогідної різниці також не було

знайдено ($p = 0,105$). НР-інфікованість значно рідше зустрічалася в пацієнтів III групи з ФД ($p < 0,0001$), ніж у пацієнтів інших досліджуваних груп.

При аналізі диспептичних скарг відчуття тяжкості/болю після прийому їжі та нудота частіше відмічалися пацієнтами I групи, печія — пацієнтами II групи; суттєвої різниці за частотою відрижок повітрям/їжею серед пацієнтів різних груп не було знайдено.

При аналізі больового синдрому біль в епігастрії частіше реєструвався серед пацієнтів із захворюваннями ЖМ і ЖВШ та при ФД ($p < 0,0001$). Больовий синдром із локалізацією в правому та лівому підребер'ї частіше відмічався пацієнтами II групи з НАЖХП ($p < 0,0001$). Описані дані наведено в табл. 1.

Аналізуючи гістологічні особливості антрального гастриту серед пацієнтів досліджуваних груп, вірогідно частіше відмічали запалення та активність різного ступеня в біоптатах пацієнтів IV групи з ВХ ДПК ($p < 0,0001$) (рис. 1). Атрофія та метаплазія були більш вираженими серед пацієнтів I та IV груп ($p < 0,0001$) (рис. 2). Різниці в частоті виявлення ди-

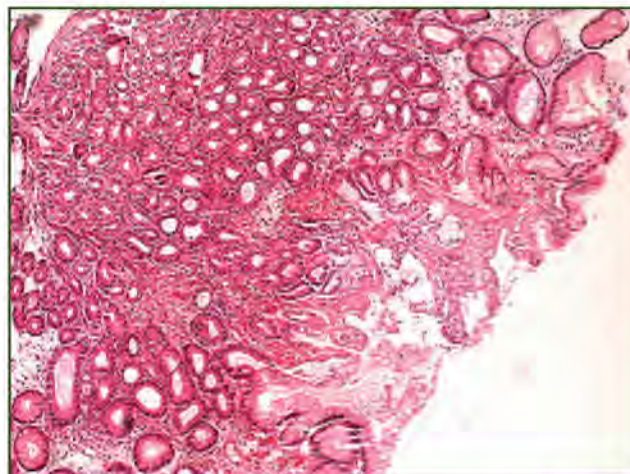


Рисунок 1 — Ерозія шлунка з фібриноїдним некрозом у дні. Забарвлення гематоксиліном-еозином. Збільшення $\times 100$
(Ерозія з руйнуванням практично всієї товщі СО, з некрозом залоз слизової, залишками стромального компонента в дні ерозії, з вираженою дифузною поліморфно-клітинною інфільтрацією стромі)

Таблиця 1 — Демографічні та клінічні показники пацієнтів досліджуваних груп

Показник	I група (n = 151)	II група (n = 128)	III група (n = 75)	IV група (n = 73)	P
Вік (роки)	41,9 ± 4,1	47,7 ± 3,4	40,5 ± 3,9	39,6 ± 3,5	F = 9,3 p < 0,0001
Стать	Ч — 74 (49,0 %)	Ч — 46 (35,9 %)	Ч — 29 (38,6 %)	Ч — 40 (54,8 %)	$\chi^2 = 9,2$ p = 0,03
	Ж — 77 (51,0 %)	Ж — 82 (64,1 %)	Ж — 46 (61,3 %)	Ж — 33 (45,2 %)	
Анамнез захворювання:					
до 1 року	25 (16,6 %)	21 (16,4 %)	9 (12,0 %)	19 (26,0 %)	$\chi^2 = 10,5$ p = 0,105
до 5 років	105 (69,5 %)	97 (75,8 %)	59 (78,7 %)	43 (58,9 %)	
до 10 років	21 (13,9 %)	10 (7,8 %)	7 (9,3 %)	11 (15,1 %)	
Ступінь обсіменіння <i>H. pylori</i> :					
немає	—	—	13 (17,3 %)	—	$\chi^2 = 101,9$ p < 0,0001
+	125 (82,8 %)	78 (60,9 %)	46 (61,4 %)	46 (63,0 %)	
++	26 (17,2 %)	34 (26,6 %)	10 (13,3 %)	26 (35,6 %)	
+++	—	16 (12,5 %)	6 (8,0 %)	1 (1,4 %)	
Біль (тяжкість):					
епігастрій	94 (62,3 %)	38 (29,7 %)	42 (56,0 %)	28 (38,3 %)	p < 0,0001
праве підребер'я	44 (29,2 %)	91 (77,1 %)	—	43 (58,9 %)	p < 0,0001
ліве підребер'я	7 (4,6 %)	44 (34,4 %)	—	3 (2,8 %)	p < 0,0001
Відчуття тяжкості/ болю після прийому їжі	126 (83,4 %)	72 (56,3 %)	33 (44,0 %)	—	$\chi^2 = 41,6$ p < 0,0001
Печія	47 (31,1 %)	65 (50,4 %)	—	17 (22,3 %)	$\chi^2 = 18,6$ p < 0,0001
Нудота	102 (67,5 %)	59 (46,1 %)	29 (38,7 %)	14 (19,1 %)	$\chi^2 = 50,2$ p < 0,0001
Відрижки повітрям/ їжею	19 (12,6 %)	31 (24,2 %)	20 (26,7 %)	13 (17,8 %)	$\chi^2 = 9,03$ p = 0,028

Примітки: F — оцінка за дисперсійним аналізом (ANOVA); χ^2 — оцінка за критерієм хі-квадрат.

сплазії антрального відділу серед усіх пацієнтів виявлено не було ($p = 0,136$). Описані дані наочно продемонстровано в табл. 2.

Аналізуючи морфологічну картину слизової оболонки тіла шлунка, ми відмітили, що запалення I–II ступеня ($p < 0,0001$) та активний гастрит (I–II

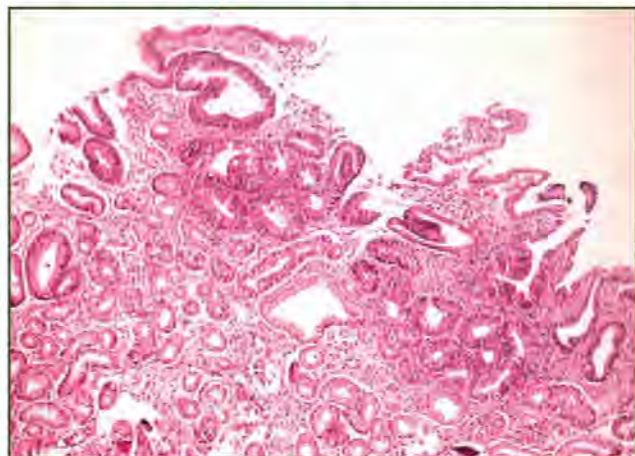


Рисунок 2 – Хронічний атрофічний гастрит із неповною (товстокишковою) метаплазією залоз. Забарвлення гематоксилином-еозином. Збільшення $\times 100$

ступінь) ($p = 0,004$) частіше реєструвались серед пацієнтів із захворюваннями ЖМ і ЖВП (рис. 3) порівняно з іншими групами, хоча атрофічний, метапластичний і диспластичний процеси були більш вираженими серед пацієнтів із НАЖХП ($p < 0,05$ у всіх випадках) (рис. 4). Вищевказані дані наведено в табл. 3.

Обговорення

На думку ряду авторів (В.Д. Вологагин, А.А. Крилов), вторинні ураження шлунка частіше за все є патогенетичними паралельними синдропами з взаємним обтяженням. Найбільш вивченими вторинними ураженнями шлунка залишаються симптоматичні виразки, що деколи тяжко відділювати від виразкової хвороби, асоційованої з *H.pylori* [3, 4].

На думку Я.М. Вахрушева, Е.В. Нікішиної, ерозивні ураження гастродуоденальної зони нерідко є самостійним процесом, але також частим супутником інших захворювань органів травлення, серцево-судинної, дихальної систем і нирок [5, 6]. Як ерозії шлунка, так і захворювання жовчовивідних шляхів є надзвичайно частою патологією серед захворювань органів травлення [7].

Таблиця 2 – Морфологічна характеристика антрального гастриту в пацієнтів досліджуваних груп

Ознака	I група (n = 151)	II група (n = 128)	III група (n = 75)	IV група (n = 73)	P^*
Запалення					
Ні	20 (13,2 %)	40 (31,3 %)	12 (16,0 %)	4 (5,5 %)	$\chi^2 = 170,2$ $p < 0,0001$
I	107 (70,9 %)	62 (48,4 %)	63 (84,0 %)	11 (15,1 %)	
II	24 (15,9 %)	26 (20,3 %)	–	58 (79,4 %)	
III	–	–	–	–	
Активність					
Ні	131 (86,8 %)	84 (65,6 %)	37 (49,3 %)	29 (39,7 %)	$\chi^2 = 60,6$ $p < 0,0001$
I	20 (13,2 %)	42 (32,8 %)	38 (50,7 %)	32 (43,9 %)	
II	–	2 (1,6 %)	–	12 (16,4 %)	
III	–	–	–	–	
Атрофія					
Ні	29 (19,2 %)	50 (39,1 %)	27 (36,0 %)	15 (20,5 %)	$\chi^2 = 17,9$ $p = 0,0004$
I–II	120 (79,5 %)	68 (53,1 %)	48 (64,0 %)	57 (78,1 %)	
III–IV	2 (1,3 %)	10 (7,8 %)	–	1 (1,4 %)	
Метаплазія					
Ні	36 (23,8 %)	51 (39,8 %)	49 (65,3 %)	51 (69,9 %)	$\chi^2 = 64,2$ $p < 0,0001$
Повна (тонкокишкова)	68 (59,1 %)	48 (37,5 %)	22 (29,3 %)	15 (68,2 %)	
Неповна (товстокишкова)	47 (40,9 %)	29 (22,7 %)	4 (5,4 %)	7 (31,8 %)	
Дисплазія					
Немає	145 (96,0 %)	121 (94,5 %)	75 (100,0 %)	72 (98,6 %)	$\chi^2 = 5,5$ $p = 0,136$
Низького ступеня	6 (4,0 %)	6 (4,7 %)	–	1 (1,4 %)	
Високого ступеня	–	1 (0,8 %)	–	–	

Примітка. * – оцінка за критерієм χ^2 -квадрат (χ^2).

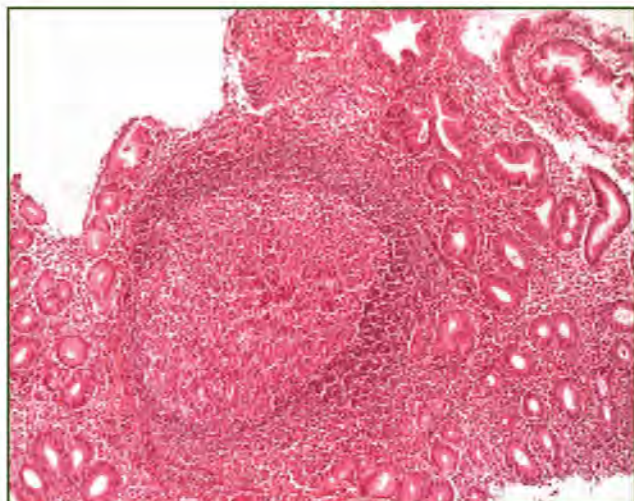


Рисунок 3 – Хронічний атрофічний гастрит із великим лімфоїдним фолікулом із реактивним центром, що займає значну частину фолікула. Забарвлення гематоксилином-еозином. Збільшення $\times 100$

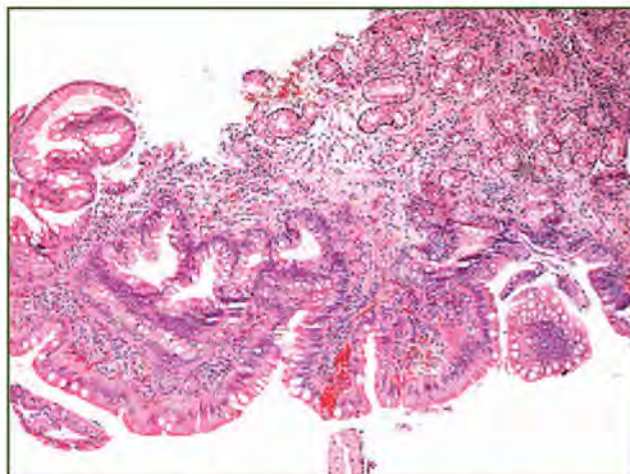


Рисунок 4 – Хронічний атрофічний гастрит антрального відділу шлунка з вогнищевою неповною (товстокишковою) метаплазією залоз; вогнищевою дисплазією залоз низького ступеня. Забарвлення гематоксилином-еозином. Збільшення $\times 200$

Таблиця 3 – Морфологічна характеристика гастриту тіла шлунка в пацієнтів досліджуваних груп

Ознака	I група (n = 151)	II група (n = 128)	III група (n = 75)	IV група (n = 73)	P*
Запалення					
Ni	60 (39,7 %)	82 (64,1 %)	40 (53,3 %)	58 (79,4 %)	$\chi^2 = 44,6$ $p < 0,0001$
I	79 (52,4 %)	43 (33,6 %)	35 (46,7 %)	15 (20,5 %)	
II	12 (7,9 %)	3 (2,3 %)	–	–	
III	–	–	–	–	
Активність					
Ni	110 (72,9 %)	98 (77,6 %)	63 (84,0 %)	68 (93,2 %)	$\chi^2 = 19,3$ $p = 0,004$
I	32 (21,2 %)	27 (21,1 %)	12 (16,0 %)	5 (6,8 %)	
II	9 (5,9 %)	3 (2,3 %)	–	–	
III	–	–	–	–	
Атрофія					
Ni	116 (76,8 %)	90 (70,3 %)	66 (88,0 %)	69 (94,5 %)	$\chi^2 = 20,7$ $p < 0,0001$
I–II	35 (23,2 %)	29 (22,7 %)	9 (12,0 %)	4 (5,5 %)	
III–IV	–	9 (7,0 %)	–	–	
Метаплазія					
Ni	130 (86,2 %)	104 (81,3 %)	–	72 (98,6 %)	$\chi^2 = 13,1$ $p < 0,011$
Повна (тонкокишкова)	12 (7,9 %)	16 (12,5 %)	–	1 (1,4 %)	
Неповна (товстокишкова)	9 (5,9 %)	8 (6,3 %)	–	–	
Дисплазія					
Немає	147 (97,4 %)	122 (95,3 %)	75 (100,0 %)	73 (100,0 %)	$\chi^2 = 6,7$ $p < 0,082$
Низького ступеня	4 (2,6 %)	5 (3,9 %)	–	–	
Високого ступеня	–	1 (0,8 %)	–	–	

Примітка. * – оцінка за критерієм хі-квадрат (χ^2).

Хронічні дифузні захворювання печінки є системною патологією, при якій із високою частотою уражаються шлунок і дванадцятипала кишка [8]. Неалкогольна жирова хвороба печінки, зокрема НАСГ, на сьогодні є найбільш поширеним захворюванням у гепатології, призводить до погіршення якості життя, інвалідизації та смерті [9].

Відомо, що поширеність диспептичних скарг серед населення досить висока та сягає 45 % [10], хоча по медичну допомогу звертається лише 20–25 % пацієнтів. А серед осіб із диспепсією хронічний гастрит виявляється в 20–40 % [11].

За даними літератури, хронічний гастрит не має специфічної клінічної картини. Скарги, з якими пацієнт звертається до лікаря, розцінюються як симптом шлункової диспепсії [12].

Якщо розглядати проблему особливостей клінічної картини ерозивних уражень слизової оболонки шлунка, то, за літературними даними, що вивчені багатьма авторами [13], єдиного погляду на цю проблему також немає.

Дані про клінічні особливості гастропатій при хронічних дифузних захворюваннях печінки також достатньо суперечливі. В більшості випадків вони стосуються змін слизової оболонки шлунка при портальній гіпертензійній гастропатії [14].

Висновки

Отримані нами результати дослідження дали змогу оцінити стан СОШ, особливості клінічних проявів хронічного гастриту в пацієнтів із супутньою гастроентерологічною патологією. Біль в епігастральній ділянці частіше реєструється серед пацієнтів із захворюваннями жовчного міхура, жовчовивідних шляхів і при функціональній диспепсії. Больовий синдром із локалізацією в правому та лівому підбер'ї частіше відмічався пацієнтами з неалкогольним стеатогепатитом. Наявність запалення та активності антрального гастриту вірогідно частіше зустрічається в пацієнтів із виразковою хворобою ДПК. Атрофія I–II ст. і метаплазія (як тонко-, так і товстокишкова) частіше виявлялися в пацієнтів із захворюваннями жовчного міхура, жовчовивідних шляхів і виразковою хворобою ДПК. Активність і запалення тіла шлунка I–II ст. частіше виявлялися в пацієнтів із захворюваннями жовчного міхура та жовчовивідних шляхів. Атрофічні, метапластичні та диспластичні зміни СО тіла шлунка найбільш були виражені в пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки. З урахуванням вищенаведених даних пацієнти із хронічним гастритом із супутньою гастроентерологічною патологією, а особливо печінки та жовчовивідних шляхів, потребують постійного ендоскопічного, морфологічного (не рідше 2 разів на рік) спостереження та лікування з метою профілактики та раннього виявлення передракових змін шлунка, тому що, за нашими даними, саме в пацієнтів даних груп частота виявлення атрофії та метаплазії СОШ вірогідно більша.

Список літератури

1. Железнякова Н.М. Физико-химические свойства крови у больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированными дуоденальными язвами и хроническим гастритом в сочетании с гипертонической болезнью / Н.М. Железнякова // Современная гастроэнтерология. — 2005. — № 4(24). — С. 43–46.
2. Фадеенко Г.Д. *Helicobacter pylori* и внегастральные проявления / Г.Д. Фадеенко // Укр. терапевт. журн. — 2004. — № 2. — С. 95–99.
3. Водоллагин В.Д. Об эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Д. Водоллагин // Клиническая медицина. — 1997. — № 5. — С. 11–12.
4. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. — 2000. — № 1. — С. 56–58.
5. Вахрушев Я.М. Комплексное изучение патогенетических механизмов эрозивного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки [электронный ресурс] / Я.М. Вахрушев, Е.В. Никушкина. — Режим доступа: <http://medi.ru/doc/6780303.htm>
6. Вахрушев Я.М. Эрозия гастродуоденальной зоны: самостоятельная нозологическая форма или фаза язвенной болезни / Я.М. Вахрушев, Е.В. Белова, Л.И. Ефремова // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2003. — № 2. — С. 19–21.
7. Effects of bile reflux on gastric mucosal lesions in patients with dyspepsia or chronic gastritis / S.L. Chen, J.Z. Mo, Z.J. Cao [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 11, № 18. — P. 2834–2837.
8. Никушкина И.П. Морфологические и функциональные изменения верхних отделов пищеварительного тракта у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени с портальной гипертензией по данным эндоскопии, рН-метрии и бактериологического исследования / И.П. Никушкина, И.В. Маев, А.А. Самсонов, Е.Ю. Стручкова // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. — 2007. — № 4. — С. 56–62.
9. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика и лечение / С.Н. Мехтиев, В.Б. Гриневич, Ю.А. Кравчук, А.В. Браценкова // Лечащий врач. — 2008. — № 2. — С. 29–38.
10. Camilleri M., Gorman H. Intestinal permeability and irritable bowel syndrome // Neurogastroenterol. Motil. — 2007. — Vol. 19, № 7. — P. 545–552.
11. Губергриц Н.Б. Хронический гастрит: нас сколько это просто? / Н.Б. Губергриц // Современная гастроэнтерология. — 2010. — № 3. — С. 58–69.
12. Аруин Л.И. Клеточное обновление слизистой оболочки желудка в условиях инфекции *H. pylori* / Л.И. Аруин // Педиатрия. — 2002. — № 2. — С. 27–33.
13. Циммерман Я.С. Диагностика и комплексное лечение основных гастроэнтерологических заболеваний: клин. очерки / Я.С. Циммерман. — Пермь: ПГМА, 2003. — 286 с.
14. Thuluvath P.J. Portal hypertensive gastropathy / P.J. Thuluvath, H.Y. Yoo // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 97, № 12. — P. 2973–2978.
15. Шиманская А.Г. Морфологические методы и экспертный подход при верификации атрофии слизистой оболочки желудка в биопсийной диагностике атрофического гастрита / А.Г. Шиманская // Молодой ученый. — 2012. — № 4. — С. 496–505.

Отримано 30.10.14 ■

Свинцицкий А.С.¹, Соловьева Г.А.^{1,2}, Курик Е.Г.^{1,3}, Долгая Н.Е.¹, Корендович И.В.¹

¹НМУ им. А.А. Богомольца

²Универсальная клиника «Обериг»

³ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, г. Киев

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. Статья посвящена особенностям клинического течения и морфологического состояния слизистой оболочки желудка у пациентов с наиболее распространенной гастроэнтерологической патологией, а именно: заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, неалкогольной жировой болезнью печени, функциональной диспепсией и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Установлено, что боль в эпигастрии чаще беспокоит пациентов с заболеваниями желчного пузыря, желчевыводящих путей и функциональной диспепсией; боль в правом и левом подреберье чаще отмечается

у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом. Наличие воспаления и активности антрального гастрита достоверно чаще встречается у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Атрофические, метапластические и диспластические изменения слизистой оболочки тела желудка более выражены у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

Ключевые слова: гастрит, клинические особенности, неалкогольная жировая болезнь печени, функциональная диспепсия, заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Svintsytskyi A.S.¹, Soloviova H.A.^{1,2}, Kuryk O.H.^{1,3}, Dolhaia N.Ye.¹, Korendovych I.V.¹

¹National Medical University named after O.O. Bohomolets

²University Clinic «Oberih»

³State Scientific Institution «Scientific and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» of State Affairs Department, Kyiv, Ukraine

CLINICAL COURSE AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC GASTRITIS IN PATIENTS WITH THE MOST COMMON GASTROENTEROLOGICAL PATHOLOGY

Summary. The article deals with the features of clinical course and morphological state of gastric mucosa in patients with the most common gastroenterological diseases, namely: gallbladder and biliary tract diseases, non-alcoholic fatty liver disease, functional dyspepsia and duodenal ulcer. It is found that epigastric pain was more often revealed in patients with gallbladder, biliary tract diseases and functional dyspepsia patients; pain in the right and left hypochon-

drium was more often detected in patients with non-alcoholic fatty liver disease. Inflammation and activity of the antral gastritis were significantly more common in patients with duodenal ulcer. Atrophy, metaplasia and dysplasia of gastric mucosa were more significant in patients with non-alcoholic fatty liver disease.

Key words: gastritis, clinical features, non-alcoholic fatty liver disease, functional dyspepsia, gallbladder and biliary tract diseases.