

PERSPECTIVES OF WORLD SCIENCE AND EDUCATION

Abstracts of IV International Scientific and Practical Conference

Osaka, Japan

25-27 December 2019

Osaka, Japan

2019

**ОСОБЛИВОСТІ ДИСПЕПСИЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА
ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНADЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.**

Буздуган Інна Олексіївна

к.м.н., асистент

Лопушняк Ганна Ярославівна

студентка

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

Резюме. У статті представлені дані особливостей клінічного перебігу, а саме, диспепсичного синдрому у хворих на пептичну виразку шлунка, пептичну виразку дванадцятипалої кишки. Оцінка наявності токсигенних штамів інфекції НР у даних захворювань призведе до кращої діагностики та ефективного лікування пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. Комбінація токсигенних штамів *cagA+vacA+* НР найчастіше зустрічається у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, що призводить до більш вираженого диспепсичного синдрому.

Ключові слова. Токсигенність штамів інфекції НР, виразкова хвороба шлунка, *cagA+*, *vacA+*.

Актуальність теми. Роль Н. рулогі як безумовного патогену доведена давно і переконливо. Однак, останнім часом з'явилися повідомлення про вроджений та набутий імунний захист організму господаря, які сумісно із факторами середовища шлунка стимулюють високу швидкість геномної мінливості Н. рулогі [19, 51], що сприяє активній еволюції збудника та його пристосованості до свого хазяїна. Підвищена вірулентність НР, детермінована генами *cagA* та

vacA, призводить до розвитку найбільш тяжких захворювань шлунка та ДПК: атрофічного гастриту, виразкової хвороби та раку шлунка [68].

Мета роботи. Оцінити диспепсичний синдром у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки з урахуванням токсигенності штамів.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 58 осіб. З них : 30 хворих на пептичну виразку шлунка, 18 хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки, 10 практично здорових осіб.

Діагностика проводилась у відповідності з Національними рекомендаціями Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з ПВШ та ДПК у дорослих, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України № 613 МОЗ України від 03.09.2014 р.; Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з АГ, затвердженого наказом МОЗ України № 384, від 24.05.2012

Критерії включення в дослідження: пацієнти чоловічої та жіночої статі у віці більше 18 років з верифікованою пептичною виразкою шлунка та ДПК, асоційованою з токсигенними (cagA, vacA) штамми *H.pylori*.

У дослідження не залучали пацієнтів віком до 18 років і старших за 75 років з НР–негативною та ускладненою (перфорація, пенетрація, кровотеча та ін.) ПВ шлунка та ДПК, АГ III стадії, інсулінозалежним ЦД, ЦД 2 важкого ступеня в стадії декомпенсації, захворюваннями сполучної тканини, гострою серцевою недостатністю, гострим коронарним синдромом, порушеннями мозкового кровообігу, а також з наявністю важкої супутньої патології: онкологічних захворювань будь-якої локалізації, психічних захворювань, хронічної серцевої недостатності II-IV класів за NYHA, дихальної недостатності II-III ступеня, хронічної печінкової та ниркової недостатності; жінок у стані вагітності та лактації, за відмови участі пацієнта у дослідженні, непереносимості препаратів, що застосовувались.

Обґрунтування методів обстеження.

Аналіз особливостей клінічного перебігу захворювання (табл. 1) показав, що у всіх хворих, інфікованих НР за наявності *cagA* або *vacA* гена НР (ПВШ – у 84,6% випадків, ПВДПК – в 100% випадків, ПВШ із АГ і ЦД 2 – в 85,7% випадків, ПВДПК із АГ і ЦД 2 – в 88,2% випадків) на відміну від інфікованих НР з генотипом *cagA+vacA+* (ПВШ – 70,6%, ПВДПК – 81,8%, ПВШ із АГ і ЦД 2 – 76,9%, ПВДПК із АГ і ЦД 2 – 77,8%). Це переважно зумовлювалося відносно більшою кількістю випадків порушення апетиту, нудоти та відрижки. Водночас печія була більш частою у хворих, інфікованих НР з генотипом *cagA+vacA+* ($p<0,05$).

Таблиця 1

Особливості клінічного перебігу захворювання

Основні симптоми та синдроми	Пептична виразка шлунка n= 30		Пептична виразка ДПК n= 18	
	<i>cagA+vacA+</i> (n= 17)	<i>cagA+vacA-</i> <i>cagA-vacA+</i> (n= 13)	<i>cagA+vacA+</i> (n= 11)	<i>cagA+vacA-</i> <i>cagA-vacA+</i> (n= 7)
Диспепсичний синдром:	12 (70,6%)	11 (84,6%)	9 (81,8%)	7 (100%)
порушення апетиту	12 (70,6%)	11 (84,6%)	9 (81,8%)	7 (100%)
нудота	12 (70,6%)	11 (84,6%)	7 (63,6%)	6 (85,7%)
печія	9 (52,9%)	6 (46,2%)	9 (81,8%)	6 (85,7%)
відрижка	4 (23,5%)	8 (61,5%)	4 (36,4%)	5 (71,4%)
блювання	2 (11,8%)	1 (7,7%)	1 (9,1%)	-

Згідно даних обстеження встановлено, що інтенсивність диспепсичного синдрому при наявності обох токсигенних штамів НР більш виражений у хворих на пептичну виразку шлунка, однак, при наявності одного із токсигенного штаму інфекції НР переважав у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (рис.1).

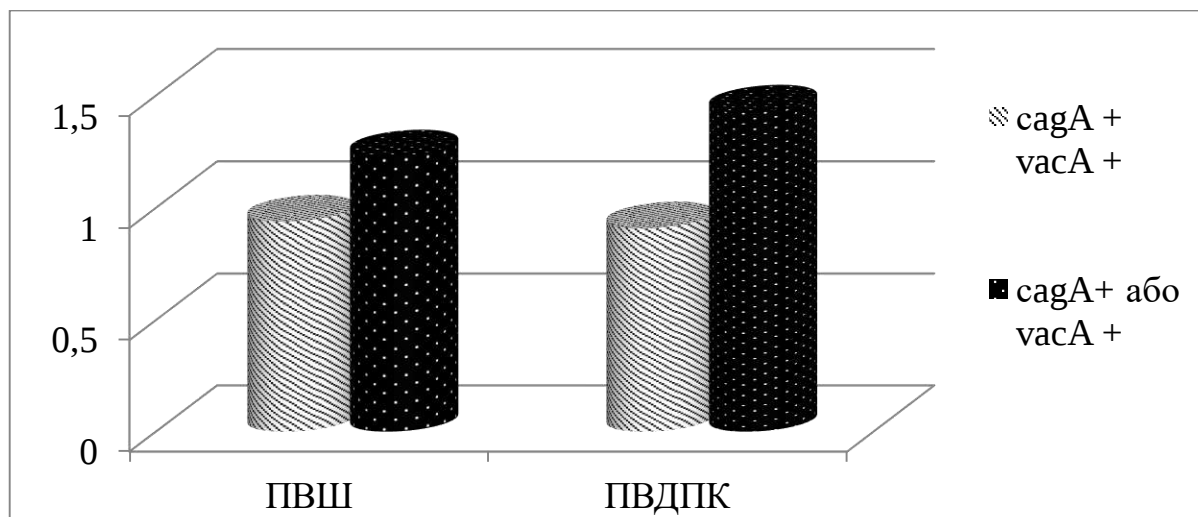


Рис. 1. Інтенсивність диспепсичного синдрому у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки з урахуванням генів *H.pylori*, бали

Характерна сезонність (весна – осінь) виявлялася у 11 (64,7%) хворих на ПВШ *cagA+vacA+*, у 9 (69,2%) обстежених осіб з ПВШ *cagA+* або *vacA+*, у 9 (81,8%) пацієнтів з ПВ ДПК *cagA+vacA+*, у 5 (71,4%) хворих на ПВ ДПК *cagA+* або *vacA+*, у 12 (92,3%).

Отже, за наявності генів *cagA+* або *vacA+* *H.pylori* у хворих на ПВШ спостерігається виражена типова клінічна картина. Зміна комбінації генів *cagA+* або *vacA+* *H.pylori* сприяє підвищенню інтенсивності диспепсичних проявів.

Інтегральною характеристикою стану хворих, що складається з фізичного, психологічного та соціального компонентів, є якість життя людини. Кожен із зазначених компонентів включає містить цілий ряд складових (симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування, тривогу, депресію, тощо), що дозволяє визначити рівень якості життя як окремої особи, так і цілих груп, та його покращити, скоригувавши лікування, тощо.

За допомогою опитувальника SF-36 нами проведено оцінку психічного та фізичного здоров'я обстежених. При оцінці фізичного здоров'я виявлено відмінності загального здоров'я (GH) у хворих на ПВШ та ДПК з урахуванням

токсигенності штамів *H.pylori* та супутньої патології. При наявності генів *cagA+vacA+* (табл. 2) у хворих на ПВШ та ДПК відмічається зниження фізичної активності на 38,91%, фізичної – рольової активності на 27,85%, соціальної активності на 43,53%, емоційно-рольової активності на 11,32%.. У групі хворих з наявністю генів *cagA+vacA-/cagA-vacA+* дані показники здоров'я змінилися незначно. Загалом стан соматичного здоров'я вказував на недостатню спроможність виконувати повсякденні фізичні навантаження.

Таблиця 2

Показники якості життя у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, $M \pm m$

Показник	Групи обстежених		
	Хворі на ПВШ та ДПК		Практично здорові особи, (група І) n =30
	<i>cagA+vacA+</i> (група ІА) n =28	<i>cagA+</i> або <i>vacA+</i> (група ІБ) n =20	
Фізична активність (PF), %	60,06±3,60 p<0,05	70,44±3,59 p<0,05 p ₁ <0,05	98,32±3,91
Фізично-рольова активність (RP), %	70,53±4,41	82,11±4,39 p<0,05	97,75±5,91
Фізичний біль (BP) , %	55,78±3,41 p<0,05	62,40±2,49 p<0,05 p ₁ <0,05	98,78±5,45
Соціальна активність (SF), %	47,20±2,29	68,75±5,22 p<0,001	89,75±5,22
Психічне здоров'я (MH), %	70,40±2,14 p<0,05	88,00±5,45 p<0,05	90,00±5,45
Емоційно-рольова активність (RE), %	78,32±5,28 p<0,05	86,30±3,72 p<0,05 p ₁ <0,05	88,32±5,28
Життєздатність (VT), %	85,00±4,08 p<0,05	94,80±3,39 p<0,05 p ₁ <0,05	95,00±4,08
Загальне здоров'я (GH), %	68,75±3,15 p<0,05	77,00±2,76 p<0,05	98,75±3,15

Примітки p – достовірність різниць показників відносно групи І; p_1 – достовірність різниць показників відносно групи ІА; p_2 – достовірність різниць показників відносно групи ІБ.

Таким чином, у хворих на ПВШ та ДПК при наявності обох генів спостерігається внутрішня напруженість, стійке занепокоєння, прояв захворювання свідчить про погіршення ЯЖ і психологічних показників тривожності.

Висновки. Аналіз особливостей клінічного перебігу захворювання показав більший розвиток диспепсичного синдрому за наявності генотипів *cagA*+*vacA*-/*cagA*-*vacA*+ HP у 84,6%-100% хворих на відміну від хворих з генотипом *cagA*+ із високою внутрішньою напруженістю, стійким занепокоєнням, що свідчить про погіршення ЯЖ і психологічних показників тривожності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

1. Efrati C, Nicolini G, Cannaviello C, O'Sed NP, Valabrega S. Helicobacter pylori eradication: sequential therapy and Lactobacillus reuteri supplementation. World J Gastroenterol. 2012;18(43):6250-4. doi: 10.3748/wjg.v18.i43.6250.
2. El Khadir M, Boukhris SA, Benajah DA, El Rhazi K, Ibrahimi SA, El Abkari M, Harmouch T, Nejari C, Mahmoud M, Benlemlih M, Bennani B. VacA and CagA Status as Biomarker of Two Opposite End Outcomes of Helicobacter pylori Infection (Gastric Cancer and Duodenal Ulcer) in a Moroccan Population PLoS One. 2017;12(1) doi: 10.1371 / journal.pone.0170616. eCollection 2017.
3. Enany S, Abdalla S. In vitro antagonistic activity of Lactobacillus casei against Helicobacter pylori. Braz J Microbiol. 2015;46(4):1201-6. doi: 10.1590/S1517-838246420140675..
4. Eskandari-Nasab E, Sepanjnia A, Moghadampour M, Hadadi-Fishani M, Rezaeifar A, Asadi-Saghandi A, et al. Circulating levels of interleukin (IL)-12 and IL-13 in Helicobacter pylori-infected patients, and their associations with bacterial CagA and VacA virulence factors. Scand J Infect Dis. 2013 May;45(5):342-9. doi: 10.3109/00365548.20.737930.

5. Fakheri H, Merat S, Hosseini V, Malekzadeh R. Low-dose furazolidone in triple and quadruple regimens for *Helicobacter pylori* eradication. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Jan 1;19(1):89-93.
6. Feletou M, Kohler R, Vanhoutte PM. Nitric oxide: orchestrator of endothelium-dependent responses. *Ann Med.* 2012 Nov;44(7):694-716. doi: 10.3109/07853890.2011.585658.
7. Ferreira T. ImageJ. User Guide. New York: National Institute of Health. 2012:187 p. 142. Figura N, Marano L, Moretti E, Ponzetto A. *Helicobacter pylori* infection and gastric carcinoma: Not all the strains and patients are alike. *World J Gastrointest Oncol.* 2016 Jan 15;8(1):40-54. doi: 10.4251/wjgo.v8.i1.40.
8. Figura N, Palazzuoli A, Faglia S, Lenzi C, Borrello F, Palazzuoli V, et al. Infection by CagA-positive *Helicobacter pylori* strains in patients with ischemic heart disease: prevalence and association with exercise-induced electrocardiographic abnormalities. *Dig Dis Sci.* 2002 Apr;47(4):831-6.
9. Figura N, Palazzuoli A, Vaira D, Campagna M, Moretti E, Iacoponi F, et al. Cross-sectional study: CagA-positive *Helicobacter pylori* infection, acute coronary artery disease and systemic levels of B-type natriuretic peptide. *J Clin Pathol.* 2014 Mar;67(3):251-7. doi: 10.1136/jclinpath-2013-201743.
10. Fischbach L, Evans EL. Meta-analysis: the effect of antibiotic resistance status on the efficacy of triple and quadruple first-line therapies for *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007 Aug 1;26(3):343-57.