

117 (66,7%) пациентов. Рвота у большинства пациентов (81,4%) сохраняется 1–3 дня, стул у 199 пациентов (90,5%) – водянистый, желтого или желто-зеленого цвета.

Литературные ссылки

1. Покровский В.И. Внутрибольничные инфекции – проблемы и пути решения / В.И. Покровский, Н.А. Семина // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. -№ 5.-С. 12-14.
2. Семина Н.А. Инфекции, вызываемые условно-патогенными энтеробактериями / Н.А. Семина, Е.П. Ковалева // Справочник госпитального эпидемиолога / под ред. Е.П. Ковалевой, Н.А. Семиной. – М., 1999.-С. 114-116.
3. Стрелкова М.Р. Клинико-лабораторная характеристика ротавирусной инфекции у детей / М.Р. Стрелкова, М.А.Ермолаева-Маковская, Е.А. Шукова//Педиатрия. 1987. -№ 1. – С. 51-55.

Карнович О.А., Якубчик Т.Н.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГУЛЯТОРНЫХ ВЛИЯНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ HELICOBACTER PYLORI

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Язвенная болезнь (ЯБ) является полиэтиологическим заболеванием. Одной из основных причин считается инфицирование организма микробом *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), который является классической «медленной инфекцией» человека, широко распространённой во всём мире. Доказательством роли *H. pylori* в развитии ЯБ может служить частое его обнаружение у пациентов с ЯБ: до 75% при язве желудка и 95% при язве ДПК. В странах Западной Европы, США и Японии распространённость *H. pylori* не превышает 35-50%. В России инфицирование *H. pylori* выявлено у 73-91% взрослых, в зависимости от региона [1]. В Республике Беларусь *H. pylori* инфицировано около 70% взрослого населения [3].

Важная роль в развитии ЯБ отводится вегетативным нарушениям. Доказано, что многочисленные этиологические факторы ЯБ приводят к формированию диффузного застойного возбуждения в ядрах

гипоталамуса и тем самым повышают тонические влияния блуждающего нерва на ЖКТ [2]. Однако к настоящему времени окончательно не ясны аспекты патогенеза в отношении состояния тонуса вегетативной нервной системы (ВНС), который, вопреки сложившимся представлениям о преобладании ваготонических влияний, может изменяться. Поэтому изучение влияния ВНС у пациентов, страдающих ЯБ, является актуальным направлением в изучении патогенеза данной патологии. Информативным и эффективным методом, позволяющим исследовать состояние вегетативной регуляции, является анализ variability сердечного ритма (ВСР), который основан на распознавании и измерении временных интервалов между R-зубцами ЭКГ (R-R-интервалы), построении динамических рядов кардиоинтервалов и последующего анализа полученных числовых рядов различными математическими методами [4].

Цель исследования – представить особенности регуляторных влияний ВНС у пациентов с ЯБ желудка и ДПК в стадии обострения при инфицировании *H. pylori*.

Материалы и методы. В гастроэнтерологическом отделении УЗ «ГКБ №2 г. Гродно» были обследованы 63 пациента с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 50 мужчин и 13 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст – 28 ± 12 лет. Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 65 лет, наличие неосложнённой пептической язвы, локализованной в желудке или луковице ДПК в стадии обострения. Критерии исключения пациентов из исследования: осложнённая ЯБ, оперативные вмешательства по поводу ЯБ, наличие заболеваний других органов и систем, влияющих на показатели ВСР, приём нестероидных противовоспалительных препаратов, приём препаратов с антихеликобактерной активностью в течение месяца, предшествующего включению в исследование. Верификацию диагноза ЯБ проводили с помощью эзофагогастродуоденоскопии. Для выявления *H. pylori* использовали быстрый уреазный тест, который проводили по общепринятой методике. Состояние вегетативного тонуса оценивали по результатам спектрального и временного анализа variability сердечного ритма (ВСР) на аппаратно-программном комплексе «Поли-спектр». Исследование проводилось утром натощак или через 1,5-2 часа после приёма пищи, в первые сутки поступления пациента в стационар, до начала терапии. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с ЯБ желудка или ДПК в фазе обострения, ассоциированной с *H. pylori* ($n=54$). Во 2-ю группу вошли пациенты с ЯБ желудка или ДПК в фазе обострения, не ассоциированной с *H. pylori* ($n=9$). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Обработка материалов осуществлялась с использованием пакета программ

«Statistica 6.0». Для статистического анализа применяли медиану и интерквартильный размах в виде 25% и 75% процентилей.

Результаты исследования. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели временного и спектрального анализа ВСР у пациентов с язвенной болезнью в зависимости от инфицированности *H. pylori*

Показатели	1-я группа (n=54)	2-я группа (n=9)
TP, мс ² /Гц	2802 (846,0; 5038,0)	1097 (489,0; 2543,0)
VLF, мс ² /Гц	859 (471,0; 1401,0)*	312 (277,0; 760,0)
LF, мс ² /Гц	945 (304,0; 1591,0)	647 (196,0; 726,0)
HF, мс ² /Гц	722 (86,8; 1930,0)	138 (57,6; 440,0)
LF/HF	1,4 (0,78; 2,4)	2,1 (1,7; 3,4)
RRNN, мс	848 (802,0; 928,0)	791 (760,0; 1071,0)
SDNN, мс	48 (27,0; 74,0)	29 (20,0; 53,0)
%VLF	37,8 (27,1; 60,5)	48,1 (28,9; 52,9)
%LF	28 (21,5; 38,5)	29,8 (27,6; 40,1)
%HF	24,2 (12,5; 40,2)	12,6 (12,2; 17,3)

Примечание: *различия статистически значимы, $p < 0,05$

Как видно из таблицы 1, у пациентов 1-й группы наблюдалось снижение параметров, отражающих тонус парасимпатического отдела ВНС, с увеличением удельного веса спектра низких частот, что указывает на повышение тонуса симпатического отдела ВНС. У пациентов 2-й группы эти изменения выражены в большей степени. Значительное снижение SDNN у пациентов 2-й группы свидетельствует о смещении вегетативного равновесия в сторону преобладания симпатического центра продолговатого мозга.

Заключение. Результаты исследования указывают на ряд особенностей регуляторных влияний ВНС у пациентов с ЯБ желудка и ДПК в стадии обострения, ассоциированных и не ассоциированных с *H. pylori*. Показатели временного и спектрального анализа вариабельности ритма сердца у пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, по данным кратковременной 5-минутной записи R-R интервалов, отражают состояние гиперсимпатикотонии. У пациентов с ЯБ желудка и ДПК в фазе обострения, не ассоциированной с *H. pylori*, отмечается более значительное преобладание тонуса парасимпатического отдела ВНС по сравнению с пациентами, инфицированными *H. pylori*.

Литературные ссылки

1. Томина Е.Е., Яблучанский Н.И. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: смена представлений и подходов,

- акценты на вариабельности сердечного ритма. – Харьков, 2008г. С. 4-5.
2. Руководство по гастроэнтерологии // Под ред. Комарова Ф.И., Гребенева А.Л. – М.:«Медицина». – 1995. – 475 с.
 3. Макаренко Е.В., Воропаева А.В., Пиманов С.И. и соавт. Эмпирическая эрадикационная терапия при дуоденальных язвах. Инструкция по применению. – МЗ РБ, 2005. – С. 2-3.
 4. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода / В.М. Михайлов; Ивановская гос. мед. акад. – 2-е изд., перераб. и доп. – Иваново, 2002. – 290 с.

Карчевский А.А.¹, Кривецкий Д.С.²

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРИТОВ И ДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Согласно современным представлениям, этиопатогенез развития хронических заболеваний гастродуоденальной зоны можно представить в виде нарушения равновесия агрессивных и защитных факторов [1, 2]. Не вызывает сомнений значительная роль *Helicobacter pylori* (Hр) в развитии и прогрессировании хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Колонизация Hр слизистой оболочки желудка изменяет местный иммунный ответ, который приобретает провоспалительный характер. Ряд исследователей к агрессивным факторам относят и недифференцированную дисплазию соединительную ткани (НДСТ), характеризующуюся изменением структуры соединительнотканного матрикса органов, в том числе и пищеварительной системы, влияющую на характер и течение заболеваний [3, 4].

Цель исследования – установление клинико-эндоскопических особенностей хеликобактер-ассоциированных гастритов и дуоденитов у детей на фоне НДСТ.

Материал и методы. Работа выполнена на базе гастроэнтерологического отделения УЗ «ГОДКБ» г. Гродно. Исследование включало анкетирование, сбор жалоб и данных анамнеза,