

МОРФО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АНТРАЛЬНОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Калиновская А. С.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: канд. мед. наук Бедин П. Г.

Актуальность. Несмотря на широкую распространенность и кажущуюся изученность, интерес к проблеме хронического гастрита и хеликобактерной инфекции в мире не ослабевает. В настоящее время понятие «гастрит» не эквивалентно понятию «диспепсия» и «хеликобактерная инфекция». Эндоскопическое описание слизистой желудка также выделено в отдельную номенклатуру с четко определенными терминами [1, 2, 3]. Это определило цель нашего исследования:

Цель. Сопоставить данные эндоскопического и патогистологического исследований антрального отдела желудка у детей.

Методы исследования. Было проанализировано 99 историй болезни пациентов, у которых была выполнена биопсия антрального отдела желудка при фиброгастродуоденоскопии. Возраст обследованных детей составил 14,0 (12,0-15,0) лет. Среди обследованных девочек было 37,4%, мальчиков 62,6%. Значимая корреляция каких-либо анализируемых показателей с полом отсутствовала ($p > 0,05$). Описание биоптата выполнено по Сиднейской классификации [1].

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 непараметрическими методами. Данные приведены в виде «медиана (нижняя квартиль-верхняя квартиль)». Сравнение двух независимых переменных проводили с помощью теста Манна-Уитни. При сравнении трёх и более независимых переменных использовали медианный тест, при попарном сравнении переменных в этом случае использовали тест Краскела-Уолиса (критерий χ^2). Для сравнения долей использовали двусторонний точный критерий Фишера. Для долей (%) рассчитывался 95% доверительный интервал (95% ДИ) по формулам Клоппера–Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В 92,9% эндоскопическая картина была представлена различными вариантами эритематозной гастро(дуодено)патии (95% ДИ 87,8-97,9%). Эрозии присутствовали в 7,1% (95% ДИ 2,0-12,1%) случаев. В 53,5% (95% ДИ 43,6-63,3%) установлена слабая выраженность воспаления, в 23,3% (95% ДИ 14,9-31,6%) – умеренная и в 13,1% (95% ДИ 6,4-19,7%) – высокая. Слабо выраженные изменения встречались гораздо чаще, чем

высоко и умеренно выраженные ($p < 0,05$ в обоих случаях). Частота идентификации умеренных и высоко выраженных изменений не различалась ($p > 0,05$). В 10,1% (95% ДИ 4,1-16,0%) выраженность воспаления отсутствовала.

В 55,5% (95% ДИ 45,7-65,2%) активность воспаления отсутствовала, в 28,3% (95% ДИ 19,4-37,1%) была слабой, что было достоверно чаще, чем активность умеренной (7,1% (95% ДИ 2,0-12,1%)) и высокой (9,1 (95% ДИ 3,4-14,7%)) степеней ($p < 0,05$ в обоих случаях).

В 6,1% (95% ДИ 1,3-10,8%) была выявлена атрофия слабой и умеренной степени. При патоморфологическом исследовании биопататов случаев метаплазии не определялось.

У 17,0% (95% ДИ 9,6-24,3%) быстрый уреазный тест был положительным. При наличии эрозий он был позитивным в 85,7% (95% ДИ 59,7-100,0%), при отсутствии их – лишь в 12,0 (95% ДИ 5,3-18,6%) ($p = 0,00009$). В случае положительного уреазного теста эритематозные изменения диагностировались (64,7% (95% ДИ 41,9-87,4%)), а эрозивные (35,3% (95% ДИ 12,5-58,0%)) ($p > 0,05$). При отрицательном результате уреазного теста эрозии определялись лишь в 1,2% (95 % ДИ 0,0-3,5%) случаев. Достоверная связь между положительным уреазным тестом и морфологическими показателями отсутствовала ($p > 0,05$ во всех случаях).

При отсутствии морфологических изменений уреазный тест был в 90,0% (95% ДИ 71,4-100,0%) случаев отрицательным.

Морфологическая характеристика в зависимости от вида гастропатии приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Морфологическая характеристика слизистой оболочки желудка

Параметр	Гастропатия		Уровень значимости p
	Эритематозная	Эрозивная	
Активность	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	$>0,05$
Выраженность	1,0 (1,0-2,0)	2,0 (2,0-3,0)	0,01
Атрофия	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	$>0,05$
Метаплазия	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	-

Таким образом, в слизистой оболочке желудка у лиц с эрозивной гастропатией было существенно больше лимфоцитов по сравнению с таковыми с эритематозной формой.

Доля биоптатов с различной активностью воспаления в зависимости от формы гастропатии приведена в таблице 2.

Таблица 2 – Структура активности воспаления слизистой оболочки желудка

Степень активности	Гастропатия		Уровень значимости p
	Эритематозная	Эрозивная	
Отсутствует	56,5 (95% ДИ 46,3-66,6%)	42,8 (95% ДИ 6,1-79,4%)	$>0,05$
Слабая	28,3 (95% ДИ 19,0-37,4%)	28,6 (95% ДИ 0,0-62,0%)	$>0,05$
Умеренная	6,5 (95% ДИ 2,5-5,0%)	14,3 (95% ДИ 0,0-40,2%)	$>0,05$
Тяжёлая	8,7 (95% ДИ 2,9-5,7%)	14,3 (95 % ДИ 0,0-40,2%)	$>0,05$

У лиц с эритематозной и эрозивной гастропатиями с одинаковой частотой присутствовали образцы слизистой со всеми степенями активности воспаления, однако внутри группы лиц с эритематозной гастропатией достоверно чаще наблюдалось отсутствие активности ($p < 0,05$ во всех случаях). Количество биоптатов с умеренной и тяжёлой степенями активности не различалось и было достоверно меньше, чем таковое со слабой степенью ($p < 0,05$ в обоих случаях). Внутри группы эрозивной гастропатии различий частоты степени активности не обнаружено ($p > 0,05$ во всех случаях).

Таблица 3 – Структура выраженности воспаления слизистой оболочки желудка

Степень выраженности	Гастропатия		Уровень значимости p
	Эритематозная	Эрозивная	
Отсутствует	10,9 (95% ДИ 4,5-17,2%)	0,0	$>0,05$
Слабая	56,5 (95% ДИ 46,3-66,6%)	14,3 (95% ДИ 0,0-40,2%)	0,03
Умеренная	20,7 (95% ДИ 12,4-28,9%)	57,1 (95% ДИ 20,4-93,7%)	0,02
Тяжёлая	11,9 (95% ДИ 5,2-18,5%)	28,6 (95% ДИ 0,0-62,0%)	$>0,05$

Внутри группы эритематозной гастропатии слабо выраженное воспаление встречалось гораздо чаще прочих степеней выраженности ($p < 0,05$ во всех случаях). Также обращает на себя внимание отсутствие признаков воспаления почти в 11% случаев при наличии эритематозной гастропатии. Достоверно чаще наблюдалось умеренное воспаление слизистой, чем его отсутствие ($p = 0,01$). Других значимых различий внутри группы не было выявлено.

Таблица 4 – Структура степеней атрофии слизистой оболочки желудка

Степень атрофии	Гастропатия		Уровень значимости p
	Эритематозная	Эрозивная	
Отсутствует	93,5 (95% ДИ 88,4-98,5%)	0,0	0,00009
Слабая	5,4 (95% ДИ 0,7-10,0%)	0,0	$>0,05$
Умеренная	1,1 (95% ДИ 0,0-3,2%)	0,0	$>0,05$
Тяжёлая	0,0	0,0	$>0,05$

Как видно из таблицы 4, атрофия эпителия присутствовала лишь при эритематозной гастропатии и наблюдалась значимо реже, чем не наблюдалась ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Таким образом, эритематозная гастропатия представляет собой слабо или умеренно выраженный неактивный или слабо активный гастрит без атрофии и метаплазии не ассоциированный с хеликобактером.

Эрозивная гастропатия, напротив, ассоциирована с присутствием хеликобактера умеренно или высоко выражена слабо или умеренно активна без атрофии и метаплазии.

Выводы. Отсутствие атрофии при эрозивной гастропатии наряду с большей выраженностью воспаления может свидетельствовать, на наш взгляд, об остроте процесса. Наличие атрофии, обнаруженной лишь при эритематозной

гастропатии, является прогностически более неблагоприятным в долгосрочной перспективе, хотя выраженность воспаления при этой форме меньше. Более выраженное воспаление не приводит к развитию атрофии, а вялотекущее – наоборот. Однако в сознании как медицинской, так и немедицинской общественности, смеем утверждать, наличие эрозий воспринимается как более тяжёлое состояние по сравнению с «банальным гастритом». Различия в паттернах воспаления при эритематозной и эрозивной гастропатиях требует дальнейшего изучения. Вопрос о соотношении тяжести воспаления и его исхода в атрофию в связи с приведенными фактами требует переосмысления и изучения на углубленном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis / M. F. Dixon [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 1996 – Vol. 20. – P.1161-81.
2. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/ Florence consensus report / P. Malfertheiner [et al.] // Gut. – 2022. – Vol. 71. – P. 1724-1762.
3. Rome IV Criteria // Mode of access: <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>. – Date of access: 17.03.2024.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Козлов С. В.

УЗ "Гродненская университетская клиника"

Научный руководитель: канд. мед. наук Алещик И. Ч.

Актуальность. Нас заинтересовал функциональный эффект лечения в раннем и отдаленном послеоперационном периодах, так как у многих людей эффект наступает в разные периоды после операции и может наблюдаться ее низкая эффективность [1-3].

Цель. Оценить функциональные результаты хирургического лечения отосклероза на основании субъективных данных и аудиометрии до операции, в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Методы исследования. Изучено 315 историй болезни пациентов, которым в УЗ «ГОКБ» в период с 2002 по 2022 гг. выполнялась стапедопластика. Изучили изменения воздушной и костной проводимости на частотах 500, 1000, 2000 и 4000 Гц, улиткового резерва по данным аудиограмм, шепотной речи и ушного шума. Обработка полученной информации проводилась в системе Microsoft Excel 2013.