

**Выводы.** Полученные в рамках данного исследования результаты свидетельствуют о том, что на качество жизни пациенток с псориазом оказывают влияние, как само кожное заболевание, так и психоэмоциональное состояние. Все обследуемые в той или иной степени оценивали снижение качества жизни по общим показателям и по отдельным сферам жизнедеятельности, характеризующим различные стороны жизни.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фолликулярный псориаз: описание случая, обзор литературы / Л. П. Котрехова, М. Д. Гулордава, М. Т. Корнаухова [и др.] // Проблемы медицинской микологии. – 2024. – Т. 26, № 2. – С. 52-57.
2. Серова, О. Ф. Исходы беременности у женщин в старшем репродуктивном возрасте / О. Ф. Серова, Л. В. Седая, Н. В. Шутикова // Доктор.Ру. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 12-15. – doi: 10.31550/1727-2378-2020-19-1-12-15.
3. Круглова, Л. С. Вопросы репродуктивного здоровья у пациенток с псориазом (обзор литературы) / Л. С. Круглова, А. А. Осина, А. А. Хотко // Медицинский алфавит. Серия «Дерматология». – 2019. – Т. 1, № 7 (382). – С. 5-8.
4. Влияние псориаза на сексуальную функцию у женщин / Е. В. Дворянкова, М. И. Дениева, Н. А. Шевченко, И. М. Корсунская // Врач. – 2021. – № 2. – С. 74-76. – doi: 10.29296/25877305-2021-02-14.
5. Кубанов, А. А. Эпидемиология псориаза в Российской Федерации (по данным регистра) / А. А. Кубанов, Е. В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2022. – Т. 98, № 2. – С. 33-41. – doi: 10.25208/vdv1268.

## ГАСТРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С НЕЯЗВЕННОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

**Бедин П. Г.<sup>1</sup>, Калиновская А. С.<sup>1</sup>, Кривецкий Д. С.<sup>2</sup>,  
Сурмачевская А. А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская областная детская клиническая больница,

<sup>3</sup>Гродненское областное патологоанатомическое бюро

**Актуальность.** Дети с наличием диспепсических жалоб составляют значительную часть случаев обращений за медицинской помощью. Известно, что диспепсия может быть связана с наличием язвенного дефекта или воспалительными морфологическими явлениями (гастрит). Однако диспепсические жалобы могут развиваться у лиц без воспалительных изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ).

**Цель** – сравнить морфологическую картину СОЖ у детей с различными типами антральной гастропатии (ГП) при наличии неязвенной диспепсии.

**Методы исследования.** Исследование носило сплошной ретроспективный характер. Необходимые данные были получены из медицинской карты стационарного пациента. Рассмотрены все случаи (n=99), где было выполнено фиброгастроуденоскопическое исследование при наличии диспепсических жалоб. Не включались случаи при отсутствии в медицинской документации результатов биопсии антрального отдела СОЖ, с неполным морфологическим описанием, при наличии указаний на приём ингибиторов протонной помпы, антибиотиков на протяжении месяца, предшествующего госпитализации. Возраст включённых в исследование лиц составил 14,0 (12,0-15,0) лет. Мальчики составили 62,6% (95% ДИ 53,0-72,1%), девочки 37,4% (95% ДИ 27,8-46,9%) случаев. Значимая корреляция каких-либо анализируемых показателей с полом отсутствовала ( $p>0,05$ ).

Во всех случаях был выполнен быстрый уреазный тест (БУТ) по стандартной методике [1]. Описание биоптата было выполнено по Сиднейской классификации [2].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов непараметрической статистики. Данные приведены в виде «медиана (нижняя квартиль – верхняя квартиль)». Сравнение двух независимых переменных проводили с помощью теста Манна-Уитни. Для сравнения долей использовали двусторонний точный критерий Фишера. Для % рассчитывался 95% доверительный интервал (95% ДИ) по формуле Клоппера-Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости  $p\leq 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В 92,9% (95% ДИ 87,8-97,9%) эндоскопическая картина была представлена различными вариантами эритематозной (неэрозивной) ГП. Эрозии присутствовали в 7,1% (95% ДИ 2,0-12,1%) случаев.

В 53,5% (95% ДИ 43,6-63,3%) случаев воспаление слабо выражено, в 23,4% (95% ДИ 14,9-31,6%) – умеренно и в 13,2% (95% ДИ 6,4-19,7%) – выражено. В 10,1% (95% ДИ 4,1-16,0%) выраженности воспаления не было. Слабо выраженные изменения встречались чаще, чем умеренно выраженные и выраженные ( $p<0,05$ ). Частота идентификации умеренных и выраженных изменений не различалась ( $p>0,05$ ).

В 55,5% (95% ДИ 45,7-65,2%) активность воспаления отсутствовала, в 28,3% (95% ДИ 19,4-37,1%) была слабой, что 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. Случаев метаплазии не определялось.

БУТ был положительным в 17,1% (95% ДИ 9,6-24,3%) случаев. 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 БУТ эритематозные изменения диагностировались в 64,7%

(95% ДИ 41,9-87,4%), а эрозивные в 35,3% (95% ДИ 12,5-58,0%) ( $p>0,05$ ). При отрицательном результате БУТ эрозии определялись лишь в 1,2% (95% ДИ 0,0-3,5%) случаев. Достоверная связь между положительным БУТ и морфологическими показателями отсутствовала ( $p>0,05$  во всех случаях).

При отсутствии морфологических изменений БУТ был в 90,0% (95% ДИ 71,4-100,0%) случаев отрицательным. Сравнительная морфологическая характеристика СОЖ приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная морфологическая характеристика СОЖ

Параметр	ГП		Уровень значимости, р
	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)	-

Из таблицы 1 видно, что при эритематозной и эрозивной ГП отличалась лишь выраженность воспаления. Структура активности воспаления приведена в таблице 2.

Таблица 2 – Структура активности воспаления СОЖ

Степень активности	ГП		Уровень значимости р
	эритематозная	эрозивная	
Нет	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%)	$>0,05$
Высокая	8,7 (95% ДИ 2,9-5,7%)	14,3 (95% ДИ 0,0-40,2%)	$>0,05$

Из таблицы 2 видно, что у лиц с эритематозной и эрозивной ГП одинаково часто присутствовали образцы слизистой со всеми степенями активности воспаления ( $p<0,05$  во всех случаях). Внутри группы эрозивной ГП различий частот степеней активности не обнаружено ( $p>0,05$  во всех случаях). Структура выраженности воспаления представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Структура выраженности воспаления СОЖ

Степень выраженности	ГП		Уровень значимости р
	эритематозная	эрозивная	
Нет	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
Выраженная	11,9 (95% ДИ 5,2-18,5%)	28,6 (95% ДИ 0,0-62,0%)	$>0,05$

Из таблицы 3 видно, что при эрозивной ГП случаев слабо выраженного воспаления меньше по сравнению с эритематозной за счёт увеличения доли

образцов с умеренно выраженным воспалением ( $p=0,01$ ). Иных различий внутри группы эрозивной ГП не выявлено. Структура степеней атрофии представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Структура степеней атрофии СОЖ

Степень атрофии	ГП		Уровень значимости $p$
	эритематозная	эрозивная	
Нет	93,5 (95% ДИ 88,4-98,5%)	100,0	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 ГП и наблюдалась в 6,5% случаев (95% ДИ 1,4-11,5%).

#### **Выводы.**

1. В 92,9% (95% ДИ 87,8-97,9%) эндоскопическая картина представлена различными вариантами эритематозной (неэрозивной) ГП. Эрозии выявлены в 7,1% (95% ДИ 2,0-12,1%) случаев.

2. Эритематозная ГП в большинстве случаев представляет собой слабо или умеренно выраженный неактивный или слабо активный хронический гастрит без атрофии и кишечной метаплазии не ассоциированный с *H. pylori*.

3. Эрозивная ГП напротив ассоциирована с присутствием *H. pylori* умеренно выражена или выражена, слабо или умеренно активна без атрофии и кишечной метаплазии.

4. Эрозивная ГП отличается от эритематозной лишь большей выраженностью воспаления и присутствием *H. pylori*.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Uotani, T. Diagnosis of *Helicobacter pylori* using the rapid urease test / T. Uotani, D. Y. Graham // *Annals of translational medicine.* – 2015. – Vol. 3, № 1. – P. 9-15.
2. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis / M. F. Dixon, R. M. Genta, J. H. Yardley, P. Correa // *The American journal of surgical pathology.* – 1996 – Vol. 20, № 10 – P. 1161-81.