

*На правах рукописи*

**ЛЬВОВА Мария Александровна**

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У БОЛЬНЫХ С  
ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

14.00.05 – внутренние болезни

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Тверская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,  
профессор кафедры  
факультетской терапии

**Джулай Галина Семеновна**

**Научный консультант:**

доктор медицинских наук,  
профессор  
член-корреспондент РАМН

**Баженов Дмитрий Васильевич**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
профессор  
доктор медицинских наук,  
профессор

**Ильченко Анатолий Афанасьевич**

**Филимонов Реонольд Минович**

**Ведущая организация:**

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита состоится 30 мая 2008 года в 13 часов на заседании диссертационного совета Д 850.002.01 при Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии по адресу: 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов д.86, корпус 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (г. Москва, шоссе Энтузиастов д.86, корпус 1).

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2008 года.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

**Комиссаренко И. А.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы

Многочисленные эпидемиологические исследования разных лет показывают, что хронический гастрит (ХГ) и патология билиарного тракта были и остаются самыми распространенными гастроэнтерологическими заболеваниями человека (Васильев Ю. В., Парфенов Д. А., 1995; Маев И. В., 2003; Ильченко А. А., 2006; Чернин В. В., 2006). Согласно научным прогнозам, в ближайшие годы сохранится устойчивая тенденция к их неуклонному росту (Максимов В. А. и соавт., 2001; Бурков С. Г., 2004; Wendtland-Born A. et al., 1997). В то же время совершенствование хирургических технологий будет способствовать расширению показаний к оперативному лечению желчнокаменной болезни (ЖКБ), формируя новый круг проблем, связанных с медицинской реабилитацией больных (Лазебник Л. Б. и соавт., 2004).

При желчнокаменной болезни (ЖКБ) и связанных с ней постхолецистэктомических расстройствах (ПХЭР) у абсолютного большинства пациентов обнаруживается и ХГ (Богданович В. Б., 1987; Гребенев А. Л. и соавт. 1995; Шварев Д. В. и соавт., 2003). Причинно-следственные взаимоотношения в данной коморбидной паре остаются поводом для дискуссии (Бериашвили З. А. 1979; Русин В. И. и соавт., 2003; Sobala et al., G. M. 1993; Manifold D. K. et al., 2000). Известно, что нарушения вегетативной регуляции играют роль в формировании структурно-функциональных изменений как желудка при ХГ (Логинов А. С. и соавт., 1981; Голованова Е. С., 2000; Джулай Г. С., 2003), так и билиарного тракта при его патологических состояниях (Циммерман Я. С., 2000; Ильченко А. А., 2006) и могут выступать в качестве звена патогенеза, которое обеспечивает сочетанное поражение гастродуоденальной зоны и ЖВП.

Сведения о состоянии надсегментарного и сегментарного вегетативных аппаратов у больных с коморбидом ЖКБ – ХГ на разных этапах их клинической эволюции весьма немногочисленны (Немцов Л. М., 2003; Плотникова Е. Ю. и соавт., 2006; Hansen M. B., 2003), особенно в отдаленные сроки после проведения холецистэктомии (ХЭ), когда возможен комплекс состояний, называемых ПХЭР. В аспекте вегетативных расстройств остается малоизученной клиническая характеристика ХГ, ассоциированного с ЖКБ и ПХЭР, морфологический и функциональный статус желудка с учетом моторно-тонических нарушений сфинктерного аппарата ЖВП и патологических изменений поджелудочной железы. Несомненную важность представляет изучение нозогенных психоэмоциональных реакций, их связи с субъективными проявлениями заболевания и показателями качества жизни (КЖ) больных. Это тем более актуально, что понимание клинико-патогенетических особенностей ХГ, ассоциированного с неоперированной ЖКБ и ПХЭР, имеет принципиальное значение как для профилактики заболеваний гастродуоденальной зоны и билиарного тракта, так и для разработки принципов индивидуальных лечебно-реабилитационных программ.

### **Цель исследования**

Выяснить клинико-патогенетические особенности ХГ, ассоциированного с ПХЭР, с учетом структурных и функциональных изменений желудка, параметров вегетативного статуса, эмоционально-личностной сферы и качества жизни больных.

### **Задачи исследования**

1. У больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, изучить морфо-функциональное состояние желудка и взаимосвязь нарушений секреторной и моторной функций с характером структурных изменений его слизистой оболочки, сопоставив полученные данные с результатами исследований у больных ХГ, ассоциированным с неоперированной ЖКБ.
2. Выяснить особенности клинических проявлений ХГ, ассоциированного с ПХЭР.
3. Исследовать у пациентов с ХГ, ассоциированным с ПХЭР, в сравнении с больными с неоперированной ЖКБ, состояние надсегментарного и сегментарного вегетативных аппаратов и установить значение нарушений вегетативной регуляции в патогенезе коморбидной пары ХГ – ПХЭР.
4. Выяснить особенности эмоционально-личностной сферы и КЖ больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, их отличия от пациентов с неоперированной ЖКБ, и определить их место в клинической картине заболевания.
5. На основании полученных данных выделить клинико-патогенетические варианты ХГ, ассоциированного с ПХЭР, разработать критерии их диагностики.

### **Научная новизна**

1. У больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, в отдаленные сроки после ХЭ, выполненной по поводу симптомной ЖКБ, впервые в комплексе и взаимосвязи изучены морфо-функциональное состояние желудка, клинические проявления болезни, вегетативный статус на надсегментарном и сегментарно-периферическом уровнях, эмоционально-личностная сфера и качество жизни.
2. Выделены клинико-патогенетические варианты ХГ, ассоциированного с ПХЭР, различающиеся морфо-функциональными характеристиками желудка, клиническими проявлениями поражения гастродуоденальной и панкреатобилиарной зон, особенностями вегетативных расстройств, состоянием эмоционально-личностной сферы и степенью снижения качества жизни.
3. Установлено патогенетическое значение нарушений вегетативной регуляции на уровне надсегментарного и сегментарного отделов ВНС и особенностей эмоционально-личностной сферы больных в формировании структурных и функциональных изменений желудка, клинических проявлений ХГ, ассоциированного с ПХЭР.
4. Показано, что основные морфо-функциональные характеристики желудка формируются на дооперационном этапе развития ЖКБ.

### **Практическая значимость**

1. Разработаны критерии диагностики клинико-патогенетических вариантов ХГ, ассоциированного с ПХЭР.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. ХГ, ассоциированный с ПХЭР, в отдаленном периоде после ХЭ может протекать в виде трех клинико-патогенетических вариантов.
2. Клинико-патогенетические варианты ХГ, ассоциированного с ПХЭР, различаются морфологическими и функциональными характеристиками желудка, течением заболевания, особенностями нарушений вегетативного статуса на надсегментарном и сегментарном уровнях, психоэмоциональными реакциями и степенью снижения качества жизни больных.

### **Внедрение результатов исследования**

Практические аспекты диссертации внедрены в работу подразделений ММУ Городской больницы №4 г. Твери и кафедры факультетской терапии Тверской государственной медицинской академии. Они изложены в методических рекомендациях «Дискинезии желчевыводящих путей» (сост. Г. С. Джулай, М. А. Львова; под ред. проф. В. В. Чернина. – Тверь, 2006) для студентов 4-5 курсов лечебного факультета. По результатам работы оформлено 1 рационализаторское предложение.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертации доложены на заседании Тверского отделения Всероссийского научного общества терапевтов им. С. П. Боткина (19.10.06 г.); Межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и наука: итоги и перспективы» (диплом первой степени) (23.11.06 г. – Саратов); VII съезде Научного общества гастроэнтерологов России, посвященном 40-летию со дня основания Всесоюзного НИИ гастроэнтерологии – Центрального НИИ гастроэнтерологии (23.03.07 г. – Москва); XIV Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» в рамках конкурса научных работ молодых ученых по специальности «Гастроэнтерология» (третья премия) (18.04.07 г. – Москва); совместном заседании хирургического и терапевтического обществ г. Твери и Тверской области (21.06.07 г.).

По теме диссертации опубликовано 19 печатных работ.

### **Объем и структура работы**

Диссертация изложена на 233 страницах и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 4 глав собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 40 таблицами, 19 ри-

сунками и схемами, 17 фотографиями. Библиография содержит 314 источников, в том числе 237 отечественных и 77 зарубежных авторов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 100 больных ХГ (мужчин – 20, женщин – 80 в возрасте от 18 до 82 лет), которые перенесли ХЭ по поводу симптомной ЖКБ более года назад. Все они находились на диспансерном наблюдении у хирургов поликлиник и были отобраны методом «случайной выборки» (группа I). В качестве группы сравнения обследовано 100 больных ХГ (мужчин – 20, женщин – 80 в возрасте от 18 до 82 лет) с симптомной ЖКБ, по поводу которой не предпринималось оперативных вмешательств. Они были целенаправленно отобраны путем «подбора пар» из пациентов, направленных на ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и соответствовали пациентам основной группы по возрасту, полу, давности ЖКБ, соматическому статусу, материальному и социальному положению (группа II).

В группе I имели место как функциональные (дисфункции желчевыводящих путей и сфинктера Одди – 40,0 % случаев), так и органические (воспалительные изменения поджелудочной железы – 50,0 % наблюдений, рубцовые изменения внепеченочных желчных протоков – 4,0 % и холедохолитиаз – 6,0 %) постхолецистэктомические нарушения органов панкреатобилиарной зоны. В группе II у всех обследованных выявлялись клинические и инструментальные признаки хронических воспалительных изменений желчного пузыря, при этом у 34,0 % из них УЗИ органов брюшной полости и пероральная холецистография выявляли признаки его «отключения» (фиксация макролита в шейке – 12,0 % случаев либо заполнение всей полости неподвижными конкрементами – 22,0 % наблюдений), а в 66,0 % случаев камни в просвете желчного пузыря были подвижны и, как правило, многочисленны.

*Критерием включения в исследование* являлось наличие у пациентов ХГ, жалоб по системе органов пищеварения, клинически и инструментально подтвержденных ПХЭР (для основной группы) и ЖКБ (для группы сравнения). *Критерии исключения:* анемии с уровнем гемоглобина менее 90 г/л, язвенная болезнь желудка и состояния после операций на желудке, злокачественные новообразования любой локализации, заболевания, протекающие со стойким снижением трудоспособности (жизнеспособности) и качества жизни, в частности, сердечно-сосудистой (тяжелые формы ИБС: стенокардия выше II ФК, постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения выше I стадии, артериальная гипертензия выше II стадии и 2 степени), нервной (состояния после инсультов, энцефалопатия любого генеза (сосудистого, токсического и т. д.) выше I степени) систем, сахарный диабет тяжелого течения, длительный (более 1 месяца) прием нестероидных противовоспалительных препаратов в анамнезе. Кроме того, из группы сравнения исключались лица с бессимптомным камненосителем.

Диагноз ХГ верифицировался по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ), а также по результатам клинического исследования, изучения кислотообразования и моторики желудка. ПХЭР детализировались с помощью УЗИ органов брюшной полости, внутривенной холангиографии, а по строгим показаниям – посредством ретроградного контрастирования желчных протоков (ЭРПХГ). Наличие конкрементов в желчном пузыре у пациентов группы сравнения подтверждалось ультразвуковыми критериями, а «отключение» желчного пузыря – по отсутствию его контрастирования при пероральной холецистографии.

*Клиническое обследование* больных включало осмотр и опрос по традиционной схеме. При этом особое внимание уделялось жалобам больных на абдоминальные боли и проявления диспепсии. Уточнялись факторы риска ХГ и ЖКБ, характер течения этих заболеваний, давность ЖКБ до ХЭ, показания, способ и обстоятельства, связанные с операцией. Объективное исследование дополнялось детальным пальпаторным исследованием передней брюшной стенки с целью изучения кожной чувствительности в зонах Захарьина-Геда для желудка и желчного пузыря и симпаталгических точках головы, туловища и конечностей.

*Морфологическое исследование желудка* включало эндоскопическую и гистологическую оценку топографии и выраженности воспаления, атрофии и кишечной метаплазии в СОЖ с выделением трех степеней активности ХГ и оценкой уреазной активности в биоптатах СОЖ с помощью «ХЕЛПИЛ» теста (фирма KRKA, Словения).

Суждение о *функциональном состоянии желудка* основывалось на исследовании уровня кислотообразования методом экспресс-рН-метрии (Чернобровый В. Н., 1990) натощак и после перорального введения водного раствора эуфиллина из расчета 7 мг/кг в 300 мл воды с использованием ацидогастрометра АГМ-03 (НПП «Исток-Система», г. Фрязино). Моторика желудка изучалась методом электрогастрографии (Собакин М. А., 1953) на аппарате «Гастроскан 5М» с последующей компьютерной обработкой результатов с помощью пакета прикладных программ (НПП «Исток-Система», г. Фрязино).

Комплексное исследование *вегетативного статуса* больных включало оценку функционального состояния надсегментарного и сегментарного отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Для выявления вегетодистонии (ВД) использовали баллированный опросник Российского центра вегетативной патологии (Вейн А. М., 2000). Исследование функций надсегментарного отдела ВНС включало определение показателей вегетативного тонуса (ОВТ и тонуса в системе пищеварения), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД). Состояние вегетативного тонуса оценивали с помощью стандартизированной таблицы А. Д. Соловьевой, определяя вероятность преобладания симпатических и парасимпатических влияний (в %), рассчитывая по формулам основные вегетативные индексы (Кердо, минутный объем крови, коэффициент Хильдебранта), а также посредством кардиоинтервалографии (Баевский Р. М., 1984) с последующей

компьютерной статистической обработкой (построение гистограмм, автокорреляционный и спектральный анализ) с помощью пакета программ КРЕДО (2000). ВР оценивалась при регистрации эпигастрального (солярного) рефлекса (Тома, Ру), ВОД – в орто- и клиностатической пробах. Для обнаружения сегментарных расстройств выявляли зоны гипералгезии при пальпации симметричных симпаталгических точек головы, туловища и конечностей (по Л. Б. Бирбраиру, 1934), изучали кожную чувствительность в зонах Захарьина-Геда для желудка и желчного пузыря ( $D_{VII} - D_{XI}$ ), а также в зоне солнечного сплетения (по Г. И. Маркелову, 1935).

*Эмоционально-личностная сфера* пациентов, включая особенности личности, личностное реагирование на болезнь, личностную и реактивную тревожность и качество жизни (КЖ), оценивалась с помощью теста СМОЛ (Зайцев В. П., 1981), теста ЛОБИ (Личко А. Е., 1983; Вассерман Л. И. и соавт., 1987), шкалы Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина (1999), опросника САН (Доскин В. А. и соавт., 1973) и теста КЖ, разработанного в Кардиологическом научном центре РАМН и адаптированного для гастроэнтерологических пациентов (Гладков А. Г. и соавт., 1982; Рутгайзер Я. М., Михайлов А. Г., 1993).

Анализ межгрупповых и внутригрупповых различий проводился с учетом особенностей общего вегетативного тонуса (ОВТ): были выделены лица с парасимпатической, симпатической и смешанной его направленностью.

Для систематизации и анализа полученных результатов была создана база данных в формате SPSS. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS (Version 9.0) и БИОСТАТИСТИКА (версия 4.03). Использован однофакторный дисперсионный анализ, критерий Пирсона  $\chi^2$ . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05. В тексте использованы следующие символические обозначения статистических терминов: n – объем выборки (численность группы),  $\bar{X}$  – выборочное среднее, s – выборочная оценка стандартного отклонения, P – вероятность справедливости нулевой гипотезы, df – число степеней свободы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### 1. Морфо-функциональное состояние желудка больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР

Эндоскопическая картина СОЖ у пациентов группы I и группы II была сходна (табл. 1), что свидетельствует о формировании основных морфологических особенностей ХГ на дооперационном этапе ЖКБ. Установлено, что ХГ, ассоциированный с ПХЭР, характеризуется сочетанием преобладающего неатрофического (поверхностного) поражения СОЖ (76,3 % случаев), локализованного, как правило (63,9 %), в антральном и фундальном отделах желудка с атрофическим (у 47,5 % пациентов) преимущественно антральной



локализации (в 60,5 % наблюдений), явлениями дуоденогастрального рефлюкса (61,3 % случаев) и сопутствующим дуоденитом (45,0 %).

Таблица 1

**Частота выявления изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ при ЭГДС у обследованных пациентов**

Патологические признаки	Частота выявления, абс.(%)		P
	Группа I ХГ при ПХЭР n=80	Группа II ХГ при ЖКБ неоперированной n=93	
В слизистой оболочке пищевода			
Катаральный эзофагит	18 (22,5)	17 (18,3)	0,618
Эрозивный эзофагит	2 (2,5)	7 (7,5)	0,254
Недостаточность кардии	20 (25,0)	24 (25,8)	0,957
Гастроэзофагеальный рефлюкс	10 (12,5)	8 (8,6)	0,557
В слизистой оболочке желудка			
Неатрофический (поверхностный)	61(76,3)	78 (83,9)	0,287*
антральной локализации	13 (21,3)	14 (17,9)	
фундальной локализации	9 (14,8)	9 (11,5)	0,708**
антральной и фундальной локализации	39 (63,9)	55 (70,6)	
Атрофический	38 (47,5)	31 (33,3)	0,082*
антральной локализации	23(60,5)	24(77,4)	
фундальной локализации	8(21,1)	7(22,6)	<b>0,040**</b>
антральной и фундальной локализации	7(18,4)	0	
В слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки			
Дуоденогастральный рефлюкс	49 (61,3)	44 (47,3)	0,093
Гиперемия и отек слизистой ДПК	30 (37,5)	38 (40,9)	0,768
Эрозивный дуоденит	6 (7,5)	6 (6,5)	0,976
Деформация Фатерова соска	4 (5,0)	0 (0)	0,094

Примечание: по критерию  $\chi^2$  - P – статистическая значимость различий между группой I и группой II, в т.ч. \* - (df=1) по частоте встречаемости неатрофического и атрофического гастрита, \*\* - (df=2) по локализации неатрофического и атрофического гастрита.

Однако гистологическая картина ХГ при ПХЭР имеет ряд особенностей (табл. 2): она отличается невысокой активностью воспалительного процесса в СОЖ, преобладанием дистрофических и атрофических изменений в пилорических железах с фовеолярной гиперплазией и мукоидизацией эпителия. При этом степень выраженности морфологических изменений желудка после ХЭ различается у пациентов в зависимости от направленности их ОБТ. Так, у парасимпатотоников в биоптатах преобладает лимфоцитарная инфильтрация, венозное полнокровие и отек, мукоидизация эпителия и фовеолярная гиперплазия, а изменения пилорических желез, как правило, отсутствуют; у симпатотоников – наряду с лимфоцитарной инфильтрацией присутствует нейтрофильная, мукоидизация эпителия имеет место крайне редко,

## Морфологическая характеристика биоптатов СОЖ у обследованных пациентов

Признаки	Частота выявления, абс. (%)									P	
	Группа I – ХГ при ПХЭР (n=55)				P <sub>1</sub>	Группа II – ХГ при неоперированной ЖКБ (n=58)					P <sub>2</sub>
	направленность ОВТ					направленность ОВТ					
	пара-симпат. (n=17)	смешанная (n=13)	симпатич. (n=25)	группа в целом (n=55)		пара-симпат. (n=17)	смешанная (n=14)	симпатич. (n=27)	группа в целом (n=58)		
Активность ХГ:											
- легкая	7(41,2)	5(38,5)	6(24,0)	18(32,8)	0,459	0(0)	1(7,1)	5(18,5)	6(10,3)	0,215	<b>0,0001</b>
- умеренная	10(58,8)	8(61,5)	17(68,0)	35(63,6)		14(82,4)	9(64,3)	14(51,9)	37(63,8)		
- выраженная	0(0)	0(0)	2(8,0)	2(3,6)		3(17,6)	4(28,6)	8(29,6)	15(25,9)		
Инфильтрация:											
- нейтрофильная	0 (0)	0 (0)	2(8,0)	2(3,6)	0,288	3(17,6)	4(28,6)	8(29,6)	15(25,9)	0,653	<b>0,002</b>
- плазмочитарная	5(29,4)	13(100)	17(68,0)	35(63,6)	<b>0,0001</b>	10(58,8)	14(100)	8(29,6)	32(55,2)	<b>0,0001</b>	0,469
- лимфоцитарная	12(70,6)	9(69,2)	22(88,0)	43(78,2)	0,273	17(100)	11(78,6)	19(70,3)	47(81,0)	<b>0,049</b>	0,887
Венозное полнокровие и отек собст. пл-ки СОЖ	12(70,6)	4(30,8)	12(48,0)	28(50,9)	0,089	10(58,8)	0(0)	19(70,3)	29(50,0)	<b>0,0001</b>	0,750
Мукоидизация эпителия	17(100)	0(0)	2(8,0)	19(34,5)	<b>0,0001</b>	5(29,4)	0(0)	8(29,6)	13(22,4)	0,070	0,222
Изменения пилорических желез:											
- отсутствуют	15(88,2)	0(0)	12(48,0)	27(49,0)	<b>0,0001</b>	12(70,6)	0(0)	23(85,2)	35(60,3)	<b>0,0001</b>	0,311
- дистрофия	2(11,8)	4(30,8)	5(20,0)	11(20,0)	0,492	3(17,6)	11(78,6)	4(14,8)	18(31,0)	<b>0,0001</b>	0,260
- атрофия	0(0)	10(76,9)	12(48,0)	22(40,0)	<b>0,0001</b>	3(17,6)	7(50,0)	4(14,8)	14(24,1)	<b>0,034</b>	0,108
Фовеолярная гиперплазия	12(70,6)	4(30,8)	0(0)	16(29,1)	<b>0,0001</b>	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	-	<b>0,0001</b>
Кишечная метаплазия:											
- неполная	0(0)	8(61,5)	15(60,0)	23(41,8)	<b>0,0001</b>	0(0)	4(28,6)	0(0)	4(6,9)	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
- полная	0(0)	4(50,0)	10(66,7)	14(25,5)	<b>0,012</b>	0(0)	4(100)	0(0)	4(100)	<b>0,001</b>	<b>0,015</b>
- полная	0(0)	4(50,0)	5(33,3)	9(16,4)	0,063	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	-	<b>0,004</b>

Примечание: по критерию  $\chi^2$  P<sub>1</sub> – статистическая значимость различий между подгруппами группы I; P<sub>2</sub> – статистическая значимость различий между подгруппами группы II; P – статистическая значимость различий между группой I и группой II.

фовеолярной гиперплазии не отмечается, а в пилорических железах выявляются признаки дистрофии, атрофии, нередко – кишечная метаплазия.

Уреазная активность в биоптатах СОЖ (табл. 3) при ХГ, ассоциированном с ПХЭР, выявлялась в 43,6 % случаев – реже, чем при ХГ, ассоциированном с неоперированной ЖКБ, но степень ее была выше.

Таблица 3

**Частота выявления и степень уреазной активности в биоптатах СОЖ у обследованных пациентов**

Уреазная активность	Частота выявления, абс. (%)		$\chi^2$	df	P
	Группа I (ХГ при ПХЭР) n=55	Группа II (ХГ при неоперированной ЖКБ) n=58			
Положительная	24 (43,6)	35 (60,3)	2,524	1	0,112
Степени: низкая	0 (0)	15 (42,9)	15,488	2	<0,0001
средняя	18 (75,0)	18 (51,4)			
высокая	6 (25,0)	2 (5,7)			

Примечание: P – статистическая значимость различий между группой I и группой II.

Что касается функциональной активности желудка, то по уровню кислотообразования натошак существенных различий не было: у пациентов обеих групп преобладала гипо- и анацидность, после стимуляции же больные ХГ, ассоциированным с ПХЭР, продемонстрировали менее активный секреторный ответ, чем пациенты с ХГ при неоперированной ЖКБ. При этом степень прироста кислотообразующей активности в группе I отличалась при различной направленности ОВТ (рис. 1). Наибольшей она оказалась у лиц со смешанной направленностью ОВТ (25,0 % из них повысили секреторную способность до нормоацидности) и у симпатотоников, 14,3 % которых также продемонстрировали нормо- и гиперацидность, наименьшей – у парасимпатотоников (лишь у 6,2 % из них обнаружилось повышение кислотообразования после стимуляции).



Рис 1. Частота нарушения кислотообразующей функции желудка натошак и после стимуляции у пациентов с ХГ, ассоциированным с ПХЭР при различной направленности ОВТ

Изучение моторной функции выявляло гипокинез желудка у больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, в 2 раза чаще, чем при ХГ на фоне неоперированной ЖКБ ( $P=0,029$ ). Кроме того, существовала четкая зависимость между типом нарушения желудочной моторики и направленностью ОВТ (рис. 2). Для парасимпатотоников оказались типичными нормо- и гиперкинез желудка, для лиц со смешанной направленностью ОВТ – нормо- и гипокинез, а для симпатотоников – значительный гипокинез.



Рис. 2. Частота нарушений моторной функции желудка в зависимости от направленности ОВТ у больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР и неоперированной ЖКБ

## 2. Клинические особенности ХГ, ассоциированного с ПХЭР.

Во всех случаях основные проявления ХГ, ассоциированного как с ПХЭР, так и с неоперированной ЖКБ, были модифицированы сопутствующей патологией ЖВП и поджелудочной железы и тесно связаны с состоянием органов панкреатобилиарной зоны и с особенностями морфо-функционального статуса желудка.

Для пациентов обеих групп (у 93,0 % и 78,0 % больных соответственно) абдоминальный болевой синдром различной степени выраженности был наиболее типичным клиническим признаком (табл. 4).

При этом у обследованных группы I абдоминальные боли отличались более широкой локализацией. Симптомы желудочной, билиарной и кишечной диспепсии варьировали по частоте. У 1/3 обследованных в каждой группе отмечено снижение аппетита. Рвота и поносы достоверно чаще регистрировались у пациентов с ХГ, перенесших ХЭ, в сравнении с не оперированными, а переполнение, тяжесть в эпигастрии и тошнота – у обследованных с холецистолитиазом ( $P<0,05$ ).

У пациентов группы I при ХГ с парасимпатической направленностью ОВТ в структуре ПХЭР преобладали явления хронического панкреатита (87,9 % случаев), что определило клиническое своеобразие первого варианта коморбидной пары ХГ – ПХЭР: торпидный характер абдоминального болевого синдрома и рецидивирующее течение желудочной, кишечной и билиарной диспепсии. Провоцирующими факторами болей и диспепсии, как правило, выступали пищевые погрешности, реже ухудшения возникали спонтанно.

## Сравнительная характеристика жалоб у обследованных пациентов

Симптомы	Частота выявления симптомов, %		Р
	Группа I ХГ при ПХЭР n=100	Группа II ХГ при ЖКБ неоперированной n=100	
Боли в эпигастральной области	60,0	56,0	0,667
Боли в правом подреберье	93,0	78,0	<b>0,005</b>
Боли в левом подреберье	48,0	40,0	0,319
Боли в околопупочной области	32,0	12,0	<b>0,001</b>
Боли во всех отделах живота	36,0	24,0	0,090
Опоясывающие боли	50,0	28,0	<b>0,002</b>
Переполнение и тяжесть в эпигастрии	77,0	94,0	<b>0,001</b>
Тошнота	58,0	81,0	<b>0,0001</b>
Рвота	8,0	0	<b>0,012</b>
Изжога	53,0	43,0	0,203
Горький привкус во рту	66,0	59,0	0,381
Метеоризм	68,0	73,0	0,535
Поносы	44,0	14,0	<b>0,0001</b>
Запоры	21,0	30,0	0,194
Снижение аппетита	34,0	37,0	0,768

Примечание: по критерию  $\chi^2$  – (df=1) Р – статистическая значимость различий между группой I и группой II.

При смешанной направленности ОВТ, определявшей второй вариант коморбидной пары ХГ – ПХЭР, в структуре последних встречались проявления хронического панкреатита (45,0 %) и дисфункциональных расстройств сфинктерного аппарата ЖВП (55,0 %). Абдоминальный болевой синдром соответственно носил эпизодический приступообразный характер и провоцировался как психоэмоциональными факторами, так и пищевыми погрешностями. Диспепсические ощущения у этих пациентов носили стойкий характер, проявляясь комбинацией желудочной, кишечной и билиарной диспепсии.

У больных ХГ с симпатической направленностью ОВТ, формирующих третий вариант заболевания, структура ПХЭР была представлена преимущественно дисфункциями сфинктерного аппарата ЖВП (72,3 %), в том числе и на фоне органических поражений внепеченочных желчных протоков (14,9 %). Абдоминальный болевой синдром рецидивирующего типа проявлялся приступообразными спастическими болями, спровоцированными психоэмоциональными реакциями и пищевыми погрешностями. Рецидивирующий диспепсический синдром был представлен, главным образом, билиарной и кишечной диспепсией.

### 3. Вегетативный статус больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР

Установлено, что 96,0 % больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, имели признаки ВД в виде психовегетативного синдрома с abortивными вегетативными пароксизмами, сочетающимися ваго-инсулярные и симпато-адреналовые реакции. Балльная оценка ВД (табл. 5) показала, что наиболее выраженные ее проявления характерны для парасимпатотоников, наименее выраженные – для

### Частота надсегментарных и сегментарных вегетативных расстройств у обследованных пациентов

Показатели	Частота выявления, абс. (%)										P
	Группа I – ХГ при ПХЭР				P <sub>1</sub>	Группа II – ХГ при неоперированной ЖКБ				P <sub>2</sub>	
	направленность ОВТ					направленность ОВТ					
	парасимпат n=33	смешанная n=20	симпатич. n=47	в целом n=100	парасимпат n=38	смешанная n=14	симпатич. n=48	в целом n=100			
Балльная оценка ВД, X±s	31,8±12,40	22,9±8,85	20,4±10,15	24,7±11,79	<b>0,0001</b>	23,4±9,89	21,6±5,91	20,4±8,74	21,7±8,91	0,303	<b>0,044</b>
<b>Направленность вегетативного тонуса в системе органов пищеварения</b>											
Парасимпатическая	26 (78,8)	17 (85,0)	14 (29,8)	57 (57,0)	<b>0,0001</b>	27 (71,0)	8 (57,2)	17 (35,4)	52 (52,0)	<b>0,003</b>	<b>0,041</b>
Смешанная	3 (9,1)	1 (5,0)	11 (23,4)	15 (15,0)		9 (23,7)	5 (35,7)	15 (31,3)	29 (29,0)		
Симпатическая	4 (12,1)	2 (10,0)	22 (46,8)	28 (28,0)		2 (5,3)	1 (7,1)	16 (33,3)	19 (19,0)		
<b>Вегетативная реактивность</b>											
Повышенная	4 (12,1)	0	0	4 (4,0)	<b>0,0001</b>	2 (5,3)	0	1 (2,1)	3 (3,0)	<b>0,035</b>	0,273
Нормальная	26 (78,8)	16 (80,0)	22 (46,8)	64 (64,0)		26 (68,4)	9 (64,3)	21 (43,8)	56 (56,0)		
Сниженная	2 (6,1)	4 (20,0)	22 (46,8)	28 (28,0)		9 (23,7)	5 (35,7)	26 (54,1)	40 (40,0)		
Извращенная	1 (3,0)	0	3 (6,4)	4 (4,0)		1 (2,6)	0	0	1 (1,0)		
<b>Вегетативное обеспечение деятельности</b>											
Недостаточное	13 (39,4)	4 (20,0)	7 (14,9)	24 (24,0)	<b>0,053</b>	6 (15,8)	3 (21,4)	5 (10,4)	14 (14,0)	0,496	0,168
Нормальное	20 (60,6)	15 (75,0)	35 (74,5)	70 (70,0)		27 (71,0)	11 (78,6)	39 (81,3)	77 (77,0)		
Избыточное	0	1 (5,0)	5 (10,6)	6 (6,0)		5 (13,2)	0	4 (8,3)	9 (9,0)		
<b>Сегментарные вегетативные нарушения</b>											
Признаки раздражения симпатического ствола	10(30,3)	3(15,0)	28(59,6)	41(41,0)	<b>0,0001</b>	6(15,8)	3(21,4)	24(50,0)	33(33,0)	<b>0,002</b>	0,305
Признаки ирритации солнечного сплетения	4(12,2)	2(10,0)	18(38,3)	24(24,0)	<b>0,007</b>	2(5,3)	1(7,1)	33(68,8)	36(36,0)	<b>0,0001</b>	0,090
<b>Кожная гиперестезия в зонах Захарьина-Геда</b>											
для желудка	2(6,1)	3(15,0)	18(38,3)	23(23,0)	<b>0,002</b>	1(2,6)	3(21,4)	23(47,9)	27(27,0)	<b>0,0001</b>	0,624
для желчного пузыря	5(15,2)	3(15,0)	26(55,3)	34(34,0)	<b>0,0001</b>	8(21,0)	3(21,4)	22(45,8)	33(33,0)	<b>0,032</b>	1

Примечание: P<sub>1</sub> – статистическая значимость различий между подгруппами группы I; P<sub>2</sub> - статистическая значимость различий между подгруппами группы II; P - статистическая значимость различий между группой I и группой II (по балльной оценке – с помощью однофакторного дисперсионного анализа, для остальных показателей - по критерию  $\chi^2$ ).

симпатотоников.

При этом у парасимпатотоников ВД, как правило, предшествовала названным соматическим заболеваниям ЖКТ, у лиц со смешанной направленностью ОВТ – развивалась на их фоне, а у симпатотоников были возможны оба варианта.

У трети больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, вегетативный статус характеризовался (табл. 5) доминированием парасимпатического тонуса ВНС как общего, так и на уровне системы пищеварения. Преобладающим у них типом вегетативного реагирования был нормальный, реже – повышенный, который обеспечивался реакциями парасимпатической направленности. Соответственно ВОД у них в основном было нормальным либо недостаточным. Сегментарные вегетативные расстройства выявлялись у них в 30,3 % случаев, проявляясь симптомами ирритации пограничного симпатического ствола, редко – зоны солнечного сплетения. Во всех случаях они регистрировались в пределах сегментов, где представлена иннервация желудка и желчного пузыря.

У пятой части больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, ОВТ имел смешанную направленность, которой в системе органов пищеварения, как правило, соответствовала парасимпатикотония. Как и у лиц с парасимпатической направленностью ОВТ, у них чаще всего отмечались нормальные и парасимпатические вегетативные реакции, обеспечившие преобладание нормального типа ВР и ВОД. Вегетативные расстройства на уровне сегментарной иннервации желудка и желчного пузыря у них были редкими (15,0 % случаев).

У половины больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, в вегетативном статусе доминировал симпатический тонус ВНС как общий, так и в системе органов пищеварения. Признаков рассогласования в деятельности отдельных систем организма у этих больных не было отмечено. Для них наиболее типичны были вегетативные реакции симпатической направленности, формировавшие сниженную либо даже извращенную ВР. В орто- и клиностатической пробах у большинства пациентов зарегистрированы показатели, свойственные нормальному ВОД. Сегментарные вегетативные расстройства у них имели место в 59,6 % случаев и проявлялись умеренно выраженными симптомами ирритации пограничного симпатического ствола справа и слева на уровне иннервации желудка и желчного пузыря, а также признаками солярной ирритации и кожной гиперестезии в зонах Захарьина-Геда, выходя за уровни их сегментарной иннервации.

#### **4. Особенности психического статуса, личностное реагирование на болезнь и качество жизни больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР**

Результаты исследования психического статуса пациентов с ХГ, ассоциированным с ПХЭР и неоперированной ЖКБ, не выявили принципиальных межгрупповых различий, что нужно рассматривать в контексте нозологического единства больных ЖКБ, находящихся лишь на разных этапах своего соматического заболевания. И, если пациенты с ХГ, ассоциированным с ПХЭР, пережили комплекс эмоциональных реакций в связи с оперативным вмешательством и послеоперационной реабилитацией, то больные с ХГ с неоперированной ЖКБ таким эмоциональным «опытом» не располагают. Усредненные профили теста СМОЛ больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР (рис. 3), вне зависимости от направленности ОВТ лежат в диапазоне нормы, однако их конфигурация отражает тревожные, депрессивные и ипохондрические тенденции, в отдельных случаях с признаками дис-

гармонизации личности. Наиболее ярко это представлено в усредненном профиле парасимпатотоников, наименее ярко – у симпатотоников.

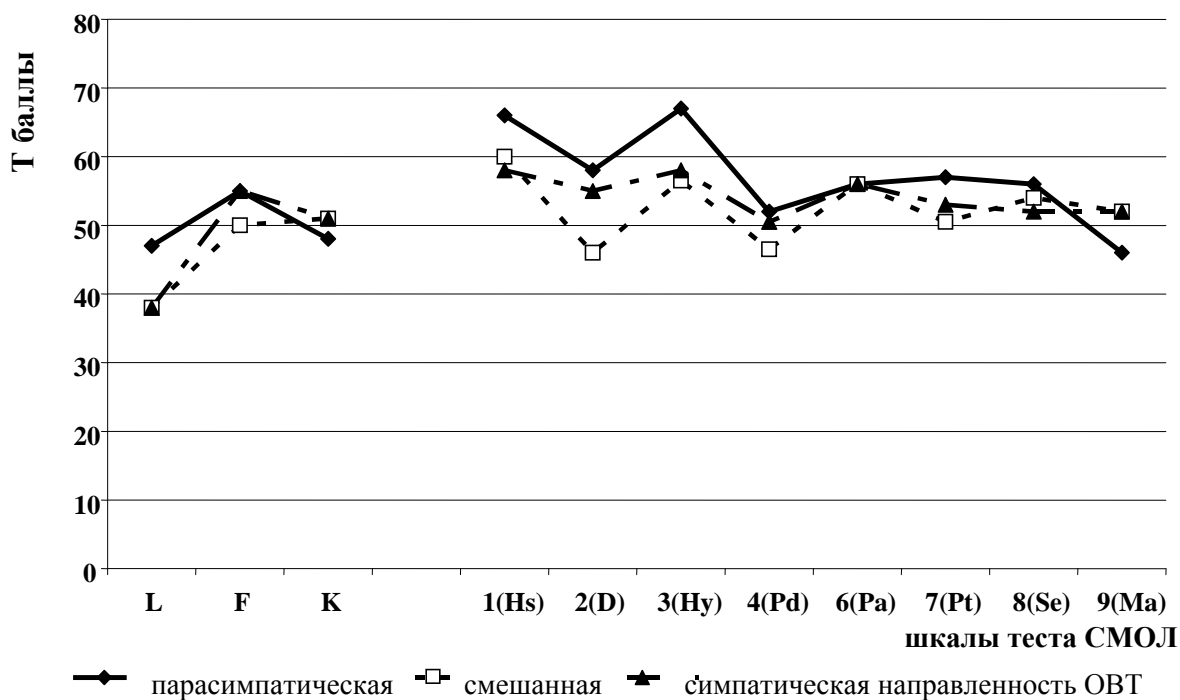


Рис. 3. Усредненные профили теста СМОЛ больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, в зависимости от направленности ОВТ

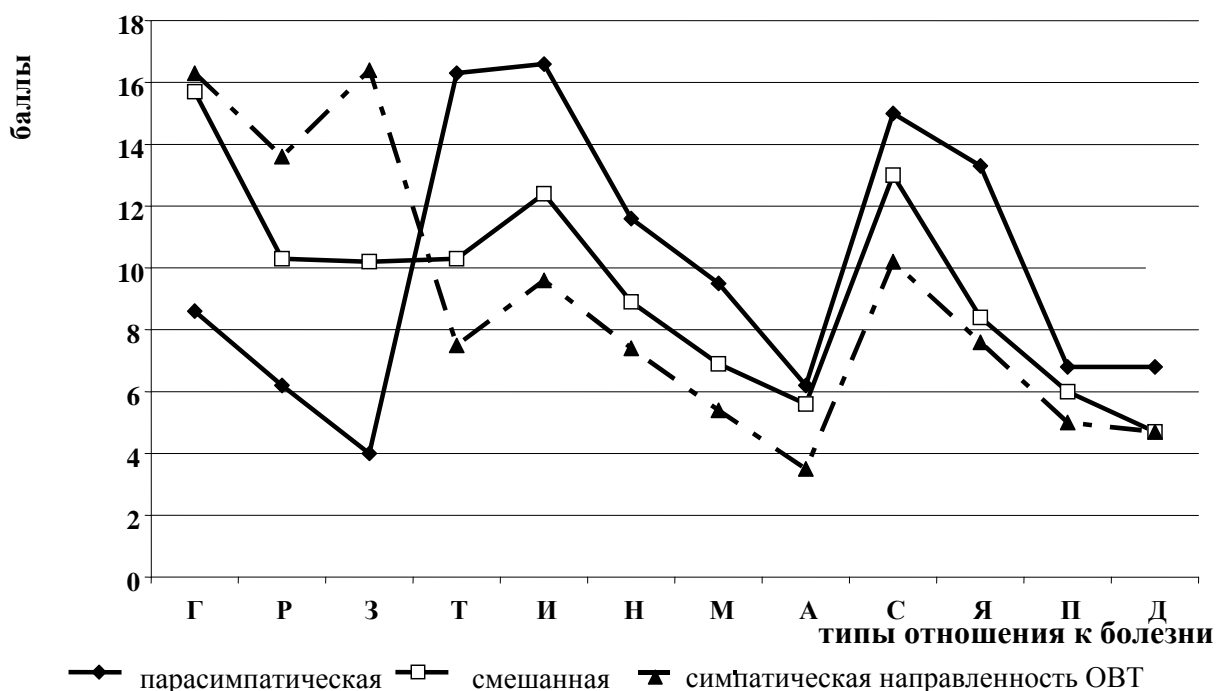
У пациентов обеих групп в среднем выявлялся умеренный уровень личностной тревожности:  $39,0 \pm 9,35$  и  $41,0 \pm 10,08$  баллов ( $X \pm s$ ) соответственно в группе I и группе II ( $P=0,147$ ). При этом средний уровень реактивной тревожности в группе I был низким ( $29,0 \pm 6,34$  балла), а в группе II – умеренным ( $31,0 \pm 5,68$  баллов,  $P=0,020$ ). Внутри групп существенной взаимосвязи уровня тревожности и направленности ОВТ не обнаружено.

Изучение личностного реагирования на течение болезни показало, что у больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, из адекватных ТОБ гармоничный регистрировался только как «чистый» в 19,0 % случаев, а эргопатический и анозогностический – как правило, в составе «смешанных» типов – в 12,0 и 29,0 % соответственно. У пациентов с ХГ, ассоциированным с неоперированной ЖКБ, гармоничный ТОБ выявлялся примерно с той же частотой – в 23,0 % наблюдений ( $P=0,602$ ), эргопатический – чаще, чем в группе I (24,0 %,  $P=0,043$ ), а анозогностический – реже (15,0 %,  $P=0,026$ ). Деадаптивные ТОБ в обеих группах встречались с примерно одинаковой частотой (52,0 и 53,0 % соответственно), и их структура была сходна: преобладали ипохондрический, тревожный, неврастенический и сенситивный чаще в составе «смешанных» типов, при этом прослеживалась зависимость от направленности ОВТ.

Так, в группе I был выявлен достаточно неоднородный тип реакций (рис. 4). Среди парасимпатотоников доминировали тревожный, ипохондрический, сенситивный и эгоцентрический – ТОБ с интер- и интрапсихической направленностью, способствующие формированию социальной дезадаптации больных, у лиц со смешанной направленностью ОВТ наряду с частым «чистым» гармоничным типом имели место ипохондрический и сенситивный ТОБ, как правило, в сочетании друг с другом, а у симпатотоников преобладали наиболее благоприятные в плане



социальной адаптации ТООБ – анозогнозический, гармоничный, эргопатический, что в том числе, повлияло и на степень снижения их КЖ.



Примечание. Типы отношения к болезни:

Г – гармоничный, Э – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, И-ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический, С – сенситивный, Я – эгоцентрический, П – паранойальный, Д – дисфорический.

Рис. 4. Усредненные профили типов отношения к болезни у пациентов с ХГ, ассоциированным с ПХЭР, в зависимости от направленности ОВТ

Исследование КЖ больных ХГ во всех случаях выявило наличие ограничений в их повседневной деятельности в связи с заболеванием. Количественная оценка КЖ показала, что в группе I индекс выбранных шкал (ИВШ) достоверно больше, а индекс качества жизни (ИКЖ) – ниже, чем в группе II (табл. 6).

Таблица 6

**Индексы опросника «Качество жизни» обследованных пациентов в зависимости от направленности ОВТ (в баллах,  $X \pm s$ )**

	В целом по группе	Направленность ОВТ			P'
		парасимпатическая	смешанная	симпатическая	
<b>Группа I</b>	<b>n=100</b>	<b>n=33</b>	<b>n=20</b>	<b>n=47</b>	
ИВШ	6,6±2,85*	7,4±2,69	6,9±2,35	5,8±3,08	<b>0,037</b>
ИКЖ	-6,8±4,17**	-8,4±4,01	-7,2±2,76	-5,4±4,41	<b>0,006</b>
<b>Группа II</b>	<b>n=100</b>	<b>n=38</b>	<b>n=14</b>	<b>n=48</b>	
ИВШ	5,2±2,63*	6,3±2,70	5,2±3,33	4,3±1,99	<b>0,002</b>
ИКЖ	-5,7±4,26**	-7,7±4,72	-5,4±4,71	-1,6±3,01	<b>0,0001</b>

Примечание: \* - P=0,0001 – статистическая значимость различий по ИВШ между группой I и группой II; \*\* - P=0,066 – статистическая значимость различий по ИКЖ между группой I и группой II; P' - статистическая значимость различий между подгруппами группы I и группы II по ИВШ и ИКЖ соответственно (использован однофакторный дисперсионный анализ).

При этом обнаружались и различия, связанные с направленностью ОВТ. Так, у парасимпатотоников параметры КЖ имели наименее благоприятные значения, у симпатотоников - относительно благоприятные, а у лиц со смешанной направленностью ОВТ – занимали промежуточное положение.

Усредненные профили КЖ (рис. 5) детализируют ограничения, оказывавшие наибольшее негативное влияние на пациентов: необходимость лечения (шкала № 1), соблюдения диеты (№ 14), повторных инструментальных диагностических исследований (№ 15), ограничение физических возможностей (№ 2), изменения во внешнем облике в связи с болезнью (№ 16).

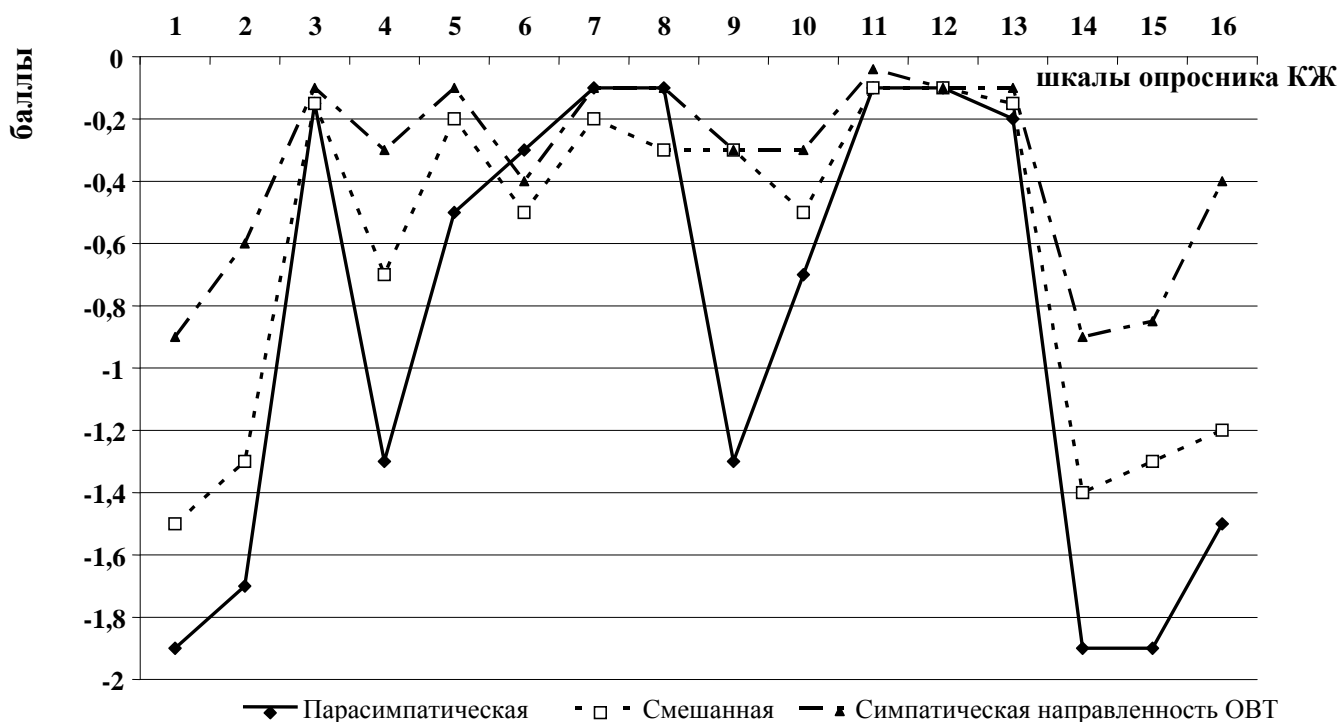


Рис. 5. Усредненные профили качества жизни пациентов с ХГ, ассоциированным с ПХЭР

При этом все профили лежат в диапазоне отрицательных значений, но наиболее низко – профиль парасимпатотоников, особенно по таким шкалам как № 4 – (ограничение поездок в транспорте) и № 9 (ограничение в проведении досуга). Профили лиц со смешанной направленностью ОВТ и симпатотоников повторяют конфигурацию профиля парасимпатотоников, но находятся выше, что свидетельствует о менее значительном снижении их КЖ.

## ВЫВОДЫ

1. Морфологическая картина ХГ, ассоциированного с ПХЭР, проявляется сочетанием атрофического гастрита антрального отдела желудка разной степени выраженности и неатрофического – фундального отдела. При этом основные морфологические характеристики СОЖ складываются на дооперационном этапе развития ЖКБ.

2. Неатрофическое поражение тела и антрума сопровождается умеренным снижением кислотообразования со слабой реакцией железистого аппарата на стимуляцию, гипер- и нормокинезом органа; сочетание неатрофического поражения тела желудка с очаговой атрофией антрума – отчетливым снижением кислотной продукции, активной реакцией на стимуляцию, нормо- и гипокинезом желудка; при сочетании неатрофического гастрита тела с выраженной атрофией антрума либо при распространенной атрофии имеет место значительное снижение кислотообразования с умеренной реакцией на раздражители секреции, и гипокинез желудка.
3. Клинические проявления ХГ, ассоциированного с ПХЭР, определяются как морфо-функциональными изменениями желудка, так и характером и выраженностью поражения органов панкреатобилиарной зоны. При этом неатрофический ХГ, как правило, сочетается с панкреатическим типом ПХЭР и отличается торпидными абдоминальными болями и рецидивирующим диспепсическим синдромом. ХГ с очаговой атрофией СОЖ в антральном отделе протекает на фоне панкреатического либо билиарного типов ПХЭР с рецидивирующими абдоминальными болями и стойкой диспепсией. ХГ с выраженной антральной либо распространенной атрофией СОЖ сопутствуют преимущественно дисфункциональные расстройства билиарного тракта, что сопровождается рецидивирующим характером абдоминального и диспепсического синдромов.
4. Нарушения регуляции на уровне надсегментарного и сегментарного аппаратов вегетативной нервной системы участвуют в формировании морфо-функциональных особенностей ХГ, ассоциированного с ПХЭР. Доминирующая парасимпатикотония и вегетативные реакции парасимпатической направленности выявляются у больных с неатрофическим типом ХГ, умеренным снижением кислотообразования, гипер- и нормокинезом желудка. Смешанная направленность вегетативного тонуса и вегетативных реакций сопровождает антральный очаговый атрофический гастрит с отчетливым снижением кислотной продукции желудка, его нормо- и гипокинезом. Симпатикотония и вегетативные реакции симпатического типа отмечаются у больных с выраженным антральным или распространенным атрофическим гастритом с секреторной недостаточностью и желудочным гипокинезом. При этом ХГ, ассоциированный с ПХЭР, характеризуется высокой частотой вегетативной дисфункции в виде abortивных вегетативных пароксизмов преимущественно смешанной направленности и сегментарно-периферическими расстройствами.
5. Течение ХГ, ассоциированного с ПХЭР, сопровождается ипохондрическими и тревожно-депрессивными эмоциональными реакциями больных и снижением качества их жизни.
6. ХГ, ассоциированный с ПХЭР, может протекать в виде трех кликопатогенетических вариантов, различающихся морфо-функциональными характеристиками желудка, клиническими проявлениями коморбидной пары ХГ – ПХЭР, особенностями вегетативных нарушений на надсегментарном и сегментарном уровнях, расстройствами в эмоционально-личностной сфере и уровнем качества жизни больных.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Тактика ведения больных ХГ, ассоциированным с ПХЭР, должна строиться с учетом его клинко-патогенетических вариантов.
2. Диагностические критерии клинко-патогенетических вариантов ХГ, ассоциированного с ПХЭР, основаны на морфологических и функциональных характеристиках желудка, особенностях клинических проявлений и течения заболеваний желудка и панкреатобилиарной зоны, параметрах вегетативного статуса больных, эмоционально-личностной сферы и качества жизни больных.
3. Диагностическими критериями первого варианта ХГ, ассоциированного с ПХЭР, являются: неатрофическое поражение антрального и фундального отделов желудка с умеренной и легкой степенью активности; умеренно сниженный уровень кислотообразования со слабой реакцией на стимуляцию, гипер- и нормокинез желудка; преобладание панкреатического типа ПХЭР с торпидным абдоминальным болевым и рецидивирующим диспепсическим синдромом; доминирующая парасимпатикотония и реакции парасимпатической направленности с редкими сегментарными расстройствами; тревожные, депрессивные и ипохондрические тенденции в актуальном психическом состоянии с дисгармонизацией личности и значительным снижением качества жизни больных.
4. Критериями диагностики второго варианта ХГ, ассоциированного с ПХЭР, служат: сочетание очаговой атрофии слизистой оболочки желудка в антральном отделе нередко с кишечной метаплазией эпителия с неатрофическим поражением в фундальном с умеренной и легкой степенью активности воспаления; отчетливо сниженное желудочное кислотообразование с активной реакцией на стимуляцию, нормо- и гипокинез желудка; панкреатический либо билиарный типы ПХЭР, формирующие рецидивирующие абдоминальные боли и стойкий диспепсический синдром; смешанная направленность вегетативного тонуса и вегетативных реакций; тревожно-ипохондрические психо-эмоциональные реакции с конверсионными ригидными стереотипами поведения и умеренным снижением качества жизни.
5. Диагностические критерии третьего варианта ХГ, ассоциированного с ПХЭР, включают в себя: сочетание выраженной очаговой атрофии слизистой оболочки желудка в антральном отделе с неатрофическим поражением в теле либо выраженной распространенной атрофией с частой полной или неполной кишечной метаплазией эпителия, легкой или умеренной активностью воспаления; выраженное снижение кислотообразования с умеренной реакцией на раздражители секреции и гипокинез желудка; преобладание в структуре ПХЭР дисфункциональных расстройств сфинктерного аппарата желчевыводящих путей с рецидивирующими абдоминальными болями спастического характера и диспепсическим синдромом; симпатическую направленность вегетативного тонуса и вегетативных реакций с отчетливыми сегментарными расстройствами; склонность к тревожным и ипохондрическим реакциям без дисгармонизации личности, адекватным личностным реагированием на течение болезни и незначительным снижением качества жизни.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Львова, М. А. Качественно-количественная оценка слизистой оболочки желудка (СОЖ) у больных хроническим гастритом по данным фиброгастроскопии [Текст] / М. А. Львова, А. Д. Патрикеева; под ред. проф. В. А. Соловьева // Материалы XLIX межвузовской научной конференции: тез. докл. — Тверь, 2003. — С. 44.
2. Львова, М. А. Качество жизни больных в отдаленные сроки после холецистэктомии [Текст] / М. А. Львова // Материалы V съезда научного общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии: тезисы докладов, (3–6 февраля 2005 г.). — М.: «Анахарсис», 2005. — С. 356–357.
3. Джулай, Г. С. Особенности вегетативного тонуса у больных с различными вариантами постхолецистэктомического синдрома [Текст] / Г. С. Джулай, М. А. Львова // Российск. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2005. — № 5. — Прил. 26. — С. 88.
4. Львова, М. А. Постхолецистэктомический синдром и качество жизни больных в отдаленные сроки после холецистэктомии [Текст] / М. А. Львова // Совершенствование структуры и содержания научной и практической медицины: ежегодный сборник научно-практических работ. — Тверь, 2005. — С.148–150.
5. Джулай, Г. С. Постхолецистэктомический синдром и состояние органов пищеварения (Обзор литературы) [Текст] / Г. С. Джулай, М. А. Львова // Верхневолжский мед.й журнал. — 2005. — Т. 4, № 3–4. — С. 44–48.
6. Джулай, Г. С. Состояние надсегментарного отдела вегетативной нервной системы при постхолецистэктомических расстройствах [Текст] / Г. С. Джулай, М. А. Львова // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2006. — № 1–2. — С. 45.
7. Джулай, Г. С. Клинические особенности и состояние надсегментарного вегетативного аппарата больных с различными типами постхолецистэктомических расстройств [Текст] / Г. С. Джулай, М. А. Львова, Т. М. Львова; под ред. д.м.н. М. А. Бутова // Актуальные вопросы гастроэнтерологии в терапии и хирургии: сб. науч. тр. — Рязань-Москва: ГОУ ВПО «РязГМУ Росздрава», 2006. — Вып. 3. — С. 121–126.
8. Львова, М. А. Субъективное восприятие болезни и качество жизни пациентов с различными типами постхолецистэктомических расстройств в отдаленные сроки после операции [Текст] / М. А. Львова // Психосоматическая медицина — 2006: сб. тез. I Международного конгресса, (8–9 июня 2006 г.). — СПб., 2006. — С. 128–129.
9. Джулай, Г. С. Морфологические особенности хронического гастрита и вегетативный статус больных с патологией билиарного тракта [Текст] / Г. С. Джулай, М. А. Львова // Морфология: Архив анатом., гистол. и эмбриол. — 2006. — Т. 130. — № 5. — С. 41.
10. Львова, М. А. Клинико-патогенетические особенности хронического гастрита у больных с постхолецистэктомическими расстройствами [Текст] /

- М. А. Львова // Молодежь и наука: итоги и перспективы: материалы межрегиональной научно-практич. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием, (22–24 ноября 2006 г.). — Саратов: Изд-во Саратовского мед. ун-та, 2006. — С. 197.
11. Джулай, Г. С. Абдоминальный болевой синдром у больных с различными типами постхолецистэктомических расстройств в отдаленные сроки после операции [Текст] / Г.С. Джулай, М.А. Львова, А.О. Барбашинов // Новые технологии в территор. здравоохранении: ежегод. сб. научно-практич. работ. — Тверь, 2006. — С. 89–91.
  12. Джулай, Г. С. Вегетативная регуляция и особенности клинических проявлений постхолецистэктомических расстройств [Текст] / Г.С. Джулай, М.А. Львова // Соврем. технологии диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения: матер. науч. сессии, посвящ. 70-летию ТГМА, (5 декабря 2006 г.). — Тверь, 2006. — С. 49–52.
  13. Джулай, Г. С. Особенности эмоционально-личностной сферы и качество жизни больных с различными типами постхолецистэктомических расстройств в отдаленные сроки после операции [Текст] / Г. С. Джулай, М. А. Львова, А. В. Львов // Успенские чтения: материалы научно-практич. конф. врачей России, посвящ. 70-летию Тверской гос. мед. акад., (20–21 декабря 2006 г.). — Тверь, 2006. — Вып. 4. — С. 154–156.
  14. Дискинезии желчевыводящих путей [Текст]: методические рекомендации для студентов 4–5 курса лечебного факультета / Твер. гос. мед. акад.; [Г. С. Джулай, М. А. Львова]; [под ред. В. В. Чернина]. — [Тверь]: РИЦ ТГМА, 2006. — 32 с.
  15. Львова, М. А. Морфофункциональные характеристики хронического гастрита, ассоциированного с различными типами постхолецистэктомических расстройств [Текст] / М. А. Львова // VII съезд Научного общества гастроэнтерологов России, посвящ. 40-летию Всесоюзного научно-исследовательского института гастроэнтерологии – Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии: тез. докл., (20–23 марта, 2007 г.). — М., 2007. — С. 397–398.
  16. Джулай, Г. С. Клинические особенности и эмоционально-личностная сфера больных с постхолецистэктомическими расстройствами [Текст] / Г. С. Джулай, М. А. Львова // Гастроэнтерология СПб., 2007. — № 1–2. — С. 36.
  17. Львова, М. А. Морфофункциональные характеристики гастродуоденальной зоны у мужчин с желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическими расстройствами [Текст] / М. А. Львова // Лечебно-диагностич., морфофункционал. и гуманитар. аспекты медицины: ежегод. сб. научно-практич. работ. — Тверь, 2007. — С. 103–105.
  18. Львова, М. А. Клинико-патогенетические особенности хронического гастрита, ассоциированного с заболеваниями желчевыводящей системы [Текст] / М. А. Львова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — № 5. — С. 146–150.
  19. Львова, М. А. Вегетативная нервная регуляция, морфологические и клинические особенности хронического гастрита у больных с постхолецистэктомическими расстройствами [Текст] / М. А. Львова, Д. В. Баженов // VIII съезд Научного общества гастроэнтерологов России, совместной школы постдиплом-

ного образования АГА и НОГР, XXXIV сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии: тез. докл. (4–7 марта 2008 г.). — М.: «Анахарсис», 2008. — С. 148–149.

### Список использованных сокращений

ВНС	вегетативная нервная система
ВД	вегетодистония
ВОД	вегетативное обеспечение деятельности
ВР	вегетативная реактивность
ВТ	вегетативный тонус
ЖВП	желчевыводящие пути
ЖКБ	желчнокаменная болезнь
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИВШ	индекс выбранных шкал
ИКЖ	индекс качества жизни
КЖ	качество жизни
ОВТ	общий вегетативный тонус
ПХЭС	постхолецистэктомический синдром
ПХЭР	постхолецистэктомические расстройства
СОЖ	слизистая оболочка желудка
ТОБ	типы отношения к болезни
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХГ	хронический гастрит
ХЭ	холецистэктомия
ЭГГ	электрогастрограмма
ЭГДС	эзофагогастродуоденоскопия
ЭРПХГ	эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии  
[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)