

редній вік хворих становив $38,2 \pm 6,8$ роки, діагноз підтверджувався рентгенологічно та на фіброгастроскопії. Гістологічні зміни визначали на біоптатах СО після фарбування гематоксилін-еозином, Нр визначались на зтингах, що фарбувались за Романовським-Гімзе. Засіяність Нр визначали гістологічно за оригінальною методикою та градували на 3 ступені.

Результати: Астральний гастрит (АГ) та дуоденіт виявлено у всіх хворих. Поверхневий АГ складав 25,4%, помірно виражений – 52,4%, атрофічний – 22,2%. Дуоденіт помірно виражений виявлено у 26,4%, різко виражений – у 44,8%, дуоденіт з атрофією – у 28,8%. Засіяність Нр I ступеню при поверхневому АГ становила – 62,8%, II ступеню – 37,2%, III ступеню – не виявлено. При АГ помірно вираженому – засіяність Нр I ступеню виявлено у 25,2%, II ступеню – 54,8%, III ступеню – 19,8%. При атрофічному АГ I ступінь засіяності Нр не зустрічалась, II ступінь – у 68,4%, III ступінь – у 31,6%. При дуоденітах не отримано чіткої залежності між ступенем засіяності СО та морфологічними змінами, що можливо пояснити переважним заселенням Нр СО дуоденум лише в місцях шлункової метаплазії.

Висновок: Виявлена прямопропорційна залежність важкості астрального гастриту від ступеня засіяності Нр у хворих на дуодентальну виразку.

ГУМОРАЛЬНЫЙ И КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Н.Н. Кириченко (Сумы)

В качестве основных механизмов, посредством которых *Helicobacter pylori* (Нр) индуцирует воспалительный ответ и повреждение слизистой оболочки желудка рассматриваются: высвобождение токсинов, индуцирующих воспалительный процесс; непосредственное повреждающее действие Нр на эпителиоциты и экспрессией факторов хемотаксиса; ответную иммунную реакцию организма хозяина. Одним из методов оценки иммунной системы является исследование состояния активации иммунокомпетентных клеток.

Целью исследования было изучение экспрессии маркеров активации CD25⁺, CD23⁺, CD4⁺, HLA-DR⁺ лимфоцитов периферической крови у больных язвенной болезнью хеликобактерной этиологии. Определение маркеров активации проводили с использованием моноклональных антител производителя ООО "Сорбент" (г. Санкт-Петербург).

Под наблюдением находилось 11 пациентов с язвенной болезнью средней тяжести течения и 10 пациентов с тяжелым течением. Пациенты получали общепринятую тройную антихеликобактерную терапию.

Установлено увеличение активационных маркеров лимфоцитов CD25⁺(ИЛ-2Р), достоверное увеличение CD23⁺, повышенную активацию HLA-DR⁺. Наблюдалось увеличение маркера активации иммунокомпетент-

ных клеток СДН⁺ в сравнении с контрольной группой. Уровень повышения маркеров СД25⁺, СД23⁺, СДН⁺, и HLA-DR⁺ коррелировало с тяжестью течения язвенной болезни.

После проведенного лечения отмечено снижение активации иммунокомпетентных клеток, хотя приближения к контрольным величинам не отмечалось, что может быть поводом к проведению иммунокоррекции.

ДІАГНОСТИКА ТА ПЕРЕБІГ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ЖІНОК

В.Ф. Орловський (Суми)

Частота виразкової хвороби та ерозивних уражень гастродуоденальної зони серед населення розвинутих країн залишається високою і сягає 10-15% населення. Окрему проблему становить рання діагностика цих захворювань серед жінок. На базі більш ніж 20-річного досвіду та обстеження більше тисячі пацієнток встановлено: що у 50% жінок виразкова хвороба (ВХ) протікає атипово, що призводить до пізньої діагностики захворювань. Середній термін встановлення діагнозу становив $6,3 \pm 0,85$ року. За цей період встановлювались помилкові діагнози хронічного гастриту, холециститу, дискинезій жовчовивідних шляхів.

Причинами пізньої діагностики були неякісно зібраний анамнез, недостатня оцінка клінічних симптомів та синдромів, стану секреторної функції шлунка. Рентгенологічні дослідження у 31% жінок не підтверджувало наявності неглибоких виразок, виразок в стадії рубцювання, деформації луковиці дванадцятипалої кишки, що є виявом виразкової хвороби. Це підтверджує необхідність фіброгастроскопії у всіх випадках неясного діагнозу у жінок.

Пік захворюваності на ВХ та ерозивний гастродуоденіт серед жінок припадає на вік 13-17 років та після 45 років, де частота цих захворювань зрівнюється з показниками серед чоловіків. Більш м'який перебіг захворювання в фертильному віці пов'язаний з дією естрогенів. Частота ускладнень у жінок зростає у клімактеричному періоді і не відрізняється від чоловіків. В цей період перебіг виразково-ерозивних уражень у жінок характеризується резистентністю до терапії та зростання частоти загострень.

Висновок: Більш детальне ознайомлення лікарів з особливостями перебігу ВХ та ерозивних уражень серед жінок буде сприяти ранній діагностиці цього захворювання, призначенні адекватного лікування, профілактиці ускладнень, зменшення втрат по тимчасовій непрацездатності хворих.