УДК 616.34-002.253

Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Печкина К.Г., Беседина Е.Б.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЦИТОТОКСИЧЕСКИМИ ШТАММАМИ *H.PYLORI*, У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
КГБУЗ «Детская городская больница», г. Барнаул

Резюме. *Интерес к изучению цитотоксических (CagA положительные штаммы) H.pylori связан с тем, что инфицированность такими штаммами ассоциирована с более высокой вероятностью развития эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны, атрофии, кишечной метаплазии и рака желудка в последующем. Однако в литературе данные о клиническом течение гастрита, ассоциированного с такими штаммами, представлены единичными сообщениями, особенно это касается педиатрической популяции. Целью нашего исследования было изучить особенности клинического течения CagA-ассоциированного гастрита у детей школьного возраста. При этом с использованием как традиционных методик, там и специализированного опросника для оценки выраженности симптомов. В результате установлено, что для данной формы гастрита характерен более выраженный болевой синдром, как по частоте проявления, так и по интенсивности болей по данным опросника MDASI. При этом варианте гастрита чаще отмечались боли «поздние» по отношению к приему пищи, давящего характера с локализацией собственно в эпигастрии. При этом частота диспепсических проявлений у больных с данным вариантом гастрита ниже, чаще всего диспепсические жалобы представлены симптомами, связанными с нарушениями стула, в отличии от больных инфицированных «обычными» штаммами H.pylori*
С помощью опросника MDASI при данном варианте гастрита выявлена большая выраженность астено-вегетативных проявлений, по сравнению с больными, инфицированными CagA-негативными штаммами.
Ключевые слова. *Дети, хронический гастрит, цитотоксические штаммы H.pylori.*

Latyshev D. Yu., Lobanov Yu.F., Pechkina K.G., Besedina E.B.

CLINICAL PECULIARITIES OF GASTRITIS ASSOCIATED WITH CYTOTOXIC STRAINS H.PYLORI IN SCHOOL-AGE CHILDREN

Summary. *Interest to studying cytotoxic (CagA positive strains) H.pylori is connected by that the infection is associated by such strains with higher probability of development of erosive and ulcer defeats of a gastroduodenal zone, atrophies, an intestinal metaplaziya and a cancer of a stomach in the subsequent. However in literature data about clinical the course of the gastritis associated with such strains, are submitted by single messages, especially it concerns pediatric population. The purpose of our research was to study features of a clinical course of the CagA-associated gastritis at children of school age. Thus we used as traditional techniques and a specialized questionnaire for an assessment of expressiveness of symptoms. It is as a result established that for this form of gastritis more expressed pain syndrome, both on manifestation frequency, and on intensity of pains according to MDASI questionnaire is characteristic. At this option of gastritis pains "late" in relation to the meal, pressing character with localization actually in an epigastriya were more often noted. Thus the frequency of dispepsichesky manifestations at patients with this option of gastritis is lower, most often dispepsichesky complaints are submitted by the symptoms connected with violations of a chair, in difference from patients infected with "usual" strains of H.pylori*
By means of MDASI questionnaire at this option of gastritis big expressiveness of asteno-vegetative manifestations, in comparison with the patients infected with CagA-negative strains is revealed.
Key words. *Children, chronic gastritis, cytotoxic strains of H.pylori.*

Введение. Хронический гастрит – хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением процессов физиологической регенерации, со склонностью к прогрессированию, развитию атрофии и секреторной недостаточности [1]. Согласно этой концепции, хронический гастрит является клинико-морфологическим понятием. В соответствии со второй точкой зрения, хронический гастрит — это чисто морфологическое понятие, а клинические проявления этого заболевания

обозначают термином «неязвенная диспепсия», и данный симптомокомплекс относят в разряд функциональных нарушений [2]. Несмотря на различие подходов, в практике к симптомам хронического гастрита, как правило, относят различные варианты болевого синдрома в сочетании с симптомами желудочной диспепсии: отрыжкой, тошнотой, чувством раннего насыщения после приема пищи. Согласно современным представлениям, в структуре хронических гастритов 70% приходится на гастрит, ассоциированный с *H.pylori* [1, 3]. В связи с этим в ряде работ изучались особенности клинического течения геликобактерного гастрита. По мнению ряда авторов, к ним могут быть отнесены признаки «кишечной» диспепсии в виде расстройств дефекации – запоры, послабление, неустойчивый стул, урчание, вздутие живота. Часто они носят эпизодический характер и нередко становятся основой для формирования синдрома раздраженного кишечника [5]. В последующем были идентифицированы штаммы микроба с различной вирулентностью. Наиболее известные факторы вирулентности: вакуолизирующий цитотоксин (продукт гена VacA) и продукт цитотоксин-ассоциированного гена (CagA).

Было установлено, что CagA положительные штаммы ассоциированы с более высокой вероятностью развития эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны, атрофии, кишечной метаплазии и рака желудка в последующем [3, 4]. В связи с этим возникла потребность изучить особенности клинического течения гастрита у больных, инфицированных CagA-продуцирующими штаммами *H. Pylori.* Так, Решетников О.В. и соавт. (2003г) показали, что у подростков, серопозитивных в отношении CagA белка, чаще наблюдаются кислотозависимые симптомы (изжога, кислая отрыжка, ночные боли), что может быть обусловлено повышением желудочной секреции. При этом в этом же исследовании у детей связи наличия антител к белку CagA с абдоминальными симптомами выявлено не было [5]. Иные данные получены А.А. Прокофьевой (2011), которая показала, что синдром диспепсии у детей, ассоциированный с CagA-позитивными штаммами H.pylori, характеризуется более выраженным болевым абдоминальным синдромом и изжогой, а также большей распространенностью анемии [6].

Таким образом, данные литературы по этому вопросу носят фрагментарный характер. Особенно это касается детской популяции. Поэтому представляется важным изучить особенности течения данного варианта гастрита у детей с использованием как традиционной, так и новых методик, например, стандартизированных опросников, оценивающих интенсивность выраженности симптомов.

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения CagA-ассоциированного гастрита у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 90 детей в возрасте от 7 до 15 лет. Условиями включения в исследование были: наличие у пациента болевого абдоминального и диспепсического синдромов, отсутствие в анамнезе «эрадикационной» терапии, отсутствие приема «антисекреторных» препаратов и любых антибиотиков в течение 3 месяцев до проведения обследования, информированное согласие родителей. Критерии исключения – несоответствие критериям включения, отказ родителей ребенка от участия в исследовании. Проведено комплексное гастроэнтерологическое исследование согласно отраслевым стандартам, с обязательным проведением фиброгастродуоденоскопии со взятием и последующим гистологическим исследованием биоптатов антрального отдела желудка. Иммунологическое обследование проводилось наборами реагентов для иммуноферментного выявления суммарных антител к Cag A *H. pylori* (производитель ЗАО «Вектор-бест», Новосибирск). Клинические особенности изучались с помощью анкеты, заполняемой врачом на первичном приеме. Выраженность симптомов оценена с помощью специализированного опросника MDASI, заполняемого пациентом.

Все больные разделены на три группы: 1. Основная группа – с положительными результатами гистологического исследования и положительным тестом на наличие антител к Cag A *H. pylori* – 32 ребенка. 2. Группа № 2 – с положительными результатами гистологического исследования и отрицательным тестом на наличие антител к Cag A *H. pylori* – 28 детей. 3. Группа №3 – с отрицательными результатами гистологического исследования и теста на наличие антител к Cag A *H. pylori* – 30 детей.

Статистическая обработка проведена при помощи программы «BIOSTAT 4.0» для Windows. Использовались критерии Манна-Уитни и χ^2, статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что болевой абдоминальный синдром отмечался у всех пациентов, включенных в исследование во всех сравниваемых группах. При этом структура диспепсических несколько симптомов отличалась в зависимости от варианта гастрита.

Так, отмечена тенденция к преобладанию тошноты у пациентов с негеликобактерным гастритом и инфицированных «обычными» штаммами. Тошнота отмечалась у 59,4% пациентов основной группы, у 75,0% детей из второй группы и наиболее часто в третьей группе больные с неинфекционным вариантом гастрита – 80,0% , но статистически различия незначимы ($p>0,05$). Эпизоды рвоты также не выявлены ни у одного ребенка из первой группы и определялись у 39,3% и 13,3% детей из групп сравнения соответственно ($p>0,05$). Чувство раннего насыщения отмечено у 6,3% детей с Cag A-ассоциированным гастритом, не отмечалось у детей второй группы, а в третьей группе отмечалось наиболее часто – у 13,3% детей ($p>0,05$). Чувство переполнения в животе после приема пищи отмечено у 6,3% пациентов из первой группы, не отмечалось у пациентов из второй группы и значительно чаще выявлялось у детей из третьей группы – 23,3%, но статистически различия были также незначимы ($p>0,05$).

Также изжога не отмечалась ни у одного из пациентов в группе больных с геликобактерным Cag A-ассоциированным гастритом, отмечена у 13,6% больных второй группы, инфицированных «обычными» штаммами *H. Pylori и* у 36,3% обследованных в третьей группе ($p>0,05$).

Подобные тенденции прослеживаются в отношении проявлений «нижней» диспепсии. В целом, данные проявления в виде запоров, диареи или чередования запоров и поносов отмечены у 18,7% детей с геликобактерным гастритом, причем только у пациентов из первой группы, инфицированных Cag A-положительными штаммами, и, несколько чаще с в третьей группе – у 33,3% больных, но статистически данные различия незначимы ($p>0,05$). Нарушения аппетита также незначительно реже отмечаются в группах больных с разными вариантами геликобактерного гастрита (6,3% и 3,6% соответственно), чем в группе больных с негеликобактерным гастритом – 23,3% больных. В целом результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Частота гастроэнтерологических симптомов у детей
в зависимости от наличия маркеров *H. pylori*

Жалобы	**H.pylori +, Cag+ n=32**	**H.pylori +,Cag- n=28**	**H.pylori -, Cag- n=30**	**P**
Боли в животе	32(100%)	28(100%)	30 (100%)	
Отрыжка	9(28,1%)	6(21.4%)	9(30,05)	P1-2=0,765, P2-3=0,656, P1-3=0,907
Изжога	0(0,0%)	4 (13,6%)	11(36,3%)	P2-3=0,051
Тошнота	19(54,9%)	21(75,0%)	24(80,0%)	P1-2=0,314, P2-3=0,888, P1-3=0,138
Рвота	0(0,0%)	11 (39,3%)	4(13,3%)	P2-3=0,051
Диарея Запор Чередование запоров и поносов всего	2(6,3%) 4(12,5%) 0(0,0%) 6(18,7%)	0(0,0%) 0 (0,0%) 0(0,0%) 0(0,0%)	3(10,0%) 5(16,7%) 2(6,7%) 10 (33,3%)	P1-3=0,940 P1-3=0,917 P1-3=0,307
Нарушение аппетита	2 (6,3%)	1(3,6%)	7(23,3%)	P1-2=0,905, P2-3=0,072, P1-3=0,181
Чувство раннего насыщения	2(6,3%)	0(0,0%)	4 (13,3%)	P1-3=0,608
Переполнение в животе после приема пищи	2(6,3%)	0 (0,0%)	7(23,3%)	P1-3=0,122

При оценке среднего количества симптомов у одного больного в сравниваемых группах установлено, что у одного больного геликобактерным Cag A-ассоциированным гастритом в среднем отмечается 2,1±0,6 симптомов, что статистически значимо меньше чем у больных второй группы – 2,5±0,6 симптомов и значительно меньше, чем у больных третьей группы – 3,9±0,7 ($p<0,05$). Таким образом, для детей, инфицированных Cag A-положительными штаммами, характерно малосимптомное течение гастрита, с преобладаем болевого синдрома и менее выраженным диспепсическим синдромом.

Симптомы диспепсии у пациентов могут проявляться с разной частотой. Согласно современным рекомендациям, значимые симптомы должны проявляться с частотой не менее 1 раза в неделю [2]. Мы изучили распределение «частых» симптомов в сравниваемых группах. Боли более 1 раза в неделю чаще определялись в первой группе детей, инфицированных Cag A-положительными штаммами – у 68,8% пациентов, несколько реже во второй группе инфицированных обычными штаммами *H. pylori* – у 50,0% больных и значительно реже среди больных третьей группы где частые боли выявлялись только у 33,3% детей, различия статистически достоверны с первой группой ($p<0,05$).

Частые эпизоды тошноты отмечены у 33,4% детей из первой группы, с такой же частотой тошнота встречается в третьей группе – 30,0% детей и несколько чаще у больных второй группы – 60,7% пациентов. При этом различия между 2 и 3 группами статистически достоверны ($p<0,05$).

Частые эпизоды отрыжки отмечены у 25,0% больных в первой группе, несколько реже в третьей группе – 16,7% от числа обследованных и значительно чаще у пациентов второй группы – 49,2% детей. Также статистически значимыми являются различия между 2 и 3 группами ($p<0,05$).

Отмечается тенденция к преобладанию «частой» изжоги у пациентов второй группы – 32,1% детей по сравнению с 10,0% у пациентов в третьей группе ($p>0,05$). Пи этом «частая» изжога у пациентов первой группы не отмечалась совсем.

Таким образом, при оценке наиболее значимых по частоте проявления симптомов установлено, что частые боли в животе наиболее характерны для гастрита, ассоциированного с Cag A-положительными штаммами возбудителя ($p<0,05$). При этом рецидивирующие симптомы диспепсии более характерны для вариантов гастрита, ассоциированного с Cag A-негативными штаммами.

При оценке особенностей болевого абдоминального синдрома в сравниваемых группах установлено, что «тупые» и «давящие» боли отмечались в указанных группах с равной частотой: в первой группе данный тип болей отмечался у 56,3% пациентов, во второй группе у 32,1% детей, в третьей группе – у 36,7% от числа обследованных. Спастические боли также отмечались в указанных группах с равной частотой – у 50,0%, 67,9% и 63,3% детей, соответственно.

При оценке связи болевого синдрома с приемом пищи, установлено, что для больных первой группы, инфицированных Cag A-положительными штаммами, «ранние» боли не характерны и отмечались только у 12,5% детей. Статистически значимо чаще данный тип боли отмечался у больных второй группы – у 60,7% пациентов ($p<0,05$) и в третьей группе – у 63,3% детей ($p<0,05$ по сравнению с первой группой). При этом для больных первой группы с CagA-ассоциированым гастритом были характерны «поздние» боли, отмечавшиеся у 37,5% от числа детей в группе, что статистически значимо чаще, чем у пациентов третьей группы – 13,3% детей ($p<0,05$).

Отмечена тенденция к преобладанию «ночных» болей у пациентов первой группы (18,8% детей) по сравнению со второй (7,1% детей) и третьей группами, где данный тип болей не отмечен ни у одного пациента, но статистически различия не значимы.

Противоположная тенденция отмечена в отношении болей, характерных для больных с функциональными заболеваниями. Так, боли связанные с эпизодами психоэмоционального напряжения отмечались у 20,0% детей из третьей группы , 14,3% детей из второй группы и только у 6,3% детей из первой группы ($p>0,05$). Это же касается болей, уменьшающих-

ся после акта дефекации, отмечавшихся у 16,7% детей из третьей группы и только у 6,3% и 3,6% детей из первой и второй групп, соответственно (p>0,05).

При анализе топографии болевого синдрома установлено, что боли локализованные в эпигастрии у пациентов, инфицированных Cag A-положительными штаммами, выявляются достоверно чаще– 40,6% детей, чем у пациентов 3 группы – 13,3% детей и с равной частой с пациентами второй группы – 25,0% от числа обследованных детей. Боли, локализованные в мезогастрии, гипогастрии и боли сочетанной локализации с равной частотой выявляются во всех группах. Обращает внимание, что при всех вариантах гастрита с высокой частотой выявляются боли с локализацией в гипогастрии. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика болевого синдрома у детей в зависимости от наличия маркеров *H. pylori*

Характеристика болевого синдрома	**H.pylori +, Cag+ n=32**	**H.pylori +,Cag- n=28**	**H.pylori -, Cag- n=30**	**P**
«Тупые» и «давящие»	18 (56,3%)	9(32,1%)	11(36,7%)	P1-2=0,068, P2-3=0,141, P1-3=0,843
«Спастические»	16(50,0%)	19(67,9%)	19(63,3%)	P1-2=0,255, P2-3=0,932, P1-3=0,432
«Ранние»*	4(12,5%)	17(60,7%)	16 (53,5%)	P1-2=0,000, P2-3=0,763, P1-3=0,002
«Поздние»**	12(37,5%)	9(31,2%)	4(13,3%)	P1-2=0,871, P2-3=0,161, P1-3=0,060
«Ночные»	6(18,8%)	2 (7,1%)	0(0,0%)	P1-2=0,348
Уменьшающиеся после акта дефекации	2(6,3%)	1 (3,6%)	5(16,7%)	P1-2=0,905, P2-3=0,228, P1-3=0,478
Связанные с физической нагрузкой	4(12,5%)	3(10,7%)	5(16,7%)	P1-2=0,851, P2-3=0,783, P1-3=0,917
Связанные с эпизодами психоэмоционального напряжения	2(6,3%)	4(14,3%)	6(20,0%)	P1-2=0,546, P2-3=0,820, P1-3=0,217
Локализованные в эпигастрии	13 (40,6%)	7(25,0%)	4(13,3%)	P1-2=0,314, P2-3=0,425, P1-3=0,034
Локализованные в мезогастрии	5(15,6%)	4 (14,3%)	9(30,0%)	P1-2=0,828, P2-3=0,263, P1-3=0,294
Локализованные в гипогастрии	11(34,4%)	13 (46,4%)	10 (33,3%)	P1-2=0,492, P2-3=0,453, P1-3=0,856
Сочетанной локализации	3 (9,4%)	4(14,3%)	7(23,3%)	P1-2=0,851, P2-3=0,587, P1-3=0,251

* – в течение 30 минут после приема пищи,** – два и более часа после приема пищи.

Выраженность и интенсивность симптомов в сравниваемых группах была оценена с помощью специализированного опросника MDASI, позволяющего оценить в баллах (максимальное проявление симптома соответствует 10 баллам) выраженность гастроэнтерологических симптомов и симптомов, связанных с нарушения вегетативной нервной системы.

Наиболее выраженный болевой синдром был у больных, инфицированных Cag A-положительными штаммами. Пациенты этой группы оценили выраженность болевого синдрома в 7,5±1,8 баллов, что статистически значимо выше, чем у пациентов второй (5,3±1,6 баллов) и третьей групп (4,3±1,4 баллов) (p<0,05). Выраженность тошноты в первой и второй группах не отличалась и составила 3.0±2,9 балла 4,3±2, 2 балла, что достоверно ниже, чем в третьей группе – 2,2±1,6 балла. Если при опросе пациенты первой группы эпизодов рвоты не отмечали, то при анкетировании часть пациентов оценили наличие рвоты с незначительной выраженностью – 1,1±1,1 балл, что достоверно ниже, чем во второй и третьей группе (p<0,05). Если при опросе снижение аппетита отмечалось в первой группе реже, то по степени выраженности этот симптом был статистически значимо выше в первой группе (2,1±1,8 балла), чем в третьей группе (0,8±0,9 балла) (p<0,05).

Что касается «астенических» симптомов, таких как слабость, нарушение сна, чувства подавленности, сонливость, то они были более выражены именно у пациентов первой группы. Статистически значимые различия касаются таких симптомов, как слабость, нарушения

сна, подавленность, сонливость, сухость во рту. Возможно, это связано с хронической интоксикацией, наиболее выраженной у пациентов, инфицированных Cag A-положительными штаммами. Этим можно объяснить и большую выраженность нарушений аппетита, при более редкой их встречаемости. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Средняя выраженность симптомов по опроснику MDASI у детей в зависимости от наличия маркеров *H. pylori*

Характеристика симптомов (баллов)	**H.pylori +, Cag+ n=32**	**H.pylori +,Cag- n=28**	**H.pylori -, Cag- n=30**	**P**
боль	7,5±1,8	5,3±1,6	4,3±1,4	P1-2 = 0.000, P2-3 = 0.020, P1-3 = 0.000
тошнота	3,0±2,9	4,3±2,2	2,2±1,6	P1-2 = 0.030, P2-3 = 0.069, P1-3 = 0.202
рвота	1,1±1,1	1,9±1,4	2,7±1,6	P1-2 = 0.020, P2-3 = 0.044, P1-3 = 0.000
снижение аппетита	2,1±1,8	1,3±1,1	0,8±0,9	P1-2 = 0.134, P2-3 = 0.073, P1-3 = 0.003
слабость	1,8±1,6	1,2±1,1	0,9±1,0	P1-2 = 0.237, P2-3 = 0.258, P1-3 = 0.039
нарушение сна	0,9±0,8	0,5±0,6	0,4±0,7	P1-2 = 0.061, P2-3 = 0.560, P1-3 = 0.039
чувство подавленности	2,0±1,7	0,6±0,7	0,4±0,7	P1-2 = 0.000, P2-3 = 0.333, P1-3 = 0.000
снижение памяти	0,9±1,2	0,5±0,7	0,5±0,7	P1-2 = 0.238, P2-3 = 0.940, P1-3 = 0.204
сонливость	1,2±1,4	0,6±0,8	0,5±0,8	P1-2 = 0.042, P2-3 = 0.364, P1-3 = 0.001
ощущение сухости во рту	1,2±1,4	0,9±0,9	0,6±0,7	P1-2 = 0.697, P2-3 = 0.123, P1-3 = 0.079
чувство печали	0,3±0,5	0,1±0,4	0,5±0,9	P1-2 = 0.373, P2-3 = 0.094, P1-3 = 0.740

Обсуждение результатов. В литературе имеются единичные сведения об особенностях течения гастрита, ассоциированного с цитотоксическими штаммами *H.pylori.* Так, Решетников О.В. и соавт. (2003) не выявили отличий в течении гастрита, ассоциированного с данными штаммами у детей. Мы установили, что дети, инфицированные цитотоксическим штаммом, имеют отличия в клиническом течении заболевания. Прежде всего, это касается болевого синдрома. К особенностям болевого синдрома в данной группе можно отнести как наличие частых болей, так и большую выраженность боевого синдрома по данным опросника MDASI. В данной группе чаще встречаются давящие боли, «поздние» по отношению к приему пищи, чаще отмечаются «ночные» боли. Болевой синдром непосредственно локализуется в эпигастрии. Таким образом, у детей, инфицированных Cag A-положительными штаммами, выявлены типичные боли, характерные для заболеваний с повышенной кислотностью. В какой-то мере, это согласуется с данными Прокофьевой А.А., которая также выявила большую выраженность болевого синдрома в группе больных, инфицированных Cag A-положительными штаммами *H.pylori* [6].. В группах сравнения болевой синдром имеет черты общие для кислотозависимых и функциональных заболеваний.

Диспепсические симптомы «верхней» и «нижней» диспепсии в нашем исследовании у больных с гастритом, ассоциированным с инфицированием цитотоксическими штаммами, были выражены значительно меньше, чем в сравниваемых группах, Особенно это касается таких появлений верхней диспепсии, как изжога, рвота и тошнота, что подтверждается меньшим средним числом симптомов на каждого пациента в этой группе. Это противоречит результатам Прокофьевой А.А., выявившей более выраженную изжогу у детей с этим вариантом гастрита. В какой-то степени это противоречит результатам Решетникова О.В и соавт., показавших формирование признаков синдрома раздраженного кишечника у подростков с данным вариантом гастрита [5, 6]. Все вышеизложенное требует дальнейших исследований в данном направлении.

Применение опросника MDASI позволило более полно охарактеризовать болевой и диспепсический синдромы у пациентов, выявить большую выраженность астенических сим-

птомов группе детей, инфицированных Cag A-положительными штаммами *H.pylori,* что мы связываем с большей выраженности интоксикационного синдрома в данной группе

Выводы.

1. К особенностям клинического течения гастрита, ассоциированного с цитотоксическими штаммами *H.pylori,* можно отнести преобладание в клинической картине болевого синдрома, при меньшей выраженности синдрома диспепсии, что в итоге проявляется достоверно меньшим средним количеством жалоб у одного пациента, чем в группах сравнения.
2. К особенностям болевого синдрома можно отнести большую его выраженности, как по частоте проявления, так и по интенсивности болей по данным опросника MDASI. При этом варианте гастрита боли чаще «поздние», давящего характера, с локализацией собственно в эпигастрии
3. Применение опросника MDASI позволило выявить при данном варианте гастрита большую выраженность астено-вегетативных проявлений, что, возможно, отражает хроническую интоксикацию при инфицировании цитотоксическим штаммами *H.pylori.*

Литература:

1. Лечение болезней внутренних органов : практич. рук.: в 3 т. / гл. ред. А. Н. Окороков – Минск: Высшая школа; Белмедкнига, 1995. – Т. 1. - 522 с.
2. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии; пособие для врачей. / С.И. Пиманов, Н.Н. Силивончик. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. – 160 с.
3. Исаков В.А. Хеликобактериоз / В.А. Исаков, И.В. Домрадский. – М. : ИД Медпрактика-М, 2003. – 412с.
4. Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина, П.Л. Щербакова. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – 476с.
5. Решетников О.В. Связь штаммов *Helicobacter pylori*, продуцирующих CagA, с желудочно-кишечной патологией / О.В. Решетников, С. В. Курилович, С.А. Кротов // Терапевтич. архив. – 2005. – № 2. – С. 25-28.
6. Прокофьева А.А. Особенности диагностики и лечения синдрома диспепсии у детей при инфицировании CagA позитивными штаммами *Helicobacter pylori*: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Самара, 2011. – С.20.