

УДК: 616.33-006-07 (575.2) (04)

**ИССЛЕДОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА НА НАЛИЧИЕ
ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ
С НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА
И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ**

С.А. Романихина – врач-эндоскопист

Two hundred and two patients with different non-tumor diseases were investigated for *Helicobacter pylori* infection. The majority of patients showed the high level of *Helicobacter pylori* infection.

Открытие *Helicobacter pylori* (НР) и выявление роли этих микроорганизмов в развитии заболеваний желудка стало одним из наиболее важных достижений в области гастроэнтерологии и бактериологии за последние 20 лет. Многие последующие исследования подтверждают связь антрального гастрита с присутствием в желудочной слизи НР, а также установлено, что НР обнаруживается почти у всех пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Около 90–95% всех форм хронических гастритов имеют хеликобактерную природу, а язва 12-перстной кишки в 100% случаев считается ассоциированной с НР [1–3]. Инфицирование желудка НР в настоящее время связывают не только с хроническим гастритом и язвенной болезнью, но и с повышенным риском возникновения аденокарциномы желудка.

По мнению D. Forgan, своевременная эрадикация НР может предотвратить развитие рака желудка более чем у 450 тыс. человек ежегодно [4]. В Финляндии за предыдущие 15 лет заболеваемость НР-ассоциированным гастритом снизилась в результате эрадикационной терапии на 38% [5].

Наибольшее число инфицирования НР отмечается в развивающихся странах (около 100%), что связано с низким социально-

экономическим уровнем [4,6]. Пути передачи НР различны – через молочные и мясные продукты, не прошедшие достаточной термической обработки, грязную посуду, грязные руки – в связи с этим необходимо проводить санитарно-просветительскую работу с населением, усилить санитарный надзор в мясомолочном секторе производства [7].

Цель работы: определить степень обсеменения слизистой желудка НР у больных язвенной болезнью 12-перстной кишки, гастритами и полипозами.

Материалы и методы. На базе Национального центра онкологии в отделении эндоскопии в 2003–2004 гг. было обследовано 47 человек с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, 135 человек с различными формами гастрита, 20 с полипами желудка на наличие НР. Относительные показатели и среднюю ошибку рассчитывали по общепринятой методике. Оценку достоверности различия производили на основании критерия Стьюдента (t).

Обследование на наличие НР проводили инвазивным методом. Во время эндоскопии брали кусочки ткани биопсийными щипцами из антрального отдела и тела желудка (по два кусочка) и помещали на предметное стекло. Анализ проводили в лаборатории вирусологии

в Центре профилактической медицины в течение часа (во избежание получения ошибочных данных). В дальнейшем исследование проводили двумя способами – бактериоскопическим и уреазным. Бактериоскопию проводили при увеличении микроскопа в 70 раз, после предварительного окрашивания мазков-отпечатков по Романовскому-Гимзе. Степень обсеменения оценивали путем подсчета количества микробных тел, находящихся в поле зрения (брали средние показатели).

Интенсивность обсемененности НР оценивали по 4 степеням:

I – до 20 микробных тел в поле зрения;

II – от 20 до 40;

III – от 40 до 60;

IV от 60 до 100 и выше.

Второй способ – быстрый уреазный тест: кусочки погружали в среду, содержащую мочевины и фенол-красный (2 ячейки). При наличии НР среда меняла цвет от желтого до красного. По времени изменения цвета определяли степень инфицированности (слабая, средняя и высокая).

Результаты исследования. Возраст больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки – от 22 до 77 лет и составил в среднем $42,8 \pm 12,4$ лет. Из них 31 мужчина (66%), 16 женщин (34%). Больные хроническим неатрофическим гастритом – в возрасте от 17 до 58 лет, что в среднем составило $32,8 \pm 9,2$ лет. Из них 19 мужчин (40,4%), 28 женщин (59,6%). При атрофических гастритах возраст больных составил от 24 до 83 лет, в среднем $57,9 \pm 12$ лет. Женщин – 63 (71,6%), мужчин – 25 (28,4%). При полипах желудка возраст

больных колебался от 33 до 84 лет, что составило в среднем $62,2 \pm 13,7$ лет. Мужчин – 4 (20%), женщин – 16 (80%).

Анализ полученных данных показал (см. табл.), что обсемененность в среднем составила:

- при язве желудка и 12-перстной кишки – $80,1 \pm 4,1$ микробных тел в поле зрения;
- при неатрофических гастритах $77,1 \pm 4,2$;
- при атрофических гастритах $66,9 \pm 1,6$;
- при полипах желудка $63,2 \pm 3,67$.

Наибольшие показатели инфицированности НР обнаруживаются у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, а также при неатрофических гастритах. В целом, III и IV степень инфицированности обнаруживается при язвах в 68,1% случаев, а при неатрофических гастритах – в 72,2% случаев, что статистически достоверно выше, чем при атрофических гастритах, где интенсивность обсеменения снижается и чаще встречаются I и II степени обсеменения.

На основании исследований установлено, что при всех заболеваниях желудка в 100% случаев отмечена инфицированность НР, а при язвах желудка и 12-перстной кишки и при неатрофических гастритах эти показатели наиболее высокие, высокая степень обсемененности наблюдается и при хронических атрофических гастритах. Учитывая это, необходимо в соответствии с основными положениями Маастрихтского соглашения проводить эрадикационную терапию, что снизит вероятность рецидивов и осложнений при неопухолевых заболеваниях желудка [2, 4].

Степень инфицированности больных с неопухолевыми заболеваниями желудка

Диагноз	I степень, абс. (%)	II степень, абс. (%)	III степень, абс. (%)	IV степень, абс. (%)
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, n=47	–	15 (31,9)	25 (53,2)	7 (14,9)
Гастрит хронический неатрофический, n=47	1 (3,3)	12 (36,1)	17 (36,1)	17 (36,1)
атрофический, n=88	6 (6,8)	40 (45,5)	32 (36,4)	10 (11,3)
Полипы желудка, n=20	2 (10)	8 (40)	9 (47)	1 (5)
ВСЕГО	9 (4,5)	75 (37,1)	83 (41,1)	35 (17,3)

Дальнейшие исследования планируется проводить для изучения эффективности эрадикационной терапии при хронических заболеваниях желудка и 12-перстной кишки неопухолевой природы.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998 – 486 с.
2. Аруин Л.И. Рак желудка // РЖГГК. – 1999. – №1. – С. 72–78.
3. Григорьев П.Я. *Helicobacter pylori*: гастрит, дуоденит (гастродуоденит), язвенная болезнь // Практикующий врач. – 1999. – №16. – С. 2–5.
4. Forman D. Gastric cancer / Scand J. Gastroenterol. – 1996. – Vol. 31. – Suppl. 214. – P. 31–33.
5. Sipponen P. *Helicobacter pylori* gastritis epidemiology. – J. Gastroenterol. – 1997. – Vol. 32. – P. 273–277.
6. Комаров Ф.И., Калинин А.В. Язвенная болезнь // Руководство по гастроэнтерологии. – М., 1995. – Т. 1. – С. 456–533.
7. Кирик Д.Л. и др. Изучение роли “молочного” фактора передачи кампилобактериозной инфекции // Журнал микробиологии. – 1997. – №3. – С. 30–33.