

УДК 616.9:616.33/34:616-072:616-091.8

ХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ, ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ, ГИСТОБАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РАЗНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

© 2011 г. Н.И. Леонтьева¹, И.Т. Щербаков¹, Н.М. Грачева¹, Б.Н. Хренников², Э.Г. Щербакова³

¹Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии,
ул. Адмирала Макарова, д. 10, г. Москва, 125212,
info@gabrich.com

²Инфекционная клиническая больница № 1,
Волоколамское шоссе, д. 63, г. Москва, 125367,
pnylmc@mail.ru

³Российская медицинская академия постдипломного образования,
ул. Баррикадная, д. 2, г. Москва, 123995,
ikb1@mosgorzdrav.ru

¹Moscow Institute of Epidemiology and Microbiology,
Admiral Makarov, St., 10, Moscow, 125212,
info@gabrich.com

²Infectious Diseases Clinical Hospital № 1,
Volokolamskoe Highway, St., 63, Moscow, 125367,
ikb1@mosgorzdrav.ru

³Russian Medical Academy of Postgraduate Education,
Barrikadnaya, St., 2, Moscow, 123995,
pnylmc@mail.ru

Клиническим, эндоскопическим, гистологическим, гистобактериоскопическим и статистическим методами изучены 272 биоптата слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от 113 больных с хроническим гастроудоденитом. Установлено, что при хеликобактерной инфекции в гастро- и дуоденобиоптатах имеются выраженные изменения активности патологического процесса при хроническом гастрите и хроническом дуодените. Гистологическая картина изменений в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки в 60 % не совпадает с выявленными эндоскопическими находками в этих органах при эзофагогастроудоденоскопии.

Ключевые слова: хеликобактерная инфекция, эндоскопия, гистобактериоскопия, слизистая оболочка желудка.

Clinical, endoscopic, histological, gistobacterioskopic and statistical methods studied 272 biopsies of the mucous membrane of the stomach and duodenum from 113 patients with chronic gastroduodenitis. It was established that *Helicobacter pylori* infection in gastrobiopsies and duodenobiopsies there are changes in the activity of pathological process in chronic gastritis and chronic duodenitis. The histological picture of changes in the mucosa of the stomach and duodenum in 60% does not coincide with established endoscopic findings in these organs during esophagogastroduodenoscopy.

Keywords: *Helicobacter pylori*, endoscopes, histobacterioscopy, mucosa.

Инфекция *Helicobacter pylori* (НР) почти всегда сопровождается морфологическими изменениями слизистой оболочки (СО) разных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) при ее желудочной метаплазии [1–5]. При этом визуальная эндоскопическая интерпретация изменений в СО указанных отделов желудка и ДПК не всегда однозначна, а нередко противоречива [6–9].

Целью настоящего исследования явилось клинико-эндоскопическое, гистологическое, гистобактериоско-

пическое изучение СО антрального и фундального отделов желудка и СО ДПК у больных с НР-инфекцией в зависимости от степени ее контаминации НР.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 113 больных (57 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 20 до 40 лет с хроническим гастроудоденитом. Всем больным проводилась эзофагогастроудоденоскопия (ЭГДС). Этот

метод позволяет изучить анатомические изменения в желудке и ДПК и объективно оценить эффективность проводимого лечения. Являясь инвазивным эндоскопическим исследованием, ЭГДС противопоказана при выраженных патологических состояниях (тяжелые соматические заболевания пациента, сердечная и легочная недостаточность, значительные стриктуры пищевода, патологические процессы в средостении, выраженный кифосколиоз и др.). В момент проведения ЭГДС проводился забор гастро- и дуоденобиоптатов с согласия больного из 4 отделов (по стандарту): 2 биоптата из СО тела желудка, по 1 биоптату из антрального отдела желудка и ДПК. Всего гистологическим методом изучены 272 биоптата СО разных отделов желудка и ДПК.

Гистологическую верификацию хронического гастрита осуществляли по Сиднейской классификации (1990), а активность патологического процесса оценивали полуколичественным методом по визуально-аналоговой шкале [10]. Степень активности дуоденита определяли по R.Whitehead [11] и И.В. Маеву с соавт. [6].

Гистобактериоскопическое изучение гастробиоптатов для выявления в них НР осуществляли азур II –

эозином, по Гимзе, без последующей дифференцировки, а также 0,1%-м водным раствором акридинового оранжевого в собственной модификации нализаторское предложение № 214-493 от 13.08.90). Инфицированность гастробиоптатов НР оценивали полуколичественным методом [1]. Статистическим методом определяли процент клинко-эндоскопических, гистологических и гистобактериоскопических находок у обследуемых пациентов.

Результаты и обсуждение

У наблюдавшихся пациентов гистологически в 169 биоптатах (62,1 %) выявляли хронический антральный гастрит В, в 58 (21,3 %) верифицировали хронический фундальный гастрит В, а в 45 (16,5 %) биоптатах – хронический дуоденит. Степень активности воспалительного процесса при хроническом гастрите и хроническом дуодените была различной. При этом следует подчеркнуть, что у обследуемых больных НР-инфекция была верифицирована в гастробиоптатах двумя гистологическими методами. Клинко-эндоскопическая картина у наблюдавшихся больных представлена на рис. 1.

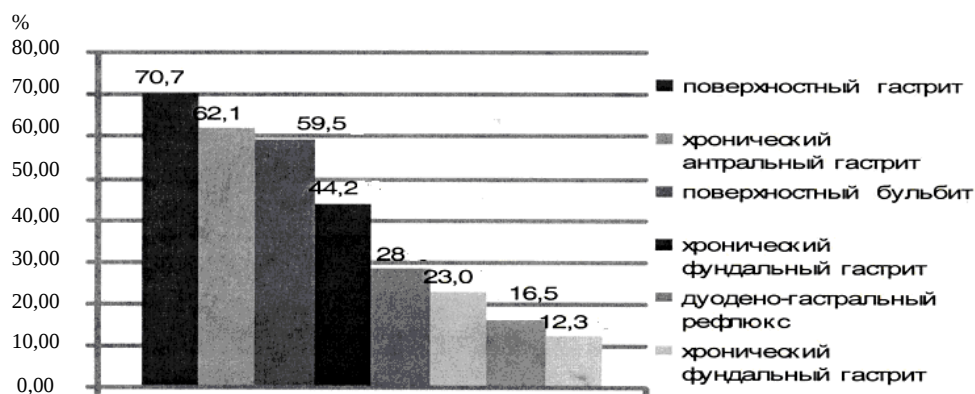


Рис. 1. Клинко-эндоскопический диагноз, % встречаемости эндоскопических картин

Наиболее частым эндоскопическим признаком был поверхностный гастрит В и пангастрит В (70,7 %), а также поверхностный бульбит (59,3 %). Значительно реже была диагностирована недостаточность кардии (44,2 %) и дуодено-гастральный рефлюкс (28,3 %), который часто сочетался с эрозивно-геморрагическим гастритом СО антрального отдела желудка и рефлюкс-эзофагитом (25,6 %). Рубцовая деформация луковицы ДПК отмечалась у 23,0 % обследуемых больных, что было связано с имевшей в анамнезе язвенной болезнью ДПК. Частота других эндоскопических находок не превышала 10 %. Наиболее часто встречаемые эндоскопические картины сочетались друг с другом, утяжеляя выраженность эндоскопических находок в желудке и ДПК.

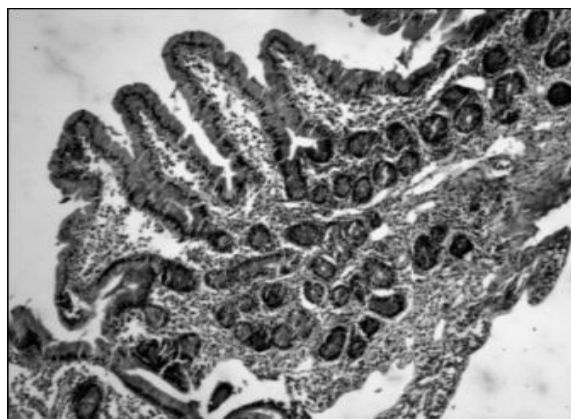
Гистологическое исследование гастробиоптатов СО разных отделов желудка и ДПК лишь в 40 % случаев было подтверждено результатами эндоскопической картины, что свидетельствует о более точной диагностике гистологического метода изучения СО желудка и ДПК по сравнению с эндоскопическим (рис. 2, 3).

По мнению клиницистов ЭГДС считается информативным методом эндоскопической диагностики хронического гастрита. Анализ результатов собственных наблюдений не позволяет согласиться с этим утверждением, поскольку метод, основанный на визуальной оценке состояния СО желудка, отличается субъективностью, а совпадение эндоскопического и морфологического заключения не превышает 70 % [12].

С.И. Пиманов с соавт. (2005) считает, что при гастроскопии невозможно установить активность хронического гастрита, степень и глубину атрофических процессов в СО желудка, наличие очагов кишечной метаплазии и эпителиальной дисплазии, а также контаминацию СО желудка НР. Поэтому неслучайно еще в 1971 г. К. Foster [13] констатировал, что рентгенологическая и эндоскопическая диагностика хронического гастрита стоят на «глиняных ногах», а визуальная эндоскопическая интерпретация изменений СО желудка и ДПК не всегда однозначна, а нередко противоречива.

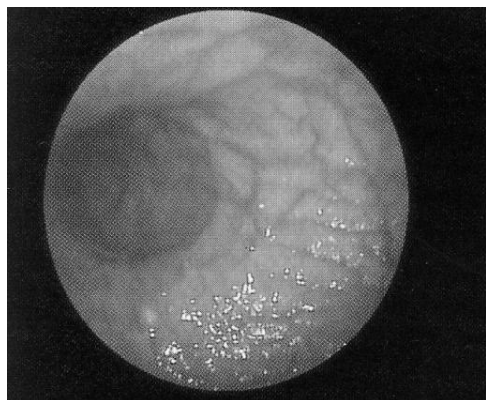


а

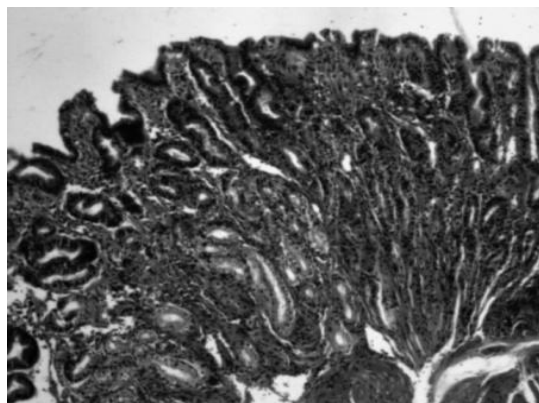


б

Рис. 2. Слизистая оболочка ДПК: а – хронический гастродуоденит III ст. (ЭГДС); б – хронический дуоденит с выраженной активностью патологического процесса. Окраска: альциановый синий, гематоксилин и эозин. $\times 240$



а



б

Рис. 3. Слизистая оболочка желудка: а – хронический диффузный атрофический пангастрит (ЭГДС-бледность, сглаженность и истончение СО, через которую просвечивают сосуды подслизистого слоя, контактная кровоточивость СО); б – хронический субатрофический фундальный гастрит (уменьшение числа главных желез). Окраска: альциановый синий, гематоксилин и эозин. $\times 240$

Анализируя заключения эндоскопических картин, мы установили, что наиболее частым эндоскопическим диагнозом у наблюдавшихся больных с убывающей частотой были поверхностный гастрит и пангастрит, поверхностный бульбит, недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс, часто сочетающийся с эрозивно-геморрагическим антральным гастритом и рефлюкс-эзофагитом, рубцовая деформация луковицы ДПК, анамнестически связанная с язвенной болезнью ДПК. Частота же других эндоскопических находок не превышала 10 %. Проведенное гистологическое исследование гастробиоптатов СО разных отделов желудка и ДПК лишь в 40 % случаев подтверждало результаты обнаруженных эндоскопических картин. Полученные результаты свидетельствуют о более точной диагностике гистологического метода изучения СО желудка и ДПК относительно эндоскопического. Следует отметить, что ЭГДС наблюдавшимся пациентам проводил опытный эндоскопист и гастроэнтеролог с 20-летним стажем работы. Но несмотря на его многолетний опыт, у обследуемых больных в 60 % случаев мы не получили совпадений результатов гистологического и эндоскопического

го исследований. По мнению Я.С. Циммермана [14], для более точной эндоскопической верификации диагноза ЭГДС следует сочетать с гастрохромоскопией с метиленовым синим и бромкрезоловым зеленым, что повысит ее диагностическую ценность.

Из проведенного исследования следует, что хронический хеликобактерный гастрит в СО разных отделов желудка обследуемых пациентов часто сопровождается разной степенью активности патологического процесса и ее контаминацией НР, подтверждаемой гистобактериоскопически и выраженностью изменений эндоскопической картины.

Хронический дуоденит, как и хронический гастрит, часто сочетается с разной степенью активности патологического процесса в СОДПК и редко, не более чем в 3,5 % случаев, сопровождается желудочной метаплазией в ней и выраженными изменениями ее эндоскопической картины (гиперемия, отек, инфильтрация СО, лимфофолликулярная гиперплазия СО, эрозии и геморрагии на СО, наличие слизи и пр.)

Гистологическая картина изменений в СО желудка (разных его отделов) и ДПК у обследуемых пациентов

более чем в половине биоптатов (60 %) не совпадала с выявленными эндоскопическими изменениями в этих органах при ЭГДС.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М., 1998. 496 с.
2. Исаков В.А., Доморадский И.В. Хеликобактериоз. М., 2002. 412 с.
3. Калинин А.В. и др. Хронический гастрит // Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / под ред А.В. Калинина и А.И. Хазанова. М., 2007. С. 59–63.
4. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учеб. пособие. М., 2007. 560 с.
5. Хомерики С.Г. Новые подходы к морфологической классификации хронического гастрита // Consilium medicum. 2008. № 1. С. 4.
6. Маев И.В., Самсонов А.А. Хронический дуоденит: учеб. пособие. М., 2005. 160 с.
7. Гастроскопия: учеб. пособие / Б. Блок [и др.] / пер с нем., под общ. ред. И.В. Маева, М.И. Емельянова. М., 2007. 212 с.
8. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учеб. пособие / Н.Е. Чернеховская [и др.]. 2-е изд., доп. и перев. М., 2008. 192 с.
9. Руководство по клинической эндоскопии / В.С. Савельев [и др.] / под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского. М., 1985. 544.
10. Classification and grading of gastritis / M.F. Dixon [et al.] // Am. J. Surg. Patol. 1996. Vol. 20. P. 1161–1181.
11. Whitehead R. Mucosal biopsy of the gastrointestinal. Philadelphia, 1990. 455 p.
12. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Хронический гастрит: достижения и проблемы последнего десятилетия // Клин. мед. 2005. № 1. С. 54–59.
13. Foster K. Gastritis: Meinungen und FFakten // Forschr. Med. 1971. Vol. 89. P. 1339–1341.
14. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы. М., 2009. 416 с.

Поступила в редакцию

20 декабря 2010 г.