

УДК 616.33-002-07:579.835.12

А.А. Авраменко

## ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ РАЗНЫХ ЗОН ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ ПРИ ИХ ПЛАНОВОМ ТЕСТИРОВАНИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ 697 ИССЛЕДОВАНИЙ)

Николаевский национальный университета им. В.А. Сухомлинского,  
Центр прогрессивной медицины и реабилитации «Rea<sup>+</sup>Med», г. Николаев

**Резюме.** Комплексно обследовано 697 больных хроническим хеликобактериозом. Комплексное обследование больных включало эзофагогастродуоденоскопию, двойное тестирование на НР (уреазный тест и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков), биопсийный материал для которых брался из четырёх топографических зон желудка (в средней трети антрального отдела и в средней трети тела желудка по большой и по малой кривизне), гистологические исследования состояния самой слизистой желудка в

этих же зонах. Частота выявления активных форм хеликобактерной инфекции была наименьшая – 35 % – на слизистой антрального отдела желудка по большой кривизне, а наибольшая – 97,4 % – на слизистой тела желудка по малой кривизне при достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокой степени обсеменения слизистой НР-инфекции в этой зоне.

**Ключевые слова:** хронический хеликобактериоз, НР-инфекция, частота выявления активных форм НР-инфекции по топографическим зонам желудка.

**Введение.** Открытие в 1983 году австралийскими учёными Б. Маршаллом и Дж. Р. Уореном бактерии, получившей название *Helicobacter pylori* (НР), и определение её роли в этиологии таких заболеваний как хронический гастрит (ХГ) типа В, язвенная болезнь (ЯБ), рак желудка и MALT-лимфома, породило вопрос о своевременном и достоверном её выявлении [2]. Нынешние позиции ведущих гастроэнтерологов, которые входят в Европейскую группу по борьбе с хеликобактерной инфекцией, по отношению к способам тестирования на НР-инфекцию сводятся к тому, что ведущими методами являются дыхательный тест и стул-тест, которые признаются равноценными и которые так удобны для пациентов, так как являются не инвазивными [5, 7, 8, 12, 13]. Однако такие методы имеют и свои изъяны: дыхательный тест не может контролировать слизистую тела желудка по малой кривизне в средней – верхней трети (объём выпиваемого тестового раствора – 200 мл, а средний объём желудка у женщин – 1800 мл, у мужчин – 2500 мл) [9], а стул-тест может быть ложно отрицательными при наличии на слизистой желудка активных форм НР-инфекции при низкой концентрации (меньше (+)), а также неактивных форм [1]. Одним из самых доступных инвазивных методов является уреазный тест, который обычно проводят при помощи биоптатов слизистой, взятых стандартно в антральном отделе желудка по большой кривизне [2-4]. В доступной нам литературе не отражены данные о частоте выявления активных форм хеликобактерной инфекции в разных зонах желудка при массовом обследовании больных хроническим хеликобактериозом в условиях медицинских заведений, что и стало поводом для нашей работы.

**Цель исследования.** Изучить частоту выявления активных форм хеликобактерной инфекции в разных зонах желудка при массовом ком-

плексном обследовании больных хроническим хеликобактериозом в условиях медицинского центра.

**Материал и методы.** В период с июня 2011 года по декабрь 2013 года на базе эндоскопического кабинета Центра прогрессивной медицины и реабилитации «Rea<sup>+</sup>Med» г. Николаева было первично комплексно обследовано 697 пациентов, которые обратились за специализированной медицинской помощью в центр. Возраст пациентов колебался от 18 до 75 лет (средний возраст составил  $47,3 \pm 0,13$  года); лиц мужского пола было 383 (54,9 %), женского – 314 (45,1 %).

Комплексное обследование больных включало эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), двойное тестирование на НР (уреазный тест и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков), биопсийный материал для которых брался из четырёх топографических зон желудка, гистологические исследования состояния самой слизистой желудка в этих же зонах.

Комплексное обследование больных, позволяющее выявить внутриклеточное «депо» НР-инфекции, включало эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой методике [6], двойное тестирование на НР (уреазный тест и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков), биопсийный материал для которых брался из четырёх топографических зон желудка: из средней трети антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне по разработанной нами методике [11], а также гистологические исследования состояния самой слизистой желудка в этих же зонах по общепринятой методике, согласно Хьюстонской модификации Сиднейской системы (1996 г.) [6, 9, 10].

Исследование проводилось утром, натощак, через 12-14 часов после последнего приёма пищи. Полученные данные были обработаны статистически с помощью t-критерия Стьюдента с вы-

численієм середніх величин (M) и оценок вероятности отклонений (m). Изменения считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ . Статистические расчёты выполнялись с помощью электронных таблиц Excel для Microsoft Office.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе данных, полученных в результате проведения ЭГДС, у 84 (12,1 %) пациентов была выявлена ЯБ с разной локализацией язвенного дефекта и в разной стадии развития: в луковице двенадцатиперстной кишки – у 70 (10 %); в препилорической зоне и пилорическом канале – у 9 (1,4 %), медиогастральные язвы – у 5 (0,7 %) пациентов. Размеры язвенных дефектов в пилоробульбарной зоне колебались от 0,7 до 2,7 см и в среднем составляли  $1,39 \pm 0,22$  см; размеры медиогастральных язв колебались от 1,3 до 3,5 см и в среднем составили  $2,51 \pm 0,90$  см. У 139 (19,9%) пациентов имелись проявления перенесенных в прошлом язв в виде рубцовой деформации разной степени выраженности: грубая деформация – у 27 (3,8 %), умеренная – у 46 (6,6 %), незначительная – у 66 (9,5 %) пациентов.

При анализе данных гистологических исследований у всех больных в 100 % случаев было подтверждено наличие хронического гастрита как в активной, так и в неактивной стадии разной степени тяжести.

Данные по частоте выявления и степени обсеменения слизистой желудка активными формами НР-инфекции по топографическим зонам желудка у больных хроническим хеликобактериозом отражены в таблицах 1 и 2.

При сравнительном анализе данных по частоте выявления и средней степени обсеменения

НР-инфекцией слизистой желудка по топографическим зонам можно отметить достоверно ( $p < 0,05$ ) более высокий уровень обсеменения слизистой активными формами НР-инфекции в теле желудка по малой кривизне по сравнению со степенью обсеменения в антральном отделе желудка по большой кривизне, что является прямым следствием более частого выявления (на 62,4 % больше) НР-инфекции в первой зоне по сравнению со второй.

Полученные данные можно трактовать с позиции неоднородности воздействия различных негативных для активных форм НР-инфекции факторов при расположении бактерий в различных зонах желудка. Слизистая антрального отдела желудка по большой кривизне максимально подвергается воздействию таких негативных факторов для активной формы НР-инфекции как желчь и панкреатический сок, содержащий ферменты поджелудочной железы, и попадающих в желудок при дуоденогастральном рефлюксе [2]; средняя треть тела желудка по малой кривизне из-за удалённости наименее подвержена этому воздействию, что позволяет НР максимально сохраниться в активной форме в этой зоне [2, 4].

#### Вывод

Полученные результаты обязуют проводить двойное тестирование на НР-инфекцию из четырёх топографических зон желудка для получения более достоверных данных.

Перспективы дальнейших исследований состоят в изучении достоверности дыхательного теста в сравнении с данными, полученными при двойном тестировании на НР-инфекцию из четырёх топографических зон желудка.

Таблица 1

**Частота выявления активных форм НР-инфекции на слизистой различных топографических зон желудка у больных хроническим хеликобактериозом (n=697)**

Название топографической зоны желудка							
Антральный отдел желудка				Тело желудка			
Большая кривизна		Малая кривизна		Большая кривизна		Малая кривизна	
число	%	число	%	число	%	число	%
244	35	417	59,8	513	73,6	679	97,4

Примечание. n — количество исследований

Таблица 2

**Степень обсеменения слизистой желудка НР-инфекцией по топографическим зонам у больных хроническим хеликобактериозом**

Топографические зоны желудка	Степень обсеменения слизистой желудка активными формами НР-инфекцией по зонам (+) / (M±m)
Антральный отдел (n=697)	а) $1,08 \pm 0,13$ ; б) $2,11 \pm 0,11$
Тело желудка (n=697)	а) $2,43 \pm 0,11$ ; б) $2,87 \pm 0,09$

Примечание. n – количество исследований, а) – большая кривизна, б) – малая кривизна

## Література

1. Авраменко А.А. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой желудка / А.А. Авраменко // Сучас. гастроентерол. – 2014. – № 3 (77). – С. 22-26.
2. Авраменко А.А. Хеликобактериоз / А.А. Авраменко, А.И. Гоженко. – Николаев: «Х-press полиграфія», 2007. – 336 с.
3. Авраменко А.А. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии) / А.А. Авраменко, А.И. Гоженко, В.С. Гойдык. – Одесса, ООО «РА «АРТ-В», 2008. – 304 с.
4. Авраменко А.А. Достоверность тестов по выявлению хеликобактерной инфекции у больных хроническим хеликобактериозом / А.А. Авраменко, И.Н. Шухтина // Клін. та експерим. патол. – 2012. – Т. XI, № 4 (42). – С. 4-7.
5. Бичков М.А. Надійність антигенного калового тесту в діагностиці гелікобактеріозу / М.А. Бичков // Сучас. гастроентерол. – 2011. – № 6 (62). – С. 48-50.
6. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / В.Й. Кімакович, В.І. Нікішаєв, І.М. Тумак [та ін.]; за ред. В.Й. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. – Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. – 208 с., іл.
7. Диагностическая значимость дыхательных тестов в диагностике инфекций *Helicobacter pylori* / И.В. Маев, С.И. Рапопорт, В.Б. Гречушников [и др.] // Клин. мед. – 2013. – № 2. – С. 29-33.
8. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса Маастрихт IV, Флоренция, 2010 / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев [и др.] // Вестн. практ. врача. – 2012. – № 1. – С. 19-26.
9. Медведев И.И. Основы патанатомической техники / И.И. Медведев. – М.: Медицина, 1969 г. – 287 с.
10. Меркулов Г.А. Курс патогистологической техники / Г.А. Меркулов. – М.: Медицина, 1988. – 253 с.
11. Патент на корисну модель 17723 Україна, UA МПК А61В1/00. Спосіб діагностики хронічного гастриту типу В, а також виразкової хвороби та раку шлунка, асоційованих з гелікобактерною інфекцією / А.О. Авраменко. – № u 200603422; Заявл. 29.03.06; Опубл. 16.10.06, Бюл. № 10. – 4 с.
12. Шепулин А.А. Обсуждение докладов рабочего совещания Европейской группы по изучению инфекции *Helicobacter pylori* (Любляна, 2012) / А.А. Шепулин // РЖГТК. – 2013. – № 3. – С. 85-88.
13. Шепулин А.А. Обсуждение проблемы инфекции *Helicobacter pylori* в докладах 19-ой Объединённой европейской недели гастроэнтерологии / А.А. Шепулин, Ю.В. Евсютина // РЖГТК. – 2012. – № 5. – С. 88-92.

### ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АКТИВНИХ ФОРМ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СЛИЗОВІЙ РІЗНИХ ЗОН ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗ ПРИ ЇХ ПЛАНОВОМУ ТЕСТУВАННІ (РЕЗУЛЬТАТИ 697 ДОСЛІДЖЕНЬ)

*А.О. Авраменко*

**Резюме.** Комплексно обстежено 697 хворих на хронічний гелікобактеріоз. Комплексне обстеження хворих включало езофагогастродуоденоскопію, подвійне тестування на НР (уреазний тест і мікроскопіювання забарвлених за Гімза мазків-відбитків), біопсійний матеріал для яких брався з чотирьох топографічних зон шлунка (у середній третині антрального відділу і в середній третині тіла шлунка по великій і по малій кривині), гістологічні дослідження стану самої слизової шлунка в цих же зонах. Частота виявлення активних форм гелікобактерної інфекції була найменша – 35 % – на слизовій антрального відділу шлунка по великій кривині, а найбільша – 97,4 % – на слизовій тіла шлунка по малій кривині при достовірно ( $p < 0,05$ ) більш високому ступеню обсіменіння слизової НР-інфекцією в цій зоні.

**Ключові слова:** хронічний гелікобактеріоз, НР-інфекція, частота виявлення активних форм НР-інфекції за топографічними зонами шлунка.

### THE DETECTION RATE OF THE ACTIVE FORMS OF H. PYLORI ON GASTRIC MUCOSA OF DIFFERENT ZONES IN PATIENTS WITH CHRONIC HELICOBACTER PYLORI INFECTION DURING THEIR SCHEDULED TESTING (RESULTS IN 697 STUDIES)

*А.А. Avramenko*

**Abstract.** We comprehensively examined 697 patients with chronic *Helicobacter pylori* infection. Comprehensive examination included esophagogastroduodenoscopy, double testing on HP (urease test and microscopy stained with Giemsa smears), biopsy material which was taken from a 4-topographical zones of the stomach (in the middle third of the antrum and in the middle third of the body of stomach and large on the lesser curvature), histological studies state most of the gastric mucosa in these areas.

The detection rate of the active forms of *H. pylori* infection was the lowest – 35 % – on the mucosa of the antrum on the greater curvature, and the highest – 97,4 % – on the body of the stomach mucosa in the small curvature at significantly ( $p < 0,05$ ) higher degree of contamination of mucous HP infection in this area.

**Key words:** chronic *Helicobacter pylori* infection, HP infection, the frequency of detection of active forms of HP infection on topographic zones of the stomach.

V.A. Sukhomlynsky National University (Mykolaiv)  
Center for Progressive Medicine and Rehabilitation «Rea + Med» (Mykolaiv)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 1 (73). – P. 6-8

Надійшла до редакції 04.01.2015 року