

УДК 616.33-002-07:579.835.12

А.А. Авраменко

Николаевский Национальный университет им. В.А. Сухомлинского, Центр прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med", г. Николаев,

ВЛИЯНИЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА НА ЧАСТОТУ ВЫЯВЛЕНИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ РАЗНЫХ ЗОН ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Ключевые слова: хронический неатрофический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс, активные формы хеликобактерной инфекции, частота выявления.

Резюме. Было проведено комплексное обследование 86 больных хроническим неатрофическим гастритом с дуоденогастральным рефлюксом, которое включало рН-метрию, эзофагогастро-дуоденоскопию, двойное тестирование на хеликобактерную инфекцию и гистологические исследования слизистой желудка по 4-м топографическим зонам. Было выяснено, что частота выявления активных форм хеликобактерной инфекции была наибольшей - 100% - на слизистой тела желудка по малой кривизне, а наименьшая - 28% - на слизистой тела желудка по большой кривизне.

Введение

В 1983 году австралийские учёные Б. Маршалл и Дж. Р. Уоренн открыли бактерию, получившую название *Helicobacter pylori* (НР). Определение её роли в этиологии таких заболеваний, как хронический гастрит типа В (хронический неатрофический гастрит), язвенная болезнь, рак желудка и MALT-лимфома, поставило вопрос о достоверном и о своевременном её выявлении [4]. 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 [6, 7, 10]. Однако такие методы имеют и свои изъяны, так как они не могут контролировать слизистую тела желудка по малой кривизне в средней - верхней трети [3]. Кроме того, ряд факторов, таких как применение накануне исследования препаратов висмута, антибиотиков, сукральфата, ингибиторов протонной помпы, могут способствовать переходу активных форм НР-инфекции в неактивную и способствовать получению ложноотрицательных результатов при применении уреазного теста, который обычно проводят при помощи биоптатов слизистой, взятых стандартно в антральном отделе желудка по большой кривизне, и стул-теста [1, 2, 3, 4, 5, 12]. Кроме этого, существует естественный фактор, который влияет на

активную форму НР-инфекции: это - желчь, которая попадает при дуоденогастральном рефлюксе в полость желудка и способствует образованию неактивных форм [4]. В доступной нам литературе не отражены данные о частоте выявления активных форм хеликобактерной инфекции в разных зонах желудка у больных хроническим хеликобактериозом при наличии дуоденогастрального рефлюкса, что и стало поводом для нашей работы.

Цель исследования

Определить частоту выявления активных форм хеликобактерной инфекции в разных зонах желудка у больных хроническим неатрофическим гастритом при наличии дуоденогастрального рефлюкса.

Материалы и методы

В период с декабря 2012 года по декабрь 2013 года на базе эндоскопического кабинета Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" г. Николаева было первично комплексно обследовано 86 пациентов хроническим неатрофическим гастритом, у которых при проведении эндоскопии был выявлен дуоденогастральный рефлюкс. Возраст пациентов колебался от 19 до 48-ми лет (средний возраст составил $31,5 \pm 1,23$ года); лиц мужского пола было 47 (54,7%), женского - 39 (45,3%).

Комплексное обследование включало: пошаговую внутрижелудочную рН-метрию по методике Чернобрового В.Н. [1]; эзофагогастро-дуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой

методике [11]; двойное тестирование на НР: тест на уреазную активность и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков, материал для которых брался во время проведения эндоскопии из 4-х топографических зон: из средней трети антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне по разработанной нами методике [1, 8], а также гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон, по общепринятой методике с учётом последних классификаций [1, 11].

Последовательность обследования: сначала больным проводилась рН-метрия, а после - ЭГДС с забором биопсийного материала для проведения тестирования на НР и гистологических исследований слизистой желудка. Исследование проводилось утром, натощак, через 12-14 часов после последнего приёма пищи. Полученные данные были обработаны статистически с помощью *t* - критерия Стьюдента с вычислением средних величин (*M*) и оценкой вероятности отклонений (*m*). Изменения считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Статистические расчёты выполнялись с помощью электронных таблиц Excel для Microsoft Office.

Обсуждение результатов исследований

При проведении рН-метрии были выявлены все уровни кислотности, кроме гиперацидности

выраженной и анацидности: гиперацидность умеренная - у 2 пациентов (2,2 %), нормацидность - у 17 (19,8%), гипоацидность умеренная - у 31-го (36,1%), гипоацидность выраженная - у 36 (41,9%).

При проведении ЭГДС у всех больных в 100% случаев было подтверждено наличие дуоденогастрального рефлюкса с наличием в полости желудка от 30 до 100 мл желчи. При анализе эндоскопической картины у трех (3,5%) пациентов была выявлена язвенная болезнь с локализацией язвенного дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки в стадии начальной и неполной эпителизации (размеры язвенных дефектов колебались от 0,7 до 1,0 см). У 18 (20,9%) пациентов имелись проявления перенесенных в прошлом язв в виде рубцовой деформации разной степени выраженности. При анализе данных гистологических исследований у всех больных в 100% случаев было подтверждено наличие хронического неатрофического гастрита как в активной, так и в неактивной стадии разной степени выраженности.

При тестировании на НР хеликобактерная инфекция была выявлена в 100% случаев при степени обсеменения от (+) до (+++). Данные по частоте выявления и степени обсеменения слизистой желудка активными формами НР-инфекции по топографическим зонам желудка у больных хроническим неатрофическим гастритом отражены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Частота выявления активных форм НР-инфекции на слизистой различных топографических зон желудка у больных хроническим неатрофическим гастритом при дуодено-гастральном рефлюксе (n = 86)

Название топографической зоны желудка							
Антральный отдел желудка				Тело желудка			
Большая кривизна		Малая кривизна		Большая кривизна		Малая кривизна	
число	%	число	%	число	%	число	%
41	47,7	56	65,1	28	32,6	86	100

Примечание: n - количество исследований

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 с степенью обсеменения в антральном отделе желудка по большой и по малой кривизне, а также слизистой в теле желудка по большой кривизне.

Степень обсеменения НР-инфекцией слизистой антрального отдела желудка и по большой и по малой кривизне достоверно ($p < 0,05$) выше, чем степень обсеменения слизистой тела желудка по большой кривизне, что является прямым следствием наименее частого выявления НР-инфекции в этой зоне желудка по сравнению с другими зонами.

Полученные данные можно трактовать с позиции неоднородности воздействия дуодено-

Таблица 2

Степень обсеменения слизистой желудка НР - инфекцией по топографическим зонам у больных хроническим неатрофическим гастритом при дуодено-гастральном рефлюксе (n = 86)

Топографические зоны желудка	Степень обсеменения слизистой желудка активными формами НР-инфекцией по зонам (+) / (M ± m)
Антральный отдел	а) 1,87 ± 0,18; б) 1,96 ± 0,18
Тело желудка	а) 1,04 ± 0,18; б) 2,89 ± 0,18

Примечание: n - количество исследований, а) - большая кривизна, б) - малая кривизна желудка.

гастрального рефлюкса на активные формы НР-инфекции при расположении бактерий в различных зонах желудка. Слизистая тела желудка по большой кривизне максимально долго подвергается воздействию таких негативных факторов для активной формы НР-инфекции как желчь и содержащий ферменты поджелудочной железы панкреатический сок, которые попадают в полость желудка при дуоденогастральном рефлюксе [1]; средняя-верхняя треть тела желудка по малой кривизне из-за удалённости наименее подвержена этому воздействию, что позволяет НР максимально сохраниться в активной форме именно в этой зоне желудка [1,3]. Низкий уровень кислотности обусловлен защелачивающим эффектом забрасываемой желчи (рН печёночной желчи - 7,5-8,2, рН желчи из жёлчного пузыря - 6,5 - 7,5) [12].

Выводы

1. При обследовании 86 больных хроническим неатрофическим гастритом при дуоденогастральном рефлюксе наибольшая частота выявления активных форм хеликобактерной инфекции - 100 % - была отмечена на слизистой тела желудка по малой кривизне, а наименьшая - 28 % - на слизистой тела желудка по большой кривизне.

2. Данные результаты обязуют проводить двойное тестирование на НР-инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) из четырех топографических зон желудка для получения более достоверных данных.

Перспективы дальнейших исследований

Изучить достоверность дыхательного теста в сравнении с данными, полученными при двойном тестировании на НР-инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) из четырёх топографических зон

Литература. 1. Авраменко А.А. Частота выявления активных форм хеликобактерной инфекции и метаплазии по желудочному типу в двенадцатиперстной кишке у больных хроническим неатрофическим гастритом без язвенных поражений дуоденальной зоны / А.А. Авраменко // Сучасна гастроентер. - 2014. - № 2 (76). - С. 19-26. 2. 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 // Сучасна гастроентер. - 2014. - № 3 (77). - С. 22 - 26. 3. 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.ХІ, № 4(42). - С.4 - 7. 4. Авраменко А. А. Хеликобактериоз / А. А. Авраменко, А. И. Гоженко. - Николаев, "Х-press полиграфія", 2007. - 336 с. 5. Авраменко А. А. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии) / Авраменко А. А., Гоженко А. И., Гойдык В. С. - Одесса, ООО "РА "АРТ-В", 2008. - 304 с. 6. Бичков М. А. Надійність антигенного калового тесту в діагностиці гелікобактеріозу / М. А. Бичков // Сучасна гастроентерологія. - 2011. - № 6 (62). - С. 48-50. 7. Диагностическая значимость дыхательных тестов в диагностике инфекций *Helicobacter pylori* / И.В. Маев, С.И. Рапопорт, В.Б. Гречушников [и др.] // Клиническая медицина. - 2013. - № 2. - С.29 - 33. 8. Патент на корисну модель 17723 Украина, 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. 9. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии / учебно-методическое пособие // Саблин О. А., Гриневич В. Б., Успенский Ю. П. [и др.]. - СПб, 2002 г. - 240 с. 10. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса Маастрихт I V, Флоренция, 2010) / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев [и др.] // Вестник практического врача. - 2012. - № 1. - С.19 - 26. 11. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / В. Й. Кімакович, В. І. Нікішаєв, І. М. Тумак [та інш.] / за ред. В. Й. Кімаковича і В. І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 12. Avramenko A.O. The effect of proton pump inhibitors on formation of inactive (coccoid) forms of *H. pylori* infection / A.O. Avramenko // Clinical Pharmacy. - 2013. - Vol. 17, No. 4. - P.15 - 17.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АКТИВНИХ ФОРМ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СЛИЗОВІЙ РІЗНИХ ЗОН ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ ПРИ НАЯВНОСТІ ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ

А.О. Авраменко

Резюме. Було проведено комплексне обстеження 86 хворих на хронічний не атрофічний гастрит при наявності дуоденогастрального рефлюксу, яке включало рН-метрію, езофагогастродуоденоскопію, подвійне тестування на

гелікобактерну інфекцію і гістологічні дослідження слизової шлунка по чотирьох топографічних зонах. Було з'ясовано, що частота виявлення активних форм гелікобактерної інфекції була найбільша - 100% - на слизовій тіла шлунка по малій кривині, а найменша - 28% - на слизовій тіла шлунка по великій кривині.

Ключові слова: хронічний не атрофічний гастрит, дуоденогастральний рефлюкс, активні форми гелікобактерної інфекції, частота виявлення.

**THE FREQUENCY OF DETECTIONING OF REACTIVE
HELICOBACTER PYLORI INFECTION ON THE
MUCOSA OF VARIOUS STOMACH ZONES IN
PATIENTS SUFFERING CHRONIC NON-ATROPHIC
GASTRITIS WITH DUODENOGASTRIC REFLUX**

A.A. Avramenko

Abstract. A comprehensive survey of 86 patients suffering from chronic non-atrophic gastritis with duodenal reflux which included pH meter, esophagogastroduodenoscopy, double

testing of *Helicobacter pylori* infection and histological studies of the gastric mucosa to 4 - m topographic zones has been carried out. It was found that the incidence of active forms of *H. pylori* infection was the largest - 100% - in the body of the stomach mucosa in the small curvature, and the lowest - 28% - on the mucosa of the stomach body on the greater curvature.

Key words: chronic non-atrophic gastritis, duodenal reflux, active forms of *H. pylori* infection, the detection rate.

**Department of Human Biology and Animals of the
Faculty of Biology**

National University. VA Sukhomlinsky, Nikolaev.

**Center for Progressive Medicine and Rehabilitation
"Rea + Med".**

Clin. and experim. pathol. - 2015. - Vol.14, №1 (51). - P.18-21

Надійшла до редакції 05.02.2015

Рецензент - проф. О.І. Федів

© А.А.Авраменко, 2015