

ИСТОРИЧЕСКИЙ РАКУРС ИНФЕКЦИОННОЙ ТЕОРИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Язвенной болезнью люди болели ещё в глубокой древности. Впервые язву желудка описал в I веке н.э. Гален. Ибн-Сина (Авиценна) в своем трактате «Канон врачебной науки» указал, что язва может вызвать кровотечение, «разъесть» желудок и привести к смерти больного.

Цель исследования – представить в хронологическом порядке формирование инфекционной природы язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Результаты. За прошедшее время многие исследователи пытались понять причины возникновения язвы, отсюда и множество разных теорий, объясняющих их появление. Среди существовавших теорий этиологии и патогенеза язвенной болезни, инфекционная была наименее популярной. Традиционно считалось, что причинами гастритов, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки являются либо дисбаланс соляной кислоты и пепсина, либо дефекты нервных окончаний или сосудов, окружающих желудок и двенадцатиперстную кишку, либо стрессы.

Обращает внимание, что количество исследований, прямо или косвенно указывающих на участие бактерий в патологии желудка в XIX веке, было небольшим по сравнению с обилием работ, посвященных изучению влияния кислотно-пептического фактора. Этапы активных исследований сменялись периодами полного отсутствия работ на протяжении десятков лет.

В 1875 году немецкие учёные обнаружили спиралевидную бактерию в слизистой оболочке желудка человека. Бактерия не росла в культуре (на известных в то время искусственных питательных средах), и это случайное открытие было забыто. Далее в 1893 г. итальянский исследователь Джулио Биззоццо описал похожую спиралевидную бактерию, живущую в кислом содержимом желудка собак. В 1899 г. профессор Валерий Яворский из Ягеллонского университета в Кракове, исследуя осадок из промывных вод желудка человека, обнаружил, помимо бактерий, напоминавших по форме хворостины, также некоторое количество бактерий характерной спиралеобразной формы. Профессор Яворский назвал обнаруженную им бактерию *Vibrio rugula*. Он был первым, кто предположил возможную этиологическую роль этого микроорганизма в патогенезе заболеваний желудка. Его работа на

эту тему была включена в польское «Руководство по заболеваниям желудка». Однако эта работа не имела большого влияния на остальной врачебный и научный мир, поскольку была написана на польском языке.

Все находки спиралевидных бактерий ограничивались лишь их описанием, получить же культуру бактерий и идентифицировать их никто не пытался. Медицинское и научное сообщество медленно и неохотно признавали патогенетическую роль этой бактерии в развитии язв желудка и двенадцатиперстной кишки и гастритов, вследствие распространённого в то время убеждения, что никакой микроорганизм не в состоянии выжить длительное время в кислом содержимом желудка. В умах врачей и ученых того времени господствовали убеждения, лаконично и ярко сформулированные К. Schwarz в 1910 г. в виде двух постулатов: «нет кислоты – нет язвы» и «нарушение равновесия между силами агрессии и защиты слизистых ведет к их повреждению и язве».

В 1974 г. профессор И. А. Морозов из Москвы обнаружил спиралевидные бактерии в материале пациентов после ваготомии во внутриклеточных канальцах клеток желудка, а также у больных язвой, которым не делали ваготомию. Однако способ выращивания этих бактерий не был известен микробиологам, и обнаруженные бактерии были забыты ещё на несколько лет.

Признание научным сообществом этиологической роли спиралевидной бактерии в развитии заболеваний желудка начало постепенно приходить лишь после того, как были проведены дополнительные исследования. В 1979 г. госпитальный патолог Робин Уоррен на основании небольшого количества имеющихся сообщений и результатов собственных наблюдений попытался подтвердить гипотезу о том, что встречающиеся спиралевидные бактерии в слизистой оболочке желудка, названные впоследствии *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), могут быть причиной широко распространенных заболеваний данного органа. До сих пор остается загадкой, почему легко обнаруживаемая в световом микроскопе бактерия долгое время оставалась неизученной. Вероятной причиной этого являлась доминирующая в те годы догма о ведущей роли соляной кислоты в развитии язвенной болезни. Скептицизм коллег долго не позволял автору представить свою точку зрения широкой аудитории. Этой идеей увлекся молодой аспирант Барри Маршалл. Продолжая совместные исследования, патоморфолог и клиницист показали частую встречаемость обнаруженного микроорганизма в слизистой оболочке желудка, корреляцию с воспалительными изменениями в стенке желудка. Вскоре была получена культура бактерии и показана значимая связь этого микроорганизма с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (в 70 и 100% случаев, соответственно). Для

доказательства этиологической роли *Campylobacter pyloridis* в развитии хронического гастрита Барри Маршалл пошёл на смелый шаг – на себе воспроизвел третий постулат Коха, заключающийся в том, что микроорганизм, полученный от больного и выделенный в чистой культуре, при заражении им восприимчивого индивидуума должен вызвать у него такое же заболевание. Для этого, в духе настроений ученых XIX века, исследователь решил провести эксперимент на себе. Имея гистологически нормальную слизистую оболочку желудка, он принял внутрь суспензию чистой культуры *H. pylori*, полученную из биоптата слизистой оболочки желудка 66-летнего больного хроническим активным гастритом типа В. Спустя 7 дней у Маршалла появились клинические признаки заболевания. А на 10-й день при гастроскопии у него были выявлены изменения слизистой оболочки желудка, характерные для хронического гастрита типа В, из биоптатов же удалось выделить культуру *H. Pylori*.

К настоящему времени в многочисленных клинических, эпидемиологических и микробиологических исследованиях доказано, что бактерии рода *Helicobacter* повсеместно распространены в природе. Его виды обнаружены у обезьян, собак, кошек, овец, хорьков, птиц, а *H.pylori* заселяет ЖКТ у 30-90% населения земного шара, что составляет 3,5 млрд чел.. В разных регионах России *H. pylori* выявляется у 80-100% взрослого населения, однако только 25% из них страдают различными заболеваниями эзофагогастродуоденальной зоны.

Открытие инфекции *H. pylori* послужило мощнейшим толчком к дальнейшим исследованиям в этой области. Двадцатилетний опыт применения антихеликобактерной терапии показал огромную практическую ценность открытия. В настоящее время отмечают снижение заболеваемости хроническим гастритом и язвенной болезнью, а также тенденция к снижению распространенности рака желудка. Закономерным итогом более чем 20-летних мировых исследований микроорганизма, патогенеза и лечения различных заболеваний, связанных с ним, стала Нобелевская премия в области физиологии и медицины 2005 г., присужденная Барри Маршаллу и Робину Уоррену за открытие бактерии *H. pylori* и ее роли в возникновении гастрита и язвенной болезни.

В настоящее время *H. pylori* является не единственным претендентом на роль инфекционного фактора, принимающего участие в генезе язвенной болезни. В литературе имеются указания на то, что язвенная болезнь развивалась через 1-2 года после заболевания лямблиозом (Ланда А.Л., Илинич В.К., 1973). Хотя, по сведениям других авторов, перенесенный лямблиоз встречался в анамнезе у больных язвенной болезнью или был выявлен в процессе обследования в 7% случаев. Механизм влияния инфекции на слизистую оболочку еще не

изучен, но в настоящее время считается общепризнанным, что лямблиоз в совокупности с повышенной кислотно-пептической агрессией желудочного сока и хеликобактериозом относится к факторам риска язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (Н.П. Шабалов, Ю.И. Староверов, 1998).

Заключение. Нельзя исключить, что на изменение регенераторных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки влияет и другая инфекция. Это влияние может проявляться через ослабление защитных свойств макроорганизма и, соответственно, создание условий для роста *Helicobacter pylori* и *Lamblia intestinalis*.

Однако результаты огромного количества выполненных за истекший период времени научных работ, посвященных разным аспектам хеликобактериоза, к настоящему времени позволили ответить далеко не на все имеющиеся вопросы, и наибольшие сложности связаны с лечением этой инфекции.

Литературные ссылки

1. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. – М.: Триада-Х, 1999. – 255 с.
2. Исаков В.А., Домарадский И.В. Хеликобактериоз. – М.: ИД Медпрактика, 2003. – 412 с.
3. Burneus A.P., Stenley J., Morgenstern R. Gastroenteritis associated with *Helicobacter pullorum* // *Lancet*. – 1994. – № 344. – Pp. 1569.
4. Marshll B.J., Warren J.R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration // *Lancet*. – 1984. – № 1. – P. 1311-1315.
5. Warren J.R. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis (letter) // *Lancet*. – 1983. - № 2. – P. 1273-1273.

Сорокопыт З.В., Даас М. Хайтхм

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ДЕТСКОМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) всегда была инфекционной болезнью, потенциально опасной для жизни, особенно у детей раннего возраста и лиц с сопутствующими преморбидными