

Простой и безопасный метод аспирационной биопсии слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта дает врачу возможность производить прижизненное морфологическое исследование. Рецензируемый труд является первой отечественной монографией на данную тему. Он написан одним из пионеров и горячих пропагандистов этого метода.

Монография, базирующаяся в основном на большом опыте автора, состоит из 5 глав. В I главе кратко освещается история метода, дается описание аппаратуры и техники гастро- и энтеробиопсии, излагаются показания, противопоказания, возможные осложнения при взятии материала и способы его обработки. Следует подчеркнуть, что предложенная автором конструкция гастробиопсионного зонда (модификация зонда Вуда — Томеннуса) очень проста и удобна в эксплуатации, безопасна и позволяет в большинстве случаев получить вполне достаточный по объему материал для гистологического исследования. Очень существенно указание автора на необходимость манометрического контроля за величиной отрицательного давления. Мы используем в качестве манометра металлическую стойку от аппарата для измерения венозного давления, имеющую шкалу с делениями от 0 до 400 мм.

II глава посвящена гистологической картине слизистой оболочки желудка в норме и при различных заболеваниях. Эту главу по праву можно считать центральной.

Автор сумел представить убедительный материал, позволяющий не только диагностировать различные формы хронического гастрита, но и дифференцировать его от функциональных изменений слизистой оболочки.

Спорно утверждение автора об отсутствии гиперацидных форм хронического гастрита и его предложение говорить в этих случаях о «рабочей» гиперплазии обкладочных клеток. Следует согласиться с мнением Г. Л. Левина, Г. С. Петросяна и др., что существование гиперацидных форм хронического гастрита возможно даже при наличии начальных морфологических признаков атрофии слизистой оболочки, что зависит, по-видимому, от повышенной возбудимости нервно-секреторного аппарата желудка и нарушения нервно-эндокринной системы регуляции.

Очень важно указание автора, что непосредственной причиной прогрессирования хронического гастрита служат обострения. Сопоставляя гистологическую картину слизистой оболочки с состоянием секреторной функции желудка, автор не смог обнаружить полного параллелизма. Более того, в части случаев отмечалась диссоциация в выделении соляной кислоты, пепсина и мукопротеида даже при нормальной слизистой оболочке желудка. И все же соответствие между ними должно, по-видимому, существовать. Необходимо продолжить исследования в этом направлении с применением раздражителей различной силы (пороговых и максимальных) и изучением таких функциональных показателей, как гастропротеинограмма по Глассу, пронизаемость железистых клеток и элиминационная способность слизистой оболочки желудка с количественным определением красителя по А. Е. Гельфману, выделение пепсина и мукопротеида с желудочным соком и пепсиногена с мочой и др. Отсутствие полного параллелизма между морфологическими изменениями и секреторной функцией желудка объясняется, возможно, тем, что гистологическое изучение 1—2 кусочков слизистой все же далеко не во всех случаях может дать абсолютно достоверные данные для суждения о характере и распространенности гастритического процесса на всей секретирующей поверхности слизистой оболочки желудка.

Ценные данные получены автором при морфологическом исследовании слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у 60% больных обнаруживается нормальная слизистая оболочка желудка, но количество обкладочных клеток оказывается увеличенным. При язвенной болезни желудка, наоборот, у 75% больных выявляется сопутствующий гастрит, в том числе и атрофический. Обращает на себя внимание вывод автора, что при язвенной болезни желудка сопутствующий гастрит протекает с превалированием дистрофических изменений в эпителиальных клетках, обуславливающих снижение репаративных возможностей и резистентности слизистой оболочки. При раке желудка в большинстве случаев обнаруживается гастрит «перестройки» на фоне атрофии слизистой и угнетения секреторной функции по всем показателям. В этой же главе дается описание предложенного автором метода количественного определения пепсиногена и хлоридов в слизистой оболочке желудка.

В III и IV главах анализируются результаты прижизненного исследования слизистой оболочки двенадцатиперстной и тощей кишки с помощью биопсионного зонда оригинальной конструкции. Автор подробно обрисовывает гистологическую картину нормальной слизистой и морфологические признаки хронического дуоденита, который также проходит различные стадии — от поверхностного до атрофического. На сложность клинической диагностики хронических дуоденитов указывали М. М. Губергриц, А. Я. Губергриц и В. Н. Шмаков и другие. Метод аспирационной биопсии позволил установить, что хронический дуоденит нередко сопутствует язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, хроническому гастриту с секреторной недостаточностью, хроническому

холециститу и панкреатиту, но как самостоятельное заболевание встречается сравнительно редко.

Автор рекомендует использовать стереоскопический микроскоп для прижизненного изучения слизистой тощей кишки без предварительной гистологической обработки. При этом более четко дифференцируются морфологические признаки состояния слизистой тонкой кишки. В сущности, аспирационная биопсия — единственный метод вполне объективной оценки состояния слизистой оболочки тонкой кишки, которая почти недоступна для физикального и рентгенологического исследования.

В последней главе автор приводит результаты параллельного изучения слизистых оболочек желудка, двенадцатиперстной и тощей кишок, которые показывают наличие генетической связи между язвенной болезнью и хроническим гастритом, с одной стороны, и хроническим дуоденитом и энтеритом — с другой. Последние клинически не всегда четко выявляются, но служат причиной атипичного течения язвенной болезни и хронического гастрита и недостаточной эффективности лечебных мероприятий при них.

Книга написана хорошим литературным языком, описания гистологической картины отличаются четкостью и исчерпывающей полнотой, иллюстрируются хорошо выполненными микрофотографиями. К недостаткам технического оформления книги следует отнести отсутствие цветных микрофотографий, мягкий бумажный переплет. Книгу, которая, несомненно, будет служить повседневным руководством и справочным пособием при аспирационной биопсии, следовало издать в твердом переплете. Тираж книги (8000) явно недостаточен, и в ближайшее время возникнет необходимость в ее переиздании. В литературный указатель не включен ряд работ отечественных и зарубежных авторов (К. С. Вирсаладзе и Б. Х. Рачвелишвили, В. Ф. Евдокимов, В. С. Новиков и соавт., М. И. Разумов и Г. Д. Вилиявин, Finch и Faft; Williams; Krentz и Merten; Moll и Petzel и др.).

Отмеченные недостатки и спорные положения не могут существенно повлиять на весьма высокую оценку этой оригинальной и полезной книги, издание которой явилось важным вкладом в развитие отечественной гастроэнтерологии.

Проф. А. И. Левин и доц. Я. С. Циммерман (Пермь)

И. Ю. Юдин. Неспецифический язвенный колит. Медицина, 1968, 185 стр.

Монография И. Ю. Юдина, которой предпослано предисловие академика Б. В. Петровского, посвящена одному из трудных и сложных разделов гастроэнтерологии. Проблема язвенного колита до настоящего времени не нашла должного отражения в печати. Книга построена в традиционном плане. После введения и краткого исторического очерка автор приводит подробный статистический анализ по заболеваемости язвенным колитом. Справедливо утверждение о повышении заболеваемости неспецифическим язвенным колитом за последние два десятилетия. Значительно возрос и процент хирургических вмешательств при этом заболевании. К сожалению, суммарная отечественная статистика по этому вопросу отсутствует.

Контагиозность при неспецифическом язвенном колите не доказана, а наблюдения различных авторов о семейных формах колита свидетельствуют о том, что в ряде случаев можно говорить о наследственной природе этого заболевания.

В главе «Этиология и патогенез» приведены современные взгляды, в частности, касающиеся аутоиммунного фактора в патогенезе язвенного колита. Автор совершенно обоснованно считает язвенный колит полиэтиологическим заболеванием и среди прочих причинных факторов указывает на роль стресса.

С большим знанием дела написана глава «Патологическая анатомия». Автор первым в нашей стране начал оперативное лечение язвенного колита и проводил исследование биопсийного материала как из удаленных отделов толстой кишки, так и всего толстого кишечника в целом. Мы полностью разделяем взгляд автора об исключительной редкости атипичных форм язвенного колита, протекающего без поражения прямой кишки. Бесспорно, существует прямая зависимость между тяжестью клинического течения и распространенностью процесса, и большинство тяжелых прогрессирующих форм неспецифического язвенного колита наблюдается при тотальном поражении толстого кишечника. Но несомненно также и то, что ограниченное поражение прямой и сигмовидной кишок встречается чаще всего. Наблюдают такие случаи, как правило, терапевты.

Автор детально рассматривает гистологические изменения в резецированной кишке, а также на секционном материале.

Восторженно и глубоко изложена глава «Клиника». Безусловно, предлагаемая автором классификация язвенного колита, несмотря на свою схематичность, найдет применение в клинической практике гастроэнтерологов. Скрупулезно описана симптоматология различных форм язвенного колита.

Мы согласны с утверждением автора о необратимости процесса, во всяком случае морфологического, в наиболее тяжелых случаях язвенного колита. Ремиссии, спонтанные или после консервативного лечения, наблюдаются в более легких случаях.