

УДК 616.33-002.2:615.281:616.366-002.7

А.А. Авраменко*,

Р.Н. Короленко**

Николаевский Национальный Университет им. В.А. Сухомлинского*,
Центр прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med", г. Николаев*,
Отделение функциональной диагностики
4-ой горбольницы, г. Николаев**

СЛУЧАЙ РАСПАДА И ВЫВЕДЕНИЯ ОБЛОМКОВ КОНКРЕМЕНТОВ ИЗ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Ключевые слова: хронический неатрофический гастрит, последовательная антихеликобактерная терапия, желчнокаменная болезнь.

Резюме. Был проанализирован случай распада и выведения обломков конкрементов из жёлчного пузыря после проведения последовательной антихеликобактерной терапии по методике Авраменко А.А. у больной хроническим неатрофическим гастритом. Было выяснено, что конкременты полностью эвакуировались после второго этапа последовательной терапии.

Желчнокаменная болезнь является одной из самых распространённых болезней гепатобилиарной системы. По поводу данного заболевания ежегодно в экономически развитых странах оперируется до 110 тыс. больных [11]. Считается, что удаление жёлчного пузыря с камнями предупреждает развитие такого грозного осложнения, как механическая желтуха. Однако удаление жёлчного пузыря влечёт за собой развитие постхолецистэктомического синдрома, одним из проявлений которого является прогрессирующий хронический панкреатит [16]. Развитие желчнокаменной болезни напрямую связано с нарушением функции жёлчного пузыря, особенно с дискинезией по гипотоническому гипокинетическому типу [7]. Существует определённая связь между длительностью язвенной болезни, которая развивается на фоне хронического неатрофического гастрита, и развитием дискинезии жёлчного пузыря [5]. Однако в доступной нам литературе мы не встречали описание случаев позитивного влияния лечения хронического неатрофического гастрита на развитие желчнокаменной болезни. В этом ракурсе будет интересен случай самостоятельного выхода конкрементов из жёлчного пузыря после проведения антихеликобактерной терапии по новой методике.

Больная Г., 46 лет, домохозяйка, обратилась 23.09.14 г. для обследования и лечения к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" по поводу постоянного чувства тяжести после приёма пищи и выраженного симптома "раннего насыщения" (через 4 - 5 глотков пищи) в течение последних трех недель.

При сборе анамнеза было выяснено, что появлению данных клинических проявлений предшествовал двух месячных психоэмоциональный стресс (ссора с дочерью). За 2 недели до обследования пациентка самостоятельно в течение 6 дней принимала ингибитор протонной помпы ("Омес") по 1 т x 2 раза в день.

Согласно приказу № 271 Минздрава Украины от 13.06.2005 года больной было проведено комплексное обследование (№ 143 от 23.09.14 г.), которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н. [1], эзофагогастродуоденоскопию по общепринятой методике [9], тестирование на хеликобактерную инфекцию (НР) (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков), биопсийный материал для которых брался из четырех топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне) [13]. Из этих же зон были взяты биоптаты для проведения гистологических исследований слизистой желудка по общепринятой методике [12]. Кроме того, пациентке было проведено УЗИ органов брюшной полости по общепринятой методике [8]. Из биохимических исследований были проведены тесты на определения уровня антител G к НР-инфекции, уровня СД-16 (натуральных киллеров) для определения внутриклеточных "депо" НР в париетальных клетках [10] и стул-тест в модификации по Авраменко А.А. [14].

Больная получала последовательную антихеликобактерную терапию по Авраменко А.А. [15], после которой были проведены контрольная рН-метрия и УЗИ.

При проведении первичной рН-метрии у

больной уровень кислотности соответствовал гипoaцидности выраженной абсолютной. При проведении эзофагогастродуоденоскопии был выставлен диагноз: "Хронический гастродуоденит. Косвенные признаки панкреатита". При тестировании на НР хеликобактерная инфекция в антральном отделе выявлена не была; в теле желудка по большой кривизне - в активной форме при степени обсеменения - (+++) со сформировавшимся внутриклеточным "депо" данной инфекции, в теле желудка по малой кривизне - в неактивной (коккообразной) форме при степени обсеменения - (+++), что подтверждало наличие у больного хронического гастрита типа В. При проведении гистологических исследований были получены следующие данные:

Биопсия № 942 от 23.09.14 г.

1) антральный отдел желудка № 854-55: хронический активный гастрит (+ + +) с атрофией желез (+ +) и фиброзом стромы;

2) тело желудка, средняя треть, большая кривизна № 856-58: хронический активный гастрит (+ +);

3) тело желудка, средняя треть, малая кривизна № 859-61: хронический активный гастрит (+ + +) с очаговой дисплазией эпителия желез (+).

При проведении биохимических исследований были получены следующие данные:

а) Антитела к Н. pylori от 17.09.14 г.: 138,1 МЕ/МЛ (< 15 - отрицательный, 15-30 - сомнительный, > 30 - положительный);

б) Иммунограмма (СД - 16 (натуральные киллеры) от 17.09.14г: 33 % (норма - 12-23 %); клеток/мкл - 705 (норма - 70-552);

в) Стул- тест на НР(антигены к НР) № 6993 н от 17.09.14 г.: отрицательный (до начала лечения).

При проведении УЗИ органов брюшной полости 18.09.14 г. был выставлен диагноз: ЖКБ (+) (3 конкремента, 4,6 мм). Реактивный панкреатит.

После курса лечения при проведении контрольной рН-метрии от 12.11.14 г. уровень кислотности соответствовал гиперацидности выраженной минимальной.

При проведении контрольной УЗИ органов брюшной полости с пищевой нагрузкой 07.11.14 г. был выставлен диагноз: Функционирующий жёлчный пузырь (конкременты выявлены не были).

Данный случай можно трактовать только с точки зрения влияния хронического неатрофического гастрита на функцию органов гепатобилиарной системы. Известно, что при стадийном развитии хронического неатрофического гастрита происходит переселение НР-инфекции из

антрального отдела желудка в тело желудка, что сопровождается снижением уровня кислотности [6]. Длительно протекающий хронический неатрофический гастрит, на фоне которого часто формируется язвенная болезнь, приводит к развитию дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу [5]. Это приводит к застою явлениям в жёлчном пузыре, что в 40% случаев формирует билиарный сладж и провоцирует образование конкрементов [7]. Формирование внутриклеточных "депо" Нр-инфекции в слизистой тела желудка по малой кривизне является типичным после применения ИПП [17], что подтверждается не только сравнительной характеристикой уреазного теста и мазков-отпечатков, но и ростом уровня натуральных киллеров, которые реагируют на проникновение бактерий и вирусов в клетки [10]. Отрицательный стул-тест обусловлен наличием неактивных форм НР-инфекции и нахождением НР во внутриклеточных "депо" [2,3]. Проведение антихеликобактерной последовательной терапии привело к успешной эрадикации, о чём свидетельствует повышение уровня кислотности (феномен "отдачи"), что позволило пепсиногенам переходить в пепсины [6], улучшить пищеварение в желудке и снять нагрузку с поджелудочной железы, как с органа- компенсанта, работающего по принципу "Ленивый муж - работающая жена" [4]. Исключив влияние НР-инфекции на процесс пищеварения, тем самым, с нашей точки зрения, была улучшена функция и жёлчного пузыря: улучшение сократительной функции жёлчного пузыря привело к распаду конкрементов, которые были, по всей видимости, рыхлыми, и выведению их в двенадцатиперстную кишку естественным путём.

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 гастроентерол. - 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 оболочке желудка / А.А. Авраменко / Сучасна гастроентерол. - 2014. - № 3 (77). - С. 22 - 26. 3. Авраменко А.А. Влияние внутриклеточных "депо" хеликобактерной инфекции на достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим неатрофическим гастритом / А.А. Авраменко // Актуальные проблемы транспортной медицины. - 2014. - № 4, т. 2(38-II). - С.139 - 144. 4. Авраменко А.А. Влияние длительно протекающего психоэмоционального стресса на функциональное состояние париетальных клеток слизистой желудка (синдром "усталости париетальных клеток") / А.А. Авраменко // Сучасна гастроентерол. - 2014. - № 5 (79). - С.20 - 26. 5. Авраменко А. А. Хеликобактериоз / А. А. Авраменко, А. И. Гоженко - Николаев, "Х-press полиграфия", 2007. - 336 с. 6. Авраменко А. А. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии) /Авраменко А. А., Гоженко А. И., Гойдык

В. С. - Одеса, ООО "РА "АРТ-В", 2008. - 304 с. 7. Боброннікова Л.Р. Вплив інфекційного фактора та імуні-
 метаболічних порушень на морфофункціональний стан
 жовчного міхура у хворих з поєднанням хронічного
 холециститу та гіпертонічної хвороби / Л.Р. Боброннікова,
 Л.В. Журавльова // Сучасна гастроентерол. - 2011. - № 2
 (58). - С.14 - 19. 8. Дергачев А.И. Абдоминальная эхо-
 графия: справочник / А.И. Дергачев, П.М. Котляров. - М.:
 ЭликсКом, 2005. - 352 с., ил. 9. Ендоскопія травного
 каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / За ред.
 В.І. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво
 Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 4. 10. Заявка на корисну
 модель № u 2014 09563 від 01.09.2014р. Спосіб тестування
 внутрішньоклітинних "депо" гелікобактерної інфекції у
 хворих на хронічний гелікобактеріоз за Авраменком А.О.
 11. Качество жизни больных после холецистэктомии / Н.С.
 Осмонбекова, В.К. Попович, М.А. Чиников [и др.] // Хирургия. - 2013. - № 9. - С.24 - 28. 12. Медведев И.И.
 "Основы патанатомической техники" / И.И. Медведев. - М.:
 "Медицина", 1969 г. - 287 стр. 13. 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. 14. Патент на корисну модель №
 93 273 Україна, UA, МПК G01N 33/48 (2006.01) Спосіб
 тестування гелікобактерної інфекції у хворих на хронічний
 гелікобактеріоз / А.О. Авраменко. - u 2014 03956; Заявл.
 14.04.2014; Опубл.25.09.2014.; Бюл. № 18. - 3 с. 15. Патент
 на корисну модель № 95 231 Україна, UA, МПК (2014.01)
 А61К 31/00, А61К 35/00 Спосіб лікування проявів хро-
 нічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і
 виразкової хвороби за Авраменком А.О. /А.О. Авраменко -
 u 2014 07938; Заявл. 14.07.2014; Опубл.10.12.2014; Бюл.
 № 23 - 5 с. 16. Чубенко С.С. Возможности прогнозирования
 постхолецистэктомического синдрома, его профилактика и
 лечение / С.С. Чубенко // Сучасна гастроентерол. - 2011. - №
 5 (61). - С. 89 - 97. 17. Шухтина И.Н. К вопросу об
 искусственных причинах формирования внутриклеточного
 "депо" хеликобактерной инфекции у больных хроническим
 гастритом типа В / Шухтина И.Н., Авраменко А.А. // Укр.
 мед. альманах. - 2009. - Т. 12, № 6. - С. 225 - 226.

**ВИПАДОК РОЗПАДУ І ВИВЕДЕННЯ УЛАМКІВ
 КОНКРЕМЕНТІВ ІЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПІСЛЯ
 ПРОВЕДЕННЯ ПОСЛІДОВНОЇ
 АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРОЇ НА**

ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

А.О. Авраменко, Р.Н. Короленко

Резюме. Був проаналізований випадок розпаду і виведення уламків конкрементів із жовчного міхура після проведення послідовної антигелікобактерної терапії за методикою Авраменка А.О. у хворої на хронічний неатрофічний гастрит. Було з'ясовано, що конкременти повністю евакуувалися після другого етапу послідовної терапії.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, послідовна антигелікобактерна терапія, жовчнокам'яна хвороба.

**THE CASE OF BREAKDOWN AND EXCRETION OF
 CONCREMENTS' FRAGMENTS FROM
 GALLBLADDER SINCE SEQUENTIAL THERAPY OF H.
 PYLORI IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-
 ATROPHIC GASTRITIS**

A.A. Avramenko, R.N. Korolenko

Abstract. Was analyzed the case of breakdown and removing the concretments' fragments from the gallbladder after sequential therapy of H. pylori according to Avramenko A.A. methods in patients with chronic non-atrophic gastritis. It has been found that the stones completely evacuated after the second phase of sequential therapy.

Key words: chronic non-atrophic gastritis, Helicobacter therapy sequential, gallstone disease.

**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.-236-238.

Надійшла до редакції 03.02.2015

Рецензент - проф. О.І. Федів

© А.А. Авраменко, Р.Н. Короленко, 2015