

УДК 616.33-002.2:616.367-24-008.4-072

*А.А. Авраменко**,*Р.Н. Короленко***,*И.Н. Шухтина****

Кафедра биологии человека и животных
биологического факультета
Николаевского Национального
Университета им. В.А. Сухомлинского*,
Отделение функциональной диагностики
4-ой горбольницы, г. Николаев**,
Кафедра внутренней медицины №3,
Одесский национальный медицинский
университет***

ВЛИЯНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ДОСТОВЕРНОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Ключевые слова: дискинезия желчевыводящих путей, хронический неатрофический гастрит, достоверность дыхательного теста.

Резюме. Было проведено комплексное обследование 28 больных хроническим неатрофическим гастритом с дискинезией желчевыводящих путей, которое включало УЗИ-диагностику органов брюшной полости, рН-метрию, эзофагогастродуоденоскопию, двойное тестирование на хеликобактерную инфекцию и гистологические исследования слизистой желудка по 4-м топографическим зонам, проведение дыхательного теста и определение уровня антител к НР-инфекции по ИФА. Было выяснено, что наличие дискинезии желчевыводящих путей снижает достоверность дыхательного теста до 60,7%.

Вступление

При исследовании влияния дискинезии желчевыводящих путей на степень достоверности такого распространённого метода тестирования на хеликобактерную (НР) инфекцию как стул-тест, было выяснено, что достоверность этого метода составляет 57,7% [9]. Дыхательный тест также является одним из наиболее используемых методов тестирования на НР-инфекцию [8, 11], однако данных о влиянии дискинезии желчевыводящих путей на достоверность выявления НР у больных хроническим неатрофическим гастритом в доступной нам литературе выявлено не было, что и стало поводом для наших исследований.

Цель исследования

Определить степень достоверности дыхательного теста у больных хроническим неатрофическим гастритом при наличии у них дискинезии желчевыводящих путей.

Материалы и методы

Были проанализированы результаты комплексного обследования 28 больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых при проведении УЗИ - диагностики было выявлено дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому гипокинетическому типу и на которых в течение 3-х месяцев не действовали факторы,

влияющие на активные формы НР-инфекции: применение антибиотиков, препаратов висмута, сукральфата, ингибиторов протонной помпы, препаратов, содержащих ферменты поджелудочной железы, рвота, наличие внутриклеточных "депо" НР-инфекции. [1,2,3,4,13]. Возраст пациентов колебался от 18 до 41-го года (средний возраст составил $27,3 \pm 1,62$ года); лиц мужского пола было 16 (57,1%), женского - 12 (42,9 %).

Комплексное обследование включало: пошаговую внутрижелудочную рН - метрию по методике Чернобрового В.Н.; эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой методике; 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, а также гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон, по общепринятой методике с учётом последних классификаций [4, 12]. Определение антител к НР-инфекции по ИФА (имунно-ферментный анализ) и дыхательный тест проводились по общепринятой методике [5,6].

Последовательность обследования: после определения наличия у пациентов дискинезии желчевыводящих путей при проведении УЗИ

органов брюшной полости с пищевой нагрузкой по общепринятой методике [7] 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. Определение антител к НР-инфекции по ИФА и дыхательный тест проводились либо накануне проведения комплексного обследования, либо сразу после него. 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 анацидности: гиперацидность выраженная - у 1-го (3,6%), гиперацидность умеренная - у 1-го (3,6%), нормацидность - у 6-ти (21,4%), гипоацидность умеренная - у 11-ти (39,3%), гипоацидность выраженная

- у 9-ти (32,1%).

При проведении ЭГДС у 17-ти (60,7%) больных было подтверждено наличие дуоденогастрального рефлюкса с наличием в полости желудка от 20 до 100 мл желчи. При анализе эндоскопической картины у 6-ти (21,4%) пациентов имелись проявления перенесенных в прошлом язв в виде рубцовой деформации разной степени выраженности. При анализе данных гистологических исследований слизистой желудка у всех больных в 100% случаев было подтверждено наличие хронического гастрита как в активной, так и в неактивной стадии разной степени выраженности.

При тестировании на НР двойным тестом хеликобактерная инфекция была выявлена в 100% случаев при степени обсеменения от (+) до (+++). Данные по степени обсеменения слизистой желудка разными формами НР-инфекции по топографическим зонам желудка у больных хроническим неатрофическим гастритом отражены в таблице 1.

При сравнительном анализе данных по частоте выявления и средней степени обсеменения НР-инфекцией слизистой желудка по топографическим зонам можно отметить достоверно

Таблица 1

Степень обсеменения слизистой желудка НР-инфекцией по топографическим зонам у больных хроническим неатрофическим гастритом при наличии дискинезии желчевыводящих путей (n = 28)

Топографические зоны желудка	Степень обсеменения слизистой желудка НР-инфекцией по зонам (+) / (M ± m)			
	Активные формы	Неактивные формы	Активные формы	Неактивные формы
Антральный отдел	а) 0,68 ± 0,32;	а) 0,66 ± 0,32;	б) 0,95 ± 0,32	б) 1,03 ± 0,32
Тело желудка	а) 0,98 ± 0,32;	а) 2,12 ± 0,32;	б) 2,13 ± 0,32	б) 0,91 ± 0,32

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

($p < 0,05$) 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, в то время как степень обсеменения неактивными формами НР-инфекции достоверно ($p < 0,05$) более высокая на слизистой в теле желудка по большой кривизне, чем в других 3-х зонах желудка.

Данные по результатам определения антител к НР-инфекции по ИФА и дыхательного теста представлены в таблицах 2 и 3.

Полученные данные можно трактовать с позиции действия на активную форму НР-инфекции дуоденогастрального рефлюкса, который часто

формируется при дискинезии желчевыводящих путей [5]. При контакте с желчью и панкреатическим соком, который содержит ферменты поджелудочной железы, НР-инфекция большей частью переходит из активной формы в защитную неактивную форму, у которой либо отсутствует уреазная активность, либо резко снижена, что влияет на скорость разложения меченой мочевины. Этот факт, а также ограниченность по времени проведения теста (между первичным выдохом (без мочевины) и вторичным (после приёма мочевины) проходит 45 минут) [5,6] снижает достоверность этого теста, в то время как наличие активных форм НР как в настоящем, так и в прошлом, выявляется определением антител к НР-инфекции по ИФА, при котором "иммунный след" сохраняется до 6-9 мес., а иногда

Таблиця 2

Результаты определения антител к НР-инфекции по ИФА у пациентов с хроническим неатрофическим гастритом при наличии дискинезии желчевыводящих путей (n = 28)

Отрицательный (< 15 МЕ/мл)		Сомнительный (от 15 до 30 МЕ/мл)		Положительный (> 30 МЕ/мл)	
Количество	%	Количество	%	Количество	%
0	0	3	10,7	26	89,3

Примечание: n - количество исследований

Таблиця 3

Результаты проведения дыхательного теста у пациентов с хроническим неатрофическим гастритом при наличии дискинезии желчевыводящих путей (n = 28)

Положительный дыхательный тест		Отрицательный дыхательный тест	
Количество	%	Количество	%
17	60,7	11	39,3

Примечание: n - количество исследований

и до 24 мес. [6], а наличие активных и неактивных форм НР подтверждается двойным тестированием (уреазным тестом, который считается в течение 24 часов, и микроскопированием мазков-отпечатков) [10].

Выводы

1. Наличие у больных хроническим неатрофическим гастритом дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому гипокинетическому типу снижает достоверность дыхательного теста до 60,7%

2. Данные результаты обязуют проводить при отрицательных результатах дыхательного теста у этих пациентов дополнительно двойное тестирование на НР-инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) из 4-х топографических зон желудка и/или определением антител к НР-инфекции по ИФА для получения более достоверных данных.

Перспективы дальнейших исследований

Изучить влияние различных пищевых факторов на достоверность дыхательного теста у больных хроническим неатрофическим гастритом.

Литература. 1. Авраменко А.А. Влияние внутриклеточных "депо" хеликобактерной инфекции на достоверность дыхательного теста при тестировании больных хроническим неатрофическим гастритом /А.А. Авраменко // Бук. мед.вісник. - 2015. - Том19, № 1(73). - С.3 - 5. 2. Авраменко А.А. Влияние рвоты на выявление активных форм хеликобактерной инфекции у больных хроническим хеликобактериозом /А.А. Авраменко // Заг.патол. та патол. фізіол. - 2013. - Т.8, № 3. - С. 94 - 97. 3. Авраменко А.А. Влияние препаратов, содержащих ферменты поджелудочной железы, на выявление активных форм хеликобактерной инфекции у больных хроническим хеликобактериозом /А.А. Авраменко // Загальна патологія та патологічна фізіологія. - 2013. - Т.8, № 4. - С. 24 - 27. 4.

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 гастроентерологія. - 2014. - № 3 (77). - С.22 - 26. 5. Авраменко А. А. Хеликобактериоз /А. А. Авраменко, А. И. Гоженко. - Николаев, "Х-press полиграфія", 2007. - 336 с. 6. 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. 7. Дергачёв А.И. Абдоминальная эзофагия: справочник / А.И. Дергачёв, П.М. Котляров. - М.: ЭликсКом, 2005. - 352 с., ил. 8. 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. 9. Короленко Р.Н. Влияние дискинезии желчевыводящих путей на достоверность стул-теста у больных хроническим неатрофическим гастритом / Короленко Р.Н., Авраменко А.А., Шухтіна І.Н.// Клін. та експерим. патол. - 2015. - Т.ХІV, № 2 (52). - С.3 - 5. 10. 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. 11. 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. 12. Эндоскопия травного канала. Норма, патология, сучасні класифікації / За ред. В.Й. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. - 208 с., ил. 4. 13. 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.

ВПЛИВ ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ НА ДОСТОВІРНІСТЬ ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ ПРИ ТЕСТУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

А.О. Авраменко, Р.М. Короленко, І.М. Шухтіна

Резюме. Було проведено комплексне обстеження 28 хворих на хронічний неатрофічний гастрит із дискінезією жовчовивідних шляхів, яке включало УЗД органів черевної порожнини, рН-метрію, езофагогастроуденоскопію, подвійне тестування на гелікобактерну інфекцію та гістологічні дослідження слизової шлунка по 4-м топографічним зонам, проведення дихального тесту і визначення рівня антитіл до НР-інфекції по ІФА. Було з'ясовано, що наявність дискінезії жовчовивідних шляхів знижує достовірність

дихального тесту до 60,7%.

Ключові слова: дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний неатрофічний гастрит, достовірність дихального тесту.

INFLUENCE BILIARY DYSKINESIA ON RELIABLE BREATH TEST WHEN TESTING PATIENTS WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS

A.A. Avramenko, R.N. Korolenko, I.N. Shuhtina

Abstract. It was carried out a comprehensive survey of 28 patients with chronic non-atrophic gastritis with biliary dyskinesia, which included ultrasound diagnosis of abdominal organs, pH meters, esophagogastroduodenoscopy, double testing for *H. pylori* infection and histological examination of the gastric mucosa to 4 - m topographic zones, and holding the breath test determine the level of antibodies to HP infection by linked immunosorbent assay. It was found that the presence of biliary

dyskinesia reduces the reliability of breath test to 60.7%.

Key words: biliary dyskinesia, chronic non-atrophic gastritis, the reliability of the breath test.

Department of Human Biology and Animals of the Faculty of Biology

National University . VA Sukhomlinsky, Nikolaev,

Functional diagnostics department 4th City Hospital, Nikolaev,

Department of Internal Medicine №3, Odessa National Medical University

Clin. and experim. pathol.- 2015.- Vol.14, №2 (53).-P.5-8

Надійшла до редакції 25.08.2015

Рецензент - проф. О.І. Федів

© *A.A. Авраменко, Р.Н. Короленко, І.Н. Шухтіна, 2015*