

УДК 616.3:579.835.12+616.366.7

А.А. Авраменко

Центр прогрессивной медицины и реабилитации «Rea+Med», кафедра развития человека ММУРоЛ «Украина», г. Николаев

СЛУЧАЙ ДРОБЛЕНИЯ КАМНЯ В ЖЁЛЧНОМ ПУЗЫРЕ У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Ключевые слова: хеликобактерная инфекция, внутрижелудочное давление, внутрибрюшное давление, желчнокаменная болезнь.

Резюме. Проанализирован случай дробления первично выявленно-го камня в жёлчном пузыре после проведения комплексного обследования. Установлено, что у пациентки был хронический гастрит типа В с высокой степенью обсеменения слизистой желудка хеликобактерной инфекцией. Повышение внутрижелудочного давления при проведении комплексного обследования повысило внутрибрюшное давление, что привело к резкому давлению на жёлчный пузырь и распаду камня на две части.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - одно из самых распространенных заболеваний человека, оно занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Желчные камни обнаруживаются в 6 - 29% случаев аутопсий. Распространенность ЖКБ в Украине в 2002 г. составляло 488,0 случаев, заболеваемость - 85,9 на 100 тыс взрослых и подростков [7]. Данное заболевание связано с хроническим хеликобактериозом, развитие которого влияет на функцию жёлчного пузыря [1]. Для диагностики хронического гастрита Министерством здравоохранения Украины предусмотрен приказ № 271, который регламентирует обязательный объём исследований: рН-метрию, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), взятие проб на хеликобактерную инфекцию (НР) и гистологические исследования слизистой желудка одномоментно [8]. При проведении такого объёма исследований происходит более длительное введение воздуха в полость желудка, что повышает на более длительный срок внутрижелудочное давление и, следовательно, и внутрибрюшное давление, что приводит к повышению давления на жёлчный пузырь как на любой орган брюшной полости [2, 5]. Подтверждением этого служит случай из практики.

Больная Г., 26 лет, обратилась для консультации к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации «Rea+Med» по поводу постоянных тупых болей в правом подреберье. У больной также имелись жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта в виде изжоги, снижения аппетита, тяжести в желудке после еды, горечи по утрам.

Пациентке было проведено комплексное обследование верхних отделов желудочно - кишечного тракта (№ 796 от 22.08.12 г.), которое включало пошаговую рН - метрию по методике Чернобрового В.Н. [9], эзофагогастродуоденоскопию по общепринятой методике [4], двойное тестирование на НР - инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков - отпечатков), биопсийный материал для которого брался во время проведения эндоскопического осмотра из четырех топографических зон: из средней трети антрального отдела и тела желудка по большой и по малой кривизне по разработанной нами методике [6], а также гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон, по общепринятой методике с учётом последних классификаций [4]. Первичное ультразвуковое обследование органов брюшной полости проводилось накануне комплексного обследования

При проведении рН метрии у больной уровень кислотности соответствовал гиперацидности умеренной минимальной; эндоскопически (исследование № 637 от 22.08.12 г.) был выявлен активный воспалительный процесс в слизистой желудка, который имел гистологически подтверждённый хронический характер (№/№ 16011 - 16 от 22.08.12г.). При тестировании на НР-инфекцию хеликобактерная инфекция была выявлена в активной форме в стадии митоза только в теле по большой кривизне со степенью обсеменения слизистой - (++) и наличием внутриклеточного «депо» бактерий. Пациентке был выставлен диагноз: хронический гастрит тип В в активной стадии.

При проведенні УЗІ органів брюшної порожнини 21.08.12 г. був вперше виявлений камінь в жовчному бульбашку (36 мм). На наступний день після проведення комплексного обстеження хвороблива почувувала посилення болю в правому підберез'ї. При контрольному УЗІ 23.08.12 г. було виявлено, що камінь розпався на дві частини менших розмірів (12 і 20 мм) і більше кількість мікролітів.

Даний випадок легко пояснити, виходячи з знань законів аерогідродинаміки, які однаково як для машин, так і для біологічних систем, а також виходячи з знань про життєдіяльність НР-інфекції, а саме – об наявності амміаку (ОА), який продукує НР з мочевини за допомогою ферменту уреазы і який не пішов на нейтралізацію соляної кислоти навколо бактерій [2]. У пацієнтки вже було підвищено внутрішньочеревне тиск за рахунок високої концентрації ОА як наслідку високої ступеня обсеменення слизової оболонки жовчного бульбашку НР-інфекцією. При введенні повітря в порожнину жовчного бульбашку внутрішньочеревне тиск зросло ще більше, що, згідно з законом Паскаля, привело до підвищення внутрішньочеревного тиску і посилювало тиск на жовчний бульбашку [2, 5]. ЖКБ – багаточинне і багатостадійне захворювання гепатобіліарної системи, обумовлене порушенням обміну холестерину і / або білірубину і характеризується утворенням каменів в жовчному бульбашку і / або жовчних протоках. При цьому на ранній стадії утворення каменів мають рихлу структуру, поки в них не починає відкладатися кальцій [3, 7]. В даному випадку мала місце саме утворення первинного каменю рихлої структури, який легко розпався під дією тиску на жовчний бульбашку. Мелкі мікроліти, потрапивши в загальний жовчний протік, могли викликати мікротравми сфінктера Одді, що привело до його спазму і посиленню болю.

Таким чином, даний випадок підтверджує положення про те, що підвищення внутрішньочеревного тиску може негативно впливати на функцію органів порожнини живота і призвести до серйозних ускладнень (попадання малих каменів в загальний жовчний протік з його обтурацією і розвитком механічної жовтухи) [5, 7]. Довготривале проведення ендоскопічних досліджень жовчно-кишкового тракту вимагає обов'язкового звільнення порожнини жовчного бульбашку від введеного в час проведення ЕГДС повітря шляхом його аспірації через робочий канал за допомогою електроаспіратора по завершенню всіх процедур комплексного обстеження.

Література. 1. Авраменко А. А. Хеликобактеріоз / А. А. Авраменко, А. І. Гоженко. – Николаев, «X-press поліграфія», 2007. – 336 с. 2. 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. 3. Билиарний сладж: нерешенні питання / Мехтієв С.Н., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А. [і др.] // Лікувальний лікар. – 2007. – № 6. – С. 24-28. 4. Ендоскопія травного каналу. Норми, патологія, сучасні класифікації / В. І. Кімакович, В. І. Нікішаєв, І. М. Тумак [та інші.] / за ред. В. І. Кімаковича і В. І. Нікішаєва. – Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. – 208 с., іл. 5. Мазур А. П. Соответствие внутрибрюшного давления, заданного инсуффлятором CO₂, давлению, измеренному в мочевом пузыре и желудке, во время выполнения лапароскопической операции / А. П. Мазур, Ю. Б. Лисун // Клінічна хірургія. – 2006. – № 9. – С. 40-41. 6. 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. – № 200603422; Заявл. 29.03.06; Опубл. 16.10.06, Бюл. № 10. – 4 с. 7. Палій І.Г. Біліарний сладж: можливості діагностики та лікування / І.Г. Палій, С.В. Заїка // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 6(50). – С.90-95. 8. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» / Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271. 9. Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка (методические рекомендации) / В.Н. Чернобровый. – Винница, 1991. – С. 3-12.

ВИПАДОК ДРОБЛЕННЯ КАМЕНЯ В ЖОВЧНОМУ МІХУРІ У ХВОРОЇ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЕНДОСКОПІЧЕСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ ШЛУНКА

А.О. Авраменко

Резюме. Проаналізовано випадок дроблення первинно виявленого каменю в жовчному міхурі після проведення комплексного обстеження. З'ясовано, що у пацієнтки був хронічний гастрит типу В з високим ступенем обсеменіння слизової оболонки гелікобактерною інфекцією. Підвищення внутрішньочеревного тиску при проведенні комплексного обстеження підвищило внутрішньочеревний тиск, що призвело до різкого тиску на жовчний міхур і розпаду каменю на дві частини.

Ключові слова: гелікобактерна інфекція, внутрішньочеревний тиск, внутрішньочеревний тиск, жовчнокам'яна хвороба.

A CASE OF CRUSHING GALLSTONES IN PATIENTS WITH CHRONIC HELICOBACTER PYLORI INFECTION AFTER A COMPLEX ENDOSCOPIC OBSERVATION

A.A. Avramenko

Abstract. A case of crushing initially revealed stone in the gallbladder after complex observation was analyzed. It was found that the patient had chronic gastritis type B with a high degree of colonization of the gastric mucosa of H. pylori infection. An increase of intragastric pressure at carried over complex observation increased intra-abdominal pressure, which led to a sharp pressure on the gall bladder and the disintegration of the stone into two parts.

Key words: Helicobacter pylori infection, intragastric pressure, intraabdominal pressure, gallstones.

Center for Progressive Medicine and Rehabilitation «Rea + Med», Department of Human Development MMURoL «Ukraine», Nikolaev

Clin. and experim. pathol.- 2013.- Vol.12, №3 (45).-P.214-215.

Надійшла до редакції 03.09.2013

Рецензент – проф. І.Ю.Полянський

© В.К.Ташук, О.Ю.Поліщук, О.С.Полянська, І.В.Бачинська, 2013