

УДК 616.33-002.2+616.36.361-009:579.835.12

А.А. Авраменко\*,

Р.Н. Короленко\*\*,

И.Н. Шухтина\*\*\*

Николаевский Национальный  
Университет им. В.А. Сухомлинского\*,  
Горбольница №4, г. Николаев\*\*,  
Одесский национальный медицинский  
университет\*\*\*

## ВЛИЯНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА ДОСТОВЕРНОСТЬ СТУЛ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

**Ключевые слова:** хронический  
неатрофический гастрит, диски-  
незия желчевыводящих путей,  
достоверность стул-теста.

**Резюме.** Было проведено комплексное обследование 45 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, стул-тест и определение уровня антител к НР-инфекции по ИФА. Было выяснено, что наличие дискинезии желчевыводящих путей снижает достоверность стул-теста до 57,7%.

### Введение

Из многочисленных методов исследования по выявлению хеликобактерной инфекции в практике наибольшее применение получили стул - тест, дыхательный тест и определение уровня антител к НР-инфекции по ИФА, однако до сих пор вопрос о высокой степени достоверности выявления НР при применении одного метода остаётся открытым, так как на их достоверность влияет ряд факторов - применение антибиотиков, препаратов висмута, сукральфата, ингибиторов протонной помпы, препаратов, содержащих ферменты поджелудочной железы; наличие внутриклеточных "депо" НР-инфекции, рвота [1,2,3,4,8,10,12]. Развитие дискинезии желчевыводящих путей - от дискинезии по гипертоническому типу до дискинезии по гипотоническому типу происходит параллельно со стадийным развитием хронического неатрофического гастрита [5], однако как развитие дискинезии влияет на достоверность стул-теста, данные отсутствуют, что и стало поводом для наших исследований.

### Цель исследования

Определить степень достоверности стул-теста у больных хроническим неатрофическим гастритом при наличии дискинезии желчевыводящих путей.

### Материалы и методы

Было первично комплексно обследовано 45 пациентов хроническим неатрофическим гастритом, у которых при проведении УЗИ- диагностики было выявлена дискинезия желчевыводящих путей

по гипотоническому гипокинетическому типу. Возраст пациентов колебался от 16 до 51-го года (средний возраст составил  $34,6 \pm 1,27$  года); лиц мужского пола было 27 (60%), женского - 18 (40 %).

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, 11]. Определение антител к НР-инфекции по ИФА (имунно-ферментный анализ) проводилось по общепринятой методике [5], стул-тест проводился по нашей модификации [9].

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. Стул-тест и определение антител к НР-инфекции по ИФА 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 оценкою 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 2-х (4,4%), гиперацидность умеренная - у 2-х (4,4%), нормацидность - у 18-ти (40%), гипоацидность умеренная - у 13-ти (28,9%), гипоацидность выраженная - у 10-ти (22,3%).

При проведении ЭГДС у 24-х (53,3%) больных было подтверждено наличие дуоденогастрального рефлюкса с наличием в полости желудка от 40 до 150 мл желчи. При анализе эндоскопической картины у 12-ти (26,7%) пациентов имелись проявления перенесенных в прошлом язв в виде рубцовой деформации разной степени выраженности. При анализе данных гистологических исследований 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 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 табл. 1.

При сравнительном анализе данных по час-

Таблица 1

**Степень обсеменения слизистой желудка НР - инфекцией по топографическим зонам у больных хроническим неатрофическим гастритом при наличии дискинезии желчевыводящих путей (n = 45)**

Топографические зоны желудка	Степень обсеменения слизистой желудка НР-инфекцией по зонам (+) / (M ± m)			
	Активные формы	Неактивные формы	Активные формы	Неактивные формы
Антральный отдел	а) 0,87 ± 0,21;	а) 0,95 ± 0,21;	б) 1,05 ± 0,21	б) 1,16 ± 0,21
Тело желудка	а) 1,02 ± 0,21;	а) 2,03 ± 0,21;	б) 2,54 ± 0,21	б) 1,12 ± 0,21

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

тоте выявления и средней степени обсеменения НР-инфекцией слизистой желудка по топографическим зонам можно отметить достоверно ( $p < 0,05$ ) 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 стул-теста и опре-

деления антител к НР-инфекции по ИФА представлены в таблицах 2 и 3.

Полученные данные можно трактовать с позиции действия дуоденогастрального рефлюкса, который часто формируется при дискинезии желчевыводящих путей [5]. НР-инфекция при контакте с желчью и панкреатическим соком, который содержит ферменты поджелудочной железы, большей частью переходит из активной формы в защитную неактивную форму, которая обладает низкой антигенной активностью и поэтому не фиксируется в кале при проведении стул-теста [4], однако подтверждается двойным тестированием (уреазным тестом и микроскопированием

Таблица 2

**Результаты проведения стул-теста у пациентов с хроническим неатрофическим гастритом при наличии дискинезии желчевыводящих путей (n = 45)**

Положительный стул-тест		Отрицательный стул-тест	
Количество	%	Количество	%
26	57,7	19	42,3

Примечание: n - количество исследований

Таблиця 3

**Результаты определения антител к НР-инфекции по ИФА у пациентов с хроническим неатрофическим гастритом при наличии дискинезии желчевыводящих путей (n = 45)**

Отрицательный ( $< 15$ МЕ/мл)		Сомнительный (от 15 до 30 МЕ/мл)		Положительный ( $> 30$ МЕ/мл)	
Количество	%	Количество	%	Количество	%
0	0	4	8,9	41	91,1

Примечание: n - количество исследований (мазков-отпечатков) и определением антител к НР-инфекции по ИФА, так как "иммунный след" сохраняется до 6-9 мес., а иногда и до 24 мес.[6].

### Выводы

1.Наличие у больных хроническим неатрофическим гастритом дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому гипокинетическому типу снижает достоверность стул-теста до 57,7%

2.Данные результаты обязуют проводить при отрицательном стул-тесте 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 достоверность дыхательного теста у больных хроническим неатрофическим гастритом с дискинезией желчевыводящих путей.

**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 // Загальна патологія та патологічна фізіологія. - 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 // 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 эзография: 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.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. 10. 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. 11. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / За ред. В.Й. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. - Львів: Вид. Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 4. 12. Avramenko A.O. The effect of proton pump inhibitors on formation of inactive (cocoid) forms of *H. pylori* infection / A.O. Avramenko // Clinical Pharmacy. - 2013. - Vol. 17, No. 4. - P.15 - 17.

### ВПЛИВ ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ НА ДОСТОВІРНІСТЬ СТИЛЕЦЬ-ТЕСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

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

**Резюме.** Було проведено комплексне обстеження 45 хворих на хронічний неатрофічний гастрит з дискинезією жовчовивідних шляхів, яке включало УЗД-діагностику органів черевної порожнини, рН-метрію, езофагогастроудоденоскопію, подвійне тестування на гелікобактерну інфекцію і гістологічні дослідження слизової шлунка за 4-ма топографічними зонами, стілець-тест і визначення рівня антитіл до НР-інфекції по ІФА. Було з'ясовано, що наявність дискинезії жовчовивідних шляхів знижує достовірність стілець-тесту до 57,7%.

**Ключові слова:** хронічний неатрофічний гастрит, дискинезія жовчовивідних шляхів, недостовірність стілець-тесту.

### INFLUENCE BILIARY DYSKINESIA ON RELIABLE CHAIR-TEST IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS

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

**Abstract.** It was carried out a comprehensive survey of 45 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, stool test and determine the level of antibodies to HP infection by ELISA. It was found that the presence of biliary dyskinesia reduces the reliability of the chair-test to 57.7%.

**Key words:** chronic non-atrophic gastritis, biliary dyskinesia, the accuracy of the chair test.

**National University . VA Sukhomlinsky, Nikolaev,**

**4th City Hospital, Nikolaev,**

**Odessa National Medical University**

*Clin. and experim. pathol. - 2015. - Vol.14, №2 (52).-P.03-05.*

*Надійшла до редакції 20.05.2015*

*Рецензент – проф. О.І. Федів*

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