

УДК 616.3-002.44-07+616.3-002.44:579.835.12

**А.А. Авраменко**

Проблемная лаборатория по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского государственного университета имени Петра Могилы, Центр прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med", г. Николаев

## СЛУЧАЙ ВЛИЯНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ОБЪЕКТИВНОСТЬ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА "ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, НЕ АССОЦИИРОВАННАЯ С H.PYLORI"

**Ключевые слова:** хронический неатрофический гастрит; язва луковицы двенадцатиперстной кишки, не ассоциированная с

**Резюме.** Был проанализирован случай постановки ложного диагноза "Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, не ассоциированная с H.pylori" у больного хроническим неатрофическим гастритом. Было выяснено, что лаборант вместо назначенного врачом стул-теста провёл анализ кала на скрытую кровь, а лечащий врач обратил внимание только на отрицательный результат анализа, а не на сам проведенный анализ, в результате чего пациенту был выставлен неверный диагноз. При повторном комплексном обследовании с использованием стул-теста в другой биохимической лаборатории был получен положительный ответ, подтверждающий наличие у пациента язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с H.pylori.

В последнее время в мировом медицинском сообществе всё больше усиливается тенденция к делению язв любой локализации на ассоциированные с хеликобактерной инфекцией (H.pylori) и не ассоциированные с H.pylori, которая создаёт мнение о том, что язвенные поражения могут быть и не связаны с НР-инфекцией, т.е. могут иметь другую этиологию и патогенез [5, 8, 9]. С этой точки зрения интересен случай постановки неправильного диагноза, в котором главную роль сыграл человеческий фактор: некомпетентность одного специалиста и невнимательность другого.

Больной К., 65 лет, оператор на станции (посменная работа), обратился 16.02.16 г. для обследования и лечения к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" (г. Николаев) по поводу периодической острой боли в эпигастрии с иррадиацией в левое и правое подреберье, чувства тяжести после приёма пищи, вкуса кислоты во рту после приёма пищи, выраженного симптома "раннего насыщения" (через 4 - 5 глотков пищи), снижения аппетита, нарушение сна, выраженной слабости и быстрой утомляемости.

При сборе анамнеза было выяснено, что за 7 дней до обследования пациент принимал в течение 1 месяца ингибитор протонной помпы (ИПП-)(Нольпаза), препарат висмута (Де-нол) и ферменты поджелудочной железы (Панзинорм 20 000) по стандартным схемам, которые ему приписал врач-гастроэнтеролог частного медицинского центра ООО "ТМО" "Актив-Медикал" (г. Николаев), за помощью к которому пациент обра-

тился 09.01.16г. Объём исследований, которые были назначены больному и которыми оперировал врач для создания схемы лечения, были следующими:

1. Эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС), проведенная в этом же центре, от 09.01.16г.: Рефлюксная гастропатия. Полип тела желудка. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки в активной стадии.

2. Исследование кала на антиген H.pylori (стул-тест), которое по договору с центром должна была провести медицинская лаборатория "Синево" (г. Одесса), однако вместо этого 12.01.16г. в этой лаборатории был проведен анализ кала на скрытую кровь (ответ - отрицательный).

На основании этих данных врачом-гастроэнтерологом был выставлен диагноз: "Хронический гастрит, обострение. Полип тела желудка. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, активная стадия, не ассоциированная с H.pylori", после чего пациент получал лечение, согласно вышеизложенной схеме.

Однако предыдущее лечение, со слов больного, только ухудшило его состояние (усилились боли, появился постоянный вкус кислоты во рту после приёма пищи, резко снизился аппетит), что послужило поводом для смены лечащего врача.

Согласно приказу № 271 Минздрава Украины от 13.06.2005 года [4] больной было проведено комплексное обследование (№ 6221 от 16.02.16 г.), которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастроудо-

деноскопию по общепринятой методике, тестирование на хеликобактерную инфекцию (НР) (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) и гистологические исследования слизистой желудка, биопсийный материал для которых брался из 4-х топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне)[1,11]. Кроме того, проводился стул-тест по предложенной нами модификации [6].

При проведении рН-метрии желудочного сока были получены следующие данные:

рН - метрия (по методике Чернобрового В.Н.)

Ф.И.О.: К., 65 лет.

Рост: 182 см; введено: 25 см

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. 5.97 5.91 | 11. 6.21 5.81 |
| 2. 5.98 5.80 | 12. 6.28 5.80 |
| 3. 5.93 5.85 | 13. 6.13 5.89 |
| 4. 6.00 5.83 | 14. 6.00 5.81 |
| 5. 6.01 5.80 | 15. 6.50 5.90 |
| 6. 6.08 5.83 | 16. 6.50 6.01 |

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 7. 6.00 5.90 | 17. 6.51 6.00 |
| 8. 6.08 6.00 | 18. 6.53 6.10 |
| 9. 6.03 6.01 | 19. 6.54 6.10 |
| 10.6.00 6.07 | 20. 6.50 6.04 |
| 5. - -       |               |
| 4. - -       |               |
| 3. - -       |               |
| 2. - -       |               |
| 1. 20 20     |               |
| 0. - -       |               |

Всего: 20 20

Диагноз: Базальная гипоацидность  
выраженная тотальная (органическая)  
16.02.16 г.

При проведении эзофагогастродуоденоскопии был выставлен диагноз: "Язва луковицы двенадцатиперстной кишки в стадии свежей эпителизации. Хронический неатрофический гастрит. Полип нижней трети тела желудка. Косвенные признаки панкреатита".

При двойном тестировании слизистой желудка на НР были получены следующие данные (таблица)

Таблица

Результаты двойного тестирования на НР-инфекцию

Антральный отдел желудка				Тело желудка			
Большая кривизна		Малая кривизна		Большая кривизна		Малая кривизна	
Мик-роиск. тест	Уреаз-ный тест	Мик-роиск. тест	Уреаз-ный тест	Мик-роиск. тест	Уреаз-ный тест	Мик-роиск. тест	Уреаз-ный тест
( - )	24 ч ( - )	( - )	24 ч ( - )	(+++)	24 ч	(+++)	24 ч
				Активная форма в стадии митоза; внутриклеточное «депо» НР-инфекции		Активная форма в стадии митоза; внутриклеточное «депо» НР-инфекции	

При проведении гистологических исследований были получены следующие данные.

Биопсия № 1156 от 16.02.16 г.

1) антральный отдел желудка № 121 -22: хронический активный гастрит (++) с кишечной метаплазией эпителия желёз по тонкокишечному типу (++) и с эозинофилией;

2)тело желудка, средняя треть, большая кривизна № 123-124: хронический активный гастрит (++)с эозинофилией, с атрофией желез (+) и с очагами кишечной метаплазии эпителия желёз по толстокишечному типу (+);

3)тело желудка, средняя - верхняя треть, малая кривизна № 125-26: хронический активный гастрит (++)с эозинофилией, с атрофией желез (+)

и с очагами кишечной метаплазии эпителия желёз по толстокишечному типу (+).

При проведении стул-теста на базе многопрофильной диагностической лаборатории "БиоМед" (г. Николаев) были получены следующие результаты:

Стул - тест на НР( качественный тест) № 2469 н от 17.02.16 г.:

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ.**

Данный случай можно трактовать с точки зрения некомпетентности медсестры, которая проводила исследования кала, и отсутствия внимания со стороны врача-гастроэнтеролога, который получил и оценивал данные назначенных им анализов. Вопиющая некомпетентность медсестры

лаборатории фирмы "Синева", которая не видит разницы между пробой на скрытую кровь в кале и стул-тестом, для которого необходимы специальные реактивы, говорит как об уровне подготовки медперсонала, так и о качестве диагностики в лабораториях этой фирмы в целом: вряд ли стоит доверять фирме, если в ней работают такие кадры.

Не лучше выглядит и поведение врача-гастроэнтеролога, который не удосужился даже глянуть на название анализа, с результатами которого он ознакомился, а сразу выставил пациенту неправильный диагноз: "Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, не ассоциированная с *H.pylori*". Более того врач, проигнорировал приказ № 271 и не провёл больному рН-метрию, а сразу назначил "Нольпазу", что, при наличии у пациента уже выраженной гипоацидности, фактически полностью заблокировало выработку соляной кислоты париетальными клетками, ухудшило пищеварение и общее состояние больного, а также спровоцировало транслокацию НР-инфекции и формирование внутриклеточных "депо" НР в слизистой тела желудка, что, возможно, и привело к развитию предраковых изменений в слизистой желудка больного [2,3,7,10]. Кроме того, это назначение резко ухудшило эффективность Де-нола, так как при низкой кислотности, а тем более при анацидности, ухудшаются его антибактериальные свойства по отношению к *H.pylori* и усиливается всасывание висмута в кишечнике [3, 10].

Из всего выше сказанного можно сделать только один вывод: человеческий фактор, а именно подготовка и среднего медперсонала, и врачей, играют немаловажную роль в формировании ложных взглядов на этиологию и патогенез язвенной болезни, что приводит и к неправильным формам лечения данной патологии.

**Литература.** 1. 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. 2. Авраменко А.А. Частота выявления внутриклеточных депо хеликобактерной инфекции у больных хроническим хеликобактериозом при их плановом тестировании (результаты 529 исследований) / А.А. Авраменко, И.Н. Шухтина // Загальна патологія та патологічна фізіологія. - 2012. - Т.7, № 3. - С.124 - 127.3. 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. 4. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія". 5. Осёдло Г.В. Стресс-индуцированные заболевания эзофагогастродуоденальной зоны: подходы к профилактике и терапии / Г.В. Осёдло // Сучасна гастроентерологія. - 2015. - № 5 (85). - С.71-75.6. 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. 7. Передерий В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? / В.Г. Передерий. - Киев, 1997. - 158с. 8. Постэрадикационный гастрит - terra incognita современной гастроэнтерологии / Губергриц Н.Б., Василенко И.В., Беляева Н.В., Ключков А.Е. [и др.] // Сучасна гастроентерологія. - 2016. - № 1 (87). - С.97-104. 9. Ткач С.М. Роль ерадикації інфекції *Helicobacter pylori* в профілактиці НПЗП-гастропатій / С.М.Ткач, Л.О. Онисчук // Сучасна гастроентерологія. - 2016. - № 1 (87). - С.129-134. 10. Фадеев Г.Д. Влияние коллоидного субцитрата висмута на этиопатогенез хронического гастрита: новый виток изучения давней проблемы / Г.Д. Фадеев, Я.В. Никифорова // Сучасна гастроентерологія. - 2015. - № 6 (86). - С.74-81. 11. Ендоскопия травного канала. Норма, патология, современные классификации / За ред. В.И. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 4.

**ВИПАДОК ВПЛИВУ ЛЮДСЬКОГО ФАКТОРУ НА ОБ'ЄКТИВНІСТЬ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗА "ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ЩО НЕ АСОЦІЙОВАНА ІЗ *H.PYLORI*"**

*А.О. Авраменко*

**Резюме.** Був проаналізований випадок постановки помилкового діагнозу "Виразка цибулини дванадцятипалої кишки, що не асоційована з *H.pylori*" у хворого хронічним неатрофічним гастритом. Було з'ясовано, що лаборант замість призначеного лікарем стілець-тесту провів аналіз калу на приховану кров, а лікуючий лікар звернув увагу тільки на негативний результат аналізу, а не на сам проведений аналіз, у результаті чого пацієнтові був виставлений невірний діагноз. При повторному комплексному обстеженні з використанням стілець-тесту в іншій біохімічній лабораторії було отримано позитивну відповідь, що підтверджує наявність у пацієнта виразки цибулини дванадцятипалої кишки, асоційованої з *H.pylori*.

**Ключові слова:** хронічний неатрофічний гастрит; виразка цибулини дванадцятипалої кишки, що не асоційована із *H.pylori*; виразка цибулини дванадцятипалої кишки, що асоційована із *H.pylori*; стілець-тест.

**CASE OF THE HUMAN FACTOR INFLUENCE ON OBJECTIVITY OF MAKING DIAGNOSIS "DUODENAL ULCER, NOT ASSOCIATED WITH *H.PYLORI*"**

*A.A. Avramenko*

**Abstract.** The case of making a false diagnosis "duodenal ulcer", not associated with *H.pylori*" in patients with chronic non-atrophic gastritis was analyzed. It has been found that the laboratory assistant instead of a stool-test prescribed by a doctor, tested stool for latent blood, and the hospital doctor paid attention only to the negative result of the analysis, but not the analysis itself, and as a result incorrect diagnosis was made. Repeated complex examination using stool-test made in the other biochemical laboratory a positive response was, received confirming the existence of duodenal bulb ulcer associated with *H.pylori* in a patient.

**Key words:** chronic non-atrophic gastritis; duodenal bulb ulcer, and is not associated with *H.pylori*; duodenal bulb ulcer associated with *H.pylori*; stool-test.

**Problem Laboratory for Chronic Helikobakterioza,**

**Department of Olympic and professional sports**

**Petro Mohyla Black Sea State University, Ukraine.**

**Center for Progressive Medicine and Rehabilitation "Rea + Med", Nikolaev, Ukraine**

*Clin. and experim. pathol.* - 2016. - Vol.15, №4 (58). - P.164-166.

Надійшла до редакції 1.10.2016

Рецензент – проф. О.І. Федів

© А.А. Авраменко, 2016