

УДК 616.33–002+616–097.3:579.835.12

Поступила 25.04.2016

А. А. АВРАМЕНКО (Николаев)

ОТСУТСТВИЕ РЕАКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НА ВЫСОКУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Проблемная лаборатория по вопросам хронического хеликобактериоза
Черноморского национального университета имени Петра Могилы <aaahelic@gmail.com>

Проанализированы показатели иммунной системы у больной хроническим неатрофическим гастритом. Выяснено, что у пациентки при высокой концентрации Helicobacter pylori (НР) на слизистой оболочке желудка уровень иммуноглобулина класса G и натуральных киллеров (показатель внутриклеточного «депо» НР-инфекции) соответствовали нормальным показателям, тогда как при проведении стул-теста зафиксированы антигены НР-инфекции. Двойное тестирование биоптатов слизистой оболочки с четырёх топографических зон желудка (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) показало не только присутствие НР при высокой концентрации, но и наличие бактерий в париетальных клетках.

Ключевые слова: хронический неатрофический гастрит, уровень иммуноглобулина класса G, уровень натуральных киллеров, стул-тест, уреазный тест, микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков.

Уровень достоверности при тестировании на хеликобактерную (НР) инфекцию остаётся важным вопросом современной гастроэнтерологии. К сожалению, ни один способ тестирования не может гарантировать 100 % достоверность, что способствует ложному мнению о наличии хеликобактер-негативных язв желудка и двенадцатиперстной кишки и требует проведения тестирования на НР-инфекцию как минимум тремя различными способами [1, 2, 7, 11, 14, 15]. Кроме того, до сих пор дискутируется вопрос о возможности НР проникать внутрь клеток слизистой оболочки желудка (СОЖ) [9, 10]. С этой точки зрения интересны результаты тестирования на НР-инфекцию больной хроническим неатрофическим гастритом четырьмя различными способами, а также определение у неё внутриклеточных «депо» хеликобактерной инфекции.

Больная О., 47 лет, бухгалтер частного предприятия со стажем работы 11 лет (в прошлом учитель с 18-летним стажем), обратилась 09.02.2016 г. к врачу-гастроэнтерологу проблемной лаборатории по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского национального университета имени Петра Могилы по поводу периодической тупой боли в надчревной области, чувства тяжести после приёма пищи, выраженного симптома «раннего насыщения» (через 4–6 глотков пищи), снижения аппетита, выраженной слабости и быстрой утомляемости.

При сборе анамнеза выяснено, что данные клинические проявления возникли на фоне психоэмоционального стресса, связанного со смертью в августе 2015 г. племянника.

Согласно приказу № 271 Минздрава Украины от 13.06.2005 г. больной проведено комплексное обследование (№ 28 от 20.02.2016 г.), включавшее пошаговую рН-метрию по методике В. Н. Чернобрового, эзофагогастроуденоскопию по общепринятой методике, тестирование на хеликобактерную (НР) инфекцию и определение их внутриклеточных «депо» (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков в сравнительной характеристике) и гистологические исследования СОЖ, биопсийный материал для которых брали из четырёх топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне) [2, 8, 13]. Предварительно пациентка была обследована 10.02.2016 г. по семейному пакету № 21 многопрофильной диагностической лаборатории «БиоМед» (Николаев), который включал данные по общему анализу крови, уровню антител к НР-инфекции (IgG), уровень в крови натуральных киллеров (СД-16) (биохимическое определение наличия внутриклеточных «депо» НР-инфекции) и стул-тест в нашей модификации [6].

При проведении рН-метрии желудочного сока получены следующие данные:

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

Ф.И.О.: О. , 47 лет.

Рост: 160 см; введено: 20 см

1. 5.88 5.40 11. 2.09 1.80

2. 5.81 5.95 12. 2.08 1.80

3. 5.90 5.96 13. 2.07 1.80

4. 5.91 5.08 14. 2.08 1.85

5. 5.98 5.87 15. 1.96 1.83

6. 5.40 4.01 16. 1.98 1.85

7. 4.20 4.00 17. 1.80 1.87

8. 4.90 3.90 18. 1.81 1.93

9. 3.10 2.40 19. 1.96 1.95

10. 2.90 1.90 20. 1.90 1.90

5. – –

4. – –

3. 10 11

2. 2 1

1. 8 8

0. – –

Всего: 20 20

Диагноз: базальная нормацидность абсолютная (органическая) 20.02.2016 г.

При проведении эзофагогастродуоденоскопии установлен диагноз: хронический гастродуоденит (тип В); косвенные признаки панкреатита.

Тип гастрита был подтверждён при двойном тестировании слизистой желудка на НР:

Антральный отдел желудка				Тело желудка			
Большая кривизна		Малая кривизна		Большая кривизна		Малая кривизна	
Микроскопический тест	Уреазный тест	Микроскопический тест	Уреазный тест	Микроскопический тест	Уреазный тест	Микроскопический тест	Уреазный тест
(+)	12 ч	(+)	12 ч	(+++)	50 мин	(++++)	1 ч
Активные единичные формы		Активные единичные формы		Активные формы, митоз; внутриклеточные «депо»		Активные формы, митоз; внутриклеточные «депо»	40 мин

При проведении гистологических исследований были получены следующие данные.

Биопсия № 1160 от 20.02.2016 г.

1) антральный отдел желудка № 139-40: хронический неактивный гастрит (+++) с атрофией желез (+);

2) тело желудка, средняя треть, большая кривизна № 141-42: хронический неактивный гастрит (+++);

3) тело желудка, средняя треть, малая кривизна № 143-44: хронический неактивный гастрит (+++).

При проведении биохимических исследований были получены следующие результаты:

а) антитела к H. pylori от 10.02.2016 г.: 2.2 МЕ/мл (< 15 – отрицательный, 15–30 – сомнительный, > 30 – положительный);

б) иммунограмма (СД – 16 (натуральные киллеры) от 10.02.2016 г.: 14 % (норма – 12–23 %); клеток/мкл – 280 (норма – 70–552);

в) стул – тест на НР (антигены НР в кале – качественный тест) № 8136 н от 10.02.2016 г.: **положительный** (до начала лечения).

Данный случай объясним с точки зрения стадийности развития хронического неатрофического гастрита, влияния длительного психоэмоционального стресса на иммунитет, а также на формирование внутриклеточных «депо» НР-инфекции.

К 47 годам у пациентки развитие хронического неатрофического гастрита соответствовало III стадии – начальных изменений структуры желез СОЖ и формирования функциональной гипоацидности (анацитности), при которой НР-инфекция фактически полностью завершила ретроградную транслокацию (переселение) из антрального отдела на СОЖ [3]. Длительный стресс, связанный со смертью племянника (6,5 мес), предыдущая профессия (учитель), а также нынешняя профессия (бухгалтер в частной фирме) с коротким отпускным периодом (всего 5 дней в году) привели к выраженной иммуносупрессии, что вызвало неадекватную реакцию организма на НР-инфекцию, а также формирование «внутриклеточных» депо данной инфекции в париетальных клетках тела СОЖ [4, 5, 12]. Стул-тест не зависит от иммунной системы организма пациента, как и уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков, что и позволило выявить НР-инфекцию у больной.

Таким образом, только применение четырёх различных методов определения НР-инфекции, а также выявление внутриклеточных «депо» хеликобактерной инфекции двумя различными методами позволило адекватно оценить клиническую картину относительно НР-инфекции у данной больной. Это наблюдение показывает, насколько важно учитывать психоэмоциональный фон и профиль работы пациентов при выборе методов тестирования.

С п и с о к л и т е р а т у р ы

1. Авраменко А. А. Влияние степени обсеменения слизистой желудка активными формами и наличия неактивных форм хеликобактерной инфекции на достоверность дыхательного теста у больных хроническим хеликобактериозом // Акт. пробл. транспортной медицины. – 2014. – Т. 1, № 4 (38–I). – С. 76–80.
2. Авраменко А. А. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой оболочке желудка // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – Вип. 77, № 3. – С. 22–26.
3. Авраменко А. А., Гоженко А. И., Гойдык В. С. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии). – Одесса, ООО «РА «АРТ-В», 2008. – 304 с.
4. Авраменко А. А., Короленко Р. Н. Случай ложноотрицательного результата определения антител к хеликобактерной инфекции по методике иммуноферментного анализа у больной хроническим неатрофическим гастритом, находящейся в состоянии длительной депрессии // Клін. та експерим. патологія. – 2015. – Т. XIV, № 4 (54). – С. 229–230.
5. Авраменко А. А., Короленко Р. Н., Шухтина И. Н. Влияние длительного психоэмоционального стресса на достоверность выявления хеликобактерной инфекции методом иммуноферментного анализа у больных хроническим неатрофическим гастритом // Акт. пробл. транспортной медицины. – 2015. – № 4 (42–1) – С. 45–49.
6. Заявка на винахід № а 2016 00744 «Спосіб тестування родинних «вогнищ» гелікобактерної інфекції за Авраменком А. О.», Вх. № 11438 від 01.02.2016 г.
7. Короленко Р. Н., Авраменко А. А., Шухтина И. Н. Влияние дискинезии желчевыводящих путей на выявление хеликобактерной инфекции при тестировании больных хроническим неатрофическим гастритом // Акт. пробл. транспортной медицины. – 2015. – Т. 1, № 4 (41–I). – С. 35–39.
8. 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. – У 2014 03956; Заявл. 14.04.2014; Опубл. 25.09.2014.; Бюл. № 18. – 3 с.
9. Передерий В. Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? – К., 1997. – 158 с.
10. Циммерман Я. С. Действительно ли «открытие» *Helicobacter pylori* стало «революцией в гастроэнтерологии» // Клин. медицина. – 2013. – № 8. – С. 13–21.
11. Шептулин А. А. Язвенная болезнь и инфекция *H.pylori*: все ли точки над і уже расставлены // Материалы 93-ей международной весенней сессии Нац. школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА. – М., 2016. – С. 63–80.
12. Шухтина И. Н., Гоженко А. И., Авраменко А. А. К вопросу о естественных причинах формирования внутриклеточного «депо» хеликобактерной инфекции у больных хроническим гастритом типа В // Акт. пробл. транспортной медицины. – 2010. – Вип. 20, № 2. – С. 119–122.
13. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / За ред. В. Й. Кімаковича і В. І. Нікішаєва. – Львів: Вид-во Медицина Світу, 2008. – 208 с.

14. Alakkari A., Zullo A., O'Connor H.J. Helicobacter pylori and nonmalignant diseases // Helicobacter. – 2011. – Vol.16 (Suppl. 1). – P. 33–37.
15. Gispert L. P., Calvet X. Helicobacter pylori-negative duodenal ulcer disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2009. – Vol. 30. – P. 791–815.

ВІДСУТНІСТЬ РЕАКЦІЇ ІМУННОЇ СИСТЕМИ НА ВИСОКУ КОНЦЕНТРАЦІЮ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРОЇ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

А. О. Авраменко (Миколаїв)

Проаналізовано показники імунної системи у хворої на хронічний неатрофічний гастрит. З'ясовано, що у пацієнтки при високій концентрації гелікобактерної (НР) інфекції на слизовій оболонці шлунка рівень імуноглобуліну класу G, а також рівень натуральних кілерів (показник внутрішньоклітинних «депо» гелікобактерної інфекції) відповідали нормальним показникам, тоді як при проведенні випорожнення-тесту зафіксовано антигени НР-інфекції. Подвійне тестування біоптатів слизової з чотирьох топографічних зон шлунка (уреазний тест і мікроскопування забарвлених мазків – відбитків) показало не тільки присутність НР при високій концентрації, але й наявність бактерій у парієтальних клітинах.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, рівень імуноглобулінів G, рівень натуральних кілерів, випорожнення-тест, уреазний тест, мікроскопія забарвлених мазків-відбитків.

NO REACTION OF THE IMMUNE SYSTEM TO THE HIGH CONCENTRATION OF HELICOBACTER INFECTION IN PATIENT WITH CHRONIC NONATROPHIC GASTRITIS

А. А. Avramenko (Nikolaev, Ukraine)

Problem Laboratory for Chronic Helicobacterioza Petro Mohyla Black Sea National University

The indices of the immune system in a patient with chronic non-atrophic gastritis were analyzed. It was found out that in the patient with a high concentration of Helicobacter pylori (HP) on the gastric mucosa, the level of immunoglobulin G and natural killers (the indicator of the intracellular "depot" of the HP infection) corresponded to normal indices, while in the stool test antigens of HP-infection were fixed. Double testing of mucosal biopsy specimens from four topographic zones of the stomach (urease test and microscopy of stained smears-fingerprints) showed not only the presence of HP at high concentrations, but also the presence of bacteria in parietal cells.

Key words: chronic non-atrophic gastritis, level of immunoglobulin G, level of natural killers, stool-test, urease test, microscopy of stained smears-prints.

УДК 616.5–06 : [616.98 : 578.828.6]–092–07–085

Поступила 30.01.2016

А. Н. ЛИХОДЕД, В. В. ШУХТИН, И. Н. ШУХТИНА, А. И. ГОЖЕНКО (Одесса)

ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК В СТАДИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ

Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта <shuhtin@mail.ru>

Описан клинический случай впервые выявленного поликистоза почек аутосомно-доминантного типа. Кистозные изменения по количеству поражённых нефронов изначально незначительны и не влияют на функцию органа. Формирующаяся хроническая почечная недостаточность (ХПН) развивается вследствие вторичного повреждения нефронов вследствие их компрессии кистами. Можно предположить, что удаление кист замедляет прогрессирование ХПН. Определение функционального состояния почек, а также их функционального резерва позволит совершенствовать тактику лечения больных по поводу поликистоза почек.

Ключевые слова: поликистоз почек, хроническая почечная недостаточность, функциональный почечный резерв, креатинин, мочеви́на.