

DOI: 10.26693/jmbs02.06.087

УДК 616.33-002.2:616.361-009.2:616.342-002

Короленко Р. Н.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Городская больница № 4, Николаев

Проблемная лаборатория по вопросам хронического хеликобактериоза
Черноморского национального университет имени Петра Могилы, Николаев

aaahelic@gmail.com

Была проанализирована частота встречаемости дуоденогастрального рефлюкса у 120 больных хроническим неатрофическим гастритом с дискинезией желчевыводящих путей (основная группа) по сравнению с контрольной группой больных хроническим неатрофическим гастритом (113 человек), у которых функция жёлчного пузыря была не нарушена. Было выяснено, что дуоденогастральный рефлюкс у больных основной группы встречается в 10% случаев, в то время как у больных контрольной группы – в 3,5% случаев.

Ключевые слова: хронический неатрофический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, дуоденогастральный рефлюкс.

Введение. На развитие хеликобактерной инфекции (НР) могут оказывать влияние различные факторы: снижение уровня иммунитета и снижение уровня кислотности желудочного сока под воздействием стресса, снижение уровня кислотности при приёме препаратов, блокирующих выработку соляной кислоты (ингибиторы протонной помпы); приём антибактериальных препаратов (препараты висмута, антибиотики); рвота. [4, 5, 7, 10]. Также на НР-инфекцию оказывают влияние препараты, содержащие ферменты поджелудочной железы [3]. Данные ферменты попадают в желудок и при дуоденогастральном рефлюксе [2]. В доступной нам литературе отсутствуют данные о частоте встречаемости дуоденогастрального рефлюкса у больных с дискинезией желчевыводящих путей, что и стало поводом для наших исследований.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости дуоденогастрального рефлюкса у больных хроническим неатрофическим гастритом с дискинезией желчевыводящих путей.

Материалы и методы исследования. На базе клинического отдела проблемной лаборатории по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского национального университета имени Петра Могилы и отделения функциональной диагностики 4-ой городской больницы г. Николаева было комплексно обследовано 120 больных храни-

ческим неатрофическим гастритом с дискинезией желчевыводящих путей по гипокINETическому гипотоническому типу (основная группа) и 113 больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых функция жёлчного пузыря не была нарушена (контрольная группа). Возраст пациентов колебался от 18-ти до 47-ми лет (средний возраст составил $30,5 \pm 1,23$ года).

Исследование проведено с соблюдением основных биоэтических положений Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине (от 04.04.1997 г.), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения научных медицинских исследований с участием человека (1964–2008 гг.), а также приказа МЗ Украины № 690 от 23.09.2009 г. От каждого человека получено письменное согласие на проведение исследования.

Комплексное обследование включало: пошаговую внутрижелудочную рН – метрию по методике Чернобрового В. Н., эзофагогастроуденоскопию (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, которая позволяет определять и наличие внутриклеточных «депо»НР-инфекции, а также гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон, по общепринятой методике с учётом последних классификаций [1, 8, 9]. Перед тем, как больным проводилось комплексное обследование, они проходили УЗИ -диагностику органов брюшной полости с определением функции жёлчного пузыря по общепринятой методике [6].

Последовательность обследования: после сбора анамнеза больным проводилась рН-метрия, а после – ЭГДС с забором биопсийного материала для проведения тестирования на НР и гистологи-

Таблиця 1 – Уровень кислотности у больных хроническим неатрофическим гастритом

| Уровень кислотности | Частота выявленных различных уровней кислотности у пациентов, больных хроническим неатрофическим гастритом, с нарушенной и не нарушенной функцией жёлчного пузыря (n = 233) | | | |
|---------------------------|---|------|---|------|
| | С нарушением функции жёлчного пузыря (n = 120) | % | Без нарушения функции жёлчного пузыря (n = 113) | % |
| Гиперацидность выраженная | 1 | 0,8 | 4 | 3,5 |
| Гиперацидность умеренная | 4 | 3,3 | 10 | 8,9 |
| Нормацидность | 27 | 22,5 | 47 | 41,6 |
| Гипоацидность умеренная | 41 | 34,2 | 34 | 30,1 |
| Гипоацидность выраженная | 47 | 39,2 | 18 | 15,9 |
| Анацидность | 0 | 0 | 0 | 0 |

ческих исследований слизистой желудка. Исследование проводилось утром, натощак, через 12-14 часов после последнего приёма пищи. 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.

Результаты исследований и их обсуждение. Данные, полученные при проведении рН-метрии, отражены в **таблице 1**.

При анализе данных гистологических исследований у всех больных в 100% случаев было подтверждено наличие хронического неатрофического гастрита, как в активной, так и в неактивной стадии разной степени выраженности. При тестировании на НР хеликобактерная инфекция была выявлена в 100% случаев, как в активной, так и в неактивной форме при степени обсеменения слизистой желудка от (+) до (+++).

При проведении ЭГДС активный язвенный процесс был выявлен в двенадцатиперстной кишке у 9-ти (3,9%), у 24-х (10,3%) пациентов имелись проявления перенесенных в прошлом язв луковицы двенадцатиперстной кишки в виде рубцовой деформации разной степени выраженности. Частота выявления дуоденогастрального рефлюкса отражена в **таблице 2**.

Данные результаты объяснимы с точки зрения нарушения функции жёлчного пузыря. При дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому, гипокинетическому типу жёлчный пузырь сокращается менее чем на 50%, желчь вовремя не поступает или поступает не в полном объёме в двенадцатиперстную кишку, что нарушает адекватную обработку пищевого комка и, в первую

очередь, эмульгацию жира [6]. При этом нарушается антро-дуоденальная координация, при которой привратник полностью не смыкается, и желчь ретроградно поступает в желудок, формируя дуодено-гастральный рефлюкс [4]. Этим частично объясняется и преобладание низкой кислотности у пациентов с дискинезией желчевыводящих путей, та как желчь защелачивает среду желудка (рН печёночной желчи – 7,5–8,2, рН желчи из жёлчного пузыря – 6,5–7,5) [2].

Таблиця 2 – Частота выявления дуоденогастрального рефлюкса у больных хроническим неатрофическим гастритом с наличием и без дискинезии желчевыводящих путей

| Группа | Частота выявления дуоденогастрального рефлюкса у больных хроническим неатрофическим гастритом | |
|------------------------------|---|-----|
| | Количество пациентов | % |
| Основная группа (n = 120) | 12 | 10 |
| Контрольная группа (n = 113) | 4 | 3,5 |

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Более частое (в 2,8 раза) обнаружение дуоденогастрального рефлюкса у больных хроническим неатрофическим гастритом с дискинезией желчевыводящих путей свидетельствует о роли нарушения функции жёлчного пузыря в формировании рефлюкса. Учитывая негативное влияние желчи на активные формы хеликобактерной инфекции, следует уделить внимание локализации неактивных форм НР-инфекции на слизистой желудка при наличии у больных дуоденогастрального рефлюкса, что и станет перспективами дальнейших исследований.

References

1. Avramenko AA. Dostovernost stol-testa pri testirovanii bolnykh khronicheskim khelikobakteriozom pri nalichii aktivnykh i neaktivnykh form khelikobakternoy infektsii na slizistoy obolochke zheludka. *Suchasna gastroyenterologiya*. 2014; 3 (77): 22–6. [Russian].

2. Avramenko AA. Vliyanie duodenogastral'nogo refljuxa na chastotu vyjavlenija aktivnih form helikobakternoj infekcii na slizistoj raznyh zon zheludka u bol'nyh hronicheskim neatroficheskim gastritom. *Klinichna ta eksperimental'na patologija*. 2015; XIV (1/51): 18-21. [Russian].
3. Avramenko AA. Vliyanie preparatov, sodержashhijh fermenty podzheludochnoj zhelezy, na vyjavlenie aktivnyh form helikobakternoj infekcii u bol'nyh hronicheskim helikobakteriozom. *Zagal'na patologija ta patologichna fiziologija*. 2013; 8 (4): 24–7. [Russian].
4. Avramenko AA, Gozhenko AI, editors. *Khelikobakterioz*. Odessa: ChP «FOTOSINTETIKA», 2004. 324 s. [Russian].
5. Avramenko AA, Gozhenko AI, Goydyk VS, editors. *Yazvonnaya bolezn (ocherki klinicheskoy patofiziologii)*. Odessa: ООО «РА «ART-V», 2008. 304 s. [Russian].
6. Dergachjov AI, Kotljarov PM., editors. *Abdominal'naja jehografija: spravochnik*. M: JeliksKom, 2005. 352 s., il. [Russian].
7. Isakov VA, Domaradskii IV, editors. *Khelikobakterioz*. M: ID Medpraktika-M, 2003. 412 s. [Russian].
8. Kímakovich VY, Nikishaev VI, editors. *Yendoskopiya travnogo kanalu. Norma, patologiya, suchasni klasifikatsiyi*. Lviv: Vidavnistvo Meditsina Svítu, 2008. 208 s., il. 4. [Ukrainian].
9. *Patent 93273 Ukraine, MPK G01N 33/48 (2006.01) Sposib testuvannya gelikobakternoyi ínfektsii u khvorikh na khronichnij gelikobakterioz / AO Avramenko*. № u201403956; zayavl. 14.04.2014; opubl.25.09.2014. Byul. № 18. 3 s. [Ukrainian].
10. Perederii VG, editors. *Yazvonnaya bolezn ili pepticheskaya yazva?* Kiev, 1997. 158 s. [Russian].

УДК 616.33-002.2:616.361-009.2:616.342-002

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ ІЗ ДИСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Короленко Р. М.

Резюме. Було проаналізовано частоту виявлення дуоденогастрального рефлюксу у 120 хворих на хронічний неатрофічний гастрит з дискінезією жовчовивідних шляхів (основна група) у порівнянні з контрольною групою хворих на хронічний неатрофічний гастрит (113 осіб), у яких функція жовчного міхура була не порушена. Було з'ясовано, що дуоденогастральний рефлюкс у хворих основної групи зустрічається в 10% випадків, в той час як у хворих контрольної групи - в 3,5% випадків.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, дискінезія жовчовивідних шляхів, дуоденогастральний рефлюкс.

UDC 616.33-002.2:616.361-009.2:616.342-002

Frequency of Duodenogastral Reflux Detection in Patients with Chronic Non-Atrophic Gastritis with Dyskinesia of Browning Ways

Korolenko N.

Abstract. Helicobacter pylori infection development can be influenced by various factors: a decrease in the immunity level and the acidity level of gastric juice in stress, a decrease in the acidity level when taking drugs that block the production of hydrochloric acid; reception of antibacterial drugs; vomiting, drugs containing pancreatic enzymes. These enzymes enter the stomach and duodenogastric reflux.

120 patients with chronic non-atrophic gastritis with dyskinesia of the bile ducts in the hypokinetic hypotonic type (the main group) and 113 patients were systematically examined on the basis of clinical department of the problem laboratory on chronic helicobacteriosis of the Black Sea National University named after Peter Mohyla and the department of functional diagnostics of the 4th city Mykolaiv hospital. Patients with chronic non-atrophic gastritis, whose gallbladder function was in normal condition (control group).

The complex examination included: step-by-step intragastric pH-metry, esophagogastroduodenoscopy according to the standard procedure, double testing for HP: urease activity test and microscopy of Giems-stained smear-prints, material for which was taken during endoscopy from 4 topographic zones, and histological examination of the gastric mucosa. Before the patients underwent a comprehensive examination, they underwent ultrasound – a diagnosis of the abdominal cavity with the definition of the gallbladder function according to the generally accepted technique.

When analyzing the acidity level, it was revealed that in the patients of the main group in 73.4% of cases the acidity was low, while in the control group low acidity was noted in 46% of cases; in 100% of cases, the presence of chronic non-atrophic gastritis was confirmed in both active and inactive stages of varying severity; Helicobacter pylori infection was detected in 100% cases both in active and inactive form with degree of colonization of the gastric mucosa from (+) to (+++). When carrying out EGDS, an active ulcerative process was detected in the duodenum in 9 (3.9%), 24 (10.3%) patients had cicatrice deformation of different severity. The frequency of duodenogastric reflux in patients of the main group was 10%, while in the control group 3.5%.

Thus, a more frequent (2.8 times) detection of duodenogastric reflux in patients of the main group indicates the role of the gallbladder dysfunction in the reflux formation. Given the negative effect of bile on the active forms of Helicobacter pylori infection, attention should be paid to the localization of inactive forms of HP-infection on the stomach mucosa in the presence of duodenogastric reflux in patients, which will become the prospect of further research.

Keywords: chronic non-atrophic gastritis, duodenogastric reflux, biliary dyskinesia.

Стаття надійшла 25.09.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування