

УДК 616.33-002.2-821.1:579.835.12

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 ФОРМИРОВАНИЯ ФЕНОМЕНА "РАЗБРОСА" У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТАНДАРТНОЙ АНТИХЕЛИКО-БАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Ключевые слова: хронический неатрофический гастрит, стандартная антихеликобактерная терапия, феномен "разброса".

Резюме. Был проанализирован уровень кислотности у больной хроническим неатрофическим гастритом при проведении стандартной антихеликобактерной терапии. Было выяснено, что у пациентки присутствовал феномен "разброса", который был истолкован как компенсаторный механизм кислотообразующей функции желудка в ответ на насильственное вторжение в процесс пищеварения.

Процесс пищеварения - сложный процесс, в котором каждое звено играет свою роль. Одним из ключевых звеньев данного процесса является кислотно-пептический фактор и вмешательство в его работу нарушает весь протеолитический каскад, приводя к нарушениям функций фактически всех органов и систем человеческого организма [6, 11, 12, 13]. С этой точки зрения интересен случай возникновения феномена "разброса" как компенсаторного защитного механизма у пациентки на фоне приёма ингибиторов протонной помпы (ИПП) при проведении стандартной антихеликобактерной терапии.

Больная Г., 18 лет, домохозяйка, обратилась 30.01.16 г. для обследования и лечения к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" по поводу периодической острой боли в эпигастрии с иррадиацией в левое и правое подреберье, выраженной изжоги на любую пищу, чувства тяжести после приёма пищи, выраженного симптома "раннего насыщения" (через 6 - 8 глотков пищи), снижения аппетита, нарушение сна, выраженной слабости и быстрой утомляемостью.

При сборе анамнеза было выяснено, что пациентка уже 1 месяц принимала препарат висмута (Вис-нол) и ИПП (эзолонг, проксиум) по стандартной схеме.

Согласно приказу № 271 Минздрава Украины от 13.06.2005 года [9] больной было проведено комплексное обследование (№ 15 от 30.01.16 г.), которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастродуоденоскопию 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 же-

лудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне)[1,10,14]. Кроме того, проводилось УЗИ органов брюшной полости с пищевой нагрузкой по общепринятой методике [7].

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

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

Ф.И.О.: Г., 18 лет.

Рост: 150 см; введено: 20 см

1.	6.15	6.01	11.	3.40	3.40
2.	6.20	6.00	12.	3.41	2.40
3.	6.20	4.80	13.	2.10	2.10
4.	6.80	4.75	14.	1.70	1.35
5.	6.81	4.71	15.	1.20	1.38
6.	6.84	4.70	16.	0.90	1.23
7.	6.20	4.95	17.	0.91	0.90
8.	6.21	4.98	18.	0.91	0.90
9.	6.26	4.91	19.	0.91	0.91
10.	6.24	4.90	20.	0.90	0.90

5. 6 5

4. - 2

3. 2 1

2. 2 2

1. 10 10

0. - -

Всего: 20 20

Диагноз: Базальная гиперацидность выраженная селективная (снижена из-за ИПП) 30.01.16 г.

б) рН - метрия (контроль через 2 недели)

Ф.И.О.: Г., 18 лет.

Рост: 150 см; введено: 20 см

1.	2.14	1.63	11.	1.28	1.18
2.	2.10	1.68	12.	1.28	1.20
3.	2.01	1.61	13.	1.24	1.20
4.	1.61	1.60	14.	1.25	1.21
5.	1.60	1.64	15.	1.24	1.20

6. 1.68 1.36 16. 1.25 1.20
 7. 1.63 1.24 17. 1.25 1.23
 8. 1.65 1.14 18. 1.20 1.20
 9. 1.42 1.18 19. 1.24 1.28
 10. 1.43 1.11 20. 1.21 1.27
 5. 10 14
 4. 2 1
 3. 8 5
 2. - -
 1. - -
 0. - -

Всего: 20 20

Диагноз: Базальная гиперацидность
 выраженная абсолютная (феномен "отдачи",
 стадия гиперстимуляции 14.02.16 г.

При проведении эзофагогастроуденоскопии
 был выставлен диагноз: "Хронический гастроду-
 оденит (тип В). Косвенные признаки панкреати-
 та".

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

Антральный отдел желудка				Тело желудка			
Большая кривизна		Малая кривизна		Большая кривизна		Малая кривизна	
Мик- ро- ск. тест	Уре- аз- ный тест	Мик- ро- ск. тест	Уре- аз- ный тест	Мик- ро- ск. тест	Уре- аз- ный тест	Мик- ро- ск. тест	Уре- аз- ный тест
(-)	24 ч (-)	(-)	24 ч (-)	(+++) кокки II тип	24 ч (-)	(+) активные формы	14 ч

При проведении гистологических исследова-
 ний были получены следующие данные.

Биопсия № 1150 от 30.01.16 г.

1) антральный отдел желудка № 81-82: хрони-
 ческий неактивный гастрит (+++);

2) тело желудка, средняя треть, большая кри-
 визна № 83-84: хронический неактивный гастрит
 (++);

3) тело желудка, средняя треть, малая кривиз-
 на № 85-86: хронический неактивный гастрит
 (+++).

При проведении УЗИ органов брюшной поло-
 сти с пищевой нагрузкой 03.02.2016 г. были полу-
 чены следующие данные:

"Признаки ДЖВП по гипокинетическому типу
 (умеренно выраженная). Реактивный панкреа-
 тит".

Данный случай можно трактовать с точки зре-
 ния влияния ИПП на кислотообразующую функ-
 цию париетальных клеток и компенсаторных ме-
 ханизмов, возникающих в системе пищеварения
 при снижении уровня кислотности. ИПП, кото-
 рые блокируют синтез соляной кислоты в пари-
 етальной клетке, вызывают ответную реакцию
 организма, направленную на поддержание адек-
 ватного для организма процесса пищеварения:
 организм старается компенсировать сниженную
 работу одних зон желудка за счёт гиперфункции
 других, что приводит к формированию феномена
 "разброса", который является ярким примером
 внутриорганной компенсации нарушения функции
 пищеварительной системы [3]. У этой же больной
 проявился и ещё один компенсаторный механизм
 в пределах одной системы пищеварения - межор-

ганный. Это - усиление работы поджелудочной
 железы, которое возникает и при естественных
 причинах снижения уровня кислотности [5]. Од-
 нако наличие у пациентки дискинезии желчевы-
 водящих путей по гипокинетическому типу при-
 вело к ухудшению оттока панкреатического сока
 и повышению внутрипротокового давления в под-
 желудочной железе, что привело к возникнове-
 нию реактивного панкреатита с ярко выражен-
 ным болевым синдромом [2]. Кроме того, после
 отмены ИПП возник феномен "отдачи", который
 спровоцировал постоянную сильную изжогу у па-
 циентки, хотя до начала стандартного лечения
 изжога носила слабовыраженный, эпизодический
 характер, что приводит к мысли: а не массовое
 ли применение ИПП привело к формированию
 гастроэнтерологической проблемы XXI века -
 гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
 (ГЭРБ)? Ведь уже многими авторами установ-
 лена взаимосвязь между хеликобактер-ассоции-
 рованной язвенной болезнью с преимуществен-
 ной пилорoduodenальной локализацией и ГЭРБ:
 было обращено внимание на то, что после успеш-
 ной эрадикации НР, которая, как известно, про-
 водится с обязательным включением в схемы ле-
 чения ИПП, частота язвенной болезни уменьша-
 ется, а частота ГЭРБ приблизительно в 2 раза
 возрастает и увеличивается риск развития пище-
 вода Барретта и аденокарциномы в нижней трети
 пищевода [8,15,16].

Литература. 1. Авраменко А.А. Достоверность стул-
 теста при тестировании больных хроническим хеликобакте-
 риозом при наличии активных и неактивных форм хелико-
 бактериальной инфекции на слизистой оболочке желудка / А.А.

Авраменко // Сучасна гастроентерологія. - 2014. - № 3 (77).
 2. Авраменко А.А. К вопросу о механизмах возникновения боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в фазу обострения / А.А. Авраменко // Гастроентерологія (міжвідомчий збірник). - 2007. - випуск 39. - С. 157-162 (матеріали научно-практичної конференції "Сучасна гепатологія і гастроентерологія: фундаментальні і прикладні аспекти", м. Полтава, 24-25 травня 2007р).
 3. Авраменко А.А. "Разброс" показателей кислотности по уровням у больных хроническим хеликобактериозом как отражение внутриорганной компенсации кислотообразующей функции желудка / А.А. Авраменко // Клінічна та експериментальна патологія. - 2014. - Т. XII, № 2 (48). - С. 3 - 5.
 4. Авраменко А.А. Симптом "пропажи" изжоги как отражение формирования механизма язвообразования в двенадцатиперстной кишке / А.А. Авраменко // Клінічна та експериментальна патологія. - 2012. - Т. XI, № 3(41), Ч.2. - С.8 - 10.
 5. Авраменко А.А. Механизм формирования симптома "Чувство кислоты в полости рта" у больных хроническим хеликобактериозом / А.А. Авраменко, Р.Н. Короленко // Клінічна та експериментальна патологія. - 2014. - № 3 (49). - С.9 - 12.
 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 эхография: справочник / А.И. Дергачёв, П.М. Котляров. - М.: ЭликсКом, 2005. - 352 с., ил. 9.
 8. Комарчук В.В. Цитотоксические штаммы *Helicobacter pylori* у больных с осложнёнными формами язвенной болезни в сочетании с рефлюксом / В.В. Комарчук // Харківська хірургічна школа. - 2015. - № 2 (71) - С.6-10.
 9. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія".
 10. 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. - ц 2014 03956; Заявл. 14.04.2014; Опубл. 25.09.2014.; Бюл. № 18. - 3 с.
 11. Ткач С.М. Современные взгляды на безопасность и побочные эффекты ингибиторов протонной помпы / С.М. Ткач, В.Б. Доготарь, В.И. Кутовой // Сучасна гастроентерологія. - 2012. - № 1(63). - С.79-87.
 12. Томаш О.В. Антисекреторная терапия в реальной клинической практике: от привычных стереотипов к доказательным стандартам / О.В. Томаш, Н.Н. Руденко, Е.А. Юренко // Сучасна гастроентерологія. - 2011. - № 2(58). - С.123 - 135.
 13. Чернобровий В.М. Практична гастроентерологія: використання інгібіторів протонної помпи в лікуванні шлунково-кишкових кровотеч з верхніх відділів травного каналу / В.М. Чернобровий, С.Г. Мелашенко // Сучасна гастроентерологія. - 2011. - № 6(62). - С.106 - 115.
 14. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / За ред. В.Й. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 4.
 15. CagA in Barrett's oesophagus in Colombia, a country with a

high prevalence of gastric cancer / M.Kudo, O. Gutierrez, H.M.El Zimaity [et al.] // J. Clin. Pathol. - 2005. - Vol. 58 (3). - P. 259-262.
 16. Richter J. Helicobacter pylori and gastroesophageal reflux disease: The bug may not be all bad / J. Richter, G.W. Falk, M.F. Vaezi // Amer. J. Gastroenterol. - 1998. - Vol. 93, N 10. - P. 446-452.

ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ ФЕНОМЕНУ "РОЗКИДУ" У ХВОРОЇ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ СТАНДАРТНОЇ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ

А.О. Авраменко

Резюме. Проаналізовано рівень кислотності у хворої на хронічний неатрофічний гастрит під час проведення стандартної антигелікобактерної терапії. З'ясовано, що у пацієнтки наявний феномен "розкиду", який мотивовано як компенсаторний механізм кислотоутворюючої функції шлунку у відповідь на насильницьке вторгнення у процес травлення.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, стандартна антигелікобактерна терапія, феномен "розкиду".

THE CASE OF FORMING THE PHENOMENON OF "SCATTER" IN PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS AFTER STANDARD THERAPY OF H. PYLORI

AA Avramenko

Abstract. Acidity level was analyzed in patients with chronic atrophic gastritis during Helicobacter standard therapy. It has been found the phenomenon of "variation," interpreted as a compensatory mechanism of acid-forming function of the stomach in response to the violent invasion of the digestive process is present in the patient.

Key words: chronic non-atrophic gastritis, the standard therapy of H. pylori, the phenomenon of "scatter".

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, №3 (57). - P.109-111.

Надійшла до редакції 10.08.2016

Рецензент – проф. О.І. Федів

© А.А. Авраменко, 2016