

УДК 616.33-002.44-085

**А.А. Авраменко**

Николаевский Национальный  
Университет им. В.А. Сухомлинского,  
Центр прогрессивной медицины и  
реабилитации "Rea+Med"

## СЛУЧАЙ "РИКОШЕТНОЙ" ЯЗВЫ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПРИЁМА ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

**Ключевые слова:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хеликобактерная инфекция, "рикошетная" язва.

**Резюме.** Проанализирован случай быстрого рецидива язвы луковицы двенадцатиперстной кишки после приёма ингибиторов протонной помпы у мужчины 52 лет с 34 летним стажем курения. Выяснено, что после быстрого заживления язвы размером 1,5 см через 1 месяц на фоне приёма ингибиторов протонной помпы наступил рецидив, который представлял собой глубокий язвенный дефект размером до 2,5 см.

С момента начала применения при лечении язвенной болезни препаратов - ингибиторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов возникла проблема, которая получила название "рикошетные" язвы, т.е. после быстрого заживления язвенных дефектов, быстро возникали рецидивы, нередко с такими осложнениями, как кровотечение [2]. Однако в доступной нам литературе мы не нашли исследований, посвящённых возникновению подобной ситуации один случай - это еще не проблема при применении ингибиторов протонной помпы. В этом смысле интересен случай из нашей практики.

Больной Н., 52 года (по профессии - плотник), обратился для консультации к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" по поводу постоянных сильных болей в правом подреберье и эпигастриальной области. У больного также имелись жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта в виде изжоги, снижения аппетита, тяжести в желудке после еды.

При сборе анамнеза было выяснено, что 1,5 месяца тому у пациента была выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки до 1,5 см в диаметре в активной стадии. После проведенного 2 недельного лечения, которое включало 2 антибиотика и ингибитор протонной помпы (ИПП) "Омес", язва зажила, что подтверждалось контрольным эндоскопическим исследованием. По рекомендации врача пациент продолжал в течение 1 месяца принимать ИПП ("Омес"), при этом он не прекращал свою профессиональную деятельность и не бросил курить (стаж - 34 года). Однако в конце курса состояние пациента ухудшилось (появились сильные боли в эпигастрии), что и стало поводом для нового обращения к врачу.

Пациенту было проведено комплексное об-

следование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (№ 5 819 от 20.11.13 г.), которое включало пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н. [7], эзофагогастродуоденоскопию по общепринятой методике [4], двойное тестирование на НР-инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков - отпечатков), биопсийный материал для которого брался во время проведения эндоскопического осмотра из 4 топографических зон: из средней трети антрального отдела и тела желудка по большой и по малой кривизне по разработанной нами методике [5], а также гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон, по общепринятой методике с учётом последних классификаций [4].

При проведении рН-метрии у больного уровень кислотности соответствовал гипоацидности умеренной, селективной; эндоскопически (исследование № 219 от 20.11.13 г.) выявлен активный воспалительный процесс в слизистой желудка, который имел гистологически подтверждённый хронический характер, а также изменения слизистой в виде тонкокишечной метаплазии (+ +) (№/№ 23 544 - 52 от 20.11.13 г.); в луковице двенадцатиперстной кишки на месте локализации предыдущей язвы выявлен язвенный дефект размером до 2,5 см, глубокий, с выраженным воспалительным валом. При тестировании на НР-инфекцию (хеликобактерная последняя инфекция) была выявлена в активной форме в стадии митоза при высокой концентрации - (+++) на слизистой оболочке всех отделов желудка. Пациенту был выставлен диагноз: "Рикошетная" язва луковицы двенадцатиперстной кишки в активной стадии; хронический гастрит тип В в активной стадии.

Данный случай объясним с точки зрения

стимулирующего действия гастрин на рост эпителия желудка, кишечника и поджелудочной железы [6]. При гипергастринемии, которая возникает вследствие блокирующего действия ИПП на функцию париетальной клетки, стимулирующее действие гастрин резко возрастает, что приводит к быстрому закрытию язвенного дефекта. Однако слизистая оболочка, которая при этом образуется, - неполноценная, так как у неё недостаточно развита ангиоархитектура вследствие более медленного её формирования, которая ещё больше замедляется из-за пристрастия пациента к курению (никотин вызывает спазм сосудов)[2]. К 3-5 суткам НР-инфекция адаптируется к изменившемуся рН желудочного сока, который стал выше, что позволяет хеликобактерной инфекции быстрее размножиться [1]. Этому же способствует и вредная привычка больного - курение, т.к. бронхиальная слизь, которую пациент постоянно заглатывал после курения, подщелачивала желудочный сок [2]. Неэффективность антибиотиков можно объяснить устойчивостью к ним НР-инфекции, что в последнее время становится серьёзной проблемой при проведении эрадикации [3]. В дальнейшем увеличение в полости желудка концентрации остаточного аммиака (ОА), не пошедшего на нейтрализацию соляной кислоты вокруг НР, а также постоянное ритмичное повышение внутрижелудочного давления в следствии профессиональной деятельности пациента привело (эффект "кузнечных мехов"), согласно новой теории язвообразования - теории "едкого щелочного плевка" (Авраменко А.А., Гоженко А.И., 2007 г.), привело к образованию на слизистой в месте предыдущей язвы повреждающего фактора - гидроксида аммония более высокой концентрации, что привело к более глубокому и более обширному повреждению слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки в этом месте [2].

Таким образом, данный случай (ещё раз) подтверждает правильность новых взглядов на механизм язвообразования и демонстрирует несовершенство общепринятых схем лечения язвенной болезни.

**Литература.** 1. Авраменко А.А. К вопросу о времени адаптации хеликобактерной инфекции к новому рН среды обитания в желудке при использовании ингибиторов протонной помпы /А.А. Авраменко // Загальна патологія та патологічна фізіологія. - 2009. - Т. 4, № 1. - С. 16 - 19. 2. Авраменко А. А. Язвенная болезнь (очерки клинической

патофизиологии) / Авраменко А. А., Гоженко А. И., Гойдык В. С. - Одесса, ООО "РА "АРТ-В", 2008. - 304с. 3. Бактеріологічний метод визначення чутливості *Helicobacter pylori* до антибактеріальних препаратів / В. Г. Передерій, Ю. О. Володичева, Ю. Г. Кузенко [та інш.] // Сучасна гастроентерол. - 2011. - № 3 (59). - С. 7-10. 4. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / В. І. Кімакович, В. І. Нікішаєв, І. М. Тумак [та інш.] / за ред. В. І. Кімаковича і В. І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 5. Патент на корисну модель 17723 Україна, UA МПК А61В1/00 Спосіб діагностики хронічного гастриту типу В, а також виразкової хвороби та раку шлунка, асоційованих з гелікобактерною інфекцією / А.О. Авраменко. - № u 200603422; Заявл. 29.03.06; Опубл. 16.10.06, Бюл. № 10. - 4 с. 6. Ткач С.М. Современные взгляды на безопасность и побочные эффекты ингибиторов протонной помпы / С.М. Ткач, В.Б. Доготарь, В.И. Кутовой// Сучасна гастроентерол. - 2012. - №1 (63). - С.79 - 87. 7. Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка (методические рекомендации) / В.Н. Чернобровый. - Винница, 1991. - С. 3 -12.

### ВИПАДОК "РИКОШЕТНОЇ" ВИРАЗКИ ЦИБУЛИНИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПІСЛЯ ПРИЙОМУ ІНГІБІТОРІВ ПРТОННОЇ ПОМПИ

*А.О. Авраменко*

**Резюме.** Був проаналізований випадок швидкого рецидиву виразки цибулини дванадцятипалої кишки після прийому інгібіторів протонної помпи у чоловіка 52-х років з 34 річним стажем куріння. Було з'ясовано, що після швидкого загоєння 1,5 см виразки через 1 місяць на тлі прийому інгібіторів протонної помпи настав рецидив, який представляв собою глибокий виразковий дефект розміром до 2,5 см.

**Ключові слова:** виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, гелікобактерна інфекція, "рикошетна" виразка.

### CASE OF "REBOUND" ULCERS OF DUODENUM BULBS AFTER RECEIVING PROTON PUMP INHIBITORS

*A.A. Avramenko*

**Abstract.** Was analyzed the case of rapid recurrence of ulcer duodenal bulb after taking proton pump inhibitors in 52 years old men with 34-year experience of smoking. It was found out that after the rapid healing of 1,5 cm ulcers of in a month against a background of receiving proton pump inhibitors a relapse occurred, which was a deep ulcerative defect of 2.5 cm in size.

**Key words:** duodenal ulcer, *Helicobacter pylori* infection, "rebound" ulcer.

**Department of Physiology and Biochemistry of the Faculty of Biology**

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

**Center for Progressive Medicine and Rehabilitation "Rea + Med"**

*Clin. and experim. pathol.* - 2014. - Vol.13, №1 (47). -P.159-160.

*Надійшла до редакції 14.03.2014*

*Рецензент – проф. О.І. Волошин*

*© А.О. Авраменко, 2014*