

УДК 616.33-002.44:617.584

А.А. Авраменко

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

СЛУЧАЙ БЫСТРОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЯЗВЫ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦА- ТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Ключевые слова: хронический
неатрофический гастрит,
повышение внутрижелудочного
давления, язва луковицы
двенадцатиперстной кишки.

Резюме. Был проанализирован случай быстрого развития язвы
луковицы двенадцатиперстной кишки у больного после перелома
костей голени левой нижней конечности. Было выяснено, что
язвенный процесс сформировался на 2-е сутки после того, как
пациент начал пользоваться костылями, что привело к по-
стоянному ритмичному напряжению мышц передней брюшной
стенки.

Взгляды на механизм язвообразования в последнее время стали меняться: была сформирована новая теория язвообразования - теория "едкого щелочного плевка" (аммиачно-щелочного повреждения) (Авраменко А.А., Гоженко А.И., 2007 г.). Согласно этой теории, повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки происходит не соляной кислотой желудочного сока, а сконцентрированным в определённом участке слизистой водным раствором аммиака, в состав которого входит гидроксид аммония, образующийся из остаточного аммиака, производимого хеликобактерной инфекцией. Одним из факторов, приводящим к концентрации аммиака, является повышение внутрижелудочного давления [1]. В этом смысле будет интересен случай из практики, когда изменение походки больного после травмы привело к быстрому развитию язвы в луковице двенадцатиперстной кишки.

Больной Г., 34 года (по профессии - рабочий-каменщик), обратился 10.06.12 г. для обследования к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" по поводу периодически появляющихся болей в эпигастриальной области.

При сборе анамнеза было выяснено, что раньше никаких жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта больной не предъявлял. За 2 дня до появления болей пациент сломал обе лодыжки левой голени (неудачно соскочил со строительных лесов), по поводу чего обратился в травматологический пункт, где после проведения рентгенологического обследования больному была наложена гипсовая повязка. С первого дня после травмы пациент для передвижения стал использовать стандартные костыли. На 2-й день больной почувствовал тупую, ноющую боль в эпигастрии, по поводу чего и обратился к врачу-гастроэнтерологу.

Больному было проведено комплексное обследование (№ 123 от 10.06.12 г.), которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н.[3], эзофагогастроуденоскопию по общепринятой методике [6] и тестирование на хеликобактерную инфекцию (НР)(уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков), биопсийный материал для которых брался из четырех топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне) [7].

При проведении рН-метрии у больного уровень кислотности соответствовал нормацидности абсолютной. При проведении эзофагогастроуденоскопии в желудке была выявлена очаговая гиперемия и очаговая гипертрофия слизистой, в луковице двенадцатиперстной кишки по передней стенке - язва до 1,2 см в диаметре, с выраженным воспалительным валом; дно язвы было покрыто серым некрозом и фибрином; в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки отмечались участки гипертрофии и гиперемии слизистой. При тестировании на НР хеликобактерная инфекция была выявлена во всех зонах в активной форме при степени обсеменения - (+++), что подтверждало наличие у больного хронического гастрита типа В.

Данный случай объясним с точки зрения стадийности развития хронического гастрита типа В и изменения нагрузки на мышцы брюшного пресса. У пациента присутствовала латентная форма пангастрита, когда НР-инфекция полностью заселила всю слизистую желудка, и, следовательно, в полости желудка постоянно скапливалось большое количество остаточного аммиака (ОА) [5]. Изменение походки больного (при ходьбе на костылях основная нагрузка ложится на мышцы плечевого пояса и брюшного пресса) привело к постоянному ритмичному повышению внутрибрюшного давления, которое,

по закону Паскаля, привело к ритмичному підвищенню і внутрішньодуоденального тиску [4]. Резкое підвищення концентрації ОА, которое возникло при этом, привело к формуванню на слизистой луковички дванадцятиперстної кишки в локальному місці підвищеної концентрації гідроксида амоніа і швидкому утворенню язвенного дефекта [2].

Литература. 1. Авраменко А. А. Хеликобактериоз / А. А. Авраменко, А. И. Гоженко. - Николаев, "X-press полиграфия", 2007. - 336 с. 2. Авраменко А.А. К вопросу о стадийном изменении уровня обсемененности слизистой желудка НР-инфекцией, показателей внутримышечного давления и концентрации "остаточного" аммиака в полости желудка у больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки / А.А. Авраменко // Укр. науково-медичний молодіжний ж. - 2008. - № 3. - С.15-18. 3. Авраменко А.А. Частота выявления активных форм хеликобактерной инфекции и метаплазии по желудочному типу в дванадцятиперстной кишке у больных хроническим неатрофическим гастритом без язвенных поражений дуоденальной зоны / А.А. Авраменко // Сучасна гастроентерологія. - 2014. - № 2 (76). - С. 19-26. 4. Авраменко А.О. Вплив фізичної вправи ЛФК "нахил вперед" на рівень внутрішньодуоденального тиску у хворих на хронічний гелікобактеріоз з різним ступенем обсеменіння слизової шлунку / А.О. Авраменко, Т.М. Яблонська // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. - 2012. - № 4. - С.55-56. 5. Авраменко А. А. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии) / Авраменко А. А., Гоженко А. И., Гойдык В. С. - Одесса, ООО "РА "АРТ-В", 2008. - 304с. 6. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / За ред. В.И. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 7. 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.- № 10/200603422; Заявл.29.03.06;Опубл. 16.10.06, Бюл. № 10.- 4 с.

ВИПАДОК ШВИДКОГО ФОРМУВАННЯ ВИРАЗКИ ЦИБУЛИНИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРОГО ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ГОМІЛКИ

А.О. Авраменко

Резюме. Було проаналізовано випадок швидкого розвитку виразки цибулини дванадцятипалої кишки у хворого після перелому кісток гомілки лівої нижньої кінцівки. Було з'ясовано, що виразковий процес сформувався на 2-у добу після того, як пацієнт почав користуватися милицями, що призвело до постійного ритмічного напрузі м'язів передньої черевної стінки.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, підвищення внутрішньодуоденального тиску, виразка цибулини дванадцятипалої кишки.

THE CASE OF RAPID ULCER FORMATION OF THE DUODENAL BULB IN PATIENTS AFTER TIBIAL FRACTURES

A.A. Avramenko

Abstract. Case of rapid development of ulcer of the duodenal bulb in patient after fracture of leg bones of the left lower limb has been analyzed. The ulcerative process was found to be formed on the 2nd day when the patient began to use crutches, which led to a constant voltage rhythmic muscle of the anterior abdominal wall.

Key words: chronic non-atrophic gastritis, increased intragastric pressure, ulcer of the duodenal bulb.

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, №4 (50).-P.174-175.

Надійшла до редакції 14.10.2014

Рецензент – проф. О.І.Федів

© А.А. Авраменко, 2014