

УДК 616.33-002.44/2

А.А. Авраменко

Проблемная лаборатория по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского государственного университета имени Петра Могилы, Центр прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med", г. Николаев

Ключевые слова: хронический неатрофический гастрит, медиогастральная язва, теория "едкого щелочного плевка", вертикальный путь формирования язвы.

СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИОГАСТРАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ПРИ ПЕРЕНОСЕ ТЯЖЕСТИ НА УРОВЕНЬ 5-ГО ЭТАЖА 5-ТИ ЭТАЖНОГО ЖИЛОГО ДОМА

Резюме. Был проанализирован случай образования медиогастральной язвы у больной хроническим неатрофическим гастритом. Было выяснено, что пациентка накануне формирования язвы тела желудка перенесла груз весом 15 кг на 5-ый этаж жилого 5-ти этажного дома, в котором она проживала.

Выявление язв тела желудка при эндоскопическом обследовании происходит значительно реже, чем в выходном отделе желудка и в луковице двенадцатиперстной кишки [2, 5]. Механизм формирования язвы тела желудка (медиогастральной язвы) имеет свою специфику, так как формируется при низком уровне кислотности желудочного сока, что идёт в разрез с общепринятым мнением о роли кислотно-пептического фактора как фактора повреждения слизистой желудка [2]. С этой точки интересен случай образования язвы тела желудка у больной хроническим неатрофическим гастритом после переноса тяжести с 1-го на 5-тый этаж жилого дома.

Больная С., 66 лет, домохозяйка, обратилась 29.01.16 г. для обследования и лечения к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" по поводу периодической боли в эпигастрии с иррадиацией в правое и левое подреберье и чувства тяжести после приёма пищи в течение 1-го месяца. При сборе анамнеза было выяснено, что данные клинические проявления возникли после того, как больная перед Новым Годом поднялась с сумками, в которых находились продукты питания общим весом около 15 кг, на 5-тый этаж 5-ти этажного дома, где она проживала. За 3 недели до этих событий пациент перенесла 7-ми дневную простуду, которую лечила народными средствами (мёд, липовый цвет).

Согласно приказу № 271 Минздрава Украины от 13.06.2005 года больной было проведено комплексное обследование (№ 12 от 29.01.16 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 ма-

териал для которых брался из 4-х топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне) [1, 3].

При проведении рН-метрии у больной уровень кислотности соответствовал гипоацидности умеренной минимальной.

При проведении эзофагогастродуоденоскопии был выставлен диагноз: "Язва средней трети тела желудка (медиогастральная язва) в активной стадии (по малой кривизне, до 4,5 см в диаметре, глубокая, с выраженным воспалительным валом, дно которой покрыта рыхлым серо-жёлтым некрозом). Хронический гастродуоденит (тип В). Косвенные признаки панкреатита".

Тип гастрита был подтверждён при тестировании на НР, но хеликобактерная инфекция не была выявлена в антральном отделе ни по большой, ни по малой кривизне, в то же время в теле желудка по большой кривизне НР-инфекция была выявлена в активной форме при высокой степени обсеменения слизистой - (+++), а на слизистой тела желудка по малой кривизне возле язвы хеликобактерная инфекция также была выявлена в активной форме при высокой степени обсеменения слизистой - (+++), однако в виде внутриклеточных "депо".

При проведении гистологических исследований были получены следующие данные.

Биопсия № 1147 от 29.01.16 г.

1) антральный отдел желудка № 74 - 75: хронический активный гастрит (++) с атрофией желез (++) , с кишечной метаплазией эпителия желез по толстокишечному типу (++);

2) тело желудка, средняя треть, большая кривизна № 76-77: хронический активный гастрит (+++) с истончением слизистой;

3) тело желудка, средняя треть, малая кривизна (края язвы) № 78-80: хронический активный гастрит (+++) с кишечной метаплазией эпителия желез по тонкокишечному типу (++) и

отдельно лежащие гнойно-некротические массы.

Данный случай можно трактовать с точки зрения влияния ОРЗ на иммунитет, стадийности развития хронического гастрита типа В и новой теории язвообразования - теории "едкого щелочного плевка". Ослабление иммунной защиты организма, которая возникает при ОРЗ и которая является фактором сдерживания НР-инфекции, приводит к повышению степени обсеменения слизистой желудка активными формами хеликобактерной инфекции [2]. При этом возникает постоянное заглатывание в желудок содержимого носоглотки и бронхов, которое имеет щелочную рН (7,45 - 8,15), что приводит к защелачиванию содержимого желудка и позволяет НР-инфекции активно размножаться на желудочной слизистой [2, 6].

К 66 годам у пациентки развитие хро-

нического неатрофического гастрита уже соответствовала 3-ей стадии развития - стадии начальных изменений структуры желез слизистой желудка и формирования функциональной гипоацидности (анацитности), когда НР-инфекция уже покинула антральный отдел желудка и сосредоточилась полностью на слизистой тела желудка [2]. При этом сложилась специфическая ситуация: при высокой степени обсеменения слизистой желудка НР-инфекцией - (+++) по большой кривизне бактерии находились на поверхности слизистой, а по малой кривизне большая их часть находилась во внутриклеточных "депо".

Схематически механизм формирования язвы можно представить следующим образом (рис.1).

При такой ситуации остаточный аммиак (ОА) как продукт жизнедеятельности НР-инфекции, который не пошёл на нейтрализацию соляной кис-

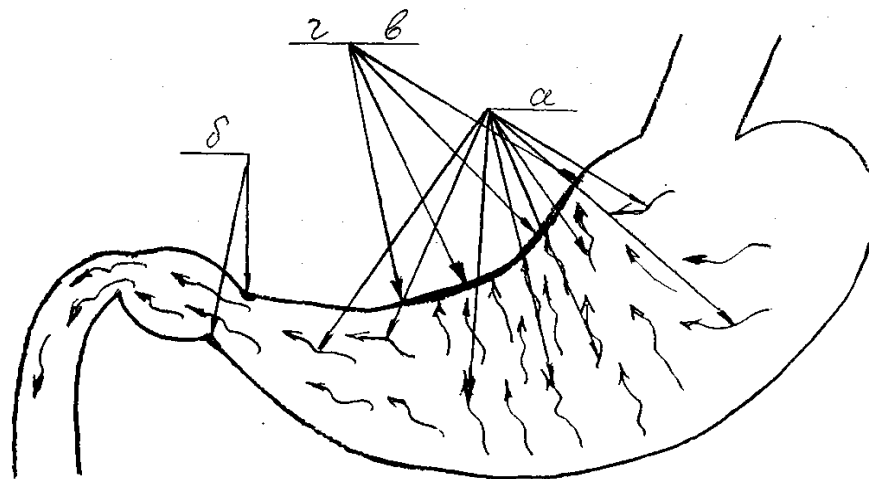


Рис.1 Механизм формирования медиогастрального язвенного поражения:

- а) направление потоков "остаточного" аммиака в полости желудка;
- б) пилорический жом в зияющем состоянии;
- в) места максимальной концентрации "остаточного" аммиака (средняя треть - верхняя треть тела желудка по малой кривизне);
- г) места язвенных поражений (ткани средней трети - верхней трети тела желудка по малой кривизне).

лоты вокруг бактерий и накопился в полости желудка, концентрируется в теле желудка по малой кривизне при зияющем пилорическом жоме и отсутствии НР-инфекции на слизистой антрального отдела за счёт резкого уменьшения объёма желудка при физической нагрузке (ритмичное напряжение мышц брюшного пресса при подъёме по лестнице с грузом), причём поток "остаточного аммиака" направлялся вертикально снизу - вверх, так как мышцы брюшного пресса, сокращаясь снизу-вверх, задавали направление газа и в желудке: от слизистой большой кривизны тела желудка, где активные формы НР находились внеклеточно при концентрации (+++), в сторону слизистой малой кривизны тела желудка, где активные формы НР находились

внутриклеточно при концентрации (+++), блокируя кислотообразующую функцию париетальных клеток, что лишало эту зону нейтрализующего действия кислотной защиты. Подтверждением этого является и вид язвы: большая и глубокая, с выраженным воспалительным валом, дно покрыто серо-жёлтым рыхлым некрозом, что характерно именно для повреждения едкими щелочами, при котором ткани имеют массивное повреждение вследствие глубоко проникновения щелочи в ткани с образованием рыхлого колликвационного некроза серо-белого цвета, который при дуодено-гастральном рефлюксе прокрашивается в жёлтый цвет, в то время как при повреждении слизистой соляной кислотой образуется сухой плотный коагуляционный некроз

тёмно-коричневого или буровато-чёрного цвета [2, 4]

Литература. 1. Авраменко А.А. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой оболочке желудка / А.А. Авраменко // Сучасна гастроентерологія. - 2014. - № 3 (77). 2. 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. 3. 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. - и 2014 03956; Заявл. 14.04.2014; Опубл. 25.09.2014.; Бюл. № 18. - 3 с. 4. Швайкова М.Д. Судебная химия / Швайкова М.Д. - М.: Медгиз, 1959. - 410 с. 5. 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, 6. Kwart H. The clinical characterization of human tracheobronchial secretion: possible clue to the origin of fibrocystic mucus / Kwart H., Moseley W.W., Katz M. // Ann.N.Y.Acad. Sci. - 1963. - Vol. 106. - №3. - p. 709-721.

ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ МЕДІОГАСТРАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ ПРИ ПЕРЕНЕСЕННІ ВАНТАЖУ НА РІВЕНЬ 5-ГО ПОВЕРХУ 5-ТИ ПОВЕРХОВОГО ЖИТЛОВОГО БУДИНКУ

А.О. Авраменко

Резюме. Було проаналізовано випадок утворення медіогастральної виразки у хворої на хронічний неатрофічний гастрит. Було з'ясовано, що пацієнтка напередодні

формування виразки тіла шлунка перенесла вантаж вагою 15 кг на 5-ий поверх житлового 5-ти поверхового будинку, в якому вона мешкала.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, медіогастральна виразка, теорія "їдкого лужного плювка", вертикальний шлях формування виразки.

MEDIOGASTRALNYH CASE OF FORMING ULCERS IN CARRYING HEAVY AT LEVEL 5 TH FLOOR OF A 5-STOREY RESIDENTIAL BUILDING

A.A. Avramenko

Abstract. Medioastralnyh case of ulcer formation was analyzed in patients with chronic non-atrophic gastritis. It was found that the patient was on the eve of the formation of stomach ulcers body underwent a weight of 15 kg on the 5th floor of a residential 5-storey building in which she lived.

Key words: chronic non-atrophic gastritis, ulcer medio-gastralnyh, the theory of "caustic alkali spitting" vertical path ulcer formation.

Problem Laboratory for Chronic Helikobakterioza Black Sea State University, P. Mohyla, Nikolaev, Ukraine

Center for Progressive Medicine and Rehabilitation "Rea + Med", Nikolaev, Ukraine

Clin. and experim. pathol. - 2016. - Vol. 15, №1 (55). - P.206-208.

Надійшла до редакції 10.02.2016

Рецензент – проф. О.І. Федів

© А.А. Авраменко, 2016