

Випадки із практики

УДК 616.33-002.44/2

А.А. Авраменко

СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИОГАСТРАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ВО ВРЕМЯ КОЛКИ ДРОВ

Проблемная лаборатория по вопросам хронического хеликобактериоза
Черноморского национального университета имени Петра Могилы, г. Николаев

Резюме. Проанализирован случай образования медиогастральной язвы у 36-летнего больного хроническим неатрофическим гастритом, который проживал в сельской местности. Выяснено, что пациент накануне обращения к врачу для обследования, при котором была выявлена медиогастральная язва в средней трети

тела желудка по малой кривизне, в течение 3 часов коллол дрова.

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

Введение. Механизм формирования медиогастральных язв (язв тела желудка) – специфичен, 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, и зависит от топографии расселения хеликобактерной инфекции [2]. С этой точки интересен случай образования медиогастральной язвы желудка у больного хроническим неатрофическим гастритом, проживающего в сельской местности, во время проведения хозяйственных работ, а именно – колки дров.

Цель исследования. Провести анализ случая образования медиогастральной язвы желудка у больного хроническим неатрофическим гастритом при проведении хозяйственных работ – колки дров.

Материал и методы. Больной С., 36 лет, тракторист, проживающий в одном из сёл Николаевской области, обратился 11.07.13 г. для обследования и лечения к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации «Rea+Med» г. Николаева по поводу периодической острой боли в эпигастрии и чувства тяжести после приёма пищи.

При сборе анамнеза выяснено, что пациент за два дня до прихода к врачу дома проводил хозяйственные работы, а именно – 3 часа коллол дрова, а боли в эпигастрии появились приблизительно через 10 часов после окончания колки. В подростковом возрасте (в 13-14 лет) пациента периодически беспокоила изжога, однако обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта проведено не было. Курит с 11 лет; на момент обращения суточная доза составила 1,5 пачки.

Согласно приказу № 271 Минздрава Украины от 13.06.2005 года [5] больному было проведено комплексное обследование (№ 5476 от 11.07.13 г.), которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофаго-

гастроуденоскопию 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 четырёх топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне) [1, 6].

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении исследований были получены следующие результаты:

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

Ф.И.О.: С., 36 лет.

Рост: 181 см; **введено:** 25 см

1.	6.31	6.40	11.	5.80	5.81
2.	6.21	6.20	12.	5.71	5.60
3.	6.38	5.64	13.	5.84	5.70
4.	5.76	5.71	14.	5.70	5.68
5.	5.64	5.83	15.	5.56	5.59
6.	5.51	5.75	16.	5.61	5.63
7.	5.42	5.80	17.	4.91	5.54
8.	5.51	5.56	18.	4.75	4.90
9.	5.50	5.60	19.	4.59	4.83
10.	5.54	5.62	20.	4.51	4.68
	5.	-		-	-
	4.	-		-	-
	3.	-		-	-
	2.	-		-	-
	1.	20		20	
	0.	-		-	-
	Всего:	20		20	

Диагноз: Базальная гипоацидность выраженная тотальная (снижена из-за бронхиальной слизи) 11.07.13 г. ЭГДС № 102 от 11.07.13 г.

Пищевод и кардия – свободно проходимы, без особенностей. Слизистая желудка – диффузно гиперемирована, очагово гипертрофирована. В просвете – умеренное количество желудочного сока и бронхиальной слизи (до 65 мл). В средней

трети тела желудка по малой кривизне – язва до 4 см в диаметре, глубокая, с выраженным воспалительным валом, дно которой покрыта рыхлым серым некрозом). Привратник – зияет ($d=2,4$ см), свободно проходима. Луковица двенадцатиперстной кишки – обычной формы, свободно проходима. Постбульбарный отдел – слизистая очагово гиперемирована, очагово гипертрофирована. Кольцо двенадцатиперстной кишки – развёрнуто.

Диагноз: Язва средней трети тела желудка (медиагастральная язва) в активной стадии. Хронический гастродуоденит (тип В). Косвенные признаки панкреатита.

Тип гастрита был подтверждён при тестировании на НР, но хеликобактерная инфекция была выявлена в антральном отделе и по большой, и по малой кривизне при низкой концентрации – (+) в виде единичных активных форм, 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 вокруг язвы НР-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 № 954 от 11.07.13 г.

1) **антральный отдел желудка** № 654 – 655: хронический активный гастрит (++);

2) **тело желудка, средняя треть, большая кривизна** № 656-58: хронический активный гастрит (+++);

3) **тело желудка, средняя треть, малая кривизна (края язвы)** № 659-666: хронический активный гастрит (+++) с метаплазией эпителия желез по тонкокишечному типу (++) гнойно-некротические массы.

Данный случай можно трактовать с точки зрения влияния курения на стадийность развития

хронического гастрита типа В и теории «едкого щелочного плевка» – новой теории язвообразования (Авраменко А.А., Гоженко А.И., 2008г.) [2].

При курении бронхиальная слизь, которое имеет щелочную рН (7,45-8,15), постоянно попадает в желудок из-за заглатывания её курящим пациентом. Это приводит к постоянному защелачиванию содержимого желудка, позволяет НР активно размножаться на слизистой желудка и ускоряет, с нашей точки зрения, процесс транслокации хеликобактерной инфекции – её переселение из антрального отдела желудка на слизистую тела желудка и развитие 3-ей стадии хронического гастрита типа В – стадии начальных изменений структуры желез слизистой желудка и формирования функциональной гипоацидности (анацидности), когда НР-инфекция уже почти покидает антральный отдел желудка и полностью сосредотачивается на слизистой тела желудка [2, 9, 10]. При этом на слизистой желудка пациента 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».

Механизм формирования язвы можно представить в виде следующей схемы (рис.) [2].

При такой ситуации остаточный аммиак (ОА) как продукт жизнедеятельности НР-инфекции, который не пошёл на нейтрализацию соляной кислоты вокруг бактерий и накопился в полости желудка, концентрируется в теле желудка за счёт резкого уменьшения объёма желудка при физической нагрузке (резкое ритмичное напряжение мышц брюшного пресса при колке дров), 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

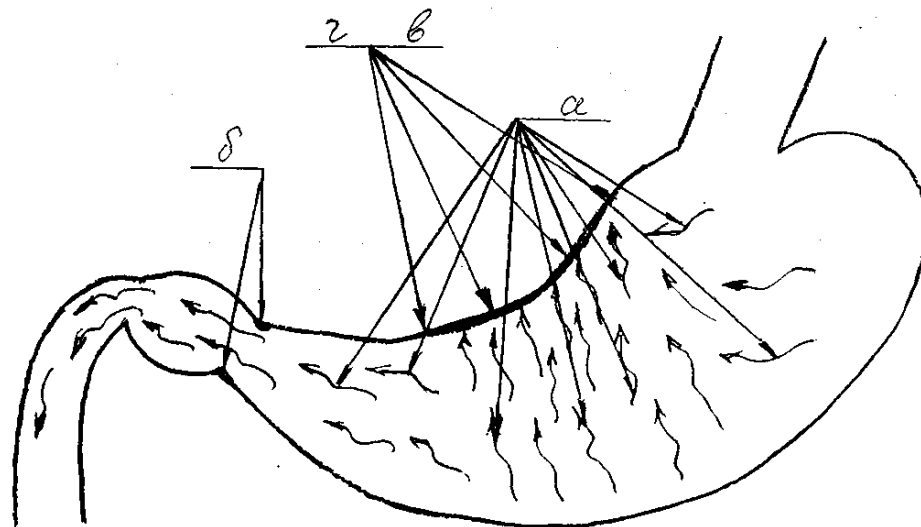


Рис. Механизм формирования медиагастрального язвенного поражения: а) направление потоков «остаточного» аммиака в полости желудка; б) пилорический жом в зияющем состоянии; в) места максимальной концентрации «остаточного» аммиака (средняя треть – верхняя треть тела желудка по малой кривизне); г) места язвенных поражений (ткани средней трети – верхней трети тела желудка по малой кривизне)

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 от воздействия едкой щёлочи – водного раствора аммиака, который при высоком внутрижелудочном давлении образуется в области малой кривизны желудка и содержит гидроксид аммония при высокой концентрации. Подтверждением этого является и вид язвы: большая и глубокая, с выраженным воспалительным валом, дно покрыто серым рыхлым некрозом [8], что характерно именно для повреждения едкими щелочами, при котором ткани имеют массивное повреждение вследствие глубоко проникновения щелочи в ткани с образованием рыхлого колликативного некроза серо-белого цвета, в то время как при повреждении слизистой соляной кислотой образуется сухой плотный коагуляционный некроз тёмно-коричневого или буровато-чёрного цвета [2, 7]. Данный механизм образования язв желудка был подтверждён и экспериментальным путём, когда при введении в полость желудка 2,5 % водного раствора аммиака через 12 часов на слизистой желудка образовывались повреждения, которые гистологически трактовались как язва [3, 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 /
2. Авраменко А. А. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии) / А.А. Авраменко, А.И. Гоженко, В.С. Гойдык. – Одесса: ООО «РА «АРТ-В», 2008. – 304 с.
3. Авраменко А.А. Патоморфологические изменения слизистой желудка крыс через 6 и 24 часа после внутрижелудочного введения 2,5 % водного раствора аммиака / А.А. Авраменко, С.Н. Смоляков // Клін. та експерим. патол. – 2016. – Т. XV, № 2 (56) (Ч. 1). – С. 12-15.
4. Морфологічні реакції слизової оболонки шлунка шурів на внутрішньошлункове введення розчину 2,5 % аміаку в умовах експерименту / А.Г. Латій, А.О. Псаревська, А.О. Авраменко, С.М. Смоляков // Наук. вісн. Миколаїв. держ. ун-ту ім. В.О. Сухомлинського, серія «Біологічні науки». – 2015. – № 1 (4). – С. 38-42.
5. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
6. 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. – u 2014 03956; заявл. 14.04.2014; опубл. 25.09.2014; Бюл. № 18. – 3 с.
7. Швайкова М.Д. Судебная химия / Швайкова М.Д. – М.: Медгиз, 1959. – 410 с.
8. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / За ред. В.Й. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. – Львів: Медицина Світу, 2008. – 208 с., іл. 4.
9. Kwart H. The clinical characterization of human tracheobronchial secretion: possible clue to the origin of fibrocytic mucus / H. Kwart, W.W. Moseley, M. Katz // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 1963. – Vol. 106, № 3. – P. 709-721.
10. Smoking and the pathogenesis of gastroduodenal ulcer-recent mechanistic update / P. Maity, K. Biswas, S. Roy [et al.] // Mol. Cell Biochem. – 2003. – Vol. 253, № 1-2. – P. 329-338.

ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ МЕДІОГАСТРАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРОГО НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ ПІД ЧАС РУБАННЯ ДРОВ

А.О. Авраменко

Резюме. Проаналізовано випадок утворення медіогастральної виразки у 36-річного хворого на хронічний неатрофічний гастрит, який проживав у сільській місцевості. З'ясовано, що пацієнт напередодні звернення до лікаря для обстеження, при якому було виявлено медіогастральну виразку в середній третині тіла шлунка по малій кривині, упродовж 3 годин колов дрова.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, медіогастральна виразка, теорія «їдкого лужного пльовка», вертикальний шлях формування виразки.

A CASE OF FORMATION OF MEDIO-GASTRIC ULCERS IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS DURING WOOD CHOPPING

A.A. Avramenko

Abstract. We have analysed a case of formation of medio-gastric ulcer in 36-year-old patient with chronic non-atrophic gastritis, who lived in the countryside. It was found that the patient had been chopping wood for 3 hours on the eve of the day when he went to see the doctor whose examination revealed medio-gastric ulcer in the middle third of the gastric body on the lesser curvature.

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

Problem Laboratory for Chronic Helicobacteriosis of Petro Mohyla Black Sea State University (Mykolaiv)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 4 (80). – P. 226-228

Надійшла до редакції 08.08.2016 року