

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 H₂-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