

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 (анацидности), 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-

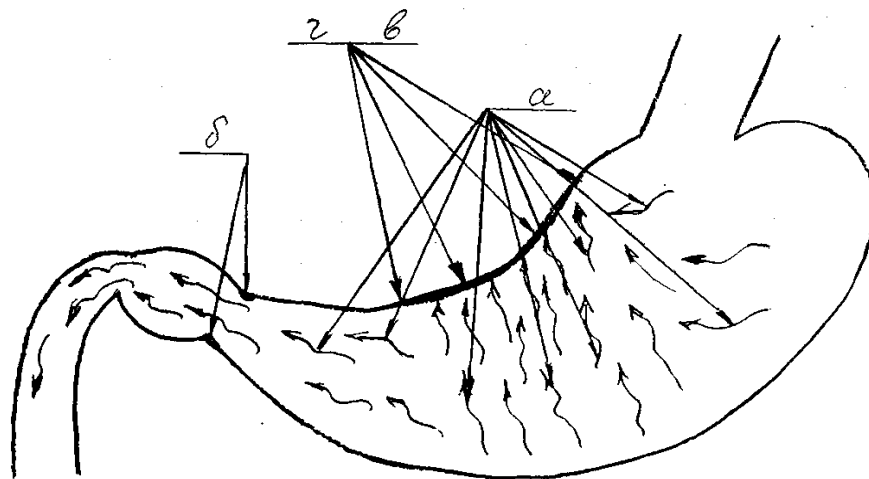


Рис.1 Механизм формирования медиогастрального язвенного поражения:

- 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 проникновение 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 medioastralnyh, 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