

# Клінічна медицина

УДК 616.33-002.2-07:579.835.12

*А.А.Авраменко*

## ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ПИЛОРИЧЕСКОГО ЖОМА НА ЛОКАЛИЗАЦИЮ И РАЗМЕРЫ ЭРОЗИЙ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ТИПА В

Проблемная лаборатория по вопросам хеликобактериоза, г. Николаев

**Резюме.** Обследовано 80 больных с эрозивными и эрозивно-язвенными поражениями луковицы двенадцатиперстной кишки. Диаметр пилорического канала у больных с эрозивными поражениями достоверно меньший, а тонус пилорического жома – более высокий, чем у больных с эрозивно-язвенными поражениями.

**Ключевые слова:** эрозивные поражения, эрозивно-язвенные поражения, диаметр пилорического канала, тонус пилорического жома.

**Введение.** При проведении эндоскопического обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта врачи – эндоскописты нередко сталкиваются с такой патологией, как эрозивное поражение слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки. По общепринятой классификации если размеры эрозий не превышают 0,4 см, то выставляется диагноз: «эрозивный бульбит»; если размеры эрозий составляют 0,5 см и больше, то выставляется диагноз: «эрозивно-язвенный бульбит» [1, 5]. Отсутствие данных о зависимости локализации и размеров эрозий в луковице двенадцатиперстной кишки от состояния пилорического жома (его диаметра и тонуса), через который в луковицу поступает фактор повреждения, стали поводом для нашей работы.

**Цель исследования.** Выяснить влияние состояния пилорического жома на локализацию и размеры эрозий луковицы двенадцатиперстной кишки у больных хроническим гастритом типа В.

**Материал и методы.** Комплексно обследовано 80 больных хроническим гастритом типа В с эрозивным поражением луковицы двенадцатиперстной кишки (мужчин – 56, женщин – 24 человек; возраст – от 17 до 55 лет; длительность заболевания – от 1 года до 27 лет; частота обострения – от 2 до 7 суток). Все пациенты разделены на две группы: 1-я группа – пациенты, которые имели эрозии размером до 0,4 см; 2-я группа – пациенты, которые имели эрозии размером 0,5 см и более.

Комплексное обследование включало: проведение внутрижелудочной рН-метрии по методике Чернобрового В.Н. [6], эндоскопическое обследование и проведение двойного тестирования на НР-инфекцию (уреазный тест и микроскопирование окрашенных по методу Гимза мазков – отпечатков) по разработанной нами методике, материал для которого брался из 4 топографических зон желудка: из средней трети антрального отдела и средней трети тела желудка по большой и малой кривизне [4]. Диаметр пилорического канала оценивался визуально и относительно

диаметра рабочей части эндоскопа (9,8 см); состояние тонуса привратника – по времени, необходимым для повышения внутриполостного давления в желудке путём нагнетания воздуха для прохождения пилорического жома.

Последовательность обследования: сначала рН-метрия, а после – ЭГДС с забором биопсийного материала для тестирования на НР, определением диаметра пилорического канала и тонуса пилорического жома. Исследование проводилось утром, натощак, через 12-14 часов после последнего приёма пищи.

### Результаты исследования и их обсуждение.

При проведении рН-метрии у больных 1-ой группы зафиксированы различные уровни кислотности (кроме анацидности): выраженная гиперацидность выявлена у 11 (27,5 %), гиперацидность умеренная – у 7 (17,5 %), нормаацидность – у 13 (32,5 %), гипоацидность умеренная – у 6 (15 %), гипоацидность выраженная – у 3 (7,5 %) больных. Средний уровень кислотности у больных этой группы соответствовал уровню гиперацидности умеренной минимальной.

При проведении рН-метрии у больных 2-ой группы зафиксированы все уровни кислотности: гиперацидность выраженная выявлена у 9 (22,5 %), гиперацидность умеренная – у 8 (20 %), нормаацидность – у 12 (30 %), гипоацидность умеренная – у 4 (10 %), гипоацидность выраженная – у 6 (15 %), анацидность – у 1 (2,5 %) пациента. Средний уровень кислотности у больных этой группы также соответствовал уровню гиперацидности умеренной минимальной.

При тестировании на НР-инфекцию у всех пациентов в 100% случаев подтверждён тип гастрита – тип В, при степени обсеменения слизистой от (+) до (++++), но при обязательной степени обсеменения – (++) – хотя бы в одной топографической зоне.

При эндоскопической оценке состояния пилорического жома получены следующие данные, отражённые в табл. 1.

Таблиця 1

**Показатели состояния пилорического жома у больных хроническим гастритом типа В с эрозивными и эрозивно-язвенными поражениями луковицы двенадцатиперстной кишки (M±m)**

| Вид поражения               | Показатели состояния пилорического жома |                              |
|-----------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
|                             | Диаметр пилорического канала (см)       | Тонус пилорического жома (с) |
| 1. Эрозивное (n=40)         | 0,22±0,04                               | 11,2±0,35                    |
| 2. Эрозивно-язвенное (n=40) | 0,94±0,06                               | 4,3±0,44                     |

Примечание. n – количество исследований

Таблиця 2

**Количество и размеры эрозивных и эрозивно-язвенных поражений луковицы двенадцатиперстной кишки (M±m)**

| Вид поражения               | Количество дефектов | Размеры повреждений (см) |              |
|-----------------------------|---------------------|--------------------------|--------------|
|                             |                     | минимальные              | максимальные |
| 1. Эрозивное (n=40)         | 4,6±0,44            | 0,11±0,004               | 0,31±0,004   |
| 2. Эрозивно-язвенное (n=40) | 4,5±0,51            | 0,53±0,02                | 0,68±0,02    |

Примечание. n – количество исследований

При преодолении пилорического жома у пациентов с эрозивно-язвенным поражением луковицы двенадцатиперстной кишки требовалось достоверно ( $p < 0,001$ ) меньше времени для увеличения внутрижелудочного давления, чем у пациентов с эрозивным поражением. В то же время диаметр пилорического канала у пациентов с эрозивно-язвенным поражением достоверно ( $p < 0,001$ ) больше, чем у пациентов с эрозивным поражением.

Анализ размеров повреждений, выявленных по группам при эндоскопическом обследовании, представлен в табл. 2.

Средние размеры эрозивных поражений при первичном обследовании –  $0,21 \pm 0,007$  см, эрозивно-язвенных –  $0,60 \pm 0,02$  см. По количественному составу не выявлено достоверных различий, в то время как средние минимальные и максимальные размеры, а также общие средние размеры при эрозивно-язвенных поражениях достоверно больше, чем при эрозивных поражениях ( $p < 0,001$ ).

При анализе данных локализации поражений выяснено, что при эрозивных поражениях дефекты разбросаны по всей слизистой луковицы в 100 % случаев; при эрозивно-язвенных поражениях в двух случаях (5 %) дефекты локализовались в средней трети луковицы, в 38 случаях (95 %) – в выходном отделе луковицы.

Данные результаты объяснимы с точки зрения законов аэрогидродинамики, а также положений новой теории формирования эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта – теории «едкого щелочного повреждения (плевка)» (Авраменко А.А., Гоженко А.И., 2007), согласно которой причиной первичного повреждения слизистой является не

соляная кислота, а образующийся из аммиака, вырабатываемого всеми штаммами НР [2, 3, 7, 8], гидроксид аммония, который относится к едким щелочам [1]. При спазмированном пилорическом жоме, когда размер пилорического канала мал, фактор повреждения под давлением «впрыскивается» в полость луковицы в виде небольших капель, нанося мелкие поверхностные повреждения, разбросанные по всей слизистой. При зияющем привратнике фактор повреждения концентрируется в анатомически узком месте – в выходном отделе луковицы, где и формируются большие по площади, но неглубокие повреждения слизистой.

#### Вывод

Диаметр пилорического канала и тонус пилорического жома играют одну из ключевых ролей в формировании эрозивных и эрозивно-язвенных поражений луковицы двенадцатиперстной кишки у больных с хроническим гастритом типа В.

#### Перспективы дальнейших исследований.

Перспективными можно считать изучение данной закономерности при различных формах язвенной болезни: при язвах луковицы двенадцатиперстной кишки, при язвах выходного отдела желудка и медиогастральных язвах.

#### Литература

1. 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.
2. Ивашкин В.Т. Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии / В.Т.Ивашкин, Ф.Мегро, Т.Л.Лапина. – М.: Триада-Х, 1999. – 255 с.

3. Исаков В.А. Хеликобактериоз / В.А.Исаков, И.А.Домарадский – М.: Медпрактика-М, 2003. – 411 с.
4. 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. – № u200603422; Заявл. 29.03.06; Опубл. 16.10.06, Бюл. № 10.
5. Савельев В.С. Руководство по клинической эндоскопии / В.С.Савельев, В.М.Буянов, Г.И.Лукомский. – М.: Медицина, 1985. – 544 с.
6. Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка (методические рекомендации) / В.Н.Чернобровый. – Винница, 1991. – С. 3-12.
7. Parsonnet J. Clinician – discoverers – Marshall, Warren, and H. pylori / J. Parsonnet // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 8. – P. 2421-2423.
8. Helicobacter pylori outer membrane proteins and gastroduodenal disease / Y.Yamaoka, O.Ojo, S.Fujimoto [et al.] // Gut. – 2005. – Vol. 8. – P. 1136.

### ВПЛИВ СТАНУ ПІЛОРИЧНОГО СТИСКАЧА НА ЛОКАЛІЗАЦІЮ ТА РОЗМІРИ ЕРОЗІЙ ЦИБУЛИНИ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ТИПУ В

*А.О.Авраменко*

**Резюме.** Обстежено 80 осіб з ерозивними та ерозивно-виразковими ураженнями цибулини дванадцятипалої кишки. Діаметр пілоричного каналу в осіб з ерозивними ураженнями достовірно менший, а тонус пілоричного стискача – вищий, ніж в осіб з ерозивно-виразковими ураженнями.

**Ключові слова:** ерозивні ураження, ерозивно-виразкові ураження, діаметр пілоричного каналу, тонус пілоричного стискача.

### THE INFLUENCE OF THE CONDITION OF THE PYLORIC CONSTRICTOR ON THE LOCALIZATION AND SIZE OF EROSIIVE LESIONS OF THE DUODENAL BULB IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS OF TYPE B

*A.O.Avramenko*

**Abstract.** 80 patients, suffering from erosive and erosive-ulcerous lesions of duodenal bulb lesions have been examined. The diameter of the pyloric channel is reliably smaller and the tonus of the pyloric constrictor is reliably higher in the patients, suffering from erosive lesions than in the patients, suffering from erosive – ulcerative lesions.

**Key words:** erosive lesions, erosive – ulcerative lesions, diameter of pyloric channel, pyloric tonus.

Specialized Laboratory on Helicobacter Problems (Nikolaiev)

Рецензент – д.мед.н. Ф.В.Гринчук

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 1 (53). – P. 3-5

Надійшла до редакції 21.09.2009 року