

CLINICAL MEDICINE: EXPERIENCE AND INNOVATIONS

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-1>

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА И УРОВЕНЬ КИСЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМОМ «ИЗЖОГА» В ВОЗРАСТЕ ОТ 20-ТИ ДО 45-ТИ ЛЕТ

Авраменко А. А.

*доктор медицинских наук, доцент,
профессор кафедры охраны здоровья*

*Международный классический университет имени Пилипа Орлика,
г. Николаев, Украина*

Очень часто симптом «изжога» ассоциируется у пациентов и врачей с высокой кислотностью, однако у пациентов после 50-ти лет высокой кислотности при обследовании не отмечается, а превалирует гипоацидность [1, с. 42]. Учитывая тот факт, что изжога – довольно частое проявление патологии желудка, интерес представляет соответствие этого чувства к уровню кислотности у пациентов активного трудового возраста – с 20-ти до 45-ти лет.

Цель: оценить особенности распределения концентрации хеликобактерной инфекции (НР) на слизистой желудка и уровень кислотности у пациентов с симптомом «изжога» в возрасте от 20-ти до 45-ти лет.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты комплексного обследования 37 пациентов в возрасте от 20-ти до 45-ти лет, длительно страдающих изжогой (от 1-го года до 13-ти лет). Комплексное обследование включало: рН-метрию по методике Чернобрового Н.В., эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), двойное тестирование на НР (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков), материал для которого (биоптаты слизистой желудка) был получен во время проведения ЭГДС из 4-х топографических зон: средняя треть антрального отдела и средняя треть тела желудка по большой и малой кривизне. Так же проводились гистологические исследования

слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон по общепринятой методике с учётом последних классификаций [2, с. 23–24].

Результаты. При проведении ЭГДС язвенных поражений слизистой двенадцатиперстной кишки и желудка выявлено не было. При проведении гистологических исследований в 100% случаев был выявлен хронический гастрит при разной степени активности. НР-инфекция была выявлена у всех пациентов в 100% случаев.

Концентрация НР-инфекции в антральном отделе по большой кривизне в среднем составила $2,4 \pm 0,24$ (+), по малой кривизне – $2,5 \pm 0,24$ (+); в теле желудка по большой кривизне – $2,6 \pm 0,24$, по малой кривизне – $2,5 \pm 0,24$. При проведении сравнительного анализа данных по концентрации НР-инфекции на слизистой желудка различных зон достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$)

При определении уровня базальной кислотности уровни кислотности – гиперацидность выраженная, гиперацидность умеренная, гипоацидность выраженная и анацидность – выявлены не были; нормацидность была выявлена у 32-х (86,5%), гипоацидность умеренная – у 5-ти (13,5%), пациентов.

Данные результаты можно объяснить стадийностью хронического неатрофического гастрита, так как по возрастному цензу она соответствует второй стадии – «стадии пангастрита», когда НР-инфекция расселяется по слизистой всего желудка [3, с.116]. Высокая концентрация НР на слизистой способствует продукции большого объёма аммиака из пищевой мочевины за счёт уреазной активности бактерий, что приводит к увеличению «остаточного аммиака» (ОА), который не был использован для нейтрализации соляной кислоты желудочного сока, а концентрировался в просвете желудка. ОА, соединяясь с водой, образует едкую щёлочь – гидроксид аммония, который «впрыскивается» в пищевод под давлением и раздражает нервные окончания его слизистой [4, с. 5].

Выводы: 1. Симптом «изжога» у пациентов с хроническим неатрофическим гастритом в возрасте после от 20-ти до 45-ти лет является не проявлением высокой кислотности, а высокой концентрации НР-инфекции на слизистой желудка во всех топографических зонах.

2. Данный вид изжоги носит щелочной характер и формируется из-за высокой концентрации «остаточного аммиака», продуцируемого НР-инфекцией за счёт её уреазной активности, из которого образуется раствор едкой щёлочи – гидроксида аммония, который под давлением «впрыскивается» в пищевод и раздражает нервные окончания его слизистой.

Литература:

1. Авраменко А.А. Особенности распределения концентрации хеликобактерной инфекции на слизистой желудка и уровень кислотности у пациентов с симптомом «изжога» в возрасте после 50-ти лет / *Материали III науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю «Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їхня фармакологічна корекція»*. Харків. 19 листопада. С. 42.
2. Авраменко А.А. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой оболочке желудка. *Сучасна гастроентерологія*. 2014. № 3 (71). С. 22–26.
3. Авраменко А.А., Гоженко А. И., Гойдык В.С. *Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии)*. Одесса: ООО «РА «АРТ-В». 2008. 304 с.
4. Авраменко А.А., Шухтина И.Н. Новый взгляд на механизм формирования симптома «изжога» у больных хроническим гастритом типа В. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2009. Том VIII, № 4 (30). С. 3–6.