

УДК 616.33-002.446:796.071

А.А. Авраменко,

К.В. Абрамов

Проблемная лаборатория по вопросам хронического хеликобактериоза, кафедра олимпийского и профессионального спорта Черноморского государственного университета имени Петра Могилы, Центр прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med", г. Николаев;

## СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЛОРОБУЛЬБАРНОЙ ЯЗВЫ У СПОРТСМЕНА-ДЗЮДОИСТА ВО ВРЕМЯ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА СОРЕВНОВАНИЯХ

**Ключевые слова:** хронический неатрофический гастрит, пилоробульбарная язва, теория "едкого щелочного плевка", горизонтальный путь формирования язвы, эффект "кузнечных мехов".

**Резюме.** Был проанализирован случай формирования пилоробульбарной язвы у спортсмена-дзюдоиста во время выступления на соревнованиях. Было выяснено, что пациент к началу соревнований страдал хроническим неатрофическим гастритом в активной форме и во время поединка при уходе от удержания противником почувствовал тупую боль в эпигастральной области, а при обращении к врачу через 2 дня после соревнований у пациента была выявлена свежая язва пилоробульбарной зоны.

Выявление язв пилоробульбарной зоны при эндоскопическом обследовании происходит значительно чаще, чем медиогастральных язв в теле желудка [3, 7]. Одним из элементов механизма формирования пилоробульбарных язв является резкое повышение внутрибрюшного давления за счёт резкого ритмичного сокращения мышц брюшного пресса [3]. С этой точки зрения интересен случай образования пилоробульбарной язвы у спортсмена-дзюдоиста во время его участия в соревнованиях.

Больной П., 19 лет, спортсмен - дзюдоист, обратился 14.02.11 г. для обследования и лечения к врачу-гастроэнтерологу Центра прогрессивной медицины и реабилитации "Rea+Med" по поводу периодической тупой боли в эпигастрии, которая усиливалась во время физической нагрузки.

При сборе анамнеза было выяснено, что данное клиническое проявление возникло после того, как во время соревнований, которые проходили за 2 дня до обращения к врачу, уходя от удержания противником, пациент 20 секунд резко ритмично напрягал все мышцы, в том числе и мышцы брюшного пресса.

У пациента с 14 лет периодически уже появлялись изжоги после острой пищи, которые он купировал минеральной водой "Поляна Квасова", однако последние 2 месяца чувство изжоги самопроизвольно исчезло без всякого лечения.

Согласно приказу № 271 Минздрава Украины от 13.06.2005 года больному было проведено комплексное обследование (№ 56 от 14.02.11 г.), которое включало: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастроуденоскопию по общепринятой методике, тестиро-

вание на хеликобактерную инфекцию (НР) (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) и гистологические исследования слизистой желудка, биопсийный материал для которых брался из 4-х топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне)[1,6].

При проведении рН-метрии у больного уровень кислотности соответствовал нормацидности абсолютной.

рН-метрия (по методике Чернобрового В.Н.)  
Ф.И.О.: П., 19 лет

Рост: 172 см; введено: 20 см

1. 2.41 2.40 11. 1.83 2.25

2. 2.40 2.45 12. 1.63 2.10

3. 2.45 2.40 13. 1.71 1.80

4. 2.46 2.40 14. 1.71 1.83

5. 2.40 2.38 15. 1.70 1.80

6. 2.41 1.90 16. 1.73 1.71

7. 2.40 2.20 17. 1.70 1.70

8. 2.48 2.23 18. 1.71 1.73

9. 2.03 2.20 19. 1.88 1.77

10. 2.10 2.20 20. 1.87 1.82

5. - -

4. - -

3. 12 15

2. 8 5

1. - -

0. - -

Всего: 20 20

**Диагноз: Базальная нормацидность абсолютная (органическая) 14.02.11 г.**

При проведении эзофагогастроуденоскопии был выставлен диагноз: "Пилоробульбарная язва в активной стадии (по задней стенке пилоричес-

кого канала с переходом на заднюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки, 2,0 x 0,8 см, щелевидная, глубокая, дно которой покрыта рыхлым серым некрозом). Хронический гастродуоденит (тип В). Косвенные признаки панкреатита".

Тип гастрита был подтверждён при тестировании на НР: хеликобактерная инфекция была выявлена в активной форме и в антральном отделе, и в теле желудка, и по большой, и по малой кривизне при высокой степени обсеменения слизистой - (+++).

При проведении гистологических исследований были получены следующие данные.

Биопсия № 312 от 14.02.11 г.

1) антральный отдел желудка № 183 - 84: хронический активный гастрит (+++);

2) тело желудка, средняя треть, большая кривизна № 185-86: хронический активный гастрит (+++);

3) тело желудка, средняя треть, малая кривизна № 187-88: хронический активный гастрит (+++).

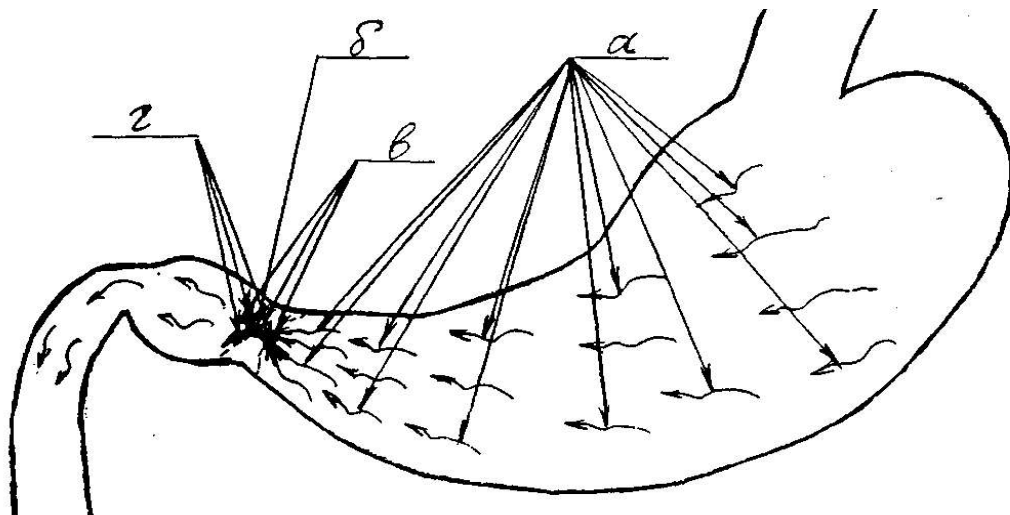
Антральный отдел желудка				Тело желудка			
Большая кривизна		Малая кривизна		Большая кривизна		Малая кривизна	
Микр-роск. тест	Уреазный тест	Микр-роск. тест	Уреазный тест	Микр-роск. тест	Уреазный тест	Микр-роск. тест	Уреазный тест
(+++) активная форма, митоз	20 мин	(+++) активная форма, митоз	20 мин	(+++) активная форма, митоз	25 мин	(+++) активная форма, митоз	25 мин

(+++).

Данный случай можно трактовать с точки зрения стадийности развития хронического неатрофического гастрита и особенностей механизма язвообразования при физической нагрузке. Первые проявления в 14 лет в период полового созревания можно связать с дестабилизацией иммунной системы, которая тесно связана с эндокринной системой [3]. В дальнейшем иммунитет мог резко снижаться во время подготовки к ответственным соревнованиям [5]. Ослабление иммунной защиты организма, которая является

фактором сдерживания НР-инфекции, приводит к повышению степени обсеменения слизистой желудка активными формами хеликобактерной инфекции [3]. К 19 годам у пациента развитие хронического неатрофического гастрита уже соответствовала 2-ой стадии развития - стадии пангастрита, когда НР-инфекция расселилась по всей слизистой желудка [3].

Схематически механизм формирования язвы можно представить следующим образом (рис.) [3].



**Рис. Механизм формирования язвенных поражений в препилорической зоне антрального отдела желудка, в пилорическом канале и в пилоробульбарной зоне у больных хроническим хеликобактериозом:** а) направление потоков "остаточного" аммиака в полости желудка; б) пилорический жом в спастическом состоянии; в) места максимальной концентрации "остаточного" аммиака (препилорическая зона антрального отдела желудка, пилорический канал и пилоробульбарная зона); г) места язвенных поражений (препилорическая зона антрального отдела желудка, пилорический канал и пилоробульбарная зона).

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 выходном отделе желудка - в антральном отделе за счёт перистальтической волны в желудке. За счёт резкого уменьшения объёма желудка при физической нагрузке (ритмичное резкое напряжение мышц брюшного пресса при попытках уйти от удержания противником), при которой резкого повышается внутрибрюшное давление, поток "остаточного аммиака" усиливается в сторону антрального отдела (горизонтальный путь) за счёт эффекта "кузнечных мехов" [3, 5]. Процессу язвообразования предшествовал симптом "пропажи" - самопроизвольное исчезновение изжоги, которое свидетельствует о том, что ОА не сбрасывается через кардиальный жом в пищевод, а в полном объёме направляется к пилорическому жому [2]. При спазмированном пилорическом жоме максимальная концентрация ОА образуются в пилорическом канале, где аммиак, соединяясь с водой, образует гидроксид аммония - едкую щёлочь, которая и повреждает слизистую этой зоны [3].

**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. Симптом "пропажи" изжоги как отражение формирования механизма язвообразования в двенадцатиперстной кишке / А.А. Авраменко // Клінічна та експериментальна патологія. - 2012. - Т.ХІ, № 3(41), Ч.2. - С.8 - 10. 3. 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. 4. Алиев С.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии / С.А. Алиев // Хирургия. - 2013. - № 5. - С.63-67. 5. Одновременное исчезновение двух классов иммуноглобулинов из сыворотки крови спортсмена при попытке побития мирового рекорда / Б.Б. Першин, С.Н. Кузьмин, А.Б. Сухачевский и др. // Иммунология. - 1994- №1. - С.43.6. Патент на корисну модель № 93 273 Україна, УА, МПК G01N 33/48 (2006.01) Спосіб тестування гелікобак-

терної інфекції у хворих на хронічний гелікобактеріоз / А.О. Авраменко. - у 2014 03956; Заявл. 14.04.2014; Опубл. 25.09.2014.; Бюл. № 18. - 3 с. 7. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації / За ред. В.І. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. - Львів: Видавництво Медицина Світу, 2008. - 208 с., іл. 4.

### ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ ПІЛОРОБУЛЬБАРНОЇ ВИРАЗКИ У СПОРТСМЕНА-ДЗЮДОЇСТА ПІД ЧАС ВИСТУПУ НА ЗМАГАННЯХ

*А.О. Авраменко, К.В. Абрамов*

**Резюме.** Було проаналізовано випадок формування пілоробульбарної виразки у спортсмена-дзюдоїста під час виступу на змаганнях. Було з'ясовано, що пацієнт до початку змагань страждав на хронічний неатрофічний гастрит в активній формі і під час поєдинку уникаючи утримання супротивником відчув тупий біль в епігастральній ділянці, а при зверненні до лікаря через 2 дні після змагань у пацієнта була виявлена свіжа виразка пілоробульбарної зони.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, пілоробульбарна виразка, теорія "їдкого лужного плювка", горизонтальний шлях формування виразки, ефект "ковальських міхів".

### CASE OF FORMING PILOROBULBARNOY ULCERS IN JUDOKA ATHLETE PERFORMING AT COMPETITIONS

*A.A. Avramenko, K.V. Abramov*

**Abstract.** Case of formation of pilorobulbarnoy ulcers was analyzed in judo athlete during a speech at the event. It was found that the patient has to top the competition suffered from chronic non-atrophic gastritis in the active form, and during the fight in the care of an opponent retaining felt a dull pain in the epigastric region, but to see a doctor within 2 days after the event in a patient fresh ulcer pilorobulbarnoy zone was identified.

**Key words:** chronic non-atrophic gastritis, ulcer pilorobulbarnoy, the theory of "caustic alkali spit", horizontal way of formation of ulcers, the effect of "bellows".

**Problem Laboratory for Chronic Helikobakterioza,**

**Department of Olympic and professional sports**

**Petro Mohyla Black Sea State University, Ukraine.**

**Center for Progressive Medicine and Rehabilitation "Rea + Med", Nikolaev, Ukraine**

*Clin. and experim. pathol.-2016.-Vol.15,№2(56).p.1.-P.244-246.*

*Надійшла до редакції 20.04.2016*

*Рецензент – проф. О.І. Федів*

*© А.А. Авраменко, К.В. Абрамов, 2016*

616.452-006.488-02-071:616.12-008.331.1

**П. М. Ляшук,****Р. П. Ляшук**

Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

**ВИПАДОК ФЕОХРОМОЦИТОМИ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ****Ключові слова:** феохромоцитома, аденома, артеріальна гіпертензія, адреналектомія.**Резюме.** У статті наведено випадок феохромоцитому, яка клінічно проявилася стабільною резистентною артеріальною гіпертензією. Захворювання зумовлене аденомою правої надниркової залози. Проведена лапароскопічна адреналектомія.

Феохромоцитома, парагангліома (надниркова, позанадниркова) - нейроендокринна пухлина, що походить з адреналових хромафінних клітин або подібних клітин у симпатичних і парасимпатичних парагангліях. Власне феохромоцитома (80 - 90 %) виникає в мозковій речовині надниркових залоз, а екстраадреналові парагангліоми становлять близько 10 % усіх випадків. Пухлина продукує, накопичує, метаболізує і секретирує катехоламіни та їх метаболіти [3]. Нами описаний рідкісний випадок розміщення пухлини у стінці сечового міхура (ектопія), що супроводжувалося різкими підвищеннями АТ після кожного акту сечовипускання [1].

Клініка феохромоцитому обумовлена перманентним або постійним надлишком адреналіну і норадреналіну, у більш рідких випадках - допаміну. Найбільш постійною і типовою симптоматикою є триада: головний біль, серцебиття і пітливість [3,4]. Артеріальна гіпертензія (АГ) розвивається у 80 - 90 % хворих на феохромоцитома: близько 50% припадає на стабільну АГ, 45 % - пароксизмальну АГ і 5 - 15 % - нормотензію. "Золотим" стандартом у діагностиці феохромоцитому є визначення нор - та метанефрину у плазмі крові або в добовій сечі [2,4].

Наводимо наше спостереження.

Хвора П., 43 років, направлена кардіологом на консультацію в обласний ендокринологічний центр у зв'язку із стабільною резистентною АГ. Прийом  $\beta$  - адреноблокаторів часто провокував підвищення АТ. Терапевтичний статус без особливостей. АТ - 190/100 - 180/90 мм рт ст. ЕКГ: ритм синусів, ЧСС - 82/хв., ознаки гіпертрофії лівого шлуночка серця з переважаючим навантаженням. Консультація офтальмолога: гіпертонічна ретинопатія.

Вміст метанефрину в добовій сечі - 620 мкг/добу (норма 25 - 312) у плазмі крові метанефрину - 170 нг/л (норма до 90), норметанефрину - 350 нг/л (норма до 200). КТ заочеревенного простору: виявлено об'ємне утворення правої надниркової

залози розміром 12\*11\*9 мм, щільність 20 УН (аденома).

Клінічний діагноз: аденома правої надниркової залози, феохромоцитома.

В Українському науково-практичному центрі ендокринної хірургії та трансплантації органів і тканин МОЗ України у січні 2015 р. хворій проведена правобічна лапароскопічна адреналектомія. Патогістологічний висновок: феохромоцитома.

У пацієнтки настала нормалізація АТ і гормонального статусу.

**Висновок**

У наведеному випадку хірургічне лікування феохромоцитому призвело до практичного видужання.

**Література.** 1. Ляшук П.М. Феохромоцитома моченого пузиря // П.М. Ляшук // Клініч. мед. - 1991. - №12. - С. 86. 2. Пашковська Н.В. Ендокринологія: Навчальний посібник / Н.В. Пашковська, П.М. Ляшук. - Чернівці: Медуніверситет, 2011. - С. 145 - 147. 3. Рекомендації української асоціації кардіологів, української асоціації ендокринних хірургів, асоціації нефрологів України / Є. П. Свіщенко, А.Е. Багрій, Л.М. Єна [та ін.] // Міжн. ендокр. ж. - 2014. - № 8 (64). - С. 138 - 140. 4. Товкай О.А. Феохромоцитома: сучасні підходи до діагностики та лікування / О.А. Товкай // Клініч. ендокрин. та ендокрин. хірургія. - 2012. - №2. - С. 19 - 22.

**СЛУЧАЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ****П.М. Ляшук, Р.П. Ляшук**

**Резюме.** В статье описан случай феохромоцитомы, которая клинически проявилась стабильной резистентной артериальной гипертензией. Заболевание обусловлено аденомой правого надпочечника. Произведена лапароскопическая адреналэктомия.

**Ключевые слова:** феохромоцитома, аденома, артериальная гипертензия, адреналэктомия.

**CASE PHEOCHROMOCYTOMA WITH STABLE ARTERIAL HYPERTENSION****P.M. Liashuk, R.P. Liashuk**

**Abstract.** This article describes a case of pheochromocytoma, which is manifested clinically stable resistant hypertension. The disease is caused by adrenal adenoma right. Laparoscopic adrenalectomy.

**Key words:** pheochromocytoma, adenoma, arterial hypertension, adrenalectomy.

*Clin. and experim. pathol.*-2016.-Vol.15,№2(56).p.1.-P.247-248.

*Надійшла до редакції 10.06.2016*

*Рецензент – проф. В.Ф. Мислицький*

*© П.М. Ляшук, Р.П.Ляшук, 2016*

**Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi**

-----