

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 подтвержден 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	
Микроск. тест	Уреазный тест	Микроск. тест	Уреазный тест	Микроск. тест	Уреазный тест	Микроск. 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].

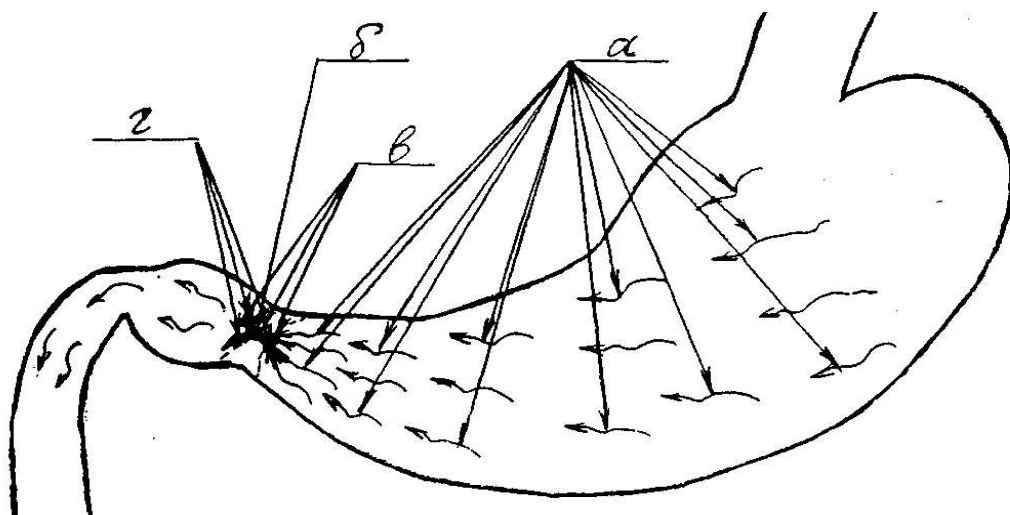


Рис. Механизм формирования язвенных поражений в препилорической зоне антрального отдела желудка, в пилорическом канале и в пилоробульбарной зоне у больных хроническим хеликобактериозом: а) направление потоков "остаточного" аммиака в полости желудка; б) пилорический жом в спастическом состоянии; в) места 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 PILOBOULBARNY 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 pilorobulbarnaya, 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. Федіє

© 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 β - 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**
