

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 886 (додаток 4) від 02.07.2020 р.)
Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

№ 1 (106)
(січень - березень)

A. O. Авраменко, С. М. Смоляков, О. В. Дерменжі, Р. М. Короленко, Г. В. Макарова

ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ «НІМОЇ» ВИРАЗКИ ЦИБУЛИНИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, У 18-ТИ ЛІТНЬОГО ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ НЕАТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ

Міжнародний класичний університет ім. Пилипа Орлика,
Миколаївський обласний центр онкології, 4-а міська лікарня, м. Миколаїв,
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Authors' Information

Avramenko A. A. - ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9652-089X>

Makarova G.V. - ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4566-3081>

Summary. Avramenko A. A., Smolyakov S. N., Dermenzhi E. V., Korolenko R. N., Makarova G. V. **A CASE OF FORMATION OF A "SILENT" ULCER OF THE DUODENAL BULB, COMPLICATED BY BLEEDING, IN A 18-YEAR-OLD PATIENT WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS.** - *International Classical University named after Pylyp Orlik, Nikolaev regional center of oncology, 4th city hospital, Nikolaev; National Medical University named after A.A. Bogomoltsa, Kyiv, e-mail: aaahelic@gmail.com.* The etiology of chronic non-atrophic gastritis, as well as duodenal ulcer, gastric ulcer and gastric cancer, is associated with *Helicobacter pylori*. One of the types of ulcer disease is the development of an ulcer process without pronounced clinical manifestations ("silent" ulcer), but with rapid development of complications - bleeding or perforation. In this regard, the case of a "silent" ulcer of the duodenal bulb, complicated by bleeding, in an 18-year-old patient is interesting. **The purpose of the study:** to study the mechanism of formation of a "silent" ulcer of the duodenal bulb, complicated by bleeding, in an 18-year-old patient and to provide a pathophysiological explanation for it. **Contingent and methods.** During the anamnesis collection it was found out that the patient was in the surgical department of the emergency hospital of the city of Nikolaev from 26.01.25 to 30.01.25 with the diagnosis of "Peptic ulcer of the duodenum, exacerbation. Gastrointestinal bleeding". On the eve of the hospital treatment the patient moved heavy furniture around the apartment, and 4 hours later the patient started vomiting "coffee grounds" and had loose black stools ("melena"). During the analysis of the data on the acidity level it was found that the patient's acidity corresponded to severe total hypoacidity (due to taking proton pump inhibitors). During FGDS the diagnosis was "Kissing" ulcers of the duodenal bulb in the stage of incomplete epithelialization. Erythematous gastroduodenopathy". Histological studies confirmed the patient had chronic gastritis. When analyzing the data obtained on the presence and degree of HP infection by topographic zones, this infection was detected only on the mucous membrane of the stomach body at a high concentration - (++)-(+++). When conducting an ultrasound of the abdominal organs, the diagnosis was "Polyposis of the gallbladder. Functioning gallbladder." **Conclusions.** 1. The development of "silent" ulcers occurs without pain syndrome due to the absence of reactive pancreatitis, which has not yet had time to develop and which is the source of pain. 2. The rapid development of complications (bleeding, perforation) determines the very concept of a "silent" ulcer. 3. After using PPIs to detect HP infection, it is necessary to collect mucosal samples from 4 topographic zones of the stomach.

Key words: "silent" ulcer, bleeding, chronic non-atrophic gastritis.

Реферат. Авраменко А. О., Смоляков С. М., Дерменжі О. В., Короленко Р. М., Макарова Г. В. **ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ «НІМОЇ» ВИРАЗКИ ЦИБУЛИНИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, У 18-ТИ ЛІТНЬОГО ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ НЕАТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ.** Етіологія хронічного неатрофічного гастриту, як і виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, виразкової хвороби шлунка та раку шлунка, пов'язана з *Helicobacter pylori*. Одним із видів виразкової хвороби вважається розвиток виразкового процесу без виражених клінічних проявів («німа» виразка), але зі швидким розвитком ускладнень – кровотечею або перфорацією. У зв'язку з цим цікавим є випадок «німої» виразки цибулини дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею, у 18-річного пацієнта. **Мета дослідження:** вивчити механізм формування «німої» виразки цибулини дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею, у 18-річного пацієнта та дати йому патофізіологічне пояснення. **Контингент та методи.** Були проаналізовані дані анамнезу та результати комплексного обстеження 18-річного пацієнта з «німою» виразкою, ускладненою кровотечею. Дослідження проводили на базі Центру прогресивної медицини та реабілітації «Реа+Мед» (м. Миколаїв). Методи обстеження: клініко-анамнестичний, інструментальний, гістологічний, бактеріологічний. **Результати.** Під час збору анамнезу було з'ясовано, що пацієнт перебував у хірургічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги м. Миколаєва з 26.01.25р. до 30.01.25г. з діагнозом «Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, загострення. Шлунково-кишкова кровотеча». Напередодні стацілювання пацієнт пересував важкі меблі по квартирі, а через 4 години у хворого відкрилося блювання «кавовою гущавиною» і було рідке випорожнення чорного кольору («мелена»). При аналізі даних з урівню кислотності було з'ясовано, що у пацієнта кислотність відповідала гіпоацидності виразної тотальної (через прийом інгібіторів протонної помпи). При проведенні ФГДС був виставлений діагноз «Виразки, що «цілюються», цибулини дванадцятипалої кишки в стадії неповної епітелізації. Ерітематозна гастродуоденопатія». Гістологічні дослідження підтвердили наявність у пацієнта хронічного гастриту. При аналізі отриманих даних за наявністю та ступенем обсіменіння НР-інфекцією за топографічними зонами дана інфекція була виявлена тільки на слизовій оболонці шлунка при високій концентрації – (++) - (+++). Під час проведення УЗД органів черевної порожнини було виставлено діагноз «Поліпоз жовчного міхура. Функціонуючий жовчний міхур». **Висновки.** 1. Розвиток «німих» виразок відбувається без больового синдрому через відсутність реактивного панкреатиту, який ще не встиг розвинути і який є джерелом болю. 2. Швидкий розвиток ускладнень (кровотеча, перфорація) і визначає саме поняття - «німа» виразка. 3. Після застосування ППП для виявлення НР-інфекції необхідно проводити забір проб слизової з 4 топографічних зон шлунка.

Ключові слова: «німа» виразка, кровотеча, хронічний неатрофічний гастрит.

Введення. Етіологія хронічного неатрофічного гастриту, як і виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, виразкової хвороби шлунка та раку шлунка, пов'язана з *Helicobacter pylori* (НР) [1, 2, 3, 4, 5]. Одним із видів виразкової хвороби вважається розвиток виразкового процесу без виражених клінічних проявів («німа» виразка), але зі швидким розвитком ускладнень – кровотечею або перфорацією[6]. У зв'язку з цим цікавим є випадок «німої» виразки цибулини дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею, у 18-річного пацієнта.

Мета дослідження: вивчити механізм формування «німої» виразки цибулини дванадцятипалої кишки, ускладненої кровотечею, у 18-річного пацієнта та дати йому патофізіологічне пояснення.

Контингент та методи. Пацієнта 3., 18 років, було комплексно обстежено 04.02.25 р. на базі Центру прогресивної медицини «Реа+Мед» (м. Миколаїв).

Комплексне обстеження включало: рН-метрію за методикою Чорнобрового М.В., езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС), подвійне тестування на гелікобактерну інфекцію (НР) (уреазний тест та мікроскопування пофарбованих мазків-відбитків у порівнянні результатів, що дозволяло визначати не тільки наявність та концентрацію інфекції, але і виявляти внутрішньоклітинні «депо»), матеріал для якого (біоптати слизової оболонки шлунка) були

отримані під час проведення езофагогастроуденоскопії з 4-х топографічних зон: середня третина антрального відділу та середня третина тіла шлунка по великій та малій кривині; також із цих зон бралися біопати для проведення гістологічних досліджень слизової оболонки шлунка за загальноприйнятною методикою. Після комплексного обстеження пацієнт пройшов УЗД органів черевної порожнини з харчовим навантаженням за загальноприйнятною методикою [7, 8].

Послідовність обстеження: після збирання анамнезу пацієнту проводилася рН-метрія, а після – ЕГДС із забором біопсійного матеріалу для проведення тестування на НР та гістологічних досліджень. Дослідження проводилося вранці, натщесерце, через 12-14 годин після останнього прийому їжі. УЗД була проведена через 1 добу після комплексного обстеження.

Результати та їх обговорення. Під час опитування було з'ясовано, що пацієнт перебував у хірургічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги м. Миколаєва з 26.01.25р. до 30.01.25г. з діагнозом «Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, загострення. Шлунково-кишкова кровотеча». Напередодні стацлікування пацієнт пересував важкі меблі по квартирі, а через 4 години у хворого відкрилося блювання «кавовою гущавиною» і було рідке випорожнення чорного кольору («мелена»). За швидкою допомогою він був госпіталізований до хірургічного відділення, де йому було проведено терапію, необхідну для зупинки кровотечі.

При проведенні рН-метрії було отримано такі дані.

рН - метрія (за методикою Чорнобрового В.М.)

П.І.Б.: З., 18 років.

Зріст:180 см; **вага:** 57,5 кг; **введено:** 25 см

1.	5.26	5.21	11.	6.14	6.10
2.	5.00	5.20	12.	6.10	6.27
3.	5.04	5.82	13.	6.11	6.20
4.	5.30	5.81	14.	6.25	6.10
5.	5.30	5.80	15.	6.25	6.27
6.	5.90	5.82	16.	6.20	6.20
7.	5.91	5.91	17.	6.21	6.21
8.	5.91	5.91	18.	6.20	6.14
9.	5.98	5.90	19.	6.20	6.10
10.	5.95	5.64	20.	6.21	6.17

5. - -

4. - -

3. - -

2. - -

1. 20 20

0. - -

Усього: 20 20

Діагноз: Базальна гіпоацидність

виразна тотальна (знижена через

ІПП) 04.02.25 р.

Під час проведення езофагогастроуденоскопії 04.02.25г. було виставлено діагноз: «Виразки, що «цілюються», цибулини дванадцятипалої кишки у стадії неповної епітелізації (по задній і по передній стінках цибулини в середній третині – 2 виразки 1,3 x 0,8 см, у вигляді «зливних» ерозій). Ерітематозна гастродуоденопатія».

Тип гастриту був підтверджений при тестуванні на НР: гелікобактерна інфекція була виявлена тільки в тілі шлунка і за великою, і за малою кривиною в активній формі при високому ступені обсіменіння слизової оболонки - (++) - (+++).

Антральний відділ шлунка				Тіло шлунка			
Велика кривина		Мала кривина		Велика кривина		Мала кривина	
Мікрос. Тест	Уреа-ний тест	Мікрос. тест	Уреа-ний тест	Мікрос. тест	Уреа-ний тест	Мікрос. тест	Уреа-ний тест
(-)	24 ч (-)	(-)	24 ч (-)	(+) коки І тип; (+ +) активна форма, мітоз	40 хвилин	(+++) активна форма, мітоз	20 хвилин

Під час проведення гістологічних досліджень було отримано наступні дані.

Біопсія № 2208 від 04.02.25 р.

1) **антральний відділ шлунка № 20:** хронічний неактивний гастрит (++) , атрофія залоз (+);

2) **тіло шлунка, середня третина, велика кривина № 21:** біоптати слизової – без патології;

3) **тіло шлунка, середня третина, мала кривина № 22:** хронічний неактивний гастрит (++) , атрофія залоз (+).

Дані УЗД органів черевної порожнини з харчовим навантаженням від 05.02.25г.: «Поліпоз жовчного міхура. Функціонуючий жовчний міхур».

Дані результати можна пояснити з точки зору механізму формування виразкових дефектів у цибулини дванадцятипалої кишки, ролі реактивного панкреатиту як сигналу наявності виразкового процесу та впливу ІПП на розселення НР-інфекції по слизовій оболонці.

У період статевого дозрівання відбувається «гормональний стрес», для якого характерна імуносупресія (секреція статевих гормонів веде до придушення клітинної ланки імунітету) [9]. Ослаблення імунного захисту організму, що є фактором стримування НР-інфекції, призводить до підвищення ступеня обсіменіння слизової оболонки шлунка активними формами гелікобактерної інфекції та активного розселення НР по всій слизовій оболонці шлунка (друга стадія розвитку хронічного неатрофічного гастриту – стадія пангастриту) [1]. Відповідно до теорії «їдкого лужного плевка» (аміаочно-лужного ушкодження) (Авраменко А.О., Гоженко А.І., 2008 рік) у результаті виділення НР-інфекцією ферменту уреазу з харчової сечовини утворюється аміак, необхідний для нейтралізації соляної кислоти навколо бактерій. Частина аміаку («залишковий» аміак (ЗА), який не був використаний для нейтралізації, накопичується в порожнини шлунка. При ритмічному скороченні м'язів передньої черевної стінки через фізичне навантаження формується ефект «ковальського хутра» - підвищення концентрації ЗА у вихідному відділі шлунка, а потім і в цибулини дванадцятипалої кишки, де утворюється гідроксид амонію (луг), який і є ушкоджуючим фактором для слизової [1].

Формування одразу двох виразок (виразки, що «цілюються») у цибулині дванадцятипалої кишки обумовлено анатомічною особливістю пацієнтів астеничної статури: у них цибулина має не круглу форму, а витягнуту. Просвіт цибулини при цьому має овальну форму, при якій більш висока концентрація аміаку локалізується на стінках, ближчих одна до одної (в даному випадку передня та задня стінки), де і утворюються виразки [10].

При виникненні виразкового дефекту сигналом про його наявність є біль, проте він пов'язаний не з виразковим процесом, а з формуванням через 7-14 днів реактивного панкреатиту [11]. При "німії" виразці процес протікає стрімко і реактивний панкреатит не встигає сформуватися, що підтверджується даними УЗД пацієнта. Якби не ускладнення у вигляді кровотечі, «німа» виразка могла б розвиватися за звичайним для виразкового процесу сценарієм з больовим синдромом.

При застосуванні ІПП відбувається швидке переміщення НР з антрального відділу в тіло шлунка, де знаходиться основна маса парієтальних клітин, які продукують потрібну для життєдіяльності бактерій соляну кислоту, що підтверджує необхідність забору проб слизової для визначення НР з 4-х топографічних зон [7].

Висновки

1. Розвиток «німих» виразок відбувається без больового синдрому через відсутність реактивного панкреатиту, який ще не встиг розвинути і який є джерелом болю.
2. Швидкий розвиток ускладнень (кровотеча, перфорація) і визначає саме поняття - «німа» виразка.
3. Після застосування ІПП для виявлення НР-інфекції необхідно проводити забір проб слизової з 4 топографічних зон шлунка.

Література/References:

1. Авраменко А.А., Гоженко А. И., Гойдык В.С. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии). - Одесса: ООО «РА «АРТ-В», 2008. - 304 с. [Avramenko A.A., Gozhenko A.I., Goydyk V.S. Peptic ulcer (essays on clinical pathophysiology). - Odessa: ООО "RA" ART-V ", 2008. - 304 p.]
2. Дудченко М.А., Третьак Н.Г., Дудченко М.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в практике семейного врача // Семейная медицина. – 2016. - № 5 (67). – С.106 -110. [Dudchenko M.A., Tretyak N.G., Dudchenko M.A. Gastric and duodenal ulcers in the practice of a family doctor // Family medicine. - 2016. - No. 5 (67). - P.106-110.]
3. Bordin D.S., Voynovan I.N., Andreev D.N., Maev I.V. Current Helicobacter pylori Diagnostics // Diagnostics (Basel). - 2021. – No. 11(8). – P.1458.
4. Elbehiry A., Marzouk E., Aldubaib M., Abalkhail A., Anagreyah S., Anajirih N. et al. Helicobacter pylori Infection: Current Status and Future Prospects on Diagnostic, Therapeutic and Control Challenges // Antibiotics (Basel). - 2023. – No. 12 (2). – P.191.
5. Malfertheiner P., Megraud F., Rokkas T., Gisbert J.P., Liou J.M., Schulz C. et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report // Gut. - 2022. - No.71 (9). – P. 1724–1762.
6. Убайдуллаева В.У., Магрупов Б.А., Вервекина Т.А. Язвенная болезнь: объективные и субъективные причины трудности диагностики «немых» язв //Вестник экстренной медицины. - 2015. - № 3. – С.14-16. [Ubaidullaeva V.U., Magrupov B.A., Vervekina T.A. Peptic ulcer: objective and subjective reasons for the difficulty of diagnosing "silent" ulcers // Bulletin of Emergency Medicine. - 2015. - No. 3. - P.14-16.]
7. Авраменко А. О., Смоляков С. М., Дерменжі О. В., Короленко Р. М., Макарова Г. В. Випадок симптому «ящика, що захоплюється» при раку шлунка на фоні застосування інгібіторів протонної помпи // Вісник морської медицини. – 2024. - № 1 (102). – С. 89 – 97. [Avramenko A. O., Smolyakov S. M., Dermenzhi O. V., Korolenko R. M., Makarova G. V. A case of the "slamming box" symptom in gastric cancer against the background of the use of proton pump inhibitors // Journal of marine medicine. – 2024. - No. 1 (102). - P. 89 - 97.]
8. Ендоскопія травного каналу. Норми патології, сучасні класифікації /за редакцією В.Й. Кімаковича і В.І. Нікішаєва. – Львів: Видавництво Медицина Світу. 2008. – 208 с.,іл. [Digestive canal endoscopy. Norma pathology, modern classifications / edited by V.Y. Kimakovich and V.I. Nikishayev. - Lviv: World Medicine Publishing House. 2008. - 208 p., ill.]
- Avramenko A. A., Smolyakov S. N., Dermenzhi E. V., Korolenko R. N., Makarova G. V. Features of the state of helicobacter infection in patients with chronic non-atrophic gastritis at the beginning of aging // Вісник морської медицини. - 2023. - № 3. - С.65-70.[Avramenko A. A., Smolyakov S. N., Dermenzhi E. V., Korolenko R. N., Makarova G. V. Features of the state of helicobacter infection in patients with chronic non-atrophic gastritis at the beginning of aging// Bulletin of Marine Medicine. - 2023. - No. 3. - P.65-70.].
- Avramenko A.A. The case of formation of «kissing» ulcers of duodenal bulb of the patient with chronic nonatrophic gastritis on the background of the eating of a vegetable salad and physical exertion // Wiadomości Lekarskie. - 2019. - No.72 (5),p.I.- P. 946-949.
- Авраменко А.А., Гоженко А.И., Короленко Р.Н. Влияние длительности обострения

язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на сроки формирования реактивного холецистопанкреатита // Клінічна та експериментальна патологія. – 2003. – Т.ІІ. - № 1. – С. 2-4. [Avramenko A.A., Gozhenko A.I., Korolenko R.N. Influence of the duration of exacerbation of duodenal ulcer on the timing of formation of reactive cholecystopancreatitis // Clinical and experimental pathology. - 2003. - Vol. II. - No. 1. - P. 2-4.]

Внесок авторів / authors' contribution

Концептуалізація (Авраменко А.О.), методологія (Авраменко А.О., Смоляков С.М., Короленко Р.М.); формальний аналіз (Авраменко А.О.), керування даних (Авраменко А.О., Макарова Г.В., Смоляков С.М., Дерменжи О.В., Короленко Р.М.); написання статті (Авраменко А.О.).

Всі автори прочитали й погодились з опублікованою версією рукопису.

Фінансування /Funding

Це дослідження не отримало зовнішнього фінансування

Висновок комісії по біоетиці/Institutional Review Board Statement

Для проведення дослідження отримано позитивне рішення комісії з біоетики

Міжнародного класичного університету імені Пилипа Орлика (протокол N 2 від 20.02.2025), дотримано основних морально-етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень.

Заява про поінформовану згоду /Informed Consent Statement

Від пацієнта було отримано письмову поінформовану згоду на обробку персональних даних та їх подальше використання.

Конфлікт інтересів /Conflicts of Interest

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Використання штучного інтелекту. Автори не використовували ШІ під час написання роботи

Робота надійшла до редакції 03.03.2025 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.62-003.7-089.879

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15121822>

Р. В. Стецишин

ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ТА ЛАЗЕРНОЇ УРЕТЕРОЛІТОТРИПСІЇ ПРИ ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ КАМЕНІВ СЕЧОВОДІВ

Харківський національний медичний університет

Authors' Information

Стецишин Р. В. / Stetsyshyn R.V. – <https://orcid.org/0000-0001-5631-3274>

Summary. Stetsyshyn R. V. **COMPARISON OF THE FEATURES OF ULTRASOUND AND LASER URETEROLITHOTRIPSY IN THE TREATMENT OF COMPLEX URETARY STONES.** - Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine. - e-mail: urology.kharkiv@gmail.com. Purpose: to conduct a comparative analysis of the features of endoscopic surgery in patients with complex ureteral stones using ultrasonic and laser