

*А.А. Авраменко (Николаев)*

**ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ (ФОРМЫ) ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ «ЦЕЛУЮЩИХСЯ» ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ**

Международный классический университет имени Пилипа Орлика, г. Николаев,

Украина

<aaahelic@gmail.com>

*Были проанализированы данные комплексного обследования 34-х больных хроническим неатрофическим гастритом (основная группа), у которых были выявлены «целующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, и 37-ми больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых в луковице были выявлены одиночные язвы (контрольная группа). Было выяснено, что начиная с места перехода из привратника луковицы двенадцатиперстной кишки у больных основной группы в 100% случаев имели овальную форму, а у пациентов контрольной группы – округлую.*

**Ключевые слова:** *хронический неатрофический гастрит, овальная форма луковицы двенадцатиперстной кишки, «целующийся» язвы.*

Язвенная болезнь – одно из самых распространённых патологий верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, которая часто сопровождается рядом осложнений: кровотечением, которое составляет 18-47% всех urgentных заболеваний брюшной полости; пилородуоденальным стенозом, который в среднем составляет 15-30%; перфорацией, которая возникает у 10-30% больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Открытие *Helicobacter pylori* (HP) в 1983 году австралийскими учёными Б. Маршаллом и Дж. Р. Уоренном изменило взгляды на этиологию таких заболеваний как хронический неатрофический гастрит (хронический гастрит типа В), язвенная болезнь и рак желудка [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]. Что касается язвенной болезни, то многие вопросы, которые касаются патогенеза

данной патологии, остаются пока без ответа и, в частности, вопрос: «Почему у одних больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в луковице образуется одна язва, а у других – сразу две?». В доступной нам литературе мы не нашли ответа на этот вопрос, что и стало поводом для наших исследований.

### **Цель исследования.**

Определить факторы, влияющие на формирование «целующихся» язв луковицы двенадцатиперстной кишки у больных хроническим неатрофическим гастритом.

### **Материалы и методы.**

На базе клинического отдела проблемной лаборатории по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского национального университета имени Петра Могилы были проанализированы данные комплексного обследования 34-х больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых при обследовании были выявлены «целующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (основная группа), и 37-ми больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых в луковице были выявлены одиночные язвы (контрольная группа). Возраст пациентов колебался от 25-ти до 54-х лет (средний возраст составил  $30,2 \pm 1,19$  года); лиц мужского пола было 48 (67,6%), женского - 23 (32,4 %).

Комплексное обследование включало: пошаговую внутрижелудочную рН – метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой методике, двойное тестирование на НР: тест на уреазную активность и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков, материал для которых брался во время проведения эндоскопии из 4-х топографических зон: из средней трети антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне по разработанной нами методике, которая позволяет определять и наличие внутриклеточных «депо» НР-инфекции, а также гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон, по общепринятой методике с учётом последних классификаций [23, 24].

Последовательность обследования: сначала больным проводилась рН-метрия, а после – ЭГДС с забором биопсийного материала для проведения тестирования на НР и гистологических исследований слизистой желудка. Исследование проводилось утром, натощак, через 12-14 часов после последнего приёма пищи. Полученные данные были обработаны статистически с помощью t - критерия Стьюдента с вычислением средних величин (M) и оценкой вероятности отклонений (m). Изменения считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ . Статистические расчёты выполнялись с помощью электронных таблиц Excel для Microsoft Office.

### **Обсуждение результатов исследований.**

Данные, полученные при проведении рН-метрии, отражены в таблице 1.

**Таблица 1**

#### **Уровень кислотности у пациентов основной и контрольной группы**

Уровень кислотности	Основная группа (n = 34)		Контрольная группа (n = 37)	
	Количество пациентов	%	Количество пациентов	%
Гиперацидность выраженная	2	5,9	2	5,4
Гиперацидность умеренная	7	20,6	4	10,8
Нормацидность	12	35,3	14	37,8
Гипоацидность умеренная	8	23,5	9	24,4
Гипоацидность выраженная	5	14,7	8	21,6
Анацидность	0	0	0	0

Как видно из этой таблицы, язвообразование в обеих группах происходило при всех уровнях кислотности желудочного сока с преобладанием низкой кислотности (в основной группе - у 13-ти (38,2%), в контрольной группе – у 17-ти (46%) пациентов), в то время как при высокой кислотности – меньше всего (в основной группе – у 9-ти (26,5%), в контрольной группе – у 6-ти (16,2%).

При проведении ЭГДС активный язвенный процесс в двенадцатиперстной кишке был выявлен в 100% у пациентов обеих группа; у 8-ми (23,5%) пациентов основной группы и у 11-ти (29,7%) пациентов контрольной группы имелись проявления перенесенных в прошлом язв луковицы двенадцатиперстной кишки в

виде рубцовой деформации разной степени выраженности. Данные по локализации язв по топографическим зонам луковицы двенадцатиперстной кишки отражены в таблице 2.

Таблица 2

**Топография локализации язвенных дефектов в луковице двенадцатиперстной кишки у пациентов основной и контрольной групп**

Группы	Топография локализации язвенных дефектов							
	Передняя стенка		Задняя стенка		Большая кривизна		Малая кривизна	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%	Количество	%
<b>Основная (n = 34)</b>	34	100	34	100	0	0	0	0
<b>Контроль (n = 37)</b>	9	24,4	14	37,8	8	21,6	6	16,2

Как видно из данных таблицы «целующиеся» язвы не зря имеют такое название: они расположены симметрично одна напротив другой по передней – задней стенках, в то время как язвенные дефекты у пациентов контрольной группы располагаются не только в этих зонах, но и по малой и большой кривизне.

При анализе данных гистологических исследований у всех больных в 100% случаев было подтверждено наличие хронического неатрофического гастрита как в активной, так и в неактивной стадии разной степени выраженности.

При тестировании на НР хеликобактерная инфекция была выявлена в 100% случаев. Данные по степени обсеменения слизистой желудка НР-инфекцией по топографическим зонам желудка у больных основной и контрольной групп отражены в таблице 3.

Таблица 3

**Степень обсеменения слизистой желудка НР - инфекцией по топографическим зонам у пациентов основной и контрольной групп**

Группы	Степень обсеменения слизистой желудка НР-инфекцией по топографическим зонам желудка (+) / (M ± m)	
	Антральный отдел	Тело желудка
Основная группа	а) 2,13 ± 0,27;	а) 2,24 ± 0,27;

(n = 34)	б) $2,11 \pm 0,27$ .	б) $2,25 \pm 0,27$ .
Контрольная группа (n = 37)	а) $2,10 \pm 0,25$ ; б) $2,16 \pm 0,25$ .	а) $2,13 \pm 0,25$ ; б) $2,18 \pm 0,25$ .

Примечание: n - количество исследований, а) - большая кривизна, б) - малая кривизна.

При сравнительном анализе данных по средней степени обсеменения НР-инфекцией слизистой желудка по аналогичным топографическим зонам у пациентов основной и контрольной групп достоверных различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Главным отличием, которое прослеживается в 100% случаев, является различие анатомического строения луковицы двенадцатиперстной кишки, а именно – формы: у больных контрольной группы форма и просвет луковицы ДПК имеют округлую форму, в то время как у больных основной группы луковица ДПК, начиная от привратника, – вытянутая в сторону большой и малой кривизны, что придаёт просвету луковицы овальную форму. Особенности формы просвета луковицы ДПК и локализации язвенных дефектов у больных основной группы представлены на рисунке 1.

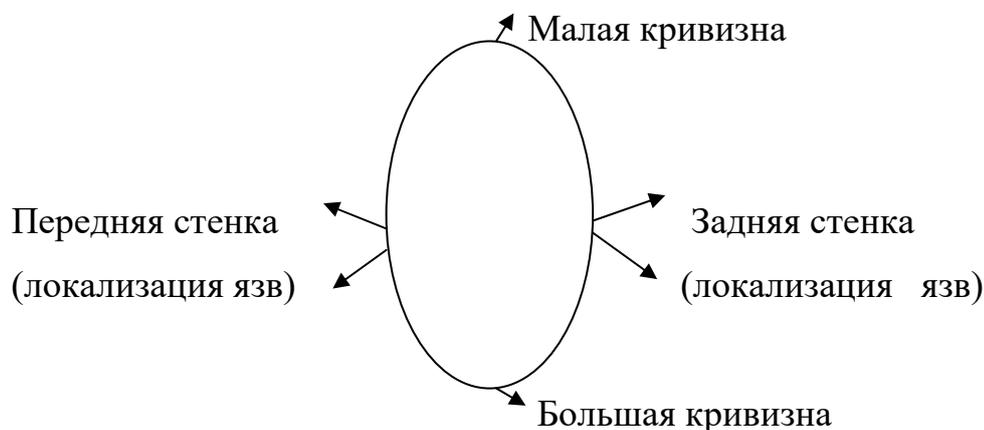


Рис. 1 Особенности формы просвета луковицы ДПК и локализации язвенных дефектов у больных основной группы

Данный феномен можно объяснить с точки зрения законов аэрогидродинамики. При изменении формы ёмкости (переход из большой ёмкости – желудка в трубку двенадцатиперстной кишки с гораздо меньшим сечением), по которой под давлением проходит газ, меняется и плотность газа.

Газом в полости желудка является остаточный аммиак (ОА) – аммиак, который образовался из пищевой мочевины под воздействием фермента уреазы НР-инфекции и не был использован для нейтрализации соляной кислоты вокруг бактерий. Поступление ОА в двенадцатиперстную кишку из желудка под высоким давлением возникает либо за счёт гиперкинеза (усиленной перистальтики желудка при стрессе)(эффект «поршня»), либо за счёт резкого ритмичного сдавления желудка при физической нагрузке или массаже (эффект «кузнечных мехов»), либо при сочетании обеих эффектов [12]. В ситуации с овальной формой луковицы двенадцатиперстной кишки плотность газа будет больше в центре передней и задней стенок, где согласно новой теории язвообразования – теории «едкого щелочного плевка» и формируются условия для образования раствора, содержащего высокую концентрацию едкого гидроксида аммония, контакт с которым и приводит к повреждению слизистой двенадцатиперстной кишки с образованием симметричных язвенных дефектов [12].

### **Вывод.**

«Целующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки образуются у больных хроническим неатрофическим гастритом только при наличии у пациентов особенности анатомического строения луковицы, при которой просвет имеет овальную форму.

### **R e f e r e n c e s**

1. Совцов СА. Выбор способа лечения прободной гастродуоденальной язвы. Хирургия. 2015;11: 41 – 45.
2. Гаджиев ДжН, Аллахвердиев ВА, Сушков СВ. и др. Влияние цитокинотерапии на результаты хирургического лечения больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением. Хирургия. 2016; 6: 57 – 61.
3. Лебедев НВ, Климов АЕ, Петухов ВА. Повторный эндоскопический гемостаз как альтернатива хирургическому лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Хирургия. 2016; 6: 52 – 56.

4. Велигоцкий НН, Комарчук ВВ, Трушин АС. и др. Индивидуально-активная тактика при язвенных кровотечениях. Харківська хірургічна школа. 2016; 2(77): 149 - 151.
5. Бойко ВВ, Криворотько ИВ, Грома ВГ. Результаты и проблемные вопросы лечения острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений за последние 15 лет. Харківська хірургічна школа. 2016; 2(77): 141- 145.
6. Бебуришвили АГ, Панин СИ, Михайлов ДВ. и др. Возможности консервативного лечения прободной язвы. Хирургия. 2016; 5: 69 - 73.
7. Гаджиев ДжН, Аллахвердиев ВА, Сушков СВ. и др. Состояние местных и системных показателей иммунного, цитокинового и антиоксидантного статуса при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Хірургія України. 2015; 3: 44 – 48.
8. Одарченко СП, Одарченко ЛВ. Діагностична та лікувальна тактика при перфорація шлункових виразок. Хірургія України. 2017; 2: 116 -124.
9. Ратчик В.М., Шевченко Б.Ф., Тарабаров С.О. и др.. Эндоскопична балонна пілоро- та дуоденопластика в лікуванні хворих зі стенозом пілородуоденальної зони виразкового генезу. Хірургія України. 2017; 4: 76 - 82.
10. Гаджиев ДН, Сушков СВ, Аллахвердиев ВА. Иммунные нарушения при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Хирургия. 2015; 6: 32 – 34.
11. Бурмак ЮГ, Білокобильська ДВ. Динаміка змін метаболічних показників у амбулаторному лікуванні хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у поєднанні з есенціальною гіпертензією. Семейная медицина. 2015; 3 (59): 199 - 200.
12. Авраменко АА, Гоженко АИ, Гойдык ВС. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии). Одесса: ООО «РА «АРТ-В»; 2008. 304 с.
13. Бабак ОЯ, Башкирова ОЯ. Антихеликобактерная терапия: акцент на пробиотики. Український терапевтичний журнал. 2015; 1: 91 – 94.
14. Бородач АВ. Современная концепция язвенной болезни: насколько она обоснована. Хирургия. 2013; 10: 38- 42.

15. Дорофеев АЭ, Руденко НН, Агибалов АН и др. Инфекция *Helicobacter pylori* у больных с функциональной диспепсией и эффективность её эрадикации в Донецком регионе. *Врачебное дело*. 2014; 11:119-121.
16. Исаков ВА, Домарадский ИВ. Хеликобактериоз. М.: ИД Медпрактика-М; 2003. 412 с.
17. Комарчук ВВ. Цитотоксические штаммы *Helicobacter pylori* у больных с осложнёнными формами язвенной болезни в сочетании с рефлюксом. *Харьківська хірургічна школа*. 2015; 2(71): 6 –10.
18. Маев ИВ, Самсонов АА, Андреев ДН и др. Клиническое значение инфекции *Helicobacter pylori*. *Клиническая медицина*. 2013; 8: 4 -12.
19. Самсонов АА, Гречушников ВВ, Андреев ДН. и др. Оценка фармакоэкономических показателей лечения пациентов с заболеваниями, ассоциированными с *Helicobacter pylori*. *Терапевтический архив*. 2014; 8: 56 – 61.
20. Циммерман ЯС, Захарова ЮА, Ведерников ВЕ. Сравнительная оценка диагностических тестов определения *Helicobacter pylori* и спектр мукозной микрофлоры желудка при гастрите и язвенной болезни. *Клиническая медицина*. 2013; 4: 42- 48.
21. Цуканов ВВ, Амельчугова ОС, Каспаров ЭВ и др. Роль эрадикации *Helicobacter pylori* в профилактике рака желудка. *Терапевтический архив*. 2014; 8: 124-127.
22. Короткевич АГ. Современная концепция язвенной болезни: взгляд эндоскописта. *Хирургия*. 2014; 11: 55 – 59.
23. Авраменко АА. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой желудка. *Сучасна гастроентерологія*. 2014; 3 (77): 22 – 26.
24. Кімакович ВЙ, Нікішаєв ВІ, редактор. Ендоскопія травного каналу. Норма, патологія, сучасні класифікації. Львів: Видавництво Медицина Світу; 2008. 208 с., іл.

## References

1. Sovcov SA. Vybor sposoba lecheniya probodnoj gastroduodenalnoj yazvy [The choice of treatment for perforated gastroduodenal ulcers]. *Hirurgiya*. 2015;11: 41 – 45. (Ru).
2. Gadzhiev DzhN, Allahverdiev VA, Sushkov SV i dr. Vliyanie citokinoterapii na rezultaty hirurgicheskogo lecheniya bolnyh s ostrym yazvennym gastroduodenalnym krovotecheniem [The effect of cytokine therapy on the results of surgical treatment of patients with acute ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Hirurgiya*. 2016; 6: 57 – 61. (Ru).
3. Lebedev NV, Klimov AE, Petuhov VA. Povtornyj endoskopicheskiy gemostaz kak alternativa hirurgicheskomu lecheniyu bolnyh s yazvennymi gastroduodenalnymi krovotecheniyami [Repeated endoscopic hemostasis as an alternative to surgical treatment of patients with gastroduodenal ulcer bleeding]. *Hirurgiya*. 2016; 6: 52 – 56. (Ru).
4. Veligockij NN, Komarchuk VV, Trushin AS i dr. Individualno-aktivnaya taktika pri yazvennyh krovotecheniyah [Individually active tactics for ulcerative bleeding]. *Harkivska hirurgichna shkola*. 2016; 2(77): 149 - 151. (Ru).
5. Bojko VV, Krivorotko IV, Groma VG. Rezultaty i problemnye voprosy lecheniya ostrym yazvennym zheludochno-kishechnym krovotechenij za poslednie 15 let. *Harkivska hirurgichna shkola* [Results and problematic issues in the treatment of acute gastrointestinal bleeding in the past 15 years.]. 2016; 2(77): 141- 145. (Ru).
6. Beburishvili AG, Panin SI, Mihajlov DV i dr. Vozmozhnosti konservativnogo lecheniya probodnoj yazvy [Possibilities for conservative treatment of perforated ulcers]. *Hirurgiya*. 2016; 5: 69 - 73. (Ru).
7. Gadzhiev DzhN, Allahverdiev VA, Sushkov SV i dr. Sostoyanie mestnyh i sistemnyh pokazatelej immunnogo, citokinovogo i antioksidantnogo statusa pri ostrym yazvennym gastroduodenalnym krovotecheniyah [The state of local and systemic indicators of the immune, cytokine and antioxidant status in acute ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Hirurgiya Ukrayini*. 2015; 3: 44 – 48. (Ru).

8. Odarchenko SP, Odarchenko LV. Diagnostichna ta likuvalna taktika pri perforaciyi shlunkovih virazok [Diagnostic and therapeutic tactics for perforation of gastric ulcers]. Hirurgiya Ukrayini. 2017; 2: 116 -124. (UA).

9. Ratchik VM, Shevchenko BF, Tarabarov SO i dr. Endoskopichna balonna piloro- ta duodenoplastika v likuvanni hvorih zi stenozom piloroduodenalnoyi zoni virazkovogo genezu [Endoscopic balloon pyloric and duodenoplasty in the treatment of patients with stenosis of the pyloroduodenal zone of ulcerative genesis]. Hirurgiya Ukrayini. 2017; 4: 76 - 82. (UA).

10. Gadzhiev DN, Sushkov SV, Allahverdiev VA. Immunnye narusheniya pri ostryh yazvennyh gastroduodenalnyh krovotecheniyah [Immune disorders in acute ulcerative gastroduodenal bleeding]. Hirurgiya. 2015; 6: 32 – 34. (Ru).

11. Burmak YuG, Bilokobilska DV. Dinamika zmin metabolichnih pokaznikov u ambulatornomu likuvanni hvorih na peptichnu virazku dvanadcyatipaloyi kishki u poyednanni z esencialnoyu gipertenzijeyu [Dynamics of changes in metabolic parameters in outpatient treatment of patients with peptic ulcer of the duodenum in combination with essential hypertension.]. Semejnaya medicina. 2015; 3 (59): 199 - 200. (UA).

12. Avramenko AA, Gozhenko AI, Gojdyk VS, eds. Yazvennaya bolezn (ocherki klinicheskoy patofiziologii) [Peptic ulcer (essays on clinical pathophysiology)]. Odessa: OOO «RA «ART-V», 2008. 304 s. (Ru).

13. Babak OYa, Bashkirova OYa. Antihelikobakternaya terapiya: akcent na probiotiki [Helicobacter pylori therapy: emphasis on probiotics]. Ukrayinskij terapevtichnij zhurnal. 2015; 1: 91 – 94. (Ru).

14. Borodach AV. Sovremennaya koncepciya yazvennoj bolezn: naskolko ona obosnovana [The modern concept of peptic ulcer: how substantiated is it]. Hirurgiya. 2013; 10: 38- 42. (Ru).

15. Dorofeev AE, Rudenko NN, Agibalov AN i dr. Infekciya Helicobacter pylori u bolnyh s funkcionalnoj dispepsiej i effektivnost eyo eradikacii v Doneckom regione [Helicobacter pylori

infection in patients with functional dyspepsia and the effectiveness of its eradication in the Donetsk region]. *Vrachebnoe delo*. 2014; 11:119-121. (Ru).

16. Isakov VA, Domaradskij IV, eds. *Helikobakterioz [Helicobacteriosis]*. M.: ID Medpraktika-M, 2003. 412s. (Ru).

17. Komarchuk VV. Citotoksicheskie shtammy *Helicobacter pylori* u bolnyh s oslozhnyonnymi formami yazvennoj bolezni v sochetanii s reflyuksom [Cytotoxic strains of *Helicobacter pylori* in patients with complicated forms of peptic ulcer in combination with reflux]. *Harkivska hirurgichna shkola*. 2015; 2(71): 6–10. (Ru).

18. Maev IV, Samsonov AA, Andreev DN i dr. Klinicheskoe znachenie infekcii *Helicobacter pylori* [The clinical significance of *Helicobacter pylori* infection]. *Klinicheskaya medicina*. 2013; 8: 4 - 12. (Ru).

19. Samsonov AA, Grechushnikov VB, Andreev DN i dr. Ocenka farmakoekonomicheskikh pokazatelej lecheniya pacientov s zabolevaniyami, associirovannymi s *Helicobacter pylori* [Evaluation of pharmacoeconomic indicators for the treatment of patients with diseases associated with *Helicobacter pylori*]. *Terapevticheskij arhiv*. 2014; 8: 56 – 61. (Ru).

20. Cimmerman YaS, Zaharova YuA, Vedernikov VE. Sravnitel'naya ocenka diagnosticheskikh testov opredeleniya *Helicobacter pylori* i spektr mukoznoj mikroflory zheludka pri gastrite i yazvennoj bolezni [Comparative evaluation of diagnostic tests for determining *Helicobacter pylori* and the spectrum of mucous microflora of the stomach in gastritis and peptic ulcer]. *Klinicheskaya medicina*. 2013; 4: 42- 48. (Ru).

21. Cukanov VV, Amelchugova OS, Kasparov EV i dr. Rol eradikacii *Helicobacter pylori* v profilaktike raka zheludka [The role of *Helicobacter pylori* eradication in the prevention of gastric cancer]. *Terapevticheskij arhiv*. 2014; 8: 124-127. (Ru).

22. Korotkevich AG. Sovremennaya koncepciya yazvennoj bolezni: vzglyad endoskopista [The modern concept of peptic ulcer: an endoscopist's view.]. *Hirurgiya*. 2014; 11: 55 – 59. (Ru).

23. Avramenko AA. Dostovernost stol-testa pri testirovanii bolnykh khronicheskimi khelikobakteriozom pri nalichii aktivnykh i neaktivnykh form khelikobakternoy infektsii na slizistoy obolochke zheludka [Reliability of stool test when testing patients with chronic *Helicobacter pylori* in the presence of active and inactive forms of *Helicobacter pylori* infection on the gastric mucosa]. *Suchasna gastroenterologiya*. 2014; 3 (77): 22–6. (Ru).

24. Kímakovich VY, Nikishaev VI, eds. *Yendoskopiya travnogo kanalu. Norma, patologiya, suchasni klasifikatsiyi* [Endoscopy of the digestive canal. Norm, pathology, modern classifications]. Lviv: Vidavniststvo Meditsina Svítu, 2008. 208 s., il. 4. (UA).

**ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ (ФОРМИ) ЦИБУЛИНИ  
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ НА МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ  
ВИРАЗОК, ЩО «ЦІЛУЮТЬСЯ», У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ  
НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ**

**Авраменко А.О.**

На базі клінічного відділу проблемної лабораторії з питань хронічного гелікобактеріозу Чорноморського національного університету імені Петра Могили було проаналізовано дані комплексного обстеження 34-х хворих на хронічний неатрофічний гастрит, у яких при обстеженні було виявлено виразки цибулини дванадцятипалої кишки, що «цілуються», (основна група), і 37-ми хворих на хронічний неатрофічний гастрит, у яких у цибуліні були виявлені поодинокі виразки (контрольна група). Вік пацієнтів коливався від 25-ти до 54-х років (середній вік склав  $30,2 \pm 1,19$  року); осіб чоловічої статі було 48 (67,6%), жіночої - 23 (32,4%).

Комплексне обстеження включало: покрокову внутрішньошлункову рН - метрію за методикою Чорнобрового В.М., езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС) за загальноприйнятою методикою, подвійне тестування на НР: тест на уреазну активність і мікроскопування забарвлених за Гімзою мазків-відбитків, матеріал

для яких брався під час проведення ендоскопії з 4-х топографічних зон: із середньої третини антрального відділу і тіла шлунка по великій і малій кривині за розробленою методикою, яка дозволяє визначати і наявність внутрішньоклітинних «депо» НР-інфекції, а також гістологічні дослідження слизової шлунка, матеріал для яких брався з тих же зон, за загальноприйнятою методикою з урахуванням останніх класифікацій.

При обстеженні було підтверджено наявність в 100% випадків хронічного неатрофічного гастриту різного ступеня активності запального процесу на слизовій шлунка, а також наявність гелікобактерної інфекції при високому ступені обсіменіння слизової шлунка при відсутності достовірної відмінності ( $p > 0,05$ ) по зонам шлунка.

Було з'ясовано, що головною відмінністю, яке простежується в 100% випадків, є відмінність анатомічної будови цибулини дванадцятипалої кишки, а саме - форми: у хворих контрольної групи форма і просвіт цибулини дванадцятипалої кишки мають округлу форму, в той час як у хворих основної групи цибулина дванадцятипалої кишки, починаючи від воротаря, - витягнута у бік великої і малої кривизни, що надає просвіту цибулини овальну форму.

Таким чином, виразки цибулини дванадцятипалої кишки, що «цілюються», утворюються у хворих на хронічний неатрофічний гастрит тільки при наявності у пацієнтів особливості анатомічної будови цибулини, при якій просвіт має овальну форму.

**Ключові слова:** хронічний неатрофічний гастрит, овальна форма цибулини дванадцятипалої кишки, виразки, що «цілюються».

**ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ  
(ФОРМЫ) ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА  
МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ «ЦЕЛЮЩИХСЯ» ЯЗВ У БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ**

**Авраменко А.А.**

На базе клинического отдела проблемной лаборатории по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского национального университета имени Петра Могилы были проанализированы данные комплексного обследования 34-х больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых при обследовании были выявлены «целующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (основная группа), и 37-ми больных хроническим неатрофическим гастритом, у которых в луковице были выявлены одиночные язвы (контрольная группа). Возраст пациентов колебался от 25-ти до 54-х лет (средний возраст составил  $30,2 \pm 1,19$  года); лиц мужского пола было 48 (67,6%), женского - 23 (32,4 %).

Комплексное обследование включало: пошаговую внутрижелудочную рН – метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой методике, двойное тестирование на НР: тест на уреазную активность и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков, материал для которых брался во время проведения эндоскопии из 4-х топографических зон: из средней трети антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне по разработанной методике, которая позволяет определять и наличие внутриклеточных «депо» НР-инфекции, а также гистологические исследования слизистой желудка, материал для которых брался из тех же зон, по общепринятой методике с учётом последних классификаций.

При обследовании было подтверждено наличие в 100% случаев хронического неатрофического гастрита при разной степени активности воспалительного процесса на слизистой желудка, а также наличие хеликобактерной инфекции при высокой степени обсеменения слизистой желудка при отсутствии достоверного различия ( $p > 0,05$ ) по зонам желудка.

Было выяснено, что главным отличием, которое прослеживается в 100% случаев, является различие анатомического строения луковицы двенадцатиперстной кишки, а именно – формы: у больных контрольной группы форма и просвет луковицы двенадцатиперстной кишки имеют округлую форму, в то время как у больных основной группы луковица двенадцатиперстной кишки,

начиная от привратника, – вытянута в сторону большой и малой кривизны, что придаёт просвету луковицы овальную форму.

Таким образом, «целующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки образуются у больных хроническим неатрофическим гастритом только при наличии у пациентов особенности анатомического строения луковицы, при которой просвет имеет овальную форму.

**Ключевые слова:** хронический неатрофический гастрит, овальная форма луковицы двенадцатиперстной кишки, «целующийся» язвы.

INFLUENCE OF THE PECULIARITIES OF THE ANATOMICAL STRUCTURE (FORM) OF THE  
LUKOVITSY TWELVE CATHERINE ON THE MECHANISM FOR FORMING "KISSING"  
SURGERY IN PATIENTS WITH CHRONIC NONATROPHIC GASTRITIS

*A.A. Avramenko*

The data of a complex examination of 34 patients with chronic non-atrophic gastritis (the main group), who had "kissing" ulcers of the duodenal bulb, and 37 patients with chronic non-atrophic gastritis, in which single ulcers (control group) were detected in the onion were analyzed, . It was found that, starting from the place of transition from the pylorus of the duodenal bulb in the patients of the main group, in 100% of cases, they had an oval shape, and in the control group - a round one.

**Key words:** chronic non-atrophic gastritis, oval form of the bulb of the duodenum, "kissing" ulcers.

**Сведения об авторе:**

**1. Авраменко Анатолий Александрович:** член-корреспондент АНС Украины, доктор медицинских наук, профессор кафедры олимпийского и профессионального спорта, заведующий проблемной лабораторией по вопросам хронического хеликобактериоза Черноморского национального университета имени Петра Могилы; врач - гастроэнтеролог, эндоскопист высшей категории Центра прогрессивной медицины и реабилитации «Rea<sup>+</sup>Med» (г. Николаев).

Адрес для переписки:

д.мед.н. Авраменко А.А.

улица Чкалова, дом 118, квартира 4

г. Николаев

Украина

54003

д.т. (0512) 55 - 64 - 14

моб.тел. 097 - 63 - 71 – 807

066 - 27 – 41 - 164

E-mail: [aaahelic@gmail.com](mailto:aaahelic@gmail.com)

[www.gastrodoc.ho.ua](http://www.gastrodoc.ho.ua)