МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Видання є науковим журналом, внесеним до Реєстру суб'єктів у сфері медіа, ідентифікатор медіа R30 – 07167 згідно рішення № 1097 НР України з питань телебачення і радіомовлення від 23. 04. 2026, протокол № 9 . Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

№ 3 (112)
(липень - вересень)

Одеса 2026

УДК 616.33-002:611.018.73
DOI http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.23573412

А. О. Авраменко[1], Г. К. Магденко[1], Р. М. Короленко[2], В. Л. Васюк[3]

ВИПАДОК ПОСТІЙНОГО РЯСНОГО СЛІЗОУТВОРЕННЯ У ГЛОТЦІ ПАЦІЄНТКИ З ХРОНІЧНИМ НЕАТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ І НЕДОСТАТНІСТЮ КАРДІАЛЬНОГО ЖОМУ II СТУПЕНЯ

[1]Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика, м. Миколаїв,
[2]4-та міська лікарня, м. Миколаїв,
[3]Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна,

Authors' Information
Avramenko A. A. - ID ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9652-089X
Magdenko A.K.. - ID ORCID: https://orcid.org/0009-0006-0880-3125
Vasuk V.L. - ID ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2037-2162

Summary. Avramenko A. A., Magdenko A. K., Korolenko R. N., Vasuk V. L. **A CASE OF CONSTANT COPIOUS MUCUS FORMATION IN THE PHARYNX OF A PATIENT WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS AND GRADE II CARDIAL GASTRIC INSUFFICIENCY** - *International Classical University named after Pylyp Orlik, 4th city hospital, Nikolaev; Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, e-mail: aaahelic@gmail.com.* It has been established that the prevalence of esophageal diseases—specifically gastroesophageal reflux disease (GERD)—reaches 50% among the adult population. Over the past few decades, the number of patients with reflux esophagitis has increased two- to threefold. Population-based studies indicate that the prevalence of GERD is 10% in Asia and 27% in Western Europe and North America. Chest pain accompanies the esophageal pathology in 20–60% of patients, while 40–50% of individuals experience persistent heartburn—the primary symptom of esophageal disease. Given these data, a case involving persistent, profuse mucus production in a female patient with chronic non-atrophic gastritis and grade II incompetence of the cardiac sphincter—manifesting as a symptom of GERD—is of particular interest. **The purpose of the study**: to study a case of persistent, profuse mucus production in a female patient with chronic non-atrophic gastritis and grade II incompetence of the cardiac sphincter—manifesting as GERD—and to provide a pathophysiological explanation for it.**Contingent and methods.** An analysis was conducted of the medical history and comprehensive examination results—obtained both before and after treatment—of a 62-year-old female patient suffering from excessive mucus production in the pharyngeal region. The study was conducted at the Rea+Med Center for Progressive Medicine and Rehabilitation (Mykolaiv). The examination methods included clinical, anamnestic, instrumental, histological, and bacteriological examinations. **Results.** Patient questioning revealed that the continuous secretion of mucus in the pharyngeal region had persisted for eight months, having onset following severe stress. Analysis of acidity levels showed that, prior to treatment, the patient exhibited marked total hypoacidity, whereas post-treatment findings indicated marked selective hyperacidity. Pre-treatment esophagogastroduodenoscopy (EGD) revealed active chronic non-atrophic gastritis and grade II cardiac insufficiency. A large volume of bronchial mucus—up to 200 ml—was observed in the gastric cavity prior to treatment. Analysis of H. pylori colonization across topographic zones prior to treatment showed the infection to be present in all areas; however, the concentration of H. pylori on the gastric mucosa was low (+) in the antrum (along both the greater and lesser curvatures), whereas it was high (+++) in the body of the stomach (along both the greater and lesser curvatures). A post-treatment breath test yielded a negative result (increase of 0.5 mm; a negative result is defined as an increase of <3 mm).

© Авраменко А. О., Магденко Г. К., Короленко Р. М., Васюк В. Л.

The profuse mucus secretion resolved following a 14-day treatment regimen comprising a bismuth preparation, two antibiotics, and a second-generation prokinetic agent (itopride hydrochloride, administered as "Itomed"). **Conclusions**. 1. Profuse mucus formation in the pharyngeal region, resulting from a combination of active chronic non-atrophic gastritis and grade II incompetence of the cardiac sphincter, is one of the manifestations of GERD.

Key words: chronic non-atrophic gastritis, incompetence of the cardiac sphincter, mucus production.

Реферат. Авраменко А. О., Магденко Г. К., Короленко Р. М., Васюк В. Л. **ВИПАДОК ПОСТІЙНОГО РЯСНОГО СЛІЗОУТВОРЕННЯ У ГЛОТЦІ ПАЦІЄНТКИ З ХРОНІЧНИМ НЕАТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ І НЕДОСТАТНІСТЮ КАРДІАЛЬНОГО ЖОМУ ІІ СТУПЕННЯ.** В даний час встановлено, що поширеність захворювань стравоходу, зокрема гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), досягає серед дорослого населення 50%. За останні десятиліття відзначається збільшення кількості пацієнтів із рефлекс - езофагітами у 2–3 рази. За даними популяційних досліджень, поширеність ГЕРХ в Азії сягає 10%, а країнах Західної Європи та Північної Америки – 27%. У 20–60% пацієнтів патологія стравоходу супроводжується болем у грудній клітці, 40–50% осіб постійно відчувають печію – основний симптом патології стравоходу. У зв'язку з цими даними буде цікавий випадок постійного рясного слизоутворення у пацієнтки з хронічним неатрофічним гастритом та недостатністю кардинального жому ІІ ступеня як прояв ГЕРХ. **Мета дослідження**: вивчити випадок постійного рясного слизоутворення у пацієнтки з хронічним неатрофічним гастритом та недостатністю кардинального жому ІІ ступеня, як прояв ГЕРХ, та дати йому патофізіологічне пояснення. **Контингент та методи**. Були проаналізовані дані анамнезу та результати комплексного обстеження до та після лікування 62-річної пацієнтки, яка страждала на рясне слизоутворення в області глотки. Дослідження проводили на базі Центру прогресивної медицини та реабілітації «Реа+Мед» (м. Миколаїв). Методи обстеження: клініко-анамнестичний, інструментальний, гістологічний, бактеріологічний. **Результати**. Під час опитування було з'ясовано, що процес постійного сльозоутворення в області глотки триває 8 місяців і з'явився після сильного стресу. При аналізі даних за рівнем кислотності було з'ясовано, що у пацієнта кислотність до лікування відповідала гіпоацидності вираженою тотальною, після лікування гіперацидності вираженою селективною. При проведенні ФГДС до лікування було виявлено активний хронічний неатрофічний гастрит та недостатність кардії ІІ ступеня. У порожнині шлунка до лікування було виявлено велику кількість бронхіального слизу – до 200 мл. При аналізі отриманих даних за наявністю і ступенем обсіменіння НР-інфекцією по топографічних зонах до лікування дана інфекція виявлялася у всіх зонах, проте в антральному відділі по великій і малій кривизні концентрація гелікобактерної інфекції на слизовій оболонці шлунка була низькою - (+), в той час як у тілі була високою – (+++). Під час проведення дихального тесту після лікування проба була негативною (приріст – 0,5 мм) (негативна проба – приріст < 3мм). Рясне слизоутворення зникло після проведення 14-ти денного лікування із застосуванням препарату вісмуту та двох антибіотиків, а також прокінетика 2-го покоління – ітоприду гідрохлориду у вигляді препарату «Ітомед». **Висновки**. 1. Рясне слизоутворення в області глотки, обумовлене поєднанням активного хронічного неатрофічного гастриту з недостатністю кардіального жому ІІ ступеня, є одним із проявів ГЭРБ.

Ключові слова: хронічний неатрофічний гастрит, недостатність кардіального жому, слизоутворення.

Введення. В даний час встановлено, що поширеність захворювань стравоходу, зокрема гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), досягає серед дорослого населення 50%. За останні десятиліття відзначається збільшення кількості пацієнтів із рефлюкс-езофагітами у 2–3 рази. За даними популяційних досліджень, поширеність ГЕРХ в Азії сягає 10%, а країнах Західної Європи та Північної Америки – 27%. Цей факт дав привід стверджувати, що XX ст. - вік виразкової хвороби, а XXI ст. – це вік рефлюкс-езофагітів [1, 2, 3]. У 20–60% пацієнтів патологія стравоходу супроводжується болем у грудній клітці, 40–50% осіб постійно відчувають печію – основний симптом патології стравоходу [1]. У

зв'язку з цими даними буде цікавий випадок постійного рясного слизоутворення у пацієнтки з хронічним неатрофічним гастритом та недостатністю кардинального жому II ступеня як прояв ГЕРХ.

Мета дослідження: вивчити випадок постійного рясного слизоутворення у пацієнтки з хронічним неатрофічним гастритом та недостатністю кардинального жому II ступеня, як прояв ГЕРХ, та дати йому патофізіологічне пояснення.

Контингент та методи. Пацієнтка Б., 62 роки, працівник банку, була комплексно обстежена 24.03.26 р. на базі Центру прогресивної медицини «Реа+Мед» (м. Миколаїв).

Комплексне обстеження включало: pH-метрію за методикою Чорнобрового М.В., езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС), подвійне тестування на гелікобактерну інфекцію (HP) (уреазний тест і мікроскопування забарвлених мазків-відбитків у порівнянні результатів, що дозволяло визначати не тільки наявність та концентрацію інфекції, але й виявляти внутрішньоклітинні «депо»), матеріал для якого (біоптати слизової оболонки шлунка) були отримані під час проведення езофагогастродуоденоскопії з 4-х топографічних зон: середня третина антрального відділу і середня третина тіла шлунка по великій і малій кривині [4, 5]. Після курсу лікування проводилося контрольне обстеження: контрольна pH-метрія та дихальний тест у нашій модифікації [6].

Послідовність обстеження: після збирання анамнезу пацієнту проводилася pH-метрія, а після – ЕГДС із забором біопсійного матеріалу для проведення тестування на HP. Дослідження проводилося вранці, натщесерце, через 12-14 годин після останнього прийому їжі. Лікування проводилося із застосуванням препарату вісмуту та двох антибіотиків, а також прокінетика 2-го покоління – ітоприду гідрохлориду у вигляді препарату «Ітомед» протягом 14 днів.

Результати та їх обговорення. При первинному зверненні пацієнтка скаржилася на постійне рясне слизоутворення в області глотки, що змушує постійно пацієнтку сплювати слиз і різко погіршує рівень життя. Крім того, пацієнтка скаржилася на почуття тяжкості після їжі, симптом раннього насичення, постійні порожні відрижки, метеоризм. Під час опитування було з'ясовано, що ці симптоми з'явилися вперше після сильного стресу і тривають 8 місяців. Обстеження пацієнтки відбувається вперше.

При проведенні pH-метрії до та після лікування були отримані дані, які відображені в таблиц1, 2.

Таблиця 1

Рівень базальної кислотності шлункового соку до лікування

Рівень кислотності	Параметри рівнів (pH)	Кількість значень, виявлених під час проведення дослідження (40 точок виміру)	%
Гіперацидність виразна	0,90 – 1,29	0	0
Гіперацидність помірна	1,30 – 1,59	0	0
Нормацидність	1,60 – 2,29	0	0
Гіпоацидність помірна	2,30 – 3,59	0	0
Гіпоацидність виразна	3,60 – 6,99	40	100
Анацидність	7,00-7,50	0	0

Таблиця 2

Рівень базальної кислотності шлункового соку після лікування

Рівень кислотності	Параметри рівнів (pH)	Кількість значень, виявлених під час проведення дослідження (40 точок виміру)	%
Гіперацидність виразна	0,90 – 1,29	7	17,5
Гіперацидність помірна	1,30 – 1,59	10	25
Нормацидність	1,60 – 2,29	23	57,5
Гіпоацидність помірна	2,30 – 3,59	0	0
Гіпоацидність виразна	3,60 – 6,99	0	0
Анацидність	7,00-7,50	0	0

При аналізі отриманих даних було з'ясовано, що рівень кислотності до лікування відповідав гіпоацидності виразної тотальної, водночас рівень кислотності після курсу лікування відповідав гіперацидності виразної селективної, що трактується як феномен «віддачі», який виникає після видалення факторів, що нейтралізують кислотність шлункового соку [7].

Під час проведення эзофагогастродуоденоскопии при первинному зверненні від 24.03.26г. було виставлено діагноз: «Еритематозна гастродуоденопатія. Непрямі ознаки панкреатопатії». Недостатність кардії II ступеня. При цьому в порожнині шлунка фіксувалося до 200 мл густого слизу.

Дані щодо наявності та ступеня обсіменіння НР-інфекцією за топографічними зонами шлунка до лікування представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Дані щодо наявності та ступеня обсіменіння НР-інфекцією слизової оболонки шлунка по топографічним зонам до лікування

Антральний відділ шлунка				**Тіло шлунка**			
Велика кривина		Мала кривина		Велика кривина		Мала кривина	
Мік-роск. тест	Уреаз-ний тест	Мік-роск. тест	Уреаз-ний тест	Мік-роск. тест	Уреаз-ний тест	Мік-роск. тест	Уреаз-ний тест
(+) активні, мітоз	24 години	(+) активні, мітоз	24 години	(+++) активні, мітоз	35 хвилин	(+++) активні, мітоз	40 Хвилин

При аналізі отриманих даних за наявністю і ступенем обсіменіння НР-інфекцією по топографічних зонах до лікування дана інфекція виявлялася у всіх зонах, проте в антральному відділі по великій і малій кривині концентрація гелікобактерної інфекції на слизовій оболонці шлунка була низькою - (+), в той час як у тілі була високою – (+++).

Дані результатів проведення дихального тесту після лікування представлені в таблиці 4.

Таблиця 4

Дані результатів проведення дихального тесту після лікування

Час проведення тесту	**Базальний рівень**	**Після стимуляції**	**Різниця**	**Отриманий результат (негативний - < 3 мм)**
Після лікування	0 мм	0,5 мм	0,5 мм	Негативний

Після закінчення лікування рясне слизоутворення різко знизилося, пацієнтка продовжила курс лікування прокінетиком ще 14 днів.

Дані результати можна пояснити з точки зору анатомії та фізіології ШКТ, а також патологічних процесів, які виникають при тривалому перебігу хронічного гелікобактеріозу. Хронічний гелікобактеріоз може дуже довго протікати в латентній формі. Розподіл концентрації НР на слизовій оболонці шлунка по зонах та вік пацієнтки – 62 роки відповідає третій стадії розвитку хронічного неатрофічного гастриту, що свідчить про тривалий латентний період захворювання [4]. Стрес є сильним активатором патологічного процесу, що призводить до зниження імунітету та рівня кислотності в шлунку. Це призводить до активного розмноження НР-інфекції та підвищення внутрішньошлункового тиску за рахунок її життєдіяльності. [4]. Високий тиск газової суміші, до складу якої входить і «залишковий» аміак - продукт розщеплення харчової сечовини під впливом ферменту уреази, що продукують активні форми НР-інфекції, мав стримуватися за рахунок кардіального жому. Однак недостатність кардіального жому II ступеня провокує підвищення тиску в стравоході, а наступним фізіологічним клапаном стримування тиску газової суміші зі шлунка є глотка. Постійне подразнення глотки аміаком провокує рясне

слизоутворення, що призводить до необхідності її постійно сплювати. Після успішного курсу лікування, коли джерело підвищення внутрішньошлункового тиску - HP-інфекція була видалена зі слизової оболонки шлунка, а застосування прокінетика 2-го типу покращило функцію кардіального жому, роздратування глотки припинилося, що призвело до зникнення симптому, який довго мучив пацієнтку.

Таким чином, рясне слизоутворення в області глотки, що призводить до формування болісного симптому – постійного сплювання слизу, обумовлено поєднанням активного хронічного неатрофічного гастриту з недостатністю кардинального жому II ступеня і може трактуватися як один із проявів ГЕРХ.

Висновки

1. Рясне слизоутворення в області глотки, обумовлене поєднанням активного хронічного неатрофічного гастриту з недостатністю кардіального жому II ступеня, є одним із проявів ГЭРХ.

Література/References:

1. Васильев А.П., Стрельцова Н.Н. Распознавание ангинозных и пищеводных болей в грудной клетке // Справочник поликлинического врача. – 2016. - № 3. – С. 9 – 13. *[Vasiliev A.P., Streltsova N.N. Distinguishing between anginal and esophageal chest pain // Outpatient Physician's Handbook. – 2016. – No. 3. – P. 9–13.]*
2. Трофимов В.И., Безруков Ю.Н. Психосоматические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Архивъ внутренней медицины. – 2015. - № 5(25). – С. 55 – 61. *[Trofimov V.I., Bezrukov Yu.N. Psychosomatic aspects of the treatment of gastroesophageal reflux disease // Archive of Internal Medicine. – 2015. – No. 5(25). – P. 55–61.]*
3. Шадрина Н.Е., Вольская О.С., Тучков И.А., Честных В.А., Дехнич Н.Н., Пунин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и хронический кашель // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2023. – Т.22, № 2. – С. 140 – 145. *[Shadrina N.E., Volskaya O.S., Tuchkov I.A., Chestnykh V.A., Dekhnich N.N., Punin A.A. Gastroesophageal reflux disease and chronic cough // Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. – 2023. – Vol. 22, No. 2. – P. 140–145.]*
4. 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: OOO "RA" ART-V ", 2008. - 304 p.]*
5. Ендоскопія травного каналу. Норма патологія, 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.]*
6. Патент на корисну модель № 128945 Україна, UA, МПК *GO1N 33/497(2006.01), A61B 5/091(2006.01)* Спосіб тестування гелікобактерної інфекції у хворих на хронічний гелікобактеріоз за допомогою ХЕЛІК-тесту / А.О. Авраменко, О.А. Авраменко – u 2018 05050;Заявл.07.05.2018; Опубл. 10.10.2018; Бюл. № 19.–3 с. *[Utility model patent No. 128945 Ukraine, UA, MPK GO1N 33/497(2006.01), A61B 5/091(2006.01) Method of testing Helicobacter infection in patients with chronic Helicobacteriosis using the HELIK-test / A.O. Avramenko, O.A. Avramenko – u 2018 05050;Applied 07.05.2018; Publ. 10.10.2018; Bull. No. 19.–3 p.]*
7. Авраменко А.А. К вопросу о феномене «отдачи», возникающем у больного хроническим гастритом типа В при проведении эрадикации по схемам, в которых отсутствуют ингибиторы протоновой помпы // Проблеми військової охорони здоров'я (збірник наукових праць). – 2008. – випуск 23. – С. 3 – 9. *[Avramenko A.A. On the issue of the "rebound" phenomenon occurring in a patient with chronic gastritis type B during eradication according to regimens that do not include proton pump inhibitors // Problems of military health protection (collection of scientific works). – 2008. – Issue 23. – P. 3–9.]*

Внесок авторів / authors' contribution

Концептуалізація (Авраменко А.О.), методологія (Авраменко А.О., Васюк В.Л., Магденко Г.К); формальний аналіз (Авраменко А.О.), керування даних (Авраменко А.О., Магденко Г.К., Короленко Р.М.); написання статті (Авраменко А.О.): статистична обробка

матеріалів (Авраменко А.О., Васюк В.Л.).

Всі автори прочитали й погодилися 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 4 від 12.06.2026), 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 ШІ / Use of AI

ШІ під час написання роботи не використовували

Робота надійшла в редакцію 10.07.2026 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.62-002.1-085.322
DOI http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.23573430

О. Д. Нікітін, С .П. Пасєчніков, С. В. Головко, Я .М. Кліменко, В. С. Грицай, П .О. Самчук, М. О. Ясинецький, Г. Д. Рєзніков, Р. О. Оніс

СУЧАСНА НЕАНТИБІОТИЧНА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛІЗОВАНОЇ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ: КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДАННОЗА УРО-АКУТ З ОЦІНКОЮ СИМПТОМІВ ЗА ACSS

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Authors' Information
Нікітін О.Д./ Nikitin O.D. https://orcid.org/0000-0002-6563-7008
Пасєчніков С.П./ Pasiechnikov S.P. https://orcid.org/0000-0003-1416-1262
Головко С.В./ Golovko S.V. https://orcid.org/0000-0001-9479-2675
Кліменко Я.М./ Klymenko Y.M. https://orcid.org/0000-0002-7719-5067
Грицай В.С./ Hrytsai V.S. https://orcid.org/0000-0003-3501-6136
Самчук П.О./ Samchuk P.O. http://doi.org/0000-0001-6164-8634
Ясинецький М.О./ Yasynetskyi M.O. http://doi.org/0000-0002-4426-1769
Резніков Г.Д./ Reznikov H.D. http://doi.org/0000-0001-8603-9851
Оніс Р.О. /Onis R.O. https://orcid.org/0009-0008-2590-5064

Summary. Nikitin O.D., Pasiechnikov S.P., Holovko S.V., Klimenko Ya.M., Hrytsai V. S., Samchuk P.O., Yasynetskyi M.O., Rieznikov H.D., Onis R. O. **MODERN NON-ANTIBIOTIC STRATEGY FOR TREATING LOCALIZED URINARY TRACT INFECTION: CLINICAL EFFICACY OF *DANNOZA URO-ACUT* WITH SYMPTOM ASSESSMENT USING ACSS**. - *Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine. – e-mail: nikitin.uro@gmail.com.* **The aim** of the study was to evaluate the clinical efficacy and tolerability of a non – antibiotic treatment strategy for acute cystitis using the combination product

---

© Нікітін О.Д., Пасєчніков С.П., Головко С.В., Кліменко Я.М., Грицай В.С., Самчук П.О., Ясинецький М.О., Рєзніков Г.Д., Оніс Р.О.