

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭРОЗИИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

А.Г. Шулешова*, Л.А. Петрова, Д.В. Данилов

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

CHRONIC EROSIONS OF THE GASTRIC MUCOUS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE: PREVALENCE AND FEATURES OF THE CLINICAL COURSE

A.G. Shuleshova*, L.A. Petrova, D.V. Danilov

Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: shuleshova@yandex.ru

Цель исследования – выявить патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и определить место хронических эрозий (ХЭ) желудка в структуре заболеваний желудка (оценить клиническое течение, выявить эндоскопические критерии). **Материалы и методы.** Проанализированы данные 8885 ЭГДС за четыре года (с 2017 по 2020 г.) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Обследованы 185 больных основной группы с полными эрозиями, контрольную группу составили 183 больных с острыми эрозиями желудка. Больные обеих групп имели ХСН II–III функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (New York Heart Association, NYHA) с преобладанием мужчин пожилого возраста. Для диагностики использовали анамнестические данные и результаты инструментально-функциональных методов исследований, включающих ЭГДС, ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ-ЭКГ, стресс-ЭхоКГ, коронарографию. **Результаты.** Анализ данных ЭГДС у пациентов с ССЗ выявил наличие острых эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки – у 62.6%, наличие ХЭ желудка – у 13.9%. В большинстве случаев ХЭ сочетались с другими заболеваниями верхних отделов ЖКТ. Наиболее часто ХЭ желудка сочетались с острыми эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, что составило 32.1%. Согласно классификации К. Толјамо (2012), в 83.8% случаев ХЭ были зрелыми в сочетании с эрозиями IIa (9.2%) и III (12.6%) типов. Желудочная диспепсия в клинической картине пациентов обеих групп преобладала над другими проявлениями. **Заключение.** В результате проведенного исследования оценена частота встречаемости эрозивно-язвенного поражения и ХЭ у пациентов с ХСН II–III ФК по NYHA, уточнены клиничко-эндоскопические критерии ХЭ.

Ключевые слова: ХСН, эрозивно-язвенное поражение желудка, хронические эрозии желудка, острые эрозии желудка.

Purpose. To examine patients with chronic heart failure (CHF) for revealing chronic erosions in the gastric mucous of their upper gastrointestinal tract (GIT) and to identify the place of chronic erosions (CE) of the stomach in the structure of gastric diseases (to assess clinical course, to identify endoscopic criteria). **Materials and methods.** Findings of 8885 esophagogastroduodenoscopies (EGDS) obtained during four years (2017–2020) in patients with cardiovascular diseases were analyzed. 185 patients of the studied group with complete erosions were examined; the control group included 183 patients with acute gastric erosions. Patients of both groups had CHF of functional class II–III by the classification of New York Heart Association (NYHA). Elderly patients predominated. To put diagnosis, the following data were obtained: anamnesis, instrumental and functional examinations, EGDS, ECG, ECHO-CG, Holter ECG, stress ECHO CG, coronarography. **Results.** EGDS findings in patients with cardio-vascular diseases revealed acute gastric erosions in the stomach and duodenum in 62.6%; gastric chronic erosions – in 13.9%. In most cases, chronic erosions were accompanied with other diseases of upper GIT. Gastric chronic erosions were most often seen in combination with acute erosions and ulcers of the stomach and duodenum – 32.1%. By the K. Toljamo classification (2012), 83.8% of CE were matured and combined with erosions of types IIa (9.2%) and III (12.6%). Gastric dyspepsia prevailed over other pathologies in the clinical picture of patients in both groups. **Conclusion.** The performed study has identified the incidence of erosive-ulcerative lesions and CE in patients with CHF II–IIIFC by NYHA; CE clinical and endoscopic criteria were clarified as well.

Keywords: chronic heart failure, gastric erosive-ulcerative lesions, chronic gastric erosions, acute gastric erosions.

Ссылка для цитирования: Шулешова А.Г., Петрова Л.А., Данилов Д.В. Хронические эрозии слизистой желудка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: распространенность и особенности клинического течения. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2024; 1: 58–64.

Эрозивные поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в настоящее время остаются одной из самых распространенных и вызывающих интерес патологий гастродуоденальной зоны.

Формирование патологических изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ) при хронической сердечной недостаточности (ХСН) связывают с тяжелыми расстрой-

ствами микроциркуляции и гемостаза, изменениями функционального состояния желудка, регулярным приемом ulcerогенных препаратов, в первую очередь ацетилсалициловой кислоты, персистенцией *Helicobacter pylori* и тяжелым атеросклеротическим процессом в системе верхней брыжеечной артерии. Однако данные патогенетические факторы оцениваются неоднознач-

но, что обуславливает необходимость их дальнейшего изучения [1–4].

Системные гемодинамические нарушения, сопровождающие ХСН, инициируют активацию симпатoadrenalовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, создающих условия для формирования патологических процессов, в первую очередь нарушения функционального состояния желудка и микроциркуляции в СОЖ [5, 6]. При этом изменения СОЖ чаще всего проявляются острыми (ОЭ) и хроническими эрозиями (ХЭ).

ОЭ – плоские дефекты СОЖ, размеры их варьируют от точечного до 4–5 мм, могут быть округлой или вытянутой линейной формы. В зависимости от налета, покрывающего дно эрозий, можно судить о стадии развития дефекта. Налет фибрина указывает на разгар процесса, очищение поверхности от воспалительного выпота является признаком скорого заживления, которое может наблюдаться через два – семь дней от начала заболевания, без формирования рубцовых изменений [5–8].

Встречаемость различных форм эрозивно-язвенных поражений (ЭЯП) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у пациентов, страдающих ХСН, высокая и составляет, по данным литературы, до 75% [5, 9, 10].

В большинстве источников показана распространенность эрозивных поражений СОЖ без выделения острых или хронических эрозий. Благодаря многолетнему динамическому наблюдению за больными и современным эндоскопическим методам исследования стало возможным детализировать данные изменения СОЖ [7–9].

Хронические, или полные, эрозии (приподнятые, осподобные, вариолиформные, умбиликальные) представляют собой дефекты слизистой на приподнятом основании с пупковидным вдавлением в центре, покрыты фибринозным белым налетом или гемосидерином и, как правило, расположены множественно по вершинам складок в виде цепочек в антральном отделе желудка, но могут быть и единичными [5, 8, 11–13].

В одной из немногих существующих классификаций гастродуоденальных эрозий, предложенной К. Toljamo в 2012 г., эрозии желудка разделены на четыре типа с подтипами: первый тип – полные эрозии (ПЭ) (Ia – зрелые, Ib – незрелые), второй тип – неполные эрозии (IIa, IIb), третий тип – геморрагические эрозии, четвертый тип – эрозивные изменения препилорического отдела желудка (Grade I–III). По мнению авторов, данная классификация наиболее полно отражает эндоскопические и патоморфологические различия эрозивных поражений в случае ХЭ [14].

Хронические эрозии СОЖ выявляют при эндоскопическом исследовании у 4.3% больных, обследованных по поводу диспепсических жалоб. Однако истинная распространенность данной патологии значительно больше, так как значимая доля эрозий протекает бессимптомно и не диагностируется. На секционном материале эрозии желудка выявляются до 28% случаев [7, 8, 14].

Сопутствующий ХЭ морфологический фон разнообразен: эрозии могут образовываться на визуально не измененной слизистой; часто обнаруживаются на фоне хронического атрофического гастрита, кишечной метаплазии слизистой. Несмотря на это, часто на практике эндоскопическому заключению «хроническая эрозия желудка» не придают большого значения, и у большинства врачей не возникает в связи с этим онкологической

настороженности. Однако при гистологическом исследовании окружающей ХЭ СОЖ можно обнаружить различные степени выраженности диспластические изменения и даже аденому [15].

В то же время длительно сохраняющееся и часто рецидивирующее воспаление СОЖ с возникновением эрозивных дефектов на вершине ХЭ чревато желудочно-кишечным кровотечением. В данном случае оно будет иметь скорее латентный характер и вначале клинически никак себя не проявлять. Согласно данным ряда источников, снижение гемоглобина до легкой анемии характерно для 10–30% больных ишемической болезнью сердца (ИБС), принимающих антитромботическую терапию, а при наличии ХСН варьирует от 4 до 61%, что неблагоприятно влияет на прогноз и исход основного заболевания [16]. Лечение эрозивных повреждений на вершинах ПЭ представляет определенные трудности, нередко назначение ингибиторов протонной помпы не приводит к желаемому результату; это особенно важно для пациентов, принимающих двойную или тройную антитромботическую терапию.

Совокупность вышеописанных факторов и определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования – выявить патологию верхних отделов ЖКТ у пациентов с ХСН и определить место ХЭ желудка в структуре заболеваний желудка по оценке клинического течения с выявлением эндоскопических критериев.

Материалы и методы

В исследование были включены 185 больных с ПЭ и ХСН второго – третьего функционального класса (II–III ФК) по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (New York Heart Association, NYHA), которые составили основную группу (ОГ). К ХЭ относили приподнятые участки слизистой с пупковидным вдавлением в центре с наличием налета фибрина или солянокислого гематина.

В контрольную группу (КГ) вошли 183 больных с острыми эрозиями желудка, также с ХСН II–III ФК по NYHA.

Диагноз ХСН устанавливали на основании жалоб и инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ-ЭКГ, стресс-ЭхоКГ, коронарография). Причинами ХСН явились различные формы ИБС. Кроме того, у больных обеих групп диагностированы: гипертоническая болезнь, атеросклероз коронарных артерий, аорты и ее ветвей, брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей.

Критерием включения пациентов в исследование явилось добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения больных из исследования: возраст моложе 18 лет; злокачественные новообразования любой локализации; склеродермия, кардиоспазм и ахалазия кардии; острые нарушения коронарного и церебрального кровообращения в течение последних шести месяцев.

Все пациенты обследованы по единому плану: лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, D-димер, С-реактивный белок), клинические и инструментальные исследования.

У всех больных проводили сбор жалоб и анамнеза, просили заполнить опросник для диагностики желудочно-кишечных и кардиологических симптомов.

Таблица 1

Распределение пациентов основной группы с учетом возраста и пола, абс. (%)

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
От 18 до 44 лет	6 (3.3)	4 (2.2)	10 (5.5)
От 45 до 59 лет	43 (23.2)	6 (3.3)	49 (26.5)
От 60 до 74 лет	60 (32.5)	31 (16.7)	91 (49.2)
От 75 до 89 лет	12 (6.5)	20 (10.8)	32 (17.3)
Старше 90 лет	2 (1)	1 (0.5)	3 (1.6)
Всего	123 (66.5)	62 (33.5)	185 (100)

Таблица 2

Распределение пациентов контрольной группы с учетом возраста и пола, абс. (%)

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
От 18 до 44 лет	8	4.4	6	3.3	14	7.6
От 45 до 59 лет	45	24.6	8	4.4	53	29
От 60 до 74 лет	59	32.3	30	16.4	89	48.6
От 75 до 89 лет	7	3.8	18	9.8	25	13.7
Старше 90 лет	1	0.5	1	0.5	2	1
Всего	120	65.6	63	34.4	183	100

Таблица 3

Выявляемость ХЭ за исследуемый период

Год	Общее число ЭГДС	Количество выявленных ХЭ, абс. (%)
2017	2785	390 (14.0)
2018	2348	336 (14.2)
2019	2249	319 (14.2)
2020	1503	188 (12.5)
Всего	8885	1233 (13.9)

Таблица 4

Распределение пациентов с ХЭ в сочетании с эзофагитом и без эзофагита за исследуемый период, абс. (%)

Год	ХЭ в сочетании с эзофагитом	ХЭ без эзофагита	Всего
2017	141 (36.2)	249 (63.8)	390
2018	104 (31)	232 (69)	336
2019	99 (31)	220 (69)	319
2020	42 (22.3)	146 (77.7)	188
Итого	386 (31.3)	847 (68.7)	1233

Таблица 5

Распределение пациентов с ХЭ в зависимости от наличия или отсутствия ЭЯП желудка и/или ДПК, n = 1233

Сочетание ХЭ с острыми эрозиями желудка и/или ДПК	Количество, абс. (%)
ХЭ	837 (67.9)
ХЭ в сочетании с острыми эрозиями и язвами желудка	104 (8.4)
ХЭ в сочетании с острыми эрозиями и язвами ДПК	292 (23.7)
Всего	1233 (100)

Диагноз эрозивных изменений желудка подтверждали клинической симптоматикой и результатами эндоскопического исследования. Диагностическую эзофагогастродуоденоскопию выполняли эндоскопами EVIS EXERA II GIF-Q180 и EVIS EXERA II GIF-H180 фирмы OLYMPUS, оценивали состояние слизистой оболочки пищевода, желудка и ДПК. Распределение пациентов ОГ и КГ по полу и возрасту представлено в табл. 1 и 2.

Как видно из табл. 1, в ОГ пациенты молодого возраста составили меньшинство (5.5%), наибольшее количество пациентов (55.7%) были в возрастном диапазоне 45–74 лет.

Как видно из табл. 1 и 2, в обеих группах преобладали мужчины (66.5% ОГ и 65.6% КГ) пожилого возраста (49.2% ОГ и 48.6% КГ). Средний возраст в ОГ составил 61.3 ± 3.8 года, в КГ – 60 ± 4.8 года.

Результаты и обсуждение

Проанализированы данные 8885 ЭГДС за четыре года с 2017 по 2020 г. у пациентов с ССЗ. Из 8885 пациентов у 1233 (13.9%) выявлены ХЭ желудка, у 5565 (62.6%) – острые эрозии желудка и ДПК (табл. 3).

Согласно данным табл. 3, ежегодно ХЭ СОЖ выявляются примерно с одинаковой частотой, в среднем составляющей 14%. Однако в 2020 г. отмечено снижение числа выявленных ХЭ СОЖ до 12.5%, что может быть обусловлено началом периода пандемии коронавирусной инфекции SARS-CoV-2.

В большинстве случаев ХЭ сочетались с другими заболеваниями верхних отделов ЖКТ. Наиболее часто ХЭ желудка сочетались с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), что составило 31.3% (табл. 4).

Как видно из табл. 4, при эндоскопическом обследовании пациентов с ССЗ ежегодная частота встречаемости ХЭ в сочетании с эзофагитом находилась примерно в одинаковой пропорции и составила в среднем 30%, за исключением 2020 г. (пандемия коронавирусной инфекции SARS-CoV-2).

Анализ протоколов ЭГДС показал, что дуоденогастральный рефлюкс имелся у 42% больных. Эндоскопическими признаками дуоденогастрального рефлюкса являются: недостаточность привратника и примесь желчи в желудочном содержимом.

Хронические эрозии сочетались также с ЭЯП желудка и/или ДПК. Результаты представлены в табл. 5.

Как показано в табл. 5, ХЭ сочетаются с острыми эрозиями желудка и ДПК у 32.1% больных. Изолированно ХЭ желудка выявлены у 67.9% больных.

Далее были отобраны 185 пациентов с ХЭ желудка в стадии обострения (ОГ) и 183 пациента с острыми эрозиями желудка (КГ) с ХСН II–III ФК.

Клиническая симптоматика у пациентов с ХЭ со стороны верхних отделов ЖКТ представлена в табл. 6.

Как видно из данных табл. 6, частота жалоб на желудочную диспепсию преобладала над другими проявлениями в обеих группах: жалобы на чувство тяжести в эпигастрии – 30.3% в ОГ и 56.3% в КГ и изжогу – 32.9% в ОГ и 36.6% в КГ. У пациентов обеих групп наблюдалась боль в эпигастриальной области натошак почти с одинаковой частотой: у 49.7% пациентов в ОГ и у 54.6% в КГ. В меньшей степени по сравнению с другими проявлениями встречались жалобы на кишечные расстройства: газообразование у пациентов обеих групп наблюдалось

чаще других расстройств и практически с одинаковой частотой – 27% в ОГ и 25.7% в КГ. У 14.6% пациентов ОГ клинические проявления со стороны органов пищеварения отсутствовали.

Согласно данным табл. 7, основными проявлениями со стороны ССС отмечены: одышка и боль в грудной клетке, что соответствовало проявлениям ХСН II–III ФК по классификации NYHA. На дискомфорт в грудной клетке жаловались 35% пациентов ОГ и 37.7% КГ. Жалобы на одышку, чувство нехватки воздуха без связи с физической нагрузкой предъявляли 25% пациентов ОГ и 18% КГ. Боль за грудиной при физической нагрузке возникала у 62% пациентов ОГ и 53.5% КГ. Одышка при физической нагрузке имела у 57% больных ОГ и у 61.2% КГ.

Таким образом, в клинической картине пациентов обеих групп отмечались проявления, характерные для ХСН, и различные симптомы верхних отделов ЖКТ, которые характерны и для многих заболеваний ЖКТ.

В нашей работе использована классификация эрозий желудка, предложенная К. Toljamo (2012), результаты представлены в табл. 8.

Как показано в табл. 8, подавляющее большинство ПЭ – это зрелые эрозии подтипа Ia (рис. 1–3), которые отмечены у 83.8%; у 16.2% больных ОГ – незрелые ПЭ подтипа Ib (рис. 4). Незрелые ХЭ характеризуются наличием на их вершине пупковидного вдавления с венчиком гиперемии, зрелые ХЭ определяются наличием округлого изъязвления, развившегося в результате некроза и десквамации эпителия. На поверхности ПЭ зрелого подтипа наблюдались плотные пленки фибрина у 102 (65.8%) пациентов, налет солянокислого гематина – у 35 (22.6%) пациентов, смешанный тип налета (на фоне фибрина визуализировались вкрапления солянокислого гематина) – у 18 (11.6%) пациентов. У большинства пациентов (72.4%) обнаруживались множественные ПЭ (пять и более), единичные ПЭ (до пяти) – у 27.6%.

У 12.6% больных ОГ ПЭ сочетались с геморрагическими эрозиями (тип III). Геморрагические эрозии характеризуются поверхностным повреждением эпителиального слоя с налетом гемосидерина. Сочетание ПЭ с неполными эрозиями типа II отмечено у 11.4% больных. Неполные эрозии выглядят как небольшие повреждения эпителиального слоя в виде плоских эрозий, что соотносится с подтипом IIa; при подтипе IIb – плоские эрозии на небольшом возвышении. Сочетание ПЭ с эрозивными изменениями препилорического отдела желудка (тип IV) выявлено у 8.7% больных. Этот тип представлен утолщенной воспалительно-инфильтрированной складкой препилорического отдела желудка: с неизменной слизистой – Grade I, с гиперемированной слизистой – Grade II и с повреждением эпителиального слоя – Grade III.

В КГ эрозивные поражения желудка в основном представлены типами III (41%) и IV (38.8%) по классификации К. Toljamo (2012). Большинство острых эрозий (51.4%) в КГ были покрыты налетом солянокислого гематина, у 27.3% больных – фибрином (рис. 5), сочетание фибрина с солянокислым гематином имели 21.3% пациентов. У 85.8% больных ОЭ были множественными (более семи–восьми), в остальных случаях (14.2%) наблюдались единичные ОЭ (менее семи).

По представленным данным (табл. 9) видно, что эрозивные поражения у пациентов обеих групп были выявлены во всех отделах желудка, однако наиболее частой

Таблица 6

Клинические проявления со стороны верхних отделов ЖКТ у пациентов ОГ и КГ, абс. (%)

Клинические проявления	ОГ (n = 185)	КГ (n = 183)
Абдоминальная боль		
■ в эпигастрии натошак	92 (49.7)	101 (54.6)
■ в левом подреберье	49 (26.5)	63 (34)
■ в правом подреберье	40 (21.6)	46 (25)
■ в животе без четкой локализации	51 (27.6)	54 (29.2)
Желудочная диспепсия		
■ чувство тяжести в эпигастрии	56 (30.3)	103 (56.3)
■ отрыжка воздухом	49 (26.5)	58 (31.7)
■ изжога	61 (32.9)	67 (36.6)
■ тошнота	43 (23.2)	45 (24.6)
■ чувство горечи во рту	37 (20)	53 (29)
Кишечные проявления		
■ газообразование	50 (27)	47 (25.7)
■ запоры	21 (11.3)	18 (9.8)
■ кашицеобразный стул	19 (10.3)	22 (12)
■ чередование запора и диареи	32 (17.3)	27 (14.7)
Жалобы не предъявляли	27 (14.6)	0

Таблица 7

Клинические проявления со стороны ССЗ у пациентов основной и контрольной групп, абс. (%)

Клинические проявления	ОГ, n = 185	КГ, n = 183
Дискомфорт в грудной клетке без связи с физической нагрузкой	65 (35)	69 (37.7)
Одышка, чувство нехватки воздуха без связи с физической нагрузкой	46 (25)	33 (18)
Боль (давящая, сжимающая) за грудиной при физической нагрузке	115 (62)	98 (53.5)
Одышка при физической нагрузке	105 (57)	112 (61.2)

Таблица 8

Классификация эрозий желудка в ОГ и КГ по К. Toljamo (2012), абс. (%)

Основной тип	Подтип	ОГ, n = 185	КГ, n = 183
Полные эрозии (тип I)	Ia – зрелый подтип	155 (83.8)	–
	Ib – незрелый подтип	30 (16.2)	–
Неполные эрозии (тип II)	IIa	17 (9.2)	24 (13.1)
	IIb	4 (2.2)	13 (7.1)
	Участок повреждения эпителиального слоя на возвышении		
Геморрагические эрозии (тип III)		23 (12.6)	75 (41)
Эрозивные изменения препилорического отдела желудка (тип IV)	Grade I	2 (1.1)	16 (8.7)
	Grade II	3 (1.6)	24 (13.1)
	Grade III	11 (6)	31 (17)

Таблица 9

Локализация эрозивных поражений СОЖ, абс. (%)

Локализация	ОГ, n = 185	КГ, n = 183
Антральный отдел	148 (80%)	93 (50.8%)
Тело	13 (7%)	26 (14.2%)
Свод	–	9 (4.9%)
Антральный отдел и тело	24 (13%)	40 (21.8%)
Все отделы желудка	–	15 (8.2%)

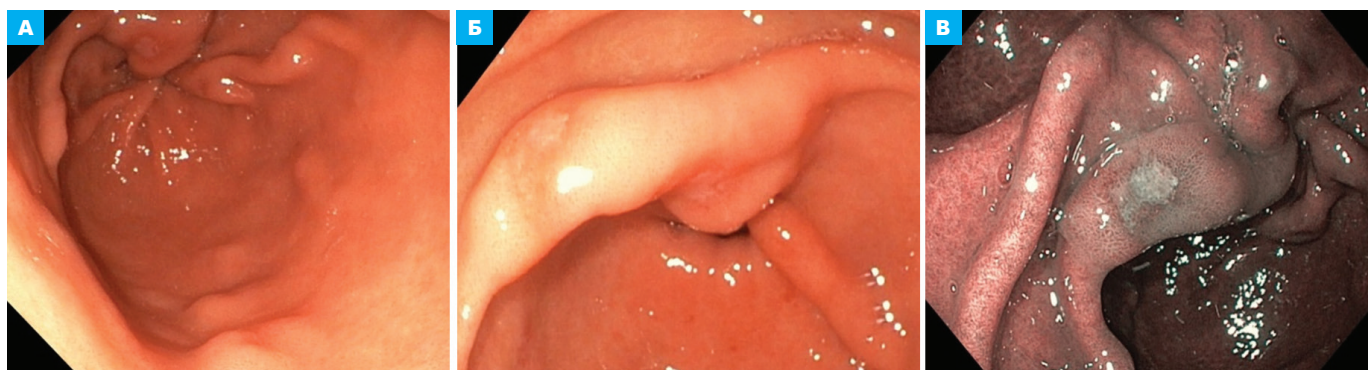


Рис. 1. Множественные ХЭ Ia – зрелый подтип (эрозированная поверхность с налетом фибрина): А, Б – осмотр в белом свете, В – осмотр в режиме максимального повышения качества (Narrow Band Imaging, NBI)

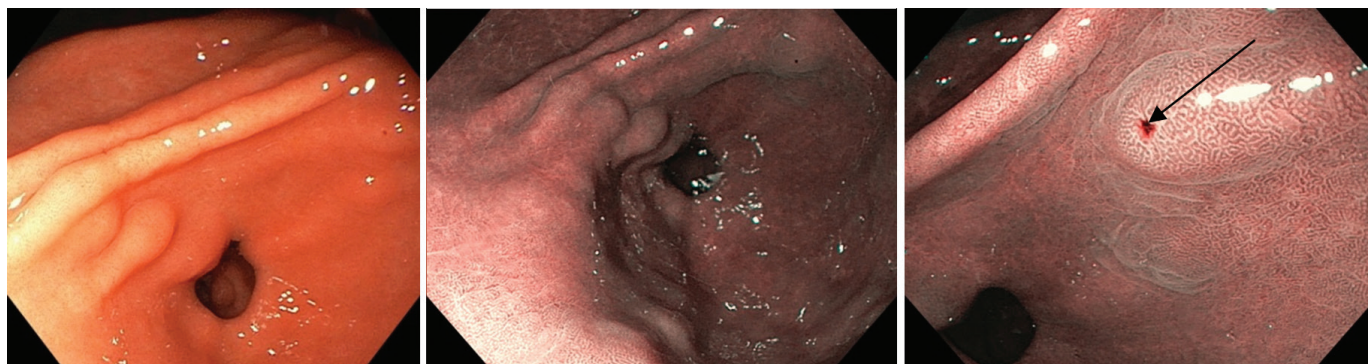


Рис. 2. Множественные ХЭ, расположенные цепочками по стенкам антрального отдела, Ia – зрелый подтип (поверхность единичной ХЭ по задней стенке покрыта налетом солянокислого гематина, указано стрелкой)

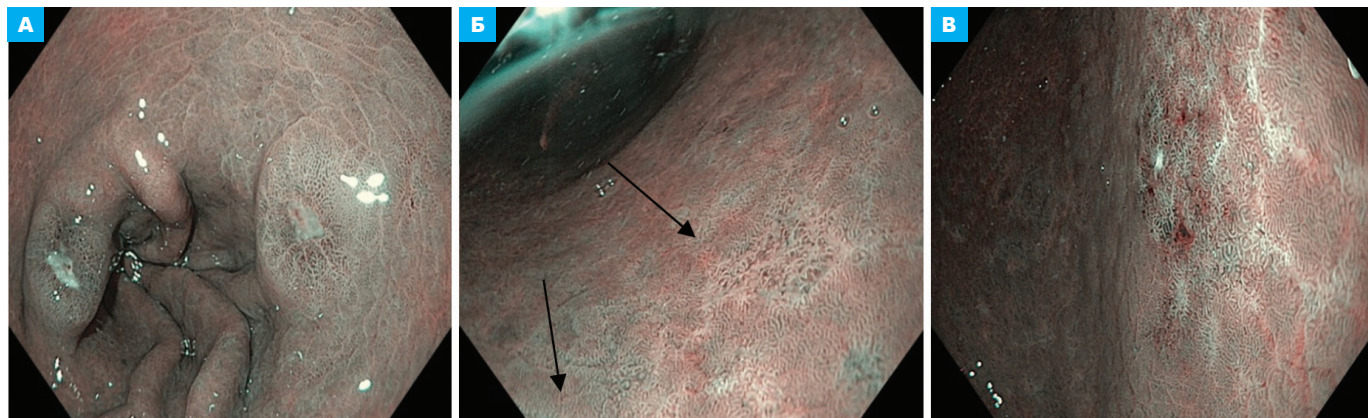


Рис. 3. Единичные ХЭ антрального отдела желудка с налетами фибрина и точечными вкраплениями солянокислого гематина на вершухах Ia – зрелый подтип. Изображения получены при осмотре в режиме NBI с увеличением

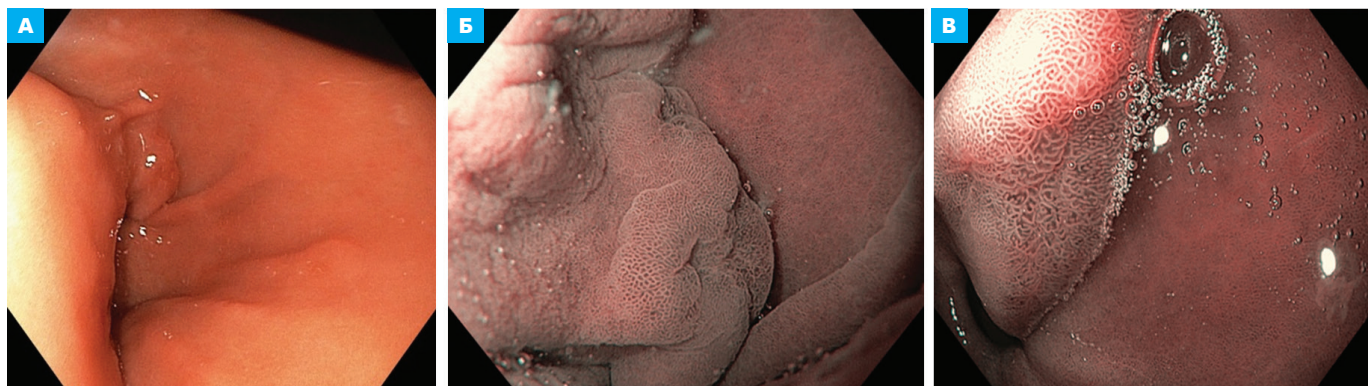


Рис. 4. Единичные ХЭ препилорического отдела желудка Ib – незрелый подтип (втянутые вершухи эрозий с признаками эпителизированной слизистой): А – осмотр в белом свете, Б, В – осмотр в режиме NBI с увеличением



Рис. 5. Острые эрозии желудка, характерные для пациентов контрольной группы

локализацией являлся антральный отдел. В отличие от ХЭ, острые эрозии локализовались одновременно во всех отделах желудка у 8.2% пациентов.

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа выявляемых эрозий СОЖ желудка. Это связано в основном с тем, что у лиц пожилого возраста, которые из-за наличия у них различных хронических заболеваний, в том числе и ССС, вынуждены принимать антитромботические и нестероидные противовоспалительные препараты. На фоне длительного приема этих препаратов развиваются ЭЯП СОЖ и ДПК, доля эрозий составляет до 75% [9, 10, 13]. Однако эрозии СОЖ представлены в целом ряде публикаций без деления на острые и хронические, только отдельные авторы пытаются дать определения этому патологическому процессу. В мировых статистических классификациях гастродуоденальные эрозии не фигурируют как отдельная нозология, лишь в эндоскопическом разделе Сиднейской системы упоминается о возможности визуального обнаружения острых и хронических эрозий. Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических технологий позволяет детализировать изменения СОЖ, в том числе дать более полную характеристику хроническим, или полным, эрозиям. Наше исследование показало, что частота встречаемости ПЭ у пациентов кардиологического профиля составила 13.9%, острых эрозий – 62.6%. Данные по острым эрозиям СОЖ и ДПК согласуются с литературными данными, распространенность ХЭ составляет от 4 до 28%, и данных по этой теме найдено немного [9, 10, 14]. В 31.3% случаев ХЭ сочетались с ГЭРБ и ежегодно выявлялись в одинаковой пропорции в течение четырех лет наблюдения, у 42% больных отмечен дуоденогастральный рефлюкс. ХЭ у 32.1% больных сочетались с острыми эрозиями, в 67.9% случаев выявлены изолированно. В большинстве случаев ХЭ (82–85%) – это округлые полиповидные образования диаметром до 5 мм с пупковидным вдавлением на вершине, располагающиеся в виде цепочки преимущественно в антральном отделе, что объясняется особенностями его микроангиоархитектоники. Данная локализация типична для ПЭ, что подтверждается результатами нашей работы и работ других исследователей [7, 8, 14]. ХЭ персистируют от нескольких недель до нескольких

лет, склонны к рецидивированию, могут быть одиночными или множественными (72.4%), чаще выявляются у мужчин (66.5%), чем у женщин, частота обнаружения увеличивается с возрастом: в нашем исследовании ХЭ выявлены у 55.7% больных старше 50 лет, что соответствует литературным данным [5, 8].

В терминологическом плане вопрос не решен окончательно: предлагаются различные наименования ХЭ (приподнятые, выпуклые, полные, оспоподобные, вариолиформные); в плане названия острых эрозий (базальные, простые, поверхностные, неполные) также нет единого мнения. Согласно классификации К. Toljamo (2012), полные эрозии зрелого подтипа Ia отмечены у 83.8% пациентов ОГ, незрелого подтипа Ib – у 16.2% больных. При этом ПЭ сочетались с геморрагическими эрозиями желудка у 12.6% больных и эрозивными изменениями препилорического отдела желудка у 8.7% пациентов.

Клиническая симптоматика у пациентов с ХЭ неспецифична. В нашем исследовании жалобы на боль в эпигастрии предъявляли около половины пациентов обеих групп, и скорее жалобы были проявлением сопутствующих нарушений со стороны ЖКТ и выражались желудочной диспепсией и/или различными видами кишечных расстройств. У 14.6% пациентов жалобы отсутствовали.

Заключение

Таким образом, у пациентов с ХСН достаточно часто выявляется патология верхних отделов ЖКТ, в основном ЭЯП. ХЭ составляют около 14% в структуре заболеваний желудка у пациентов с ХСН, при этом чаще выявляется Ia зрелый подтип, согласно классификации К. Toljamo (2012), эндоскопическим критерием которого является наличие округлого изъязвления, покрытого фибрином или соляннокислым гематином. Клиническая картина неспецифична и характеризуется в основном желудочной диспепсией.

Литература

1. Яковенко Э.П. и др. Применение пантопразола в схемах последовательной терапии *Helicobacter pylori*-инфекции // Фарматека. – 2013. – № 2 (255). – С. 52–58. [Yakovenko E.P. The use of pantoprazole

- in sequential therapy regimens for *Helicobacter pylori* infection // *Pharmateca*. – 2013. – No 2 (255). – P. 52–58]
2. Звенигородская Л.А. и др. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2003. – № 5. – С. 139. [Zvenigorodskaya L.A. Clinical and diagnostic features of diseases of the digestive system in patients with concomitant pathology of the cardiovascular system // *Experimental and Clinical Gastroenterology Journal*. – 2003. – No 5. – P. 139.]
 3. Чернеховская Н.Е. и др. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны у больных абдоминальной ишемической болезнью // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2017. – № 4 (140). – С. 58–63. [Chernekhovskaya N.E. Erosive and ulcerative lesions of the gastroduodenal zone in patients with abdominal ischemic disease // *Experimental and Clinical Gastroenterology Journal*. – 2017. – No 4 (140). – P. 58–63].
 4. Sandek A. et al. Intestinal blood flow in patients with chronic heart failure: a link with bacterial growth, gastrointestinal symptoms, and cachexia // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2014. – V. 64. – No 11. – P. 1092–1102. DOI: 10.1016/j.jacc.2014.06.1179.
 5. Осадчий В.А. и др. Клинико-морфологические особенности гастродуоденальных эрозий и язв при застойной сердечной недостаточности, сочетающейся с ишемической болезнью сердца, и значение патофизиологических реакций в их развитии // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2014. – № 6. – С. 50–55. [Osadchy V.A. Clinical and morphological features of gastroduodenal erosions and ulcers in congestive heart failure combined with coronary heart disease, and the importance of pathophysiological reactions in their development // *Experimental and Clinical Gastroenterology Journal*. – 2014. – No 6. – P. 50–55.]
 6. Edvinsson M.L. et al. Brain natriuretic peptide is a potent vasodilator in aged human microcirculation and shows a blunted response in heart failure patients // *J. Geriatr Cardiol.* – 2014. – V. 11. – No 1. – P. 50–56. DOI: 10.3969/j.issn.1671-5411.2014.01.004.
 7. Ниценко А.Ю. и др. Клинико-морфологические параллели при хронических эрозиях выходного отдела желудка // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. – 2008. – № 2–3. – С. М88. [Nicenکو A.Yu. Clinical and morphological parallels in chronic erosions of the gastric outlet // *Gastroenterology of St. Petersburg*. – 2008. – No 2–3. – P. M88].
 8. Циммерман Я.С. Гастродуоденальные эрозии: современное состояние проблемы // *Клиническая медицина*. – 2012. – № 1. – С. 17–24. [Zimmerman Ya.S. Gastroduodenal erosions: the current state of the problem // *Clinical medicine*. – 2012. – No 1. – P. 17–24].
 9. Шулешова А.Г. и др. Профилактика кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // *Актуальные вопросы клинической медицины*. – 2013. – С. 404–407. [Shuleshova A.G. et al. Prevention of the upper gastrointestinal tract bleeding in patients with diseases of the cardiovascular system // *Topical issues of clinical medicine*. – 2013. – P. 404–407].
 10. Комаров А.Л. и др. Состояние слизистой оболочки желудка у больных с ишемической болезнью сердца с высоким риском желудочно-кишечных кровотечений (регистр РЕГАТА-1) // *Терапевтический архив*. – 2021. – Т. 93. – № 12. – С. 1457–1462. [Komarov A.L. Gastric mucosa condition in patients with coronary artery disease and high risk of gastrointestinal bleeding (register REGATTA-1) // *Terapevticheskii Arkhiv (Therapeutic archive)*. – 2021. – V. 93. – No 12. – P. 1457–1462]. DOI: 10.26442/00403660.2021.12.201224.
 11. Никифоров П.А. и др. Диагностика и диспансерное наблюдение за хроническими эрозиями антрального отдела желудка // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2009. – № 5 (29). – С. 148. [Nikiforov P.A. Diagnosis and follow-up of chronic erosions of the antrum of the stomach. // *Rus. J. Gastroenterol. Hepatol. Coloproctol.* – 2009. – V. 5. – No 29. – P. 148].
 12. Петрова Л.А. и др. Хронические эрозии желудка в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // XVI Национальный конгресс терапевтов с международным участием: сборник тезисов XVI Национального конгресса терапевтов. Посвящается 150-летию со дня рождения Д.Д. Плетнева, Москва, 17–19 ноября 2021 года. – Москва: КСТ Групп, 2021. – С. 55. [Petrova L.A. Chronic gastric erosion in combination with gastroesophageal reflux disease in patients with cardiovascular diseases // XVI National Congress of Therapists with international participation: a collection of abstracts of the XVI National Congress of Therapists. Dedicated to the 150th anniversary of the birth of D.D. Pletnev, Moscow, November 17–19, 2021. – Moscow: KST Group, 2021. – P. 55].
 13. Фирсова Л.Д. и др. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. – Москва: Планида, 2011. – С. 52. [Firsova L.D. et al. Diseases of the stomach and duodenum. – Moscow: Planida. – 2011. – P. 52].
 14. Kari T. Gastric erosions – clinical significance and pathology: a long-term follow-up study University of Oulu Graduate School. – P.O. Box 5000, FI-90014 University of Oulu, Finland. – 97 p.
 15. Аруин Л.И. и др. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. – 1998. – С. 90. [Aruin L.I. et al. Morphological diagnostics of diseases of the stomach and intestines // *Volgograd Scientific Medical Journal*. – 1998. – p. 90].
 16. Бугрова И.А. и др. Особенности показателей красной крови у пациентов с ИБС и фибрилляцией предсердий // *Сердце*. – 2014. – Т. 2. – № 76. – С. 89–93. [Bugrova I.A. et al. Features of red blood indicators in patients with coronary heart disease and atrial fibrillation // *Heart*. – 2014. – V. 2. – No 76. – P. 89–93].