

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИВНО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

А.А. Лисица, А.Г. Шулешова*, Д.В. Данилов, А.Е. Комлев, З.Н. Голикова

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

OPTIONS FOR THE TREATMENT OF EROSIIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE STOMACH AND DUODENAL BULB IN PATIENTS WITH OCCLUSIVE-STENOTIC CHANGES IN THE ABDOMINAL AORTA

A.A. Lisitsa, A.G. Shuleshova*, D.V. Danilov, A.E. Komlev, Z.N. Golikova

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

*E-mail: shuleshova@yandex.ru

Аннотация

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения, эндоскопических проявлений и лечения патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных с окклюзивно-стенотическими изменениями брюшного отдела аорты. **Материалы и методы.** В исследование были включены 118 больных с атеросклерозом непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты (основная группа, ОГ). Группу сравнения составили 120 пациентов без атеросклероза непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты. Больные обеих групп имели атеросклероз коронарных артерий. Возраст исследуемых составил 45–89 лет. У всех пациентов выявлена патология верхних отделов ЖКТ. Медикаментозная терапия эрозивно-язвенного поражения (ЭЯП) слизистой оболочки верхнего отдела ЖКТ в обеих группах состояла из пантопразола и ребамипида. Эндоскопический контроль выполняли каждые 28 дней терапии. **Результаты.** Основными симптомами у пациентов ОГ являлись боль в животе, тяжесть в эпигастрии после еды и снижение аппетита. Эндоскопически чаще всего выявлялись эрозии и язвы желудка. При контрольном визите (через 28 дней) клинические симптомы исчезли у незначительного количества больных, заживление ЭЯП происходило медленно, и на 56-й день наблюдения они сохранялись у 50% пациентов. **Заключение.** Динамика заживления ЭЯП желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки в ОГ имела медленный темп без статистически значимых показателей. Длительное заживление ЭЯП слизистой у пациентов ОГ, вероятнее всего, связано с нарушением кровообращения в органах ЖКТ, вызванного атеросклеротическими изменениями сосудов.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, окклюзивно-стенотические изменения брюшного отдела аорты, ингибиторы протонной помпы, мезентериальная ишемия, хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения, ребамипид.

Abstract

Purpose. To study specific features of the clinical course, endoscopic manifestations and management of upper gastrointestinal tract pathologies in patients with occlusive-stenotic changes in the abdominal aorta. **Materials and methods.** 118 patients with atherosclerosis of the unpaired visceral branches of the abdominal aorta were included in the trial. The comparison group consisted of 120 patients without atherosclerosis of the unpaired visceral branches of the abdominal aorta. Patients in both groups had atherosclerosis of coronary arteries. They aged 45–89, and all of them had pathological changes in their upper gastrointestinal tract. Medicamentous therapy for ulcerative-erosive lesions of the upper gastrointestinal mucous in both groups included Pantoprazole and Rebamipide. Endoscopic monitoring was performed every 28 days during therapy. **Results.** Basic symptoms in patients from the main group were: abdominal pain, heaviness in the epigastrium after eating and loss of appetite. Endoscopically, gastric erosions and ulcers were most often revealed. At the control visit (in 28 days), clinical symptoms disappeared in a small number of patients, healing of the ulcerative lesions progressed slowly, and on day 56 of follow-up these symptoms still persisted in 50% of patients. **Conclusion.** Healing dynamics of erosive-ulcerative lesions of the stomach and duodenal bulb in the main group was hyposthenic without statistically significant signs. Such a slow healing was most likely predisposed by the impaired circulation in the gastrointestinal tract caused by atherosclerotic changes in blood vessels.

Keywords: erosive and ulcerative lesions, stomach, duodenal bulb, occlusive-stenotic changes in abdominal aorta, proton pump inhibitors, mesenteric ischemia, chronic and ischemic diseases of digestive organs, Rebamipide.

Ссылка для цитирования: Лисица А.А., Шулешова А.Г., Данилов Д.В., Комлев А.Е., Голикова З.Н. Возможности лечения эрозивно-язвенных поражений желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки у пациентов с окклюзивно-стенотическими изменениями брюшного отдела аорты. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2024; 2: 5–10.

Хроническую мезентериальную ишемию (ХМИ) определяют как недостаточность кровоснабжения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), чаще всего обусловленную атеросклеротическим стенозом одной или нескольких

мезентериальных артерий. В большинстве случаев пациенты обращаются с постпрандиальной болью в животе и потерей веса, однако могут быть и другие симптомы, такие как дискомфорт в животе, тошнота, рвота, диарея

или запор. Раннее выявление и диагностика ХМИ важны для своевременного лечения, улучшения качества жизни и предотвращения острой ХМИ.

Характер изменений органов пищеварительной системы, вызванных ишемией, разнообразен. Наиболее распространенным вариантом хронической ишемической болезни органов пищеварения (ХИБОП) является ишемическая гастродуоденопатия, протекающая в виде атрофического или неатрофического гастродуоденита, развития эрозий или язв в желудке и/или двенадцатиперстной кишке [1]. Гастродуоденальные эрозии и язвы, обусловленные абдоминальной ишемией, отличаются множественностью, значительными размерами, малосимптомностью или асимптомностью, низкой эффективностью консервативной терапии и риском рецидивирующих кровотечений [2]. Как правило, они развиваются у пожилых и полиморбидных пациентов, принимающих большое количество лекарственных препаратов, значительная часть которых оказывает неблагоприятное воздействие на слизистую оболочку ЖКТ. Появление эрозий и язв нередко ассоциируется с обострением или прогрессированием основного заболевания – с перепадами артериального давления, приступами ишемической болезни сердца, развитием аритмий, острого инфаркта миокарда, нарушением мозгового кровообращения. Особую опасность представляют эрозивно-язвенные поражения (ЯЭП) слизистой оболочки ЖКТ, в отсутствие должного лечения приводящие к осложнениям – желудочно-кишечным кровотечениям или перфорации [3].

По клиническому течению ХМИ делится на три функциональных класса [4]: первый функциональный класс – отсутствие нарушения кровотока в покое, нет ярко выраженной симптоматики, появление абдоминальной боли после нагрузочной пробы; второй функциональный класс – наличие признаков расстройств кровообращения в покое и усиление их после функциональной нагрузки, проявляющихся в виде выраженной клинической симптоматики (болевой, диспепсический синдромы, похудение, нарушение функции поджелудочной железы, дисфункция кишечника); третий функциональный класс – выраженные циркуляторные расстройства, обнаруживаемые в покое, сочетающиеся с постоянным болевым синдромом, выраженным похудением и дистрофическими изменениями органов пищеварения.

Лечение пациентов с ХИБОП представляет собой сложную задачу. Пациентам с ХМИ первого функционального класса, по мнению многих авторов, следует проводить консервативное лечение: диетотерапию, коррекцию нарушений липидного обмена, прием антиоксидантов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, нитратов и препаратов, улучшающих микроциркуляцию. Тактику лечения пациентов со вторым функциональным классом рекомендуется выбирать индивидуально. Выбор вида лечения должен основываться на результатах рентгеноконтрастной аортоартериографии. При выявлении у этих больных гемодинамически незначимых стенозов висцеральных артерий показана консервативная терапия. Гемодинамически значимые стенозы требуют эндоваскулярного или хирургического лечения. Сразу после инвазивного лечения назначается антитромбоцитарная терапия для улучшения реологии крови и тканевого метаболизма. Часто антитромбоцитарная терапия сочетается с назначением антикоагулянтных препаратов, что увеличивает риск желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с эрозивным или язвенным поражением верхних отделов ЖКТ [4, 5].

Терапия ЭЯП верхних отделов ЖКТ проводится по общепринятым правилам лечения язвенной болезни, эрозивных изменений и основана на приеме ингибиторов протонной помпы (ИПП). Препараты характеризуются высокой избирательностью действия, метаболизируются в печени с помощью ферментов из системы цитохрома P450, их метаболиты проникают в париетальные клетки желудка и активируются при кислом значении pH [6].

Антисекреторный эффект ИПП определяется количеством ингибитора, накопившегося в канальцах париетальных клеток, и периодом полужизни протонного насоса. Для того чтобы клетка снова начала продукцию соляной кислоты, необходимо вновь синтезировать протонные помпы, свободные от связи с ингибитором. Продолжительность эффекта блокирования обусловлена скоростью обновления протонных помп. Обычно половина помп обновляется у человека за 30–48 часов. Длительность действия различных ИПП при использовании равных доз с уровнем интрагастрального pH менее 2.0 практически одинакова. Повышение дозы препарата приводит к увеличению его концентрации и усилению антисекреторного эффекта. Поскольку для образования действующей формы препарата необходима кислая среда, оптимальная эффективность достигается при приеме ИПП за 30 минут до еды.

Кроме ИПП, в последнее время применяется ребамипид (регулятор синтеза эндогенных простагландинов в слизистой оболочке желудка (СОЖ) и в содержимом желудочного сока), оказывающий цитопротективное действие в отношении слизистой желудка, повышающий содержание слизи, улучшающий кровоснабжение СОЖ [7]. Механизм энтеропротективного действия ребамипида связан с устранением повышенной проницаемости кишечной стенки и восстановлением целостности кишечного барьера вследствие увеличения количества бокаловидных клеток и стимуляции их пролиферации, усиления (восстановления) плотных межклеточных контактов и подавления воспалительных реакций [8, 9]. Ребамипид включен в ряд российских клинических рекомендаций и консенсусных документов по снижению риска желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, получающих оральные антикоагулянты [10, 11]. Применение ребамипида у пациентов с атеросклеротическими стенозами непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты не изучено.

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения, эндоскопических проявлений и лечения патологии верхних отделов ЖКТ у больных с окклюзивно-стенотическими изменениями брюшного отдела аорты.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 118 больных с атеросклерозом непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты. Группу сравнения составили 120 пациентов без атеросклероза непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты. Больные обеих групп имели атеросклероз коронарных артерий, их возраст составил от 45 до 89 лет. У всех пациентов имелась патология верхних отделов ЖКТ, выявленная при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Диагностическую ЭГДС выполняли эндоскопами EVIS EXERA II GIF-H180 фирмы OLYMPUS: оценивали состояние слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с применением NBI и ZOOM, выполняли биопсию слизистой пищевода, тела и антрального отдела желудка.

Таблица 1

Результаты изучения рН-метрии желудка

Группа	Гиперацидность, абс. (%)	Нормацидность, абс. (%)	Гипоацидность, абс. (%)	Анацидность, абс. (%)
Основная группа	6 (5.1)	21 (17.8)	90 ⁺ (76.3)	1
Контрольная группа	68 (56.7)	41 (34.2)	11 (9.2)	0

^{*} Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).
⁺ Различия достоверны при сравнении среди пациентов ОГ ($p < 0.05$).

Таблица 2

Распределение обследованных пациентов по характеру клинических симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта

Симптом	Основная группа (n = 118)		Контрольная группа (n = 120)	
	Абс.	%	Абс.	%
Боль в животе:	90 [*]	76.3	50	41.7
■ ноющая;	63 ⁺	53.4	32	26.7
■ приступообразная	27	22.9	18	15
Локализация боли				
■ в эпигастральной области;	66 ⁺⁺	55.9	41	31.2
■ в правом подреберье;	8	6.8	2	1.7
■ в левом подреберье;	6	5	6	5
■ в околопупочной области	11 ^{**}	9.3	1	0.8
Тяжесть в эпигастрии после еды	104 ^{***}	88.1	84	70
Изжога	39	33	36	30
Тошнота	35 ^{****}	29.7	10	8.3
Рвота	32 ^{*****}	27.1	2	1.7
Снижение аппетита	89 [#]	75.4	12	10
Нарушение стула:				
■ запоры;	52 ^{##,+++}	44	25	20.8
■ неустойчивый стул	14	11.9	10	8.3
Снижение массы тела	41 ^{***}	34.8	9	7.5

^{*} Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).
⁺ Различия достоверны при сравнении характера боли в животе среди пациентов ОГ ($p < 0.05$).
⁺⁺ Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).
⁺⁺⁺ Различия достоверны при сравнении локализации боли в животе среди пациентов ОГ ($p < 0.05$).
^{****} Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).
^{*****} Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).
[#] Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).
^{##} Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).
⁺⁺⁺ Различия достоверны при сравнении характера нарушения стула среди пациентов ОГ ($p < 0.05$).
^{***} Различия достоверны при сравнении пациентов ОГ и КГ ($p < 0.05$).

Определение кислотной продукции выполнялось методом эндоскопической рН-метрии (АГМ-03), результаты приведены в табл. 1.

Из данных табл. 1 следует, что гипоацидное состояние наиболее характерно для пациентов ОГ (76.3%), при этом различия достоверны ($p < 0.05$).

Медикаментозная терапия ЭЯП слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ в обеих группах одинаковая: ИПП (пантопразол) 40 мг два раза в день за 30 минут до еды и ребамипид 100 мг три раза в день. Эндоскопический контроль выполнялся каждые 28 дней терапии.

При контрольных визитах оценивали динамику клинических проявлений со стороны верхних отделов ЖКТ и эндоскопической картины.

Результаты

Как видно из табл. 2, на момент начала лечения у пациентов превалировал болевой синдром, который фиксировался у 78.3% больных ОГ, что достоверно чаще при сравнении с пациентами КГ ($p < 0.05$), свыше половины больных ОГ характеризовали боль как ноющую (54.8%) ($p < 0.05$).

В обеих группах боль в основном локализовалась в эпигастральной области, однако 9.3% пациентов ОГ указыва-

ли на боль в околопупочной области, что достоверно чаще, чем у пациентов КГ (0.8%) ($p < 0.05$). Тяжесть в эпигастрии после приема пищи фиксировали 88.1% пациентов ОГ, что достоверно чаще при сравнении с пациентами КГ ($p < 0.05$). Тошнота (29.7%) и рвота (27.1%) встречались примерно в равном количестве у пациентов ОГ, что достоверно чаще, чем у пациентов КГ (8.3% и 1.7% соответственно). Обычно рвота у пациентов ОГ появлялась после приема пищи и приносила облегчение, в связи с чем ряд больных вызывали ее самостоятельно, в то время как у пациентов КГ рвота возникала на высоте болевого синдрома. Снижение аппетита достоверно чаще фиксировалось среди пациентов ОГ (75.4%) ($p < 0.05$). Нарушение стула в виде запоров достоверно чаще отмечали пациенты ОГ (44%) ($p < 0.05$). Вышеописанные симптомы приводили к ограничению приема пищи и, как следствие, к похудению. Снижение массы тела также достоверно чаще было отмечено у пациентов ОГ (34.8%) ($p < 0.05$). Эндоскопическая картина при первом визите представлена в табл. 3.

Чаще всего при эндоскопическом исследовании у пациентов ОГ выявляли эрозии желудка (75.4%), при этом различие достоверно по сравнению с КГ (47.5%) ($p < 0.05$). Диффузная атрофия СОЖ фиксировалась у 48.3% больных ОГ, что достоверно чаще, чем среди пациентов КГ (7.5%) ($p < 0.05$). Язвы желудка

Таблица 3

Результаты эндоскопического обследования пациентов

Выявленные изменения	Основная группа (n = 118)		Контрольная группа (n = 120)	
	Абс.	%	Абс.	%
Катаральные изменения СОП	5	4.2	8	6.7
Эрозии пищевода	34	28.8	35	29.2
Катаральные изменения СОЖ	3	2.5	6	5
Очаговая атрофия СОЖ	54	45.9	38	31.7
Диффузная атрофия СОЖ	57*	48.3	9	7.5
Эрозии желудка	89*	75.4	57	47.5
Язвы желудка	32*	27.1	7	5.8
Эрозии ЛДПК	17	14.4	18	15
Язвы ЛДПК	15	12.7	5	4.2

Примечание. СОП – слизистая оболочка пищевода, СОЖ – слизистая оболочка желудка, ЛДПК – луковица двенадцатиперстной кишки.

* Различия достоверны при сравнении основной и контрольной групп ($p < 0.05$).

Таблица 4

Результаты изучения локализации атеросклеротического поражения висцеральных ветвей брюшной аорты

Локализация атеросклеротических поражений висцеральных ветвей брюшной аорты	Количество пациентов (n = 118)	
	Абс.	%
Чревный ствол	37	31.4
Верхняя брыжеечная артерия	19	16.1
Сочетанное поражение	62	52.5
Всего	118	100

Таблица 5

Степень поражения сосудов у обследованных больных

Степень поражения сосудов, %	Количество пациентов				Итого, абс.
	ОГ		КГ		
	Абс.	%	Абс.	%	
0 (нет атером или сужения просвета сосуда)	0	0	120	100	120
До 25	9	7.6	0	0	9
25–49	12	10.2	0	0	12
50–69	63	53.4	0	0	65
70–99	34	28.8	0	0	34
Всего	118	100	120	100	238

Динамика клинической картины у больных основной и контрольной групп

Симптом	Исходно		28-й день		56-й день	
	ОГ (n = 118)	КГ (n = 120)	ОГ (n = 118)	КГ (n = 120)	ОГ (n = 118)	КГ (n = 120)
Боль в животе	90 (76.3)	50 (41.7)	77 (65.2)	12* (10)	65 (55.1)	2** (1.8)
Тяжесть в эпигастрии после еды	104 (88.1)	84 (70)	70+ (59.3)	9* (7.5)	61 (51.7)	2 (1.7)
Изжога	39 (33)	36 (30)	5+ (4.2)	8* (6.7)	3 (2.5)	0**
Тошнота	35 (29.7)	10 (8.3)	17 (14.4)	1* (0.8)	13 (11)	0
Снижение аппетита	89 (75.4)	12 (10)	69 (58.5)	4* (3.3)	60 (50.8)	0
Рвота	32 (27.1)	2 (1.7)	25 (21.2)	0	19 (16.1)	0
Нарушение стула	66 (55.9)	35 (29.2)	55 (46.6)	31 (25.8)	55 (46.6)	20 (16.7)
Снижение массы тела	41 (34.8)	9 (7.5)	39 (33)	3 (2.5)	39 (33.9)	0

* Различия достоверны при сравнении исходного показателя и результата на 28-й день терапии среди пациентов КГ ($p < 0.05$).

** Различия достоверны при сравнении между 28-м и 56-м днями терапии среди пациентов КГ ($p < 0.05$).

+ Различия достоверны при сравнении исходного показателя и результата на 28-й день терапии среди пациентов ОГ ($p < 0.05$).

обнаружены у достоверно большего количества больных ОГ (27.1%) ($p < 0.05$). Язвенные дефекты были поверхностными, неправильной формы, множественными, располагались преимущественно в антральном отделе желудка и теле по малой кривизне на фоне атрофии СОЖ. Размеры язв составили от 8 до 35 мм. Эрозии и язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (ЛДПК) встречались в приблизительно равном количестве у пациентов ОГ – 14.4% и 15% соответственно, при этом язвы ЛДПК достоверно чаще выявлены у пациентов ОГ (12.7%) ($p < 0.05$). Установленные поражения верхних отделов ЖКТ в большинстве случаев носили сочетанный характер изменений.

У пациентов ОГ диагностировано атеросклеротическое поражение непарных висцеральных ветвей брюшной аорты. Локализация атеросклеротического поражения висцеральных ветвей брюшной аорты представлена в табл. 4.

Как видно из табл. 4, у 52.5% больных было выявлено сочетанное атеросклеротическое поражение чревного ствола (ЧС) и верхней брыжеечной артерии (ВБА), изолированные поражения ЧС – у 31.4%, ВБА – у 16.1% пациентов. Степень поражения ЧС и ВБА была разной. Выраженность стенозов у пациентов ОГ представлена в табл. 5.

Из данных табл. 5 видно, что большая часть пациентов имели выраженное стенотическое поражение: стеноз 50–69% выявлен у 53.4% больных, 28.8% имели стеноз 70–99%.

Выбор вида лечения основывался на результатах рентгеноконтрастной аортоартериографии. При выявлении у больных гемодинамически незначимых стенозов висцеральных артерий проводили консервативную терапию. Гемодинамически значимые стенозы требовали эндоваскулярного или хирургического лечения. Показанием к проведению хирургического или эндоваскулярного вмешательства является стеноз более 50% нескольких висцеральных артерий при наличии клинической симптоматики ХИБОП или 70% одной из мезентериальных артерий. Среди пациентов ОГ у 75 (63.6%) имелся гемодинамически значимый стеноз мезентериальных артерий. Пациенты без гемодинамически значимого стеноза мезентериальных артерий составили 43 (36.4%) человека. Все пациенты вне зависимости от степени стеноза мезентериальных артерий получали одинаковое лечение заболеваний ЖКТ.

Оценка динамики клинической и эндоскопической картины на фоне терапии

Данные динамики клинических симптомов на фоне терапии у пациентов ОГ и КГ представлены в табл. 6.

Таблица 6

Таблица 7

Динамика эндоскопической картины у больных основной и контрольной групп, абс. (%)

Данные ЭГДС	Исходно		28-й день		56-й день	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
Эрозии желудка	89 (75.4)	57 (47.5)	71 ⁺ (60.2)	2 [*] (1.6)	59 (50)	0
Язвы желудка	32 (27.1)	7 (5.8)	25 (21.2)	5 (4.2)	22 (18.6)	1 (0.8)
Эрозии ЛДПК	17 (14.4)	18 (15)	13 (11.2)	3 [*] (2.5)	10 (8.5)	0
Язвы ЛДПК	15 (12.7)	5 (4.2)	11 (9.3)	1 (0.8)	8 (6.8)	0

* Различия достоверны при сравнении исходного показателя и на 28-й день терапии среди пациентов ОГ ($p < 0.05$).* Различия достоверны при сравнении исходного показателя и на 28-й день терапии среди пациентов КГ ($p < 0.05$).

Как видно из данных, представленных в табл. 6, у пациентов ОГ к 28-му дню лечения клинические симптомы (боль в животе, тошнота, сниженный аппетит, рвота, нарушения стула и снижение массы тела) уходили у незначительного количества больных и не имели статистически значимых изменений ($p > 0.05$), в отличие от пациентов КГ, где вышеописанные симптомы достоверно реже встречались к 28-му дню терапии. Изжога и тяжесть в эпигастрии фиксировались реже в обеих группах к 28-му дню, что статистически значимо ($p < 0.05$). Жалобы на снижение аппетита высказали достоверно меньшее количество пациентов КГ к 28-му дню лечения (2.5%) ($p < 0.05$). К 56-му дню наблюдения пациенты КГ не предъявляли жалоб, за исключением нарушения стула (16.7%). Однако у пациентов ОГ на 56-й день боль в животе и тяжесть в эпигастрии после еды сохранились у 55.1% и 51.7% пациентов соответственно, при этом изжога практически отсутствовала (2.5%). У 50.8% пациентов ОГ аппетит оставался сниженным (с наличием рвоты у 16.1%).

Оценка динамики эндоскопической картины

У всех пациентов с неосложненным течением ЭЯП прослежена динамика эпителизации эрозий и рубцевания язв желудка и двенадцатиперстной кишки, что представлено в табл. 7.

В табл. 7 показано, что у пациентов ОГ на фоне терапии достоверно реже встречались эрозии желудка на 28-й день лечения ($p > 0.05$), однако на 56-й день эрозии выявлялись у 50% пациентов. Динамика заживления язвенных дефектов желудка и ЛДПК в ОГ – вялая, без статистически значимых показателей. У пациентов КГ отмечена хорошая динамика заживления ЭЯП: к 28-му дню лечения эрозии желудка и ЛДПК встречались достоверно реже у 1.6% и 2.5% пациентов соответственно ($p < 0.05$). Только у одного пациента КГ сохранился остаточный язвенный дефект желудка к 56-му дню лечения.

Обсуждение

Течение атеросклероза и, соответственно, прогрессирующего синдрома хронической абдоминальной ишемии со временем приводит к декомпенсации мезентериального кровотока [12]. Стеноз мезентериальных артерий вызывает нарушение ламинарного потока и скорости кровотока, что приводит к тромбозу или дистальной эмболии, а в конечном итоге к острому нарушению мезентериального кровообращения – крайне тяжелому осложнению с высокой смертностью. При возникновении острого нарушения мезентериального кровообращения и инфаркта кишечника смертность составляет 70–95%.

Лечение основного заболевания (стеноза мезентериальных артерий) – эндоваскулярное (ангиопластика, стентирование) или хирургическое в сочетании с долгосрочным

приемом антитромботических препаратов. Целью лечения синдрома хронической абдоминальной ишемии является восстановление проходимости висцеральных артерий и кровоснабжения кишечника. В послеоперационном периоде необходимо продолжить консервативную терапию, направленную на восстановление структурно-функциональных нарушений органов пищеварительной системы. При невозможности проведения оперативного вмешательства проводится медикаментозная терапия ХИБОП. Она должна быть комплексной, тщательно выверенной, учитывающей имеющуюся патологию, все принимаемые больным лекарственные препараты, особенности их фармакокинетики, возможные межлекарственные взаимодействия и побочные эффекты. Пациентам назначаются препараты, обладающие антиатеросклеротическим эффектом, способствующие улучшению реологии крови и тканевого метаболизма. В нашем исследовании медикаментозная терапия, включающая антиагреганты, нитраты, статины, назначалась кардиологом. При этом крайне важно было обеспечить адекватную защиту слизистой оболочки ЖКТ с целью предупреждения осложнений. Проведенный анализ показал, что среди пациентов со стенозами мезентериальных артерий широко распространены эрозивные (75.4%) и язвенные (27.1%) поражения желудка и ЛДПК на фоне атрофических изменений СОЖ (94.2%). У больных абдоминальной ишемической болезнью (АИБ) по сравнению со здоровыми и больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки без АИБ отмечено статистически достоверное снижение средних показателей внутрижелудочной кислотности в течение всех временных периодов суток. По данным О.Ш. Ойноткиновой и соавт., снижение активного базального кислотообразования при ишемических язвах связано с нарушением кровоснабжения, ишемией и дистрофическими нарушениями кислотообразующего аппарата желудка. Для лечения ЭЯП верхних отделов ЖКТ назначают ИПП, хорошо зарекомендовавшие себя [13]. В данном исследовании, согласно рекомендациям, были назначены препараты пантопразола в лечебной дозе и ребамипид, сочетающий свойства гастро- и энтеропротектора. При этом оценивали клиническую симптоматику и эндоскопическую картину в динамике пациентов ОГ и КГ на 28-й и 56-й дни лечения. У пациентов КГ отмечена выраженная положительная динамика в виде снижения частоты жалоб на боль в животе, тяжесть в эпигастрии после еды, изжогу, тошноту и снижение аппетита, и к 56-му дню наблюдения они практически не имели данных жалоб. Среди пациентов ОГ жалобы снижались без статистически значимых показателей, кроме изжоги. К 56-му дню у половины пациентов ОГ все еще сохранялись жалобы на боль в животе, тяжесть в эпигастрии после еды и снижение аппетита.

Эндоскопическая картина у пациентов ОГ и КГ на 28-й день на фоне терапии различалась. У пациентов КГ отмечена хорошая динамика заживления ЭЯП: к 28-му дню лечения эрозии желудка и ЛДПК встречались достоверно реже у 1.6% и 2.5% пациентов соответственно ($p < 0.5$) и только у одного пациента КГ сохранился остаточный язвенный дефект желудка к 56-му дню лечения. Динамика заживления язвенных дефектов желудка и ЛДПК в ОГ вялая, без статистически значимых показателей, и на 56-й день эрозии сохранялись у 50% пациентов. Медленное заживление ЭЯП у пациентов со стенозами мезентериальных артерий вероятнее всего связано с патогенезом развития поражения слизистой верхних отделов ЖКТ.

Литература

1. Шулешова А.Г. и др. Диагностические аспекты изменений слизистой верхних отделов ЖКТ у больных с атеросклерозом непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2023. – № 3. – С. 60–67. [Shuleshova A.G. et al. Diagnostic aspects of changes in the mucous membrane of the upper gastrointestinal tract in patients with atherosclerosis of the unpaired visceral branches of the abdominal aorta // Kremlin Medicine J. – 2023. – No 3. – P. 60–67. In Russian]. DOI: 10.48612/cgma/3ap5-kp72-k5p2.
2. Чернеховская Н.Е. 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. – 2017. – No 4 (140). – P. 58–63. In Russian].
3. Боровкова Н.Ю. и др. Поражения желудочно-кишечного тракта при длительном приеме ацетилсалициловой кислоты у больных со стабильной ишемической болезнью сердца и возможности их коррекции // Доктор.Ру. – 2018. – № 8 (152). – С. 25–29. [Borovkova N.Yu. et al. Lesions of the gastrointestinal tract with long-term use of acetylsalicylic acid in patients with stable coronary heart disease and the possibility of their correction // Doctor.Ru. – 2018. – No 8 (152). – P. 25–29. In Russian]. DOI: 10.31550/1727-2378-2018-152-8-25-29.
4. Богатырев В.Г. и др. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни органов пищеварения: учебное пособие. – Ростов н/Д: Издательство РостГМУ, 2018. – 98 с. [Bogatyrev V.G. et al. Diagnosis and treatment of chronic ischemic disease of the digestive system: textbook. – Rostov n/D: RostSMU Publishing House, 2018. – 98 p. In Russian].
5. Воробьева Н.М. и др. Возможности защиты желудочно-кишечного тракта при применении пероральных антикоагулянтов прямого действия у пациентов с фибрилляцией предсердий // Клинический разбор в общей медицине. – 2022. – № 3. – С. 43–49. [Vorobyeva N.M. et al. Possibilities of protecting the gastrointestinal tract when using direct oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation // Clinical analysis in general medicine. – 2022. – No 3. – P. 43–49. In Russian]. DOI: 10.47407/kr2022.3.3.00133.
6. Kurokawa S. et al. A randomized, double-blinded, placebo-controlled, multicenter trial, healing effect of rebamipide in patients with low-dose aspirin and/or non-steroidal anti-inflammatory drug induced small bowel injury // J. Gastroenterol. – 2014. – V. 49. – No 2. – P. 239–244. DOI: 10.1007/s00535-013-0805-2.
7. Лазебник Л.Б. Консенсус экспертов по снижению риска желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, получающих оральные антикоагулянты // Терапия. – 2021. – № 10. – С. 23–41. [Lazebnik L.B. Experts consensus on reducing the risk of gastrointestinal bleeding in patients receiving oral anticoagulants // Therapy. – 2021. – V. 7. – No 10. – P. 23–41. In Russian]. DOI: 10.18565/therapy.2021.10.23-41.
8. Cho H.Y. et al. Pharmacokinetics and bioequivalence of two formulations of rebamipide 100-mg tablets: a randomized, single-dose, two-period, two-sequence crossover study in healthy Korean male volunteers // Clin. Ther. – 2009. – V. 31. – No 11. – P. 2712–2721. DOI: 10.1016/j.clinthera.2009.11.010.
9. Jaafar M.H. et al. Efficacy of rebamipide in organic and functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis // Dig. Dis. Sci. – 2018. – V. 63. – No 5. – P. 1250–1260. DOI: 10.1007/s10620-017-4871-9.
10. Ивашкин В.Т. и др. Применение ребамипида при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Вопросы детской диетологии. – 2020. – Т. 18. – № 2. – С. 53–60. [Ivashkin V.T. et al. Use of rebamipide for diseases of the gastrointestinal tract // Issues of pediatric dietology. – 2020. – V. 18. – No 2. – P. 53–60. In Russian]. DOI: 10.20953/1727-5784-2020-2-53-60.
11. Барышник Н.В. и др. Эффективность Ребамипида-СЗ в лечении эрозивных поражений слизистой оболочки желудка различной этиологии // Медицинский алфавит. – 2021. – № 40. – С. 35–40. [Baryshnikova N.B. et al. The effectiveness of Rebamipid-SZ in the treatment of erosive lesions of the gastric mucosa of various etiologies // Medical alphabet. – 2021. – No 40. – P. 35–40. In Russian]. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-40-35-40.
12. Шулешова А.Г. и др. Атеросклероз непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты (клинико-инструментальная диагностика) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2023. – Т. 217. – № 9. – С. 75–84. [Shuleshova A.G. et al. Atherosclerosis of unpaired visceral branches of the abdominal aorta (clinical and instrumental diagnostics) // Experimental and clinical gastroenterology. – 2023. – V. 217. – No 9. – P. 75–84. In Russian]. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-217-9-75-84.
13. Воробьева Н.М. и др. Безопасность антитромботической терапии в кардиологической практике: как защитить слизистую желудочно-кишечного тракта? // Терапия – 2022. – Т. 8. – № 4 – С. 134–140. [Vorobyeva N.M. et al. Safety of antithrombotic therapy in cardiological practice: how to protect the gastrointestinal mucosa? // Therapy Founders: Bionics Media. – 2022. – V. 8. – No 4. – P. 134–140. In Russian]. DOI: 10.18565/therapy.2022.4.134-140.