

Симптоматические эрозивно-язвенные поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у пациентов поликлиники

Л.А. Петрова¹, П.А. Никифоров², Д.В. Володин²

¹ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ, ²ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

В статье рассматриваются результаты диагностики и наблюдения за больными с эрозивно-язвенными поражениями верхнего отдела ЖКТ в поликлинике. Установлено, что больше половины из числа пациентов этой категории наблюдается по поводу различных хронических заболеваний, лечение которых сопряжено с приемом ульцерогенных препаратов. Терапия с применением антисекреторных лекарств позволила достигнуть хороших результатов, а эрадикация *Нр* не повлияла на ее результаты. Использование эндоскопических методов наблюдения за пациентами, входящими в группу риска, позволяет осуществить своевременную диагностику указанных изменений и выработать рациональную тактику ведения больных этой категории.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

The article discusses results of diagnostics and follow-up of patients with erosive-ulcerative lesions of the upper part of gastrointestinal tract in an out-patient unit. It has been found out that more than half of these patients were treated for various chronic diseases, and this treatment included ulcerogenic preparations. Therapy with antisecretory preparations gave good results while *HP* eradication did not have any influence at the results. Endoscopic examination which was used during the follow-up period of patients from the risk group promoted a timely diagnostics of the above mentioned changes and allowed to develop a reasonable tactics for treating patients of such category.

Key words: erosive-ulcerative lesions of the upper part of gastro-intestinal tract .

Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день являются одной из наиболее часто встречающихся форм патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3]. Принято разграничивать язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как самостоятельное заболевание и симптоматические поражения, возникновение которых является вторичным по отношению к основному заболеванию или связано с приемом препаратов, оказывающих ульцерогенное действие [4, 6, 8].

Необходимо отметить, что диагностика указанных изменений, особенно у лиц старших возрастных групп, сталкивается со значительными трудностями, так как клинические проявления заболевания часто отсутствуют или носят малосимптомный характер [3, 7]. Поэтому важное значение приобретает эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Поликлиника является первичным этапом в диагностике данной формы патологии у пациентов всех возрастных групп. В амбулаторных условиях проводится эндоскопическое наблюдение за пациентами, в том числе и на фоне медикаментозной терапии, что позволяет установить связь эрозивно-язвенных поражений с сопутствующими заболеваниями и возможным лекарственным воздействием.

В настоящей работе рассматривается распространенность симптоматических эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела ЖКТ у пациентов поликлиники, исходя из наличия возможных факторов, вызывающих их развитие, а также оценка динамики течения на фоне терапии.

Материалы и методы

В исследование включены данные обследования 197 пациентов (122 мужчин – 62% и 75 женщин – 38% в возрасте от 25 лет до 91 года) с наличием эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ. При отборе исключались больные, у которых в анамнезе имелась язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Все пациенты находились на диспансерном учете и наблюдении в ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ (главный врач Е.Л. Никонов). В число используемых клинических и лабораторно-инструментальных методов наблюдения обязательно входило эндоскопическое исследование верхнего отдела ЖКТ. У 70 пациентов при гистологическом исследовании биоптатов из слизистой оболочки желудка определялось наличие хеликобактер пилори (*Нр*). Положительный результат был отмечен в 35 случаях (50%).

Результаты и обсуждение

Все пациенты обследуемой группы наблюдались в поликлинике по поводу различных хронических заболеваний и у части из них в терапии использовались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). В соответствии с принятой эндоскопической классификацией к эрозиям относили поверхностный дефект слизистой оболочки 0,3–0,5 см, чаще эрозии имели множественный характер и располагались в теле и антральном отделе желудка. Эрозии были плоскими у 67% пациентов, на приподнятом основании у 18% пациентов и в 15% случаев были выявлены оба варианта эрозий. Симптоматические язвы, встречавшиеся изолированно или в соче-

Распределение пациентов в зависимости от основного диагноза и характера поражения

Клинический диагноз	Эрозии желудка	Язвы и эрозии желудка	Язвы и эрозии двенадцатиперстной кишки	Язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки	Всего
ИБС, стенокардия напряжения. Атеросклероз. Кардиосклероз, артериальная гипертензия (в том числе прием НПВП)	52(42,6%) 42 (80,8%)	28 (23,0%) 18 (64,3%)	14(11,4%) 6 (42,8%)	28 (23,0%) 21 (75,0%)	122 (62%) 87 (71%)
Остеохондроз, артрозы, артриты. Болезнь Бехтерева (в том числе прием НПВП)	16 (53,3%) 15 (94,0%)	6 (20,0%) 6 (100%)	4(13,3%) 2 (50,0%)	4 (13,3%) 3 (75,0%)	30 (15,2%) 26 (87%)
Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный/ некалькулезный холециститы. Вирусные гепатиты	4 (36,4%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	11 (5,6%)
Бронхиальная астма. Пневмония. Острый обструктивный бронхит. Синуситы. Ангины, тонзиллиты	5 (45,5%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	11 (5,6%)
Геморрагический васкулит. Рак молочной железы, яичников, легких. Лимфогранулематоз. Аппендицит, аппендэктомия. Мочекаменная болезнь, пиелонефрит	2 (22,2%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	9 (4,6%)
Прочие	4 (28,8%)	2 (14,4%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)	14 (7,0%)
Всего ...	83(42,1%)	39(19,8%)	32(16,2%)	43(21,3%)	197

тании с эрозиями, представляли собой дефект слизистой с четкими краями, округлой формы, не превышающий 1–1,5 см, дно неглубокое, покрыто фибрином, иногда с включением солянокислого гематина.

Распределение пациентов в зависимости от клинического диагноза, локализации, характера поражений и факта приема НПВП представлено в табл. 1.

Как видно, значительную часть пациентов составляют больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также лица, страдающие патологией опорно-двигательного аппарата, в лечении которых в 71–87% случаев использовались НПВП. 82 пациента (73%) получали антиагреганты – кардиомагнил, тромбо асс, аспирин, 20 больным (17%) были назначены противовоспалительные средства – найс, диклофенак и 11 больным (9,7%) назначались препараты как с антиагрегантным, так и с противовоспалительным эффектом. У остальных пациентов (84 человека – 43%) указаний на систематический прием указанных медикаментов не было. Поражение локализовалось в желудке (62%) или являлось сочетанным (21%) Достоверно чаще (93%) с приемом ulcerогенных препаратов сочеталось возникновение эрозий и язв желудка ($p < 0,05$).

70 пациентам было проведено лечение и оценены его результаты. Эндоскопическое исследование проведено через 1–3 мес. В зависимости от характера терапии пациенты были разделены на две группы. Пациентам первой группы назначали ингибиторы протонной помпы – омепразол по 20 мг 2 раза в день в течение 4 нед. Во второй группе в связи с наличием у пациентов инфекции Нр на фоне антисекреторной терапии проводили эрадика-

ционное лечение. Назначалась трехкомпонентная схема эрадикации – омепразол 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, клацид 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. Далее в течение 3 нед пациенты получали омез 40 мг в сутки. Контрольное исследование проводилось через 2–3 мес. Результаты представлены в табл. 2 .

Результаты терапии в двух группах оказались сопоставимыми, и у большей части пациентов отмечена положительная динамика на фоне антисекреторной терапии и отмены ulcerогенного препарата. Не установлено зависимости эффективности заживления от наличия Нр-инфекции и проведения эрадикационной терапии.

Таким образом, эндоскопическое наблюдение позволило выявить группу пациентов поликлиники, объединяемую наличием эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела ЖКТ, но не относящихся к категории больных язвенной болезнью. Указанные изменения могут рассматриваться как симптоматические, если возможно установить или предположить конкретные причины их возникновения, одной из которых может служить прием ulcerогенных препаратов. В последнее время количе-

Таблица 2

Результаты терапии больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки

Изменения слизистой оболочки	Выздоровление	Без динамики	Всего
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе сочетанные	31 (88%)	4 (125%)	35
Эрозивные гастриты, эрозивные гастродуодениты	26 (74%)	26 (26%)	35

ство симптоматических эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки возрастает [3]. Это связано, в частности, с увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста, которые, имея различными хронические заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, вынуждены использовать ulcerогенные препараты [2, 9, 10], что демонстрируют и результаты нашего исследования. Будучи вторичными по своему происхождению, эрозивно-язвенные поражения могут существенно осложнить течение основного заболевания [1, 3, 5]. Кроме того, у части пациентов эрозивный гастродуоденит может являться следствием других хронических заболеваний органов пищеварения (желчевыводящие пути, поджелудочная железа) или являться самостоятельной формой поражения ЖКТ. Так как указанные поражения часто протекают бессимптомно, неоспорим вклад эндоскопических исследований верхних отделов ЖКТ в выявление изменений слизистой оболочки у пациентов. Это позволяет своевременно провести лечение данной патологии и коррекцию терапии основного хронического заболевания.

Литература

1. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: «Триада — X», 1998 — С. 154–225.

2. Арутюнов А. Г., Бурков С. Г. Спектр заболеваний желудочно-кишечного тракта, выявляемые при проведении эндоскопического исследования у пациентов старческого возраста. — *Клинический вестник*. — 2002. — С. 46–49.

3. Залесова В. Г., Никифоров П. А. Симптоматические эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях многопрофильного стационара. — *Клинический вестник*. — 2007. — С. 33.

4. Калинин А. В. Симптоматические гастродуоденальные язвы. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук — 14.00.04 — 1987.

5. Каратеев А. В., Насонова В. А. Проблемы НПВП-индуцированных гастропатий: прошлое и настоящее. 2004. — <http://www.rmj.ru/bop/t6/n1/36.htm>.

6. Кузин М. И., Чистова М. А. Острые язвы и ulcerогенные эндокринные заболевания — в кн.: *Хирургические болезни*. Под ред. М. И. Кузина — М.: Медицина, — 1995. — 379–383 с.

7. Пономарев А. А., Куликов Е. П. Необычные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — Рязань: Узоречье. — 2003.

8. Яицкий Н. А., Седов В. М., Морозов В. П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Москва: МЕДпресс-информ. — 2002 — 10 с.

И др. авторы.

Полипы желудка: ближайшие и отдаленные результаты эндоскопической полипэктомии и динамического наблюдения

В.Н. Ляпунова¹, П.А. Никифоров¹, Е.И. Брехов¹, А.Ф. Блохин³, С.Г. Бурков³, Ю.П. Грибунов²

¹ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,

²ФГБУ «Центральная клиническая больница» УД Президента РФ,

³ФГБУ «Поликлиника №3» УД Президента РФ

Под наблюдением находилось 407 больных с полипами желудка. В 282 случаях прослежены ближайшие и отдаленные результаты полипэктомии. Установлено, что среди полипов желудка в 1,6–3% случаев могут встречаться малигнизированные образования. После полипэктомии в 15% случаев возможно образование новых полипов. В 22% случаев возникает рецидив опухоли в месте удаления, в том числе в 10% — в форме рака желудка. Полученные результаты подтверждают необходимость эндоскопического наблюдения за пациентами с полипами желудка в период до и после их удаления.

Ключевые слова: полипы, рак.

407 patients with stomach polyps were taken into the study. Immediate and long-term results of polypectomy have been followed-up in 282 cases. It has been found out that malignant neoplasms can be met in 1.6–3% of cases. In 15% of cases new polypous formations may appear after polypectomy. In 22% tumour recurrences may develop at the site of removal; among them - 10% as stomach cancer. The obtained results confirm a necessity to include endoscopic examination into the follow-up program of patients with stomach polyps before and after polyps' removal.

Key words: polyps, cancer.

Диагностика и методы лечения полипов желудка остаются на сегодняшний день одной из актуальных проблем медицины [9, 10]. Полипы желудка, по данным некоторых авторов, выявляются у 2,5–3% пациентов, которым была проведена скрининговая эзофагогастродуоденоскопия [4, 5]. Научный и практический интерес к этому вопросу прежде всего обусловлен доказанной взаимосвязью полипов желудка и рака, что включает их в число предраковых заболеваний [11, 12, 14]. К основной массе полипов желудка относятся образования,

имеющие гистологическое строение гиперпластических (гиперперплазиогенных) полипов и аденомы (аденоматозные полипы), относящиеся к истинным доброкачественным эпителиальным опухолям [1, 6, 8, 13]. Ведущим методом диагностики, наблюдения и лечения полипов желудка является эндоскопия [2, 3, 7].

В настоящей публикации рассматриваются результаты диагностики и динамического наблюдения за больными с полипами желудка в лечебных учреждениях, подведомственных УД Президента РФ.