

## СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГАСТРОПАТИИ

**Атабаева Саодат Музаффаровна**

Центр развития повышения квалификации медицинских  
работников, ассистент кафедры

[doctorcaodat@mail.ru](mailto:doctorcaodat@mail.ru)

### **АННОТАЦИЯ**

*Исследовано у 41 больного с ревматическими заболеваниями состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Во время фиброгастродуоденоскопии у 36 пациентов (87,8 %) была выявлена эндоскопическая картина хронического гастродуоденита, характеризующаяся отечностью и гиперемией слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. У 29 больных (70,8 %) были выявлены эрозивно-язвенные изменения в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки (множественные эрозии слизистой – в 22 наблюдениях, язва желудка – в 4, язва двенадцатиперстной кишки – в 6). Выявленные нарушения представляли потенциальную опасность развития гастродуоденальных кровотечений у наблюдаемых больных. В связи с чем в ходе предоперационной подготовки больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны проводился комплекс лечебных мероприятий, составленный в соответствии с рекомендациями 4-го Маастрихтского соглашения (2010) и адаптированный к конкретной клинической ситуации (выраженность ревматической атаки, состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки). Основным результатом проведенного исследования явилось снижение числа*

*гастродуоденальных кровотечений у больных ревматическими заболеваниями с 4,1 % в 2010–2014 гг. до 1,9 % в 2019–2023 гг. ( $p < 0,05$ ).*

**Ключевые слова:** *эрозивно-язвенные поражения слизистой гастродуоденальной зоны, ревматические заболевания, гастродуоденальные осложнения*

## **STATE OF THE PROXIMAL PART MUCOSA OF GASTROINTESTINAL TRACT IN THE PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES WITH SIGNS OF GASTROPATHY**

### **SUMMARY**

*The state of gastroduodenal mucosa was studied in 41 patients with rheumatic diseases. The fibrogastroduodenoscopy in 36 patients (87,8%) showed endoscopic picture of chronic gastroduodenitis, characterized by swelling and hyperemia of the mucosa of the stomach and gastroduodenum. In 28 patients (68,3%) there were revealed erosive-ulcerative changes in the gastroduodenal mucosa ( multiple mucosa erosion – in 22 observations, gastric ulcer – in 4, duodenal ulcer – in 6 patients). The disorders revealed present potential danger for development of gastroduodenal hemorrhages in the patients observed. In this connection during preoperative preparation of the patients with erosive-ulcerative damages of the gastroduodenal zone there was performed complex of the therapeutic measures developed in accordance to the recommendations of the 4d Maastricht Consensus (2010) and adapted to the concrete clinical situation (severity degree of the rheumatic attack, state of the gastroduodenal mucosa). The main result of the research performed was reduction of the quantity of gastroduodenal hemorrhages in the patients with rheumatic diseases from 4,1% in 2010-2014 to 1,9% in 2019-2023 ( $p < 0,05$ ).*

**Key words:** *erosive-ulcerative damages of the gastroduodenal mucosa, rheumatic diseases, gastroduodenal complications.*

Актуальность проблемы определяется прежде всего тем, что гастродуоденальные кровотечения нередко осложняют течение болезни [4, 6], а по тяжести проявлений и вероятности неблагоприятного исхода их последствия вполне сопоставимы с другими системными осложнениями [1].

Исследование состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующей коррекцией выявленных нарушений является важным аспектом в подготовке больных с ревматическими заболеваниями с проявлениями гастропатии к дальнейшему осуществлению лечебных и реабилитационных мероприятий[3].

### **ВВЕДЕНИЕ РАБОТЫ**

Изучить у больных ревматическими заболеваниями с проявлениями гастропатии, состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В основу настоящей работы были положены наблюдения за 41 пациентами с ревматическими заболеваниями, наблюдавшихся и лечившихся в многопрофильной клинике, Центра развития повышения квалификации медицинских работников, Минздрава Республики Узбекистан в период с 2019 по 2023 год. Преобладали лица мужского пола – 24 пациента(58,6%), средний возраст больных составил  $61 \pm 6,3$  года (от 46 до 84 лет). Показаниями для госпитализации в клинику были обострения проявления болезни в виде ревматической атаки и повышенные показатели рвмапроб.

Среди других сопутствующих заболеваний в анамнезе наиболее часто встречались язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (26,6 %), сахарный диабет 2-го типа (16,2 %), ожирение (9,5 %). Большинство пациентов страдало гипертонической болезнью (98,1 %).

Все наблюдаемые больные подвергались полному клиническому обследованию. Помимо тщательного объективного исследования в программу диагностических мероприятий входили общепринятые лабораторные и

инструментальные тесты, позволяющие оценить общесоматический статус больного, состояние центральной гемодинамики и регионального кровообращения. Учитывая высокий риск эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта в обязательный алгоритм обследования была включена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с биопсией для гистологического и бактериологического изучения состояния слизистой оболочки.

Статистическая обработка материала производилась при помощи пакета компьютерных программ SPSS Statistics 17.0.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Частое сочетание ревматических заболеваний с проявлениями гастропатий с поражением проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта нашло подтверждение при обследовании нашей группы больных. На момент первичного осмотра в клинике при детальном расспросе у 30 пациентов (73,2 %) выявлены жалобы на периодически возникающие диспепсические явления и боль в эпигастральной области живота, у 28 больных (68,3 %) в анамнезе имелись сведения о язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Трое из них ранее перенесли операции по поводу осложнений язвенной болезни: двое в связи с кровотечением из язвы гастродуоденальной зоны, а один – по поводу перфорации язвы желудка.

Во время ФГДС у 36 пациентов (87,8 %) была выявлена эндоскопическая картина хронического гастродуоденита, характеризующаяся отеком и гиперемией слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, умеренными расстройствами кровообращения, но без каких-либо эрозивно-язвенных изменений. У 15(36,6%) пациентов на фоне хронического гастродуоденита определялась постязвенная деформация, локализованная в основном в области луковицы двенадцатиперстной кишки, что свидетельствовало о наличии в анамнезе язвенной болезни.

Тест на *H.pylori* (HP) оказался положительным у 22 пациентов, что составляет 53,7% случаев.

В 29 наблюдениях (70,8 %) при ФГДС были выявлены эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, характер и частота этих изменений представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота и характер эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных периферическим атеросклерозом

Изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки	Количество больных	
	абс. число	в %
Эрозивный гастрит, в том числе:	17	41,5
– в сочетании с катаральным эзофагитом	11	26,9
– с субэпителиальными геморрагиями	8	19,6
Эрозивный бульбит	15	36,6
Эрозивный гастродуоденит	22	53,7
Язва желудка	14	34,2
Язва двенадцатиперстной кишки	11	26,9

У 29 (70,8) больных дефекты слизистой носили характер плоских эрозий, в 27 случаях (65,9 %) они локализовались только в желудке, чаще всего располагаясь в антральном отделе, а у 8 (19,6) из них сочетались с субэпителиальными геморрагиями. В 11 (26,9) случаях выявлены явления гастроэзофагального рефлюкса и катарального эзофагита, который сочетался с эрозивным гастритом. В 22 (53,7) наблюдениях эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка сочетались с участками ее атрофии и характеризовались сглаженностью крипт и бледностью слизистой. У 10 (24,4%) пациентов на фоне множественных поверхностных эрозий гастродуоденальной зоны была выявлена язва: у 4 (9,8%) больных в желудке, а у 6 (14,7%) – в двенадцатиперстной кишке. Причем у одного больного при ФГДС, выполненной в первые сутки от момента поступления в клинику, выявлено продолжающееся кровотечение из язвы желудка, потребовавшее

оказания неотложной помощи. Высокая степень инфицированности слизистой оболочки желудка НР определена у 25 (61,0%) больных с эрозивно-язвенными изменениями. Постязвенная деформация слизистой на фоне эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны встретилась почти у половины больных (21 наблюдений, 51,3%).

Нами проведенное исследование показало высокую частоту (56,2 %) эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ревматическими заболеваниями с проявлениями гастропатии. Рассматривая причины частого сочетания двух вышеописанных состояний, следует отметить, что в настоящее время общепризнанной является концепция о ведущей роли инфекции *H.pylori* (НР) в патогенезе гастродуоденальных расстройств[7]. Вместе с тем известно, что инфицированность *H.pylori* выявляется приблизительно у 50–60 % населения в мире, однако не у всех инфицированных имеются клинические проявления заболевания. Вполне вероятно, что патогенность *H.pylori* зависит не только от молекулярно-генетических характеристик микроорганизма, но и от уже существующей преморбидной морфологической перестройки слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, обусловленной сосудистой и/или диабетической, НПВП-зависимой гастропатией, что приводит к циркуляторно-гипоксическим расстройствам, сопряженным с патоморфологическими изменениями слизистой в виде атрофических и субатрофических изменений.

Развитие острых язв проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта многими авторами связывается со стрессом, вызываемым острыми или хроническими повреждающими факторами. Несомненно, критическая ревматическая патология является одним из факторов длительного стрессового воздействия, адаптивным ответом которому является активация симпатико-адреналовой системы и в конечном итоге перестройка деятельности сердечно-сосудистой системы. В нашем исследовании значительная часть больных

(почти 60 %) была госпитализирована в стадии ревматической атаки которая сопровождалась летучими болями в суставах и другим субъективным жалобам. Подобная ситуация заболеваний неизбежно приводила к постоянному и длительному, зачастую бесконтрольному приему НПВС, которые обладают выраженным ulcerогенным воздействием и являются одним из главных факторов риска симптоматических (НПВС-индуцированных) гастропатий[5]. Патогенетической сущностью их негативного воздействия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки является ослабление факторов защиты (слизеобразования и синтеза бикарбонатов), нарушения микроциркуляции в стенке желудка вследствие блокады синтеза простагландинов и угнетении продукции оксида азота. Среди других факторов риска развития эрозивно-язвенных изменений слизистой следует выделить ухудшение кровоснабжения желудочно-кишечного тракта наблюдаемых более чем у половины больных [7]. Частое сочетание ревматических заболеваний и сахарного диабета 2 типа (16,2 % по данным литературы) в свою очередь может сопровождаться гастроинтестинальными нарушениями, проявляющейся диабетической автономной нейропатией в виде гастропареза и дальнейших соответствующих изменений[2].

Эрозивно-язвенные дефекты слизистой проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта представляют большую опасность в плане развития кровотечения. Применение прямых антикоагулянтов и других препаратов подобного действия обуславливают выраженность кровопотери и создают существенные трудности в лечении при развившемся гастродуоденальном кровотечении.

С учетом указанных обстоятельств выявление и лечение эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны являются обязательными мероприятиями лечебного и реабилитационного характера. В основу комплекса терапевтических мероприятий были положены рекомендации 4-го Маастрихтского соглашения [6], адаптированные к конкретной клинической

ситуации (состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, выраженность ишемии конечности). Снижение числа гастродуоденальных кровотечений у ревматических больных с 4,1 % в 2010–2014 гг., до 1,9 % в 2019–2023 гг. ( $p < 0,05$ ) является позитивным результатом проведенного исследования, что раскрывает новые перспективные возможности терапии указанных состояний.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В развитии эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ревматическими заболеваниями большую роль играет ревматическая атака, воздействия стрессового характера, сочетанное течение сахарного диабета 2-типа, и прием НПВС. Эрозивно-язвенные поражения проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта у больных с ревматическими заболеваниями встречаются достаточно часто (56,2 %).

2. Своевременное выявление и превентивное лечение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет существенно снизить риск желудочно-кишечных кровотечений в течение болезни у больных ревматическими заболеваниями.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Каратеев А.Е., Коновалова Н.Н., Литовченко А.А., Ломарева Н.И и др. (2005). НПВП-ассоциированные заболевания желудочно-кишечного тракта при ревматизме в России. - Клиническая медицина. - №5. - С.33-38.

2. Лазебник Л.Б., Звенигородский Л.А. (2009) Метаболический синдром и органы пищеварения. – М.: Анахарсис, С.184 с.

3. Пиманов С.И., Семенова Е.В., Макаренко Е.В., Руселик Е.А. (2009). Гастродуоденальные язвы, вызываемые антиагрегантами и нестероидными противовоспалительными препаратами: профилактика по новым рекомендациям. - Consilium medicum. №8. - С.13-20.

4. Семенов П.А., Плачуда А.З. (2010). Лечение НПВП-гастропатии у пациентов с ревматическими болезнями пожилого возраста. - Клиническая геронтология.-Москва, №5.-с.40-44.

5. Насонов Е.Л.(2003). Нестероидные противовоспалительные препараты: новые аспекты применения в ревматологии и кардиологии. - Русский медицинский журнал. №23.-с.1280-1285.

6. Maastricht-3 (2005) Guidelines for Helicobacter pylori infection– 13 United European Gastroenterology Week. – Copenhagen.2005.

7. Plonka A.J., Tolloczko T., Lipski M. et al. (1990) Atherosclerotic narrowings of the mesenteric circulation // Vasc. Surg. Vol. 92 – P. 202–205