

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ НПВП-ГАСТРОПАТИЯХ

© 2006 г. И.В. Панёвкина, Г.В. Шавкута

Цель исследования – изучить клиническую и эндоскопическую картину НПВП-гастропатий.

Материалы и методы. Обследовано 94 больных, принимавших НПВП различных групп не менее 3 месяцев до начала исследования. Средний возраст больных, участвующих в обследовании, – $49,3 \pm 12,2$ года. Из них женщин – 69 (67,9 %), средний возраст $49,5 \pm 12,1$ года, мужчин – 25 (32,1 %), средний возраст $48 \pm 12,9$ года. Диагностика НПВП-гастропатии основывалась на комплексной оценке жалоб больных, анамнеза, результатах клинического и лабораторного обследования, ЭФГДС с биопсией. Диагностика НР-инфекции основывалась на результатах уреазного быстрого теста и серологического метода (выявление антител к НР методом ИФА).

Жалобы больных включали боли или дискомфорт в эпигастриальной области, диспепсию – отрыжку, изжогу, тошноту, рвоту, тяжесть в эпигастриальной области после еды, метеоризм, изменение стула (преимущественно диарею или кашицеобразный стул). Болевой синдром чаще носил неопределенный характер и описывался больными как чувство рези, жжения, сдавления. Большинство больных связывало боли и дискомфорт в эпигастриальной области с приемом НПВП ($N=61-87,14\%$). Интенсивность болевого синдрома была различна и варьировала от интенсивных болей до легкого дискомфорта. Выраженные боли отмечали 15 больных (21,42 %), умеренно выраженные – 18 (25,71 %), слабо выраженные или дискомфорт в эпигастрии отмечались у 37 (52,85 %). Таким образом, болевой синдром чаще всего отличался стертостью, малой интенсивностью проявлений, что может быть связано с местным анальгетическим действием НПВП. Диспепсические жалобы связывали с приемом НПВП 66 больных (91,6 %), они отличались большей выраженностью и интенсивностью. Наиболее частыми диспепсическими жалобами были изжога, тошнота и отрыжка.

В группе больных с отсутствием жалоб на боли гастропатия выявлена у 41,6 % пациентов. Наиболее часто таких пациентов беспокоило чувство тяжести в эпигастриальной области (97,43 %), тошнота (94,87 %) и изжога (89,34 %). Часто также отмечалась болезненность при пальпации в эпигастриальной области (97,43 %). В группе больных, имеющих интенсивные боли в эпигастрии ($N=15$), гастропатия выявлена у 5 (33,3 %).

Болевой и диспепсический синдром достаточно часто служили причиной отмены НПВП или замены на препарат с лучшей переносимостью (24,4 и 40,4 %).

При анализе эндоскопических изменений слизистой оболочки ЖКТ можно отметить, что наибольшее количество эрозий локализовалось в антральном отделе желудка (у 41,4 % больных) и в луковице ДПК (37,39 %). Слизистая оболочка тела желудка поражалась реже (25,53 %), а в пищеводе регистрировались единичные эрозии. У всех больных, имеющих эрозии

в луковице ДПК и теле желудка, находили эрозии и в антруме. Язвы выявлены только в луковице ДПК у 3 больных (3,1 %). Элементы воспаления находили у большинства больных в теле желудка, антруме и ДПК (90,4, 94,68, 95,97 %) в виде умеренно выраженного отека и гиперемии слизистой. Воспаление выявлено как среди больных с эрозивно-язвенными изменениями, так и без них. В последнем случае воспаление следует рассматривать, по-видимому, как проявление хронического гастрита. Рубцовая деформация луковицы ДПК выявлена у 14,89 % больных, а рубцовая деформация привратника – у 1 (1,06 %). У пациентов с выявленной рубцовой деформацией ДПК язвенная болезнь в анамнезе была у 6 больных из 14 (42,85 %), у 4 ранее отмечалось желудочно-кишечное кровотечение; у 8 (47,15 %) – язвенная болезнь была выявлена впервые. У 11 (78,57 %) чел. с рубцовой деформацией и язвой ДПК имелись эрозии в антруме и ДПК. 2 больных с язвами в ДПК также не имели язвенного анамнеза.

6 (42,85 %) пациентов с рубцовой деформацией ДПК, 1 (33,3 %) – с язвой луковицы, 12 (30,76 %) – с выявленной НПВП-гастропатией были НР-позитивными. Наиболее часто НР-позитивными (в 66,6 % случаев) были больные с умеренной степенью выраженности эрозивных изменений. Среди 10 чел. с выраженными изменениями и значительным числом эрозий в антруме имел НР лишь один. 37 (39,36 %) больных, участвующих в исследовании, не имели признаков ни гастропатии, ни НР. 17 (30,9 %) пациентов без эрозивно-язвенных поражений были НР-позитивными. Разграничение поражений, вызванных непосредственно НР или НПВП, представляет значительные трудности, так как отсутствуют морфологические маркеры данных состояний [1]. Можно предположить, что выраженные эрозивные изменения в антруме, при которых не выявлен НР, являются следствием терапии НПВП. Во всех остальных случаях необходимо знать о наличии или отсутствии инфекции до начала приема НПВП.

Среди других особенностей эндоскопической картины данной категории больных можно назвать часто наблюдаемую атрофию слизистой оболочки, особенно в теле желудка, антруме и пищеводе (58,51, 56,38, 19,4 %). Данный факт можно объяснить преобладанием больных среднего и старшего возраста в исследовании и склонностью больных ревматическими заболеваниями к развитию атрофических процессов в слизистой ЖКТ [2]. Среди больных ревматоидным артритом 83,67 % ($N=41$) имели атрофические изменения слизистой оболочки ЖКТ, а у больных из группы ДБЗТ ($N=9$) все имели подобные изменения. Другой особенностью является частое нарушение моторики ЖКТ с развитием рефлюксов (дуодено-гастрального, который выявлен у 100 % больных и желудочно-пищеводного – у 32 %). Наличие выраженных рефлюксов вызывает изменение РН, не свойственное данному отделу ЖКТ, и создает

тем самым предпосылки для язвообразования. Развитие кишечной и желудочной метаплазии встречалось относительно редко. Обращает на себя внимание частое развитие изменений в пищеводе, что подтверждает положение, встречающееся в литературе, что при НПВП-гастропатиях поражается вся пищеварительная трубка. Высокий процент воспалительных изменений, ЖПР, недостаточность кардии и атрофия говорят об относительно частом вовлечении пищевода в процесс при НПВП-гастропатиях (N= 37, что составило 39,36 % больных с выявленной гастропатией). Участие НР в генезе НПВП-гастропатий представляется сомнительным [3], так как количество НР-позитивных пациентов с наличием гастропатии и без неё практически не отличаются. Вероятнее всего, имеет место исходно существующий НР-ассоциированный хронический гастрит, на фоне которого развивается НПВП-гастропатия.

Выводы. Наиболее часто эрозивно-язвенные изменения слизистой при НПВП-гастропатиях локализуются в антруме и луковице ДПК; преобладают эрозии, язвы встречаются значительно реже и чаще локали-

зуются в ДПК. Наличие или отсутствие клинических симптомов или жалоб не всегда говорит о наличии эрозивно-язвенных изменений ЖКТ у больных, принимающих НПВП. Необходимо эндоскопическое обследование больных в процессе лечения НПВП для своевременного выявления гастропатии.

Литература

1. *Jerussi T.P.* et al. Clinical endoscopic evaluation of the gastroduodenal tolerance to (R)-ketoprofen, (R)-flurbiprofen, racemic ketoprofen, and paracetamol: a randomized, single-blind, placebo-controlled trial // *J. Clin. Pharmacol.* 1998. № 38 (2 Suppl). P. 19–24.
2. *Yeomans N.D.* New data on healing of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated ulcers and erosions. Omeprazole NSAID Steering Committee // *Am. J. Med.* 1998. Mar 30. № 104 (3A). P. 56–61, 79–80.
3. *Laine L., Hopkins R.J., Girardi L.S.* Has the impact of *Helicobacter pylori* therapy on ulcer recurrence in the United States been overstated? A meta-analysis of rigorously designed trials // *Am. J. Gastroenterol.* 1998. № 93(9). P. 1409–1415.