

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ И ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЭРОЗИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Канд. мед. наук Е. И. ЗАЛЮБОВСКАЯ, канд. мед. наук Н. Г. ГРАВИРОВСКАЯ,
В. А. БАСС

*Харьковский национальный медицинский университет;
ГУ «Институт гастроэнтерологии АМН Украины»,
Городская клиническая больница № 5, Днепропетровск*

Проанализировано влияние факторов риска на характер длительно не заживающих и часто рецидивирующих эрозий гастродуоденальной зоны. Установлено, что рецидивирование эрозивных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки во многом определяется неблагоприятными социальными, бытовыми факторами, алиментарными и вредными привычками, а также заболеваниями щитовидной железы, что требует углубленного изучения механизмов развития эрозий в условиях тиреоидной дисфункции и разработки принципов дифференцированной терапии этого контингента больных.

Ключевые слова: эрозии, желудок, двенадцатиперстная кишка, факторы риска, рецидивирование.

Рост эрозивных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), которые по частоте выявляемости занимают второе место в структуре патологии гастродуоденальной зоны (ГДЗ) и обнаруживаются при эндоскопических исследованиях у 10–39% пациентов [1–3], склонность их к рецидивам и кровотечению, приводящим к летальности у 10% больных [2, 4], придает данной проблеме медико-социальную значимость.

В настоящее время имеется достаточно убедительных доказательств относительности причин и механизмов формирования эрозивных поражений слизистой оболочки (СО) ГДЗ [3–6]. Среди них лидируют такие факторы, как контаминация СО желудка *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*), неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), угнетающих синтез простагландинов, влияние желчных кислот и лизолецитина при дуоденогастральном рефлюксе, повреждающих фосфолипиды клеточных мембран. Данные факторы учитываются при ведении пациентов с эрозиями желудка и ДПК и включении в схемы лечения высокоэффективных препаратов. Тем не менее резистентность к проводимой терапии и отсутствие стойкой ремиссии побуждают обратить пристальное внимание на данную проблему.

Цель исследования — изучить факторы риска и оценить характер эрозирования слизистой оболочки желудка и ДПК у больных с длительно не заживающими и часто рецидивирующими эрозиями ГДЗ.

Изучена медицинская документация 1104 больных хроническим гастродуоденитом, находящихся на диспансерном учете в одной из поликлиник промышленного центра Украины. Рецидивирующий

характер течения заболевания выявлен у 354 пациентов, из них для эндоскопического обследования отобрано 136 больных в возрасте $48,7 \pm 1,2$ лет с длительно не заживающими и часто рецидивирующими эрозиями ГДЗ. Среди обследованных преобладали женщины (74,3%). Длительность заболевания эрозивным гастродуоденитом составила $9,6 \pm 1,3$ лет, при этом у 56,6% больных рецидивы заболевания наблюдались более 2 раз в год, а у 54,4% пациентов на фоне лечения заживление острых эрозий отсутствовало в течение $1,7 \pm 0,3$ мес, а хронических — в течение $2,4 \pm 0,9$ лет. В качестве контрольной группы выбрано 20 условно здоровых человек.

Для выявления причины частого рецидивирования эрозивного гастродуоденита изучены факторы риска путем тщательного анализа анамнестических данных. Инфицирование СО желудка *H. pylori* определяли по наличию антител к бактерии при использовании тестовой панели «GastroPanel» (Biohit, Финляндия), основанной на технологии иммуноферментного анализа [7]. Полученные результаты сравнивали с показателями контрольной группы. Макроскопическое состояние СО ГДЗ изучено при эндоскопическом обследовании больных с помощью гастрофиброскопа фирмы «Olympus» GIF Q40 (Япония). Стандартизация результатов эндоскопического исследования проводилась в соответствии с «Минимальной стандартной терминологией в эндоскопии пищеварительной системы», рекомендованной Всемирной организацией эндоскопии пищеварительной системы [8]. Выявленные таким образом эрозии дифференцировали на острые и хронические [9].

При анализе неблагоприятные факторы, определяющие рецидивирование эрозий СО ГДЗ,

рассматривались в 5 группах: производственные, бытовые, алиментарные, вредные привычки и прием НПВП. Частота встречаемости этих факторов была неодинаковой (рис. 1).

При рецидиве эрозивного гастродуоденита имели значение производственные, бытовые и алиментарные факторы, больных с вредными привычками было в 2 раза меньше ($\chi^2 = 27,1$; $p = 1,9E-07$), а такой фактор, как прием НПВП, имел место у трети пациентов.

Среди производственных факторов лидировали частые и/или длительные командировки и совмещение различных видов работы, при этом нередко эти факторы имели место одновременно ($r = 0,64$; $p = 0,001$) (рис. 2).

Среди бытовых факторов преобладали тяжелое материальное положение и плохие взаимоотношения в семье, которые были взаимосвязаны ($r = 0,55$; $p = 0,001$) (рис. 3). Плохие взаимоотношения в семье нередко определялись отсутствием постоянной работы ($r = 0,37$; $p = 0,001$), а тяжелому материальному положению сопутствовал такой производственный фактор, как совмещение работ ($r = 0,51$; $p = 0,02$). Следует подчеркнуть, что именно с отсутствием постоянной работы ассоциировались частые рецидивы эрозивного гастродуоденита ($r = 0,40$; $p = 0,02$).

Несмотря на незначительный удельный вес такого фактора, как неблагоприятные условия проживания, влияние его на частоту рецидивирования заболевания также оказалось достоверно значимым ($r = 0,32$; $p = 0,01$).

На стрессовые ситуации, предшествовавшие появлению клинической симптоматики эрозивного гастродуоденита, указали 44,1% больных. Интересно отметить, что этот фактор, как правило, был обусловлен бытовыми причинами ($r = 0,64$; $p = 0,001$), особенно плохими взаимоотношениями

в семье ($r = 0,51$; $p = 0,001$), отсутствием постоянной работы ($r = 0,49$; $p = 0,001$), неблагоприятными условиями проживания ($r = 0,50$; $p = 0,001$).

Среди алиментарных факторов 72,7% пациентов отмечали постоянное нарушение режима питания, 58,6% злоупотребление острой пищей; 64,6% больных считали причиной заболевания недостаточно качественное питание, а 13,1% – переедание. Сочетание недостаточно качества питания ($r = 0,30$; $p = 0,02$) с длительными командировками ($r = 0,32$; $p = 0,001$), совмещением разных видов работ ($r = 0,39$; $p = 0,001$), бытовыми факторами ($r = 0,35$; $p = 0,004$), особенно тяжелым материальным положением ($r = 0,37$; $p = 0,05$) вызвало частые рецидивы заболевания. Нарушение режима питания было более характерным для пациентов с наличием производственных факторов риска ($r = 0,37$; $p = 0,001$), в частности, при совмещении различных видов работ ($r = 0,31$; $p = 0,05$) и посменной работе ($r = 0,28$; $p = 0,001$).

Из вредных привычек 31,6% пациентов отмечали табакокурение, и, хотя только 12,5% больных признались в частом употреблении алкогольных напитков, этот фактор был значимым в развитии рецидивов эрозивного гастродуоденита ($r = 0,48$; $p = 0,04$). Злоупотребление алкогольными напитками в основном было свойственно лицам, чья работа связана с физическим напряжением ($r = 0,35$; $p = 0,001$), а также при отсутствии постоянной работы ($r = 0,50$; $p = 0,001$) и комфорта в семейных отношениях ($r = 0,37$; $p = 0,04$), наличии стрессовых ситуаций ($r = 0,34$; $p = 0,001$).

На неконтролируемое применение НПВП указали 36,8% больных, однако по результатам корреляционного анализа как фактор рецидивирования

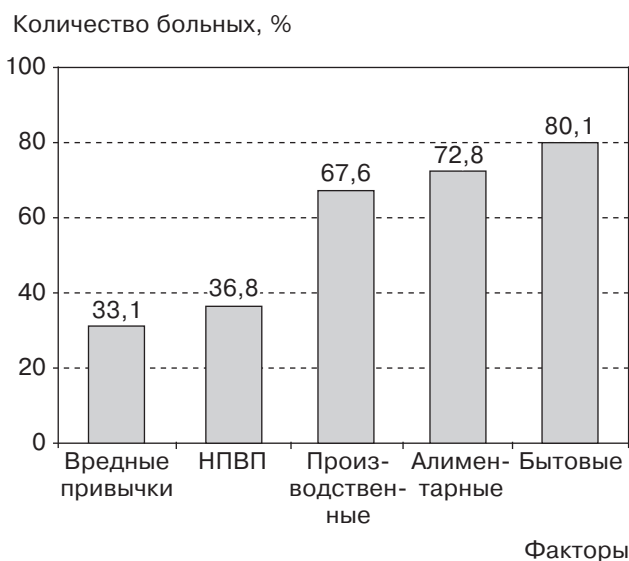


Рис. 1. Частота встречаемости факторов риска рецидивирования эрозивного гастродуоденита

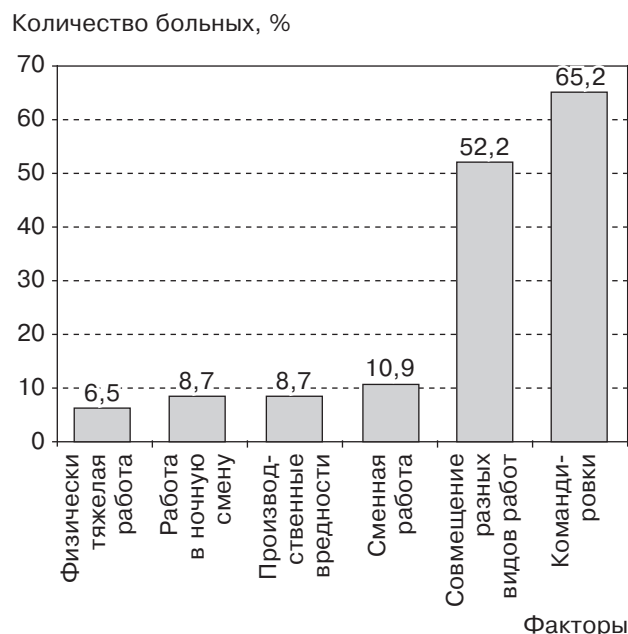


Рис. 2. Частота встречаемости производственных факторов риска рецидивирования эрозивного гастродуоденита

эрозивного гастродуоденита существенного значения оно не имело.

При тестировании больных на наличие *H. pylori* у 65,4% пациентов выявлено повышение титра IgG антител к бактерии до $60,8 \pm 3,2$ ЕД, т. е. в 2,2 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При этом титр IgG антител к *H. pylori* возрастал у больных с вредными условиями работы ($r = 0,27$; $p = 0,05$) и длительным анамнезом эрозивного гастродуоденита ($r = 0,38$; $p = 0,04$).

При эндоскопическом обследовании в антральном отделе желудка (АОЖ) и ДПК эрозии были выявлены у всех больных, в теле желудка — у 65,4% пациентов.

Острые эрозии локализовались у всех больных в ДПК и более чем у половины — в теле желудка (рис. 4).

Частота выявления острых эрозий в теле желудка увеличивалась у пациентов с неблагоприятными условиями проживания ($r = 0,37$; $p = 0,001$) и перенесших стрессовые ситуации накануне рецидива болезни ($r = 0,35$; $p = 0,004$).

Несмотря на то что в теле желудка практически одинаково часто регистрировались как единичные эрозии (51,7%), так и множественные (48,3%), последние явились фактором рецидива эрозивного гастродуоденита ($r = 0,41$; $p = 0,02$). Следует отметить, что на формирование множественных эрозий в теле желудка определенное влияние оказали стрессовые ситуации, имевшие место накануне рецидива заболевания ($r = 0,35$;

$p = 0,004$), и контаминация СО *H. pylori* ($r = 0,31$; $p = 0,03$).

Частота выявления острых эрозий в ДПК ассоциировалась со злоупотреблением больными алкогольными напитками ($r = 0,39$; $p = 0,001$). Множественные эрозии в луковице ДПК наблюдались в 1,3 раза реже, чем единичные ($\chi^2 = 4,25$; $p = 0,04$), являлись фактором рецидива эрозивного гастродуоденита ($r = 0,40$; $p = 0,02$) и чаще выявлялись у пациентов, злоупотреблявших алкогольными напитками ($r = 0,34$; $p = 0,01$).

Особенностью эрозирования АОЖ было наличие хронических эрозий, которые выявлялись в 3,2 раза чаще, чем острые ($\chi^2 = 24,0$; $p = 9,54E-07$), а у половины пациентов имело место их сочетание. Причем частота рецидивирования эрозивного гастродуоденита ассоциировалась с наличием множественных острых эрозий ($r = 0,40$; $p = 0,02$).

Анализ влияния факторов риска на характер эрозирования СО АОЖ позволил установить, что острые эрозии, особенно множественные, чаще появлялись у пациентов, злоупотреблявших приемом алкогольных напитков ($r = 0,70$; $p = 0,001$), перенесших эмоциональный стресс накануне рецидивирования ($r = 0,34$; $p = 0,005$), проживающих в плохих жилищных условиях ($r = 0,34$; $p = 0,004$) и не имеющих постоянного места работы ($r = 0,53$; $p = 0,001$). Среди хронических множественные эрозии выявлялись в 5,5 раза чаще, чем единичные ($\chi^2 = 47,1$; $p = 6,74E-12$), и были более характерными для больных с длительным анамнезом заболевания ($r = 0,39$; $p = 0,01$).

Количество больных, %

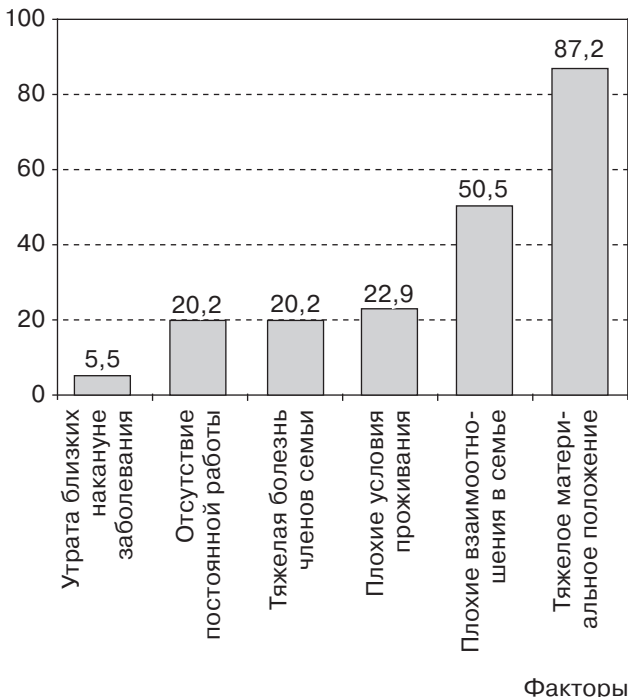


Рис. 3. Частота встречаемости бытовых факторов риска рецидивирования эрозивного гастродуоденита

Количество больных, %

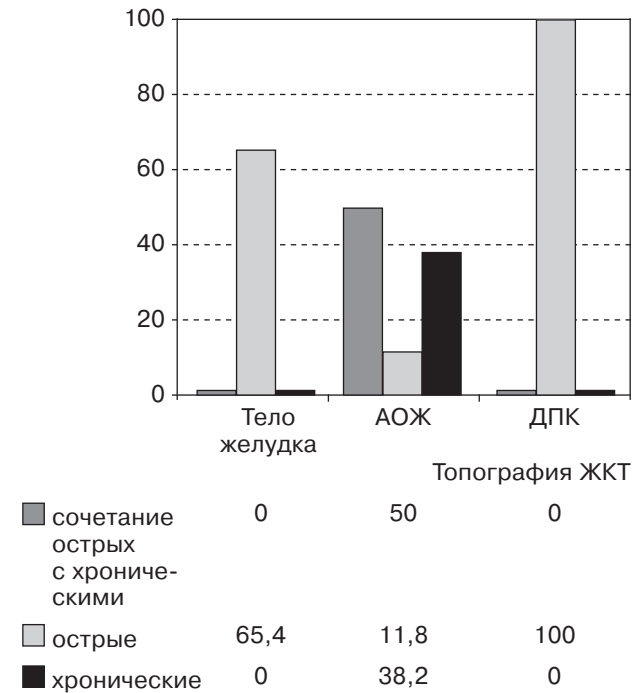


Рис. 4. Распределение больных по типу эрозий с учетом топографии гастродуоденальной зоны

Частота выявления множественных острых и хронических эрозий у одного и того же пациента коррелировала с длительным приемом НПВП ($r = 0,37; p = 0,001$). Сочетание единичных острых и множественных хронических эрозий в АОЖ, наблюдавшееся чаще у пациентов молодого возраста ($r = 0,48; p = 0,001$), было взаимосвязано с вредными условиями работы, перенесенным эмоциональным стрессом ($r = 0,34; p = 0,006$).

При анализе клинической симптоматики болевой абдоминальный синдром встречался у 80,9% больных, диспепсический — у 94,9%. Изучение клинических проявлений позволило выделить группу симптомов, отражающих патологию других систем организма. Среди них преобладали симптомы, характеризующие нарушения функции щитовидной железы, — 44,9%, в том числе обменно-гипотермический синдром — у 36,0% пациентов, синдром гипотиреоидной дермопатии — у 26,5%. При дальнейшем изучении анамнестических данных оказалось, что из 62 больных, имеющих

такую симптоматику, 53,2% наблюдались у эндокринолога в связи гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита, 25,8% — узлового зоба, 21,0% — диффузного токсического зоба. Причем с длительностью заболеваний щитовидной железы, которая составила $6,5 \pm 1,2$ лет, коррелировала частота рецидивов эрозивного гастродуоденита ($r = 0,79; p = 0,001$).

Таким образом, рецидивирование эрозивных поражений СО желудка и ДПК во многом определяются неблагоприятными социальными факторами, с которыми ассоциируются бытовые факторы, алиментарные и вредные привычки. С их комплексным влиянием связан и характер эрозирования СО ГДЗ. Одной из причин повышенной частоты рецидивов эрозивного поражения СО желудка и ДПК являются заболевания щитовидной железы, что требует углубленного изучения механизмов развития эрозий в условиях тиреоидной дисфункции и разработки принципов дифференцированной терапии этого контингента больных.

Литература

1. Соловьева Г. А. Эрозии желудка — отдельная нозологическая форма или универсальная реакция слизистой оболочки на повреждение? // Внутр. медицина.— 2007.— № 3.— С. 35–39.
2. Лапина Т. Л. Фармакотерапия эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки // Рус. мед. журн.— 2004.— № 13/14.— С. 602–607.
3. Clinical Significance and Outcome of Gastric Mucosal Erosions: A Long-Term Follow-Up Study / K. T. Toljamo, S. E. Niemelä, T. J. Karttunen et al. // Dig. Dis. Sci.— 2006.— Vol. 51, № 3.— P. 543–547.
4. Вербицкий В. Г., Багненко С. Ф., Курыгин А. А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение: Рук-во для врачей.— СПб.: Политехника, 2004.— 242 с.
5. Швец Н. И., Бенца Т. М. Осложнения со стороны пищеварительного тракта, вызванные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Ч. 1. Эпидемиология, механизмы развития, оценка гастроинтестинального риска, значение *Helicobacter pylori* // Укр. мед. часопис.— 2002.— № 6 (32).— С. 46–51.
6. Вахрушев Я. М., Белова Е. В., Белов И. В. Роль дуоденогастрального рефлюкса в нарушении саногенетически-патогенетического равновесия при эрозивном поражении желудка и двенадцатиперстной кишки // Эксперим. и клин. гастроэнтерология.— 2004.— № 1.— С. 149.
7. Diagnosis of atrophic gastritis from a serum sample / P. Sipponen, M. Harkonen, A. Alanko, O. Suovaniemi // Clin. Lab.— 2002.— Vol. 48, № 9–10.— P. 505–515.
8. Минимальная стандартная терминология в эндоскопии пищеварительной системы: пособие для врачей / Е. Д. Федоров, С. Ю. Орлов, П. Л. Чернякевич и др.— М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2001.— 250 с.
9. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника.— М.: Триада-Х, 1998.— 496 с.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕРОЗІЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, ЩО ДОВГО НЕ ЗАГОЮЮТЬСЯ ТА ЧАСТО РЕЦИДИВУЮТЬ

О. І. ЗАЛЮБОВСЬКА, Н. Г. ГРАВІРОВСЬКА, В. А. БАСС

Проаналізовано вплив факторів ризику на характер ерозій гастродуоденальної зони, що довго не загоюються та часто рецидивують. Встановлено, що рецидиви ерозійних уражень слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки багато в чому визначаються несприятливими соціальними, побутовими факторами, аліментарними та шкідливими звичками, а також захворюваннями щитоподібної залози, що потребує поглибленого вивчення механізмів розвитку ерозій в умовах тиреоїдної дисфункції та розробки принципів диференційованої терапії цього контингенту хворих.

Ключові слова: ерозії, шлунок, дванадцятипала кишка, фактори ризику, рецидиви.

**RISK FACTORS AND CLINICAL ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF LONG HEALING
AND FREQUENTLY RELAPSING EROSIONS OF THE GASTRODUODENAL ZONE**

E. I. ZALIUBOVSKAYA, N. G. GRAVIROVSKAYA, V. A. BASS

The influence of risk factors on the character of long healing and frequently relapsing erosions of the gastroduodenal zone was analyzed. It was revealed, that relapses of erosive lesions of the mucous membrane of the stomach and duodenum were determined by unfavorable social, domestic factors, alimentary and harmful habits, as well as thyroid diseases, which requires profound investigation of the mechanisms of development of erosions under the conditions of thyroid dysfunction as well as working out the principles of differentiated therapy of this groups of patients.

Key words: erosions, stomach, duodenum, risk factors, relapsing.

Поступила 27.09.2010