

ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО

COMPLICATED PEPTIC ULCER IN ACOMORBID PATIENT

**S. Voropaeva
A. Samsanidze
S. Vidyukova
B. Kadyrova
P. Zyuzina**

Summary. This article examines the prevalence of peptic ulcer of the stomach and duodenum, the main complications of this disease, its impact on disability and mortality of the population. The main risk factors include *Helicobacter pylori*, nervous and emotional stress, alimentary habits, bad habits, and long-term use of certain medications. The main idea of the article is that patients with comorbid conditions, especially in the elderly, require an individual approach to diagnosis and treatment. The effectiveness of the measures carried out is significantly increased with the active interaction of the patient, his relatives, and the doctor. It is important to identify ulcerative defects in a timely manner, as this contributes to the early diagnosis of tumor processes and improves the prognosis of the disease. The article emphasizes the need for closer cooperation between the doctor and the patient for the successful treatment of peptic ulcer disease and concomitant diseases.

Keywords: Peptic ulcer disease, atrial fibrillation, complications of peptic ulcer disease, gastrointestinal bleeding, malignancy.

Пищеварительная система играет важную роль в жизнедеятельности организма. Среди всех заболеваний пищеварительной системы язвенная болезнь выступает на первое место, причем, локализация язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем в желудке. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки чаще выявляется у молодых мужчин, а локализация язвы в желудке чаще определяется в пожилом возрасте. Среди всего населения язвенная болезнь выявляется в 7–10 % случаев.

Воропаева Светлана Валерьевна
Кандидат медицинских наук, доцент,
ФГБОУ ВО Тамбовский Государственный Университет
имени Г.Р. Державина
vrpaevas@rambler.ru

Самсанидзе Айдан Юнусовна
ФГБОУ ВО Тамбовский Государственный Университет
имени Г.Р. Державина
aidan250303@mail.ru

Видюкова Софья Валерьевна
ФГБОУ ВО Тамбовский Государственный Университет
имени Г.Р. Державина
sofa.vidiukova@yandex.ru

Кадырова Бешанум Рамазановна
ФГБОУ ВО Тамбовский Государственный Университет
имени Г.Р. Державина
beshanum151103@mail.ru

Зюзина Полина Олеговна
ФГБОУ ВО Тамбовский Государственный Университет
имени Г.Р. Державина
polya.zuzina@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, основные осложнения данного заболевания, его влияние на инвалидность и смертность населения. Основные факторы риска включают *Helicobacter pylori*, нервно-эмоциональное напряжение, алиментарные привычки, вредные привычки, и длительный прием некоторых лекарственных препаратов. Основная идея статьи заключается в том, что пациенты с коморбидными состояниями, особенно в пожилом возрасте, требуют индивидуального подхода к диагностике и лечению. Эффективность проводимых мероприятий значительно повышается при активном взаимодействии пациента, его родственников и врача. Важно выявлять язвенные дефекты своевременно, что способствует раннему выявлению опухолевых процессов и улучшению прогноза заболевания. В статье подчеркивается необходимость более тесного сотрудничества между врачом и пациентом для успешного лечения язвенной болезни и сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: язвенная болезнь, фибрилляция предсердий, осложнения язвенной болезни, желудочно-кишечное кровотечение, малигнизация.

Также в последнее время растет распространение симптоматических язв, в патогенезе которых ведущую роль играют стресс, эндокринные заболевания, различные заболевания внутренних органов, прием лекарственных препаратов (глюкокортикостероиды, НПВС, антикоагулянты непрямого действия) [1].

Заболевания органов пищеварения в 2022 году в структуре общей заболеваемости населения РФ составляют 6 %, из года в год стабильно занимают шестое

Структура общей заболеваемости населения по нозологиям в 2022 году (%)

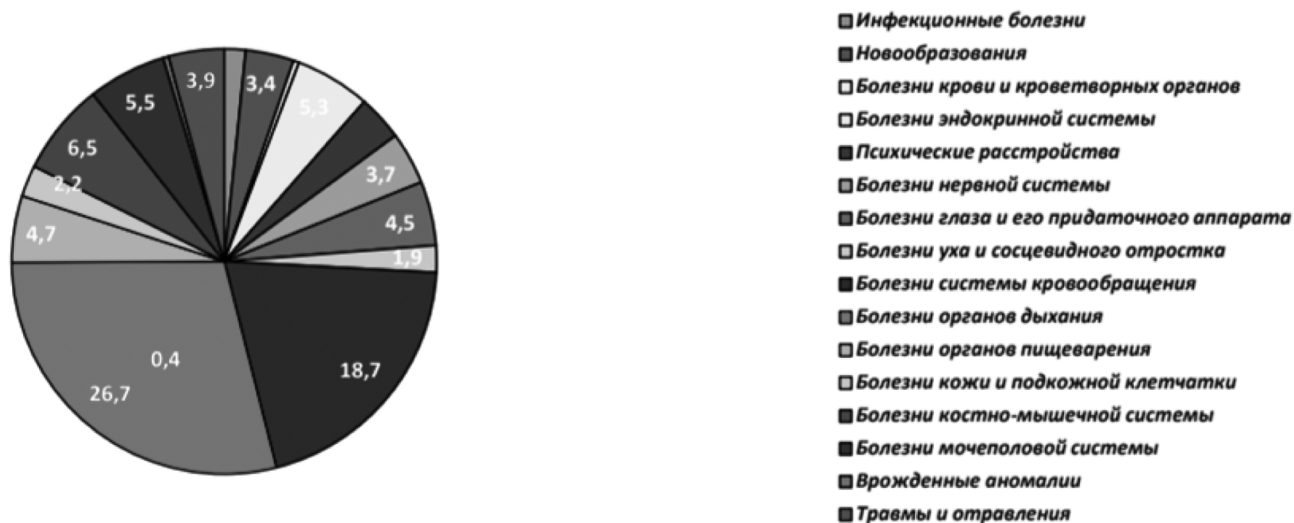


Рис. 1. Структура общей заболеваемости населения по Тамбовской области по нозологиям в 2022 году

Структура смертности населения Тамбовской области по основным классам заболеваний (%)

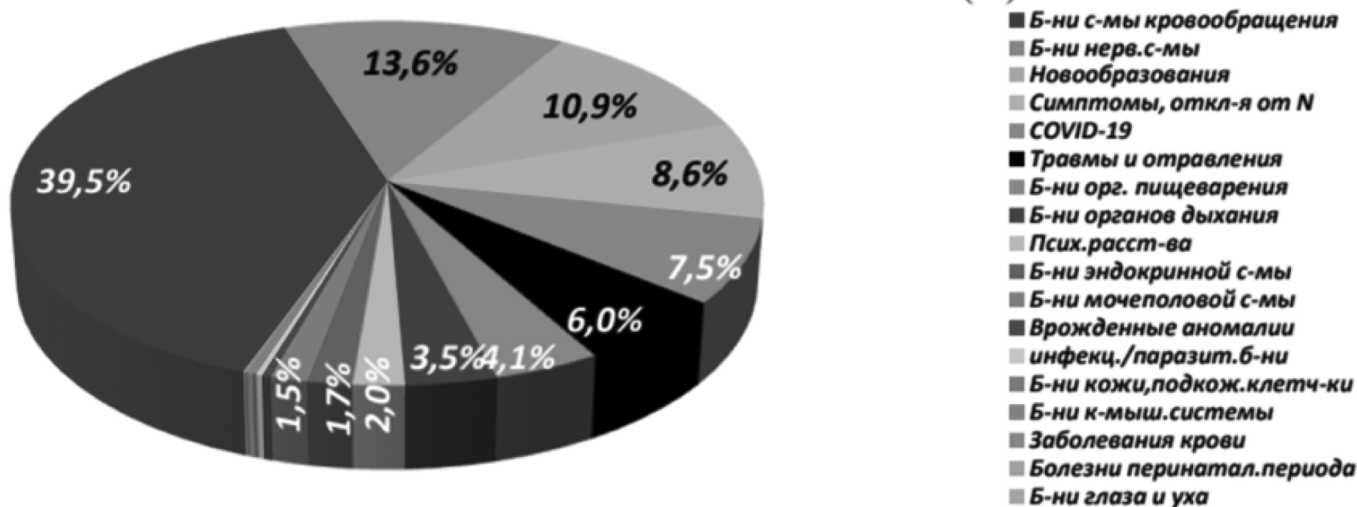


Рис. 2. Структура смертности населения Тамбовской области по основным классам заболеваний в 2022 году

место. По статистическим данным Минздрава России заболеваемость населения РФ по основным классам болезней за 2022 год болезни органов пищеварения 10427,7 на 100000 человек, из них язва желудка и 12ПК 695,2 на 100 000 человек, в том числе с диагнозом, установленном впервые в жизни 2716,7 на 100000 человек, них язва желудка и 12ПК 57,2 на 100000 человек [2]. По данным Министерства здравоохранения Тамбовской области за 2022 год в структуре общей заболеваемости населения заболевания органов пищеварения занимают 4,7 % (рис. 1) [3].

Смертность от болезней органов пищеварения по РФ за 2022 год занимает четвертое место после смерт-

ности от болезней органов кровообращения (566,8 на 100000 чел.), от новообразований (191,6 на 100000 чел.), от внешних причин смерти (99,5 на 100000 чел.), составляет в 2022 году 70,4 на 100000 человек населения и неуклонно растет [2]. В Тамбовской области в 2022 году смертность от болезней органов пищеварения составляет 4,1 % и занимает 7 место в структуре смертности по основным классам заболеваний (рис. 2) [3].

В патогенезе язвенной болезни ведущую роль играет дисбаланс между факторами агрессии и факторами защиты слизистой. К основным этиологическим факторам относят:

- Инфицирование *Helicobacter pylori* — по данным разных исследований, инфицирование *Helicobacter pylori* выявляется у 60–80 % взрослого населения.
- Алиментарный фактор — нерегулярное питание с длительными перерывами, еда всухомятку, предпочтение острой пищи, провоцируют усиленную выработку соляной кислоты и раздражение слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Злоупотребление алкоголем, курение.
- Нервно-эмоциональное напряжение, стресс.
- Длительный бесконтрольный прием лекарственных препаратов (глюкокортикостероиды, НПВС, антикоагулянты непрямого действия) [4].

Во всем мире, несмотря на старания врачей, стремящихся провести раннюю диагностику и назначить адекватное лечение, высока частота осложнений ЯБ, обусловленная воздействием факторов риска [4]. Наиболее частыми осложнениями ЯБ являются: 1) желудочно-кишечное кровотечение (15–20 %), 2) перфорация (5–15 %), 3) стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки (10–40 %), 4) пенетрация язвы (5 %), 5) перивисцерит, 6) малигнизация. Осложненное течение ЯБ является основной причиной инвалидности 68% мужчин и 30,9 % женщин [1, 4, 5].

В пожилом и старческом возрасте характерно скрытое течение язвенной болезни — болевой синдром не беспокоит, редко проявляется диспепсический, что затрудняет раннюю диагностику. У возрастных пациентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, принимающих на постоянной основе антикоагулянты, НПВС, зачастую первичным проявлением язвенной болезни является желудочно-кишечное кровотечение. Также в пожилом возрасте возможно идиопатическое развитие язвенного дефекта [6,7].

Диагноз ЯБ выставляется на основе жалоб, анамнеза, объективного и дополнительного обследования. Причем, при подозрении на ЯБ, врачу необходимо убедить пациента пройти дополнительные инструментальные обследования для своевременного выявления ЯБ и обнаружения вероятных осложнений. К сожалению, пациенты, как правило, изначально категорически отрицательно относятся к направлению на ФЭГДС, стараются найти причины для отказа от обследования, хотя раннее выявление осложнений ЯБ способствует их своевременному лечению. В совокупности с отсутствием характерных жалоб или, по разным причинам, при недостаточно тщательно собранном анамнезе постановка точного диагноза проблематична.

Среди населения распространенность фибрилляции предсердий около 2 %, при этом с годами частота

встречаемости увеличивается и в возрасте 80 лет диагностируется у 5–15 %, причем у мужчин ФП развивается значительно чаще [8]. Увеличение количества пациентов с подобным нарушением ритма в ближайшие десятилетия в зарубежных странах прогнозируется практически в два раза [9, 10, 11].

Так как при фибрилляции предсердий имеется высокий риск тромбоэмболических осложнений и ишемического инсульта, обуславливающий высокую смертность и инвалидность пациентов, при выборе лечения в первую очередь назначается антикоагулянт, наиболее подходящий пациенту в соответствии с клиническими характеристиками.

Всем пациентам с фибрилляцией предсердий, не связанной с поражением клапанов сердца, рекомендовано использовать шкалу CHA2DS2-VASc для оценки риска тромбоэмболических осложнений (ишемического инсульта, транзиторных ишемических атак и системных тромбоэмболий). При оценке риска кровотечений используется несколько шкал, наиболее часто шкала HAS-BLED. В зависимости от показаний подбирают дозировку антикоагулянтов [12,13,14].

В настоящее время диагностика нарушений ритма не представляет затруднений, трудности обычно появляются при наличии немодифицируемых факторов риска и при коррекции модифицируемых факторов риска. Всем пациентам перед назначением антитромботической терапии рекомендовано оценивать риск кровотечения, выявлять немодифицируемые и модифицируемые факторы риска кровотечения [12,13,14,15,16].

Клиническими рекомендациями предусмотрено перед назначением любого антикоагулянта провести обследование пациента, направленное на исключение анемии, определение функции печени и почек, а также выявление потенциальных источников кровотечений. В том числе контролировать лабораторные показатели (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, МНО) и рекомендовано проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения обострения язвенной болезни и наличия острых эрозий [16].

Фибрилляция предсердий как самая распространенная разновидность нарушений ритма, у возрастных пациентов часто сочетается с ГБ, ИБС, ХСН, СД, нарушением функции щитовидной железы, ожирением, и вынуждает врача одновременно назначать больному несколько препаратов.

Клинический случай

Мужчина, 1949 года рождения (74 года) поступил в ЦРБ 14.06.2023 с жалобами на боли в эпигастральной области, слабость, кал чёрного цвета.

Анамнез заболевания: Вышеперечисленные жалобы беспокоят третий день, появились впервые. Ранее пациент за медицинской помощью не обращался. 14.06.2023 посетил терапевта, с приёма направлен в ЦРБ, где после осмотра хирурга и проведения ЭФГДС экстренно госпитализирован в хирургическое отделение.

На ЭФГДС выявлена малигнизирующая язва с последующим желудочно-кишечным кровотечением.

Анамнез жизни: Единственный ребенок в семье. Служил в армии. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергический анамнез: не отягощен. Семейно-половой анамнез: СД, психические заболевания, туберкулёз, венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по пачке сигарет в день. Употребление алкоголя в умеренных количествах по праздникам.

Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь, ИБС, постоянная форма фибрилляции предсердий.

Получаемое лечение: **иапф** (каптоприл 50 мг 2 раза/сутки); **диуретики** (индапамид 2,5 мг 1 раз/сутки). Варфарин 2,5 мг 2 таб/сут (когда контролировал МНО не помнит)

Объективное состояние: Состояние пациента средней степени тяжести.

В сознании. Ориентирован, контактен, малоактивен. Рост: 179 см, Вес: 105 кг, ИМТ 33. Ожирение первой степени. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Стопы, голени пастозны.

Дыхательная система: Дыхание везикулярное, проводится по всем отделам, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. SpO₂ 96 %.

Сердечно-сосудистая система: локализация верхушечного толчка: смещён на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Границы сердца: Правая: по правому краю грудины. Верхняя: в третьем межреберье. Левая: смещена на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные (фибрилляция предсердий). ЧСС 96 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, пустой, 96 ударов в минуту. АД 110/60 мм рт.ст.

Пищеварительная система: язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания. Печень не увеличена, пальпируется по краю рёберной дуги. Стул: склонность к запорам. При пальцевом ректальном исследовании кал чёрного цвета.

Мочевыделительная система: почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез достаточный.

Предварительный диагноз:

Основной: Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная.

Осложнение: Желудочно-кишечное кровотечение.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 степени, 2 стадии, риск ССО 3. ИБС: постоянная форма фибрилляции предсердий. ХСН 2А.

План обследования: ОАК, ОАМ, БХ анализ крови, коагулограмма, группа крови, RW, ВИЧ, HCV, HBsAg, группа крови, резус фактор, кал на яйца гельминтов, кал на скрытую кровь. ЭКГ, УЗИ ОБП, ЭФГДС+биопсия+тест на *H. pylori*.

Результаты дополнительных обследований:

ОАК: лейкоциты 11,85x10⁹, Эр 3,01x10¹², Нв 87 г/л, Тромб 120x10⁹, СОЭ 20 мм/час.

ОАМ: 1019, Лейкоциты 1–2 пл/зр, Эр 6–8 пл/зр. Белок отриц. Сахар отриц.

Общий белок 5,6 г/л, холестерин 5,2 ммоль/л, общ билирубин 12,0 мкмоль/л, АСТ 24, АЛТ 24, Мочевина 4,4 ммоль/л, Креатинин 60 мкмоль/л, МНО 3,08, сахар крови 5,6 ммоль/л

Кал на скрытую кровь: положительный. Яйца гельминтов: не обнаружены

ЭКГ: ритм сердца нерегулярный (фибрилляция предсердий), ЧСС 95 уд/мин, отклонение электрической оси сердца влево, гипертрофия левого желудочка.

УЗИ ОБП: диффузное изменение поджелудочной железы.

ЭФГДС: Слизистая желудка гиперемирована в антральном отделе и области привратника с участками атрофии. Эритематозная антральная гастропатия на фоне атрофии. По передней стенке желудка бугристое образование. Складки высокие, извитые, отечные. Сосудистый рисунок усилен. Образование желудка, бульбопатия. Состоявшееся ЖКК.

Биопсия от 16.06.2023: Фрагмент гиперпластического полипа желудка с солидными разрастаниями низко дифференцированного, нейроэндокринного рака.

Получаемое лечение:

- Диуретики (индапамид внутрь по 1 таблетке 1 раз/сутки)
- иАПФ (каптоприл внутрь по 1 таблетке 2 раза/сутки)
- Блокаторы протоновой помпы (омепразол внутрь по 1 капсуле 1 раз/сутки)
- Антибиотикотерапия (цефотаксим в/в каждые 12 часов)
- Обезболивающая терапия (платифиллин подкожно 2 раза/сутки, дротаверин внутрь 3 раза/сутки)
- Инфузионная терапия (раствор Рингера в/в)
- Кровоостанавливающая терапия (аминокапроновая кислота внутривенно-капельно)

Клинический диагноз:

Основной: Рак желудка

Осложнение основного заболевания: Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 степени, 2 стадии, риск 4. ИБС, постоянная форма фибрилляция предсердий, ХСН 2А.

Рекомендации:

- Контроль ОАК, ОАМ, Б/Х АК через 10 дней.
- ФГС-контроль через 3–4 недели;
- Консультация врача-онколога;
- Диета: стол №1А;
- Приём Омепразола 20мг 2 р/д на протяжении месяца;
- Контроль АД не выше 130/80мм рт.ст., наблюдение терапевта;
- Контроль уровня холестерина (не выше 5 ммоль/л); липидограмма.

Обсуждение

Возрастные пациенты, как правило — пациенты, имеющие несколько заболеваний. Врачам разных специальностей зачастую при назначении лечения необходимо учитывать всевозможные нюансы. Приходится решать

сложную дилемму: выбирать между необходимостью назначения лекарственного препарата и наличием противопоказаний к назначению с учетом других заболеваний.

Для пожилого и старческого возраста характерно скрытое течение язвенной болезни — не беспокоит болевой синдром, редко — диспепсический, больные не предъявляют жалоб, что затрудняет раннюю диагностику. Ведущим методом диагностики язвенной болезни является ФЭГДС, уреазный дыхательный тест, контрастная рентгенография с барием, кал на скрытую кровь. Врачам разных специальностей необходимо более настойчиво убеждать коморбидных больных проходить ФЭГДС для исключения язвенных дефектов, тем более, ФЭГДС с биопсией является самым точным эндоскопическим методом для ранней диагностики опухолевого процесса.

К сожалению, в клинической практике в силу различных причин, не всегда получается провести ЭФГДС таким больным. Пациенты не добросовестно выполняют рекомендации врача по лечению, своевременно не повторяют назначенные анализы, не стремятся изменить свой образ жизни, что значительно ухудшает эффективность лечения и уменьшает продолжительность их жизни.

Выводы

Во всем мире в структуре общей заболеваемости населения преобладают заболевания органов кровообращения. Среди всех заболеваний пищеварительной системы язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее распространенной. Коморбидные пациенты, особенно в пожилом возрасте, нуждаются в индивидуальном подходе при назначении и проведении диагностических мероприятий, при назначении и контроле за получаемым лечением с учетом всех факторов риска.

Эффективность проводимых мероприятий значительно повышается при активном взаимодействии самого больного и родственников больного с лечащим врачом в процессе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М: Медицина, 1987: 288 с.
2. Здравоохранение в России. 2023: Стат.сб./Росстат. — М., 3-46, 2023. — 179 с. Федеральная служба государственной статистики, 2023.
3. Министерство здравоохранения Тамбовской области — Доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Тамбовской области в 2022 г.
4. Клинические рекомендации — язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки — 2021-2022-2023 (28.09.2021) — утверждены минздравом РФ
5. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion 2011; vol.84: 102–113

6. Убайдуллаева В.У., Магруппов Б.А., Вerveкина Т.А. Язвенная болезнь: объективные и субъективные причины трудности диагностики «немых» язв. — Вестник экстренной медицины, 2015, №3
7. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В., Баранская Е.К., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Бурков С.Г., Калинин А.В., Ткачев А.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2016.
8. Клинические рекомендации — Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых — 2020–2021–2022 (10.06.2021) — Утверждены Минздравом РФ
9. Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A. et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: theAn Ticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA. 2001; 285: 2370–2375.
10. Stewart S., Hart C.L., Hole D.J., McMurray J.J. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. Heart. 2001; 86: 516–521.
11. Naccarelli G.V., Varker H., Lin J., Schulman K.L. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. Am J Cardiol. 2009; 104: 1534–1539.
12. Руководство по кардиологии в четырех томах. Под редакцией академика Е.И. Чазова. Москва, «Практика», 2014.
13. Панченко Е.П. Антитромботическая терапия в кардиологии. Москва: Ремедиум, 2019. — 255 с.
14. Van Staa T.P., Setakis E., Di Tanna G.L. et al. A comparison of risk stratification schemes for stroke in 79,884 atrial fibrillation patients in general practice. JThrombHaemost. 2011; 9: 39–48. doi: 10.1111/j.1538-7836.2010.04085. x.
15. Hijazi Z., Oldgren J., Lindback Jetal ARISTOTLE, and RE-LY Investigators. The novel biomarker-based ABC (age, biomarkers, clinical history)-bleeding risk score for patients with atrial fibrillation: a derivation and validation study. Lancet. 2016; 387: 2302–2311.
16. Roldan V., Marin F., Manzano-Fernandez S. et al The HAS-BLED score has better prediction accuracy for major bleeding than CHADS2 or CHA2DS2-VASc scores in anticoagulated patients with atrial fibrillation. JAmCollCardiol. 2013; 62: 2199–2204, 390–392.

© Воропаева Светлана Валерьевна (vrpaevas@rambler.ru); Самсанидзе Айдан Юнусовна (aidan250303@mail.ru);
Видюкова Софья Валерьевна (sofia.vidiukova@yandex.ru); Кадырова Бешанум Рамазановна (beshanum151103@mail.ru);
Зюзина Полина Олеговна (polya.zuzina@yandex.ru)
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»