

---

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

© Орзиев З.М., Исамитдинова Н.Ш., Гиёсова Н.О., 2016  
УДК 616.33+616.342]-02:615.276

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ ИНДУЦИРОВАННЫХ ПРИЕМОМ  
НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ**

З.М. ОРЗИЕВ, Н.Ш. ИСАМИТДИНОВА, Н.О. ГИЁСОВА

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара

---

**CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF NONSTEROIDAL  
ANTI-INFLAMMATORY DRUGGASTRODUODENOPATHY**

Z.M. ORZIEV, N.SH. ISAMITDINOVA, N.O. GIYOSOVA

Bukhara State Medical University, Bukhara

В результате эндоскопического исследования 64 больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями частота патологии желудочно-кишечного тракта, возникшей на фоне приема НПВП, была следующей: множественные эрозии желудка и/или двенадцатиперстной кишки отмечены у 30 (85,9%) больных первой группы и 23 (79,7%) второй группы ( $p < 0,001$ ); язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки – у 6 (20,3%) и 5 (14,1%) соответственно ( $p < 0,001$ ). Наличие в анамнезе желудочно-кишечных болезней у больных принимавших НПВС клинико-эндоскопические признаки оказались более выраженными, а в случае отсутствия анамнеза желудочно-кишечных заболеваний эти показатели проявлялись гораздо слабее.

*Ключевые слова:* нестероидные противовоспалительные средства, гастродуоденопатии.

---

As a result of endoscopic research of 64 patients with nonsteroid anti-inflammatory preparations (NAIP) with the induced gastroduodenopatiya the frequency of the pathology of a digestive tract which arose against reception of (NAIP) was following: multiple erosion of a stomach and/or duodenum are noted at 30 (85,9%) patients of the first group and 23 (79,7%) the second group ( $p < 0,001$ ); stomach ulcer and / or a duodenum – at 6 (20,3%) and 5 (14,1%) respectively ( $p < 0,001$ ). Existence in the anamnesis of gastrointestinal diseases at the sick accepting (NAIP) clinic-endoscopic signs were more expressed, and in case of absence of the anamnesis of gastrointestinal diseases these indicators were shown much more weakly.

*Keywords:* nonsteroid resolvents, gastroduodenopatiya.

---

### **Актуальность проблемы**

Опасность НПВС (НПВС)-индуцированных поражений ЖКТ заключается в том, что зачастую они клинически проявляются не в тот момент формирования самого дефекта гастродуоденальной слизистой, а в период развития их облигатных осложнений – перфораций или кровотечений [1-2]. По данным разных авторов частота НПВС-индуцированных поражений ЖКТ колеблется от 6,8%-25,5% при приеме высокоселективных НПВС [3, 6] и менее селективных до 50-75% при длительной терапии НПВС [4, 5]. Исчерпывающий анализ причин и механизмов развития НПВС индуцированных гастропатий, связанных с одной стороны видом применяемых группы лекарственных средств, а с другой анатомо-физиологическими, возрастными и гендерными особенностями лиц, их употребляющих – позволит разработке комплекса мер по предупреждению развития патологий гастродуоденальной слизистой [5].

### **Цель исследования**

Изучение особенностей клинико-эндоскопических проявлений НПВС индуцированных гастродуоденопатий.

### **Материалы и методы**

В исследования были вовлечены 64 больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями из них 30 (47%) мужчин и 34 (53%) женщин в возрасте от 18 до 57 года (средний возраст  $34 \pm 4,2$ ). Все больные были разделены на две репрезентативные группы по возрасту и количеству пациентов, средней продолжительности анамнеза, гендерным показателям. На проведение исследования были получены согласия пациентов и членов этического комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском медицинском институте. В исследования были включены больные с гастродуоденопатиями с разными жалобами на диспепсические расстройства в возрасте старше 18 лет, у которых было получено информированное согласие на проведение клинико-инструментальное обследование. Первую группу составляла 35 (54,7%) больных

принимавшие НПВС у которых в анамнезе имелись болезни ЖКТ, а именно, больные с гастритом, с эрозиями и язвенной болезнью. Вторую группу – 29 (45,3%) больных принимавшие НПВС у которых в анамнезе не отмечались болезни ЖКТ. Оценка симптомов НПВС индуцированных гастродуоденопатий осуществлялась с помощью количественной 4-бальной шкалы Ликерта: симптом отсутствует – 0 баллов, слабо выражен, выявляется при расспросе – 1 балл, умеренно выражен – 2 балла, постоянно ощущается, но не препятствует повседневной деятельности – 3 балла, тяжелый, препятствует повседневной деятельности – 4 балла. Также всем больным было проведено эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Поскольку, в настоящее время отсутствует шкала оценки данных ЭГДС, специфичная для гастродуоденальных повреждений, индуцированных приемом НПВП, была проведена стандартная оценка состояния слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При статистической обработке использовался метод Стьюдента. Различия между изучаемыми результатами считались достоверными при  $p < 0,05$ . Контролем служили результаты клинико-эндоскопических исследований 12 практически здоровых лиц.

### **Результаты и их обсуждение**

Показатели клинических симптомов больных с НПВС индуцированными гастропатиями и лиц контрольной группы существенно различались между собой.

### **Выводы**

Таким образом, наличие в анамнезе желудочно-кишечных болезней у больных принимавших НПВС клинико-эндоскопические признаки оказались более выраженными; а в случае отсутствия анамнеза желудочно-кишечных заболеваний эти показатели проявлялись гораздо слабее.

### **Литература**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации + фармакологический справочник / под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – Вып. 1. – 1184 с.

**Показатели ведущих клинических признаков НПВС  
ассоциированных гастродуоденопатий по шкале Ликерта**

Признаки	Показатели больных принимавших НПВП и имеющие в анамнезе болезни ЖКТ (n=35)		Показатели больных принимавшие НПВП и не имеющие в анамнезе болезни ЖКТ (n=29)	
	Частота	Выраж. (в баллах)	Частота	Выраж. (в баллах)
1. Изжога	<u>32</u> 91,4%	3,4±0,3	<u>20</u> 69%	1,5±0,5*
2. Тошнота	<u>19</u> 54,3%	3,3±0,2	<u>10</u> 34,4%	1,4±0,3*
3. Болевой синдром с локализацией:	<u>30</u> 85,7%	3,4±0,4	<u>17</u> 58,6%	2,1±0,4*
а) в эпигастрии	<u>15</u>		<u>8</u>	
б) за грудиной	42,8%	2,5±0,4	27,6%	1,8±0,4*
4. Анорексия	4/11,4%	2,2±0,4	2/7%	1,2±0,3*

*Примечание:* \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$  – достоверность изменений по отношению группы больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями в анамнезе которых имеются болезни ЖКТ. У первой группы больных симптом изжоги составлял 91,4% и у второй группы 69% соответственно. Вместе с тем, чувство изжоги было средним (++) или очень выраженным (+++) у больных первой группы. В то же время у пациентов второй группы это ощущение проявлялось гораздо слабее (+). Другим выявленным отличием в показателях симптома боли в эпигастрии и за грудиной были особенности его проявления у обследованных больных. Боли в эпигастриальной области ощущались у 85,7% больных первой и у 58,6% больных второй группы. А боли за грудиной встречались у 42,8% больных первой и у 27,6% больных второй группы. Ощущение боли было средним (++) и высоким (+++) у больных первой группы. Тогда как у больных второй группы эти ощущения были слабыми (+), средними (++) и у некоторых симптомы отсутствовали. Тошнота чаще наблюдалась у больных первой группы (54,3%). В то же время у пациентов второй группы частота распространения данного симптома оказалась на порядок ниже (34,4%). Помимо этого тошнота у больных обеих групп отличалась также уровнем ощущения данного клинического признака. Так, у больных принимавших НПВП и имеющие в анамнезе болезни ЖКТ чувство тошноты было средним (++) или очень выраженным (+++). В то же время у пациентов больных принимавшие НПВП и не имеющие в анамнезе болезни ЖКТ это ощущение проявлялось гораздо слабее (+). Следует подчеркнуть, что только лишь симптом анорексии более равномерно встречался у больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями вне зависимости от анамнеза. При эндоскопическом исследовании частота патологии желудочно-кишечного тракта, возникшей на фоне приема НПВП, была следующей: множественные эрозии желудка и/или двенадцатиперстной кишки отмечены у 30 (85,9%) больных первой группы и 23 (79,7%) второй группы ( $p < 0,001$ ); язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки – у 6 (20,3%) и 5 (14,1%) соответственно ( $p < 0,001$ ). В исследуемых группах эрозии гастродуоденальной зоны выявлены у лиц старше 40 лет в 93,7% и 79,4% случаев соответственно ( $p < 0,05$ ). В обеих группах преобладали пациенты с множественными эрозиями слизистой оболочки желудка (СОЖ). Эрозии располагались в антральном отделе желудка в виде цепочек, идущих по направлению к привратнику, имели в большинстве случаев характер острых, реже встречались эрозии в виде папул с пупковидным вдавлением в центре или с небольшим изъязвлением на их вершине. Соотношение язв желудка и ДПК у больных первой группы 1,8:1; второй группы – 1:1. Сочетанные язвы желудка и ДПК составляли соответственно 3 (8,3%) больных в первой группе и 2 (6,3%) во второй группе от общего числа НПВП-индуцированных язв. По числу язвенных поражений в обеих группах преобладали больные с одиночными язвами (72,7 и 93,8%). Около 32 (91,0%) больных первой группы и 16 (56,3%) второй группы имели размер язв < 10 мм; а у 3 (9,0%) больных первой и 13 (43,8%) больных второй группы соответственно > 10 мм. Размеры язвенного дефекта в желудке превосходили размеры дуоденальных язв. Эрозивно-язвенные кровотечения были выявлены у 4 больных 11,4% и 1 больного 2,85% первой и второй групп соответственно. Источником кровотечения у 86,7% больных первой группы и 77,8% второй группы явились эрозии и язвы, локализованные в желудке, и только в 13,3% и 22,2% соответственно в ДПК. У одного больного первой группы язва луковицы ДПК перфорировала с развитием острого (перфоративного) перитонита. Типичная клиническая картина кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта (рвота «кофейной гущей», мелена) имела место только у одного больного из первой группы. У остальных она проявлялась только общими симптомами кровопотери с гипоксией микроциркуляторного генеза и нарушением перфузии жизненно важных органов.

2. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: фокус на безопасность / Л.А. Зотова, В.С. Петров // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – №1. – С. 25-30.

3. Муравьев Ю.В. Почему селективный ингибитор циклооксигеназы-2 нимесулид может снизить функцию почек? / Ю.В. Муравьев, Т.Н. Цапина // Клин. фармакол. и тер. – 2003. – №12 (1). – С. 60-61.

4. Язвенная болезнь и трофологический статус пациентов / М.А. Бутов, Т.В. Жесткова, Маслова О.А. // Российский медико-биологический вестник им. акад.

И.П. Павлова. – 2015. – № 1. С. 84-89.

5. Tabet N. Ibuprofen for Alzheimer's disease (Cochrane Review) / N. Tabet, H. Feldmand // The Cochrane Library. – Issue 2. – 2004.

6. Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (Cochrane Review) / Tulder MW van, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. // The Cochrane Library. – Issue 3. – 2004.

7. Watson MC. Non-aspirin, non-steroidal anti-inflammatory drugs for treating osteoarthritis of the knee (Cochrane Review). / Watson MC, Brookes ST, Kirwan JR, Faulkner A. // The Cochrane Library. – Issue 3. – 2004.

---

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Орзиев З.М. – д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и высшего медсестринского дела Бухарского государственного медицинского института.

Исамитдинова Нилуфар Шахобовна – магистр кафедры пропедевтики внутренних болезней и высшего медсестринского дела Бухарского государственного медицинского института.

Гиёсова Нигора Одилжоновна – студентка 6 курса лечебного факультета Бухарского государственного медицинского института.

E-mail: Gavhar72@inbox.ru