

## СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

А.В. Калинин<sup>1</sup>, А.Ф. Логинов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва

<sup>2</sup> Институт усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, Москва

Язвенная болезнь не охватывает все случаи гастродуоденальных язв. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки нередко могут образовываться в ответ на экстремальные воздействия или быть патогенетически связанными с другими заболеваниями. Симптоматические язвы – это неоднородная по патогенезу группа, объединенная общим признаком: образованием дефекта слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки в ответ на воздействие различных ультцерогенных факторов. Представлены типичные клинические проявления симптоматических язв – чаще всего кровотечения различной степени тяжести. Рассмотрены особенности их диагностики, лечения и профилактики.

**Ключевые слова:** симптоматические язвы, стрессовые язвы, лекарственные язвы, эндокринные язвы, язвенная болезнь, желудочно-кишечные кровотечения, ингибиторы протонной помпы

**К**симптоматическим язвам желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) принято относить: 1) стрессовые язвы; 2) лекарственные язвы; 3) эндокринные и 4) язвы, возникающие при ряде заболеваний внутренних органов.

Симптоматические изъязвления чаще бывают острыми. С учетом трудностей разграничения острой язвы и эрозии и возможности их сочетания принято все эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и ДПК, возникшие в определенных условиях, называть симптоматическими гастродуоденальными язвами (СГДЯ). Следует отметить, что СГДЯ могут быть и хроническими, например язва желудка, образовавшаяся при атеросклеротическом поражении брюшного отдела аорты со стенозом чревного ствола вследствие недостаточности регионального кровоснабжения.

Первое описание СГДЯ принадлежит Swan J. (1823), который обнаружил дефекты слизистой оболочки желудка у детей, умерших от распространенных ожогов, и связал их происхождение с ожоговым поражением кожи. В дальнейшем Curling B. (1842) привел 12 случаев гастродуоденальных язв у больных с обширными ожогами тела. С того времени такого рода язвенные поражения желудка и ДПК стали именоваться язвами Курлинга. В 1867 г. Billroth T. сообщил о слу-

чае язвенного кровотечения, остро возникшего после тиреоидэктомии. В 1932 г. Cushing H. описал возможность язвообразования в желудке у больных с кровоизлиянием в головной мозг. Стрессовые язвы, возникающие после черепно-мозговых травм, нейрохирургических операций, при опухолях мозга, в литературе получили название язв Кушинга.

В 1955 г. Zollinger R.M. и Ellison E.H. описали двух пациентов, у которых плохо рубящиеся язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), протекавшие с диареей на фоне высокой кислотной продукции, сочетались с опухолью островков поджелудочной железы, не связанной с  $\beta$ -клетками. Они высказали предположение о возможной патогенетической связи между гуморальными веществами, вырабатываемыми данной опухолью, и последующим возникновением пептических язв. В 1967 г. Gregory R.A. и соавт. обнаружили, что клетки этой опухоли выделяют большое количество гастринина, на основании чего она получила наименование “гастринома”.

Заслуга четкого разграничения язвенной болезни (ЯБ) как самостоятельного заболевания и СГДЯ принадлежит Василенко В.Х. (1972).

Развитие фундаментальных наук, научно-технический прогресс, совершенствование практической медици-

ны способствовали лечению многих пациентов с тяжелыми, ранее считавшимися некурабельными заболеваниями. Продление жизни этим больным может сопровождаться вторичными изменениями в ряде органов, включая образование СГДЯ. Широкое, часто неконтролируемое использование нестериоидных противовоспалительных средств (НПВС) является причиной образования лекарственных гастродуоденальных язв.

Частота образования различных видов СГДЯ зависит от причин, их вызвавших. Так, язвы, образовавшиеся при стрессовых ситуациях (распространенные ожоги и травмы, обширные операции), наблюдаются почти у 80 % больных; при тяжело протекающих заболеваниях внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек) – у 10–30 %, а синдром Золлингера–Эллисона (СЗЭ) встречается редко – только у 1–4 человек на 1 млн населения.

### Этиология и патогенез

В отличие от ЯБ с ее характерными этиологическими факторами (наследственная предрасположенность, хеликобактерная инфекция, нервно-психические перегрузки, алиментарные погрешности и др.) СГДЯ патогенетически тесно связана с другими (“фоновыми”) заболе-

ваниями или экстремальными воздействиями.

Ведущее значение в ульцерогенезе стрессовых язв придают ишемии слизистой оболочки желудка и ДПК в условиях расстройства микроциркуляции, гиповолемии, плазмопотери и гипотонии; увеличению при стрессе продукции АКТГ, кортикостероидов, катехоламинов, гистамина, оказывавших неблагоприятное действие на защитный барьер слизистой оболочки и усиливающих агрессию кислотно-пептического фактора; нарушению гастродуоденальной моторики (парез желудка и кишечника, дуоденогастральный рефлюкс).

Механизм реализации ульцерогенного действия лекарственных препаратов многообразен. НПВС прежде всего действуют на защитный барьер слизистой оболочки, повреждая его, изменяя количественный и качественный состав слизи, подавляя синтез эндогенных простагландинов. Ингибирирование продукции простагландинов, обусловленное НПВС, связано с угнетением активности циклооксигеназы (ЦОГ). При этом оказалось, что селективное подавление ЦОГ типа 2 (ЦОГ-2) позволяет в значительной степени ослабить повреждение слизистой оболочки при сохранении противовоспалительного эффекта. В настоящее время созданы препараты (мелоксикам и др.), избирательно угнетающие ЦОГ-2 без повреждения гастродуоденальной слизистой оболочки.

Данные об ульцерогенном действии кортикостероидов противоречивы. Глюкокортикоиды усиливают продукцию HCl, изменяют качественный состав слизи, снижают скорость обновления поверхностного эпителия, чем способствуют язвообразованию. В то же время отмечается и благоприятное влияние стероидных гормонов на слизистую оболочку желудка и ДПК, связанное с их лизосомальным стабилизирующим эффектом и улучшением трофических процессов.

СГДЯ могут возникать на фоне других заболеваний и быть патогенетически с ними связанными. Примером является образование крупных язв

Таблица 1. Распределение больных по видам СГДЯ

Вид СГДЯ	Число больных	
	абс.	%
Стрессовые язвы:	242	31,8
- операции на органах брюшной полости	128	16,8
- урологические операции	38	5
- операции на брюшной аорте	26	3,4
- травмы, ожоги	50	6,6
Сочетанные язвы при заболеваниях:	328	43,2
- сердечно-сосудистой системы	102	13,4
- легких	54	7,1
- печени	76	10
- почек	96	12,6
Лекарственные язвы	185	24,3
Эндокринные язвы:	5	0,7
- при гиперпаратиреозе	3	0,4
- при СЗЭ	2	0,3
Всего	760	100

желудка при атеросклеротическом поражении брюшного отдела аорты вследствие недостаточности регионального кровоснабжения.

Причина развития дуodenальных язв при СЗЭ – нейроэндокринная опухоль, продуцирующая гастрин (гастринома), что приводит к резкой гиперпродукции хлористоводородной кислоты. Язвообразование при гиперпаратиреозе объясняется увеличением продукции HCl и повышением моторной функции желудка в ответ на гиперкальциемию; отрицательное действие на слизистую оболочку оказывает и сам паратгормон.

### Классификация

Развернутая классификация СГДЯ отсутствует, обычно выделяется только вид изъязвления.

Нами предлагается следующая классификация СГДЯ.

#### I. Основные виды:

- 1) стрессовые;
- 2) лекарственные;
- 3) эндокринные;
- 4) возникшие на фоне заболеваний внутренних органов.

#### II. Морфологическая характеристика изъязвления:

- 1) эрозия;
- 2) острая язва;
- 3) хроническая язва.

#### III. Число дефектов слизистой оболочки:

- 1) одиночные (1–3);
- 2) множественные (более 3).

#### IV. Размеры язв (эррозий):

- 1) небольшие (менее 0,5 см);

- 2) средние (0,5–1,0 см);
- 3) крупные (1,1–3,0 см);
- 4) гигантские (более 3 см).

#### V. Локализация:

Желудок – А: а) кардия, б) субкардиальный отдел, в) тело желудка, г) антравальный отдел, д) пилорический канал; Б: а) передняя стенка, б) задняя стенка, в) малая кривизна, г) большая кривизна;

ДПК – А: а) луковица, б) постбульбарный отдел; Б: а) передняя стенка, б) задняя стенка, в) малая кривизна (верхняя стенка), г) большая кривизна (нижняя стенка).

#### VI. Осложнения:

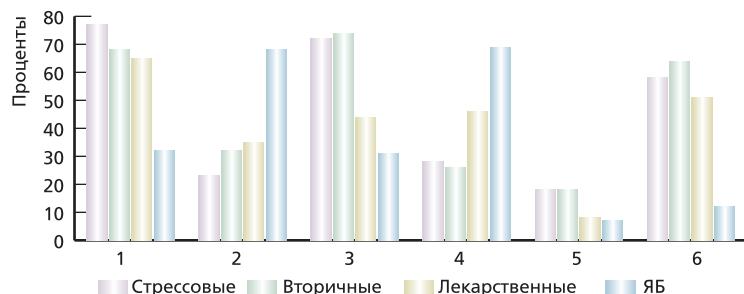
- 1) кровотечение;
- 2) перфорация;
- 3) пенетрация.

### Диагностика и дифференциальная диагностика СГДЯ и ЯБ

Чем отличаются гастродуоденальные язвы при ЯБ от СГДЯ? Для ответа на этот вопрос мы пользовались данными литературы и собственными наблюдениями.

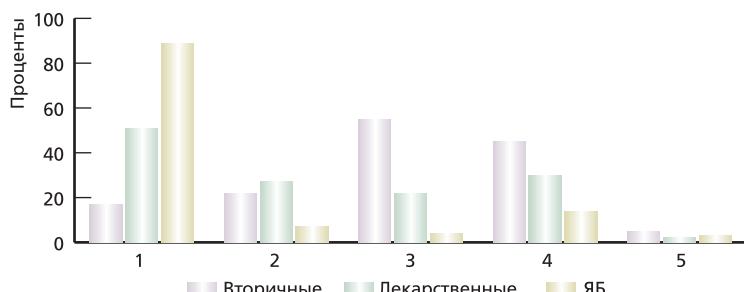
В Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н. Бурденко, где на период проведения исследования имелось 46 специализированных коечных отделений, мы наблюдали практически все виды симптоматических язв. Проанализировано 762 истории болезни больных СГДЯ. Распределение пациентов по видам гастродуоденальных язв представлено в табл. 1. Во всех случаях гастродуоденальные изъязвления подтверж-

Рис. 1. Морфологическая характеристика гастродуоденальных язв



Виды язвы: 1 – острая, 2 – хроническая. Локализация: 3 – желудок, 4 – ДПК; 5 – размеры более 3 см для желудка и более 2 см для ДПК; 6 – множественные язвы.

Рис. 2. Клиническая характеристика гастродуоденальных язв



Клинические проявления: 1 – эпигастральные боли, 2 – клиника осложнений, 3 – бессимптомное течение; 4 – кровотечение, 5 – перфорация.

дались эндоскопически, на операции или аутопсии. В группу сравнения вошли 524 больных, страдающих ЯБ, сходных с основной группой по полу и возрасту.

#### Клинико-морфологические особенности СГДЯ

Анализ клинической картины позволяет заподозрить развитие СГДЯ у больных с повышенным риском их образования. Например, появление изжоги, тошноты, ощущения дискомфорта и боли в эпигастрии у лиц, длительно принимающих ацетилсалициловую кислоту или другие НПВС, может указывать на развитие СГДЯ.

Для того чтобы ответить на вопрос, в чем морфологические и клинические отличия СГДЯ и гастродуоденальных язв при ЯБ, мы провели сопоставление гастродуоденальных язв по различным параметрам (рис. 1, 2).

Для СГДЯ в отличие от язв при ЯБ более свойственны острые повреждения слизистой оболочки, локализация в желудке, множествен-

ность ( $p < 0,001$ ) и крупные размеры ( $p < 0,05$ ). Кроме того, для СГДЯ были характерны стертость клинических проявлений и более часто возникающие кровотечения с различной степенью кровопотери, которые нередко являлись единственным проявлением заболевания. Эти признаки достоверно чаще встречались при СГДЯ, чем при ЯБ ( $p < 0,001$ ). Симптоматические язвы, как и язвы при ЯБ, относительно редко осложнялись перфорацией.

Сложность разграничения СГДЯ и ЯБ усугублена еще и тем, что экстремальные ситуации, при которых образуются симптоматические язвы, могут возникнуть и у больных, страдающих ЯБ. С учетом этого обстоятельства выделены следующие варианты СГДЯ: 1) острые симптоматические язвы (эрозии); 2) хронические симптоматические язвы; 3) язвы, спровоцированные ульцерогенными воздействиями у больных ЯБ.

При последнем варианте ЯБ остается основным диагнозом, однако экстремальная ситуация накладыва-

ет особенности на течение спровоцированного рецидива, что требует особого подхода к лечению. К этому варианту относятся случаи, когда у больного имелись указания на ЯБ в анамнезе или когда в ответ на ульцерогенные воздействия возникали одиночные язвы типичной локализации (малая кривизна желудка, луковица ДПК). Варианты гастродуоденальных изъязвлений при СГДЯ представлены в табл. 2.

Стрессовые изъязвления преимущественно острые, но легко возникают и у пациентов с ЯБ в анамнезе, т. е. наблюдался спровоцированный рецидив ЯБ. Язвы, сочетающиеся с тяжело протекающими заболеваниями внутренних органов, почти в 40 % были хроническими, причем в 19 % случаев также был отмечен спровоцированный рецидив ЯБ. Лекарственные препараты, обладающие побочными ульцерогенными свойствами, чаще провоцируют рецидив ЯБ или реализуют генетическую предрасположенность к болезни, но могут вызывать и образование острых множественных дефектов слизистой оболочки желудка и ДПК. Большинство авторов только последний вариант относят к СГДЯ.

#### Особенности диагностики СГДЯ

Диагностика СГДЯ вследствие стертости клинической симптоматики трудна. Как следует из сравнения прижизненной диагностики и секционных данных, СГДЯ при жизни распознаются только в 43,3 % случаев.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) – типичные осложнения СГДЯ. Язвенные кровотечения наблюдаются примерно у трети больных при развитии язвы на фоне тяжелого соматического заболевания и в половине случаев стрессовых язв. Нередко ЖКК бывает единственным проявлением СГДЯ. Однако даже тяжелые ЖКК, особенно у больных, находящихся в критическом состоянии, могут не диагностироваться и устанавливаются лишь при аутопсии.

Выявление фоновых заболеваний и патологических процессов, приводящих к развитию СГДЯ, является обязательным условием для

Группа больных	n	Таблица 2. Варианты гастродуodenальных изъязвлений у больных СГДЯ					
		Варианты изъязвлений					
		острые язвы		хронические язвы		спровоцированный рецидив ЯБ	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стрессовые язвы	242	171	70,7	19	7,8	52	21,5
Сочетанные язвы	328	198	60,4	67	20,4	63	19,2
Лекарственные язвы	185	72	38,9	4	2,2	109	58,9
Всего	755	441	58,4	90	11,9	224	29,7

установления правильного диагноза.

Рентгенологическое исследование не относится к достаточно надежным методам, особенно в распознавании эрозий, острых поверхностных язв, но позволяет исключить крупные язвы и злокачественные изъязвления.

Эндоскопический метод дает полную информацию о состоянии слизистой оболочки гастродуodenальной зоны и позволяет установить окончательный диагноз.

В анализируемых наблюдениях гастродуodenоскопия выполнялась 468 больным СГДЯ. Результаты эндоскопических исследований в 121 случае проверялись на операции (18) и аутопсии (103). Из них только 20 (16,5 %) заключений эндоскописта оказались неполными. В 16 случаях изъязвление при продолжающемся кровотечении не диагностировалось, а в 4 – крупная язва желудка была принята за злокачественную.

Показаниями к проведению эндоскопического исследования являются: 1) наличие клинических симптомов, указывающих на возможность гастродуodenальных изъязвений; 2) высокий риск образования СГДЯ даже в отсутствие гастроэнтерологических жалоб; 3) признаки кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Поисковое эндоскопическое исследование может быть оправданным методом для установления причин болевого синдрома в эпигастрии, желудочной диспепсии у соматически тяжелых пациентов, у больных, перенесших операции, травму, длительно принимающих лекарственные препараты, обладающие ульцерогенными свойствами. Поэтому профилактические эндоскопические осмотры следует чаще проводить больным с высоким риском СГДЯ независимо от наличия гастроэнтерологических

жалоб. Ургентную гастродуodenоскопию выполняют по неотложным показаниям при появлении у больного симптомов кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Больным, находящимся в критическом состоянии (в острую fazу инфаркта миокарда, инсульта, в раннем послеоперационном периоде), эндоскопию назначают при кровотечениях, угрожающих жизни.

При проведении эндоскопии по неотложным показаниям целесообразно придерживаться следующих правил. Во-первых, тяжесть состояния больного не должна быть абсолютным противопоказанием к эндоскопическому осмотру, следует лишь проводить исследование максимально щадящим образом. Это достигается хорошей психологической подготовкой больного, тщательной анестезией, применением в необходимых случаях наркоза, сокращением продолжительности осмотра.

Во-вторых, гастродуodenоскопия должна осуществляться в условиях, при которых больному может быть оказана надлежащая неотложная помощь. Больных в острой фазе инфаркта миокарда или инсульта осматривают в отделениях интенсивной терапии и реанимации; при ЖКК, возникших после обширных операций, травм, ожогов эндоскопическое исследование обычно проводят в перевязочной или операционной; нетранспортабельных соматических больных обследуют на месте в процедурном кабинете или непосредственно в палате.

В ходе ургентной эндоскопии необходимо выявить источник ЖКК и установить, продолжается ли оно. При продолжающемся ЖКК делается попытка местного гемостаза через эндоскоп. Однако в связи с техническими трудностями, связанными с

проводением исследования без предварительной подготовки и часто в условиях продолжающегося кровотечения, в 8–18 % случаев источник ЖКК обнаружить не удается.

Эндоскопическая картина СГДЯ не отличается от таковой при ЯБ.

Выявление фоновых заболеваний и патологических процессов, приводящих к развитию СГДЯ, – обязательное условие для установления окончательного диагноза.

Ответственная и трудная задача – проведение дифференциальной диагностики между крупными, чаще “старческими” язвами и злокачественными изъязвлениями желудка. Окончательный диагноз обычно устанавливают с помощью цитологического и гистологического исследования материала прицельно проведенных биопсий из края и дна язвы. Нередко для выяснения истинного характера язвенного поражения слизистой оболочки желудка необходимы повторные эндоскопические осмотры с множественными прицельными биопсиями.

### Характеристика отдельных видов симптоматических язв

#### Стрессовые гастродуodenальные язвы

Стрессовыми язвами принято обозначать острые, чаще множественные язвенные поражения желудка, возникающие в экстремальных, критических ситуациях: при распространенных ожогах (язва Курлинга), черепно-мозговых травмах, нейрохирургических операциях и кровоизлияниях в головной мозг (язва Кушинга), инфаркте миокарда, после обширных полостных операций, тяжелых ранений и травм.

При стрессовых ситуациях (распространенные ожоги и травмы, обшир-

ные операции) эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и ДПК развиваются у 65–80 % больных. Стressовые язвы чаще локализуются в теле желудка, реже – в его антравальном отделе и луковице ДПК. Обычно наблюдаются множественные поражения.

Клинически стрессовые язвы редко сопровождаются болевым синдромом и обычно проявляются лишь после развития осложнений. Из осложнений наиболее часто встречается ЖКК – в 15–78 % случаев (вариабельность данных связана с неоднородностью обследованных групп больных).

### Лекарственные язвы

В группу лекарственных язв включают поражения слизистой оболочки желудка и ДПК, возникающие при приеме ряда лекарственных средств, прежде всего НПВС (ацетилсалициловая кислота, индометацин, бутадион, напроксен и др.). Вероятность образования лекарственных язв увеличивается при назначении высоких доз препаратов, их комбинаций, в первые недели и месяцы длительного лечения, особенно у больных с тяжелым течением фонового заболевания. Наиболее выраженное ульцерогенное действие оказывает ацетилсалициловая кислота.

Лекарственные язвы нередко протекают бессимптомно и, как все СГДЯ, часто осложняются ЖКК, которое может проявляться внезапно – без предшествующих симптомов.

Лекарственные препараты, обладающие ульцерогенным действием, чаще провоцируют рецидив ЯБ или реализуют генетическую предрасположенность к болезни, но могут вызывать и образование острых множественных дефектов слизистой оболочки желудка и ДПК. К образованию острых “медикаментозных” язв может приводить снижение резистентности слизистой оболочки, например, вследствие селективного дефицита иммуноглобулина A.

### Эндокринные симптоматические язвы

К эндокринным симптоматическим язвам относят язвенные пора-

жения желудка и ДПК при СЗЭ и гиперпаратиреозе.

Распространенность СЗЭ (гастриномы) составляет 1 случай на 2 млн населения, ежегодно диагностируется 0,5 случаев на 1 млн населения; считается, что 0,1 % дуоденальных язв связан с СЗЭ. В последние годы резко изменились представления о наиболее частой локализации спорадических гастрином. Если ранее считалось, что у 80 % больных гастриномы локализуются в поджелудочной железе и только у 15–20 % – в ДПК, то теперь установлено, что у 70–80 % больных гастринома обнаруживается в стенке ДПК. Мультифокальный рост опухоли наблюдается в 60 % случаев. Очики часто локализуются вне поджелудочной железы и имеют малый размер, поэтому в 40–60 % случаев не выявляются даже на операции. К моменту диагностики гастриномы у 30–50 % больных имеются метастазы.

Основным клиническим проявлением заболевания являются упорно протекающие и плохо поддающиеся обычной терапии дуоденальные язвы. Решающая роль в образовании гастродуоденальных язв при СЗЭ принадлежит резкой гиперпродукции соляной кислоты, обусловленной повышенной выработкой гастрином. С попаданием в тощую кишку значительного количества кислого содержимого с последующим усилением моторики тонкой кишки связана и диарея, которая наблюдается, по данным различных авторов, у 30–65 % больных. Причем у 7–18 % пациентов поносы могут служить единственным проявлением заболевания.

Следующие признаки позволяют заподозрить наличие СЗЭ:

- пептические язвы, сочетающиеся с диареей;
- рецидивирующая послеоперационная пептическая ульцерация;
- множественная ульцерация;
- пептическая ульцерация дистального отдела ДПК или тощей кишки;
- семейный анамнез пептической ульцерации;
- рентгенологические или эндоскопические признаки гипертро-

фии складок слизистой оболочки желудка.

У больных СЗЭ содержание гастриномы в сыворотке крови при радиоиммuno-логическом определении повышено (200–10000, норма < 150 нг/л). Уровень гастриномы при СЗЭ не всегда существенно повышен в отсутствие стимуляции. В этих случаях используются провокационные тесты с внутривенным введением кальция (5 мг/кг/ч в течение 3 часов) или секретина (3 ЕД/кг/ч). Тест считается положительным, если содержание гастриномы в сыворотке крови повышается в 2–3 раза по сравнению с базальным уровнем.

Выявление гиперсекреции соляной кислоты натощак является наиболее простым и доступным методом, которым можно пользоваться для скрининга СЗЭ. Базальная выработка кислоты > 15 ммоль/ч (или 5 ммоль/ч после частичной резекции желудка) заставляет предположить наличие гастриномы.

Сочетание повышенного уровня гастриномы в крови с повышенной базальной выработкой кислоты делает диагноз весьма вероятным. Так, pH < 2 при повышении гастриномы > 200 нг/л позволяет заподозрить СЗЭ, а при > 1000 нг/л и кислом pH диагноз СЗЭ становится убедительным.

Инструментальная диагностика должна быть направленной на выявление язв желудка и ДПК, а также обнаружение опухоли и ее метастазов.

Для диагностики изъязвлений пользуются рентгенологический и эндоскопический методы. При СЗЭ в 35–70 % случаев обнаруживают одиночные дуоденальные язвы, причем у 20–25 % больных они располагаются в луковичном отделе, у 15–50 % пациентов определяются множественные желудочно-дуоденальные язвы, у 18–25 % язвы на момент постановки диагноза отсутствуют.

Диагностика гастриномы зависит от размеров и первичной локализации опухоли. Наиболее широко применяются ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютер-

ная томография (КТ) и селективная абдоминальная ангиография (СА). Первичная опухоль при локализации в поджелудочной железе диагностируется при размерах до 1 см при УЗИ в 28 % случаев, КТ – в 18–22 %, СА – в 30–35 %. Гастринома, превышающая 2 см в диаметре, лучше всего обнаруживается при сочетании УЗИ и КТ или использовании эндоскопической ультрасонографии (75–90 %).

Особые трудности возникают при локализации гастриномы в стенке ДПК. Опухоли этой локализации обычно имеют малые размеры (менее 1 см) и могут быть обнаруженными при дуоденотомии и внутрикишечной пальпации в ходе операции.

Таким образом, несмотря на современные диагностические возможности, все предоперационные и операционные попытки идентификации опухоли в 20–30 % случаев оказываются безрезультатными.

Гастродуodenальные язвы у больных первичным гиперпаратиреозом встречаются в 10 раз чаще, чем ЯБ среди остального населения. Язвы обычно бывают хроническими, локализуются в луковице ДПК, отличаются упорством течения.

Гиперпаратиреоз как причина образования гастродуodenальных язв нередко длительно остается нераспознанным. При частом рецидивировании гастродуodenальных язв у

больных мочекаменной болезнью следует подумать о возможности гиперпаратиреоза и целенаправленно обследовать область паращитовидных желез, оценить обмен кальция и фосфора, уровень паратгормона, выполнить рентгенографию костей. Гиперкальциемия и гипокальциурия, снижение уровня фосфора в крови и усиление его экскреции с мочой, повышение уровня паратгормона, обнаружение остеопороза и кист на рентгенограммах костей позволяют диагностировать гиперпаратиреоз. Опухоль паращитовидной железы удается пальпировать примерно в 20 % случаев. Помогает диагностике опухоли УЗИ.

Следует также иметь в виду, что приблизительно у 15–20 % больных СЗЭ или гиперпаратиреоз служат проявлением множественной эндокринной неоплазмы 1-го типа (МЭН-1, синдром Вернера) – заболевания, при котором обнаруживаются адено-матозные поражения поджелудочной железы, паращитовидных желез, гипофиза, надпочечников. Поэтому больные, страдающие СЗЭ, должны подвергаться углубленному обследованию в отношении МЭН-1.

### СГДЯ при заболеваниях

#### внутренних органов

Вопрос, в каких случаях гастродуodenальные язвенные поражения при заболеваниях внутренних органов

относить к симптоматическим язвам, достаточно сложен. В тех ситуациях, когда первичной (предшествующей) оказываются гастродуodenальная язва или язвы, развившиеся на фоне другого заболевания, характеризуются всеми признаками ЯБ (типичная клиническая картина, сезонность обострений и др.), а главное – протекают совершенно независимо от фонового заболевания, следует говорить о ЯБ, а не о симптоматических язвах. Когда же имеется четкая патогенетическая зависимость возникновения гастродуodenальных язв от обострений фоновых заболеваний, наблюдается связь рубцевания и последующей ремиссии с улучшением течения основного заболевания, можно достаточно уверенно диагностировать СГДЯ.

Гастродуodenальные язвы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями могут образовываться при декомпенсации кровообращения, на фоне артериальной гипертензии, атеросклеротического поражения брюшной аорты и ее висцеральных ветвей.

Трофические язвы, развившиеся у больных с декомпенсацией кровообращения, чаще локализуются в желудке, бывают множественными; нередко наблюдаются гигантские язвы диаметром более 3 см. Пенетрация и перфорация язв происходит редко; характерны кровотечения. Именно

**12-й Международный Славяно-Балтийский научный форум**

**19–21 мая 2010 года**

**Конгресс-центр «Московский» отеля Holiday Inn «Московские ворота», Московский пр., 97а**

**«Санкт-Петербург – Гастро-2010»**

- 12-я Международная научная конференция по вопросам гастро-эндоскопии и гепатологические аспекты врачебной практики
- Пленум Правления Национального общества гастроэнтерологов России (при участии ЦНИИ гастроэнтерологии; Л.Б. Лазебник, А.И. Парфенов, Е.И. Ткаченко)
- Всероссийская научная конференция по вопросам колопроктологии (совместно с Ассоциацией колопроктологов России и ГНЦ колопроктологии; Г.И. Воробьев) и заседание Российской группы по изучению ВЗК (Е.А. Белогурова, И.Л. Халиф)
- 10-я Всероссийская научная конференция «Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии и питания» и Межрегиональный симпозиум по вопросам детского питания (при участии НЦЗД РАМН и НИИ питания РАМН; В.А. Александрова, С.В. Бельмер, Т.Э. Боровик, Е.М. Булатова, И.Я. Конь, Е.А. Корниенко, Л.Н. Мазанкова, Н.Н. Муравьева, М.О. Ревинова, Н.И. Юрьева, Л.А. Харитонова, Н.П. Шабалов, П.Л. Шербаков, Л.В. Эрман)
- Межрегиональный симпозиум по генетически детерминированным заболеваниям (НИИ Капранов, Т.Е. Гембцицкая)
- Санкт-Петербургский «Гастро-Интеллект-Клуб»

E-mails: [gsp@peterlink.ru](mailto:gsp@peterlink.ru), [gastroforum@mail.ru](mailto:gastroforum@mail.ru) Website: [www.gastroenterology.ru](http://www.gastroenterology.ru)

Реклама

ЖКК оказывается ведущим симптомом язвенного поражения у больных с кардиальной декомпенсацией.

Образование гастродуodenальных язв у больных артериальной гипертензией Гребенев А.Л. и соавт. (1987) связывают с поражением сосудов слизистой оболочки по типу "гипертонической микроангиопатии". В этих случаях развиваются хронические язвы. Острые язвы обычно образуются на фоне тяжелых гипертонических кризов.

Крупные язвы желудка, возникшие у лиц старше 60 лет на фоне атеросклеротического поражения брюшной аорты и ее висцеральных ветвей, принято относить к "старческим" язвам. Такие язвы характеризуются коротким анамнезом, стерной клинической картиной и большими размерами изъязвления — иногда до 6–8 см. Несмотря на это, заживление язв происходит относительно быстро, без грубой деформации стенки. Однако часто наблюдаются рецидивы язв.

Частота сочетания гастродуodenальных язв с хроническими неспецифическими заболеваниями легких составляет от 9,2 до 30,0 %. При этом язвы могут быть и острыми, и хроническими. Ведущая роль в их возникновении принадлежит гипоксии и циркуляторным расстройствам. Язвы чаще локализуются в желудке, отличаются слабой выраженностью болевого синдрома, нередко осложняются кровотечением.

Частота гепатогенных гастродуodenальных язв у больных циррозом печени в 2–6 раз превышает распространенность ЯБ среди остального населения. Язвенные поражения преимущественно развиваются на фоне активного процесса в печени и нарушения ее функции, особенно после операции портокавального шунтирования. Образование гепатогенных язв объясняют ослаблением инактивации эндогенных стимуляторов желудочной секреции, в первую очередь гастрина и гистамина, а также расстройством трофики слизистой оболочки гастродуodenальной зоны вследствие нарушения кровотока в портальной системе. Клиническая картина гастродуodenальных язв у

больных хроническими заболеваниями печени часто бывает атипичной, малосимптомной, что затрудняет их выявление. Язвы одинаково часто встречаются в желудке и ДПК, плохо поддаются консервативному лечению и могут осложняться кровотечением.

При хроническом панкреатите гастродуodenальные язвы наблюдаются у 8–24 % больных. Развитие панкреатогенных язв связано с уменьшением интрадуodenального поступления бикарбонатов при выраженной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Язвы чаще располагаются в ДПК, характерна их постбульбарная локализация.

При хронической почечной недостаточности гастродуodenальные язвы обнаруживают у 3,5–12,0 % больных. Особенно высокая частота язв регистрируется при программном гемодиализе и после пересадки почки (20–30 %). Риск их развития повышается при кризах отторжения трансплантата, сепсисе, гепатите, которые часто встречаются у этой категории больных. Причиной язвообразования служат уремическая интоксикация, гипергастринемия, связанная с ослаблением деградации в почках гастрина, а также лекарств (в первую очередь стероидных гормонов), применяемых в больших дозах после трансплантации почки. Гастродуodenальные язвы у больных хроническими заболеваниями почек одинаково часто встречаются в желудке и ДПК. Обычно отмечают бессимптомное и стертое их течение.

### Лечение и профилактика

Лечение и профилактика СГДЯ во многом зависит от их вида и наличия осложнений. У больных с неосложненными СГДЯ в первую очередь следует активно лечить основное заболевание и его осложнения, а также устранять причины, вызвавшие изъязвление. Одновременно должно проводиться адекватное противоязвенное лечение, при котором следует учитывать особенности ульцерогенеза. Лечебная тактика при кровотечениях из СГДЯ мало отличается от таковой при кровоточащих язвах у больных ЯБ.

### Особенности лечения больных СГДЯ

При стрессовых язвах основные лечебные мероприятия направлены на борьбу с гиповолемией, гипотонией, инфекционными осложнениями, органной недостаточностью, т. е. с факторами, способствующими язвообразованию и возникновению ЖКК. Ведущая задача — снижение кислотности желудочного сока и борьба с застойными явлениями в желудке. С этой целью больным, находящимся в критическом состоянии, вводят назогастральный зонд и каждые 2–3 часа производят аспирацию желудочного содержимого с измерением его рН. При рН извлеченного содержимого ниже 2,0 дополнительно назначают ингибиторы протонной помпы (ИПП), которые целесообразно вводить парентерально. Необходимо добиваться повышения интрагастрального рН выше 5, что необходимо для профилактики ЖКК.

Через зонд может осуществляться и питание больного, а кроме того, аспирация желудочного содержимого позволяет контролировать возникновение язвенного кровотечения. После ликвидации стрессовой ситуации лечение должно продолжаться по общим принципам терапии гастродуodenальных язв.

При лекарственных язвах следует отменить "ульцерогенные" препараты, а при невозможности отмены — заменить их на менее активно действующие на слизистую оболочку желудка и ДПК или максимально снизить суточную дозу.

При СГДЯ, развивающихся на фоне других заболеваний внутренних органов, важное место отводится комплексной терапии основного заболевания, борьбе с гипоксией, сердечно-сосудистыми нарушениями, почечной недостаточностью и т. д.

Успех лечения эндокринных симптоматических язв зависит от того, удается ли выявить гормональноактивную опухоль и радикально ее удалить, а также входит ли опухоль в состав МЭН-1, или является спорадической. В настоящее время расширились возможности консервативного лечения

эндокринных язв. Предлагается многомесячное лечение с применением ИПП в увеличенных в 1,5–2,0 раза по сравнению со стандартными дозах или комбинации ИПП и  $H_2$ -блокаторов (омепразол 40–60 мг утром, квамател 40 мг на ночь). При резистентности гастродуodenальных язв к консервативному лечению и невозможности удалить опухолевый узел проводится гастрэктомия.

### Профилактика

Необходимость профилактики СГДЯ связана с опасностью возникновения массивных ЖКК, летальность при которых достигает 60–80 %.

Профилактику СГДЯ следует проводить больным с повышенным

риском их развития (с политравмой, ожогами, перенесшим обширные оперативные вмешательства, принимающим НПВС, с тяжелыми нарушениями дыхания, кровообращения и др.).

Профилактические мероприятия должны быть направлены на борьбу с кровопотерей, коллапсом, шоком, нарушением функций внутренних органов, инфекционными осложнениями, на фоне которых развиваются СГДЯ. Необходимо назначать лекарственные препараты с менее выраженным ульцерогенным побочным действием.

Больным с повышенным риском развития СГДЯ назначают рациональное питание. Особенно важно

следить за питанием в раннем послеоперационном периоде, в необходимых случаях проводят зондовое питание, что можно рассматривать как профилактику стрессовых язв.

Больным с умеренным риском развития СГДЯ для их предупреждения назначают антацидные препараты в средних дозах 3–4 раза в день, через 1–2 часа после еды и на ночь; предпочтение отдается невасасывающимся гелям. Для профилактики стрессовых язв антациды можно вводить через назогастральный зонд, поддерживая рН в полости желудка на уровне 5,0–5,5. Больным с высокой степенью риска показан профилактический прием ИПП в половине стандартной дозы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / Под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. М., 2006. 602 с.
2. Гребенев А.Л. Шептулин А.А. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В кн.: Руководство по гастроэнтерологии: В 3 томах / Под ред. Ф.И. Комарова и А.Л. Гребенева. Т. 1. Болезни пищевода и желудка. М., 1995. С. 534–550.
3. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотера-  
пия заболеваний органов пищеварения. Руководство для практикующих врачей. М., 2003.
4. Калинин А.В. Симптоматические гастродуodenальные язвы и язвенная болезнь: в чем сходство и в чем различия? // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2008. № 1. С. 59–69.
5. Калинин А.В. Симптоматические гастроудоденальные язвы. Дисс., докт. мед. наук. М., 1987.
6. Ройтберг Г.Е., Полунина Т.Е. Лекарственные поражения гастродуodenальной зоны // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002. № 3. С. 9–15.
7. Уголев А.М., Радбиль О.С. Гормоны пищеварительной системы: физиология, патология, теория функциональных блоков. М., 1995. 238 с.
8. Zollinger H, Ellison E, O'Dorison T, et al. Thirty years experience with gastrinoma. World J Surg 1984;8:427–35.

### Информация об авторах:

**Логинов Алексей Федорович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней Института усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

Тел. (495) 464-04-54, e-mail: InstitutUVr@yandex.ru;

**Калинин Андрей Викторович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры гастроэнтерологии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ