

**КАПКАЕВА Р. Х., СОЛДАТОВА А. А., ЧУДАЙКИН А. Н.,  
БЕЛЯЕВ А. Н., ДАНИШКИНА А. И., КОЗЛОВА Ю. А.  
ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ И ИХ ПРЕДИКЦИЯ**

**Аннотация.** Хронический гастрит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки являются наиболее распространенными заболеваниями гастродуоденальной зоны, имеют общие патогенетические механизмы и клинико-лабораторные изменения. К осложнениям заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта относятся кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация. В статье представлен обзор литературных данных и собственных результатов исследования частоты и характера осложнений заболеваний гастродуоденальной зоны, прогностических маркеров.

**Ключевые слова:** хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение, перфорация, малигнизация, предикция.

**KAPKAJEVA R. H., SOLDATOVA A. A., CHUDAYKIN A. N.,  
BELYAEV A. N., DANISHKINA A. I., KOZLOVA YU. A.  
FREQUENCY OF COMPLICATIONS OF DISEASES  
OF THE GASTRODUODENAL ZONE AND THEIR PREDICTION**

**Abstract.** Chronic gastritis and peptic ulcer of the stomach and duodenum are the most common diseases of the gastroduodenal zone, have common pathogenetic mechanisms and clinical and laboratory changes. Complications of diseases of the upper gastrointestinal tract include bleeding, perforation, penetration, stenosis, malignancy. The article presents a review of the literature data and our own results of the study of the frequency and nature of complications of diseases of the gastroduodenal zone, prognostic markers.

**Keywords:** chronic gastritis, peptic ulcer of the stomach and duodenum, bleeding, perforation, malignancy, prediction.

**Введение.** Воспалительно-дистрофические и эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта в условиях стресса, при контаминации условно-патогенными и патогенными микроорганизмами, приеме лекарственных средств, гемодинамических нарушениях могут оказывать взаимоотягощающее действие с развитием осложнений.

Актуальность проблемы хирургического лечения заболеваний желудка и кишечника подчеркивают статистические данные. Так, число операций, проведенных в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара на органах брюшной полости, в Республике

Мордовия увеличилось с 13600 в 2010 г. до 25700 – в 2015 г., 39600 – в 2018 г., 43200 – в 2019 г., снизилось в 2020 г. до 30900 [1].

Заболевания гастродуоденальной зоны полиэтиологичны и регистрируются в разных возрастных периодах. По данным Хакимова Э. А. и соавторов [2], у детей с глубокими ожогами 15–60 % поверхности тела диагностируются: множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в более 50% случаев, реже эрозивный гастродуоденит, эрозивный гастрит, геморрагический гастрит. При этом у 84,4% больных с ожогами клиническими признаками были рвота «кофейной гущей» и дегтеобразный стул. У 6,25% детей с глубокими ожогами 50–60 % поверхности тела на аутопсии выявлены перфорации язвы двенадцатиперстной кишки с острым разлитым перитонитом.

При обследовании больных сахарным диабетом 2 типа [3] боли в эпигастральной области отмечались в 100% случаев при длительности заболевания более 10 лет, диспептический синдром выявлялся в 50% случаев. При эзофагогастродуоденоскопии у более 70% больных обнаруживали хронический гастрит, у 22,8% – эрозии антрального отдела желудка, с распространением у части обследованных на тело желудка и луковицу двенадцатиперстной кишки, у 11,4% – гастродуоденит, у 8,6% – язва желудка. Басиева О. О. и соавторы выделили особенности клиники язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных сахарным диабетом 2 типа: отсутствие сезонности обострений, стертость, скудность, атипичность симптоматики, множественность изъязвлений.

**Цель работы:** оценить частоту и характер осложнений заболеваний гастродуоденальной зоны, установить их прогностические маркеры.

**Материал и методы.** Проведен анализ научных литературных данных по проблеме осложненного течения заболеваний гастродуоденальной зоны по публикациям научной электронной библиотеки ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)).

В сравнительном аспекте представлены собственные результаты исследования частоты и характера осложнений *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Группы пациентов составили больные с обострением хронического гастрита (ХГ), язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). Клинико-морфологические исходы заболеваний гастродуоденальной зоны оценивали по результатам эзофагогастродуоденоскопии и гистологического исследования биоптатов больных в двухлетний период.

**Результаты.** Ассоциация заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки с контаминацией *Helicobacter pylori* (*Hp*+) способствует поддержанию воспалительного процесса, о чем свидетельствуют клинико-морфологические изменения у обследованных пациентов (табл. 1; [4]). При ЯБ ДПК в сравнении с ЯБЖ выявлена тенденция к большей

частоте кровотечений, особенно у *Hp*-негативных больных, что совпадает с имеющимися научными данными и может быть обусловлено действием лекарственных средств и ишемии при коморбидной патологии, психоэмоциональной дезадаптацией, дисбиотическими изменениями [5].

Таблица 1

**Клинико-морфологические исходы гастродуоденальных заболеваний (абс., %)**

Показатель	Нарастание стадии гастрита	Ульцерация эпителия желудка	Ульцерация эпителия кишечника	Кровотечение
ХГ, <i>Hp</i> +	18; 60%	6; 20%	8; 26,7%	–
ХГ, <i>Hp</i> -	15; 50%	5; 16,7%	4; 13,3%	–
ЯБЖ, <i>Hp</i> +	19; 63,3%	12; 40%	5; 16,7%	8; 26,7%
ЯБЖ, <i>Hp</i> -	16; 53,3%	6; 20%	4; 13,3%	2; 6,7%
ЯБ ДПК, <i>Hp</i> +	15; 50%	3; 10%	10; 33,3%	9; 30%
ЯБ ДПК, <i>Hp</i> -	12; 40%	2; 6,7%	5; 16,7%	4; 13,3%

По данным В. В. Рыбачкова и соавторов [6], язвенные гастродуоденальные кровотечения в 63,9% случаев развились на фоне ЯБ ДПК, в 35,2% случаев – при ЯБЖ. При этом у 49% пациентов отмечалось непрерывно рецидивирующее течение язвенной болезни, у 18,9% – в анамнезе язвенное гастродуоденальное кровотечение. Распределение по степени кровопотери было относительно равным с преобладанием больных со средней степенью – 39%. Контаминация *Helicobacter pylori* отмечалась у 84,2% пациентов с язвенным кровотечением. Значимые различия имеющихся [6] и собственных данных [4] по зависимости риска гастродуоденального кровотечения от *Hp*-статуса могут определяться возрастными, гендерными особенностями групп пациентов.

В другом исследовании [7] кровотечение из язв ДПК диагностировали у 80,5% больных, из язвы желудка – у 19,5%, при этом в более половины случаев источником кровотечения были язвы размером до 1 см, в 28,3% – до 0,5 см. Геморрагический шок развивался у 34,3% больных. В сочетании с кровотечением во время операции выявлялись пенетрации: в печеночно-двенадцатиперстную связку у 57,1% пациентов, в поджелудочную железу – у 20,6%, в желчный пузырь – у 6,4% больных; стенозирование просвета луковицы ДПК – у 15,9% больных. Авторами предложена шкала прогнозирования риска развития рецидива кровотечения из хронических язв желудка и ДПК, учитывающая возраст пациентов, локализацию и размер язв, степень тяжести кровопотери, геморрагического шока,

тип гемостаза по Forrest, толерантность плазмы к гепарину, сопутствующую патологию [7]. Указано, что диаметр язв от 1,1 до 2 см и более значительно повышает риск рецидива кровотечения. Представленная тенденция может отражать хронический процесс ulcerации и замедление репаративной регенерации.

При сопоставлении сывороточного уровня цитокинов с течением заболевания были выявлены достоверные изменения и даны практические рекомендации [4, 8]. У больных с обострением ХГ, ЯБЖ, ЯБ ДПК исследование уровня туморнекротизирующего фактора- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) в сыворотке крови можно успешно использовать для предикции осложнений: при количестве 10 пг/мл и более вероятность изъязвления слизистой оболочки желудка верно предсказывается в 90%, ulcerации ДПК – в 88%, гастродуоденального кровотечения – в 96% случаев. Ранее [6] TNF- $\alpha$  предложено считать маркером деструкции слизистой оболочки желудка и ДПК, выявлено его увеличение при язве тела желудка (на 23%), при язве антрального отдела (на 120%), при язве ДПК (в 2,3 раза), при тяжелой кровопотере (в 2,7 раза) относительно здоровых лиц.

При сывороточном уровне фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) 408 пг/мл и более вероятность гастродуоденального кровотечения верно прогнозируется в 96% случаев [4], рисунок 1.

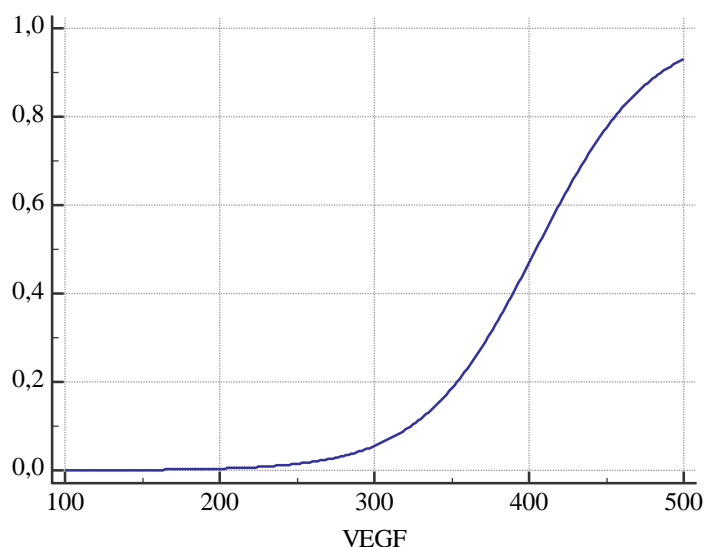


Рис. 1. Зависимость вероятности гастродуоденального кровотечения от количества фактора роста эндотелия сосудов (пг/мл).

**Заключение.** Обострения хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при срыве саногенетических механизмов могут способствовать развитию осложнений, имеющих клиничко-лабораторные и морфологические изменения: кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация. Язвенные

гастродуоденальные кровотечения, перфорации несмотря на активную оптимизацию терапевтических и хирургических тактик лечения в ряде случаев приводят к летальному исходу. Следовательно, поиск прогностических маркеров развития осложнений заболеваний гастродуоденальной зоны является весьма актуальным. Согласно имеющимся результатам, определение количественного уровня ряда иммунных параметров (провоспалительные цитокины, факторы роста) в сыворотке крови при заболеваниях гастродуоденальной зоны имеет диагностическую и прогностическую ценность, доказательством чего служит тесная ассоциация иммунных и гистоморфологических изменений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Мордовия в 2020 году» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://13.rospotrebnadzor.ru/content/gosudarstvennyy-doklad-o-sostoyanii-sanitarno-epidemiologicheskogo-blagopoluchiya-4> (дата обращения 20.08.2022).
2. Хакимов Э. А., Тагаев К. Р., Хайдаров М. М. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта у детей с ожоговой травмой // Детская хирургия. – 2019. – Т. 23, №1S4. – С. 64.
3. Басиева О. О., Беликова И. М., Гапузов В. В., Басиева З. К., Родионова Л. И. Состояние верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных сахарным диабетом // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 6. – С. 39–40.
4. Капкаева Р. Х. Дифференциальная иммунодиагностика *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны: автореферат дисс. ... канд. мед. наук [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dissovet.rudn.ru/web-local/prep/rj/dis/download.php?file=2f20a2469fc60f12f974f68adb26c9dc21789> (дата обращения 18.09.2022).
5. Оганезова И. А., Авалуева Е. Б. *Helicobacter pylori*-негативная язвенная болезнь: исторические факты и современные реалии // Фарматека. – 2017. – Гастроэнтерология / Гепатология. – С. 16–20.
6. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г., Шичкин Н. А., Сим М. И., Дубровина Д. Е. Клинические и метаболические аспекты язвенных гастродуоденальных кровотечений // Доктор.Ру. – 2014. – №S6. – С. 12–14.
7. Мельник И. В., Солиев С. Б. Оригинальная шкала прогнозирования риска развития рецидива кровотечения при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – №186 (2). – С. 72–78.

8. Матвеева Л. В., Капкаева Р. Х., Чудайкин А. Н., Мишанина Л. С. Изменения сывороточного уровня туморнекротизирующего фактора- $\alpha$  при заболеваниях желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – №151(3). – С. 53–57.