

СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А И В

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Рязань

Карасева Е.А., Мартынов В.А., Жданович Л.Г., Агеева К.А.

У больных острыми вирусными гепатитами А и В в клинической практике редко оценивается состояние слизистой оболочки гастроудоденальной зоны, несмотря на наличие риска развития у таких пациентов острых эрозий и язв слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит А, острый вирусный гепатит В, слизистая оболочка гастроудоденальной зоны, острые эрозии и язвы, диспепсия.

In patients with acute viral hepatitis A and B in clinical practice, the state of the mucosa of the gastroduodenal zone is rarely assessed, despite the presence of a risk of developing acute erosion and ulcers of the upper gastrointestinal mucosa.

Key words: acute viral hepatitis A, acute viral hepatitis B, mucosa of the gastroduodenal zone, acute erosion and ulcers, dyspepsia.

Острые вирусные гепатиты А и В (ОВГА и ОВГВ) считаются «управляемыми» инфекциями. Однако при ряде условий (техногенные катастрофы, военные действия, снижение уровня вакцинации и санитарно-гигиенических условий) они занимают лидирующие позиции среди инфекционных заболеваний [1, 2, 5]. При этом важной задачей медицинской службы является достижение у больных реконвалесценции в максимально короткие сроки [9, 10].

К основным критериям реконвалесценции относят нормализацию общего состояния, исчезновение диспепсических проявлений и желтухи, восстановление функций печени по данным лабораторных показателей. Однако к замедлению клинико-лабораторной реконвалесценции может приводить ряд факторов, которые редко учитываются в клинике инфекционных болезней. Хорошо известно, что наличие эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных как с инфекционными, так и с неинфекционными заболеваниями отягощает течение основного заболевания и нередко требует неотложной патогенетической и симптоматической терапии [3, 4, 6, 7, 8, 11]. Развитие острых эрозий и язв возможно и у пациентов с острым вирусным гепатитом А на фоне сниженной дезинтоксикационной функции печени и развития гипергастрин- и гипергистаминемии [3, 12].

Цель исследования заключалась в сравнении этиологических особенностей синдрома диспепсии и патологических изменений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ОВГА и ОВГВ.

Материалы и методы

Обследовано 126 пациентов: 82 больных острым вирусным гепатитом А и 44 больных острым вирусным гепатитом В. Диагноз основного заболевания устанавливался на основании типичных клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, включающих маркерную диагностику вирусных гепатитов. Согласно критериям «включения/исключения», в исследование включены больные без осложнений и серьезных сопутствующих заболеваний.

ОВГА протекал в легкой и среднетяжелой форме (45% и 55%), ОВГВ – в легкой, среднетяжелой и тяжелой форме (29,6%, 38,6%, 31,8% соответственно).

Всем пациентам после подписания информированного согласия, кроме стандартного клинико-лабораторного обследования, в первые дни госпитализации (первые 3–10 дней от начала заболевания) проводилась фиброэзофагогастроудоденоскопия волоконным эндоскопом японской фирмы PENTAX модели FG-29H с торцевым расположением оптики по стандартной методике.

Расчеты проводились на портативном мультимедийном компьютере DELL 500 с использованием статистического раздела в электронной таблице Microsoft Office Excel 2007 for Windows XP и программы Biostatistica. Для количественных параметров, имеющих нормальное распределение, рассчитывали следующие показатели: M – среднее арифметическое, m – средняя ошибка среднего арифметического. Для сравнения средних значений использовали t -критерий Стьюдента. При работе с непараметрическими показателями использовали критерий χ^2 , анализ малых выборок проводили с помощью точного критерия Фишера. Результаты считали

статистически значимыми при величинах достигнутого уровня значимости (р) менее 0,05.

Результаты и обсуждение

Структура синдрома диспепсии у больных ОВГА и ОВГВ анализировалась в соответствии с Римскими критериями II (1998 г.). Различий в структуре синдрома диспепсии в зависимости от этиологии выявлено не было. Такие диспепсические симптомы, как боли в эпигастрии, тошнота, рвота, снижение аппетита, встречались с одинаковой частотой как у больных ОВГА, так и у пациентов с ОВГВ (86,6% и 79,6% пациентов соответственно, $\chi^2=0,601$, $p>0,05$).

Вне зависимости от наличия или отсутствия жалоб диспепсического характера у пациентов с острым вирусным гепатитом А и острым вирусным гепатитом В в разгар заболевания при эндоскопическом обследовании выявлялись различные патологические изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. У 37,8% больных ОВГА и 38,6% больных ОВГВ выявлялись эрозивно-язвенные дефекты слизистой оболочки на фоне воспалительных явлений в желудке и двенадцатиперстной кишке, остальные пациенты имели эндоскопические признаки поверхностных, очаговых гастритов/гастродуоденитов.

Частота выявления эрозивно-язвенных повреждений (ЭЯП) слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта не была обусловлена этиологией и тяжестью течения острого вирусного гепатита.

В обеих группах в первые 9 дней от начала заболевания эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки диагностировались чаще, чем в последующие дни. Так, среди 29 пациентов с ОВГА, обследованных в первые 9 дней от начала заболевания, эрозивно-язвенные дефекты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (СО ГДЗ) диагностировались у 16 (55,2%), среди 53 пациентов, обследованных в более поздние сроки – у 15 (23,8%), $\chi^2=4,67$, $p<0,05$. Такая же картина наблюдалась и у пациентов с ОВГВ – в первые 9 дней болезни ЭЯП слизистой оболочки ГДЗ диагностировались в 2,4 раза чаще, чем в последующие дни. Так, среди 8 пациентов, обследованных в первые 9 дней, ЭЯП СО ГДЗ выявлены у 6 (75%), среди 36 пациентов, обследованных в более поздние сроки – у 11 (30,5%), $\chi^2=3,74$, $p<0,05$.

В ходе исследования нами была определена достоверная взаимосвязь функционального состояния печени и характера изменений СО ГДЗ среди пациентов с ОВГА и ОВГВ.

В частности, при ОВГА в разгар заболевания у больных с сочетанной эрозивно-язвенной патологией отмечалось двукратное повышение уровня АСТ по сравнению с пациентами, имеющими изолированные эрозивно-язвенные дефекты луковицы ДПК. Также выявлен достоверно более низкий протромбиновый индекс (ПИ) у пациентов с сочетанной ЭЯП желудка и двенадцатиперстной кишки по сравнению с пациентами с гастритами/гастродуоденитами (таблица 1).

Таблица 1

Основные лабораторные показатели у больных ОВГА в зависимости от локализации эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, $M \pm t$

Группы		ЭЯП желудка	ЭЯП ДПК	Сочетанная локализация ЭЯП	P_{I-II}	P_{II-III}	P_{I-III}
Показатели		n=8 I	n=16 II	n=7 III			
АСТ Ед/л	разгар	907,2±285,5	579,1±144,2	1381±400,5	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	7–10 день	52±34,19	255±142,1	154,6±58,99	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	выписка	54,17±8,8	63,75±13,89	108,9±14,25	$p>0,05$	$p<0,05$	$p<0,01$
ПИ	разгар	0,8±0,03	0,87±0,02	0,73±0,03	$p>0,05$	$p<0,001$	$p>0,05$
	7–10 день	0,89±0,03	0,87±0,04	0,81±0,05	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
	выписка	0,83±0,03	0,88±0,02	0,82±0,04	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

Таким образом, большая площадь эрозивно-язвенного поражения СО ГДЗ у больных острым вирусным гепатитом А ассоциирована с более выраженными показателями АСТ и низким уровнем протромбинового индекса.

Среди больных ОВГВ с эрозивно-язвенной патологией СО ГДЗ выявлялись более высокие

показатели активности АЛТ, чем у пациентов с гастритами/гастродуоденитами, в то время как средние значения протромбинового индекса были одинаковыми вне зависимости от наличия или отсутствия эрозий и язв СО ГДЗ (таблица 2).

Основные лабораторные показатели у пациентов с ОБГВ с различной патологией слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, $M \pm m$

Группы Показатели		Эрозивно-язвенная патология n=17 I	Гастриты/ гастродуодениты n=27 II	P_{I-II}
АЛТ, Ед/л	разгар	2210±368,4	1233±208,5	p<0,05
	7–10 день	735,4±161,1	568,2±109,4	p>0,05
	выписка	256,9±48,76	204,5±31,36	p>0,05
ПИ	разгар	0,78±0,03	0,82±0,03	p>0,05
	7–10 день	0,84±0,02	0,88±0,02	p>0,05
	выписка	0,85±0,02	0,89±0,02	p>0,05

Следует отметить, что у больных острыми вирусными гепатитами А и В развитие острых эрозивно-язвенных поражений часто протекало без диспепсической симптоматики. Так, при остром вирусном гепатите А при наличии диспепсических жалоб ЭЯП слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявлены у 36,6% пациентов, при отсутствии синдрома диспепсии – у 45,5% пациентов. Схожая картина наблюдалась и у пациентов с ОБГВ: при наличии диспепсической симптоматики эрозивно-язвенная патология гастродуоденальной слизистой диагностирована у 37,1%, что достоверно не отличалось от частоты выявления ЭЯП слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов без диспепсических расстройств – 44,4%.

Выводы

1. Пациенты с острыми вирусными гепатитами А и В примерно с одинаковой частотой испытывают диспепсические жалобы.

2. Вне зависимости от наличия синдрома диспепсии у трети пациентов с ОБГА и ОБГВ выявляются различные патологические изменения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, носят острый характер, чаще диагностируются в первые 9 дней от начала заболевания, с преимущественной локализацией в двенадцатиперстной кишке.

3. Общая частота эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной слизистой оболочки не зависит от этиологии острого вирусного гепатита, тяжести основного заболевания, наличия или отсутствия диспепсического синдрома, что затрудняет своевременную диагностику и подчеркивает решающую роль эндоскопического исследования в комплексной диагностике патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у таких пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Лялюкова Е.А., Вершинина М.В., Бударина Н.А., Ярков А.Н. *Вирусные гепатиты*. Под ред. Г.И. Нечаевой, Ю.В. Белана. – Ростов-на-Дону: Феникс; 2007: 125.
2. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Козлов К.В. *Вирусные гепатиты*. СПб.: ФОЛИ-АНТ; 2011: 304.
3. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Загоренко Ю.А. Гепатогенные гастропатии и гепатогенные язвы: старая история, которая остается вечно новой. *Мистецтво лікування*. 2005; 19(3):12-18.
4. Калинин А.В., Логинов А.Ф. Симптоматические гастродуоденальные язвы. *Фарматека*. 2010;2:38-45.
5. Кареткина Г.Н., Ющук Н.Д. Гепатит А. *Инфекционные болезни. Национальное руководство*. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР – Медиа; 2009: 601-613.
6. Котаев А.Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением. *Русский медицинский журнал*. 2006;14(6): 501-504.
7. Майер К.-П. *Гепатит и последствия гепатита*. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА; 1999: 432.
8. Малеев В.В., Мартынов В.А., Клочков И.Н. Клинико-эндоскопическая характеристика острой эрозивно-язвенной патологии верхних отделов ЖКТ у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, лептоспирозом и туляремией. *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова*. 2014;3: 48-55.
9. Подымова С.Д. *Болезни печени*. М.: Медицина; 1998: 704.
10. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н., Максимов С.Л., Мартынов Ю.В. и др. *Протокол диагностики и лечения больных вирусными гепатитами В и С. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2010;20(6): 4-60.

11. Ханевич М.Д., Кошевой А.П. Лечение кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с патологией печени. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2003;162(5):109-113.

12. Portincasa P, Moschetta A, Di Ciaula A, Palmieri VO, Milella M, Pastore G, Palasciano G. Changes of gallbladder and gastric dynamics in patients with acute viral hepatitis A. *Eur. J. clin. Invest.* 2001; 31(7): 617-622.

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Карасева Елена Александровна, к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, г. Рязань. 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Тел.: 89206330214. E-mail: ekar83@gmail.com

Информация об авторах

Мартынов Владимир Александрович, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, г. Рязань.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Тел.: (4912) 971826.

E-mail: v.martynov@rzgmu.ru

Жданович Людмила Геннадьевна, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, г. Рязань.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Тел.: (4912) 971826.

E-mail: rzgmu@rzgmu.ru

Агеева Кира Александровна, ассистент кафедры инфекционных болезней Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, г. Рязань.

390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Тел.: (4912) 971826.

E-mail: rzgmu@rzgmu.ru