

Особливості макроскопічного стану слизової оболонки верхнього відділу травного каналу у хворих на хронічний гастрит в поєднанні з остеоартрозом



**М.Ю. Зак,
Л.М. Пасієшвілі**

Харківський національний медичний університет

Мета роботи — визначити характер макроскопічних змін верхнього відділу травного каналу у хворих на хронічний гастрит (ХГ), які отримували селективні нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) з приводу остеоартрозу (ОА).

Матеріали та методи. Проведено обстеження 507 пацієнтів (310 жінок та 197 чоловіків) у віці від 40 до 65 (середній вік — $52,5 \pm 4,32$) року, які розподілені на 2 клінічні групи: I групу склали 357 хворих на ОА в поєднанні з ХГ, II групу — 150 пацієнтів з ХГ без патології суглобів. Серед обстежених неатрофічний гастрит (НАГ) мав місце у 117 та 51 хворих з I та II групи відповідно; атрофічний гастрит (АГ) — у 240 та у 99 пацієнтів з I та II групи відповідно. Усі хворі I групи для суглобового синдрому отримували селективні НПЗП: мелоксикам у дозі 15 мг/добу або німесулід у дозі — 200 мг/добу. Тривалість НПЗП-терапії складала від 1 тиж до декількох років. Усім хворим виконувалась езофагогастродуоденоскопія, підставою для проведення якої були абдомінальний біль, диспепсичні розлади та онкопошук.

Результати та обговорення. Прийом селективних НПЗП мелоксикаму та німесуліду у стандартному режимі з приводу ОА у хворих на ХГ викликає низку функціональних та структурних змін з боку верхнього відділу травного каналу, характер та виразність яких залежала від морфологічного типу гастриту. Ерозивний езофагіт ступеня А та В у хворих з НАГ в поєднанні з ОА був зафіксований у 3,4 разу ($\chi^2 = 1,28$; $p = 0,004$), а у пацієнтів з АГ в поєднанні з ОА — у 4,4 разу ($\chi^2 = 1,28$; $p = 0,014$) частіше, ніж при НАГ та АГ без супутньої патології відповідно. Встановлено, що у I групі ерозії у кардіальному відділі шлунка спостерігалися лише при АГ, а у тілі шлунка при АГ зафіксовані у 2,0 разу ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,002$) частіше, ніж при НАГ. У хворих на ОА розвиток поодиноких ерозій не залежав від морфологічного типу гастриту, проте множинні ерозії у 1,9 разу ($\chi^2 = 2,01$; $p = 0,001$) частіше спостерігались при АГ, ніж при НАГ. Прийом НПЗП у хворих з ОА сприяв розвитку низки функціональних розладів: при ХГ в поєднанні з ОА шлунково-стравохідний рефлюкс був зафіксований у 1,9 разу частіше ($\chi^2 = 15,67$; $p = 0,017$), а дуоденогастральний рефлюкс — у 1,7 разу частіше ($\chi^2 = 18,41$; $p = 0,011$), ніж при ХГ без супутньої патології.

Висновки. Прийом селективних НПЗП з приводу ОА у хворих на АГ викликає розвиток більш важких структурних та функціональних розладів, ніж у пацієнтів на НАГ. Розвиток поодиноких ерозій не залежав від морфологічної форми ХГ, проте множинні ерозії спостерігались у 2,0 разу частіше при АГ, ніж при НАГ ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,002$). При ХГ в поєднанні з ОА шлунково-стравохідний рефлюкс спостерігався у 1,9 разу частіше ($\chi^2 = 15,67$; $p = 0,017$), а дуоденогастральний рефлюкс — у 1,7 разу частіше ($\chi^2 = 18,41$; $p = 0,011$), ніж при ХГ без супутньої патології.

Ключові слова:

хронічний гастрит, остеоартроз, НПЗП-терапія, макроскопічні зміни.

Хронічний гастрит (ХГ) та остеоартроз (ОА) перебувають у числі найбільш поширених соматичних захворювань, мають хронічно рецидивуючий перебіг та нерідко потребують тривалого лікування [1, 2].

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Зак Максим Юрійович
к. мед. н., ст. наук. співр.

61022, м. Харків, просп. Науки, 4
Email: ukrgastro@gmail.com

Стаття надійшла до редакції
5 червня 2016 р.

Проблема коморбідності ХГ та ОА насамперед обумовлена не спільністю етіологічних факторів та взаємно обтяжуючих патогенетичних механізмів, а необхідністю прийому (іноді тривалого) з приводу суглобового синдрому нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Сьогодні переконливо доведено, що наявність пептичної виразки (виразкової хвороби) в анамнезі є провідним фактором ризику розвитку НПЗП-гастропатій та пов'язаних з ними шлункових кровотеч [5]. Однак при ХГ, як і при пептичній виразці, провідним механізмом формування патологічного процесу є дисбаланс між факторами агресії та захисту слизової оболонки (СО) шлунка [1, 5].

Селективні блокатори ЦОГ-2, з одного боку, є високоефективними в лікуванні суглобового синдрому у хворих на ОА, а з іншого — мають високий профіль гастроінтестинальної безпеки [3]. Проте безпечність зазначених препаратів доведена в пацієнтів з інтактною СО шлунка [4, 8], а проблема їх використання у пацієнтів з ХГ залишається невирішеною.

Мета роботи — встановити особливості макроскопічного стану верхнього відділу травного каналу при неатрофічному та атрофічному гастриті у хворих на остеоартроз в умовах НПЗП-терапії.

Матеріали та методи

Комплексне обстеження проведене 507 пацієнтам у віці від 40 до 65 ($52,5 \pm 4,32$) року, у тому числі 310 жінкам та 197 чоловікам. Усі пацієнти розподілені на дві клінічних групи: I групу склали 357 хворих на ОА в поєднанні з ХГ, II групу — 150 пацієнтів з ХГ без патології суглобів. У свою чергу, хворих на ХГ обох груп розділяли залежно від наявності атрофії СО шлунка: неатрофічний гастрит (НАГ) мав місце у 117 та 51 хворого з I та II групи відповідно; атрофічний гастрит (АГ) — у 240 та 99 пацієнтів з I та II групи відповідно. Діагностику ОА здійснювали відповідно до рекомендацій В.М. Коваленко та співавт. [2] Діагноз ХГ встановлювали на підставі Сіднейсько-Х'юстонської класифікації і системи OLGA [7, 9].

Усі хворі I групи для лікування артралгії отримували селективні НПЗП: мелоксикам у дозі 15 мг/добу або німесулід у дозі 200 мг/добу. Тривалість НПЗП-терапії складала від 1 тиж до декількох років. Підставою для проведення ендоскопічного дослідження були наявність у хворих скарг на абдомінальний біль та/або скарги диспепсичного характеру, а також онкопошук. Діагностику макроскопічного стану СО езофагогастроуденальної зони проводили гастрофі-

броскопом фірми Olympus GIF Q20 (Японія) відповідно до відомих рекомендацій [6].

Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали методами варіаційної статистики за стандартним пакетом прикладних програм Windows. Порівняння середніх значень змінних при нормальному розподілі даних ознак здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента). Для порівняння розподілу часток двох або більше змінних використовували χ^2 -тест. Різниця вважалася достовірною, якщо досягнутий рівень значущості (p) був нижчим за 0,05.

Результати та обговорення

При обстеженні стравоходу недостатність замикальної функції нижньостравохідного сфінктера (НСС) у хворих на НАГ та ОА із супутньою патологією спостерігалась значно частіше ($p < 0,05$), ніж у хворих на НАГ та ОА без такої (табл. 1). Водночас серед хворих на ХГ у поєднанні з ОА зростала кількість ерозивних уражень стравоходу. Так, сумарно езофагіт ступеня А та В у хворих I групи з НАГ був зафіксований у 3,4 разу ($\chi^2 = 1,28$, $p = 0,004$), а в пацієнтів з АГ — у 4,4 разу ($\chi^2 = 1,28$, $p = 0,014$) частіше, ніж при НАГ та АГ у пацієнтів II групи відповідно (табл. 1, рис. 1). При цьому в пацієнтів I групи частота виникнення ерозій стравоходу істотно не залежала ($p > 0,05$) від морфологічної форми гастриту (табл. 1).

При проведенні кореляційного аналізу при ХГ в поєднанні з ОА встановлені цілком логічні кореляційні взаємозв'язки між супутньою гастро-езофагеальною рефлюксною хворобою та послабленням замикальної функції НСС: $r = 0,53$ ($p < 0,05$) у пацієнтів I групи та $r = 0,55$ ($p < 0,01$) II групи.

Гіперемія шлункового епітелію, яка є ендоскопічним еквівалентом запалення, зафіксована у всіх хворих на НАГ та в більш ніж половини пацієнтів з АГ в обох групах (табл. 2). Привертав увагу той факт, що при АГ у хворих на ОА гіперемія СО шлунка зустрічалась у 1,5 разу ($\chi^2 = 5,22$; $p = 0,021$) частіше, ніж при АГ без супутньої патології (див. табл. 2). Макроскопічні ознаки атрофічних змін СО шлунка різного ступеня мали місце в усіх хворих на АГ: гіпертрофія складок, вузлуватість, горбкуватість та формування поліпів. Крім цього, специфічними ендоскопічними маркерами атрофії були ксантоми та вогнищева гіперплазія. Зазначені показники спостерігались в обох групах з АГ значно частіше ($p < 0,01$), ніж при НАГ.

При аналізі макроскопічного стану дванадцятипалої кишки (ДПК) привертав увагу факт

Таблиця 1. Макроскопічні зміни кардіоезофагеальної зони

	НАГ + ОА (n = 117)		НАГ (n = 51)		АГ + ОА (n = 240)		АГ (n = 99)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Недостатність НСС	24	20,5	8	15,7	39	16,2	10	10,1
ШСР	11	9,4	3	5,9	25	10,4	7	7,1
Пропалс СО шлунка	8	6,8	4	7,8	14	5,8	8	8,1
Кила стравохідного отвору діафрагми	15	12,8	4	7,8	31	12,9	9	9,1
Забарвлення СО:								
— без змін	91	77,8	40	78,4	193	80,4	80	80,1
— бліде	17	14,5	6	11,7	28	11,7	12	12,1
— гіперемоване	9	7,7	5	9,8	19	7,9	8	8,1
Езофагіт ступеня А	11	9,4*	2	3,9	25	10,4*	3	3,0
Езофагіт ступеня В	5	4,3	—	—	7	2,9	—	—

Примітка. * $p < 0,01$ — достовірна відмінність порівняно з хворими на НАГ та АГ без супутньої патології.

частоти виникнення еритем та ерозій серед обстежених груп пацієнтів. Еритему СО, яка вважається маркером дуоденіту, серед пацієнтів з НАГ у поєднанні з ОА спостерігали у 1,8 разу частіше ($\chi^2 = 4,11$; $p = 0,012$), ніж при НАГ без супутньої патології, а при АГ в поєднанні з ОА — в 2,4 разу частіше ($\chi^2 = 5,18$; $p = 0,034$), ніж при АГ без супутньої патології (табл. 3.). Крім зазначених змін встановлено, що одночасно з атрофічними процесами в шлунку у низки хворих формувалась атрофія в ДПК.

Безумовно, ключовою відмінністю перебігу гастродуоденальної патології у хворих на ОА був розвиток ерозивних змін. Ерозивні ураження значно частіше спостерігались у хворих з поєднаною патологією, ніж при монопатології. Так, при ОА поодинокі ерозії з однаковою частотою мали місце як при НАГ, так і при АГ. Проте множинні ерозії у пацієнтів з ОА у 1,9 разу ($\chi^2 = 2,01$; $p = 0,001$) значно частіше спостерігались при АГ, ніж при НАГ (рис. 2, 3). Водночас у хворих на АГ без супутньої патології ерозивні ураження

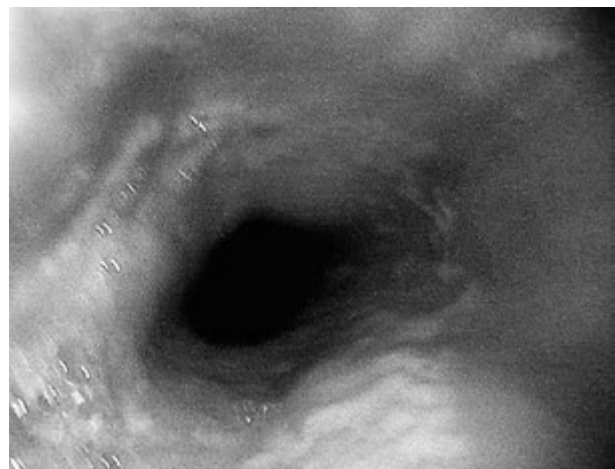


Рис. 1. Езофагіт ступеня А у хворого на НАГ в поєднанні з ОА

були відсутні, а у хворих на НАГ поодинокі ерозії встановлені у 1,8 % пацієнтів (рис. 2).

В усіх пацієнтів з ХГ у поєднанні з ОА ерозії частіше формувались в антральному відділі

Таблиця 2. Макроскопічні зміни СО шлунка у хворих на НАГ та АГ

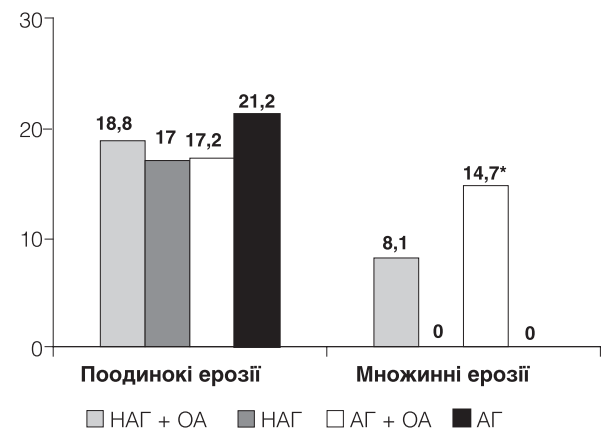
	НАГ + ОА (n = 117)		НАГ (n = 51)		АГ + ОА (n = 240)		АГ (n = 99)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Забарвлення СО шлунка:								
— СО бліда	—	—	—	—	23	9,6	8	8,1
— СО пістрява	18	15,4	8	15,7	165	68,8*	41	41,6
— СО гіперемована	117	100*	51	100*	187	77,9#	53	53,5
Складки:								
— незмінні	117	100*	51	100*	156	65	65	65,7
— згладжені	—	—	—	—	36	15,0	16	16,2
— гіпертрофовані	—	—	—	—	21	8,8	9	9,1
Рельєф, поліпи, вогнищеві гіперплазії								
— зернистість СО	6	5,1	2	3,9	12	5,0	5	5,1
— вузлуватий рельєф	12	10,3*	5	9,8*	77	32,1	34	34,3
— горбкуватий рельєф	5	4,3*	2	3,9*	84	35,0	36	36,4
— поліпи	—	—	—	—	31	12,9	14	14,1
— вогнищева гіперплазія	9	7,7*	4	7,8*	47	19,6	20	20,2
— ксантоми	—	—	—	—	44	18,3	18	18,2

Примітка. * $p < 0,05$ — достовірна відмінність між кількістю хворих з АГ + ОА та з АГ без супутньої патології; # $p < 0,05$ — достовірна відмінність порівняно з кількістю хворих з АГ без супутньої патології.

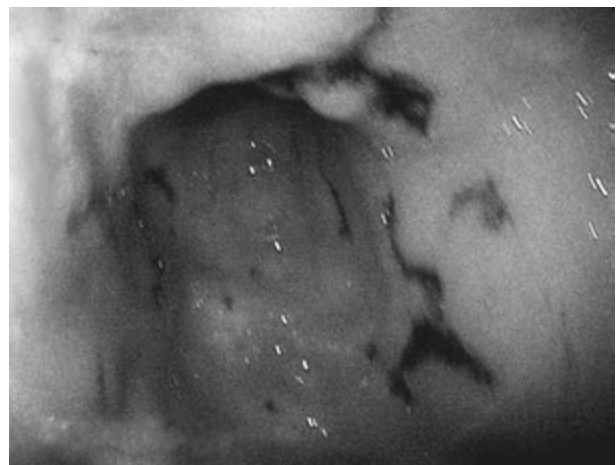
Таблиця 3. Макроскопічні зміни слизової оболонки ДПК залежно від наявності атрофії СО шлунка

Ендоскопічна ознака	НАГ + ОА (n = 117)		НАГ (n = 51)		АГ + ОА (n = 240)		АГ (n = 99)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Незмінена СО	9	7,7*	8	15,7	16	6,7	9	9,0
Еритема СО	104	88,9*	26	51,0	184	76,7*	31	31,3
Блідість СО	11	9,4	5	9,8	9	3,8	3	3,0
Атрофія СО	8	6,8	3	5,9	29	12,1	13	13,1
Симптом «манної крупи»	11	9,4	5	9,8	21	8,8	8	8,1

Примітка. * $p < 0,05$ — достовірна відмінність порівняно з кількістю хворих з НАГ без супутньої патології; * $p < 0,05$ — достовірна відмінність порівняно з кількістю хворих з АГ без супутньої патології.

**Рис. 2.** Характер ерозивних уражень СО шлунка у хворих на ХГ залежно від наявності атрофії

Примітка. * $p < 0,01$ — достовірна відмінність порівняно з кількістю хворих з НАГ + ОА.

**Рис. 3.** Множинні геморагічні ерозії антрального відділу шлунка у хворого на АГ у поєднанні з ОА внаслідок НПЗП-терапії**Таблиця 4.** Локалізація ерозивних уражень гастроудоденальної зони в обстежених хворих

	НАГ + ОА (n = 117)		НАГ (n = 51)		АГ + ОА (n = 240)		АГ (n = 99)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Шлунок:								
— кардія	—	—	—	—	5	2,1	—	—
— тіло	4	3,4	—	—	16	6,7	—	—
— антрум	8	6,8*	1	2,0	29	12,1	—	—
ДПК	7	5,6	2	3,9	19	7,9	—	—
Шлунок та ДПК	5	4,3	1	2,0	13	5,4	—	—

Примітка. * $p < 0,001$ — достовірна відмінність порівняно з кількістю хворих у групах НАГ + ОА та НАГ.

шлунка. Привертав увагу характер локалізації ерозій залежно від морфологічної форми ХГ у пацієнтів I групи. Так, ерозивні зміни в кардіальному відділі шлунка спостерігалися лише при АГ, а в тілі шлунка зафіксовані в 1,7 разу ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,002$) частіше, ніж при НАГ (табл. 4). Істотних відмінностей у частоті одночасного ураження шлунка та ДПК залежно від морфологічної форми ХГ не зафіксовано (табл. 4).

Становив певний інтерес кореляційний зв'язок між ерозивними ураженнями та клінічними показниками. Так, у хворих на НАГ у поєднанні з ОА виникнення ерозій мали кореляційний взаємозв'язок з клінічним показником скутості в суглобах ($r = 0,59$, $p < 0,01$).

Нами проаналізовано характер функціональних розладів верхнього відділу травного каналу серед обстежених груп хворих. Найчастіше шлунково-стравохідний рефлюкс (ШСР) спостерігався при НАГ. Проте при НАГ у поєднанні з ОА ШСР мав місце в 1,5 разу ($\chi^2 = 4,11$; $p = 0,021$) частіше, ніж при НАГ без супутньої патології (табл. 5). Аналогічна картина спостерігалась при АГ: у хворих I групи з АГ ШСР був зафіксований у 1,7 разу ($\chi^2 = 5,12$; $p = 0,002$) частіше, ніж у пацієнтів II групи з АГ (табл. 5).

Макроскопічні ознаки дуоденогастрального рефлюксу (ДГР) переважно спостерігалися при АГ в обох групах. Істотних відмінностей у частоті виникнення ДГР залежно від наявності ОА

Таблиця 5. Характер функціональних розладів езофагогастродуоденальної зони

	НАГ + ОА (n = 117)		НАГ (n = 51)		АГ + ОА (n = 240)		АГ (n = 99)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ШСР	33	28,4	10	19,6	45	18,7	14	14,1	
ДГР	1 ступеня	12	10,3	3	5,9	41	17,1	18	18,2
	2 ступеня	8	6,5	1	2,0	64	26,7	12	12,1
	3 ступеня	2	1,7	—	—	36	15,0	8	8,8
	Усього	22	18,5	4	7,9	141	58,8	38	38,4

у хворих на АГ не встановлено. Проте при НАГ у хворих на ОА ДГР був зафіксований у 2,1 разу ($\chi^2 = 2,02$; $p = 0,011$) частіше, ніж при НАГ без супутньої патології (табл. 5). Крім цього, у хворих з поєднаною патологією значно частіше спостерігався виражений ДГР.

Таким чином, у хворих на ХГ, які отримували НПЗП-терапію з приводу ОА, було виявлено низку функціональних і структурних змін з боку верхнього відділу травного каналу.

При аналізі стану стравоходу було встановлено, що езофагіт ступеня А та В у хворих на НАГ в поєднанні з ОА був зафіксований у 1,6 разу ($p < 0,05$), а у пацієнтів з АГ в поєднанні з ОА — у 1,5 разу ($p < 0,05$) частіше, ніж при НАГ та АГ без супутньої патології відповідно.

Гіперемія шлуккового епітелію зафіксована в усіх хворих на НАГ та в більш ніж половини пацієнтів з АГ. Проте при АГ у поєднанні з ОА гіперемія СО шлунка спостерігалась у 1,7 разу ($p < 0,01$) частіше, ніж при АГ без супутньої патології. Еритему СО ДПК серед пацієнтів з НАГ у поєднанні з ОА виявляли в 1,5 разу частіше ($\chi^2 = 4,11$; $p = 0,012$), ніж при НАГ без супутньої патології, а при АГ в поєднанні з ОА — у 2,4 разу частіше ($\chi^2 = 5,18$; $p = 0,034$), ніж при АГ без ОА.

При аналізі особливостей ерозивних уражень залежно від морфологічної форми гастриту встановлено, що у хворих на ОА поодинокі ерозії з однаковою частотою мали місце як при НАГ, так і при АГ. Проте множинні ерозії у 1,9 разу ($\chi^2 = 2,01$; $p = 0,001$) частіше спостерігались при АГ, ніж при НАГ. Становила інтерес локалізація ерозій залежно від морфологічної форми ХГ:

ерозії в кардіальному відділі шлунка спостерігалися лише при АГ у поєднанні з ОА, а в тілі шлунка — 1,7 разу ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,002$) частіше, ніж при НАГ у поєднанні з ОА.

В обстежених хворих спостерігали низку функціональних розладів верхнього відділу травного каналу серед обстежених груп хворих. Найчастіше ШСР спостерігався при НАГ. Проте при НАГ в поєднанні з ОА ШСР мав місце у 1,5 разу ($\chi^2 = 4,11$; $p = 0,021$) частіше, ніж при НАГ без супутньої патології. При АГ у поєднанні з ОА ШСР був зафіксований у 1,7 разу ($\chi^2 = 5,12$; $p = 0,002$) частіше, ніж при АГ без ОА. Макроскопічні ознаки ДГР переважно спостерігались у хворих на поєднану патологію та при АГ. Так, при НАГ у хворих на ОА ДГР був зафіксований у 2,1 разу частіше ($\chi^2 = 2,02$; $p = 0,011$), ніж при НАГ без супутньої патології. Істотних відмінностей у частоті виявлення ДГР у хворих на АГ залежно від супутньої патології не виявлено.

Висновки

1. Прийом селективних НПЗП з приводу ОА у хворих на АГ викликає розвиток більш важких структурних та функціональних розладів, ніж у пацієнтів з НАГ.

2. Розвиток поодиноких ерозій не залежав від морфологічної форми ХГ, проте множинні ерозії спостерігались у 2,0 разу частіше при АГ, ніж при НАГ ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,002$).

3. При ХГ в поєднанні з ОА шлунково-стравохідний рефлюкс спостерігався у 1,9 разу частіше ($\chi^2 = 15,67$; $p = 0,017$), а дуоденогастральний рефлюкс — у 1,7 разу частіше ($\chi^2 = 18,41$; $p = 0,011$), ніж при ХГ без супутньої патології.

Конфлікт інтересів відсутній.

Список літератури

1. Мосійчук Л.М., Зак М.Ю. Хвороби стравоходу та шлунка: практичний посібник.— Дніпропетровськ, 2012.— 59 с.
2. Коваленко В.М., Борткевич О.П. Остеоартроз: Практична настанова.— 3-тє вид., доп. і змін.— К.: Моріон, 2010.— 607 с.
3. Курята А.В., Гречаник М.М. Проблема лечения суставной боли: фокус на безопасность // Здоровье Украины.— 2014.— № 6.— С. 43—44.
4. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: Клинические рекомендации.— М.: Импэпресс, 2009.— 167 с.
5. Чернеховская Н.Е., Черепянецов Д.П., Поваляев А.В. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.— МЕДпресс-информ.— 2010.— 208 с.
6. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system. International Workshop on the Histopathology of gastritis, Houston // Am. J. Surg. Pathol.— 1996.— Vol. 20.— P. 1161—1181.
7. Lanza F.L., Chan F., Quigley E. Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications // Am. J. Gastroenterol.— 2009.— Vol. 104.— P. 728—738.
8. Rugge M., G. de Boni, Pennelli M. Gastritis OLGA — staging & gastric cancer risk: a twelve year clinico-pathological follow-up study // Minerva Gastroenterol. Dietol.— 2010.— Vol. 56 (1).— P. 13—17.

М.Ю. Зак, Л.М. Пасиешвили

Харьковский национальный медицинский университет

Особенности макроскопических изменений слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного канала у больных хроническим гастритом в сочетании с остеоартрозом

Цель работы — определить особенности макроскопических изменений верхнего отдела пищеварительного канала у больных хроническим гастритом (ХГ), которые получали селективные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) по поводу остеоартроза (ОА).

Материалы и методы. Проведено обследование 507 пациентов (310 женщин и 197 мужчин) в возрасте от 40 до 65 (средний возраст — $52,5 \pm 4,32$ лет), которые распределены на 2 клинические группы: I группу составили 357 больных с ОА в сочетании с ХГ, а II группу — 150 пациентов с ХГ без сопутствующей патологии. Среди обследованных неатрофический гастрит (НАГ) имел место у 117 пациентов и у 51 больных в I и во II группах соответственно, а атрофический гастрит (АГ) — у 240 и у 99 пациентов в I и во II группах соответственно. Все обследованные I группы по поводу ОА получали селективные НПВП: мелоксикам в дозе 15 мг/сут или нимесулид в дозе 200 мг/сут. Продолжительность НПВП-терапии составляла от 1 нед до нескольких лет. Всем больным выполнялась эзофагогастроуденоскопия, основанием для проведения которой были боли в животе, диспепсические расстройства и онкопоиск.

Результаты и обсуждение. Прием селективных НПВП мелоксикама и нимесулида в стандартном режиме по поводу ОА у больных ХГ вызывает ряд функциональных и структурных изменений со стороны верхнего отдела пищеварительного канала, характер и выраженность которых зависела от морфологического типа гастрита. Эрозивный эзофагит степени А и В у больных с НАГ в сочетании с ОА был зафиксирован в 3,4 раза ($\chi^2 = 1,28$; $p = 0,004$), а у пациентов с АГ в сочетании с ОА — в 4,4 раза ($\chi^2 = 1,28$; $p = 0,014$) чаще, чем при НАГ и АГ без сопутствующей патологии соответственно. Установлено, что в I группе эрозии в кардиальном отделе желудка наблюдались только при АГ, а в теле желудка при АГ зафиксированы в 2,0 раза ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,002$) чаще при НАГ. У больных ОА развитие единичных эрозий не зависело от морфологического типа гастрита, однако множественные эрозии в 1,9 раза ($\chi^2 = 2,01$; $p = 0,001$) чаще наблюдались при АГ, чем при НАГ. При ХГ в сочетании с ОА желудочно-пищеводный рефлюкс наблюдался в 1,9 раза чаще ($\chi^2 = 15,67$; $p = 0,017$), а дуоденогастральный рефлюкс — в 1,7 раза чаще ($\chi^2 = 18,41$; $p = 0,011$), чем при ХГ без сопутствующей патологии.

Выводы. Прием селективных НПВП по поводу ОА у больных с АГ вызывает развитие более тяжелых структурных и функциональных расстройств, чем у пациентов с НАГ. Развитие единичных эрозий не зависело от морфологической формы ХГ, однако множественные эрозии наблюдались в 2,0 раза чаще при АГ, чем при НАГ ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,002$). При ХГ в сочетании с ОА желудочно-пищеводный рефлюкс наблюдался в 1,9 раза чаще ($\chi^2 = 15,67$; $p = 0,017$), а дуоденогастральный рефлюкс — в 1,7 раза чаще ($\chi^2 = 18,41$; $p = 0,011$), чем при ХГ без сопутствующей патологии.

Ключевые слова: хронический гастрит, остеоартроз, НПВП-терапия, макроскопические изменения.

M. Yu. Zak, L.M. Pasiyeshvili

Kharkiv National Medical University

Peculiarities of the macroscopic state of the upper digestive tract in patients with chronic gastritis combined with osteoarthritis

Objective — to determine the macroscopic state of the upper digestive tract in patients with chronic gastritis (ChG) who received selective nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) for osteoarthritis (OA).

Materials and methods. The investigation involved 507 patients (310 women and 197 men), mean age (52.5 ± 4.32) years, who were divided into 2 clinical groups: I group consisted of 357 patients with OA in combination with ChG, and group II — 150 patients with ChG without comorbidity. Among the surveyed subjects, the nonatrophic gastritis (NAG) was present in 117 patients and 51 patients in the I and the II groups, respectively, and atrophic gastritis (AG) in 240 and 99 patients in I and II groups, respectively. To treat OA, all patients of I group received selective NSAIDs meloxicam in a dose of 15 mg/day or nimesulide in a dose of 200 mg/day. The NSAIDs therapy duration ranged from 1 week to several years. All patients were undergone the esophagogastroduodenoscopy based on the signs of abdominal pain, dyspepsia and cancer screening.

Results and discussion. Administration of selective NSAIDs in standard regimen to treat OA in patients with ChG caused a number of functional and structural changes in the upper digestive tract, the character and severity of which depended on the morphological type of gastritis. Erosive esophagitis of grade A and B in patients with NAG in combination with OA were fixed in 1.6 times more often ($p < 0.05$) and in patients with hypertension in combination with OA — 1.5 times ($p < 0.05$) more frequently than in NAG and hypertension without comorbidities, respectively. It is established that in group I erosion in the cardial part of stomach was observed only in AG, but in the body of the stomach in hypertension was recorded in 2.0 times more frequently ($\chi^2 = 2.12$, $p = 0.002$) than in NAG in combination with OA. Patients with OA development of individual erosions are not dependent on the morphological type of gastritis, however, multiple erosions 1.9 times ($\chi^2 = 2.01$, $p = 0.001$) was more common in hypertension than in NAG. The NSAIDs caused the development of a number of functional disorders: when a NAG in combination with OA gastro-

esophageal reflux occurred in 1.5 times ($\chi^2 = 4.11$, $p = 0.021$) most of the time, and duodenogastric reflux in 2.1 times more frequently ($\chi^2 = 2.02$, $p = 0.011$) than in NAG without comorbidities.

Conclusions. Administration of selective NSAIDs in standard regimen to treat OA in patients with AG caused more severe structural and functional disorders in the upper digestive tract, than in patients with NAG. The development of individual erosions did not depend from the morphological ChG form, however, multiple erosions were observed in 2 times oftener at AG than in NAG ($\chi^2 = 2.01$, $p = 0.001$). At ChG in combination with OA, the gastroesophageal reflux was observed in 1.9 times more often ($\chi^2 = 15.67$, $p = 0.017$), and duodenogastric reflux in 1.7 times more frequently ($\chi^2 = 18.1$, $p = 0.011$), than in ChG without comorbidity.

Key words: chronic gastritis, osteoarthritis, NSAIDs therapy, macroscopic changes.