

8. Rudenstine S, McNeal K, Schulder T, et al. Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic in an Urban, Low-Income Public University Sample. *J Trauma Stress*. 2021; 34 (1): 12–22. DOI: 10.1002/jts.22600
9. Marshall JK, Thabane M, Borgaonkar MR, James C. Postinfectious irritable bowel syndrome after a food-borne outbreak of acute gastroenteritis attributed to a viral pathogen. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007; 5 (4): 457–460. DOI: 10.1016/j.cgh.2006.11.025
10. Ghoshal UC, Ghoshal U, Rahman MM, et al. Post-infection functional gastrointestinal disorders following coronavirus disease-19: A case-control study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2022; 37 (3): 489–498. DOI: 10.1111/jgh.15717
11. Yamamoto R, Yamamoto A, Masaoka T, et al. Early symptoms preceding post-infectious irritable bowel syndrome following COVID-19: a retrospective observational study incorporating daily gastrointestinal symptoms. *BMC Gastroenterol*. 2023; 23 (1): 108. Published 2023 Apr 5. DOI: 10.1186/s12876-023-02746-y
12. Enck P, Aziz Q, Barbara G, et al. Irritable bowel syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2016; 2: 16014. Published 2016 Mar 24. DOI: 10.1038/nrdp.2016.14
13. Chan WW, Grover M. The COVID-19 Pandemic and Post-Infection Irritable Bowel Syndrome: What Lies Ahead for Gastroenterologists. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022; 20 (10): 2195–2197. DOI: 10.1016/j.cgh.2022.05.044
14. Vélez C, Paz M, Silvernale C, et al. Factors Associated With Chronic De Novo Post-Coronavirus Disease Gastrointestinal Disorders in a Metropolitan US County. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022; 20 (6): e1488–e1492. DOI: 10.1016/j.cgh.2021.10.020

Статья поступила / Received 09.04.2025
Получена после рецензирования / Revised 20.05.2025
Принята в печать / Accepted 21.06.2025

Сведения об авторах

Феклина Яна Юрьевна, аспирант кафедры госпитальной терапии № 1 ИКМ им. Н.В. Склифосовского. E-mail: janafeklina@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2344-1629
Мнацаканян Марина Генриковна, д.м.н., зав. гастроэнтерологическим отделением, профессор кафедры госпитальной терапии № 1 ИКМ им. Н.В. Склифосовского. E-mail: mnatsakanyan08@mail.ru. ORCID: 0000-0001-9337-7453
Ташьян Ольга Валерьевна, к.м.н., врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии; ассистент кафедры госпитальной терапии № 1 ИКМ им. Н.В. Склифосовского. E-mail: olgatash1@rambler.ru. ORCID: 0000-0001-6759-6820

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Автор для переписки: Феклина Яна Юрьевна. E-mail: janafeklina@gmail.com

About authors

Feklina Iana Yu., postgraduate student, Dept of Hospital Therapy No. 1. E-mail: janafeklina@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2344-1629
Mnatsakanyan Marina G., DM Sci (habil.), head of Gastroenterology Dept, professor at Dept of Hospital Therapy No.1. E-mail: mnatsakanyan08@mail.ru. ORCID: 0000-0001-9337-7453
Tashchyan Olga V., PhD Med, gastroenterologist at Gastroenterology Dept, research assistant at Dept of Hospital Therapy No.1. E-mail: olgatash1@rambler.ru. ORCID: 0000-0001-6759-6820

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Iana Yu. Feklina, E-mail: janafeklina@gmail.com

Для цитирования: Феклина Я.Ю., Мнацаканян М.Г., Ташьян О.В. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19). *Медицинский алфавит*. 2025; (13): 42–47. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-42-47>

For citation: Feklina I. Yu., Mnatsakanyan M. G., Taschyan O. V. Postinfectious irritable bowel syndrome after the new coronavirus infection (COVID 19). *Medical alphabet*. 2025; (13): 42–47. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-42-47>

DOI: 10.33667/2078-5631-2025-13-47-52

Особенности терапии эрозивных изменений слизистой желудка у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса по классификации NYHA

Л. А. Петрова², А. Г. Шулешова¹, Д. В. Данилов¹

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

² ФКУЗ «Центральная поликлиника № 1 МВД России», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Течение «полных» эрозий (ПЭ) слизистой оболочки желудка (СОЖ) сопряжено с длительным рецидивирующим воспалением, а у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), вынужденных зачастую принимать антикоагулянтную терапию (АТ), еще и с латентно протекающими желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК). Стандартные антисекреторные препараты в лечении ПЭ не всегда эффективны. Не исключено влияние межлекарственных взаимодействий.

Цель – оценить возможности комплексной терапии ПЭ СОЖ у пациентов с ХСН II–III ФК по NYHA.

Материалы и методы. В исследование включены 185 больных основной группы (ОГ) с ПЭ СОЖ и 183 больных контрольной группы (КГ) с острыми эрозиями (ОЭ) СОЖ. Больные в обеих группах имели ХСН II–III ФК по NYHA, с преобладанием мужчин пожилого возраста. В зависимости от наличия или отсутствия Нр-инфекции пациенты ОГ и КГ разделены на 2 подгруппы: пациенты 1 подгруппы с положительной реакцией на Нр получали стандартную тройную эрадикационную терапию первой линии сроком на 14 дней в комбинации с ребамипидом (100 мг 3 раза в сутки), после эрадикации в течение 2,5 месяцев в качестве поддерживающей терапии получали пантопрозол 40 мг 1 раз и ребамипид. Пациенты 2-й подгруппы с отрицательной реакцией на Нр получали пантопрозол 40 мг 2 р. в сутки в комбинации с ребамипидом в течение 1 месяца, после чего пациентов переводили на поддерживающую терапию длительностью 2 месяца (пантопрозол 40 мг 1 раз в сутки в комбинации с ребамипидом). Оценку эффективности проведенного лечения по результатам ЭГДС и клиническим проявлениям выполняли через 1, 2 и 3 месяца после начала терапии.

Результаты. К окончанию трехмесячного курса терапии отмечено полное исчезновение диспепсии в 1-й подгруппе и лишь двое пациентов во 2 подгруппе предъявляли жалобы на чувство тяжести в эпигастрии и отрыжку воздухом. Контрольные ЭГДС через 1 и 2 месяца лечения показали вялую динамику заживления ПЭ в обеих подгруппах, и через 3 месяца налет фибрина на верхушках эрозий отмечен у 47,7% пациентов 1-й подгруппы и 44,1% – 2-й подгруппы. Напротив, в обеих подгруппах КГ наблюдалось значительное улучшение эндоскопической картины на протяжении трех месяцев лечения и полная эпителизация ОЭ к концу курса у всех пациентов.

Заключение. Вне зависимости от проводимой терапии ПЭ СОЖ у пациентов с ХСН II–III ФК по NYHA показали длительное рецидивирующее течение, несмотря на значительную положительную динамику клинических проявлений у всех пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ХСН, полные эрозии желудка, острые эрозии желудка.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Features of therapy of gastric mucosal erosive alterations in patients, suffering from chronic heart failure II–III NYHA functional class

L. A. Petrova², A. G. Shuleshova¹, D. V. Danilov¹

¹ Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia

² Central Polyclinic No. 1 Ministry of Internal Affairs of Russia, Moscow, Russia

SUMMARY

Relevance. The course of complete erosions (CE) of gastric mucosa (GM) is associated with long-term recurrent inflammation, but in patients with chronic heart failure (CHF), who are forced to take antithrombotic therapy, is also with hidden gastrointestinal bleeding (GIB). Standard antisecretory drugs are not always effective in the treatment of complete erosions. The influence of drug interactions has not been excluded.

Materials and methods. The study included 185 patients in the main group (MG) with CE and 183 patients in the control group (CG) with acute erosions (AE) of the GM. Patients in both groups had CHF II–III FC according to NYHA, with a predominance of elderly men. Depending on the presence or absence of Hp-infection, patients of the MG and CG are divided into 2 subgroups. The first subgroup with a positive reaction to Hp was prescribed standard triple first-line eradication therapy for a period of 14 days in combination with Rebamipide for 3 months, after eradication for 2.5 months. 40 mg Pantoprazole once per day was prescribed as maintenance therapy. The second subgroup with a negative reaction to Hp was prescribed pantoprazole 40 mg twice per day in combination with rebamipide for 1 month, after which patients were transferred to maintenance therapy lasting 2 months: pantoprazole 40 mg once per day in combination with rebamipide. Evaluation of the effectiveness of the treatment based on the results of EGDS and clinical manifestations was performed 1, 2 and 3 months after the start of therapy.

Results. By the end of the three-month course of therapy, dyspepsia had completely disappeared in the first subgroup, and only two patients in the second subgroup complained of a feeling of heaviness in the epigastrium and belching of air. Control EGDS after 1 and 2 months of treatment showed long term epithelialization dynamics of CE in both subgroups and after 3 months, fibrin plaque on the tips of erosions was observed in 47.7% of patients in subgroup 1 and 44.1% in subgroup 2. On the contrary, in both subgroups of CG, there was a significant improvement in the endoscopic picture during three months of treatment and complete epithelialization of AE by the end of the course in all patients.

Conclusion. Regardless of the therapy used, patients with CHF showed a long-term recurrent course, despite the significant positive dynamics of clinical manifestations in all patients.

KEYWORDS: chronic heart failure, complete gastric erosions, acute gastric erosions.

CONFLICT OF INTERESTS. The authors declare no conflict of interest.

Актуальность

ПЭ СОЖ – нередкая патология, которая выявляется при ЭГДС. В динамике наблюдается их длительная персистенция и часто рецидивирующее воспаление с появлением на вершинах эрозивных дефектов, покрытых налетами фибрина и/или солянокислого гематина, и возможных скрытых латентно протекающих ЖКК. Применительно к пациентам, принимающим АТТ, данные факты приобретают особое значение. Из литературы известно, что у 10–30% больных ИБС, в схему лечения которых входит АТТ, наблюдается снижение гемоглобина до легкой анемии, а при наличии ХСН – варьирует от 4 до 61%, что неблагоприятно влияет на прогноз и исход основного заболевания [1]. Кроме того, течение ПЭ может осложняться наличием различной степени диспластических и аденоматозных изменений [2].

Лечение ПЭ является одной из важных и сложных проблем. Согласно Клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита и дуоденита (2021), базисная антисекреторная терапия с применением ингибиторов протонной помпы (ИПП) служит основным методом лечения гастродуоденальных эрозий, в том числе ассоциированных с нестероидными противовоспалительными препаратами, при наличии *Hp* проводят эрадикацию [3]. Но эти меры в отношении ПЭ зачастую не приводят к ожидаемому эффекту. Согласно литературным источникам, ПЭ либо малочувствительны, либо не чувствительны к общепринятой консервативной терапии. Кроме того, у пациентов с ПЭ, страдающих ХСН, зачастую вынужденных принимать двойную или тройную АТТ, выбор препаратов осложняется еще и возможными межлекарственными взаимодействиями [4].

Несмотря на внедрение новых групп высокоэффективных фармакологических средств с различным механизмом действия, в литературе имеются указания на целесообразность дифференцированного лечения ПЭ с применением методов местного воздействия. Рудая Н. С. (2009), Охотникова М. В. (2013) в поисках новых возможностей лечения пациентов с единичными ПЭ, не поддающимися длительной консервативной терапии с применением современных лекарственных средств, а также при наличии в биопсионном материале толстокишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы предлагают применять эндоскопическую мукоэктомию или электрокоагуляцию [5, 6].

На сегодняшний день поиск новых подходов и схем лечения ПЭ продолжается. Необходимость в этом также сопряжена с тенденцией к увеличению числа пациентов с ХСН, принимающих высокие дозы АТТ, в связи с чем растет число пациентов, нуждающихся в лечебных и профилактических мерах эрозивно-язвенных поражений СОЖ. Тем не менее, несмотря на использование различных групп препаратов, позволяющих решать проблемы консервативным путем, существует нехватка препаратов, обладающих гастропротективным потенциалом, что делает поиск новых лекарственных средств указанного действия вполне актуальным. Кроме того, неоспоримую важность приобретает объединение в одном препарате механизмов действия разной направленности. Подобными плейотропными эффектами обладает препарат ребамипид, разработанный в Японии в конце 1980-х гг. и зарегистрированный в России в 2016 году [7]. Ребамипид обладает цитопротективным (стимулирует синтез простагландинов E2 и G12 и повышает слизеобразование, снижает проницаемость сосудов, улучшает микроциркуляцию слизистой), антимикробным

(ингибирует адгезию Нр), противовоспалительным (ингибирует факторы активации нейтрофилов и молекул адгезии) и антиоксидантным (ингибирует продукцию свободных радикалов кислорода) эффектами [8, 9].

Согласно «Клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению Нр у взрослых» редакции 2022 года, ребамипид включен в состав эрадикационной терапии с целью повышения ее эффективности, а также препарат применяется для пролонгации лечения после эрадикации [10].

Известно, что в клинических исследованиях, в том числе рандомизированных, эффективность ребамипида в лечении эрозивного гастрита доказана [11–15]. Однако, подобных указаний в отношении ПЭ в литературе нет.

Цель: оценить возможности комплексной терапии ПЭ СОЖ у пациентов с ХСН II–III ФК по NYHA.

Материалы и методы

В исследование включены 185 больных с ПЭ, страдающих ХСН II–III ФК по NYHA, которые составили основную группу (ОГ), средний возраст $61,3 \pm 3,8$ года (ДИ 95%). В контрольную группу (КГ) вошли 183 больных с ОЭ СОЖ, также страдающих ХСН II–III ФК по NYHA, средний возраст $60 \pm 4,8$ года (ДИ 95%). В обеих группах преобладали мужчины (66,5 и 65,6% соответственно).

Всем пациентам выполнен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования по общему плану. Диагноз эрозивных изменений желудка устанавливался на основании клинической симптоматики и результатов эндоскопического исследования. К ПЭ относили приподнятые участки слизистой с пупковидным вдавлением в центре, наличием налета фибрина или солянокислого гематина на эрозированной поверхности. ОЭ представляли собой плоские повреждения слизистой с налетами фибрина, гемосидерина или смешанным типом налетов.

Во время ЭГДС проводили эндоскопическую рН-метрию, биопсию для определения Нр-инфекции и определения морфологической характеристики СОЖ. Результаты определения кислотности желудочного сока методом эндоскопической рН-метрии показали, что у пациентов обеих групп превалировало гипоацидное состояние – у 70,8% пациентов ОГ и у 48,6% пациентов в КГ. Нормацидность установлена у 22,7% пациентов ОГ и у 40,4% пациентов КГ. Анацидность выявлена у 1 пациента в каждой группе.

Определение Нр-инфекции выполняли с помощью окраски биоматериала по Романовскому–Гимзе. Анализ обсемененности СОЖ Нр-инфекцией показал наличие Нр у пациентов обеих групп: в ОГ Нр выявлена у 63,2%, в КГ – у 67,2%, в основном слабой степени выраженности.

В нашем исследовании для оценки эффективности терапии ПЭ и ОЭ СОЖ у пациентов с ХСН в зависимости от наличия или отсутствия Нр-инфекции все пациенты ОГ и КГ разделены на 2 подгруппы.

В 1-ю подгруппу включены 44 пациента ОГ и 49 пациентов КГ, у которых при исследовании биоматериала СОЖ выявлена Нр-инфекция: в ОГ – 30 мужчин, 14 женщин, средний возраст составил $60,5 \pm 4,2$ года, в КГ – 32

мужчины, 17 женщин, средний возраст $59,7 \pm 5,1$ года. При статистической обработке данных достоверной разницы в распределении пациентов по полу и возрасту не получено ($p > 0,05$). Таким образом, пациенты ОГ и КГ сопоставимы. Согласно «Клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации» (2022) пациентам назначали стандартную тройную эрадикационную терапию первой линии, включающую пантопрозол $40 \text{ мг} \times 2 \text{ р. в сут.}$ за 30 минут до еды, амоксициллин $1000 \text{ мг} \times 2 \text{ р. в сут.}$ и метронидазол $500 \text{ мг} \times 3 \text{ р. в сут.}$ после еды – в течение 14 дней. После эрадикации пациенты в качестве поддерживающей терапии в течение 2,5 месяцев продолжали принимать пантопрозол $40 \text{ мг} \times 1 \text{ раз в сутки}$ за 30 мин до еды. Для повышения эффективности эрадикации назначали ребамипид $100 \text{ мг} \times 3 \text{ раза в сутки}$ после еды с пролонгацией приема до трех месяцев.

Во 2-ю подгруппу вошли пациенты с отсутствием Нр: 68 пациентов ОГ и 60 пациентов КГ. Всем пациентам назначали пантопрозол $40 \text{ мг} \times 2 \text{ раза в сутки}$ за 30 мин до еды в комбинации с ребамипидом по $100 \text{ мг} \times 3 \text{ раза в сутки}$ после еды. Продолжительность основного курса составила 1 месяц, после чего пациентов переводили на поддерживающую терапию длительностью 2 месяца: пантопрозол $40 \text{ мг} \times 1 \text{ раз в сутки}$ за 30 мин до еды в комбинации с ребамипидом по $1 \text{ т.} \times 3 \text{ раза в сутки}$ после еды.

В ОГ за факт эпителизации ПЭ в случае «зрелых» подтипов принимали наличие приподнятых участков СОЖ с чистыми втянутыми вершинами, без налета фибрина и/или солянокислого гематина; в случае «незрелых» ПЭ определяли полное исчезновение выпячиваний СОЖ с признаками ее эпителизации. В КГ положительная эндоскопическая динамика устанавливалась в случае полной эпителизации СОЖ.

Оценку эффективности проведенного лечения по результатам ЭГДС выполняли через 1, 2 и 3 месяца после начала лечения.

В схему лекарственной терапии большинства пациентов обеих групп входили антиагреганты и/или антикоагулянты в различных сочетаниях. Пациентам после чрескожных вмешательств на коронарных сосудах кардиологом назначалась двойная или тройная АТТ.

Результаты

Оценка результатов клинических проявлений у пациентов 1-й подгруппы

В таблице 1 продемонстрированы результаты динамики клинических проявлений в зависимости от сроков терапии: через 1, 2 и 3 месяца после лечения.

Как следует из данных таблицы 1, на момент выявления эрозий боль в эпигастрии достоверно реже ($p < 0,05$) наблюдалась у пациентов ОГ (61,4%) по сравнению с пациентами КГ (83,7%), так же как и чувство тяжести в эпигастрии почти в два раза реже ($p < 0,05$) у пациентов ОГ (29,5%) по сравнению с пациентами КГ (55,1%). Жалобы на отрыжку воздухом, изжогу, тошноту выявляли без достоверных различий между пациентами обеих групп ($p > 0,05$): в ОГ – 25, 31,8 и 22,7%, в КГ – 38,8, 34,7 и 22,4% соответственно.

К концу первого месяца лечения определяли значимое улучшение клинического состояния у пациентов обеих групп по всем показателям по сравнению с клиникой до лечения

Таблица 1
Динамика клинических проявлений у пациентов 1-й подгруппы

	До лечения		Через 1 мес после лечения		Через 2 мес после лечения		Через 3 мес после лечения	
	ОГ, n=44	КГ, n=49	ОГ, n=44	КГ, n=49	ОГ, n=44	КГ, n=49	ОГ, n=44	КГ, n=49
Абдоминальная боль	27* (61,4%)	41 (83,7%)	4** (9,1%)	6** (12,2%)	0	2 (4,1%)	0	0
Чувство тяжести в эпигастрии	13* (29,5%)	27 (55,1%)	6** (13,6%)	9** (18,4%)	2 (4,5%)	3 (6,1%)	0	0
Отрыжка воздухом	11 (25%)	19 (38,8%)	1** (2,3%)	0**	0	0	0	0
Изжога	14 (31,8%)	17 (34,7%)	0**	0**	0	0	0	0
Тошнота	10 (22,7%)	11 (22,4%)	0**	1** (2%)	0	0	0	0

Примечание: * – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ до лечения ($p<0,05$); ** – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ/КГ до лечения и через 1 мес. после лечения ($p<0,05$).

Таблица 2
Динамика результатов эндоскопического исследования у пациентов 1-й подгруппы

Динамическое наблюдение	ОГ, n=44	КГ, n=49
Через 1 мес после лечения	24 (54,5%)	13* (26,5%)
Через 2 мес после лечения	22 (50%)	4** (8,2%)
Через 3 мес после лечения	21 (47,7%)	0***

Примечание: * – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ через 1 мес после лечения ($p<0,05$); ** – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ через 2 мес после лечения ($p<0,05$); *** – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ через 3 мес после лечения ($p<0,05$).

($p<0,05$); значительно снизилась частота жалоб на абдоминальную боль (ОГ – 9,1%, КГ – 12,2%); чувство тяжести в эпигастрии осталось у 13,6% в ОГ и 18,4% в КГ; по одному пациенту в каждой группе испытывали отрыжку воздухом и тошноту. Изжога исчезла полностью у пациентов обеих групп.

Через 2 месяца после лечения только 4,5% пациентов ОГ беспокоило чувство тяжести в эпигастрии, в остальных случаях жалобы отсутствовали. У пациентов КГ оставались боль (4,1%) и тяжесть в эпигастрии (6,1%). К окончанию трехмесячного курса лечения отмечено полное исчезновение диспепсии.

При контроле через 1, 2 и 3 мес после лечения положительная клиническая динамика в ОГ и КГ наблюдалась без достоверных различий между пациентами обеих групп ($p>0,05$).

Оценка результатов эндоскопического исследования у пациентов 1-й подгруппы

Динамика результатов эндоскопического исследования отражена в таблице 2.

Как показано в таблице 2, к концу первого месяца терапии в ОГ ЭП по-прежнему диагностировали более чем в половине случаев (54,5%). Контрольные ЭГДС на 2-й и 3-й месяц терапии также не показали значимой динамики ($p>0,05$): у 50 и 47,7% пациентов соответствен-

но эндоскопического улучшения не наблюдалось. Напротив, в КГ фиксировали значимое улучшение по сравнению с ОГ на протяжении всего курса терапии ($p<0,05$), через 1 месяц после лечения эндоскопическая динамика отсутствовала лишь у 26,5%, через 2 месяца – у 8,2%; к концу курса ОЭ полностью эпителизированы в 100% случаев.

Оценка результатов клинических проявлений у пациентов 2-й подгруппы

В таблице 3 представлены результаты динамики клинических проявлений в зависимости от сроков терапии: через 1, 2 и 3 месяца после лечения.

Как видно из данных таблицы 3, на момент обнаружения эрозий частота жалоб на абдоминальную боль различной локализации составляла в ОГ – 79,4%, в КГ – 85,0% без статистически значимых различий между группами ($p>0,05$). Жалобы на чувство тяжести в эпигастрии достоверно чаще предъявляли пациенты КГ – 56,7% по сравнению с ОГ – 30,9% ($p<0,05$). По другим проявлениям желудочной диспепсии достоверных различий между пациентами обеих групп не наблюдалось ($p>0,05$).

Через 1 месяц лечения фиксировали достоверно значимое улучшение клинического состояния у пациентов обеих групп по всем показателям ($p<0,05$); однако абдоминальная боль сохранялась у 26,5% пациентов ОГ и у 26,7% пациентов КГ; чувство тяжести в эпигастрии осталось у 17,6% пациентов ОГ и у 23,4% пациентов КГ; изжога имела только у 1,5% пациентов ОГ, у пациентов КГ изжога исчезла полностью. Отрыжка воздухом уменьшилась практически в 4 раза в обеих группах – до 7,4% в ОГ, до 6,7% в КГ, значимо уменьшились жалобы на тошноту – до 2,9% в ОГ и 3,3% в КГ.

К концу 2-го месяца лечения полностью исчезли жалобы на изжогу у пациентов обеих групп. Выраженная положительная динамика наблюдалась и по другим клиническим проявлениям.

Таблица 3
Динамика клинических проявлений у пациентов 2-й подгруппы

Клинические проявления	До лечения		Через 1 мес после лечения		Через 2 мес после лечения		Через 3 мес после лечения	
	ОГ, n=68	КГ, n=60	ОГ, n=68	КГ, n=60	ОГ, n=68	КГ, n=60	ОГ, n=68	КГ, n=60
Абдоминальная боль	54 (79,4%)	51 (85,0%)	18** (26,5%)	16** (26,7%)	4 (5,9%)	1 (1,7%)	0	0
Чувство тяжести в эпигастрии	21* (30,9%)	34 (56,7%)	12** (17,6%)	14** (23,4%)	3 (4,4%)	3 (5,0%)	0	1 (1,7%)
Отрыжка воздухом	18 (26,5%)	17 (28,4%)	5** (7,4%)	4** (6,7%)	2 (2,9%)	1 (1,7%)	1 (1,5%)	0
Изжога	23 (33,8%)	22 (36,7%)	1** (1,5%)	0**	0	0	0	0
Тошнота	16 (23,5%)	15 (25,0%)	2** (2,9%)	2** (3,3%)	1 (1,7%)	0	0	0

Примечание: * – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ до лечения ($p<0,05$); ** – различия достоверны при сравнении количества пациентов внутри ОГ/КГ до лечения и через 1 мес после лечения ($p<0,05$).

При контроле через 1, 2 и 3 мес. после лечения положительная клиническая динамика в ОГ и КГ наблюдалась без достоверных различий между пациентами обеих групп ($p > 0,05$). Оценка клинического состояния к концу трехмесячного курса лечения показала исчезновение абдоминальных болей и тошноты.

Оценка результатов эндоскопического исследования у пациентов 2-й подгруппы

Динамика результатов эндоскопического исследования отражена в таблице 4.

Согласно данным таблицы 4, при контрольной ЭГДС через 1 месяц после лечения в ОГ наблюдалось отсутствие динамики более чем у половины пациентов – 55,9%, что достоверно превышало показатели в КГ ($p < 0,05$), где динамика отсутствовала лишь у 11,7%. К концу 2-го и 3-го мес лечения ПЭ с признаками эрозирования на верхушках отмечены у 51,5 и 44,1 % пациентов ОГ без достоверных различий в динамике эндоскопических изменений между пациентами ($p > 0,05$). В КГ по сравнению с ОГ наблюдалось значительное улучшение эндоскопической картины на протяжении всего курса лечения ($p < 0,05$): лишь у 11,7% через месяц и у 5,0% пациентов через 2 месяца после лечения по-прежнему диагностировали эрозии. Эпителизация ОЭ к концу курса произошла у всех пациентов КГ.

Обсуждение

Изучению сочетанной патологии придается важное значение, что связано с увеличением продолжительности жизни, ростом технического прогресса и расширением сопряженных с ним диагностических возможностей, развитием фармакологической промышленности, в том числе получением новых данных о межлекарственных взаимодействиях и т. д. Пациенты, страдающие ХСН, вынуждены длительно принимать целый комплекс кардиологических препаратов, зачастую включающий АТГ в высоких дозах, нередко сталкиваются с ишемически- и НПВС-ассоциированными эрозивными изменениями слизистой оболочки желудка. Как известно, таких пациентов немало, литературные источники свидетельствуют о высокой встречаемости различных форм эрозивно-язвенных поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с ХСН, достигающей до 90%.

Клиническая картина течения эрозивных поражений у данной категории больных, как показали результаты нашего исследования, неспецифична, основными проявлениями являются желудочная диспепсия и абдоминальная боль. Отмечено, что частота жалоб у пациентов с ПЭ несколько ниже, чем у пациентов с острыми эрозивными поражениями.

Учитывая все еще дискуссионные вопросы патогенеза развития ПЭ, возникает необходимость медикаментозного воздействия на различные его звенья. Стоит отметить, что несомненным в развитии данной патологии у пациентов с ХСН остается ишемический компонент. Кроме того, Нр-инфекция занимает немаловажное значение и прием АТП. В связи с чем для оценки динамики течения ПЭ нами использованы различные лечебные схемы с включением в их состав препарата с плейотропным механизмом действия – ребамипид, стимулирующий синтез простагландинов и улучшающий микроциркуляцию СОЖ, повышающий

Таблица 4
Динамика результатов эндоскопического исследования у пациентов 2-й подгруппы

Динамическое наблюдение	ОГ, n=68	КГ, n=60
Через 1 мес после лечения	38 (55,9%)	7* (11,7%)
Через 2 мес после лечения	35 (51,5%)	3** (5,0%)
Через 3 мес после лечения	30 (44,1%)	0***

Примечание: * – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ через 1 мес после лечения ($p < 0,05$); ** – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ через 2 мес после лечения ($p < 0,05$); *** – различия достоверны при сравнении количества пациентов ОГ и КГ через 3 мес после лечения ($p < 0,05$).

слизиеобразование и усиливающий эффект эрадикации. Комплексная антисекреторная терапия в комбинации с ребамипидом, а также проведение эрадикации при наличии Нр-инфекции показала положительные результаты среди пациентов обеих групп. Негативного влияния исследуемых схем терапии на кардиальные проявления получено не было. Из ИПП, во избежание отрицательных межлекарственных взаимодействий, в частности, с клопидогрелом – препаратом в составе схемы лечения большинства пациентов, включенных в исследование, применялся пантопрозол в лечебной дозе 40 мг × 2 раза в сутки.

Таким образом, полученные в ходе нашего наблюдения результаты показали, что у 47,7% пациентов 1-й подгруппы и у 44,1% – 2-й подгруппы ПЭ эпителизируются не полностью при использовании антисекреторной терапии, включая эрадикацию, что подтверждается и другими литературными источниками. Стоит отметить, что несмотря на длительный период рецидивирования ПЭ, наблюдалась положительная динамика клинического течения. К концу 3-го месяца терапии удалось полностью избавиться от абдоминальной боли и большинства проявлений желудочной диспепсии в обеих подгруппах ОГ и КГ.

Список литературы / References

- Ватулин Н.Т., Тарадин Г.Г., Канишева И.В. и др. Анемия и железодефицит у больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиология. 2019; 59 (45): 4–20. DOI: 10.18087/cardio.2638
- Vatulin N.T., Taradin G.G., Kanisheva I.V. et al. Anaemia and iron deficiency in chronic heart failure patients. Kardiologia. 2019; 59 (45): 4–20. (In Russ.). DOI: 10.18087/cardio.2638
- Циммерман Я.С., Ведерников В.Е. Хронические гастродуоденальные эрозии: клинические и патогенетические характеристики, классификация дифференцированное лечение. Клин. Мед. 2001; (6): 30–36.
- Tsimmerman Ya.S., Vedernikov V.E. Chronic gastroduodenal erosions: clinical and pathogenetic characteristics, classification, differential treatment. Klin. Med. 2001; (6): 30–36. (In Russ.).
- Ивашкин В.Т., Моев И.В., Лапина Т.Л. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастрита, дуоденита. РЖГК. 2021; 31 (4): 70–99. DOI: 10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99
- Ivashkin V.T., Maev I.V., Lapina T.L. et al. Diagnosis and Treatment of Gastritis/1382-4376-2021-31-4-70-99 and Duodenitis. Clinical guidelines. RJGHC. 2021; 31 (4): 70–99. DOI: 10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99
- Jonaitis P. Role of genetic polymorphisms of cytochrome P450 2C 19 in pantoprazole metabolism and pantoprazole-based Helicobacter pylori eradication regimens. Current Drug Metabolism Curr. Drug Metab. 2020; 21 (11): 830–837. DOI: 10.2174/1389200221666200514081442
- Рудая Н.С., Жерлов Г.К. Хронические эрозии желудка: новые возможности патогенетического лечения. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009; (6): 127–131. EDN: MVKBMN.
- Rudaia N.S., Zherlov G.K. Chronic stomach erosion: new opportunities of pathogenetic treatment. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2009; (6): 127–131. (In Russ.). PMID: 20201295.
- Охотникова М.В., Казакова И.А., Кузнецов Е.П. Оценка эффективности комплексной терапии хронического гастрита с хроническими эрозиями с применением эндоскопической коагуляции. Практическая медицина. 2013; 5 (74): 134–136.
- Okhotnikova M.V., Kazakova I.A., Kuznetsov E.P. Evaluating the effectiveness of the complex therapy of chronic gastritis with chronic erosions using endoscopic coagulation. Practical medicine. 2013; 5 (74): 134–136. (In Russ.).
- Звяглова М.Ю., Князев О.В., Парфенов А.И. Фармакологический и клинический профиль ребамипида: новые терапевтические мишени. Терапевтический архив. 2020; 92 (2): 104–111. PMID: 20201295. DOI: 10.26442/00403660.2020.02.000569
- Zvyaglova M.Yu., Knyazev O.V., Parfenov A.I. Pharmacological and clinical feature of rebamipide: new therapeutic targets. Therapeutic Archive. 2020; 92 (2): 104–111. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2020.02.000569
- Бакулина Н.В., Тихонов С.В., Оковитый С.В., Лутаенко Е.А., Большаков А.О., Приходько В.А., Некрасова А.С. Фармакокинетика и фармакодинамика ребамипида. Новые возможности терапии. Терапевтический архив. 2022; 94 (12): 1431–1437. DOI: 10.26442/00403660.2022.12.202000

- Bakulina N.B., Tikhonov S.V., Okovityi S.V. et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of rebamipide. New possibilities of therapy: Review. Therapeutic archive. 2022; 94 (12): 1431–1437. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2022.12.202000
9. Андреев Д. Н. Механизмы действия ребамипида: систематизация литературных данных. Consilium Medicum. 2020; 22(8): 41–45. DOI: 10.26442/20751753.2020.8.200373
 - Andreev D.N. Mechanisms of action of rebamipide: systematic review. Consilium Medicum. 2020; 22(8): 41–45. (In Russ.). DOI: 10.26442/20751753.2020.8.200373
 10. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л., Маев И. В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии по диагностике и лечению *H. Pylori* у взрослых. РЖГК. 2022; 32 (6): 72–93. DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93
 - Ivashkin V.T., Lapina T.L., Maev I.V. et al. Clinical microbiology and antimicrobial chemotherapy for *H. Pylori* diagnostic and treatment in adults. Clinical guidelines. RJGHC. 2022; 32 (6): 72–93. (In Russ.). DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-6-72-93
 11. Тихонов С. В., Симаненков В. И., Бакулина Н. В. и др. Мультиадресная терапия у пациентов с ГЭРБ и ожирением. Медицинский алфавит. 2021; (6): 8–13. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-6-8-13
 - Tikhonov S.V., Simanenko V.I., Bakulina N.V. et al. Multitarget therapy in patients with GERD and obesity. Medical alphabet. 2021; (6): 8–13. (In Russ.). DOI: 10.33667/2078-5631-2021-6-8-13
 12. Lee J.S., Jeon S.W., Lee H.S. et al. Rebamipide for the improvement of gastric atrophy and intestinal metaplasia: a prospective, randomized, pilot study. Digestive Diseases and Sciences. 2022; 67 (6): 2395–2402. DOI: 10.1007/s10620-021-07038-7.
 13. Андреев Д. Н. Ребамипид: доказательная база применения в гастроэнтерологии. Терапевтический архив. 2020; 92 (12): 97–104. DOI: 10.26442/00403660.2020.12.200455
 - Andreev D.N., Maev I.V. Rebamipide: evidence base for use in gastroenterology. Therapeutic Archive. 2020; 92 (12): 97–104. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2020.12.200455
 14. Барышников Н. В. Эффективность Ребамипида-С3 в лечении эрозивных поражений слизистой оболочки желудка различной этиологии. Медицинский алфавит. Практическая гастроэнтерология. 2021; (40): 35–40. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-40-35-40
 - Baryshnikova N.V. Effectiveness of rebamipide in treatment of erosions in stomach mucosa. Medical alphabet. 2021; (40): 35–40. (In Russ.). DOI: 10.33667/2078-5631-2021-40-35-40
 15. Du Y. Antiinflammatory effects of rebamipide according to *Helicobacter pylori* status in patients with chronic erosive gastritis: a randomized sucralfate-controlled multicenter trial in China-STARs study. Diseases of the digestive system and science. 2008; (11): 2886–2895. DOI: 10.1007/s10620-007-0180-z

Статья поступила / Received 09.04.2025

Получена после рецензирования / Revised 23.04.2025

Принята в печать / Accepted 25.05.2025

Сведения об авторах

Петрова Людмила Андреевна, врач-эндоскопист¹.

Шулешова Алла Григорьевна, д.м.н., профессор, руководитель курса эндоскопии². SPIN-код: 7382-7100. AuthorID: 694966

Данилов Дмитрий Вячеславович, к.м.н., доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии¹. SPIN-код: 1199-7840. AuthorID: 931381

About authors

Petrova Lyudmila A., endoscopist¹.

Shuleshova Alla G., DM Sci (habil.), professor, head of the Endoscopy Course². SPIN code: 7382-7100. AuthorID: 694966

Danilov Dmitry V., PhD Med, associate professor at Surgery Dept with the Endoscopy Course¹. SPIN code: 1199-7840. AuthorID: 931381

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия
² ФКУЗ «Центральная поликлиника № 1 МБД России», Москва, Россия

¹ Central State Medical Academy of the Administrative Department of the
President of Russia, Moscow, Russia
² Central Polyclinic No. 1 Ministry of Internal Affairs of Russia, Moscow, Russia

Автор для переписки: Шулешова Алла Григорьевна. E-mail: shuleshova@yandex.ru

Corresponding author: Shuleshova Alla G. E-mail: shuleshova@yandex.ru

Для цитирования: Петрова Л. А., Шулешова А. Г., Данилов Д. В. Особенности терапии эрозивных изменений слизистой желудка у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса по классификации NYHA. Медицинский алфавит. 2025; (13): 47–52. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-47-52>

For citation: Petrova L. A., Shuleshova A. G., Danilov D. V. Features of therapy of gastric mucosal erosive alterations in patients, suffering from chronic heart failure II–III NYHA functional class. Medical alphabet. 2025; (13): 47–52. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-13-47-52>

DOI: 10.33667/2078-5631-2025-13-52-56

Первичный склерозирующий холангит. Клинический случай

О. В. Чурбакова¹, В. В. Макашова², Д. В. Печкуров¹, Е. Ю. Шилова³, Ю. В. Савостина³, В. Г. Акимкин²

¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

² ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

³ БУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 6», Самара, Россия

РЕЗЮМЕ

Проанализирован клинический случай больного 18 лет с первичным склерозирующим холангитом, наблюдающегося с 2021 по 2025 г. Состояние после ретроградного эндопротезирования желчных протоков, лапароскопической холецистэктомии. В 2021 г. после перенесенной новой коронавирусной инфекции впервые повысился уровень общего билирубина, активность АЛАТ, ГГТ и ЩФ. После обследования был поставлен диагноз: холестатический гепатит с умеренной степенью активности на фоне стеноза общего желчного протока. Холангит. Билиарный сладж. Назначена симптоматическая терапия. Через год состояние без изменений. Было проведено ретроградное эндопротезирование желчных протоков, после чего состояние улучшилось, биохимические показатели нормализовались. Через 3 месяца стент удален с помощью петли. Вновь было отмечено повышение уровня ГГТ. Проведена пункционная биопсия. Гистологически: степень фиброза по шкале METAVIR F3. Был поставлен диагноз: хронический холангит. Состояние после стентирования. Наиболее вероятно начало первичного склерозирующего холангита (ПСХ). Через год поставлен диагноз: хронический активный гепатит. Первичный склерозирующий холангит, стадия фиброза F3 по шкале METAVIR. Назначена терапия. До настоящего времени пациент находится под наблюдением и проводится лечение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичный склерозирующий холангит, рецидивирующий, трансаминазы, желчные протоки.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Primary sclerosing cholangitis. A clinical case

O. V. Churbakova¹, V. V. Makashova², D. V. Pechkurov¹, E. Yu. Shilova³, Yu. V. Savostina³, V. G. Akimkin²

¹ Samara State Medical University, Samara, Russia

² Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor, Moscow, Russia

³ Samara City Hospital No. 6, Samara, Russia