

УДК 616.33-002.44-07.312/313

Проблемы в установлении клинического диагноза и ведении медицинской отчетности по МКБ-10 при гастродуоденальных язвах и НПВП-гастропатиях

И.А. Аргунова

(ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»,
кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии)

Problems in establishment of clinical diagnosis and conducting the medical reporting on ICD-10 at gastroduodenal ulcers and NSAID-related gastropathies

I.A. Argunova

Цель обзора. Привлечь внимание к проблемам оформления клинического диагноза и его кодирования при гастродуоденальных язвах и НПВП-гастропатиях по МКБ-10.

Основные положения. Многообразие причин язвообразования в желудке и двенадцатиперстной кишке ведет за собой необходимость определения нозологической принадлежности гастродуоденальных изъязвлений и изменения системы их регистрации в медицинской статистике. МКБ-10 не отвечает современным требованиям разграничения эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, объединяя их в общую рубрику «язва» и таким образом приравнивая к язвенной болезни. Предложены варианты усовершенствования их шифровки в рамках МКБ.

Заключение. Изменение кодирования эрозивно-язвенных поражений в системе МКБ приведет к уточнению диагноза при симптоматических гастродуоденальных язвах и НПВП-гастропатиях, разработке дифференцированных подходов к их лечению и профилактике, улучшению статистической отчетности.

Ключевые слова: язвенная болезнь, симптоматические гастродуоденальные язвы, НПВП-гастропатии, клинический диагноз, классификация, МКБ-10, медицинская статистика.

The aim of review. To draw attention to problems of the style of clinical diagnosis and its encoding at gastroduodenal ulcers and NSAIDs-related gastropathies according to ICD-10.

Original positions. Multiplicity of causes of stomach and duodenum ulcers requires assessment of nosological belonging of gastroduodenal ulcers and changes of system of their registration in medical statistics. ICD-10 does not meet modern demands of differentiation of erosive and ulcerative lesions of the stomach and duodenum, combining them in a joint heading of «ulcer» equating thereby to peptic ulcer. Variants of improvement of their encryption in frameworks of ICD are presented.

Conclusion. Change of erosive and ulcerative lesions encoding within ICD system results in specification of diagnosis at symptomatic gastroduodenal ulcers and NSAIDs-related gastropathies, development of differentiated approaches to their treatment and prophylaxis, improvement of statistical reporting.

Key words: peptic ulcer, symptomatic gastroduodenal ulcers, NSAIDs-related gastropathies, clinical diagnosis, classification, ICD-10, medical statistics.

Аргунова Ирина Аркадьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава». Контактная информация для переписки: argunova.irina@mail.ru; 214036, г. Смоленск, ул. П. Алексеева, д. 22/72, кв. 357

Несмотря на успехи в лечении классической язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), становится все более ясным, что кислотозависимые заболевания не сдают своих позиций. Неснижающаяся актуальность эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны связана с возрастанием числа их причин. В определенной степени это вызвано достижениями медицины — выживанием прежде некурабельных пациентов. Так, острые язвы обнаруживаются примерно у 80–90% больных, находящихся в реанимационных отделениях в критическом состоянии на фоне стрессовых воздействий (обширные хирургические вмешательства, тяжелые травмы, ожоги, сепсис, полиорганная недостаточность) [14, 31]. Появляются также новые или расширяются показания к применению старых лекарственных препаратов, которые кроме лечебных свойств обладают побочными ulcerогенными эффектами [6, 22, 26, 28].

Общеизвестно, что язвы желудка и двенадцатиперстной кишки являются свидетельством не только ЯБ как таковой. Эрозивно-язвенные дефекты верхних отделов *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ), кроме того, могут быть проявлениями различных по нозологической принадлежности заболеваний [18, 24]. Выделяются вторичные (*симптоматические*) *гастродуоденальные язвы* (СГДЯ), которые возникают в ответ на экстремальные или лекарственные ulcerогенные воздействия, а также на фоне тяжелой соматической патологии [10, 11, 31]. Не все предлагаемые классификации ориентируют на существование СГДЯ, что затрудняет их дифференциацию от собственно ЯБ. За рубежом распространена классификация Н.Д. Johnson и соавт., которая разделяет язвы только на 3 типа, основываясь на локализации и кислотопродукции [18]. Тем не менее значительная часть гастроэнтерологов подчеркивает необходимость выделения симптоматических изъязвлений, образующихся при воздействии определенных факторов. Давно описаны язвы Курлинга при обширных ожогах, язвы Кушинга при опухолях и травмах головного мозга, синдром Золлингера—Эллисона (гастринома), язвы на фоне инфаркта миокарда, цирроза печени и другой патологии [4, 6, 32].

В России наиболее известна отечественная классификация СГДЯ, подразделяющая их по причинам развития на: 1) стрессовые; 2) вторичные, сопутствующие тяжелым заболеваниям внутренних органов; 3) лекарственные; 4) эндокринные [10, 11]. Фундаментальная классификация язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки А.Л. Гребенева и А.А. Шептулина также выделяет по нозологической самостоятельности кроме ЯБ подгруппу СГДЯ, включающую стрессовые, лекарственные, эндокринные язвы и язвы при некоторых заболеваниях внутренних орга-

нов [3]. П.Я. Григорьев в своей классификации язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки относит СГДЯ к группам 1 — «острые язвы» и 3 — «эндокринные (гормональные) язвы», а в отдельный раздел хронических рецидивирующих гастродуоденальных язв причисляет таковые, вызванные лекарственными средствами (ацетилсалициловой кислотой и другими *нестероидными противовоспалительными препаратами* — НПВП) [5]. И.И. Дегтярева еще более подробно останавливается на причинах симптоматических изъязвлений, хотя и включает их в собственную «Классификацию пептической ЯБ» [7].

В современных концепциях развития гастроэнтерологической патологии особая роль принадлежит общей и региональной гипоксии, которые через отек, очаговый некроз сосудов и эпителиоцитов, угнетение слизиобразования и дисфункцию клеточных мембран ведут к нарушению защитных, адаптационных, компенсаторных и восстановительных процессов в *слизистой оболочке* (СО) желудка [2, 20]. Для СГДЯ типично, что один или группа патогенетических факторов, нарушающих равновесие между факторами «агрессии» или «защиты» СО, становятся ведущими в ulcerогенезе [10]. В отличие от ЯБ при СГДЯ наследственная предрасположенность не играет роли. Преимущественное значение в язвообразовании при стрессовых воздействиях, травмах, кровопотерях придается острой ишемии СО желудка и ДПК в условиях расстройства микроциркуляции, гиповолемии, плазмопотери и гипотонии с последующим нарушением биоэнергетики и окислительных процессов. Увеличение стрессовой продукции адренокортикотропных гормонов, кортикостероидов, катехоламинов, гистамина оказывает неблагоприятное действие на защитный барьер слизистой оболочки, усиливает кислотно-пептическую агрессию и нарушает гастродуоденальную моторику [10, 11, 20]. Возможно, фактором риска развития СГДЯ и гастропатий, связанных с приемом НПВП (НПВП-гастропатий), является также *Helicobacter pylori* [10, 12].

СГДЯ — недостаточно исследованная в сравнении с ЯБ патология, нередко не отделяемая от нее и в практической медицине. Причинно-следственная связь симптоматических язв с совершенно разными патологическими состояниями и заболеваниями организма и в то же время морфологическая однородность поражений в виде изъязвлений СО желудка и ДПК создает значительные трудности их разграничения как внутри данной группы, так и собственно с ЯБ. Этому способствует то обстоятельство, что МКБ-10 различий между ними не уточняет [1, 16].

СГДЯ отличают отсутствие хронического язвенного анамнеза, стертая клиническая картина, множественность острых изъязвлений, склонность к кровотечениям [6, 9–11, 15]. Медикаментозные

язвы, как правило, характеризуются острым течением, чаще локализуются поверхностно в желудке и сочетаются с эрозивными процессами слизистой оболочки [14, 25, 26]. Эрозивно-язвенные поражения выступают как основная причина кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Показатели летальности при этом остаются на уровне 10%, а у лиц пожилого и старческого возраста в 5–7 раз превышают таковые у пациентов моложе 60 лет [8, 15, 27, 30].

Острота проблемы дифференцирования гастродуоденальных изъязвлений усугубляется тем, что частота ЯБ стала существенно снижаться в странах, использующих в лечении схемы антигеликобактерной терапии [27, 30]. В то же время наблюдается рост случаев отдельных видов СГДЯ, особенно лекарственного происхождения, входящих в настоящее время в понятие НПВП-гастропатий. Их актуальность возрастает в связи с постарением населения, все более широким применением НПВП в гериатрической практике [10, 22, 25]. В связи с успехами медицины множится число реанимационных и послеоперационных больных, имеющих наибольшие шансы возникновения у них стрессовых язв. Установление же нозологической принадлежности язв важно для прогнозирования их развития и отсюда адекватной профилактики при экстремальных ulcerогенных воздействиях, а также для определения лечебной тактики.

Повсеместно используемая «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра, изданная в 1992 г., на данный момент существенно устарела. Эта ситуация усугубляется тем обстоятельством, что в России МКБ становится руководством к действию лишь через несколько лет после ее принятия во всем мире. К тому же в настоящее время задерживается издание Всемирной организацией здравоохранения МКБ-11, и не факт, что проблема разграничения в ней различных по происхождению гастродуоденальных эрозивно-язвенных процессов будет разрешена до конца.

При рассмотрении в МКБ-10 используемых для шифровки язв рубрик K25–K27 XI класса «Болезни органов пищеварения» возникает много вопросов. Узаконенный за рубежом термин «пептическая язва» не предусматривает принятое в России подразделение желудочно-кишечных изъязвлений на собственно «язвенную болезнь» и «симптоматические гастродуоденальные язвы», хотя их различия признаются практически всеми отечественными гастроэнтерологами [4–6, 18, 24]. СГДЯ как отдельные нозологические формы или осложнения заболеваний согласно МКБ-10 не выделяются. Поэтому при установлении клинического диагноза, его кодировании и дальнейшей статистической обработке ЯБ и СГДЯ регистрируются совместно как «язва» соответствующей лока-

лизации (XI класс, K25–K26). Таким образом, разнородные по этиопатогенезу и нозологической принадлежности изъязвления сводятся в единую рубрику, что не отражает истинного положения дел. Все это обуславливает трудности в нозологическом разграничении гастродуоденальных язв, оформлении клинических и патологоанатомических диагнозов в медицинской документации, создает путаницу при статистической отчетности [1].

Стереотипность ответа человеческого организма в виде развития эрозивно-язвенных изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке вследствие многих экстремальных воздействий ведет к тому, что стрессовые поражения по данным Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко составляют $\frac{1}{3}$ от числа всех симптоматических язв [10]. Однако XX класс МКБ-10 «Внешние причины заболеваемости и смертности» для кодирования СГДЯ практически не применяется. Стрессовые изъязвления как отдельные нозологические формы или осложнения ранений, массивных кровотечений, ожогов, отморожений, оперативных вмешательств, сепсиса согласно МКБ-10 не выделяются, поэтому их приходится кодировать как сопутствующие поражения в единичных рубриках с ЯБ: K25–K26 [1, 16]. Это является одной из причин того, что многие врачи не прослеживают этиопатогенетическую связь острых язв с хирургическими операциями и медикаментозной терапией.

У больных с приобретенными заболеваниями сердца, в том числе с нарушениями ритма, частота развития эрозивно-язвенных процессов гастродуоденальной зоны достигает 30%, что, по мнению ряда авторов, обусловлено длительным ежедневным приемом ацетилсалициловой кислоты [28, 29]. У 30–40% пациентов, принимающих НПВП по поводу ревматических заболеваний, возникают гастралгии и диспептические явления, а в дальнейшем и эрозивно-язвенные изменения. В связи с этим предлагалось даже выделение симптоматических язв при ревматизме и ревматоидном артрите, хотя к ulcerации ведут не сами заболевания, а применение при них НПВП, о чем стало известно позднее [3, 4, 22].

Эрозивно-язвенные изменения лекарственного происхождения как проявление НПВП-гастропатий должны согласно логике регистрироваться в блоке «Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств» XX класса МКБ-10 под рубрикой Y45. Однако из-за неопределенности расшифровывающей ее значение формулировки («Аналгезирующие, жаропонижающие и противовоспалительные средства, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении») на практике этого не происходит. К тому же недостаточная ориентированность врачей на изменение структуры причин язвообразования часто не позволяет им связать впервые воз-

никшие в жизни язвы с приемом аспирина, НПВП и других ulcerогенных медикаментов. Путаницу в определении нозологической принадлежности эрозивно-язвенных изменений вносит также общеизвестное положение о том, что прием НПВП способствует развитию ЯБ и одновременно может вызывать НПВП-гастропатии [7, 10, 22, 24].

В неопределенности номенклатурной классификации СГДЯ имеет значение то, что в их этиопатогенезе, как правило, участвует одновременно несколько механизмов. Некоторые лекарства, используемые в лечении всевозможных травм и заболеваний, способствуют язвообразованию и развитию желудочно-кишечных кровотечений. Таковы уже упомянутые НПВП, применяемые для обезболивания; назначаемые в различных клинических ситуациях глюкокортикостероиды; предотвращающие тромбэмболические осложнения антикоагулянты и антиагреганты, особенно аспирин [11, 22, 27–29]. Примером сочетанности ulcerогенных воздействий может быть инфаркт миокарда, сам являющийся стрессовым фактором, приводящим к ишемизации слизистой оболочки, при котором возможно развитие эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны как на фоне применения антикоагулянтов и антиагрегантов, так и без них. Однако среди осложнений инфаркта миокарда СГДЯ не числятся, обычно их появление клиницисты с медикаментозным влиянием также не связывают. Подобная многофакторность ulcerогенеза при многих заболеваниях способствует тому, что в формулировке и шифровке диагноза при развитии СГДЯ и лекарственных гастропатий практически не используются такие подрубрики XX класса МКБ-10, как Y42.0 – неблагоприятные реакции при терапевтическом применении глюкокортикоидов, Y44.2 – антикоагулянтов, Y45.1 – салицилатов. К тому же «неблагоприятные реакции» – чрезмерно расплывчатое понятие.

Вторичные гастродуоденальные изъязвления, возникающие на фоне других соматических заболеваний, также могут быть патогенетически с ними связаны. В последние годы уточнена роль атеросклероза аорты и ее абдоминальных ветвей, провоцирующего язвообразование вследствие нарушения кровоснабжения слизистой оболочки желудка и ДПК, снижения ее резистентности к кислотно-пептической агрессии [9, 23]. Ишемический фактор играет главную роль в возникновении так называемых «старческих» язв у пациентов старше 60 лет с атипичным клиническим течением болезни [12, 13, 24]. Нередко они крупного размера, несут хронический характер и образуются при атеросклеротическом поражении брюшного отдела аорты на фоне хронической недостаточности регионального кровообращения гастродуоденальной зоны [10, 13, 23]. Снижение сократительной способности миокарда у пожилых

усугубляет нарушения микроциркуляции, способствуя язвообразованию [17]. Дополнительное значение может иметь и прием ulcerогенных медикаментов, впервые начатый в пожилом и старческом возрасте. В клиническом диагнозе «старческие» язвы могут позиционироваться как осложнение атеросклероза – трофические или вторичные язвы, но нередко ошибочно ставится диагноз «язвенная болезнь». Этому способствует отсутствие в МКБ-10 определенности местоположения ишемических язв желудка и ДПК при атеросклерозе [16].

Трофическими являются также эрозивно-язвенные процессы, осложняющие тяжелые диффузные заболевания печени, болезни сердца, почек, легких и другие, которые протекают с соответствующей органной недостаточностью [3]. В их развитии дополнительное значение может иметь применение системных глюкокортикостероидов, антиагрегантов и антикоагулянтов. В связи с тем что в классах МКБ-10, кодирующих болезни сердца, легких, печени и почек, не выделяются эрозивно-язвенные гастродуоденальные поражения, их регистрируют статистически как сопутствующее заболевание – K25 или K26, приравнивая таким образом к ЯБ.

В МКБ-10 в таких ситуациях предлагается на примере других заболеваний использовать двойной код. При этом необходимо шифровать основное состояние – в данном случае заболевание, вызвавшее ulcerацию, и другое состояние – «язву» соответствующей локализации, применяя необязательный добавочный код. Однако такой принцип ведет к потере их взаимосвязи, и вторичная язва предстает как сочетанная патология. К тому же слово «необязательный» предполагает необязательность действий, что приводит к утрате истинной статистики по симптоматическим язвам. С нашей точки зрения, более точно отражало бы причинно-следственную связь язвообразования и основного заболевания предлагаемая в той же МКБ-10 двойная система кодирования со значками «крестик» (+), обозначающий основную болезнь, и «звездочка» (*) – дополнительный код, отражающий ее проявление или осложнение, являющееся самостоятельной причиной для оказания медицинской помощи [16]. Другим вариантом кодирования СГДЯ и НПВП-гастропатий могло бы быть дополнительное введение в рубрики K25–K26 четырехзначных подрубрик, обозначающих вторичный характер язвы. Но при эрозивно-язвенных поражениях такие варианты не предусмотрены. Выходу из создавшегося положения способствовало бы введение дополнений в новую редакцию МКБ.

Расширяется группа эрозивно-язвенных процессов эндокринного происхождения. Синдром Золлингера–Эллисона, главным проявлением которого является рецидивирующее язвообразо-

вание, имеет в МКБ-10 собственную подрубрику для шифровки в IV классе — E16.8, что позволяет четко разграничить его с ЯБ статистически. Однако клинически их дифференцировка нередко затруднительна, в результате нераспознанные случаи этого заболевания также часто относят к пептической язве [32]. Помимо давно известных ulcerаций при гастриноме и гиперпаратиреозе появляются новые сведения об эндокринной патологии. При многолетнем наблюдении за больными сахарным диабетом I типа с изначально интактной гастродуоденальной зоной установлено быстрое формирование у них диабетической гастропатии, которая проходит этапы атрофического гастрита, развития эрозий и язв [21]. Выявлена также взаимосвязь эрозивно-язвенных изменений желудка, ДПК и субклинического гипотиреоза с узлообразованием [19].

В России имеется устойчивая тенденция к росту числа больных с кровоточащими язвами, что обусловлено увеличением количества СГДЯ [8, 9, 15]. В то же время не все хирурги разделяют ЯБ и СГДЯ как разные по нозологической принадлежности причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ [8]. Ряд случаев СГДЯ, при которых развивается желудочно-кишечное кровотечение, проходят в XI классе под рубрикой K92 без уточнения его происхождения, что принято в хирургической практике. Для острого геморрагического (эрозивного) гастрита с кровотечением, в том числе вызванного аспирином, в XI классе должен использоваться шифр K29.0, который в медицинской отчетности при поражении, индуцированном ацетилсалициловой кислотой, применяется редко.

Ситуация, когда клинические диагнозы и статистические данные не отражают истинной распространенности СГДЯ и НПВП-гастропатий, ведет к

тому, что значительная их часть не учитывается, в связи с чем методы дифференцированного лечения и профилактики недостаточно разработаны.

Таким образом, наиболее известные отечественные клинические классификации язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки ориентируют врачей и медицинских статистиков на существование СГДЯ, отдельных от ЯБ. Однако клиницисты, правильно распознающие СГДЯ, вынуждены зашифровывать их соответственно рубрикации МКБ-10, во многом не отражающей истинной картины по подразделению эрозивно-язвенных процессов. Это связано с тем, что МКБ-10 не акцентирована на симптоматических вариантах язв, а существование НПВП-гастропатий признает косвенно.

Назрела проблема пересмотра международной статистической классификации гастродуоденальных язв, которая требует прежде всего определения их нозологической принадлежности. Стереотипной реакцией организма человека в ответ на разнообразные воздействия являются эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Все более глубокое дифференцирование их этиопатогенеза и снижение частоты ЯБ в связи с тенденцией к эрадикации *Helicobacter pylori*, по-видимому, и далее будет способствовать выделению из большой группы пептических язв другой патологии. Это приведет к четкому определению положения СГДЯ и НПВП-гастропатий в классификациях, улучшению их диагностики, разработке этиотропного и патогенетического направлений лечения больных с гастродуоденальными изъязвлениями, совершенствованию методов их профилактики, уточнению медицинской статистической отчетности.

Список литературы

1. Аргунова И.А., Семлюк Н.В. Трудности классификации, лечения и профилактики стрессовых гастродуоденальных язв // Современные проблемы медицинского обеспечения обороны и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций / Под ред. А.Н. Наконечного. — Смоленск: СГМА, 2007. — С. 5–9.
2. Банищук Н.Л., Госманова Т.С. Гипербарическая оксигенация в гастроэнтерологии // Гипербарическая физиология и медицина. — 1995. — № 2. — С. 17–19.
3. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Некоторые соображения по поводу классификации язвенной болезни // Клиническая медицина. — 1989. — № 1. — С. 142–145.
4. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Руководство по гастроэнтерологии: В 3 т. / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. — Т. 1. Болезни пищевода и желудка. — М.: Медицина, 1995. — С. 534–550.
5. Григорьев П.Я. Классификация и номенклатура гастродуоденальных язв // Язвенная болезнь: современные представления об этиологии, диагностике и лечении. — М., 1990. — С. 9–16.
6. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для медицинских вузов. — 3-е изд. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 768 с.
7. Дегтярева И.И. Язвенная болезнь // Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — С. 70–148.
8. Доброквашин С. Гастродуоденальные кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Мед. газета. — 2007. — Вып. № 59 (1319). — № 88. — С. 8–9.
9. Забродин О.Н. Стрессовые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Интенсивная терапия угрожающих состояний. — СПб: Медицинское издательство, 2002. — С. 190–195.
10. Калинин А.В. Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2004. — Т. 14, № 3. — С. 22–31.
11. Комаров Ф.И., Калинин А.В., Рапопорт С.И. Симптоматические гастродуоденальные язвы // Диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей. В 4 т. / Под ред. Ф.И. Комарова. — Т. 3. Болезни органов пищеварения — М.: Медицина, 2003. — С. 89–100.

12. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Григорьев П.Я. и др. Терапия кислотозависимых заболеваний // Экспер. клин. гастроэнтерол. — 2003. — № 4. — С. 3–18.
13. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. — М.: Анахарсис, 2003. — 136 с.
14. Латина Т.Л. Фармакологические основы антисекреторной терапии // Болезни органов пищеварения. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 23–27.
15. Маев И.В., Самсонов А.А., Вьючнова Е.С. Желудочно-кишечные кровотечения: современные методы лечения // Фарматека. — 2004. — № 5. — С. 1–6.
16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр: пер. с англ. — В 2 т. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995.
17. Михеева О.М., Лазебник Л.Б., Морозов И.А. и др. Клинические и морфологические особенности язвенной болезни у пожилых больных с артериальной гипертензией // Экспер. клин. гастроэнтерол. — 2004. — № 1. — С. 130–131.
18. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь: Руководство для врачей. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 378 с.
19. Савина Л.В., Баянова И.В. Структурно-функциональная характеристика щитовидной железы при эрозивно-язвенном поражении гастродуоденальной зоны // Экспер. клин. гастроэнтерол. — 2004. — № 1. — С. 177.
20. Уголев А.М., Радбиль О.С. Гормоны пищеварительной системы: Физиология, патология, теория функциональных блоков. — М.: Наука, 1995. — 238 с.
21. Чернышова Т.Е., Курникова И.А., Захарова Т.И., Бакирова Н.М. Этапы формирования диабетической гастропатии // Экспер. клин. гастроэнтерол. — 2004. — № 1. — С. 138–139.
22. Шентулин А.А. Гастропатия, связанная с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов: факторы риска, лечение, профилактика // Клин. перспективы гастроэнтерол. гепатол. — 2001. — № 1. — С. 27–31.
23. Щунакова А.Н. Клинико-диагностическое значение атеросклероза брюшной аорты и непарных висцеральных артерий у больных с гастродуоденальными язвами. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Смоленск, 1998. — 16 с.
24. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 376 с.
25. Ярустовский М.Б., Шупова Е.А., Кокарева А.В., Хайдурова Т.К. Эффективность применения антисекреторных препаратов в лечении острых эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта у больных с приобретенными заболеваниями сердца // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2004. — Т. 14, № 6. — С. 33–38.
26. Agrawal N., Aziz R. Prevention of gastrointestinal complications associated with non-steroidal anti-inflammatory drugs // J. Rheumata. — Vol. 51 (suppl.). — P. 17–20.
27. Chan F.K.L., Chung S.C.S., Suen B.Y. et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen // N. Engl. J. Med. — 2001. — N 344. — P. 967–973.
28. Garcia-Rodriguez L.A., Hernandez-Diaz S., de Abajo F.L. Association between aspirin and upper gastrointestinal complications: systematic review of epidemiologic studies // Br. J. Clin. Pharmacol. — 2001. — N 52. — P. 563–571.
29. Laheij R.J.F., Jansen J.B.M.J., Verbeek A.L.M., Verheugt F.W.A. *Helicobacter pylori* infection as a risk factor for gastrointestinal symptoms in patients using aspirin to prevent ischemic heart disease // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2001. — N 15. — P. 1055–1059.
30. Vergara M., Casellas F., Saperas E. et al. *Helicobacter pylori* eradication prevents recurrence from peptic ulcer haemorrhage // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2000. — N 12. — P. 733–737.
31. Wormsley K.G. Association between duodenal ulcer and other diseases // Scand. J. Gastroenterol. — 1980. — Vol. 15 (suppl. 63). — P. 27–35.
32. Zollinger H., Ellison E., O'Dorison T. et al. Thirty years experience with gastrinoma // World J. Surg. — 1984. — Vol. 8. — P. 427–435.