

Верхневолжский медицинский журнал. 2026; 25(2): 38-41  
 Upper Volga Medical Journal. 2026; 25(2): 38-41  
 УДК [616.33/.34-002.44-02:615.276]-053.9

## ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СЛИЗИстую ОБОЛОЧКУ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

*Любовь Александровна Любская, Ирина Юрьевна Колесникова*

*Кафедра поликлинической терапии  
 ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

**Аннотация.** Проведен анализ клинико-anamnestических данных и результатов эзофагогастродуоденоскопии 72 пациентов пожилого возраста, направленных на эндопротезирование коленного или тазобедренного сустава. В 46,2% случаев обнаружены эрозивные повреждения пищевода, желудка, 12-перстной кишки. Пациенты с эрозиями и без таковых не различались по характеристикам болевого абдоминального синдрома или диспепсии, однако чаще нарушали рекомендации врача по приему нестероидных противовоспалительных препаратов, выбирая более дешевые аналоги с худшим профилем безопасности. Выявлен недоучет факторов риска НПВП-гастропатии, недостаточное назначение антисекреторной и гастроэнтеропротективной терапии, редкость своевременной диагностики и эрадикации *H. pylori*.

**Ключевые слова:** нестероидные противовоспалительные средства, НПВП-гастропатия, пожилые люди

**Для цитирования:** Любская Л.А., Колесникова И.Ю. Влияние нестероидных противовоспалительных препаратов на слизистую оболочку верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пожилых больных. Верхневолжский медицинский журнал. 2026; 25(2): 38-41.

## EFFECTS OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS ON THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT MUCOSA IN ELDERLY PATIENTS

*L. A. Lyubskaya, I. Yu. Kolesnikova*

*Tver State Medical University, Tver, Russia*

**Abstract.** The analysis of clinical and anamnestic data and results of esophagogastroduodenoscopy of 72 elderly patients, referred to total hip or knee replacement, was carried out. Erosive lesions of the esophagus, stomach, and duodenum were detected in 46.2% of cases. Patients with and without erosions did not differ in the characteristics of abdominal pain or dyspepsia; however, they more often violated physician recommendations for taking non-steroidal anti-inflammatory drugs, choosing cheaper analogues with a worse safety profile. There was an underestimation of the risk factors for NSAID-gastropathy, insufficient use of antisecretory and gastroprotective therapy, and a lack of timely diagnosis and eradication of *H. pylori*.

**Key words:** non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAID-gastropathy, elderly people

**For citation:** Lyubskaya L.A., Kolesnikova I.Yu. Effects of non-steroid anti-inflammatory drugs on the upper gastrointestinal tract mucosa in elderly patients. Upper Volga Medical Journal. 2026; 25(2): 38-41.

### Введение

Актуальность изучения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), ассоциированных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), обусловлена высокой частотой их использования в клинической практике и в повседневной жизни при широком круге заболеваний [1]. Эта группа лекарств относится к числу самых продаваемых в мире, а возможность безрецептурного отпуска обуславливает частое бесконтрольное их употребление населением. Прием НПВП довольно часто сопровождается развитием поражений верхних отделов пищеварительного тракта в виде поверхностного и эрозив-

ного гастрита, гастродуоденита, язв [2]. Опасность желудочно-кишечных кровотечений у больных, принимающих НПВП, возрастает в 3–5 раз, прободений язв – в 6 раз, риск смерти от осложнений, связанных с поражением желудочно-кишечного тракта, – в 8 раз. До 30–50% всех случаев острых желудочно-кишечных кровотечений обусловлены приемом НПВП [3]. Чаще их принимают люди старшего возраста. Хорошо известно, что НПВП, обладающие эффективным обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим действием, могут оказывать негативное влияние на ВОПТ, проявляющееся развитием эрозивно-язвенного процесса в гастродуоденальной зоне (ГДЗ), так на-

зываемой НПВП-индуцированной гастропатии [3], а также поражение тонкой кишки [4].

**Цель исследования:** изучить частоту поражения верхних отделов пищеварительного тракта у пожилых пациентов на фоне приема НПВП, сопоставить выраженность клинической картины с данными эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

**Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе клиники и поликлиники ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Проанализированы отобранные сплошным образом амбулаторные карты 78 пожилых пациентов (мужчин 33, женщин 45, в возрасте от 60 до 72 лет, медиана возраста 63 года), направленных на эндопротезирование коленного или тазобедренного сустава. Все пациенты регулярно (ежедневно) принимали НПВП от 2 месяцев до 5 лет, медиана длительности приема НПВП 3 года. Давность заболевания с момента установления диагноза коксартроза или гонартроза составляла от 4 до 8 лет, медиана 5,5 года.

Критерием невключения в исследование являлось злокачественное новообразование любой локализации, тяжелая декомпенсированная соматическая патология, прием ацетилсалициловой кислоты, антикоагулянтов, глюкокортикостероидов, а также антисекреторных препаратов.

Основную группу составили 36 (46,2%) человек с эрозивным поражением слизистой оболочки ВОПТ, группу сравнения – 42 (53,8%) пациента без такового. У всех больных анализировались как жалобы со стороны ВОПТ (боли в эпигастрии, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, тяжесть или дискомфорт после приема пищи, урчание и вздутие живота, изменения частоты и консистенции стула), так и анамнез заболеваний пищевода и ГДЗ. Для самооценки выраженности болевого синдрома со стороны пораженного сустава применялась визуально-аналоговая шкала от 1 до 10 баллов, где значения 1-3 балла оценивались как слабая боль, 4-6 – умеренная боль, свыше 7 баллов – сильная боль. Уточнялся лекарственный анамнез, результаты эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Полученные результаты подвергались анализу при помощи стандартных методик параметрической и непараметрической статистики ( $\chi^2$  Пирсона) с использованием программы Excel Microsoft Office 2016.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В основной группе мужчин было 14 (38,9%), а женщин 22 (61,1%), тогда как в группе сравнения мужчин оказалось 19 (45,2%), а женщин 23 (54,8; все  $p_{\chi^2} > 0,05$ ).

В основной группе болевой абдоминальный синдром наблюдался у 3 (8,3%) больных, в группе сравнения на боли в эпигастрии жаловались 9 (21,4%;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ) пациентов. В основной группе изжога беспокоила 10 (27,8%) пациентов, в группе сравнения – 6 (14,3%;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Дискомфорт и тяжесть после еды в основной группе отсутствовали, в группе сравнения их отметили 12 (28,6%) респондентов.

Таким образом, даже при эрозивном повреждении слизистой оболочки ВОПТ боли и желудочно-пищеводная диспепсия были представлены весьма незна-

чительно, группы с эрозивным повреждением и без такового по клинической симптоматике практически не различались, следовательно, прогнозировать наличие эрозий пищевода, желудка или 12-перстной кишки на основании жалоб не представлялось возможным.

В анамнезе пациентов основной группы чаще всего имел место хронический гастрит (19 человек – 52,8%), язвенная болезнь 12-перстной кишки (3 пациента – 8,3%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) была отмечена у 5 больных (13,9%). В группе сравнения о ранее установленном диагнозе хронического гастрита сообщали 20 (47,6%;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ) человек, ГЭРБ – 8 (19,0%;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ) пациентов, больных с язвенной болезнью в этой группе не было. Никогда ранее не проводили ЭГДС 7 (19,4%) пациентов основной группы и 12 (28,6%;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ) обследованных группы сравнения.

В основной группе проводилось обследование на наличие *H. pylori*, при положительном результате – выполнена эрадикационная терапия 11 (30,6%) пациентам, в группе сравнения этот показатель был близок и составил 16 (38,1%;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ) больных. Антисекреторные препараты пациентам обеих групп назначены не были.

В обеих группах больные регулярно (ежедневно) принимали НПВП в связи с тяжелым болевым синдромом. Даже на фоне приема НПВП выраженность болевого синдрома со стороны пораженного сустава по визуально-аналоговой шкале пациенты оценили преимущественно как тяжелую (табл. 1).

**Таблица 1. Выраженность болевого синдрома в пораженном суставе по данным визуально-аналоговой шкалы**

**Table 1. Severity of pain in the affected joint according to the visual analogue scale**

Оценка боли по визуально-аналоговой шкале	Число пациентов, абс. (%)	
	Основная группа, n=36	Группа сравнения, n=42
Слабая боль	2 (5,6)	4 (9,5)
Умеренная боль	11 (30,6)	15 (35,7)
Сильная боль	23 (63,9)	23 (54,8)

В группе с НПВП-гастропатией чаще отмечен прием диклофенака и нимесулида, чем в группе без признаков НПВП, напротив, целекоксиб чаще принимали пациенты из группы сравнения (табл. 2).

**Таблица 2. Виды НПВП, принимаемые больными с поражением опорно-двигательного аппарата**  
**Table 2. Types of NSAIDs taken by patients with musculoskeletal disorders**

Вид НПВП	Число пациентов, абс. (%)	
	Основная группа, n=36	Группа сравнения, n=42
Диклофенак	9 (25,0)	2 (4,8)*
Кетопрофен	1 (2,8)	4 (9,5)
Мелоксикам	4 (11,1)	6 (14,3)
Нимесулид	11 (30,6)	3 (7,1)*
Целекоксиб	5 (13,9)	16 (38,1)*
Эторикоксиб	4 (11,1)	8 (19,0)
Другие	2 (5,6)	3 (7,1)

Примечание: \* – различие между группами статистически значимо ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ).

Обращают внимание данные, полученные при сопоставлении рекомендаций врача травматолога-ортопеда при ведении пациентов (рекомендованный препарат НПВП) и терапевтического предоперационного осмотра с указанием препарата НПВП, который реально принимал пациент. Травматологи в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями наиболее часто назначали такие препараты как целекоксиб, эторикоксиб и мелоксикам [5, 6]. Однако реально принимаемый НПВП был рекомендован врачом травматологом-ортопедом только 15 (41,7%) пациентам из основной группы и 31 (73,8%;  $p_2 < 0,05$ ) из группы сравнения. Таким образом, около 40% пациентов с тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата и выраженным болевым синдромом на практике принимают не те НПВП, которые были рекомендованы врачом, а более дешевые препараты из группы НПВП, всего вероятнее, по рекомендации провизора в аптеке. У пациентов, не соблюдающих рекомендации врача по назначению конкретного НПВП, чаще выявлялись эрозивные повреждения слизистой оболочки ВОПТ.

В основной группе пациентов, по данным ЭГДС, наиболее часто (у 29 человек – 80,6%) выявлен эрозивный гастрит, у 5 (13,9%) человек – сочетание эрозивного гастрита и дуоденита, еще у 2 (5,6%) – эрозивный эзофагит, в 4 (11,1%) случаях выявлена рубцово-язвенная деформация луковицы. В группе сравнения чаще всего эндоскопическая картина соответствовала поверхностному гастриту и поверхностному дуодениту (в совокупности 34 случая – 80,9%), также у каждого четвертого обследованного обнаружен неэрозивный рефлюкс-эзофагит, у одного пациента выявлена рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки, что эквивалентно язвенной болезни 12-перстной кишки в стадии ремиссии (табл. 3).

**Таблица 3. Изменения верхних отделов пищеварительного тракта по результатам эзофагогастродуоденоскопии**

**Table 3. Changes in the upper gastrointestinal tract based on the results of esophagogastroduodenoscopy**

Состояние верхних отделов пищеварительного тракта	Число пациентов, абс. (%)	
	Основная группа, n=36	Группа сравнения, n=42
Неэрозивный рефлюкс-эзофагит	12 (33,3)	11 (26,2)
Эрозивный рефлюкс-эзофагит	2 (5,6)	-
Поверхностный гастрит	2 (5,6)	31 (73,8)
Поверхностный дуоденит	2 (5,6)	9 (21,4)
Эрозивный гастрит	29 (80,6)	-
Эрозивный дуоденит	4 (11,1)	-
Эрозивный гастродуоденит	5 (13,9)	-
Рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки	4 (11,1)	1 (2,4)

Примечание: \* – различие между группами статистически значимо ( $p_2 < 0,05$ ).

Таким образом, распространенность патологии ВОПТ среди пожилых пациентов с поражением опорно-двигательного аппарата при длительном приеме НПВП представляется высокой: практически у каждого третьего больного выявляются эрозивные и неэрозивные формы рефлюкс-эзофагита, почти у всех – явления гастрита и гастродуоденита, свыше 6%

оставляет суммарная частота обнаружения язвенной болезни. Эти закономерности подтверждаются и другими исследованиями [7, 8].

С учетом приведенных данных представляется важным обратиться к актуальным клиническим рекомендациям (КР) по ведению больных с гонартрозом [5] и коксартрозом [6]. В обоих КР в перечне обязательных обследований отсутствует ЭГДС и исследование инфицированности *H. pylori*, хотя именно своевременная эрадикационная терапия имеет решающее значение в отношении профилактики тяжелых форм НПВП-гастропатии [9]. В то же время в разделе «Лечение» [5] указано: «Пациентам <...> при умеренном и выраженном болевом синдроме для быстрого и эффективного уменьшения болей в пораженных суставах рекомендовано назначение НПВП с учетом коморбидности пациентов. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)».

В случае коксартроза также рекомендовано: «Непрерывное использование НПВП обеспечивает лучший контроль симптомов, чем прием НПВП в режиме «по требованию». Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)».

Далее, здесь же: «При умеренном риске развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ рекомендуется использовать НПВП, механизм которых связан с преимущественным ингибированием ЦОГ-2 или неселективные НПВП в комбинации с ингибиторами протонного насоса. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)».

В комментариях отдельно делается акцент: «НПВП, механизм которых связан с преимущественным блокированием ЦОГ-2, являются препаратами выбора при наличии следующих факторов риска развития нежелательных явлений: возраст старше 65 лет, наличие в анамнезе язвенной болезни или желудочно-кишечного кровотечения, одновременный прием ГКС или антитромботических средств, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний».

При ознакомлении с указанными КР вполне закономерно возникает вопрос: как врач должен оценивать «риски развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ», если ЭГДС и оценка инфицированности *H. pylori* в рекомендации не включены?

Поскольку обследовались исключительно лица пожилого возраста, в соответствии с актуальными КР, всем пациентам должны были назначаться НПВП с механизмом ингибирования ЦОГ-2, что чаще всего (но не всегда!) и происходило. Вместе с тем, пациенты часто заменяли назначенный препарат на другой, более дешевый, а прием нимесулида, относящегося к группе ЦОГ-2-ингибиторов, демонстрировал существенную частоту развития эрозивной формы НПВП-гастропатии. В то же время полученные данные могут объясняться и недоучетом особенностей группы, получавших нимесулид и имеющих эрозивный гастродуоденит, четверо в качестве сопутствующего заболевания имели язвенную болезнь 12-перстной кишки. В то же время единственный больной из группы сравнения с ранее недиагностированной язвенной болезнью получал эторикоксиб, при ЭГДС эрозий в слизистой оболочке ВОПТ не выявлено.

Нуждаются в осмыслении и некоторые другие факты. Для купирования болевого синдрома у больных с коксартрозом и гонартрозом рекомендованы такие лекарственные препараты как парацетамол, трамадол и дулоксетин [5, 6, 10, 11]. Этих назначений мы не обнаружили ни у одного из 78 обследованных пациентов с неэффективной консервативной терапией, направленных на эндопротезирование крупного сустава. Также неоднозначно следует оценить и отсутствие в КР 2024 года указаний по назначению гастроэнтеропротектора в случае длительного лечения НПВП, при том что доказана эффективность такого подхода у пожилых пациентов [11], но в то же время отсутствуют точные данные о распространенности НПВП-энтеропатии на фоне длительного приема данной группы препаратов.

### Заключение

НПВП-гастропатии достаточно часто встречаются у пациентов с тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата, регулярно принимающих эти лекарства. При этом даже для эрозивного повреждения слизистой оболочки пищевода, желудка или 12-перстной кишки характерно незначительное число жалоб и отсутствие каких-либо клинических различий с больными без эрозий. В связи с тяжелым болевым суставным синдромом пациенты длительно и регулярно принимают НПВП, при этом примерно 40% больных нарушают врачебные рекомендации и принимают более дешевые препараты, обладающие худшим профилем безопасности. Врачи травматологи-ортопеды в большинстве случаев учитывают пожилой возраст и назначают селективные ингибиторы ЦОГ-2, однако редко назначают препараты с иным механизмом анальгезирующего действия. В клинических рекомендациях по ведению пациентов с гонартрозом и коксартрозом нет указаний на необходимость назначения ЭГДС и определения инфицированности *H. pylori*, что ведет к недооценке рисков развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ, отсутствию превентивного назначения антисекреторных препаратов. Явно уместна в указанных документах рекомендация по включению в комплексное лечение пациентов, длительно принимающих НПВП, гастроэнтеропротектора, эффективность которого была зафиксирована еще консенсусом по коморбидной патологии в 2019 г. [12].

### Список источников

1. Каратеев А.Е. Современные подходы к эффективной профилактике НПВП-гастропатии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015; 25(6): 92-102.
2. Колесникова И.Ю., Волков В.С. Диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний пищеварительного тракта: руководство для врачей. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». 2014: 432.
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В., Баранская Е.К., Трухманов А.С., Лапина Т.Л. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014; 24(6): 89-94.

4. Hamdeh S., Micic D., Hanauer S. Review article: drug-induced small bowel injury. Aliment Pharmacol Ther. 2021; 54(11-12): 1370-1388. doi: 10.1111/apt.16642
5. Клинические рекомендации. Гонартроз. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2024. – URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/868\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/868_1) (дата обращения: 11.09.2025).
6. Клинические рекомендации. Коксартроз. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2024. – URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/868\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/868_1) (дата обращения: 11.09.2025).
7. Волков В.С., Колесникова И.Ю., Беляева Г.С. Дуоденогастральный рефлюкс при кислотозависимых заболеваниях. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2002; 12(5): 22.
8. Чайкин Н.П., Капусткина Ю.О. Клинико-эндоскопические особенности поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта при планировании эндопротезирования суставов. Молодежь, наука, медицина. Тезисы 70-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Тверь: Тверской ГМУ. 2024: 379.
9. Каратеев А.Е., Мороз Е.В., Цурган А.В., Гонтаренко Н.В. Нужно ли проводить эрадикацию *Helicobacter pylori* у больных с эрозиями и язвами, возникшими на фоне терапии нестероидными противовоспалительными препаратами? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 26(6): 5-17. doi: 10.22416/1382-4376-2016-6-5-17
10. Каплунов О.А., Каплунов К.О. Эффективность консервативной терапии идиопатического остеоартрита тазобедренного сустава. Клиническая фармакология и терапия. 2020; 29(4): 26-30. doi: 10.32756/0869-5490-2020-4-26-30
11. Pavelka K. Symptomatic treatment of osteoarthritis: paracetamol or NSAIDs? Int J Clin Pract Suppl. 2004; (144): 5-12. doi: 10.1111/j.1742-1241.2004.005\_b.x
12. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин Й.Г. ... [и др]. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18(1): 5-66. doi: 10.15829/1728-8800-2019-1-5-66

*Колесникова Ирина Юрьевна (контактное лицо) – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; kolesnikovaiyu@tvngmu.ru*

*Поступила в редакцию / The article received 04.11.2025.*

*Принята к публикации / Was accepted for publication 09.06.2026.*