

3. Пальчик, А. Б. Неврология недоношенных детей / А.Б. Пальчик, Л.А. Федорова, А.Е. Понятишин. - М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 352 с.
4. Румянцев, А.Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни / А.Г. Румянцев. - М.: Медпрактика-М, 2020. - 116 с.
5. Хазанов, А. И. Выхаживание недоношенных детей: моногр. / А.И. Хазанов. - М.: Медицина, 2020. - 224 с.
6. Хазанов, А. И. Недоношенные дети: моногр. / А.И. Хазанов. - М.: Медицина, 2017. - 208 с

СОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ ЛЕГКИХ КАК ПРИЧИНА ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПОДРОСТКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

О.А. БАЛКО^{1,2}, С.В. БАКЛАНОВА¹, Е.В. КОНДАУРОВА¹, Л.В.
КОЧЕРЕЖНИКОВА¹

1. ГУЗ «ТГКБ СМП им. Д.Я. Ваныкина», ул. Первомайская, д.13, г. Тула, 300035, Россия
2. Тульский государственный университет, Медицинский институт, ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail: Helga010616@yandex.ru

Аннотация. Кровохарканье, как и легочное кровотечение, относятся к респираторным симптомам, приводящим к развитию жизнеугрожающих осложнений. Причины данных состояний могут быть как однофакторными, так и многофакторными, включая в себя следующие: врожденная или приобретенная патология легких, сердечно-сосудистой системы, пищевода, болезни системы крови, системные заболевания, реже инфекционные и паразитарные. Нередко предрасполагающими моментами служат травма грудной клетки, резкое повышение внутригрудного давления, психоэмоциональное напряжение, нарушение целостности сосудистой стенки, применение антикоагулянтов и некоторые другие факторы. Тем не менее, не стоит упускать из внимания такие редкие состояния, как пороки развития сосудов легких, ангиодисплазии или доброкачественные опухолевидные поражения легких, в частности, ангиомы легких. Сложность диагностики состоит в отсутствии какой-либо характерной клинической картины и рентгенологических признаков, что требует, во-первых, более углубленного обследования с применением КТ-контрастных методик, а во-вторых, окончательная постановка диагноза

невозможна без эндоскопического вмешательства с проведением гистологического исследования.

Ключевые слова: легочное кровотечение, кровохарканье, сосудистая аномалия легких, ангиома.

VASCULAR LUNG ABNORMALITIES AS CAUSE OF PULMONARY BLEEDING IN ADOLESCENT (CLINICAL CASE)

O. A. BALKO^{1,2}, S.V. BAKLANOVA¹, E.V. KONDAUROVA¹, L.V. KOCHEREZHNIKOVA¹

1. *Dmitrii's Vanykin Emergency Hospital, Pervomayskaya Str., 13, Tula, 300035, Russia*
2. *Tula State University, Medical Institute, Boldin Str., 128, Tula, 300028, Russia, e-mail: Helga010616@yandex.ru*

Abstract. Hemorrhage, like pulmonary bleeding, refers to respiratory symptoms that lead to the development of life-threatening complications. The causes of these conditions can be both single-factor and multifactorial, including the following: congenital or acquired pathology of the lungs, cardiovascular system, esophagus, diseases of the blood system, systemic diseases, less often infectious and parasitic. Often predisposing moments are chest injury, a sharp increase in intrathoracic pressure, psychoemotional tension, violation of the integrity of the vascular wall, the use of anticoagulants and some other factors. However, rare conditions such as lung vascular malformations, angiodysplasia, or benign tumor-like lung lesions, particularly lung angiomas, should not be overlooked. The difficulty of diagnosis lies in the absence of any characteristic clinical picture and radiological signs, which requires, firstly, a more in-depth examination using CT-contrast methods, and secondly, final diagnosis is impossible without endoscopic intervention with histological examination.

Key words: pulmonary bleeding, hemorrhage, lung vascular abnormality, angioma.

Введение. Легочное кровотечение – это процесс откашливания крови, которая поступает в нижние дыхательные пути, что может проявляться как кровохарканьем, при наличии только лишь прожилков крови или отдельных сгустков, так и непосредственно легочным кровотечением, когда кровь откашливается непрерывно в большом количестве [4, 6].

Причины легочного кровотечения и кровохарканья кроются в различных патологиях и состояниях, затрагивающих как непосредственно

легочную систему (врожденная и приобретенная патология легких), так и сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт (преимущественно патологии пищевода), систему крови, различные проявления системных, инфекционных и паразитарных заболеваний, травмы грудной клетки, применение антикоагулянтов и другие факторы. В связи с этим, на первичном этапе диагностического поиска необходимо определиться с локализацией кровотечения: их верхних дыхательных путей, полости рта или желудочно-кишечного тракта [4, 6].

Не стоит упускать из внимания такие редко встречающиеся патологические состояния бронхо-легочной системы, которые также могут сопровождаться клиникой кровохарканья и легочного кровотечения, как доброкачественные опухоли легких и артериовенозные аномалии сосудов легких [1, 5].

Доброкачественные опухоли легких – это собирательное понятие, включающее большое число опухолей различного генеза и гистологического строения, а также имеющих различную локализацию и особенности клинического течения. В 2.5-3.5% всех доброкачественных образований данной локализации встречается ангиома легкого [5].

Ангиомы легких – сборная группа сосудистых новообразований, в числе которых ангиоэндотелиома, капиллярная и кавернозная гемангиомы [5]. Впервые подобные случаи описаны в 1956 г. А. Libow и О.С. Hubbel [9]. Данные новообразования могут образовываться как периферически, так и центрально, однако все они макроскопически округлой формы, плотной или плотноэластической консистенции, окруженные соединительнотканной капсулой. Вариация цвета ангиомы может быть от розоватого до темно-красного, а размеры – от нескольких миллиметров до 20 см и более [5, 9].

Артериовенозные аномалии легочных сосудов – это наличие сообщения между легочными артериями и легочными венами преимущественно врожденного генеза. Артериовенозные аномалии легких встречаются с одинаковой частотой у мальчиков и девочек, однако в периоде новорожденности данная патология чаще наблюдается у мальчиков. В 80—90% случаев артериовенозные аномалии классифицируют как простые — когда одна питающая сегментарная артерия соединяется с одной дренирующей веной. Комплексными называют аномалии, когда имеются две или несколько питающих артерий или дренирующих вен [5].

Выделяют три типичных варианта легочных артериовенозных аномалий [5]:

- 1) большой единый сосудистый мешок;
- 2) плексиформные массы с дилатированными каналами;

3) дилатированные и часто извитые непосредственные коммуникации между артерией и веной. Редко могут наблюдаться тромбоз и кальцификация артериовенозной аномалии.

Ввиду неспецифичности клинически проявлений [1, 6, 9, 10], постановка окончательного диагноза возможна только после гистологического исследования. В качестве основных методов инструментальной диагностики могут быть использованы КТ с контрастированием и 3D реконструкцией изображений, ангиография легких, а также эндоскопическое исследование [1-3, 8].

Главным методом лечения данных аномалий является хирургическая резекция или ее эмболизация [1, 7].

Клинический случай. Пациентка К., впервые поступила в педиатрическое отделение ГУЗ «ТГКБ СМП им. Д.Я.Ванькина» в апреле 2019 г в возрасте 10 лет с жалобами на кашель с кровью. Из анамнеза: заболевание началось с редкого кашля в течение суток, в ночь девочка проснулась от кашля и ощутила привкус крови во рту, на что внимание обращено не было. Утром начался приступ выраженного кашля с кровью, а также носовое кровотечение. Родители самостоятельно обратились в приемное отделение, девочка госпитализирована. Анамнез жизни без особенностей, хронических заболеваний не имеет, наследственность не отягощена. При объективном осмотре состояние ребенка средней степени тяжести, температура 37,4 С. В сознании. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные, без признаков кровотечения в ротоглотке. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Одышки нет, сатурация в пределах нормы. Аускультативно дыхание жесткое, слева в нижних отделах влажные хрипы. ЧД 21 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. ЧСС 90 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

По данным лабораторных исследований:

ОАК от 30.04 – Нв 122 эр 4.22 тр 214 лейкоц 8.1 (э 1 п 2 с 66 лф 25 м 6)
СОЭ 12

ОАК от 4.05 – Нв 101 эр 3.38 тр 199 лейкоц 5.8 (э 1 п 3 с 32 лф 59 м 5)
СОЭ 13

ОАК от 13.05 – Нв 112 эр 3.92 тр 196 лейкоц 2.9 (э 1 п 1 с 29 лф 64 м 5)
СОЭ 10

Коагулограмма от 30.04 – вр.свертывания 3'30" вр.кровотечения 2'10" АЧТВ 35 сек ПТИ 80% фибриноген 2.48 г/л МНО 1.25 РКМФ в норме

Коагулограмма от 4.05 – АЧТВ 29 сек ПТИ 87% фибриноген 2.9 г/л МНО 1.10 РКМФ в норме

Коагулограмма от 13.05 – вр.свертывания 4'15" вр.кровотечения 2'40" АЧТВ 33 сек ПТИ 89% фибриноген 3.2 г/л МНО 1.28 РКМФ в норме

Б/х крови от 30.04 и 4.05 – без патологии

ОАМ от 1.05 и 13.05 – без патологии

Кал на скр. кровь от 2.05 – положительный

По данным инструментальных исследований и консультаций специалистов:

ЭКГ от 30.04 – Без патологии.

ЭхоКГ от 6.05 – Дополнительная хорда в полости левого желудочка.

В полости правого предсердия визуализируется евстахиев клапан.

УЗИ щитовидной железы от 6.05 – Без патологии.

УЗИ органов брюшной полости от 1.05 – Стойкая деформация желчного пузыря в области тела. Косвенные признаки гастрита.

ФГДС от 30.04 – Острая язва желудка. Состоявшееся кровотечение.

Дуоденогастральный рефлюкс. Фолликулярный бульбит.

ФГДС от 13.05 (контроль) – Поверхностный гастрит.

Дуоденогастральный рефлюкс. Гастроэзофагеальный рефлюкс.

Рентгенография органов грудной клетки от 30.04 – Легочные поля прозрачные. Корни структурные, не расширены, расположены обычно. Легочный рисунок без особенностей. Контуры диафрагмы четкие, синусы свободные. Средостение не смещено. Сердце не расширено.

Бронхоскопия от 6.05 – Объемное образование левого долевого бронха. Дифференцировать с противовоспалительными грануляциями после стояния инородного тела.

КТ органов грудной клетки от 8.05 – Участок инфильтрации в X сегменте левого легкого. Изменения по типу «матового стекла» в VI, IX, X сегментах левого легкого.

Диаскин тест от 6.05 – 0.5 мм

Консультация ЛОР-врача от 30.04 – Острый ринит. Туботит слева.

Вазопатия носовой перегородки. Гипертрофия аденоидов 1 ст.

Консультация пульмонолога от 8.05 – Объемное образование левого долевого бронха? Поствоспалительные грануляции после стояния инородного тела? Внебольничная левосторонняя пневмония очаговая? Состоявшееся легочное (?) кровотечение.

По результатам диагностических мероприятий был сделан вывод о том, что причиной кровохарканья являлось сочетание патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (острая язва, состоявшееся желудочное кровотечение) и ЛОР-органов (вазопатия сосудов носовой перегородки с носовым кровотечением). Выставлен диагноз:

Основной: Острая язва желудка. Состоявшееся желудочное кровотечение. Дуоденогастральный рефлюкс. Фолликулярный бульбит.

Осложнение: Гипохромная анемия 1 ст.

Сопутствующий: Объемное образование левого долевого бронха? Поствоспалительные грануляции после стояния инородного тела?

Состоявшееся легочное (?) кровотечение. Вазопатия сосудов носовой перегородки. Острый туботит слева. Гипертрофия аденоидов 1 ст. МАРС: добавочная хорда левого желудочка, евстахиев клапан полости правого предсердия. Стойкая деформация желчного пузыря без признаков холестаза.

Проведена терапия: гемостатическая (этамзилат, викасол), антисекреторная (ацилок, омез), антибактериальная (цефотаксим, далее – панцеф), антацидная (маалокс), антиоксидантная (актовегин), местная (пиносол, отипакс).

На фоне проводимого лечения состояние с положительной динамикой, купирование кровохарканья, нормализация общего самочувствия. Ребенок выписан на амбулаторный этап с рекомендацией консультации детского онколога.

Повторно девочка поступила в педиатрическое отделение ГУЗ «ТГКБ СМП им. Д.Я. Ванькина» в январе 2021 года в возрасте 12 лет с жалобами на кровохарканье. Из анамнеза: в 2019 г после выписки из педиатрического отделения ребенок находился на стационарном лечении в отделении пульмонологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» с диагнозом «Острый бронхит». Повторно проведено обследование:

Бронхоскопия – Данных за объемное образование нет.

ФГДС – Катаральный рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии, гастрит, дуоденогастральный рефлюкс.

КТ органов грудной клетки – КТ-картина единичного очага в S4 слева. Данных за объемное образование нет.

Консультация ЛОР-врача – Без патологии.

Консультация онколога – Убедительных данных за новообразование нет.

До настоящего момента жалоб девочка больше не предъявляла, эпизодов кровохарканья не было. Данное ухудшение в ночь на 5.01 – появился кашель с прожилками крови, вызвана КСП, госпитализирована. По данным объективного осмотра состояние ребенка средней степени тяжести, температура 37.1 С. В сознании. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные, без признаков кровотечения в ротоглотке. Кашель продуктивный редкий приступообразный, на высоте приступа – пенистая мокрота с алой кровью в объеме 30-50 мл. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Одышки нет, сатурация в пределах нормы. Аускультативно дыхание жесткое, слева в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 21 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. ЧСС 85 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

По данным лабораторных обследований:

ОАК от 6.01 – Нв 125 эр 4.26 тр 140 лейко 5.8 (э 1 п 0 с 63 лф 34 м 2)

ОАК от 8.01 – Нв 125 эр 4.13 тр 204 лейкоц 9.9 (э 1 п 0 с 79 лф 16 м 4) ретикулоциты 12×10^{-3}

ОАК от 9.01 – Нв 97 эр 4.13 тр 187 лейкоц 11.4 (э 2 п 0 с 54 лф 42 м 2) СОЭ 9 гипохромия + анизозитоз + макроцитоз +

ОАК от 12.01 – Нв 82 эр 2.6 тр 225 лейкоц 7.2 (э 1 п1 с 67 лф 27 м 4) СОЭ 15

ОАК от 18.01 – Нв 90 тр 236 лейкоц 4.4 (э 1 п 1 с 59 лф 34 м 5) СОЭ 12

Коагулограмма от 6.01 – АЧТВ 38 сек МНО 1.02 ПТИ 98% фибриноген 2.9 г/л

Коагулограмма от 8.01 – АЧТВ 36 сек МНО 1,0 ПТИ 95% фибриноген 3.9 г/л

Коагулограмма от 11.01 – вр.свертывания 5'05'' вр.кровотечения 4' АЧТВ 28 сек МНО 0.93 ПТИ 97% РКМФ 4 (в норме)

Б/х крови от 6.01 и 12.01 – без патологии

Иммуноглобулины крови от 12.01 – IgA 0.15 IgM 0.76 IgE 53.2 (N до 100)

ОАМ от 11.01 и 18.01 – без патологии

Кал на скрытую кровь от 18.01 – положительный

Микроскопия мокроты от 11.01 – цвет кровянистый, двухслойная: нижний – жидкий, верхний – вязкий, лейкоц 4-6, эр сплошь, эпителий плоский 0-1-2

Микроскопия мокроты от 12.01 – цвет кровянистый, характер слизистый, лейкоц 6-8, эр сплошь, эпителий плоский 2-4, альвеолярный 4-6

Посев мокроты на ВК от 11.01 и 18.01 – отрицательно

Посев промывных вод из трахеобронхиального дерева от 18.01 – отрицательно

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам от 14.01 – зев, нос: отрицательно

Назофарингеальный мазок на COVID-19 от 14.01 – отрицательно

По данным инструментальных исследований и консультаций специалистов:

ЭхоКГ от 8.01 – Дополнительная хорда в полости левого желудочка. В полости правого предсердия визуализируется евстахиев клапан.

УЗИ органов брюшной полости от 8.01 – Без патологии.

УЗИ почек и мочевого пузыря от 11.01 – Без патологии.

ФГДС от 11.01 – Поверхностный гастрит. Дуоденогастральный рефлюкс.

ФВД от 12.01 – Нарушение вентиляции легких по рестриктивному типу.

Р-графия органов грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях от 6.01 – Очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

КТ органов грудной клетки от 9.01 – КТ-картина участка консолидации в нижней доле левого легкого, интерстициальных изменений обоих легких (полисегментарная пневмония с отсевом? Нельзя достоверно исключить специфический характер).

КТ органов грудной клетки с контрастированием от 14.01 – КТ-картина интерстициальных изменений в легких в нижних долях с двух сторон вероятнее воспалительного характера. По сравнению с КТ от 9.01 – динамика положительная за счет уменьшения зоны инфильтрации.

Бронхоскопия от 13.01 – Состоявшееся легочное кровотечение. Объемное образование левого нижнего долевого бронха (ангиома?).

Консультация ЛОР-врача от 6.01 – Без патологии.

Консультация пульмонолога от 13.01 – Состоявшееся легочное кровотечение. Объемное образование левого нижнего долевого бронха (ангиома?). Анемия средней степени тяжести постгеморрагическая.

Консультация фтизиатра от 15.01 и 18.01 – Данных за туберкулезный процесс на момент обращения не выявлено.

На основании жалоб пациентки, анамнеза, данных лабораторно-инструментальных исследований, был выставлен диагноз:

Основной: Ангиома левого нижнего долевого бронха?

Осложнение: Состоявшееся легочное кровотечение. Гипохромная анемия постгеморрагического характера 2 ст.

Сопутствующий: Поверхностный гастрит. Дуоденогастральный рефлюкс. МАРС: добавочная хорда левого желудочка, евстахиев клапан полости правого предсердия.

Проведена комплексная терапия: инфузионная солевыми растворами, гемостатическая (викасол, этамзилат, аминокaproновая кислота, транексам), антибактериальная (цефотаксим), ингаляционная, учитывая сохраняющееся кровохарканье, не купируемое предшествующей терапией (ингаляции через небулайзер с адреналином 0,1%, назначены на основании Клинических рекомендаций по тактике лечения больных с легочным кровотечением Ассоциации торакальных хирургов России [4]).

Состояние девочки на момент выписки с положительной динамикой. Кашель отсутствует, отделяемого нет.

Ребенок направлен на госпитализацию в ГБУЗ «Детская городская клиническая больница святого Владимира ДЗМ».

Кагамнез. С 21.01.21 по 11.02.21 пациентка находилась в торакальном хирургическом отделении ГБУЗ «Детская городская клиническая больница святого Владимира ДЗМ» с диагнозом: Артериовенозная мальформация нижнедолевого бронха слева. За период лечения, учитывая снижение Нв до 70 г/л, девочке выполнено переливание эр. массы, СЗП, катетеризация центральной вены. Отмечается нормализация

количества эритроцитов, лейкоцитов. Проведены ФГДС, риноларингоскопия - патологии не выявлено.

При бронхоскопии выявлено объемное образование нижнедолевого бронха слева, взята биопсия, выполнена лазерная деструкция образования.

По данным гистологического исследования морфологическая картина, вероятнее всего, соответствует врожденной сосудистой дисплазии (артерио-венозной мальформации).

За время наблюдения эпизодов кровохарканья не отмечалось. Ребенок выписан по месту жительства.

Заключение. Таким образом, диагностический поиск при обследовании ребенка с кровохарканьем или легочным кровотечением первично должен происходить на стыке оценки состояния бронхо-легочной системы, желудочно-кишечного тракта и ЛОР-органов, а решающими методами исследования будут выступать прежде всего эндоскопические и патоморфологические.

Литература

1. Белозеров Ю. М., Агапитов Л. И. Артериовенозные аномалии сосудов легких // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2010. – Т. 55. – №. 3.
2. Бирюков Ю. В., Хуан Н., Помелова Л. А. Современная диагностика и лечение артериовенозных мальформаций лёгких // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 3. – С. 29-30.
3. Иванов Г. В. и др. Редкое наблюдение лёгочного кровотечения у подростка, вызванное пороком развития сосудов лёгкого // Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 37-37.
4. Клинические рекомендации по тактике лечения больных с легочным кровотечением. Утверждены на общем собрании Ассоциации торакальных хирургов России на V Международном конгрессе «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии» 26.06. 2014 г. / Санкт-Петербург, 2015. 15 с.
5. Крутько В. С., Яковенко О. К. Доброкачественные опухоли легких и бронхов: клинические, морфологические, эндоскопические и лучевые аспекты диагностики. <https://www.health-ua.com/article/62121-dobrokachestvennye-opuholi-legkih-ibronhov-klinicheskie-morfologicheskie>
6. Овчаренко С. И. и др. Сосудистые аномалии легочного круга кровообращения как причина кровохарканья у женщины с бронхиальной астмой Рассмотрены причины развития легочных кровохарканий и кровотечений у больных бронхиальной астмой. Описаны легочные

артериовенозные мальформации—клиническая картина, методы диагностики, подходы к лечению. Приведен клинический случай //Лечащий врач. – 2016. – №. 3. – С. 86.

7. Паршин В. Д., Бирюков Ю. В., Пурецкий М. В. и др. Хирургическое и эндоваскулярное лечение легочных артериовенозных мальформаций // Хирургия. 2013, № 10. С. 4–11.

8. Сапранов Б.Н., Трефилов А.В. Лучевая диагностика сосудистых аномалий легких // Кардиоторакальная радиология. – 2019. – С. 156-157.

9. Соловьев А.Е., Пахольчук А.П., Моргун В.В. Гемангиомы средостения и легких у детей // Хірургія дитячого віку. – 2015. – №. 1-2. – С. 112-114.

10. Fraga J.C., Favero E., Contelli F. et al. Surgical treatment of congenital pulmonary arteriovenous fistula in children // *Pediatr. Surg.* 2008. Vol. 43. P. 1365—1367.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ (ПОПЕРЕЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

О.А. БАЛКО

*Тульский государственный университет, Медицинский институт,
ул. Болдина, д. 128, г. Тула, 300028, Россия, e-mail:
Helga010616@yandex.ru*

Аннотация. Актуальность изучаемой нами проблемы обусловлена современной тенденцией использования персонифицированного подхода к каждому пациенту, в связи с чем большое значение приобретает базис организма, осуществляющий помощь ребенку при встрече с теми или иными окружающими факторами. Под базисом в первую очередь можно понимать конституциональные особенности маленького пациента и их влияние на течение и прогноз любого заболевания, в том числе группы патологий желудочно-кишечного тракта. Целью нашего исследования являлось изучение конституциональных особенностей течения хронического гастродуоденита у детей 4-17 лет. В ходе исследования выявлено, что астеники в большей степени склонны к развитию хронического гастродуоденита, чем нормостеники и гиперстеники. Астеники и гиперстеники склонны к развитию поверхностного гастродуоденита, в то время как нормостеники имеют более тяжелые проявления в виде эрозивного и гипертрофического поражения слизистой