

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ДЕФЕКТОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Кировский государственный медицинский университет,
кафедра внутренних болезней
г. Киров*

Ключевые слова: язва, эрозии, желудок, двенадцатиперстная кишка, клиника

Резюме: В статье представлены актуальность заболеваний с дефектом слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Проведен анализ клиники и эндоскопической картины у 23 человек с дефектом слизистой оболочки и двенадцатиперстной кишки. Отражены рекомендации по профилактике заболеваний с дефектом слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Resume: The article presents the relevant diseases defective mucous membrane of the stomach and duodenum. A clinical analysis and endoscopic findings in 23 persons with mucosal defect and duodenum. Recorded recommendations for the prevention of diseases with a defect of the gastric mucosa and duodenal ulcers.

Актуальность. По традиционному определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), язвенная болезнь (ЯБ) - общее хроническое рецидивирующее заболевание с полициклическим течением, характерными особенностями которого являются сезонные обострения, сопровождающиеся возникновением язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК), и развитие осложнений, угрожающих жизни больного [5].

Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно - пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка, и двенадцатиперстной кишки. Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, повышение выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка, обсеменение слизистой оболочки желудка микроорганизмами *Helicobacter pylori* [1-3].

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть в результате снижения выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижения регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка, уменьшения содержания простагландинов в стенке желудка (например, при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов) [1, 2, 4, 5].

Определенное место в патогенезе ЯБ занимают также гормональные факторы (половые гормоны, гормоны коры надпочечников, гастроинтести-

нальные пептиды), биогенные амины (гистамин, серотонин, катехоламины), нарушения процессов перекисного окисления липидов [1, 2].

Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *Helicobacter pylori*, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Барри Маршаллом и Джоном Уорреном [2].

На сегодняшний день язвенная болезнь желудка является одной из самых распространенных патологий среди заболеваний пищеварительной системы. По различным эпидемиологическим данным ВОЗ, ЯБ встречается примерно у 10-15 % населения земного шара. В России диагностировано более 3 миллионов пациентов с ЯБ, а распространенность данного заболевания составляет более 5-10 % населения, продолжая ежегодно увеличиваться [1, 2].

Показано, что 11-14% мужчин и 8-11% женщин в течение своей жизни могут заболеть ЯБ. Например, в Америке ежегодно выявляют 500000 больных с впервые обнаруженной ЯБ и более 4 миллионов пациентов с рецидивами заболевания [2].

ЯБ с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем ЯБ с локализацией в желудке. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым [2, 3].

Анализ частоты и распространенности ЯБ в Российской Федерации (РФ) по материалам Министерства здравоохранения РФ показывает, что за период с 2006 по 2009 г. уменьшилось, как общее число больных ЯБ (со 1663660 до 1522938) и число больных в пересчете на 100000 населения (с 1446.5 до 1314.6), так и - что особенно важно - число больных с впервые выявленной ЯБ (с 148019 до 136363 в абсолютных цифрах и со 128.7 до 117.7 – в пересчете на 100000 населения) [2, 3, 4].

Эта положительная динамика безусловно связана с активным обследованием больных, предъявляющих жалобы на диспепсические расстройства, на наличие инфекции *Helicobacter pylori* и проведением последующей эрадикационной терапии.

В то же время во всем мире отмечено увеличение частоты осложнений ЯБ (кровотечений, перфорации) [2].

Цель: провести анализ клиники и эндоскопической картины при заболеваниях с дефектом слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи: 1) Выявить особенности клиники и эндоскопической картины при заболеваниях с дефектом слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся болевым синдромом. 2) Выявить особенности клиники и эндоскопической картины при заболеваниях с дефектом слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки без болевого синдрома.

Материал и методы. Исследование проводилось в терапевтическом отделении НУЗ «Отделенческая клиническая больница» ОАО «РЖД» на станции Киров в 2016 году. В процессе исследования были опрошены 23 человека с эрозивными гастритами, эрозивными дуоденитами, ЯБ желудка и ДПК в возрасте от 24 до 83 лет (средний возраст опрошенных $48,57 \pm 2,95$ лет, 39% группы - женщины, 61% - мужчины.), проводился анализ их амбулаторных карт и историй болезни. Исследование было проведено с учетом требований Хельсинской декларации прав пациента. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. При заболеваниях с дефектом слизистой оболочки желудка и ДПК среди клинических проявлений отрыжка встречается у 65% опрошенных, изжога у 48%, тяжесть в животе после приема пищи - 43%, боли в эпигастрии – 30%, боли в правом подреберье - 4%, неприятный привкус во рту - 22%, тошнота – 13%, рвота -4% . Повышение аппетита отмечали 13% пациентов, у 74% аппетит оставался неизменным, и 13% жаловались на снижение аппетита. У 78% опрошенных не отмечалось нарушений стула, у остальных 22% периодически возникали запоры.

Среди всех случаев с болевым синдромом боли локализовались в эпигастрии в 86%, в правом подреберье в 14%. Также среди них 50% приходилось на голодные боли и 50% на боли через 1 час после приема пищи.

Причем в 35% случаев заболевание протекало без болевого синдрома и без изжоги, больных беспокоили только диспепсические явления и нарушения стула.

В 70% случаев заболевание было выявлено впервые, и в 30% случаев длительность заболевания составляла от 2 до 30 лет.

По данным эндоскопической картины у 52% больных дефект локализовался на слизистой оболочке желудка и у 48% - на слизистой оболочке ДПК.

Среди всех обнаруженных язвенных дефектов 92% приходилось на одиночный язвенный дефект и в 8% случаев выявлялось до 3 язвенных дефектов. Среди всех случаев доля малых язв (менее 0,5 см) составляет 75% и 25% язв среднего размера (0,6- 2,0 см). Больших и гигантских язв выявлено не было.

Рубцовая деформация ДПК была выявлена у 52% пациентов, рубцовая деформация привратника – у 13%. Следует отметить, что среди впервые выявленных заболеваний с дефектом слизистой оболочки, в ходе анализа эндоскопической картины, у 35% по определялась рубцовая деформация привратника или ДПК, что свидетельствует о перенесенной ранее ЯБ в безболезненной форме.

Выводы: в результате исследования было выявлено, что в 35% случаев заболевания с дефектом слизистой оболочки желудка и ДПК не сопровождаются болевым синдромом и/или изжогой, что значительно повышает диагностическую ценность таких симптомов как отрыжка, неприятный привкус во рту, тяжесть в животе после еды, тошнота, запоры. Также было выявлено, что 35% пациентов с впервые выявленными заболеваниями имеют рубцовые изменения привратника или ДПК, следовательно, перенесли ранее ЯБ и от-

рицают наличие в анамнезе изжоги и болей в эпигастрии и правом подреберье. В связи с этим, нужно проводить профилактические беседы, санитарно-просветительные мероприятия с населением, рассказывать о диете и факторах риска заболеваний с дефектом слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Литература

1. Байкова Э.Р., Фазлыев М.М. Факторы риска развития рака желудка при язвенной болезни. Забайкальский медицинский вестник. 2012. №1. С. 101-109.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российская гастроэнтерологическая ассоциация. Москва. 2013. 39 с.
3. Леушина Е.А., Чичерина Е.Н. Артериальная гипертония и моторно-эвакуаторные нарушения желудка. Вятский медицинский вестник. 2012. №3. С.50-55.
4. Леушина Е.А., Чичерина Е.Н. Современное представление о моторно-эвакуаторных нарушениях верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (обзор литературы). Лечащий врач. 2015. №8. С. 31-36.
5. Ярославцева А.Ю. Обухова К.С. Фактор личностной тревоги в этиологии язвенной болезни. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014. №4 (7). С. 61-