

З.Р. Быков, А.С. Малиновская
НОВЫЙ ОБЛИК СТАРОЙ БОЛЕЗНИ: КАК ИЗМЕНИЛИСЬ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ ЗА ДВА ДЕСЯТИЛЕТИЯ
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.А. Шоломицкая-Гулевич
Кафедра внутренних болезней, кардиологии и ревматологии
с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Z.R. Bykov, A.S. Malinovskaya
A NEW FACE OF AN OLD DISEASE: HOW GASTRO-DUODENAL ULCERS
HAVE CHANGED OVER TWO DECADES
Tutor: PhD in Medicine, associate professor I.A. Shalamitskaya-Gulevich
Department of Internal Medicine, Cardiology, and Rheumatology
with Advanced Training and Retraining
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. За последние 20 лет клинико-эндоскопический профиль гастродуоденальных язв (ГДЯ) существенно изменился: произошло смещение локализации язв с двенадцатиперстной кишки на желудок (особенно антральный отдел), увеличилась доля бессимптомных и малосимптомных форм (до 36,6%), а также возросла частота сопутствующего дистального эзофагита с эрозиями, что указывает на тесную связь с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Также отмечено изменение возрастной структуры заболевания.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвы, сопутствующая патология, локализация.

Resume. Over the past 20 years, the clinical and endoscopic profile of gastroduodenal ulcers (GDU) has significantly changed. A shift in ulcer localization from the duodenum to the stomach (particularly the antrum) has been observed, along with an increase in asymptomatic and oligosymptomatic forms (up to 36.6% of patients). Furthermore, the frequency of concurrent distal esophagitis with erosions has risen, indicating a closer association with gastroesophageal reflux disease. Changes in the age structure of the disease have also been noted.

Keywords: gastroduodenal ulcers, concomitant pathology, localization.

Актуальность. Несмотря на достигнутые достижения в области гастроэнтерологии, проблема гастродуоденальных язв (ГДЯ) продолжает оставаться актуальной. За последние 20 лет клиническая картина этой патологии существенно трансформировалась: на смену классическим сезонным обострениям и типичному болевому синдрому пришли атипичные, малосимптомные и бессимптомные формы, особенно у пожилых пациентов. Одновременно изменилась и морфология язвенного дефекта – чаще стали встречаться множественные язвы с преимущественной локализацией в желудке.

Цель: выявить клинико-эндоскопические изменения ГДЯ, произошедшие за последние 20 лет, на основе сравнительного анализа современных и ретроспективных данных.

Задачи:

- 1) Определить изменения в локализации ГДЯ за последние 20 лет.
- 2) Исследовать различия в проявлении основных симптомов ГДЯ в прошлом и сейчас.
- 3) Оценить частоту проявлений сопутствующей патологии.

Материалы и методы. В исследование включены 150 пациентов с ГДЯ. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую составили 90 (52(57.8%)мужчины и 38(42.2%) женщин, средний возраст группы составил 41.5 ± 12.4 лет) пациентов с ГДЯ, взятые из диссертационных работ до 2003 года, во вторую группу вошли 60 пациентов с диагнозом ГДЯ находившихся на лечении в стационаре в период с 2024-2026 гг. Среди них было 45 (71.4%) мужчин и 18 (28.6%) женщин средний возраст группы 38.4 ± 10.8 (рис. 1). Всем проведена оценка частоты клинических симптомов обострения ГДЯ и сопутствующих изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ. Обработку данных производили при помощи программ таблицы EXEL и Statistica 10 и онлайн-калькулятора для расчета статистических критериев «Медицинская статистика»: <https://medstatistic.ru/calculators.html>. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

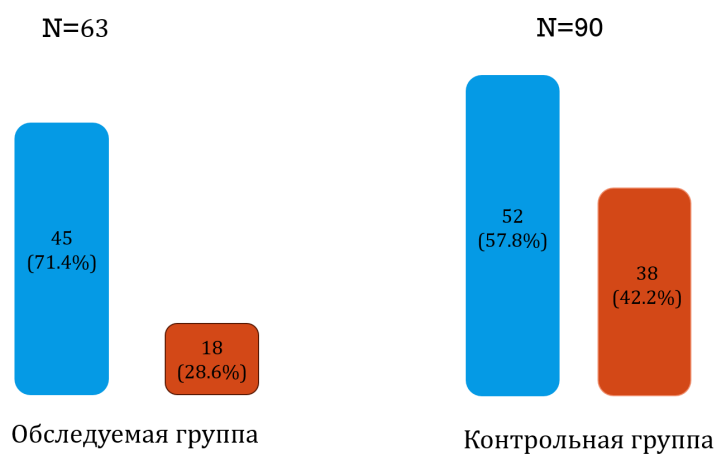


Рис. 1 – Распределение пациентов в первой и второй группе по полу

Результаты и их обсуждение. Согласно исследованиям прошлых лет, распространенность язв ДПК была значительно больше, чем ЯЖ и составляла 4:1, а среди пациентов преобладали мужчины [1]. Полученные нами результаты свидетельствуют об обратном: язву с локализацией изъязвления в желудке мы регистрировали в 1,5 раза чаще, чем в ДПК, а язвенный дефект локализовался, преимущественно в антральном отделе (43,3% пациентов). Наши собственные данные показали, что среди мужчин ЯЖ встречались чаще, чем среди женщин (89,8% и 10,2% соответственно, $p < 0,05$), в то время как ранее язву с локализацией именно в ДПК традиционно считали «мужским» заболеванием [1]. Локализация язвенного процесса в обследуемой и контрольной группах показана в таблице 1.

По нашим наблюдениям средний возраст пациентов к моменту выявления ЯЖ у мужчин составил 39.4 ± 6.7 , у женщин 40.6 ± 5.1 лет ($p > 0.05$), а ЯДП у мужчин средний возраст 38.1 ± 6.8 , у женщин 39.5 ± 7.9 лет ($p > 0.05$)

Табл. 1. Распределение по локализации язвенного процесса

Показатель	Обследуемая группа n (%), м (%) / ж (%)	Контрольная группа n (%), м (%) / ж (%)	Достоверность
Язва желудка	39 (61,9%) 35 (89,8%) / 4 (10,2%)	23 (25,6%) 17 (73,9%) / 6 (26,1%)	$p < 0,05$
Язва ДПК	24 (38,1%) 10 (41,7%) / 14 (58,3%)	67 (74,4%) 35 (52,2%) / 32 (47,8%)	$p < 0,01$
ИТОГО	63 (100%) 45 (71,4%) / 18 (28,6%)	90 (100%) 52 (57,8%) / 38 (42,2%)	

Как известно, характерными жалобами пациентов с ГДЯ являются боль в эпигастрии или пилородуоденальной области, тошнота, рвота. В табл. 2 предоставлена частота клинических проявлений при рецидиве ГДЯ у пациентов обеих групп. Анализ результатов жалоб показал, что у пациентов обследуемой группы преобладали «голодные» боли, чем в контрольной (38 (40%) против 11 (12,2%) пациентов соответственно, $p < 0.01$). У пациентов контрольной группы преобладали жалобы на боли после еды (56 (61,7%) против 27 (45%) пациентов соответственно, $p < 0.05$). Классической жалобой на рвоту, съеденной пищей и приносящей облегчение, в нашей работе зарегистрировано не было. Запор мы рассматривали как замедление транзита по кишечнику, вероятнее ассоциированного с нарушением кислотности желудка. Согласно нашим результатам, в обследуемой группе достаточно чаще регистрировали изжогу, чем в контрольной (36,6% и 23,3% соответственно, $p < 0.001$). Вероятно, это связано с довольно часто сочетаемостью ГДЯ с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Табл. 2. Частота клинических проявлений при рецидиве ГДЯ

Симптомы	Обследуемая группа n (%), м (%) / ж (%)	Контрольная группа n (%), м (%) / ж (%)	Достоверность
«Голодные» боли	38 (60,3%)	11 (12,2%)	$p < 0.01$
Боли после еды	27 (45%)	56 (61,7%)	$p < 0.05$
Изжога	39 (61,9%)	21 (23,3%)	$p < 0.001$
Тошнота	9 (14,3%)	19 (21,1%)	$p > 0,05$
Запор	6 (9,5%)	46 (51,1%)	$p < 0.001$
Бессимптомное течение	22 (36,7%)	15 (16,3%)	$p < 0,01$

Большой интерес вызывал у нас и анализ сопутствующей эндоскопической патологии, предоставленной в таблице 3. Нами было зарегистрировано частое сочетание ГДЯ последнее время с эндоскопически подтвержденной ГЭРБ ($p < 0,001$) и наличием дуодено-гастрального рефлюкса ($p < 0,001$). Столь высокая частота рефлюксов, вероятно, связана с тем, что ведущую роль в формировании ГДЯ имеет нарушение двигательной функции верхнего отдела ЖКТ. Наши показатели не противоречат результатам современных исследований, показавшим рост числа пациентов с сопутствующей ГЭРБ, а также нарушениям со стороны билиарной системы [2, 3]. За прошедшие 20 лет мы реже встречали эрозии в ДПК.

Табл. 3. Частота выявления сопутствующей эндоскопической патологии

Показатель	Обследуемая группа n (%), м (%) / ж (%)	Контрольная группа n (%), м (%) / ж (%)	Достоверность
Эрозии ДПК	7 (11,7%)	27 (30,0%)	$p < 0,001$
Недостаточность кардии	37 (58,7%)	3 (3,3%)	$p < 0,01$
Дистальный эзофагит с эрозиями (ГЭРБ)	25 (41,6%)	6 (6,67%)	$p < 0,001$
Дуодено-гастральный рефлюкс	19 (30,2%)	4 (4,45%)	$p < 0,001$

Выводы:

1. За последние 20 лет в структуре ГДЯ произошел сдвиг соотношения язв желудка и ДПК в сторону язв желудочной локализации (61,9% пациентов)
2. Боли в подложечной области, возникающие натощак, стали преобладающим симптомом
3. Возрос процент пациентов с изжогой и отрыжкой, что характеризуется частой сочетаемостью ГДЯ с ГЭРБ
4. Значительный процент пациентов имеет дуодено-гастральный рефлюкс (30,2% по сравнению с 4,45% $p < 0,001$)
5. Увеличилось число бессимптомно протекающих язв

Литература

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М.: Медицина, 1987.
2. Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. Язвенная болезнь: что в ней изменилось за последние 50 лет? Клиническая медицина. 2020; 98(8):583–587. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-8-583-587>
3. Маев, И. В. Болезни желудка: монография / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 976 с.