УДК 616.342-002

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Курамшина О.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, e-mail: kuramshina_olga@mail.ru

Проведено исследование клинических особенностей течения ЯБДПК у лиц молодого возраста в сравнении с пациентами других возрастных групп. Преобладающее большинство больных ЯБДПК молодого возраста составили мужчины. Соотношение мужчин и женщин составило 6,3/1. Больные 1 возрастной группы имели относительно небольшой язвенный анамнез (до 5 лет) с довольно частыми обострениями 1 раз в год (31,6%) и 2 раза в год (45,6%). Язвенный анамнез заболевания у молодых составил в среднем 3,2 года. Большинство больных этой группы страдали заболеванием в течение 3–5 лет (50,4%), начало заболевания у части больных ЯБДПК (20,4%) пришлось на пубертатный период. Язвенная болезнь беспокоила более 5 лет 30,9% пациентов, менее 3 лет – 18,7% . По частоте обострений в год пациенты распределялись следующим образом: 1 раз в год – 31,7%, 2 раза в год – 45,4%. У 10% больных язвенная болезнь протекала с редкими обострениями (менее 1 раза в год). Выделялась и группа больных с частыми обострениями (3 раза в год и более), которая составила 12,9%. По степени выраженности и характеру клинических проявлений выделили 3 варианта течения ЯБДПК у больных молодого возраста: у большинства пациентов преобладала выраженная язвенная симптоматика с типичным болевым синдромом и характерной локализацией, желудочной диспепсией 66,9 ± 4,0%. Гастродуоденальный вариант отмечался у 23,0 ± 3,6% пациентов, диспепсический вариант наблюдался у 10,0 ± 2,5% больных. В более старших возрастных группах не отмечено столь четкого гендерного преобладания среди больных: соотношение мужчин и женщин составило 2,1/1 у больных 46–65 лет и 1,6/1 в группе пациентов старше 66 лет. Клиническая симптоматика язвенной болезни характеризовалась у них менее выраженным болевым синдромом, различной локализацией и диспепсией по билиарному и панкреатическому типу.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, молодой возраст, клинические варианты

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF DOUDENAL ULCER IN YOUNG AGE

Kuramshina O.A.

State Budget Educational Institution of High Professional Education Bashkirian State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation, Ufa, e-mail: kuramshina_olga@mail.ru

A study of clinical features of DU in young age compared with patients of other age groups. The overwhelming majority of the patients were men of young age DU. The male to female ratio was 6,3/1. 1 age group patients had relatively small ulcer history (up to 5 years) with fairly frequent exacerbations 1 time per year (31,6%) and 2 times a year (45,6%). Ulcerative medical history in young averaged 3,2 years. The majority of the patients of this group suffered the disease within 3–5,years – 50,4; 20,4% of patients had onset DU at puberty. Peptic ulcer disease hassled over 5 years 30,9% of patients, less than 3 years – 18,7%. The frequency of exacerbations per year patients were as follows: 1 times a year – 31,7%, 2 times a year to 45,4%. 10% of patients have peptic ulcer disease proceeded with rare exacerbations (less than 1 year). Allocated a group of patients with frequent exacerbations (3 times a year or more), which amounted to 12,9%.The severity of the clinical manifestations and the nature of the identified 3 options of DU in patients of young age: most patients there expressed a typical symptoms of ulcer pain syndrome and characteristic of localization, gastric dyspepsia 66,9 ± 4,0%. Gastroduodenal option was at 23,0 ± 3,6% of patients, the dyspeptic variant was observed in 10,0 ± 2,5% of patients. In the older age groups, no such clear gender predominance among patients: the male to female ratio was 2,1/1 in 46–65 years and 1,6/1 in the group of patients over the age of 66 years. Clinical symptoms of peptic ulcer disease was characterized by a less pronounced pain syndrome, dyspepsia and various localization for biliary and pancreatic type.

Keywords: duodenal ulcer, young age, clinical options

Данные официальной статистики свидетельствуют о стабильно высокой заболеваемости по ЯБ с тенденцией к снижению [1, 2, 4]. Однако некоторые гастроэнтерологи отмечают рост заболеваемости среди людей молодого возраста. Настораживает рост осложненных форм язвенной болезни. По данным некоторых авторов частота ЖК кровотечений составила 10–15%, перфораций 6–20%, пенетраций – 15%, стеноза привратника и ДПК – 6–15% [2]. Особенно это актуально у лиц молодого возраста, когда переоцениваются возможности молодого организма и присутствует легкомысленное отношение к болезни и своему здоровью. Этим можно объяснить позднее обращение за медицинской помощью.

Цель нашего исследования – выявить клинические особенности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки молодого возраста в сравнении с другими возрастными группами.

Материалы и методы исследования

Обследовано 265 больных, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в стадии обострения. Основную группу составили больные ЯБДПК молодого возраста (18–45 лет) – 1 группа – 139 человек. Средний возраст больных составил 21 ± 2,3 года. Группы сравнения (2 группа) составили пациенты с ЯБДПК среднего возраста

(46–65 лет) – 71 пациент, 3 группу представили лица пожилого возраста (66–75 лет) – 55 больных. Обследование пациентов проводилось в период обострения заболевания.

Диагнозы заболеваний были верифицированы в соответствии со стандартами диагностики 2009 г., в соответствии с которым всем больным была проведена эзофагодуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки со дна и краев язвы, а также со дна и тела желудка. В связи с тем, что H pylori выявляется более чем у 90 % больных ЯБДК [1, 3, 4, 6], его определение проводилось морфологическим и серологическим методами и не представляло особого значения для настоящего исследования. Всем больным было проведено анкетирование по специально разработанной нами анкете, в которой детально отмечались основные клинические симптомы болезни.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ PASW Statistics 18.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами проведено исследование, которое позволило выявить ряд клинических особенностей течения ЯБДПК у лиц молодого возраста в сравнении с пациентами других возрастных групп.

В табл. 1 представлен половозрастной состав групп сравнения, из которой видно, что мужчины преобладают во всех возрастных группах. Причем в группе молодого возраста мужчины преобладают более чем в 6 раз.

Таблица 1

Распределение больных в группах сравнения по полу и возрасту

Группы	1 группа 18–45 лет	2 группа 46–65 лет	3 группа 66–75 лет
Мужчины	120 86,3 %	48 67,7 %	34 61,8 %
Женщины	19 13,7 %	23 32,4 %	21 38,2 %
Всего	139 100 %	71 100 %	55 100 %
Мужчины / женщины	6,3/1	2,1/1	1,6/1

Язвенный анамнез заболевания у молодых составил в среднем 3,2 года. Большинство больных этой группы страдали заболеванием в течение 3–5 лет (50,4 %), начало заболевания у части больных ЯБДПК (20,4 %) пришлось на пубертатный период. Язвенная болезнь беспокоила более 5 лет 30,9 % пациентов, менее 3 лет – 18,7 % (рис. 1).

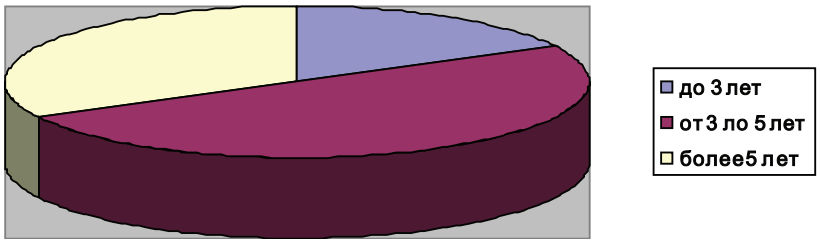

Рис. 1. Распределение больных ЯБДПК молодого возраста по длительности заболевания

Язвенная болезнь – это рецидивирующее заболевание, имеющее сезонную периодичность обострений в весенне-осенний период. У пациентов 1 группы такая сезонность была выявлена у 81,3 ± 3,0 % больных. Преобладающее большинство лиц молодого возраста отмечали обострение осенью 50,9 ± 3,8 %, меньшая часть – весной 38,6 ± 3,7 %. Гораздо реже беспокоили летние 4,1 ± 1,5 % и зимние обострения 16,9 ± 2,9 %.

По частоте обострений в год пациенты распределялись следующим образом:

1 раз в год – 31,7 %, 2 раза в год – 45,4 %. У 10 % больных язвенная болезнь протекала с редкими обострениями (менее 1 раза в год).

Выделялась и группа больных с частыми обострениями (3 раза в год и более), которая составила 12,9 %.

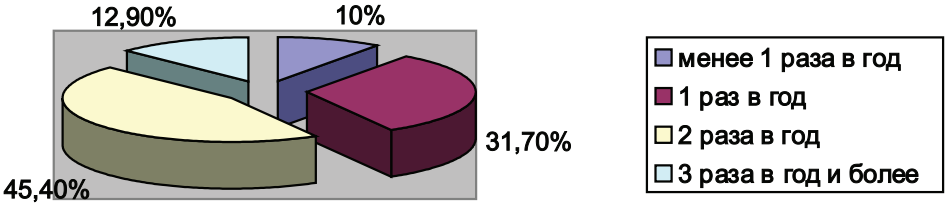

Рис. 2. Частота обострений язвенной болезни у лиц молодого возраста

У части обследованных 1 группы в анамнезе имелись осложнения язвенной болезни: желудочно-кишечные кровотечения 2,9%, перфорация 1,4% с последующим экстренным хирургическим вмешательством и пилоростеноз 1–2 степени 2,9%.

По степени выраженности и характеру клинических проявлений можно выделить 3 варианта течения ЯБДПК:

1 вариант. Язвенный вариант с выраженным типичным болевым синдромом, основным клиническим проявлением которого является болевой синдром с четкой связью с приемом пищи: интенсивные поздние голодные боли, возникающие через 1,5–2 часа после еды, ночные боли. Диспепсические проявления в виде изжоги, запоров. В наших исследованиях у лиц молодого возраста преобладал этот клинический вариант язвенной болезни (66,9 ± 4,0%).

2 вариант. Гастродуоденальный вариант характеризовался менее выраженным болевым синдромом без четкой связи с приемами пищи. Боли носили длительный, постоянный ноющий характер, локализовались в области 12-перстной кишки. Диспепсический синдром проявлялся отрыжкой воздухом, вздутием живота, нестабильным стулом. В группе больных молодого возраста такая клиническая картина отмечалась у 23,0 ± 3,6% пациентов.

3 вариант. Диспепсический вариант характеризовался преобладанием у больных жалоб диспепсического характера, таких как отрыжка воздухом, вздутие живота, нестабильный стул. Болевой синдром при таком варианте слабо выражен и непостоянен. Диспепсический вариант ЯБДПК наблюдался у 10,0 ± 2,5% больных молодого возраста.

У больных ЯБДПК 1 группы (18–45 лет) преобладал именно 1 вариант клинических проявлений:

- Выраженный болевой синдром с интенсивными болями, локализующимися в пилородуоденальной зоне 66,2 ± 1,7% или эпигастрии,
- Боли, возникающие натощак, через 1,5-2 часа после еды 79,1 ± 1,2%
- Ночные боли 48,2 ± 1,7%
- Боли, иррадиирующие в спину 18,4 ± 1,3% и правое подреберье 13,5 ± 1,2%

Однако встречались пациенты с нехарактерной симптоматикой: 23,6 ± 1,2% без типичного болевого синдрома, с локализацией болей в эпигастрии, без четкой связи с приемом пищи. У 8,8 ± 0,97 больных болевые проявления были нерегулярными, слабой интенсивности.

Диспепсический синдром присутствовал практически в той или иной степени у всех больных молодого возраста. В 8,9 ± 2,27% язвенная болезнь ДПК проявлялась лишь симптомами желудочной и кишечной диспепсии.

Преобладала желудочная диспепсия: на изжогу жаловались 62,1 ± 1,7% пациентов, отрыжка воздухом беспокоила 44,9 ± 1,7% больных, тошнота присутствовала у 18,3% респондентов. Часть больных 13,1 ± 1,1% ссылались на рвоту, которая приносила облегчение. Сухость и горечь во рту беспокоила 15,3 ± 1,1% пациентов. Изменение стула с преобладанием запоров наблюдалось у 48,2 ± 1,7% больных молодого возраста.

У больных 2 группы преобладал «гастродуоденальный» вариант клинических проявлений. 69% ± 5,49% беспокоили постоянные ноющие боли в эпигастрии, в области ДПК, диспепсические проявления. Выраженный болевой синдром в этой группе был характерен для 21,1 ± 4,84% больных. Третий вариант клинической картины встречался у 9,8 ± 3,53% пациентов группы сравнения.

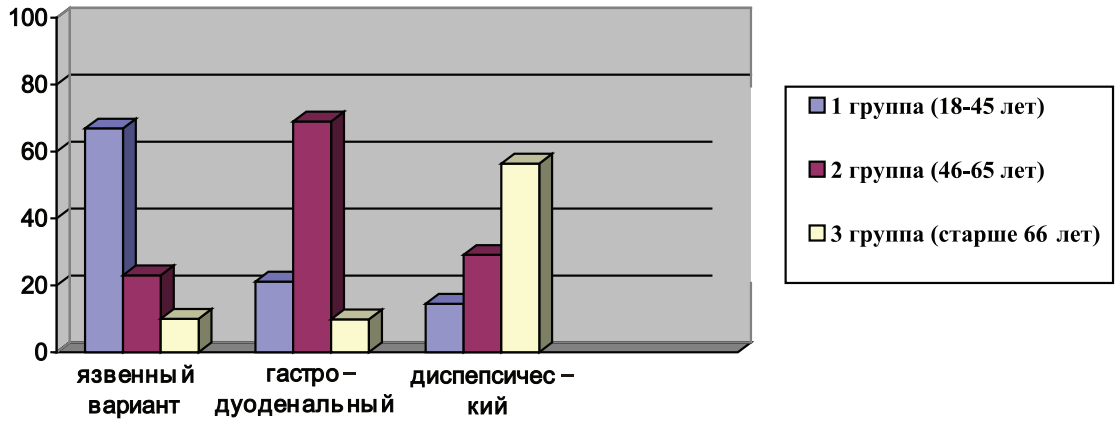

Рис. 3. Распределение клинических вариантов течения язвенной болезни в различных возрастных группах

Старшая возрастная группа (3 группа) пациентов характеризовалась более умеренными клиническими проявлениями в целом. Доминирующим клиническим синдромом явился диспепсический синдром у 56,4 ± 6,69 %. Диспепсия характеризовалась отрыжкой воздухом, горечью во рту, тошнотой, «кашицеобразным» стулом или склонностью к запорам. Такое разнообразие диспептических проявлений, вероятно, связано с различными сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости у возрастных больных. По второму клиническому варианту заболевание протекало у 29,1 ± 6,12 % больных этой группы. Выраженный «язвенный» вариант с характерным болевым синдромом в данной группе встречался у 14,5 ± 4,75 % пациентов.

Диспепсический вариант клинических проявлений у пациентов 3 группы характеризовался различными симптомами как желудочной, так и кишечной диспепсии. Преобладали жалобы на гиперсаливацию – 18,2 %, отрыжку – 62,9 %, тошноту – 15,8 %, тяжесть в эпигастрии после приема пищи – 44,5 %, изжогу – 25,8 %, вздутие живота – 42,3 %, нестабильность стула – 17,2 %.

Выводы

Таким образом, преобладающее большинство больных ЯБДПК молодого возраста составили мужчины. Больные 1 возрастной группы имели относительно небольшой язвенный анамнез (до 5 лет) с довольно частыми обострениями 1 раз в год (31,6 %) и 2 раза в год (45,6 %). Клинические проявления ЯБДПК у лиц молодого возраста характеризовались преобладанием выраженной язвенной симптоматики с типичным болевым синдромом и характерной локализацией, желудочной диспепсией.

В более старших возрастных группах не отмечено четкого гендерного преобладания среди больных. Клиническая симптоматика язвенной болезни характеризовалась у них менее выраженным болевым синдромом, различной локализацией и диспепсией по билиарному и панкреатическому типу.

Список литературы

1. Вахрушев Я.М. Сравнительная характеристика течения ЯБ в различные возрастные периоды // Тер. Архив. – 2004. – № 4. – С. 15–18.

2. Дехнич Н.Н., Козлов С.Н. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии. – М., 2009. – 128 с.

3. Ивашкин В.Т., Лапина Т.П. Лечение язвенной болезни: новый век – новые достижения – новые вопросы // РМЖ. – 2002. – Т.4. – С. 1–4.

4. Маев И.В. Язва двенадцатиперстной кишки. – М., 2005. – 512с.

5. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь. – М., 1995. – 152 с.

6. Циммерман Я.С. Этиология, патогенез и лечение язвенной болезни, ассоциированной с Helicobacter pylori-инфекцией: состояние проблемы и перспективы // Клиническая медицина. – 2006. – № 3. – С. 9–18.

References

1. Vakhrushev A.M., *Ter. The archive,* 2004, no4, pp. 15–18.

2. Dechnic N.N., Kozlov S.N., *Antisecretory therapy and gastroenterology.* Moscow, 2009. 128 p.

3. Ivashkin V.T., Lapina E.K., *RMJ,* 2002, Vol.4, pp. 1–4.

4. Maev I.V. Duodenal ulcer. Moscow, 2005. 512 p.

5. Minushkin O.N. Peptic ulcer disease. Moscow, 1995. 152 p.

6. Zimmerman Ya.S., *Clinical medicine*, no3, 2006, pp. 9–18.

Рецензенты:

Фаизова Л.П., д.м.н., профессор кафедры терапии и общеврачебной практики с курсом гериатрии ИПО, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;

Кильдибекова Р.Н., д.м.н., профессор кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.

Работа поступила в редакцию 01.04.2014.