

Ахмедов И.А.,
Ташинова Л.Х.,
Султонов И.И.,
Камолов Н.М.,
Тоиров Э.С.

КОНТРОЛИРУЕМЫЕ И НЕКОНТРОЛИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время одно из первых мест среди общей заболеваемости занимает патология органов пищеварения, среди которой ведущее место отводится гастродуоденальным заболеваниям. Особенно высок риск последних в экономически неблагоприятных регионах, где уровень их составляет 300-400 на 1000 обследованных. Удельный вес язвенной болезни (ЯБ) составляет 13,5% от всех гастроэнтерологических заболеваний, в 5-8% случаев язвенная болезнь осложняется перфорацией, пенетрацией, перивисцеритами, стенозированием, желудочно-кишечными кровотечениями [1.4].

По современным представлениям ЯБ рассматривается как полиэтиологическое заболевание, в состав причин которого входят: наследственная предрасположенность, изменение характера питания, ухудшение экологической обстановки, кишечный дисбактериоз, применение частых и длительных курсов антимикробных и ульцерогенных препаратов (кортикостероиды, НПВП), гельминтозы, паразитарные заболевания, плохая материальная обеспеченность, алкоголизм, нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения, вторичные иммунодефицитные состояния, а также инфицированность *Helicobacter pylori* (Hp). В настоящее время доказано, что причина язвы это особый микроб (*Helicobacter pylori*, хеликобактериоз), способный выживать в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки и разрушать ее. Несмотря на то, что инфекция хеликобактериоза считается главным фактором в развитии язвы, стоит учитывать и другие факторы, повышающие риск возникновения язвы [2.4.5].

Существуют две группы факторов риска: модифицируемые, на которые можно воздействовать, и немодифицируемые, которые нельзя изменить, но можно, зная о них, предпринять профилактические шаги, особенно при наличии других факторов риска. К немодифицируемым факторам относятся: возраст, пол, наследственность, группа крови; к модифицируемым – психосоциальные проблемы, негативные эмоции, стрессы, влияние социокультурных факторов, грубые погрешности в питании, курение, злоупотребление алкоголем, избыточное употребление кофе и кофеинсодержащих продуктов, проживание в городе (интенсивный ритм жизни, постоянная нехватка времени, плохая экология – грязный воздух, шум и т. д.) и др. [1.3.5].

Цель работы: изучение значения модифицируемых и немодифицируемых факторов риска в происхождении язвенной болезни.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов обследования 40 больных язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. Возраст больных составил – от 18 до 39 лет, в среднем – $28,4 \pm 2,3$ лет. Среди больных преобладали мужчины (67,5%). Продолжительность заболевания была от 1 года до 20 лет (в среднем – $5,2 \pm 0,4$ лет). Преобладали больные с продолжительностью заболевания от 2 до 5 лет. Специальные методы исследования включали выяснение жалоб больных, характерных для поражения гастродуоденальной зоны, уточнение язвенного анамнеза. В каждом конкретном случае выяснялись такие вопросы как «продолжительность заболевания», «продолжительность появления первых симптомов поражения желудка», «какие симптомы появились наиболее раньше, чем остальные», «как долго протекали эти симптомы», «чем они купировались» и т.д. Клиническое исследование желудочно-кишечного тракта включало осмотр полости рта, состояние зубов, языка и глотания. Тщательно проводились осмотр и пальпация живота, обращалось внимание на характер стула, кратность актов дефекации и наличие патологических примесей в кале.

Из лабораторных исследований проводились общий анализ крови, кала, исследование «скрытого» кровотечения (реакция Грегерсена). Инструментальное исследование ЖКТ включало ультразвуковое исследование полости живота, печени, желчного пузыря, рентген контрастное исследование гастродуоденальной зоны и отделов толстого кишечника с применением растворов сульфата бария. Окончательный диагноз гастродуоденальной патологии ставился на основании гастродуоденофиброскопии произведенной при помощи гастрофиброскопа фирмы «Олимпус» (Япония). Статистическая обработка цифровых данных была проведена на

персональном компьютере P-IV с использованием программных пакетов StatGraf.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов ЭФГДС с язвенной болезнью при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки позволил выявить наиболее часто встречающиеся 4 формы язвы: у 60,0% больных круглой (овальной) формы, у 17,5% – неправильной формы, у 15,0% – «красно-белой» язвы и у 7,5% - линейной формы.

Клиническая картина язв круглой и овальной формы характеризовалась изжогой, отрыжкой кислым, вздутием живота, обложенностью языка (83-96%). При язвах неправильной и линейной формы преобладал болевой симптом и положительная проба Менделя (100 %). Отличительной чертой красно-белых язв была болевая симптоматика (100 %), положительная проба Менделя (100 %), вздутие живота (100 %), исхудание (83,3%) и склонность к кровотечению (83,3%). Линейные и красно-белые язвы чаще выявляются у лиц молодого возраста (18-25 лет) при менее продолжительном течении заболевания, язвы овальной и неправильной формы - у лиц от 30 до 35 лет (более старший возраст) при более продолжительном течении.

Из факторов риска алиментарный фактор является самым частым и выявляется у 75,0% больных. Разновидностями алиментарных нарушений являются: недостаточный прием горячей пищи, злоупотребление пищи в вечернее время, перед сном, злоупотребление соляной, острой и кислой пищи, недостаточное употребление мяса, мясных продуктов, молока и молочных блюд. По форме язвы алиментарный фактор наиболее часто имеет место в происхождении красной язвы (100 %), в одинаковой степени - в образовании круглых и неправильных язв (70,8 и 71,4%). Частота алиментарного фактора в происхождении линейных язв ниже - 66,7%. Нарушения в питании наиболее часто выявляются среди больных мужского пола (в 1,8 раза). Если недостаточный прием горячей пищи, злоупотребление пищи в вечернее время, перед сном, малое употребление молока и молочных продуктов часто имеют место среди больных мужского пола, то злоупотребление соляной, острой и кислой пищи, недостаточное употребление мяса и мясных продуктов - среди лиц женского пола. Средний возраст больных при наличии алиментарных факторов составляет – $26,3 \pm 2,3$ лет, что по сравнению с возрастом больных с наследственной предрасположенностью ($23,1 \pm 1,9$ лет) было статистически достоверно больше ($P < 0,05$).

Вредные привычки – в виде курение сигарет, нос и злоупотребление алкоголя имели место – у 52,5% обследованных. Курение сигарет, нос и злоупотребление алкоголя чаще обнаружено среди мужчин. Среди всех женщин только 16,7% больных курили сигарет. Вредные привычки в абсолютно большинстве случаев способствуют развитию красно-белых язв, язв линейной (100 %) и неправильной формы (85,7%).

Невротические факторы в развитии язвенной болезни были характерны у 37,5% больных. Разновидностями невротических факторов явились: негативные эмоции, стрессы и плохие социально-культурные факторы. Негативные эмоции имели место у 20,0% больных, которые длительное время испытывали негативные эмоции (испуг, депрессию, страх, ожидание неприятностей, постоянные обиды, чувство вины, ощущение незащищенности и беспомощности). Стрессы - постоянные нервные напряжения и большую ответственность отмечали 10,0% пациентов. Плохие социально-культурные факторы имели место у 7,5% больных (в основном у гастарбайтеров работавших в России, Казахстане и Южной Корее). Невротические факторы наиболее часто имели значение в развитии язвенной болезни у больных мужского пола - 48,1% или в 3,1 раза больше, чем среди больных женского пола. Негативные эмоции: испуг, депрессия, страх, ожидание неприятностей, постоянные обиды, ощущение незащищенности и беспомощности часто имели место среди больных женского пола, чрезмерные претензии, резко выраженная и быстрая вспыльчивость – среди больных мужского пола. Частые стрессы, плохие социальные и культурные факторы имели место в развитии язвенной болезни только у мужчин. Средний возраст больных при наличии невротических факторов составил – $30,1 \pm 2,7$ лет, что по сравнению с наследственным фактором было достоверно больше ($23,1 \pm 1,9$, $P < 0,02$). Стрессовые факторы часто способствовали развитию красных язв (100 %), язв неправильной (71,4%) и линейной формы (66,7%).

При целенаправленном сборе семейного анамнеза с охватом родственников I и II степени родства (отцов и матерей, братьев и сестер) было установлено, при язвенной болезни среди родственников больных первой и второй линии наиболее часто выявляются заболевания печени и желудочно-кишечного тракта – у 32,5% обследованных. Язвенная болезнь при наличии наследственных связей по первой и второй степени родства начинается в более молодом воз-

расте. Наследственная предрасположенность в абсолютно большинстве случаев способствует развитию красных язв (100 %). В развитии линейных язв наследственные факторы имеют место у 66,7%, язв неправильной формы – у 42,9% больных. Роль родственных связей в развитии круглых язв менее значительна – 8,3%.

В наших исследованиях из всех больных язвенной болезнью 10,0% пациентов не смогли указать на причину заболевания. У всех этих больных при ЭФГДС исследовании была обнаружена язва округлой формы. В происхождении красно-белых язв у всех больных играют роль все 4 факторы заболевания (алиментарные, вредные привычки, невротические и наследственные). На наш взгляд, такое сочетание факторов риска обуславливает развитие язв в более молодом возрасте. Только 1 алиментарный фактор имеет место у 35,0% больных. У всех этих больных была обнаружена круглая язва. Как причинный фактор только вредных привычек (1 фактор) указали 15,0% больных: с круглой, неправильной и линейной язвой.

Таким образом, язвенная болезнь является полиэтиологическим заболеванием. Для ее возникновения необходимо воздействие не изолированного причинного фактора, а суммы факторов в их взаимодействии. При этом наследственную отягощенность следует рассматривать как предрасполагающий фон, на котором реализуется действие других, обычно нескольких этиологических факторов. Роль этиологических факторов разная в зависимости от возраста, пола больного и локализации язвы. Так, в молодом возрасте наибольшее значение имеет наследственность. В среднем возрасте среди причин заболевания начинают преобладать нервно-психические перенапряжения, вредные привычки, грубые погрешности в питании. Поэтому стандарты исследования больных с язвенной болезнью должны включать ряд методов и опросников для выявления факторов риска – вредных привычек, наличие язвенного или гастродуоденального анамнеза, наследственной предрасположенности и невротических факторов.

Использованная литература

1. Вахрушев Я.М., Ефремова Л.И., Белова Е.В., романова Т.П. сравнительная характеристика течения язвенной болезни в различные возрастные периоды. Терапевтический архив 2007; №2: С.15-18.
2. Вахрушев Я.М., Ефремова Л.И., Ефремова А.В. Язвенная болезнь: особенности течения на современном этапе и прогноз на ближайшие годы. Терапевтический архив 2008; № 2: С.26-29.
3. Войницкий А.Н., Лебедев Н.Н., Кузьмин-Крутецкий М.И. и др. Диагностика Н. pylori быстрым уреазным тестом у больных с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки Российский журнал гастроэнтерологии 2001 ;№2 С. 27.
4. Гусензаде М.Г. Оценка качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Терапевтический архив. 2006; №2: С.38-42.
5. Лазебник Л.Б., Гусейнзаде М.Г. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Терапевтический архив 2007; №2: С.12-15.