

Портрет язвенной болезни у жителей крупного промышленного центра на рубеже XXI столетия (клинико-статистическое исследование)

Л. В. Прохорова

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава;
МО «Новая больница», г. Екатеринбург

Резюме

Целью исследования являлась оценка клинико-статистических характеристик течения язвенной болезни у жителей крупного промышленного центра. В работе представлены данные ретроспективного анализа особенностей течения ЯБ у 1025 жителей г. Екатеринбурга, находившихся на лечении и последующем диспансерном наблюдении в Центре диагностики и лечения язвенной болезни г. Екатеринбурга с 1999 по 2003 годы. В работе проведен анализ поло-возрастных, семейных, профессиональных характеристик пациентов с язвенной болезнью желудка и ДПК. У двух третей больных, помимо общеизвестных этиологических факторов ЯБ (НР-инфекция), имели место дополнительные внешние неблагоприятные факторы (интенсивный труд и недостаточный отдых), способствующие формированию физического и эмоционального утомления и переутомления. Более 2/3 обследованных лиц (79,5%) отметили наличие симптомов заболеваний или самих заболеваний желудочно-кишечного тракта у супругов. У 40,2% пациентов изучаемой популяции дети имели симптомы болезни (диспепсия) или указания на наличие заболеваний пищеварительной системы. Неосложненное течение заболевания имело место в 78,1% случаев, при этом, у пациентов с ЯБЖ в 71,6% случаев, больных с дуоденальной язвой — в 79% случаев. У больных с осложненными вариантами болезни самым частым осложнением явилось желудочно-кишечное кровотечение. Констатировано, что длительное, часто рецидивирующее течение ЯБ резко увеличивает риск возникновения осложнений, нередко, жизнеопасных.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, течение, осложнения, статистика.

Введение

В течение многих десятилетий язвенная болезнь (ЯБ) остается предметом пристального внимания гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов в силу целого ряда причин: широкой распространенности (от 5 до 10% населения планеты страдает ЯБ), рецидивирующего течения, высокого риска и значительной частоты развития осложнений, порой инвалидизирующих пациентов. Заболевание обуславливает существенные финансовые потери, особенно среди трудоспособного контингента пациентов. Во многих развитых странах заболеваемость ЯБ, особенно *хеликобактер-ассоциированного варианта, прогрессивно снижается. В российской популяции распространенность язвенной болезни остается достаточно высокой (1,2).

С 1996 года в г. Екатеринбурге на базе Медицинского объединения «Новая больница» (ГКБ №33) функционирует Центр диагностики и лечения язвенной болезни (ЦДЛ ЯБ). В составе Центра работают специализированный гастроэнтерологический стационар 5 уровня и поликлинические приемы врачей-гастроэнтерологов. Основной целью создания ЦДЛ ЯБ явилась организация специализированной помощи больным язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) на основе использования современных диагностических технологий, методов и схем лечения ЯБ, обеспечения диспансерного наблюдения пациентам с данной патологией. В настоящее время в ЦДЛ ЯБ медицинскую помощь получают не только пациенты с ЯБ, преимущественно тяжелого течения, но и больные с другими кислотозависимыми заболеваниями (осложненные формы гастроэзофагеальной

Л. В. Прохорова — кандидат медицинских наук,
доцент, главный гастроэнтеролог г. Екатеринбурга

рефлюксной болезни), болезнью оперированного желудка. Ежегодно в стационаре ЦДЛ ЯБ проходят лечение от 380 до 500 пациентов с ЯБЖ и ЯБ ДПК.

Сохраняющаяся в мире и в российской популяции больных ЯБ тенденция к увеличению числа случаев осложненного течения заболевания (кровотечение, перфорация), существующая в нашей стране распространенность ЯБ создают предпосылки для углубленного анализа причин возникновения, особенностей течения, лечения и исходов болезни в разных социальных группах и в различных регионах.

Цель исследования: оценить клинико-статистические характеристики язвенной болезни у жителей крупного промышленного центра.

Материалы и методы исследования

В работе представлены данные ретроспективного анализа особенностей течения ЯБ у жителей г. Екатеринбурга. Все пациенты (1025 человек) находились на лечении и последующем диспансерном наблюдении в ЦДЛ ЯБ с 1999 по 2003 годы. Исследуемая группа была сформирована методом случайной выборки, основной принцип отбора больных — пациент впервые обследовался и лечился в ЦДЛ ЯБ, т.е. для анализа использовались сведения о болезни, имеющиеся на момент первой госпитализации больного в стационар Центра.

В исследуемой группе было 670 мужчин (65,4%) и 355 женщин (34,6%) в возрасте от 15 до 72 лет, средний возраст $42,6 \pm 12,7$ года. При анализе возрастных характеристик обследованных пациентов установлено, что 68,7% всех больных ЯБ составили лица в возрасте до 50 лет, то есть наиболее трудоспособного, творчески продуктивного возраста. Во всех возрастных группах, за исключением лиц старческого возраста, численность больных мужчин в абсолютных величинах была достоверно большей, чем женщин. Сравнение удельного веса больных различных возрастов показало, что 50,6% мужчин были в возрасте до 40 лет, а 71,8% пациентов относились к наиболее работоспособной категории населения (возраст до 50 лет). Диаметралью противоположные характеристики имела группа женщин — 75,9% пациенток были в возрасте старше 40 лет и лишь 24,1% пациенток с ЯБ имели возраст до 40 лет. Таким образом, у мужчин язвенная болезнь — это заболевание, прежде всего 2-го — 5-го десятилетий жизни, у женщин заболевание развивается чаще на 5-ом десятилетии жизни.

Представляют определенный интерес профессиональные характеристики обследованных пациентов с ЯБ.

В целом в исследуемой группе каждый третий пациент (32,8%) имел работу, связанную с физическими нагрузками, 25,0% лиц были людьми умственного труда, 20,3% пациентов имели постоянную дополнительную работу (совместительство).

Характеристики режима трудовых нагрузок среди пациентов изучаемой группы оказались следующими: у 34,6% пациентов рабочий день продолжался более 10 часов, 38,5% больных имели ненормированный рабочий день; 20,2% больных использовали очередной отпуск раз в 1,5–2 года. Стандартный 7–8 часовой рабочий день с двумя выходными днями имели лишь 25,1% больных, ежегодный отпуск — 79,8% пациентов. Таким образом, трудовая активность пациентов с ЯБ была достаточно высокой, еженедельный отдых у большинства пациентов был явно недостаточным.

Следует отметить, что среди мужчин преобладали лица, имеющие работу, связанную с физическими нагрузками, в то же время, каждый десятый мужчина с ЯБ был безработным, либо занимался частным предпринимательством, что также сопровождается значительными психоэмоциональными перегрузками. Каждый пятый мужчина (20,6% случаев) имел постоянную дополнительную работу (совместительство), 34,3% пациентов имели ненормированный рабочий день.

Среди женщин лишь 32,4% имели стандартную рабочую неделю; работа практически 2/3 пациенток (67,6%) характеризовалась большой продолжительностью рабочего дня, 18,0% женщин имели работу по совместительству. Каждая пятая больная с ЯБ использовала очередной отпуск раз в 1,5–2 года. Таким образом, помимо общеизвестных этиологических факторов ЯБ (НР-инфекция), у работающих пациентов имели место дополнительные внешние неблагоприятные факторы (интенсивный труд и недостаточный отдых), способствующие формированию физического и эмоционального утомления и переутомления.

В основополагающих работах, посвященных роли хеликобактерной инфекции в генезе язвенной болезни, указывается, что около 70% случаев ЯБЖ и 90% случаев ЯБ ДПК являются хеликобактер-ассоциированными (5,6). В начале XXI века в российской популяции констатируется достаточно высокая распространенность НР-ассоциированной ЯБ (4). Важным фактором повышенного риска инфицирования *H. Pylori* является проживание в семье, а также состав семьи и длительность совместного проживания (3).

Интересным представляется анализ сведений о характере и частоте заболеваний органов пищеварения у родственников (родите-

лей, супругов, детей) пациентов изучаемой группы.

Обследованные пациенты сообщили о наличии у своих родителей тех или иных заболеваний желудочно-кишечного тракта в большом проценте случаев: практически одинаково часто у кровных родственников обследованных хронический гастрит (25,8%), заболевания панкреато-билиарной зоны и кишечника (25,6%) и недифференцированный синдром диспепсии (25,4%). Наследственность по язвенной болезни и раку органов пищеварения была отягощена у 5,2% и 2,8% обследованных пациентов соответственно.

Обращают внимание сведения о заболеваниях органов пищеварения у членов семьи. Более 2/3 обследованных лиц (79,5%) отметили наличие симптомов заболеваний или самих заболеваний желудочно-кишечного тракта у супругов. У 40,2% пациентов изучаемой популяции дети имели симптомы болезни (диспепсия) или указания на наличие заболеваний пищеварительной системы, в т.ч. в 5,0% семей дети страдали язвенной болезнью. Следует отметить, что язвенная болезнь у детей в 1,5 раза чаще отмечалась в семьях больных матерей (в 6,5% случаев), чем в семьях больных отцов (в 4,2% случаев). Этот факт отчасти может быть объяснен тем, что в большинстве семей матери значительно чаще и ближе контактируют с детьми, что может повышать вероятность инфицирования ребенка *H. Pylori* от больной матери.

Данные об особенностях течения заболевания у больных ЯБ представлены на табл. 1.

Длительность заболевания определялась с момента того эпизода болезни, во время которого язвенный дефект был впервые верифицирован эндоскопическим методом. В изучаемой группе из 1025 человек у 449 (43,8%) язва была диагностирована впервые в процессе проводимого обследования. Хроническое рецидивирующее течение болезни было констатиру-

вано у 576 человек (56,2%), среди них преобладали пациенты с длительным анамнезом заболевания: практически у каждого третьего больного (38,2%) язвенная болезнь существовала более 10 лет; практически в половине случаев (53,8%) заболевание имело место в течение 5 лет и лишь у 8,0% больных язвенная болезнь была диагностирована не более года назад.

В исследуемой популяции больных ЯБ язвенный дефект локализовался в желудке у 243 пациентов (23,7%), в ДПК — у 777 человек (75,8%), в 5 случаях имели место множественные язвы желудка и ДПК.

Язвенная болезнь характеризуется рецидивирующим течением, чередованием периодов обострения и ремиссии. Частота и продолжительность обострений являются, среди прочих характеристик заболевания, признаками, определяющими тяжесть течения болезни. При легкой степени тяжести заболевания обострения возникают не чаще 1 раза в 2 года, при средней степени тяжести — ежегодно 1-2 раза, при тяжелом течении ЯБ рецидивы регистрируются более 2 раз в год. Течение болезни оценено в исследуемой группе у 576 больных ЯБ, у 449 человек заболевание было диагностировано впервые, и судить о частоте обострений не представлялось возможным. Анализ имеющейся информации выявил следующее: у лиц с коротким анамнезом заболевания (до 1 года) частые обострения ЯБ регистрировались в 51,7% случаев при ЯБЖ и в 48,7% — при ЯБ ДПК, что было обусловлено, как следует из анамнеза, отсутствием адекватного лечения в течение периода болезни (1 года), предшествовавшего лечению в ЦДЛ ЯБ. При длительном анамнезе болезни прослеживается четкая тенденция увеличения процентной доли более тяжелых форм заболевания, независимо от локализации язвенных дефектов, так в группе пациентов, болеющих ЯБ более 10 лет, доля частых обострений болезни не зависела от ло-

Таблица 1. Характеристика течения заболевания у больных ЯБ

Длительность заболевания	Всего больные		Частота обострений					
			редкие обострения (раз в 2 года)		ежегодные обострения		частые обострения (2 и более раз в год)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Впервые выявленная ЯБ	449	43,8	-	-	-	-	-	-
Ранее существовавшая ЯБ, в т.ч.:	576	56,2	158	27,4	214	37,2	204	35,4
- в течение года	46	8,0	7	15,2	16	34,8	23	50,0
- от 1 года до 5 лет	197	34,2	59	29,9	73	37,1	65	33,0
- от 5 до 10 лет	113	19,6	31	27,4	46	40,7	36	31,9
- более 10 лет	220	38,2	61	27,7	79	35,9	80	36,4

Таблица 2. Частота и виды осложнений ЯБ у пациентов с различной длительностью болезни

Длительность заболевания	Всего больных		Осложнения отсутствовали		Кровотечения		Осложнения язвенной болезни				Стеноз	
	п	%	п	%	п	%	перфорация		пенетрация		п	%
I. Язва желудка	243	23,7	185	76,1	39	16,0	3	1,2	3	1,2	5	2,1
• впервые выявлена	131	12,8	105	80,1	19	14,5	-	-	3	2,3	3	2,3
• до 1 года	7	0,7	6	85,7	1	14,3	-	-	-	-	-	-
• до 5 лет	34	3,3	32	94,1	2	5,9	-	-	-	-	-	-
• до 10 лет	29	2,8	20	69,0	7	24,1	1	3,4	-	-	1	3,4
• более 10 лет	42	-	22	52,4	10	23,8	2	4,8	-	-	1	2,4
II. Язва двенадцатиперстной кишки	777	75,8	614	79,0	103	13,3	12	1,5	6	0,8	13	1,7
• впервые выявлена	316	30,8	271	85,6	30	9,5	4	1,3	1	0,3	5	1,6
• до 1 года	39	3,8	28	71,8	6	15,4	2	5,1	-	-	2	5,1
• до 5 лет	163	15,9	124	76,1	27	16,6	-	-	4	2,4	1	0,6
• до 10 лет	84	8,2	63	75,0	12	14,3	2	2,4	-	-	1	1,2
• более 10 лет	175	17,1	128	73,1	28	16,0	4	2,3	1	0,6	4	9,3
III. Сочетанные язвы	5	0,5	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-
• впервые выявленные	1	0,2	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	-	-
• более 10 лет	3	0,3	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	-	-
ИТОГО	1025	100	801	78,1	145	14,1	15	1,5	9	0,9	18	1,8

кализации язвы (33,3% — при ЯБЖ и 36,0% — при ЯБ ДПК). То есть практически каждый третий длительно болеющий ЯБ пациент не получал адекватного лечения ни в периоды обострений, ни в качестве профилактического в рамках диспансерного наблюдения.

Анализируя сведения о пациентах с впервые выявленными язвами различных локализаций, можно отметить значительное (в 2,5 раза) преобладание случаев язв двенадцатиперстной кишки: 30,8% всех дуоденальных язв и 12,8% всех желудочных язв были диагностированы впервые. Значительный удельный вес пациентов с впервые выявленным заболеванием может быть объяснен тем, что подобные пациенты целенаправленно сосредотачивались в Городском Центре диагностики и лечения ЯБ. Согласно предложенной нами и внедренной в г. Екатеринбург системе оказания помощи больным с ЯБ пациенты, перенесшие эпизод желудочно-кишечного кровотечения либо перфорацию стенки кишки, переводятся из хирургического стационара в терапевтическую клинику Центра диагностики и лечения ЯБ для дообследования, лечения, реабилитации и дальнейшего диспансерного наблюдения.

Анализ сведений о характере и частоте осложнений ЯБ у лиц изучаемой группы выявил следующее (табл. 2).

Неосложненное течение заболевания имело место в 78,1% случаев, при этом, у паци-

ентов с ЯБЖ в 71,6% случаев, больных с дуоденальной язвой — в 79% случаев. У больных с осложненными вариантами болезни самым частым осложнением явилось желудочно-кишечное кровотечение: в анамнезе у 145 больных (14,1%) имел место эпизод кровотечения, потребовавший в половине случаев проведения заместительной гемотрансфузии. Кровотечения несколько чаще осложняли течение язв желудка, нежели язв дуоденальной локализации (16,0% и 13,3% соответственно).

Практически с одинаковой частотой кровотечения развивались в течение 1 года болезни и при желудочных (14,3%), и при дуоденальных язвах (15,4%).

Следует отметить, что желудочно-кишечное кровотечение нередко являлось первым серьезным симптомом болезни, до появления которого пациенты не знали о наличии язв желудка или ДПК. У каждого десятого больного (49 человек из 447 пациентов с впервые диагностированными гастродуоденальными язвами) заболевание проявилось сразу кровотечением, при этом, язвы желудка впервые манифестировались кровотечением чаще (в 14,5%), нежели дуоденальные язвы (9,5%).

По нашим данным увеличение сроков существования заболевания сопровождается ростом частоты эпизодов кровотечения. Язвы желудка при длительности болезни до 5 лет осложнились кровотечением у 5,9% больных,

а у лиц с более длительным анамнезом заболевания практически каждый четвертый больной (23, 8% — 24,1%) имел в анамнезе эпизод желудочно-кишечного кровотечения. У лиц, страдающих ЯБ ДПК более 5 лет, указанное осложнение имело место несколько реже (в 14,3% — 16,0% случаев соответственно).

Другие виды осложнений язвенной болезни у пациентов исследуемой популяции встречались редко, однако у 8 пациентов диагноз язвенной болезни впервые был установлен на стадии сформированного пилородуоденального стеноза. Указанный факт еще раз свидетельствует о возможности существования случаев длительного бессимптомного или малосимптоматического течения заболевания с развитием в итоге грозных осложнений, требующих оперативного лечения.

Таким образом, безусловно подтверждается тезис: длительное, часто рецидивирующее течение ЯБ резко увеличивает риск возникновения осложнений, нередко, жизнеопасных. Наиболее рациональная тактика ведения больных с ЯБЖ и ЯБ ДПК включает своевременную (максимально раннюю) эндоскопическую и морфологическую диагностику ЯБ, определение статуса Нр-инфицирования, выбор опе-

тимальной схемы эрадикационной терапии и ее проведение в полном объеме, адекватная (продолжительная до 6 недель при ЯБ ДПК и до 8 недель при ЯБЖ) антисекреторная терапия, контроль эрадикации через 6-8 недель лечения, выбор схемы и проведение поддерживающей противоязвенной терапии в рамках обязательного диспансерного наблюдения.

Литература

1. Белоголовцев В. А., Филиппова В. Г., Маланин М. А., Сложенцева В. Н. Анализ распространенности инфекции *Helicobacter pylori* при проведении профилактических медицинских осмотров. Российский журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., 2001 (приложение №13). С. 8-11.
2. Исаков В. А., Доморадский И. В. Хеликобактериоз. М.: Медпрактика. М., 2003; 411 с.
3. Brenner H., Rothenbacher D., Bode G., Dieudonne P., Adler G. Active infection with *Helicobacter pylori* in healthy couples. *Epidemiol.Infect.* 1999; 122(1): 91-5.
4. Grinevich V.B., Uspenskii Ju.P., Shabanova G., Shcherbina N.N. Characteristics of non- *Helicobacter pylori* ulcer disease. *Ter. Arkh.* 2002; 74 (2): 24-7.
5. Marshall B., McCallum R.W., Guerrant R.L. *Helicobacter pylori* in peptic ulceration and gastritis. Boston St. Louis, Mo.: Blackwell Scientific Publications; Distributors USA and Canada Mosby-Year, 1991.
6. Rathbone B.J., Heatly R. *Helicobacter pylori* and gastroduodenal disease. 2nd ed. Oxford; Boston: Blackwell Scientific; 1992.