

Б.Б. ДАУЛЕТБАЕВА, А. АМАНКЕЛДҚЫЗЫ, Д.Б. БЕСКЕМПИРОВА, Ж.Б. БОЛАЕВА, А.С. ЖУМАНОВА, А.Н. КАЛИЕВА, Ж. РЫСБАЙ
 Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова,
 Кафедра интернатура и резидентура ВОП №1

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - одно из самых распространенных заболеваний, которым страдает по статистике РК если в 2012 году среди городского населения 71% из 100%(из них женщины 59,5%), а среди сельского населения 64,5 % (из них женщины 57,8%); то в 2013 году-среди городского населения 76% из 100%(из них женщины 58%), а среди сельского населения 68,7 % (из них женщины 62,2%); и в 2014 году среди городского населения 80,6% из 100%(из них женщины 69,3%), а среди сельского населения 77,8 % из них женщины 63,8% на 100000 населения. Демографические процессы в РК определяют увеличение числа лиц до 70 лет, страдающих язвенной болезнью, которые составляют 44,4-48,7% всех больных этим заболеванием. В обзоре литературы обсуждаются современные взгляды на патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, включая значение хеликобактерной инфекции, у пациентов различных возрастных групп. Подробно рассматриваются патогенетические особенности и клиничко-морфологические проявления язвенной болезни у лиц молодого и пожилого возраста.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, возраст, *Helicobacter Pylori*, клиника

Актуальность.

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к числу наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. По данным мировой статистики это заболевание встречается у 60-65% населения земного шара. Общепризнано, что хеликобактериоз является ведущим этиологическим фактором в развитии язвенного процесса в желудке и ДПК. Однако, как показали исследования последних лет, *Helicobacter Pylori* (HP) не является единственной причиной возникновения язвенного дефекта в желудке и ДПК. Он не обладает высокой инвазивностью и в 70% не вызывает каких-либо поражений слизистой гастродуоденальной зоны. На долю язвенной болезни, ассоциированной с HP, приходится 70-80% дуоденальных язв и 50-60% желудочных, а частота рецидивов за последние 6 месяцев у больных после эрадикации HP составляет 20%.

Язвенная болезнь имеет большое медико-социальное значение, так как болеют лица молодого и наиболее трудоспособного возраста, а обострения и осложнения приводят к длительной утрате трудоспособности.

Несомненно, что язвенная болезнь у пациентов различного возраста имеет характерные патогенетические особенности и клиничко-морфологические проявления. Стрессы, наследственный фактор, неправильное питание, все это слагаемые этого заболевания, обострения язвы желудка чаще всего проявляется весной и осенью. При обострении заболевания часто отмечается похудание, несмотря на сохраненный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

Одна из актуальных проблем современной медицины - повышение эффективности лечения язвенной болезни и профилактика рецидивов заболевания. Нередко после успешно проведенной эрадикационной терапии сохраняется воспалительный инфильтрат слизистой оболочки желудка, что предрасполагает к развитию рецидива клинической симптоматики заболевания, требует динамического наблюдения и пролонгации лечения.

ЦЕЛЬ.

Определить факторы развития и рецидивирования язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов различного возраста

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Мы провели исследование в ГКП №16 в городе Алматы с диагнозом «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» за 2013-2014 г. В нашем исследовании взяли мужчин и женщин в возрасте от 16 до 70 лет и выше. Заключение: общее количество пациентов - 218, из них 70 мужчин, 148 женщин. Среди мужчин в возрасте от 16 до 70 лет в процентном количестве 55,6%, а остальные 44,4% выше 50 до 70 лет. Среди женщин в возрасте от 16 до 70 лет в процентном количестве 51,3%, а остальные 48,7% от 50 лет и выше.

Симптомы язвенной болезни зависят от расположения язвы, длительности болезни, индивидуальной чувствительности больного к боли.

Боль в эпигастральной области является основным симптомом язвы. При локализации язвы в желудке боли, как правило, возникает после еды, при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке, напротив, возникают так называемые "голодные боли", при которых боль возникает натощак, а принятие пищи приносит облегчение боли. Другими симптомами язвенной болезни могут быть: кислая отрыжка или изжога, снижение массы тела, рвота и тошнота после еды.

Больные часто жалуются на усиление боли во второй половине дня, что заставляет их избегать приема пищи вечером. В некоторых случаях, при локализации язвы в желудке, боль носит постоянный, характер.

Боль локализуется обычно в надчревной области, иногда, при язве малой кривизны, кардиального отдела, - под мечевидным отростком, иррадирует в разных направлениях, но чаще кзади в направлении позвоночника. При таком осложнении как пенетрации язвы в поджелудочную железу боль пронизывает большое пространство в спину и носит постоянный, сверлящий характер. Возможна иррадиация боли в правое подреберье и на всю область живота.

Аппетит при язвенной болезни обычно не нарушен даже в период обострения заболевания. Однако больные часто воздерживаются от еды из боязни вызвать усиление боли. При застое в желудке в результате нарушения эвакуаторной функции, а также при язвенной болезни, протекающей с секреторной недостаточностью желудка, аппетит обычно снижается.

Достаточно часто отмечаются вздутие живота, запор. Иногда дискинетические изменения кишечника проявляется сменой запора и поноса.

Появление или усиление боли при физической нагрузке, ходьбе характерно для язвенной болезни, осложненной спаечным процессом - перигастритом, перидуоденитом.

Изжога встречается при язвенной болезни весьма часто. Нередко изжога появляется раньше, чем боль, но диагностическое значение изжоги меньше, так как она может наблюдаться и при хроническом гастрите, гастродуодените. Обычно изжога бывает при повышенной секреторной и кислотообразующей функции желудка. Может наблюдаться связь возникновения изжоги с приемом пищи, причем к первоначально появившейся изжоге присоединяется боль. Болевые ощущения могут достигать большой интенсивности, становиться мучительными. Характерным для язвенной болезни является возникновение на высоте такой боли рвоты. Рвота при этом имеет ряд отличительных особенностей. Она возникает без предшествующей мучительной тошноты, происходит легко. Рвотные массы представляют собой большое количество резко кислого жидкого содержимого с небольшой примесью пищи, во рту остается чувство "оскомины". После рвоты больные, как правило, испытывают значительное облегчение - боль, изжога на некоторое время исчезают или значительно ослабевают, это заставляет некоторых больных искусственно вызывать рвоту.

Важным симптомом является рвота при нарушении эвакуаторной функции желудка на почве стеноза его выходного отдела в результате рубцовых и спаечных изменений. В этом случае рвота содержит значительное количество пищи, в том числе и

съеденной накануне. Диагностическое значение имеет кровавая рвота с характерным видом рвотных масс, напоминающих кофейную гущу. Такая рвота в большинстве случаев свидетельствует о наличии профузного кровотечения на почве язвенной болезни.

Внешний вид больного может свидетельствовать о лабильности автономного отдела нервной системы. Обнаруживается повышенная потливость, холодные влажные кисти рук. Питание, как правило, чаще понижено.

Язык обычно не обложен. В тех случаях, когда больные находятся на щадящей диете, может появляться тонкий беловатый налет, обусловленный недостаточным механическим очищением языка пищей. При осмотре языка могут обнаруживаться разной величины плоские поверхностные, иногда множественные участки десквамации эпителия: Локализуются они чаще в заднем отделе языка.

ВЫВОДЫ.

1. Заболеваемость приходится на возраст 20-70 лет. По всей вероятности, это связано с тем, что именно в данный период жизни человек максимально подвержен эмоциональному напряжению, зачастую ведет неправильный образ жизни, нерегулярно и нерационально питается.

2. У больных пожилого возраста выделены особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, определяемые давностью заболевания:

- язвенная болезнь, впервые возникшая в молодом или среднем возрасте, протекает более благоприятно: имеет четко выраженную сезонность обострений, рецидивирует два раз в год, характеризуется преимущественно единичным пептическим дефектом слизистой оболочки желудка или луковицы двенадцатиперстной кишки, имеющим средний размер;

- язвенная болезнь, впервые возникшая в пожилом возрасте («поздняя» язвенная болезнь), имеет более тяжелые клиническое проявление: характеризуется частыми рецидивами, язвенными дефектами среднего или большого размера.

3. В генезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов пожилого возраста снижается роль традиционных факторов агрессии - гиперхлоргидрии и инфекции *Helicobacter Pylori*, когда микроорганизм выявляется у 44,4% и 48,7% пожилых пациентов с хронической дуоденальной или желудочной язвой; ведущее значение приобретает нарушение нейроэндокринной регуляции гастродуоденальной области.

Как мы знаем из мировой медицинской литературы,

4. Как мы знаем из мировой медицинской литературы, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у пациентов молодого, зрелого и среднего возраста ассоциирована с повышением численности эпителиальных клеток желудка. При хронической дуоденальной язве у пожилых установлены наиболее выраженные изменения со стороны клеток. Последующие нарушения этих показателей тесно коррелируют с тяжестью деструктивных изменений гастродуоденальной области и могут выступать в качестве диагностических критериев.

5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин в возрасте до 70 лет имеет более благоприятное клиническое течение, чем у мужчин, в основе чего лежат особенности местного нейроэндокринного статуса с более позитивными сдвигами клеток. В возрасте старше 40 лет особенности клинического течения заболевания, местного нейроэндокринного статуса при язвенной болезни у мужчин и женщин стираются.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 В.Т.Ивашкин Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. Методическое пособие для врачей.- М.: 2002. – С. 45-48.
- 2 Ю.Б. Белоусов, Л.Г. Рактская язвенная болезнь.-М.: 1979. - С.19
- 3 М.М Богер язвенная болезнь. – Новосибирск: 1986. – С. 257.
- 4 В.Х. Василенко, А.И. Гребнев болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 1981.- С.341.
- 5 И.И. Дягтерева заболевания органов пищеварения.-К: Демос, 2000. - С.321.
- 6 И.И. Дягтерева клиническая гастроэнтерология: руководство для врачей. - М.: МИА, 2004. – С.616.
- 7 И.В. Зверков В.А. Исаков, Л.И. Аруин *Helicobacter pylori*, эндокринные клетки слизистой оболочки желудка и их функция при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.- арх. Патологии. -1996. - С. 33-37.

**Б.Б. ДАУЛЕТБАЕВА, А. АМАНКЕЛДІҚЫЗЫ, Д.Б. БЕСКЕМПИРОВА, Ж.Б. БОЛАЕВА, А.С. ЖУМАНОВА,
А.Н. КАЛИЕВА, Ж. РЫСБАЙ**

*С.Д.Аспендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
ЖТД №1 интернатура және резидентура кафедрасы*

АСҚАЗАН ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ШЕКТІҢ ОЙЫҚ ЖАРАСЫ

Түйін: Асқазан және он екі елі ішектің ойық жарасы-ең көп таралған аурулардың бірі. 2012 жылғы ҚР статистикасы бойынша 100000 тұрғынға шаққанда қала тұрғындарының ішінде 100 %дан 71% (оның ішінде әйелдер 59,5%), ал ауыл тұрғындарының 64,5% (оның ішінде әйелдер 57,8%) құрады; ал 2013 жылы қала тұрғындарының ішінде 100%дан 76% (оның ішінде әйелдер 58%), ал ауыл тұрғындарының 68,7% (оның ішінде әйелдер 62,2%) құрады; 2014 жылы қала тұрғындарының ішінде 100%дан 80,6% (оның ішінде әйелдер 69,3%), ал ауыл тұрғындарының 77,8% (оның ішінде әйелдер 63,8%) құрады. ҚР-ң демографиялық үрдісіне қарасақ ойық жара ауруымен 44,4- 48,7% 70 жасқа дейінгілер арасында байқалады. Заманауи әдебиетке сүйенсек асқазан және он екі ішек ойық жара ауруының патогенезін хеликобактер инфекциясы құрайды. Ойық жараның әртүрлі жастар арасында патогенетикалық ерекшеліктері және клинико-морфологиялық көріністері толықтай қаралады.

Түйінді сөздер: асқазанның ойық жарасы, он екі елі ішектің ойық жарасы, жас, *Helicobacter Pylori*, клиника

B.B.DAULETBAEVA, A.AMANKELDIKYZY, D.B.BESKEMPIROVA, J.B.BOLAEVA,A.S.ZHUMANOVA, A.N.KALIEVA, J.RYSBAI

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Department of intership and residency GP (general practitioner) №1*

GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER

Resume: Gastric ulcer and duodenal ulcer - one of the most common diseases suffered in the Kazakhstan, by statistics if in 2012 the urban population 71% of 100% (of which 59.5% women), and among the rural population of 64.5 % (from 57.8% of them women); then in 2013 , the urban population of 76% from 100% (of which women 58%) , and among the rural population of 68.7 % (of which 62.2% women); and in 2014 the urban population of 80.6 % from 100% (of which 69.3 % women), and among the rural population , 77.8 % had a female 63.8 % per 100,000 population.

Demographic processes in Kazakhstan determine the increase of the number of persons to 70 years suffering from a stomach ulcer that make 44,4-48,7 % of all patients with this disease. The review of literature discusses the current views on the pathogenesis of gastric ulcer and duodenal ulcer, including the value of H. pylori infection in patients of different age groups . Details are considered pathogenic and clinical-morphological manifestations of ulcer disease in young and elderly .

Keywords: stomach ulcer, duodenal ulcer, age, Helicobacter Pylori, clinical