

© А.Н. РЖАНИКОВА, Н.И. РЖАННИКОВА, Т.В. БОЛОТНОВА
nadrivana@mail.ru

УДК 616.33-002.44-084

ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

АННОТАЦИЯ. Проводился анализ амбулаторных карт пациентов с впервые установленным диагнозом язвенной болезни. В исследование включены пациенты (87 человек) с типичной (63 человека) и нетипичной (24 человека) клинической картиной заболевания. Изучались наличие и структура факторов риска в обеих группах обследуемых. Оценивались три группы факторов риска: экзогенные, эндогенные и наследственно-конституциональные. Только 12% пациентов в обеих группах не имели факторов риска язвенной болезни. В группе без типичных проявлений язвенной болезни наиболее значимыми факторами были: не соблюдение режима питания (87,5%), алиментарные погрешности (37,5%), отягощенная наследственность (29,2%), гиперацидность (25,0%). В случаях атипичного течения заболевания, наличие факторов риска является поводом для дообследования с целью исключения или подтверждения язвенной болезни. Это позволит своевременно проводить первичную профилактику, раньше выявлять язвенную болезнь. Пациенты с выявленными факторами риска, без язвенной болезни, должны находиться в группе диспансерного наблюдения для проведения стандартных профилактических мероприятий.

SUMMARY. We have analyzed medical cards of ambulatory patients who were diagnosed with the gastric ulcerous disease for the first time. The research included patients (87 people) with typical (63 people) and atypical (24 people) disease pattern. Presence and structure of the risk factors in both groups of the patients have been studied. Three groups of the risk factors were estimated: exogenous, endogenous and hereditary-constitutional. Only 12% of the patients in both groups did not have any ulcer disease risk factors. The most significant factors in the group of the patients without typical characteristics of ulcer disease: non-compliance with a dietary pattern (87,5%), alimentary errors (37,5%), burdened heredity (29,2%), hyperacidity (25,0%). In the cases of atypical clinical pattern, presence of the risk factors should be a reason for additional examination for the purpose of exclusion or confirmation of ulcer disease. This will allow to organize primary prevention and early diagnosis. Patients with detected risk factors, not suffering from peptic ulcer, must be enrolled in a special group for follow-up care and monitoring.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Язвенная болезнь, факторы риска, ранняя диагностика, первичная профилактика.

KEY WORDS. Peptic ulcer, risk factors, early diagnostics, primary prevention.

По данным популяционных исследований, язвенной болезнью (ЯБ) страдает 6—10% населения земного шара [1; 43]. В настоящее время, возможно с

улучшением диагностики, прослеживается отчетливая тенденция к увеличению язвенной болезни (ЯБ) при снижении другой патологии желудочно-кишечного тракта. В современных условиях течение ЯБ приобретает зачастую «нетипичный» характер [2; 17]. Не только у пожилых пациентов, но и в возрастных группах моложе, ЯБ имеет стертую [3; 39-43], [4; 22-26], не снижающую качество жизни пациентов клиническую картину [5; 213] и как следствие, позднее обращение за медицинской помощью и позднюю диагностику. Иногда болезнь манифестирует опасными для жизни осложнениями [6; 19]. Это означает, что при диагностике ЯБ помимо клинических проявлений следует иметь и другие ориентиры. Такими опорными точками для врача могут быть факторы риска развития ЯБ. В сочетании даже с минимальными клиническими проявлениями возникают веские основания для проведения исследований верифицирующих диагноз ЯБ. Выделяют три группы факторов риска: экзогенные, эндогенные и наследственно-конституциональные [7; 24].

К экзогенным факторам относят злоупотребление алкоголем, фаст-фудный тип питания, не соблюдение режима питания, пищевой рацион не сбалансированный по основным компонентам, частый или длительный прием ульцерогенных препаратов [8; 28], частые стрессы [2; 17] и пр.

К эндогенным факторам риска развития ЯБ относят: повышение активности факторов агрессии (повышения кислотообразования, гиперпродукцию гастрина, повышение уровня пепсина), повышение моторики гастро-дуоденальной зоны и снижение активности факторов защиты. Многие вопросы ЯБ остаются дискуссионными [9; 70-72.], [10; 253], [11; 28-54]. Активно дискутируется вопрос о влиянии на эти процессы *Helicobacter pylori* (HP) [7; 24]. Наследственно-конституциональные факторы считаются наиболее важными в развитии ЯБ. Принято считать, что язвенная болезнь наследуется по отцовской линии, но в настоящее время не отрицаются и факты наследования по линии матери. Генетическими маркерами ЯБ являются: принадлежность к 0 (I) группе крови, повышение в крови пепсиногена I, повышение ацетилхолина и холинэстеразы в плазме крови, выявление антигенов системы HLA-B-5; B-15; B-35.

Цель исследования: оценка наличия, структуры, значимости факторов риска у пациентов с впервые диагностированной ЯБ при типичной и нетипичной клинической картине заболевания.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты пациентов с впервые установленным диагнозом ЯБ за период с 2010 по 2012 год.

В группу включено 87 пациентов: 59 мужчин (от 18 до 60 лет) и 28 женщин (от 23 до 60 лет). Диагноз ЯБ (в 61 случае — ЯБ 12 перстной кишки и 26 случаях — ЯБ желудка) в изучаемых случаях у 17 (19,5%) пациентов была диагностирована в стационаре при оказании неотложной помощи по поводу осложнений (кровотечения, перфорации, пенетрации, реактивного панкреатита). При обращении за медицинской помощью в поликлинику ЯБ выявлена у 36 (41,4%) пациентов и в 34 (39,1%) случаев диагноз заподозрен и подтвержден при обращении в Центры здоровья.

Результаты и их обсуждение. При анализе амбулаторных карт выяснилось, что 63 пациента из 87 (72,4%) имели типичную клиническую картину, и подтверждение диагноза не требовало серьезных диагностических размышлений. У 24 пациентов (27,6 %) по клинической картине заподозрить ЯБ не было

оснований. Поводом для обследования и подтверждения ЯБ послужило наличие факторов риска. Структура факторов риска в исследуемой группе представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура факторов риска язвенной болезни у обследованных пациентов

Факторы риска	Больные ЯБ с выраженной клиникой	Больные ЯБ без клинических проявлений
	n= 63	n= 24
Отягощенная наследственность	12 чел. (19,0%)	7 чел. (29,2%)
Алиментарные погрешности	21 чел. (33,3%)	9 чел. (37,5%)
Группа крови 0(I)	17 чел. (27,0%)	6 чел. (25,0%)
Гиперацидность	14 чел. (22,0%)	6 чел. (25,0%)
Гипергастринемия	3 чел. (4,8%)	-
Не соблюдение режима питания	0 чел. (0%)	21 чел. (87,5%)
Длительный прием ульцерогенных препаратов	0 чел. (0%)	4 чел. (16,7%)
Профессиональный контакт с гастроэнтерологическими ядами	0 чел. (0%)	4 чел. (16,7%)
Прочие факторы риска	11 чел. (17,5%)	5 чел. (21,7%)
Отсутствие факторов риска	8 чел. (12,7%)	3 чел. (12,5%)

Как видно из представленных данных, у пациентов, имеющих типичную картину язвенной болезни, отмечается больший процент имеющих первую группу крови (27%), высокий процент гиперацидных состояний (22%) и отягощенной наследственности (19%).

У пациентов, имеющих наследственную предрасположенность, носителей 0 (I) группы крови, с алиментарными погрешностями в диете и алкоголизацией, частыми стрессами, язвенную болезнь следует исключать и при отсутствии клинической симптоматики заболевания. Не имея повода для обращения за медицинской помощью, эти пациенты должны быть нацелены на обследование в Центрах здоровья, обязательное прохождение ежегодных диспансерных (Д) осмотров или периодических профосмотров согласно приказу МЗ РФ № 302 от 01.01.2011 года. Пациентов с наличием факторов риска, но без ЯБ, следует тщательно наблюдать, обучать в тематической школе здоровья, с целью модификации медицинского поведения (отказ от вредных привычек, изменение пищевых привычек и др.). Снижение факторов агрессии, эрадикация НР, цитопротективная терапия, ациональное трудоустройство будут являться первичной профилактикой ЯБ.

Выводы. В обеих группах страдающих ЯБ только 12,5% и 12,7% пациентов не имеют факторов риска; при атипичном течении заболевания факторы риска послужили основанием для проведения диагностики ЯБ; наиболее значимыми факторами риска явились: наследственность, гиперацидность, 0 (I) группа кро-

ви, алиментарные погрешности в диете и не соблюдение режима питания; тщательное мониторирувание состояния слизистой гастродуоденальной зоны, при «Д»наблюдении пациентов группы риска, обеспечит раннюю диагностику ЯБ; коррекция модифицируемых факторов риска, профилактическое лечение пациентов диспансерной группы служит цели предупреждения ЯБ и будет первичной профилактикой этого заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Громов М.С., Исламова Е.А. Возрастные аспекты клинико-морфологической диагностики язвенной болезни // Военно-медицинский журнал. 2008. № 11. С. 43.
2. Гольбиц С.В. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 1997. 17 с.
3. Маев И.В., Горбань В.В., Салова Л.М. Морфологические и возрастные особенности гастродуоденального кровотока у больных язвенной болезнью и пути его коррекции // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. 2007. Т. 17. № 4. С. 39-43.
4. Минушкин О.Н., Володин Д.В., Зверков И.В. и др. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. 2007. Т. 79. № 2. С. 22-26.
5. Ржанникова А.Н., Ржанникова Н.И., Болотнова Т.В. Варианты дебюта язвенной болезни // М-лы 6 Национального конгресса терапевтов. М., 2011. С. 213.
6. Белобородова Э.И., Вавилов А.М. Язвенная болезнь желудка у пациентов пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. 2004. № 7. С. 19.
7. Минушкин О.М. Особенности течения язвенной болезни // Лечащий врач. 2006. № 6. С. 24.
8. Соловьева С.В. НПВП-гастропатии — проблема пожилых // Академический журнал Западной Сибири. 2012. № 3. С. 28.
9. Лазебник Л.Б., Сухарев Г.В. Язвенная болезнь. Вопросы лечения // Терапевтический архив. 2003. № 2. С. 70-72
10. Рысс Е.С., Звартау Э.Э. Фармакотерапия язвенной болезни. СПб., 1998. С. 253.
11. Stainton, R.M. Duodenal Ulcer. London: Internal Medicine, 1995. Pp. 28-54.

REFERENCES

1. Gromov, M.S., Islamova, E.A. Age Aspects of Clinical-Morphological Diagnostics of Peptic Ulcer. *Voенно-medicinskiy zhurnal — Military Medical Journal*. 2008. № 11. P. 43 (in Russian).
2. Gol'bic, S.V. *Osobennosti techeniya jazvennoj bolezni dvenadcatiperstnoj kishki* (avtoref. diss. kand.) [Peculiarities of Peptic Ulcer Progress (avtoref. diss. kand.)]. SPb, 1997. 17 p. (in Russian).
3. Maev, I.V., Gorban', V.V., Salova, L.M. Morphological and Age Peculiarities of Gastroduodenal Blood Circulation among Peptic Ulcer Patients and Ways of its Correction. *Rossiyskiy zhurnal gastrojenterologii gepatologii koloproktologii — Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology*. 2007. Vol. 17. № 4. Pp. 39-43 (in Russian).
4. Minushkin, O.N., Volodin, D.V., Zverkov, I.V. i dr. Age and Eradication Treatment of Duodenal Ulcer. *Terapevticheskij arhiv — Therapeutic Archive*. 2007. Vol. 79. № 2. Pp. 22-26 (in Russian).
5. Rzhannikova, A.N., Rzhannikova, N.I., Bolotnova, T.V. Debut Variants of Peptic Ulcer [Varianty debjuta jazvennoj bolezni]. *Materialy 6 Nacional'nogo kongressa terapevtov* (Materials of VI National Congress of Therapists). М., 2011. P. 213 (in Russian).

6. Beloborodova, Je.I., Vavilov, A.M Gastric Ulcer among Elderly and Senile Patients. *Klinicheskaja gerontologija — Clinical Gerontology*. 2004. № 7. P. 19 (in Russian).
7. Minushkin, O.M. Peculiarities of Peptic Ulcer Progress. *Lechashhij vrach — Consulting Physician*. 2006. № 6. P. 24 (in Russian).
8. Solov'eva, S.V. NSAID-Gastropathies - Problem of the Elderly. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri Academic Journal of Western Siberia*. 2012. № 3. P. 28 (in Russian).
9. Lazebnik, L.B., Suharev, G.V. Peptic Ulcer. Treatment Issues *Terapevticheskij arhiv — Therapeutic Archive*. 2003. № 2. P. 70-72 (in Russian).
10. Ryss, E.S., Zvartau, Je.Je. Medicinal Treatment of Peptic Ulcer. St. Petersburg, 1998. P. 253 (in Russian).
11. Stainton, R.M. Duodenal Ulcer. London: Internal Medicine; 1995. P. 28-54.