

Комплексная оценка клинических, невротических, эндоскопических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Хайриддин Хожи Рамазон*, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов, М. Джумаев

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

*Областной госпиталь медицинского университета г.Мазори Шариф, Афганистан

В статье анализируются клинические, неврологические и эндоскопические проявления язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у 60 больных – коренных жителей г.Мазори Шариф Исламской Республики Афганистан.

Показано, что в данном регионе язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки протекает с ярко выраженными клиническими симптомами, более выражена интенсивность и ритмичность болевого синдрома. У большей части больных болевой синдром сочетается с диспепсическими расстройствами: тошнотой, отрыжкой, изжогой, реже запорами, поносами, меленой и рвотой. Соматическая симптоматика часто сопровождается невротическими расстройствами: раздражительностью (58,3%), головными болями (56,7%), нарушением сна (45,0%), депрессивным (33,3%) и астеническим (31,7%) состоянием.

Результаты ФЭГДС показали, что значительно чаще наблюдается язвенная болезнь 12-перстной кишки (63,3%), реже – язвенная болезнь желудка (36,7%). Прогностически неблагоприятные и тяжёлые язвенные повреждения выявляются у 36,4% больных с язвенной болезнью желудка и реже (15,8%) при локализации язвы в 12-перстной кишке. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, главным образом (91,8%), протекает на фоне хронического гастрита (48,3%) и хронического гастродуоденита (43,5%).

Результаты комплексного изучения частоты и характера клинических, эндоскопических данных позволяют оценить тяжесть течения заболевания, прогноз, а также оптимально построить стратегию лечения и профилактики.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь 12-перстной кишки, болевой синдром, невротические расстройства

Актуальность. В связи со значительными достижениями современной гастроэнтерологии изучены многие вопросы клинико-эндоскопической, морфологической диагностики, лечения, оценки тяжести течения, прогноза и профилактики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки [1].

Также издавна известно, что язвенная болезнь, наряду с классическими соматическими симптомами, часто протекает в сочетании с различными невротическими расстройствами, среди которых доминирует астено-депрессивная симптоматика [2]. Появление невротических расстройств у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки усугубляет тяжесть течения основного заболевания, ухудшает качество жизни, а также создаёт определённые трудности для эффективного проведения лечения [3]. При этом следует подчеркнуть, что

большинство авторов, признавая развитие язвенной болезни воздействием бактерий *Helicobacteri pilori*, подчеркивают значимость в общей цепи патогенеза психоэмоциональных нарушений и социально-бытовых условий.

Следовательно, неврологическую симптоматику необходимо рассматривать не только как дополнительный симптом язвенной болезни, но и как один из факторов, определяющих и определённо участвующих в сложной цепи патогенеза развития язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Однако несмотря на важность данного вопроса, характер и частота сочетания невротических расстройств с основными клиническими симптомами язвенной болезни, их взаимосвязь, остаются малоизученными и спорными. Опубликованные единичные работы, касающиеся этого вопроса, главным образом, от-



носятся к Европейской части населения, а представленные данные несут определённые противоречия. Что касается Среднеазиатского региона, в том числе Исламской Республики Афганистан, отличающегося климато-географическими, материально-бытовыми условиями, характером питания и образом жизни, до сих пор остаются не изученными.

Цель исследования: изучить клинические, неврологические, эндоскопические проявления язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в г.Мазори Шариф Исламской Республики Афганистан.

Материал и методы. Обследовано 60 больных – коренных жителей Исламской Республики Афганистан, поступивших в Областной госпиталь г.Мазори Шариф с подозрением на язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки. Всем больным, наряду с общеклиническим, лабораторным обследованием, проводили неврологическое и эндоскопическое исследование верхнего отдела пищеварительного тракта.

Пациенты были разделены на две группы: I группу (n=22) составили больные с язвенной болезнью желудка, II группу (n=38) – больные с язвенной болезнью 12-перстной кишки.

Группу сравнения (контрольную) составили 20 здоровых жителей г.Мазори Шариф, сопоставимые по полу и возрасту (10 мужчин, 10 женщин в возрасте от 20 до 50 лет). Пациентам контрольной группы также проведена фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с обязательным определением неврологического статуса.

Эндоскопическое исследование (ФЭГДС), которое проводилось по методике Г.Б. Гершмана, позволяло одновременно осмотреть слизистую пищевода, желудка и 12-перстной кишки, при необходимости произвести биопсию слизистой оболочки этих органов. Состояние слизистой оболочки оценивалось согласно эндоскопическому разделу "Сиднейской классификации" (1996г.).

После окончательной верификации диагноза язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки всем больным определялся неврологический статус с обязательным проведением рентгенологического исследования черепа, при необходимости проводили ЭЭГ, КТ обследование. Состояние неврологического статуса, характер неврологических расстройств устанавливался консультацией врача невролога.

Критериями включения в исследование являлись: достоверные клиничко-эндоскопические признаки язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Критериями исключения являлись: сопутствующая патология поджелудочной железы, жёлчного пузыря,

печени, гипертоническая болезнь, ИБС, системные заболевания, в анамнезе черепно-мозговая травма и нарушение мозгового кровообращения.

Полученные результаты исследования изучены методом сопоставления клинических, эндоскопических и лабораторных данных.

Статистическая обработка проводилась по общепринятой методике вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Анализ клинических проявлений у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки показал, что у всех больных отмечалась классическая, ярко выраженная, характерная симптоматика язвенной болезни с типичной локализацией болевого синдрома. Обращали на себя внимание ярко выраженные, интенсивные болевые ощущения в первые 3-5 дней с момента госпитализации, нередко требующие экстренного введения спазмолитиков и анальгизирующих препаратов для купирования болевого синдрома. У некоторых больных (33,3%) болевые приступы повторялись на фоне проведения противоязвенного лечения до 10-14 дней лечения. Болевой синдром, как правило, сохранял (96,7%) свойственную ритмичность, возникая особенно часто по ночам (70,0%). Сезонность заболеваний наблюдалась у больных с ранее выявленной язвенной болезнью желудка (63,6%) и 12-перстной кишки (44,7%). Болевой синдром, главным образом, сочетался с дополнительными симптомами: тошнотой (66,7%), отрыжкой (63,3%), изжогой (50,0%), запорами (45,0%), реже – меленой (21,7%), поносами (25,0%) и рвотой с примесью слизи (18,3%) (табл.1).

Сравнительный анализ клинических симптомов I и II групп больных показал, что у больных с язвенной болезнью желудка, как правило, наблюдаются ранние боли, поздние боли отмечались лишь у 27,3% пациентов. Тогда как при язвенной болезни 12-перстной кишки поздние боли выявлялись у всех обследованных, сочетаясь у 15,8% больных с эпизодами ранних болей. Ночные голодные боли незначительно чаще (76,3% против 72,7%) наблюдались у больных с локализацией язвы в 12-перстной кишке по сравнению с таковыми в желудке.

Диспепсические расстройства в незначительной частоте отмечались также в контрольной группе с нормальной эндоскопической картиной слизистой оболочки эзофагогастродуоденальной зоны. В этой же группе, у 20-30% обследованных выявлялись невротические расстройства; астенические – у 20%, депрессивные – 25%, нарушение сна и раздражительность – у 30%.

Это обстоятельство, по всей вероятности, связано с особенностями питания, социально-бытовыми условиями и образом жизни данного региона. Однако ча-


ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЖИТЕЛЕЙ Г.МАЗОРИ ШАРИФ ИРА

Симптоматология	Контрольная группа (n=20)	I группа (n=22)	II группа (n=38)	Всего больных (n=60)
Боли ранние	-	22 (100,0%)	6 (15,8%)	28 (46,7%)
Поздние	-	6 (27,3%)	38 (100,0%)	44 (73,3%)
Ритмичные	-	22 (100,0%)	36 (94,7%)	58(96,7%)
Ночные голодные	-	16 (72,7%)	29 (76,3%)	45 (70,0)
Сезонные	-	14 (63,6%)	17 (44,7%)	31 (51,7%)
Тошнота	3 (15,0%)	16 (72,7%)	24 (63,1)	40 (66,7%)
Изжога	2 (10,0%)	12 (54,5%)	18 (47,4%)	30 (50,0%)
Отрыжка	4 (20,0%)	11 (50,0%)	27 (71,0%)	38 (63,3%)
Рвота	-	4 (18,18%)	7 (18,4%)	11 (18,3%)
Поносы	4 (20,0%)	6 (27,3%)	9 (23,7%)	15 (25,0%)
Запоры	6 (30,0%)	11 (50,0%)	16 (42,1%)	27 (45,0%)
Мелена	-	4 (18,18%)	9 (23,7%)	13 (21,7%)
Головные боли	3 (15,0%)	13 (59,0%)	21 (55,2%)	34 (56,9%)
Раздражительность	6 (30,0%)	13 (59,0%)	22 (57,9%)	35 (58,3%)
Нарушение сна	6 (30,0%)	11 (50,0%)	16 (42,1%)	27 (45,0%)
Астенические	4 (20,0%)	8 (36,4%)	11 (28,9%)	19 (31,7%)
Депрессивные	5 (25,0%)	7 (31,8%)	13 (34,2%)	20 (33,3%)

стота диспепсических и невротических расстройств у больных I и II групп значительно отличалась от показателей в контрольной группе в сторону её достоверного увеличения.

Частота диспепсических расстройств во I и II группах обследованных больных наблюдалась примерно одинаково, лишь с незначительными колебаниями в сторону её увеличения или уменьшения. Обращало на себя внимание то, что отрыжка чаще наблюдалась (71,0% против 50,0%) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, тогда как тошнота (72,7% против 63,1%), изжога (54,5% против 47,4%), запоры (50,0% против 42,1%) чаще наблюдались при локализации язвы в желудке. Анализ частоты невротических расстройств у обследованных больных показал, что сравнительно часто отмечаются раздражительность (58,3%), головные боли (56,7%), реже нарушение сна (45,0%), депрессивные (33,3%) и астенические расстройства (31,7%), при этом разница в колебаниях их частоты во I и II группах была незначительной. Следует отметить, что вышеуказанные невротические расстройства редко встречаются в изолированной форме, чаще сочетаются, особенно с головными болями и раздражительностью, интенсивность их составляла $6,4 \pm 2,6$ балла по таблице А.М. Вейна. Патогенетически возникновение невротических расстройств у больных с язвенной болезнью большинство авторов связывают с отрицательным

воздействием психогенных факторов, приводящих к нарушению вегетативной нервной системы [6]. Раздражительность, как правило, сопровождалась страхом, тревогой, потерей аппетита и нарушением сна, которые были ярко выражены в первые дни поступления в стационар. Частота возникновения раздражительности соматогенно обусловленных форм, по данным литературы, колеблется от 20,0% до 80,0%, а при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки составляет от 20,0% до 65,0%. В наших наблюдениях в популяции жителей г.Мазори Шариф выявлялась у 58,3% больных.

Головные боли являются наиболее распространённой жалобой больных при различных соматических заболеваниях, наблюдаясь от 14% до 65% в популяции. Клинически цефалгия выявлена у 34 (56,7%) больных, при этом у 9 (26,5%) боли возникали по утрам, у 11 (32,3%) – в середине дня и у 14 (41,2%) больных – в вечернее и ночное время. Головные боли нередко сочетались с повышенной утомляемостью и нарушением сна.

Астенический синдром – состояние нервно-психической слабости – относится к нередко встречающимся синдромам и наблюдается у 34% больных с неврозом и соматическими заболеваниями. Клинически характеризуется множеством симптомов, оно колеблется от 10 до 28. Наиболее классическими

ТАБЛИЦА 2. КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЖИТЕЛЕЙ Г.МАЗОРИ ШАРИФ ИРА (n=60)

Эндоскопические результаты	Контрольная группа (n=20)	I группа (n=22)	II группа (n=38)	Всего больных (n=60)
Рефлюкс-эзофагит	2 (10,0%)	4 (18,1%)	9 (23,7%)	13 (21,6%)
Хронический гастрит	6 (30,0%)	10 (45,4%)	19 (50,0%)	29 (48,3%)
Хронический гастродуоденит	3 (15,0%)	8 (36,3%)	18 (47,4%)	26 (43,5%)
Деформация луковицы 12- перстной кишки	2 (10,0%)	4 (18,1%)	16 (42,1%)	20 (33,3%)
Круглая язва желудка	-	4 (18,2%)	-	4 (6,6%)
Язвенный дефект желудка	-	14 (63,6%)	6 (15,8%)	20 (33,3%)
Язвенный дефект 12- перстной кишки	-	2 (9,1%)	32 (100,0%)	34 (56,7%)
Пептическая язва	-	4 (18,2%)	6 (15,8%)	10 (16,7%)
Кровотоочащая язва	-	2 (9,1%)	6 (15,8%)	8 (13,3%)
Поносы	4 (20,0%)	6 (27,3%)	9 (23,7%)	15 (25,0%)
Запоры	6 (30,0%)	11 (50,0%)	16 (42,1%)	27 (45,0%)
Мелена	-	4 (18,18%)	9 (23,7%)	13 (21,7%)
Головные боли	3 (15,0%)	13 (59,0%)	21 (55,2%)	34 (56,9%)
Раздражительность	6 (30,0%)	13 (59,0%)	22 (57,9%)	35 (58,3%)
Нарушение сна	6 (30,0%)	11 (50,0%)	16 (42,1%)	27 (45,0%)
Астенические	4 (20,0%)	8 (36,4%)	11 (28,9%)	19 (31,7%)
Депрессивные	5 (25,0%)	7 (31,8%)	13 (34,2%)	20 (33,3%)

и часто встречающимися симптомами являются повышенная утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, внимания, эмоциональная лабильность, раздражительность, раздражительность к высоким звукам, яркому свету, шуму, сопровождающаяся лабильностью пульса, нарушением сна по типу диссомнии. Частота астенического синдрома в наших наблюдениях примерно совпадала с данными известных литературных источников.

Синдром невротической депрессии, главным образом, проявлялся сниженным фоном настроения, слабостью, тревогой, ухудшением аппетита, бессонницей, сочетаясь с эмоциональной стабильностью и безразличием к окружающему. Невротическую депрессию отдельные авторы относят к затяжным формам неврозов с ипохондрическим проявлением, отмечая его частоту примерно одинаково при соматических заболеваниях наряду с астеническим синдромом. В наших наблюдениях у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки выявлялся у 33,3% больных, примерно одинаково с астеническим синдромом. Присоединение вышепредставленных симптомов невротических расстройств к основным жалобам, связанным с язвенным повреждением гастродуоденальной области, ухудшает общий соматический статус и качество жизни больного,

создавая определённые трудности в подборе и проведении эффективного лечения. Далее представляем результаты эндоскопического (ВЭГДС) обследования пациентов контрольной и основных групп (табл.2).

У 2 (10,0%) пациентов контрольной группы при эндоскопическом исследовании обнаружена у картина рефлюкс-эзофагита, у 6 (30,0%) – хронического гастрита, у 3 (15,0%) – хронического гастродуоденита и у 2 (10,0%) – деформация луковицы 12-перстной кишки (табл. 2). Данное обстоятельство подтверждает давно известный факт, допускающий скрытое течение патологии гастродуоденальной области среди вполне здоровых лиц. Частота таких форм течения патологии желудка и 12-перстной кишки, по данным разных авторов [6], колеблется от 15% до 30% наблюдений, вполне совпадая с результатами нашего исследования.

В I группе обследованных больных язвенное повреждение желудка у 4 (18,1%) протекало сочетаясь с картиной рефлюкс-эзофагита, у 10 (45,4%) – хронического гастрита, у 8 (36,3%) – хронического гастродуоденита, причём у 4 (18,1%) из них – с деформацией луковицы. Размеры и локализация язвенного дефекта в желудке у 14 (63,6%) пациентов были обычными, а у 4 (18,2%) – по типу «круглой



язвы» и у 4 (18,2%) – по типу «пептической» язвы, при этом у 2 (9,1%) больных выявлены участки геморрагии, дающие контактную кровоточивость. У 2 (9,1%) больных с язвенной болезнью желудка обнаружился язвенный дефект и в 12-перстной кишке. Достоверно чётких данных о частоте «круглой язвы», «пептической язвы», сочетанных язвенных повреждений желудка и 12-перстной кишки в доступной литературе не нашли, однако большинство авторов однозначно относят такого порядка повреждения к тяжёлым и прогностически неблагоприятным формам течения язвенной болезни.

Во II группе – язвенный дефект локализовался в слизистой оболочке 12-перстной кишки, у 6 (15,8%) – язвенный дефект также обнаружился в антральной части желудка. Особые формы, по типу «пептической язвы», обнаружены у 6 (15,8%) больных. Признаки кровоточащей язвы обнаружены у 6 (15,8%) пациентов с язвенной болезнью 12-перстной кишки, примерно в 1,5 раза чаще по сравнению с больными с язвенной болезнью желудка. Сочетанные язвы с локализацией дефекта в желудке и в дуоденуме наблюдались у 6 (15,8%), с незначительным преобладанием (против 9,1%), чем в I группе больных. При этом язвенная болезнь 12-перстной кишки у 9 (23,7%) протекала в сочетании с рефлюкс-эзофагитом, у 19 (31,6%) – с хроническим гастритом, у 18 (47,4%) – с хроническим гастродуоденитом и у 16 (42,1%) больных на фоне деформации луковицы 12-перстной кишки. Анализ фоновой патологии гастродуоденальной зоны показал незначительное преобладание (81,1% против 97,3%) частоты хронического гастрита, хронического гастродуоденита у больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки.

Сравнительное изучение клинической и невротической симптоматики с эндоскопической картиной у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки не позволило установить определённые закономерности. Эндоскопически с малыми и умеренными признаками язвенного повреждения клинически отмечался с более интенсивными проявлениями, а при, сравнительно большой по размеру, язве с ярко выраженными признаками регионального воспаления наблюдалась умеренная симптоматика.

Таким образом, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у жителей г.Мазори Шариф ИРА протекает с ярко выраженными соматическими симптомами, более выражены интенсивность, ритмичность болевого синдрома. У большей части пациентов болевой синдром дополняется диспепсическими расстройствами: тошнотой, отрыжкой, изжогой, реже – запорами, поносами, меленой,

рвотой. Наряду с этим, у каждого из 2-3 больных, соматическая симптоматика сочетается с невротическими расстройствами, чаще раздражительностью, головными болями, нарушением сна, астеническим и депрессивным состоянием.

Эндоскопически язвенная болезнь чаще протекает с локализацией язвенного повреждения в 12-перстной кишке, реже – в желудке. Прогностически неблагоприятное и тяжелое язвенное повреждение по типу «круглой язвы», «пептической язвы» чаще наблюдается при язвенной болезни желудка, реже – при язвенной болезни 12-перстной кишки. Сочетанное язвенное повреждение желудка и 12-перстной кишки выявлялось у 13,3% обследованных. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у 92,8% больных протекает на фоне хронического гастрита (48,3%) и хронического гастродуоденита (43,0%), сочетаясь с рефлюкс-эзофагитом в 21,6% наблюдений.

Результаты комплексного изучения частоты и характера клинических, невротических и эндоскопических признаков язвенной болезни позволяют правильно оценить тяжесть течения заболевания, прогноз и оптимально построить стратегию лечения и профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ушаева Л.А. Хромоскопия в диагностике злокачественных новообразований / Л.А. Ушаева, Д.А. Балалыкин // Эндоскоп. хирургия. - 2008. - №5. - С.32-33.
2. Цуканов В.В. Распространённость *Helicobacter pylori* и ГЭРБ у монголоидов Восточной Сибири / В.В. Цуканов [и др.] // Рос. журнал гастроэнтерол. - 2009. - № 2. - С.15-18.
3. Чернин В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей / В.В. Чернин. - М.: МИА. - 2010. - 123с.
4. Capsule endoscopy followed by single balloon enteroscopy in children with obscure gastrointestinal bleeding: A combined approach / S.Oliva [et al.] // Digestive and Liver Disease. - 2015. - V.47. - P.125-130.
5. Chronic kidney disease and end-stage renal disease predict higher risk of mortality in patients with primary upper gastrointestinal bleeding / P. Sood [et al.] // Am J. Nephrol. - 2012. - № 35. - P. 216-224.
6. Циммерман Я.С. Действительно ли «открытие» *Helicobacter Pylori* стало «революцией» в гастроэнтерологии / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина. - 2013. - Т. 91, № 8. - С.13-21.



Summary

Comprehensive evaluation of clinical, neurotic, endoscopic manifestations of gastric and duodenal ulcer

Khayriddin Hoji Ramazon*, Y.A. Shokirov, S.S. Jalilov, M. Jumayev

Chair of internal diseases № 1 Avicenna TSMU;

**Regional Hospital of Medical University, Mazori Sharif, Afghanistan*

The article analyzes the clinical, neurological and endoscopic manifestations of gastric and duodenal ulcers in 60 patients of indigenous inhabitants of the region Mazori Sharif of Islamic Republic of Afghanistan.

It is shown that in this region, peptic ulcers of gastric and duodenum occurs with pronounced clinical symptoms with high intensity and rhythm of pain. In majority of patients pain combined with dyspeptic disorders: nausea, belching, heartburn, less constipation, diarrhea, melena and vomiting. Somatic symptoms are often accompanied by neurotic disorders: irritability (58,3%), headache (56,7%), sleep disorders (45,0%), depression (33,3%) and asthenic (31,7%) state.

The localization of peptic ulcer by findings of FEGDS more frequently was in 12 duodenum (63,3%), more rare – gastric ulcer (36,7%). Prognostically unfavorable and severe ulcerative lesions detected in 36.4% of patients with gastric ulcer and less often (15,8%) for localization of ulcers in the duodenum. Peptic and duodenal ulcer, mainly (91,8%) proceed against a background of chronic gastritis (48,3%) and chronic gastroduodenitis (43,5%).

The results of a comprehensive study of the frequency and nature of clinical, endoscopic data will help to assess the severity of the disease, prognosis and to propose a strategy of treatment and prevention.

Key words: peptic gastric ulcer, peptic ulcer disease of duodenum, pain, neurotic disorders

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шокиров Юсуф Ахмедович –
профессор кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Санои, 23
E-mail: sino_doctor@mail.ru