

УДК616.33-002+612/67

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА****Г.С. Тамазян, А.О. Тананян, Л.И. Пюскюлян**

*/ Институт хирургии им. А.Л.Микаеляна МЗ РА,
Кафедра узких хирургических специальностей НИЗ МЗ РА/
375052 Ереван, ул. Асратяна, 9*

Ключевые слова: язвенная болезнь ДПК, пенетрация, кровотечение, возраст

Несмотря на значительные успехи в лечении язвенной болезни (ЯБ) наименее изученными остаются проблемы, связанные с прогнозом течения, исходов и осложнений, вследствие большого многообразия клинических проявлений этого заболевания, обусловленных полом, возрастом, локализацией и размерами язвенного дефекта, воздействием внешних факторов, наличием сопутствующих заболеваний и т.п.

Цель настоящего исследования состоит в изучении особенностей клинического течения ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) у лиц армянской популяции молодого возраста. Следует отметить, что острота проблемы обусловлена в последние годы ростом заболеваемости лиц молодого возраста и особенностями клинического течения [7, 9, 12], а также и тем, что ЯБ – единственное заболевание у них [4]. Полученные результаты могут дать не только дополнительную информацию о причинах и механизмах развития ЯБДПК, но и быть полезными в выборе тактики лечения.

Материал и методы

Работа основана на данных обследования 855 больных ЯБДПК, находившихся на лечении в Институте хирургии им. А.Л. Микаеляна с 1996 по 2000 год. Диагноз был установлен на основе жалоб и анамнеза заболевания, данных объективных обследований и эндоскопических исследований. Из общего числа больных 124 (14.5 %) были в возрасте до 30 лет, что согласуется с данными литературы (10–16%) [7, 9]. Среди них было 105 (84.7%) мужчин и 19 (15.3%) женщин в возрасте от 16 до 30 лет (в среднем 23.4 ± 0.52 года). Больные в возрасте до 20 лет составили 15,1%, 20–25 лет – 47,2% и 26–29 лет – 37,7%. Средняя длительность язвенного анамнеза к моменту поступления в клинику равнялась 4.4 ± 0.25 года. Это свидетельствует о том, что у большинства больных заболевание начиналось в возрасте до 20 лет. Частота осложнений у больных с ЯБДПК представлена на рисунке.

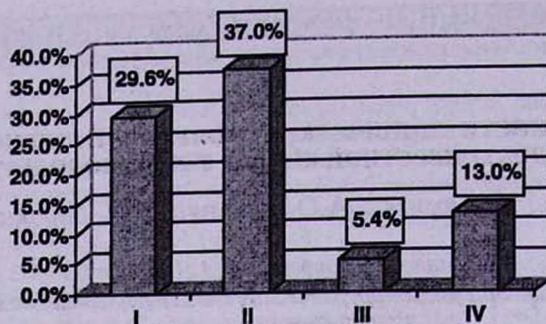


Рисунок. Частота осложнений у больных ЯБДПК:
I – пенетрация; II – ЯК; III – перфорация; IV – рецидив язвы

Результаты и обсуждение

Больные жаловались на ноющие боли в эпигастрии (79,6 %), острые, схваткообразные боли (14,8 %) в основном с пенетрацией или перфорацией. Кроме болевого синдрома, отмечались диспепсические расстройства, быстрая утомляемость, снижение работоспособности (40,7 %) и нарушение сна (57,4 %). Бессимптомного течения заболевания, отмечаемого в литературе [5, 7], нами не наблюдалось. Распределение больных по длительности язвенного анамнеза приведено в табл. 1, откуда следует, что у 11,3 % больных болезнь была выявлена впервые и первым симптомом ее было кровотечение или перфорация. Из сравнения наших результатов с аналогичными данными, полученными в нашем институте [9] в период 1991 – 1993 гг. (табл. 1), видно, что наблюдается значительное уменьшение числа больных с острым началом ЯБ. Однако этот уровень остается все еще достаточно высоким по сравнению с данными литературы – 5,7–6,2 % [7, 14].

Таблица 1

Длительность язвенного анамнеза			
Период	Впервые, %	От 1 до 5 лет, %	Более 5 лет, %
1991 – 1993 гг.	43,0	37,0	20,0
1996 – 2000 гг.	11,3	52,8	35,8

Язвы диаметром менее 1 см были выявлены у 46,1 % больных, 1 – 1,5 см – у 32,7 %, выше 1,5–2 см – у 17,3 % и более 2 см – у 3,8 % больных. На передней стенке ДПК язва локализовалась у 50 % больных, на задней – у 20,3% и у 11,1 % отмечались множественные язвы.

Существенное значение при клинических проявлениях и лечении ЯБДПК имеет наличие у больных наряду с основным также и сопутствующих заболеваний и нарушений со стороны различных органов и систем, изменяющих типичную клиническую картину ЯБ. Чаще всего в анамнезе отмечались изменения в гепатобилиарной (29,6%) и сердечно-сосудистой системах (7,4%). В литературе отмечается, что 80 % больных ЯБДПК и более без учета возраста определяются изменения в гепатобилиарной системе [11, 12]. Известно, что до сих пор нельзя однозначно устано-

вить причинно-следственную связь между ЯБДПК и заболеваниями гепатобилиарной системы, т.е. определить первичность основного заболевания. Такие исследования могут дать дополнительную информацию о патогенезе развития сочетанных заболеваний.

Стеноз пилорoduodenального отдела наблюдался у 25 (20,4%) больных, в основном с многолетним течением ЯБ и частыми обострениями. Различные осложнения ЯБДПК были выявлены у 101 (81,5%) больного. Как видно из рисунка, чаще всего при поступлении диагностировалось язвенное кровотечение (ЯК) (37%). Продолжительность кровотечения до госпитализации колебалась от 2 ч до 20 дней. У 5,6% больных кровотечение явилось первичным проявлением ЯБ. Наиболее частой локализацией кровоточащей язвы была передняя стенка ДПК (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных с различными осложнениями ЯБДПК в зависимости от места локализации язвы, %

Место локализации	Без ослож.	ЯК	Перфорация	Рецидив
Перед. стенка	37.5	55.0	100	57.1
Задняя стенка	25.0	20.0	—	14.3
Медиальные	12.5	10.0	—	—
Постбульбарные	8.3	10.0	—	14.3
Множественные	16.7	5.0	—	14.3

Средний диаметр язвенного дефекта у больных с ЯК — $0,94 \pm 0,07$ см. В литературе отмечается [6, 15], что характерной особенностью кровоточащих гастродуоденальных язв является высокая частота выявления гигантских язв диаметром 2 см и более [13], однако мы у больных с ЯК гигантских язв не наблюдали. Изучение особенностей эндоскопической картины показало, что кровотечения могут возникать из язв любых размеров и что частота возникновения ЯК практически не зависела ни от размера, ни от места локализации язвы, ни от наличия осложнений ЯБДПК. Как видно из табл. 2, прободная язва у всех больных располагалась на передней стенке и перфорировала в свободную брюшную полость. Мы согласны с мнением автора [3], что локализация язвы на передней стенке ДПК является фактором риска перфорации, особенно у людей молодого возраста с агрессивным течением заболевания.

Пенетрация язвы наблюдалась изолированно у 25 (20,2%) или в сочетании с другими осложнениями у 11 (9,2%) больных. У 43,8% больных язвы пенетрировали в гепатодуоденальную связку (ГДС), у 25% — в поджелудочную железу, у 18,2% — в ГДС и поджелудочную железу, у 6,2% — в желчный пузырь и 6,2% — в поджелудочную железу и желчный пузырь. У большинства больных с пенетрацией язвы наблюдался длительный (более 5 лет) язвенный анамнез и агрессивное течение болезни с частыми обострениями. Терапевтическое лечение, в том числе стационарное, давало непродолжительный эффект. При пенетрации язвы в поджелудочную железу наблюдались постоянные боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, при сочетанном стенозе привратника больные жаловались на ощущение тя-

жести в области желудка, отрыжку и рвоту. У 31,3% больных, у которых язва пенетрировала в соседние органы и ткани, возникло острое кровотечение. На этом основании мы считаем, что пенетрация язвы также является фактором риска осложнения ЯБДПК острым кровотечением, и так как консервативное лечение, как правило, не давало эффекта из-за агрессивного воздействия химических (желчь, содержимое желудка и тонкой кишки, секрет поджелудочной железы) и механических (пищевые массы) факторов, препятствующих заживлению язвы, то такие больные подлежат хирургическому лечению.

Следует отметить некоторые особенности, выявленные при исследовании больных с пенетрирующими язвами. У большинства больных пенетрация наблюдалась в ГДС, и острое кровотечение определялось только при локализации язвы на передней стенке ДПК. В то же время в литературе отмечается, что пенетрация язвы в поджелудочную железу определяется в 70 – 80 % случаев и у больных с язвой на задней стенке ДПК, пенетрирующей в поджелудочную железу, вызывая особенно часто массивное кровотечение [3, 8].

У 13% больных имелись рецидивные язвы после ранее перенесенного ушивания прободной язвы ДПК. Средний срок наступления рецидива язв был $2,5 \pm 1,02$ года, что согласуется с литературными данными [2]. Как видно из табл. 2, при рецидиве в большинстве случаев язвы снова образовывались на передней стенке ДПК, при этом у 42,9% больных этой группы наблюдалась и пенетрация язвы. Таким образом, можно сделать вывод, что при простом ушивании язвы у лиц молодого возраста, язвенная болезнь продолжает прогрессировать, а рецидив язвы является фактором риска развития тяжелых осложнений ЯБДПК.

Как уже отмечалось, клинические проявления ЯБДПК зависят и от влияния факторов внешней среды, при этом определенное значение имеют не только этиологические, но в первую очередь конституционально-генетические факторы. Известно, что у больных ЯБДПК отмечается сезонность в возникновении обострений заболевания с пиками обострений в осенне-весеннее и летне-зимнее время года, причины которой до настоящего времени неясны. В настоящее время в литературе сложилось противоречивое мнение о клинической значимости сезонного обострения ЯБ. Так, одни считают [4, 10], что сезонное усиление болей и диспепсических расстройств продолжает оставаться типичным признаком обострений при ЯБ, особенно при ЯБДПК, другие [12] – что сезонность обострения заболевания стала менее заметной, а некоторые [6], что у больных ЯБДПК в настоящее время сезонность не определяется. Наши исследования показали, что зимой наблюдается 34,7 % обострений, весной – 28,8 %, летом – 9,6 % и осенью 26,9 %. Мы считаем, что такое атипичное проявление сезонности обострений можно объяснить как спецификой возраста больных, так и климатических условий.

Таким образом, клиническая картина ЯБДПК у больных молодого возраста характеризуется высокой частотой развития осложнений. Определяется ряд особенностей клинического проявления ЯБДПК: увеличение числа больных с локализацией язвы на передней стенке ДПК и пенетрацией в ГДС. ЯК могут возникать из язв любых размеров, а частота их возникновения не зависит ни от размеров, ни от локализации язвы, ни от наличия осложнений ЯБДПК. Некоторые особенности клинического проявления, такие как атипичная сезонность

клинического проявления, такие как атипичная сезонность обострений, могут быть специфичными как для данной возрастной группы, так и для лиц армянской популяции.

Поступила 27.06.01

**ՏԱՍՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆԵՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՉՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ**

Հ.Ս.Թամազյան, Ա.Հ.Տանյան, Լ.Ի.Փյուսկյուլյան

Ներկայացված են փաստերկումաբնյա աղու խոցային հիվանդության կլինիկական դրսևորումների 1996-2000թթ ընթացքում կատարված հետազոտության արդյունքները հայազգի երիտասարդների մոտ: Պարզվել է, որ կլինիկական դրսևորումները նրանց մոտ վերջին փարիներին ունեն մի քանի առանձնահատկություններ. պակասել է այն հիվանդների թիվը, որոնց մոտ հիվանդությունը ունի սուր ընթացք, պակասել է խոցային հիվանդությունն ուղեկցող հիվանդությունների թիվը, ավելացել է փաստերկումաբնյա աղու առաջնային պարուս փեղակայված և լյարդ-փաստերկումաբնյա աղու կապանում պենետրացված խոցերի քանակը:

Ներկայացված են այն եզրակացության, որ խոցային հիվանդության կլինիկական դրսևորումների որոշ առանձնահատկությունները կարող են յուրահատուկ լինել ինչպես փայլա փարինային խմբի, այնպես էլ հայկական պոպուլյացիայի համար:

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF DUODENAL ULCEROUS DISEASE IN PERSONS OF YOUNG AGE

H.S.Tamazyan, A.H. Tananyan, L.I.Pyuskyulyan

The results of investigation of the clinical manifestations of duodenal ulcerous disease in persons of young age of Armenian population conducted in 1996-2000 are presented. The authors have revealed that duodenal ulcerous disease at young age in recent years have acquired some peculiarities: decrease in the number of acute cases, less frequent combination of ulcer with other pathologies, increase in the number of patients with localization of ulcer in the front duodenum and with of penetration into the hepato-duodenal ligament. The conclusion is drawn that some peculiarities of development of complications at duodenal ulcerous disease can be specific for this age group, as well as for the Armenian population.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М., 1987.
2. Барановский А.Ю., Гукин Н.Н., Логунов К.И., Филимонов Ю.А. Тер. арх., 2000, т. 72, 2, с. 11.
3. Бачев И.И. Клин. мед., 1992, 2, с. 88.
4. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Клин. мед., 1991, 9, с. 108.
5. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургия, 1999, 6, с. 20.
6. Ермолов А.С., Пинчук Т.П., Волков С.Б. и др. Рос. жур. гастроэнтер., гепатол., колопроктол., 1999, 5, с. 19.
7. Кузин Н.М., Егоров А. В., Хлюстина Е.М., Красникова Е.А. Клин. мед., 1990, 1, с. 83.
8. Курбанов К.М. Хирургия, 1999, 2, с. 8.
9. Налбандян С.М. Общая и органная гемодинамика у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в динамике хирургического лечения. Дис. канд. мед. наук. Ереван, 1996.
10. Серебрянская М.В. Клин. мед., 1992, 2, с. 73.

11. Циммерман Я.Г. Клини. мед., 1993, 1, с. 6.
12. Эльштейн Н.В., Иосия И.И., Хейнла Ю.Я. Тер. арх., 1991, т. 63, 1, с. 74.
13. Mueller X., Rothenbuehler J.M., Atery A., Harder F. J. Roy. Soc. Med., 1994, 87, 3, p. 122.
14. Poll M. Chir. Praxis, 1985, Bd.34. S. 227.
15. Rotter J.I., Grossman M.I. Genetic Aspects of Ulcer Disease. Amsterdam, Oxford, Princeton, 1980, p. 164.