

УДК 616-039:73:615.243 (575.2) (04)

**ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ  
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА  
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Г.Р. Кибарова* – аспирант

---

The results of clinical symptoms investigation and possible treatment of upper gastrointestinal tract in young patients are set out in the article. Complex examination, early diagnostics of the disease in young people, and opportune treatment allow preventing severe forms of the disease in adults.

Заболевания желудочно-кишечного тракта широко распространены. Особенности клинического течения, диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения, подробно описанные у детей и у взрослых, недостаточно изучены у лиц юношеского, молодого возраста. Это обусловлено возрастным периодом развития, а также ответственностью и сложностью социального становления. В то же время на течение патологических процессов в молодом возрасте влияет ряд психологических и анатомо-физиологических особенностей [1, 2].

Известно, что истоки заболеваний органов пищеварения у взрослых нередко лежат в подростковом, юношеском возрасте. Значительное распространение заболеваний желудочно-кишечного тракта у взрослых определяют актуальность диагностики и лечения их на ранних стадиях. Поэтому раннее выявление лиц юношеского и молодого возраста с хронической патологией органов пищеварения, своевременное этапное лечение при их диспансеризации позволит предупредить развитие тяжелых и осложненных форм среди взрослого населения.

Актуальность данной проблемы требует изучения факторов риска, оказывающих влияние на формирование гастроэнтерологической патологии у лиц юношеского и молодого возраста, особенностей клинического течения,

лечение заболеваний органов пищеварения в этой возрастной группе.

Для этого была разработана анкета. Проведено анкетирование 2052 студентов с 1 по 4-й курс с целью выявления факторов риска и симптомов заболеваний органов пищеварения. На основании анкет выявлены 904 студента с жалобами на заболевания органов пищеварения. Из этого числа на основании анамнеза отобрана группа студентов, подлежащих осмотру. В соответствии с результатами анкетирования и клинического осмотра нами была отобрана группа больных из 195 человек. Из них: 87 (44,6%) юношей, 108 (55,4%) девушек. Все наблюдаемые были обследованы клинико-анамнестическим методом, проведены ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, заведены карты диспансерного наблюдения.

Ранее нами изучены факторы риска, способствующие возникновению заболеваний органов пищеварения у лиц молодого возраста, распространенность сопутствующей патологии, особенности клинического течения болезней органов пищеварения в этой возрастной группе, значимость инструментальных методов диагностики на ранней стадии заболевания.

Анализ анамнестических данных показал, что среди факторов риска, способствующих развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта у лиц молодого возраста, основное зна-

чение имеют наследственная отягощенность по патологии органов пищеварения (90,8%), нарушение режима питания (79,5%), очаги хронической инфекции (72,8%). Одним из существенных факторов развития заболеваний органов пищеварения является курение, широко распространенное в молодом возрасте и не только среди мальчиков, но и у девочек. Из наших пациентов 36,9% курили, 9,2% употребляли алкоголь. Если же учесть, что далеко не все молодые люди, особенно девочки, признаются в курении, то процент курящих был бы значительно выше. При изучении анамнеза также выявлена определенная взаимосвязь между перенесенными в детстве дизентерией, вирусным гепатитом, холециститом и болезнями органов пищеварения. Отягощенный аллергологический анамнез отмечен у 16,9% пациентов. Среди сопутствующей патологии у наших пациентов обнаружено наиболее частое вовлечение в патологический процесс желчевыводящих путей и печени (68,7%). Для лиц молодого возраста характерна сочетанность патологии органов пищеварения.

Среди заболеваний органов пищеварения у лиц молодого возраста значительно распространены язвенная болезнь, хронический гастрит, гастродуоденит, эрозивные поражения желудка. В клинической картине наиболее частым синдромом является болевой, выявленный у 92,8% пациентов. Характер болевого синдрома у юношей и девушек различный. Если голодные, ночные и поздние боли достоверно чаще наблюдаются у мальчиков, то у девочек боль возникает сразу после еды или не зависит от приема пищи. У юношей интенсивность боли более выражена, чем у девушек. Наряду с болевым синдромом значительное место в клинической картине занимают диспепсические явления (90,2%). Наиболее часто наблюдаются изжога (70,3%), тошнота (42%), отрыжка (28,2%). Если у юношей изжога наблюдается достоверно чаще, чем у девушек, то тошнота, отрыжка, состояние дискомфорта в эпигастральной области, склонность к запорам чаще встречается у девушек.

При эндоскопическом обследовании 195 пациентов молодого возраста с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта у 67,2% больных выявлен хронический неатро-

фический гастрит, в том числе: поверхностный составлял 31,8% случаев, гипертрофический – 13,3%, хронический гастродуоденит – 12,8%, эрозивный – 9,2%. Атрофический гастрит выявлен у 2,6% больных. Характерно более частое поражение антрального отдела желудка. Эрозивные поражения чаще встречались у юношей, чем у девушек. Эрозии преимущественно выявлялись в антральном отделе желудка. Язвенная болезнь обнаружена в 30,2% случаях, язва желудка у 3 (1,5%) пациентов, язва двенадцатиперстной кишки – в 28,2% случаях: у 28 юношей (14,4%) и у 27 девушек (13,8%), язва привратника – у 1 (0,5%) юноши. Два язвенных дефекта обнаружены у 8 юношей (7 больных – с язвами ДПК, 1 – с язвами желудка) и одной девушки (2 язвы ДПК). Характерно поражение преимущественно ДПК, сочетание язвенной болезни ДПК с эрозивным поражением слизистой оболочки желудка. Чаще страдают язвенной болезнью юноши, для которых характерно наличие двух и более язвенных дефектов.

Анализируя частоту дуоденогастрального рефлюкса у лиц молодого возраста, мы обнаружили, что рефлюкс чаще встречается при гастрите с повышенной кислотностью и язвенной болезни. При выраженном бульбите и при язве в стадии обострения дуоденогастральный рефлюкс наблюдается наиболее часто.

Таким образом, на основании клинико-анамнестических, объективных сведений, данных ЭГДС выявлены больные со следующими заболеваниями (согласно Сиднейской классификации) [3]: неатрофические гастриты – 131 больной (67,2%), атрофический гастрит – 5 (2,6%), язвенная болезнь – 59 (30,2%). Причем гастриты чаще встречались у девушек (60,6%), в то время как язвенная болезнь – у юношей (52,5%), из них у 4 – осложненная кровотечением.

Варианты лечения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у обследованных нами молодых пациентов представлены в табл. 1. Тактика лечения хронических гастритов определялась выраженностью клинико-эндоскопических проявлений, формой гастрита, сочетанием с дуоденитом. При хроническом активном гастрите с выраженными симптомами и эндоскопическими проявлениями, а также при сочетании с дуоденитом была назначена

тройная терапия (антибиотик + метронидазол + антисекреторный препарат). При малосимптомном гастрите со скудной клиникой и невыраженными эндоскопическими проявлениями были назначены диетотерапия и симптоматическое лечение. Лечение проводили с учетом выявленной сочетанной патологии (дискинезия желчных путей, холецистит, панкреатит, колит), лечение язвенной болезни – методом тройной эрадикационной терапии [4–6].

В качестве симптоматических средств были назначены антациды (маалокс, гастал, актал, алмагель) в течение 2 недель, метоклопрамид (по 5–10 мг 3 раза в день). Антисекреторные средства: блокаторы H-2 рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин), ингибитор протонного насоса (омепразол). Если хронический активный гастрит сочетался с дуоденитом или когда выраженные симптомы хронического гастрита не купировались от симптоматического лечения, а также при язвенной болезни использовали тройную терапию. Метод тройной терапии включал антибиотик (амоксциллин по 0,5 г 4 раза в день) + метронидазол (по 0,25 г 4 раза в день) + антисекреторный препарат (ранитидин или фамотидин, или омепразол). В дни приема

антибактериального препарата (7 дней) антисекреторный препарат назначался дважды в день (ранитидин по 150 мг, фамотидин по 20 мг, омепразол по 20 мг). После окончания курса комбинированной эрадикационной терапии для достижения индукции ремиссии продолжали лечение еще в течение 2 недель при хроническом активном гастрите (гастродуодените), 5 недель при дуоденальной и 7 недель при желудочной локализации язвы с использованием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин по 300 мг в 20 часов, фамотидин по 40 мг в 20 часов, омепразол по 20 мг 2 раза в день). Лечение больных хроническим атрофическим гастритом проводили заместительной терапией (ацидин-пепсин, пепсидил), полиферментными препаратами (панзинорм, фестал), витаминотерапией (витамины группы В и аскорбиновая кислота), фитотерапией (сок подорожника).

Оценка клинической эффективности полученного лечения и достоверность различий при сравнении клинико-эндоскопических показателей до и после лечения приведены в табл. 2. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика основных клинических симптомов.

Таблица 1

Варианты лечения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у лиц молодого возраста

Лечение	Нозологические формы						Всего
	Неатрофический гастрит			Атрофический гастрит	Эрозивный гастрит	Язвенная болезнь	
	поверхност.	гиперт.	хронич. гастродуоденит				
Диетотерапия	24						24
Антациды	35	2					37
Антисекреторный препарат	3	5					8
Антацид + антисекреторный препарат		5	5				10
Тройная терапия		14	20		18	59	111
Витаминотерапия				5			5
Ферментотерапия							
Фитотерапия							
Всего	62	26	25	5	18	59	195

Таблица 2

Клинико-эндоскопические показатели у лиц молодого возраста с заболеваниями ВОПТ до и через 4–6 недель после завершения лечения

Клинико-эндоскопические признаки	До лечения		После лечения		Достоверность различий
	абс.	%	абс.	%	
Боли в животе	181	92,8	6	3	P<0,001
Изжога	137	70,3	4	2	P<0,001
Отрыжка	82	42	2	1	P<0,001
Тошнота	55	28,2	3	1,5	P<0,001
Горечь во рту	43	22	2	1	P<0,001
Снижение аппетита	38	19,5	1	0,5	P<0,001
Гиперемия слиз. оболоч. пищевода	8	4,1	0	0	P<0,001
Отек слизистой оболочки желудка	31	15,9	3	1,5	P<0,001
Очаговая гиперемия слиз. оболочки желудка	18	9,2	3	1,5	P<0,001
Диффуз. гиперемия слиз. оболочки желудка	143	73,3	5	2,6	P<0,001
Эрозии слизистой оболочки желудка	34	17,5	0	0	P<0,001
Атрофия слиз. оболоч. желудка	5	2,6	3	1,5	P>0,05
Язва желудка	3	1,5	0	0	
Язва привратника	1	0,5	0	0	
ГЭР	4	2,1	1	0,5	P>0,05
ДГР	63	32,3	16	8,2	P<0,001
Отек и гиперемия слиз. оболочки ДПК	106	54,4	6	3	P<0,001
Эрозии слиз. оболочки ДПК	2	1	0	0	
Язва ДПК	55	28,2	0	0	P<0,001

Через 4 недели после лечения произошло статистически достоверное снижение ( $P<0,001$ ) частоты ведущих клинических симптомов – болей в животе и диспепсических явлений, а также пальпаторной болезненности. По данным ЭГДС снизилась степень активности гастрита. Отмечено статистически достоверное снижение ( $P<0,001$ ) численности пациентов с отеком и гиперемией слизистой оболочки. У всех больных наступила эпителизация эрозий слизистой оболочки желудка и ДПК. Выраженность воспалительных изменений слизистой оболочки ДПК (отек, гиперемия) также достоверно уменьшилась ( $P<0,001$ ). Рубцевание язвенных дефектов желудка и ДПК отме-

чено через 4–6 недель после окончания лечения у всех пациентов (табл. 2). Переносимость лечения была хорошей у всех больных.

Таким образом, исследования показали, что данный алгоритм лечения (табл. 1) заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у молодых пациентов приводит к хорошим клиническим результатам. Использование тройной эрадикационной терапии в лечении эрозивного гастрита и язвенной болезни в ранние сроки приводит к эпителизации эрозий и рубцеванию язв практически у всех больных.

Поэтому раннее выявление лиц юношеского и молодого возраста с хронической патоло-

гией органов пищеварения, своевременное комплексное обследование и дифференцированное лечение с последующим диспансерным наблюдением позволит добиться эффективного оздоровления данной категории больных, что способствует предупреждению хронизации гастроэнтерологических заболеваний. Исходы болезней органов пищеварения во многом определяются не только комплексом генетических, адаптационных и социально-бытовых факторов, но и своевременностью диагностики, адекватностью проводимой терапии и непрерывностью динамического наблюдения за данной категорией больных.

#### Литература

1. Филимонов Р.М. Подростковая гастроэнтерология. – М.: Медицина, 1990. – 288 с.
2. Денисова Н.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у подростков // Врач. – 1993. – №2. – С. 21–25.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2003. – 295 с.
4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – 376 с.
5. Эрдес С.И., Жданова И.А., Кудрявцева Л.В., Долбнева О.В. Эрадикационная терапия хронических НР-ассоциированных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей и подростков // Педиатрия. – 2006. – №3. – С. 64–69.
6. Ибрагимов А.А., Казакбаева Ж.А., Джумабаев М.Н., Миррахимов Э.М. Эрадикационная терапия различными антихеликобактерными схемами у больных с язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // Центральноез. мед. ж. – Т. 8. – №2. – 2002. – С. 181–183.