

УДК 616.3 (-053.81) (575.2) (04)

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

З.П. Камарли – докт. мед. наук,
С.А. Анкудинова – докт. мед. наук,
Г.Р. Кибарова – аспирант

The results of risk factors caused by gastro-intestinal diseases, special features, and importance of instrumental methods at diagnosis of the disease in early stages are exposed by the example of 195 young patients. Different gastro-intestinal diseases in young people, especially peptic ulcer, can take a chronic form, that often bring to the loss of capacity for work, surgical interventions, and disability.

Заболевания органов пищеварения занимают одно из первых мест в структуре соматической патологии, причем число больных с данной патологией увеличивается. Среди заболеваний внутренних органов в молодом возрасте ведущее место принадлежит патологии органов пищеварения. Заболевания органов пищеварения в молодом, юношеском возрасте недостаточно изучены. Несмотря на многолетние исследования, посвященные изучению различных аспектов патологии органов пищеварения, многие вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, ранней диагностики, лечения, остаются все еще не решенными [1].

Доказано, что гастроэнтерологические заболевания, возникнув в юношеском возрасте, нередко становятся хроническими у взрослых. 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 [1–3].

Данные официальной статистики свидетельствуют о недостаточной выявляемости заболеваний системы пищеварения у лиц юно-

шеского и молодого возраста, которая осуществляется в основном по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, что определяет риск поздней диагностики, снижения эффективности лечения, менее благоприятного прогноза и исхода заболеваний.

С учетом актуальности данной проблемы были определены факторы риска, оказывающие влияние на формирование гастроэнтерологической патологии у лиц юношеского и молодого возраста, особенности клинического течения заболеваний органов пищеварения в этой возрастной группе. Для этого нами было проведено анкетирование 2052 студентов с 1 по 4-й курс с целью выявления факторов риска и симптомов заболеваний органов пищеварения. На основании анкет зарегистрированы 904 студента с жалобами на заболевания органов пищеварения. Из них на основании анамнеза в соответствии с результатами анкетирования и клинического осмотра нами была отобрана группа больных (195 человек). Из них 87 юношей (44,6%), 108 девушек (55,4%). Все обследованы клинико-анамнестическими методами, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, заведены карты диспансерного наблюдения.

Существует множество факторов, способствующих возникновению заболеваний органов пищеварения. Оценивая их значимость, мы склонны придавать основное значение таким факторам, как наследственная отягощенность по патологии органов пищеварения, нарушение режима питания. К этому заключению нас привела частота данных факторов у обследованных лиц молодого возраста, что согласуется с результатами исследований других авторов [1, 4, 5].

Наследственная отягощенность по патологии органов пищеварения выявлена у 177 (90,8%) из 195 пациентов, нарушение режима питания – у 155 (79,5%). Наследственность по хроническому гастродуодениту была отягощена у 101 (52%) пациента, из них по одной линии – у 80 (41%), по обеим – 21 (10,8%). У 56 (28,7%) пациентов родственники страдали язвенной болезнью. Нарушение режима питания отмечено в целом у 79,5% пациентов, наблюдалось практически с одинаковой частотой у юношей и девушек. В развитии хронического гастрита определенную роль играет перенесенный острый гастрит в результате пищевого отравления. В наших исследованиях в анамнезе отмечены пищевые отравления у 31 (15,9%) больной. Существенную роль в развитии заболеваний органов пищеварения играют также очаги хронической инфекции (кариес, тонзиллит, риносинусит, отит), выявленные у 142 (72,8%) из 195 пациентов. Курение довольно широко распространено в молодом возрасте не только у мальчиков, но и у девочек. У наших пациентов также отмечены вредные привычки: 72 курили (36,9%), 18 употребляли алкоголь (9,2%). Если же учесть, что далеко не все молодые люди, особенно девочки, признаются в курении, то процент курящих был бы значительно выше.

Определенная взаимосвязь выявлена между перенесенными в детстве инфекционными заболеваниями и болезнями органов пищеварения. Инфекционные заболевания в анамнезе обнаружены у 55 пациентов (28,2%), вирусный гепатит – у 35 (17,9%), отягощенный аллергологический анамнез у 33 (16,9%) пациентов. Неблагоприятные нервно-психические факторы в развитии патологии органов пище-

варения у лиц молодого возраста имеют большее значение по сравнению со взрослыми в связи с лабильностью и ранимостью их эмоциональной сферы [1]. По нашим наблюдениям имели психические травмы (частые ссоры родителей, алкогольная болезнь отца или матери, отсутствие одного из родителей и т.д.) в анамнезе 24 студента (12,3%), у большинства студентов – сочетанное действие нескольких факторов.

Длительность заболевания до выявления болезней органов пищеварения в большинстве случаев не превышала 2 лет (63,2%), у юношей длительность заболевания свыше 3 лет – в 14,7% случаев, у девушек – в 22,1% (рис. 1).

В генезе заболеваний органов пищеварения важное значение придается сопутствующим заболеваниям. В процессе обследования нами выявлены следующие сопутствующие заболевания (рис. 2).

Заболевания других органов пищеварения выявлены у 147 (75,4%) из 195 больных. У наших пациентов обнаружено наиболее частое вовлечение в патологический процесс желчевыводящих путей и печени. Проведенное нами ультразвуковое исследование 195 студентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка, хроническим гастродуоденитом и гастритом позволило выявить патологические изменения в желчном пузыре у 134 (68,7%). Наиболее часто встречались: уплотнение стенки желчного пузыря (38%), ее утолщение (7,6%), деформация желчного пузыря (5,4%), перегиб (10,2%), перетяжки в полости желчного пузыря (18,5%), неоднородность содержимого (8,1%). У 3 (1,5%) студентов диагностирована желчнокаменная болезнь, у одного (0,5%) – полип желчного пузыря. У 3,6% обследованных обнаружены структурные изменения поджелудочной железы. Хронический гепатит выявлен у 3 % больных.

Таким образом, у 195 обследованных диагностировано 412 заболеваний, относящихся к классу болезней органов пищеварения. Это обстоятельство свидетельствует о сочетанном характере патологии, на одного больного в среднем приходится 2,1 заболевания.

В таблице представлена частота жалоб на отдельные клинические проявления заболева-

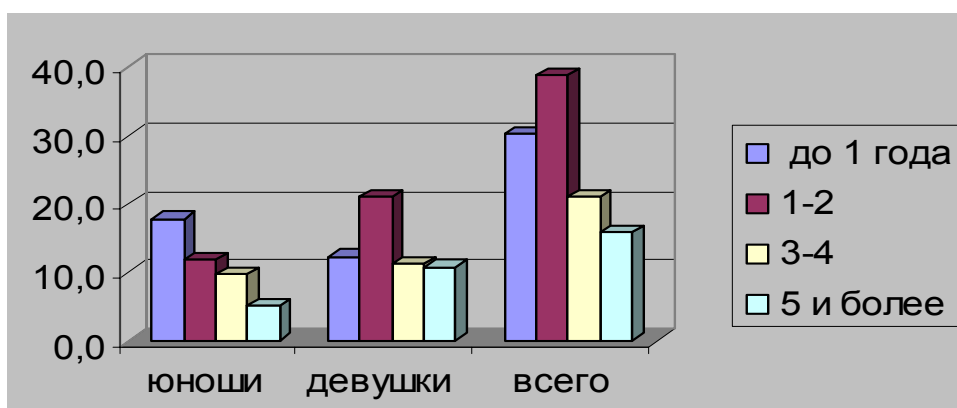


Рис. 1. Длительность заболевания до выявления болезней органов пищеварения, %

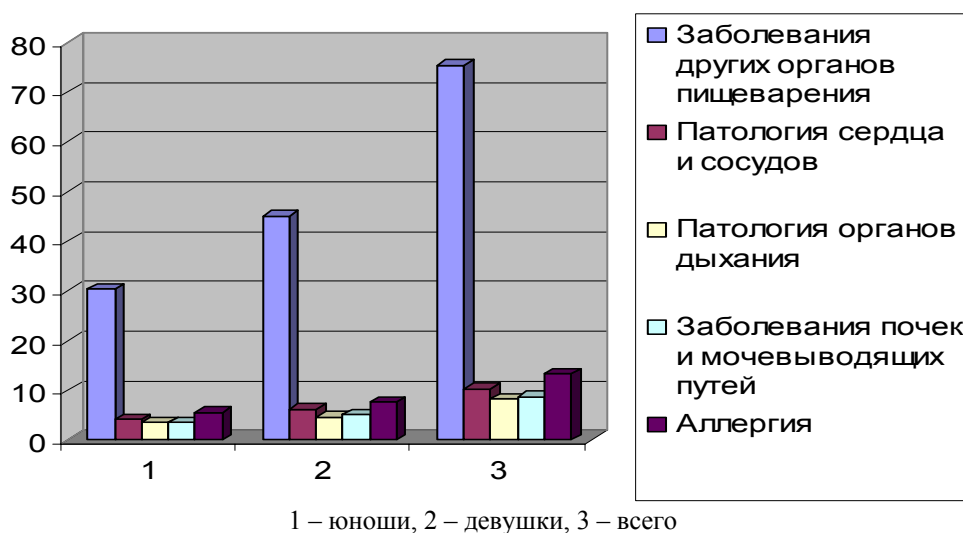


Рис. 2. Распространенность сопутствующей патологии, %

Частота жалоб на отдельные клинические проявления патологии у лиц молодого возраста с заболеваниями органов пищеварения

Жалобы (клинический синдром или симптом)	Юноши		Девушки		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Болевой абдоминальный синдром	82	42	99	50,8	181	92,8
Синдром желудочной диспепсии	81	41,5	95	48,7	176	90,2
Синдром кишечной диспепсии	30	15,4	34	17,4	64	32,8
Снижение аппетита	15	7,7	23	11,8	38	19,5
Головная боль	28	14,4	52	26,7	80	41
Астенический синдром	35	17,9	47	24,1	82	42

ния у обследованных нами студентов с болезнями органов пищеварения, из которой видно, что практически у всех студентов с патологией желудочно-кишечного тракта регистрировались болевой абдоминальный синдром и синдром желудочной диспепсии. Обращает внимание, что жалобы значительно чаще предъявляли девочки. Наиболее частым симптомом является боль. В целом абдоминальный болевой синдром выявлен у 181 (92,8%) больного. У большинства больных боли локализовались в эпигастральной области (85,1%). По характеру боль в основном была тупой и ноющей (72,3%). Характер болевого синдрома имеет определенные различия у юношей и девушек. Если голодные, ночные и поздние боли достоверно чаще наблюдаются у мальчиков (71,3%), то у девочек боль возникает сразу после еды (36,1%) или не зависит от приема пищи (11,1%). У юношей интенсивность боли, а также локальная болезненность при пальпации живота в эпигастральной и пилородуоденальной области более выражена, чем у девушек.

Синдром желудочной диспепсии констатирован у 176 (90,2%) больных. Наиболее часто наблюдаются изжога (70,3%), тошнота (42%), отрыжка воздухом или съеденной пищей (28,2%), горечь во рту (22%). Синдром кишечной диспепсии выявлен у 63 (32,3%) больных: в 20% случаев проявлялся запорами, диареей – 8,2%, чередованием запоров и поносов – 4,1%. Если у юношей изжога наблюдается достоверно чаще, чем у девушек, то тошнота, отрыжка, состояние дискомфорта в эпигастральной области, также склонность к запорам более характерны для последних.

Эндоскопический метод исследования – один из основных, на котором базируются результаты наших обследований лиц молодого возраста с патологией верхних отделов пищеварительного тракта. Рассмотрим его несколько подробнее. При эндоскопическом обследовании в 73,3% случаев отмечается диффузная гиперемия слизистой оболочки желудка, реже гиперемия имеет очаговый характер (9,2%). Отек слизистой оболочки желудка отмечается в 15,9% случаев. Чаще наблюдается поражение антрального отдела желудка. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены в 18,5%

случаев. Эрозивные поражения чаще встречались у юношей (10,8%), чем у девушек (7,7%). Эрозии одиночные (3,1%) и множественные (15,4%) преимущественно выявлялись в антральном отделе желудка. Обращает внимание выявление в антральном отделе желудка зернистости (11,3%), наблюдаемой как у юношей, так и у девушек. У 5 (2,6%) девушек выявлены атрофические изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка. Воспалительные изменения слизистой оболочки ДПК (отек, гиперемия) чаще встречались у юношей (59,8%).

У 3 (1,5%) пациентов выявлена язва желудка, язва ДПК – в 28,2% случаях: у 28 юношей (14,4%) и 27 девушек (13,8%), язва привратника – у одного (0,5%) юноши. Два язвенных дефекта обнаружены у 8 юношей (семь больных – с язвами ДПК, один – с язвами желудка) и одной девушки (2 язвы ДПК). Язвенный дефект в луковице чаще локализовался на передней (54,1%) и верхней (23,2%) стенках, значительно реже – на задней (12,1%) и нижней (10,6%) стенках. У 46,4% больных наблюдали язвы размером 0,3–0,5 см, у 29,7% – 0,6–0,8 см, у 12,3% больных язвы не превышали 0,1–0,2 см, у 11,6% пациентов язвы были более 0,9 см. Глубокие язвы обнаружены у 8,2% больных. Чаще язвы имели округлую (62,5%), реже овальную (25,7%) или неправильную (11,8%) форму.

В наших наблюдениях у 44,5% пациентов язвы были на фоне гиперемии слизистой оболочки луковицы. У 26,5% больных отек и гиперемия слизистой оболочки наблюдались только вокруг язвы в виде небольшой зоны. У 18,6% больных язвы были в фазе рубцевания. У 18,5% больных имела рубцово-язвенная деформация луковицы, сопровождающаяся отеком, гиперемией слизистой оболочки. У 2,4% больных на фоне деформации луковицы отмечен эрозивный бульбит. В то же время рубцово-язвенную деформацию луковицы без видимых эндоскопических признаков воспаления мы обнаружили лишь у 7% больных с язвенной болезнью ДПК.

У 8 (4,1%) пациентов обнаружена гиперемия, отек, утолщение слизистой оболочки терминального отдела пищевода, т.е. эндоскопические признаки поверхностного эзофагита. У трех (1,5%) больных имела недостаточ-

ность кардии, у одного (0,5%) больного – эрозии на фоне гиперемии и отека слизистой оболочки пищевода.

При эндоскопическом исследовании желудка у больных с язвенной болезнью ДПК в 45,4% случаев наблюдалась картина поверхностного гастрита. У 6,2% больных язвенная болезнь ДПК сочеталась с эрозивным поражением слизистой оболочки желудка. При ЭГДС мы также обращали внимание на заброс кишечного содержимого с примесью желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок. Исследования показали, что дуоденогастральный рефлюкс обнаружен у 32,3% пациентов с заболеваниями органов пищеварения. Анализируя частоту дуоденогастрального рефлюкса у лиц молодого возраста, мы обнаружили, что рефлюкс чаще встречается при гастрите с повышенной кислотностью и язвенной болезни. Рефлюкс достоверно чаще диагностирован при наличии язвы, чем при рубцово-язвенной деформации луковицы. Выявлена также четкая взаимосвязь между частотой дуоденогастрального рефлюкса и выраженностью воспалительного процесса в луковице, а также стадии ей язвенного процесса. При выраженном бульбите и при язве в стадии обострения дуоденогастральный рефлюкс наблюдается наиболее часто.

Итак, при эндоскопическом обследовании 195 пациентов молодого возраста с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта у 67,2% больных выявлен хронический неатрофический 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 у 30,2% пациентов. Характерно поражение преимущественно двенадцатиперстной кишки, сочетание язвенной болезни ДПК с эрозивным поражением слизистой оболочки желудка. Чаще страдают язвенной болезнью юноши, для которых характерно наличие двух и более язвенных дефектов.

Таким образом, на основании клинико-анамнестических, объективных данных, данных ЭГДС выявлены больные со следующими заболеваниями (согласно Сиднейской классификации): неатрофические гастриты – 131 больной (67,2%), атрофический гастрит – 5 (2,6%), язвенная болезнь – 59 (30,2%) [6]. Причем гастриты чаще встречались у девушек (60,6%), в то время как язвенная болезнь чаще наблюдалась у юношей (52,5%), из них у 4 – осложненная кровотечением. Макроскопическая картина слизистой оболочки желудка и ДПК у лиц молодого возраста довольно многообразна, что находит отражение и в особенностях клинической симптоматики.

В клинической картине у обследованных пациентов с заболеваниями органов пищеварения наиболее частым симптомом является боль. Характер болевого синдрома имеет определенные различия у юношей и девушек. 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. Наиболее часто наблюдаются изжога, тошнота, отрыжка. Если у юношей изжога наблюдается достоверно чаще, чем у девушек, то тошнота, отрыжка, состояние дискомфорта в эпигастриальной области более характерны для последних.

Анализ анамнестических данных показал, что среди факторов риска, способствующих развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта у лиц молодого возраста ведущую роль играют такие, как наследственная отягощенность по патологии органов пищеварения, нарушение режима питания, очаги хронической инфекции. Существенное значение в развитии заболеваний органов пищеварения имеют вредные привычки, выявленные также и у наших пациентов. У большинства студентов наблюдается сочетание действия нескольких факторов. При изучении анамнеза также выявлена определенная взаимосвязь между перенесенными в детстве дизентерией, вирусным гепатитом, холециститом и болезнями органов пищеварения. Среди сопутствующей патоло-

гии у наших пациентов обнаружено наиболее частое вовлечение в патологический процесс желчевыводящих путей и печени. Для лиц молодого возраста характерна сочетанность патологии органов пищеварения.

Таким образом, мы постарались выявить факторы риска, способствующие возникновению заболеваний органов пищеварения у лиц молодого возраста, особенности клинического течения болезней органов пищеварения в зависимости от пола, значимость инструментальных методов диагностики на ранней стадии заболевания. Многие заболевания органов пищеварения, начавшись в молодом возрасте, особенно язвенная болезнь, принимают хроническое течение, часто приводя к потере трудоспособности, хирургическим вмешательствам, инвалидности.

Определенные морфологические формы хронического гастрита тесно связаны с онкологией [1]. Поэтому раннее выявление лиц юношеского и молодого возраста с хронической патологией органов пищеварения, своевременное этапное лечение при их диспансеризации позволит предупредить развитие тя-

желых и осложненных форм среди взрослого населения.

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. *Вахрушев Я.М., Ефремова Л.И.* О повышении эффективности диспансеризации подростков с гастродуоденальной патологией // *Терапевтический архив.* – 1996. – №2. – С. 21–22.
4. *Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П.* Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – 376 с.
5. *Вахрушев Я.М., Ефремова Л.И., Белова Е.В., Романова Т.П.* Сравнительная характеристика течения язвенной болезни в различные возрастные периоды // *Терапевтический архив.* – 2004. – №2. – С. 15–18.
6. *Григорьев П.Я., Яковенко А.В.* Справочное руководство по гастроэнтерологии. – М.: Мед. инф. агентство. – 2003. – 295 с.