

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Гульнара КИБАРОВА

Аспирант кафедры специальных клинических дисциплин № 1
Кыргызско-Российского Славянского университета
Бишкек, Кыргызстан

Одно из первых мест в структуре соматической патологии занимают заболевания органов пищеварения. Заболевания желудочно-кишечного тракта широко распространены в молодом возрасте. Особенности клинического течения, диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения, подробно описанные у детей и у взрослых, недостаточно изучены у лиц юношеского, молодого возраста. 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].

Своеобразие и существенные особенности их возникновения и течения обусловлены 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].

Сейчас хорошо известно, что истоки заболеваний органов пищеварения у взрослых нередко лежат в подростковом, юношеском возрасте. Значительное распространение заболеваний желудочно-кишечного тракта у взрослых определяет 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 [1, 2, 3].

Учитывая актуальность данной проблемы мы поставили перед собой задачу изучить факторы риска, оказывающие влияние на формирование гастроэнтерологической патологии у лиц юношеского и молодого возраста, особенности клинического течения и лечения заболеваний органов пищеварения в этой возрастной группе.

Для этого нами была разработана анкета. Проведено анкетирование 2052 студентов 1-4 курсов 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

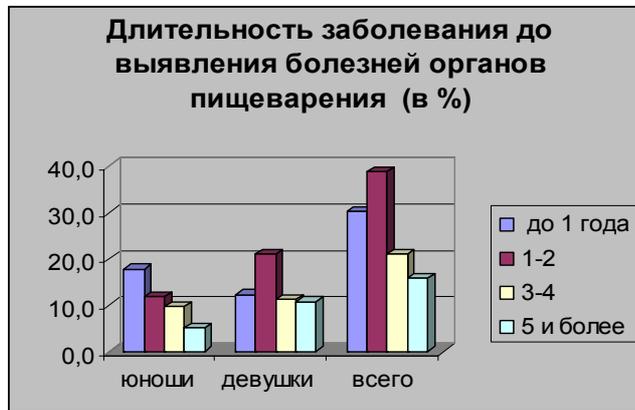
результатами анкетирования и клинического осмотра нами была отобрана группа больных в количестве 195 человек. Из них: юношей- 87 (44,6%), девушек- 108 (55,4%). Всем наблюдаемым было проведено обследование, которое включало клинико-anamnestический метод, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости. На всех больных заведена карта диспансерного наблюдения.

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

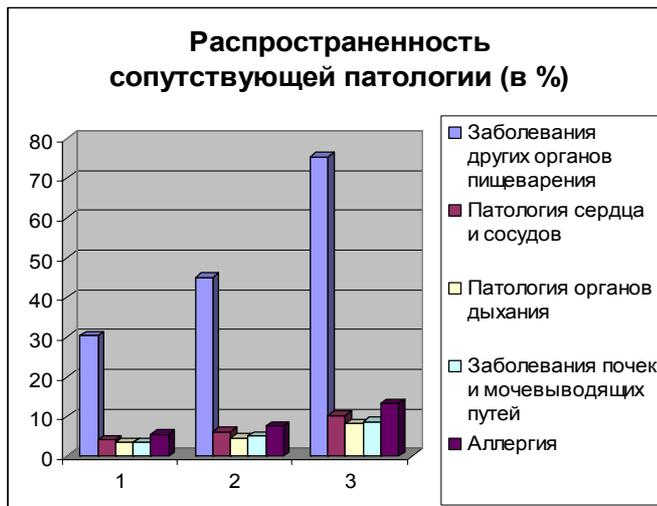
Наследственная отягощенность по патологии органов пищеварения выявлена у 177 (90,8%) из 195 пациентов, нарушение режима питания – у 155 (79,5%), наследственность по хроническому гастродуодениту была отягощена у 101 (52%) пациента, из них по одной линии – у 80 (41%), по обеим линиям – 21(10,8%). У 56 (28,7%) пациентов родственники страдали язвенной болезнью. Нарушение режима питания отмечено в целом у 79,5% пациентов, оно 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 имели в анамнезе пищевые отравления 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. Среди наших пациентов также имело место наличие вредных привычек: курили – 72 (36,9%) студента, употребляли алкоголь – 18 (9,2%). 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 инфекционными заболеваниями и болезнями органов пищеварения. В наших исследованиях имели в анамнезе инфекционные заболевания 55 пациентов (28,2%). Вирусным гепатитом переболели 35 пациентов (17,9 %). Отягощенный аллергологический анамнез имели 33 (16,9 %) пациента. Неблагоприятные нервно-психические факторы в развитии патологии органов пищеварения у лиц молодого возраста играют большую роль, чем у взрослых, 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 наблюдается сочетание действия 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 имела место в 14,7 % случаев, у девушек – в 22,1 %.

Распространенность заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта...



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

**1-юноши, 2-девушки, 3- всего**

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 1 (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 1 больного в среднем приходится 2,1 заболевания.

Таблица 1. Частота жалоб на отдельные клинические проявления патологии у лиц молодого возраста с заболеваниями органов пищеварения

<i>Жалобы (клинический синдром или симптом)</i>	<i>Анализируемый контингент</i>				<i>Всего</i>	
	<i>юноши</i>		<i>девушки</i>			
	<i>abc</i>	<i>%</i>	<i>abc</i>	<i>%</i>	<i>abc</i>	<i>%</i>
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

В таблице 1 представлена частота жалоб на отдельные клинические проявления заболевания у обследованных нами студентов с болезнями органов пищеварения. Из таблицы 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 %) больных. 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 пилорoduоденальной области более выражена, чем у девушек.

Синдром желудочной диспепсии констатируется 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 %, чередова-

Распространенность заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта...

нием 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.

Поскольку эндоскопический метод исследования один из основных, на котором базируются результаты наших обследований лиц молодого возраста с патологией верхних отделов пищеварительного тракта, остановимся несколько подробнее на нем.

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 на себя 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 выявлена 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 1 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 мы 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.

У 8 (4,1%) пациентов мы обнаружили гиперемию, отек, утолщение слизистой оболочки терминального отдела пищевода, т.е. эндоскопические признаки поверхностного эзофагита. У 3 (1,5%) больных имелась недостаточность кардии, у 1 (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 эндоскопическом исследовании мы также обращали внимание на заброс кишечного содержимого с примесью желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок. Наши исследования показали, что дуоденогастральный рефлюкс имел место у 32,3 % пациентов с заболеваниями органов пищеварения. Дуодено-

гастральный рефлюкс чаще наблюдался при язвенной болезни в стадии обострения, при гастрите с повышенной кислотной продукцией в стадии обострения.

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

При эндоскопическом обследовании лиц молодого возраста с хроническим гастритом чаще наблюдается картина поверхностного гастрита (32,3 %). Чаще поражается антральный отдел желудка. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены в 18,5% случаев. Язвенная болезнь обнаружена в 30,2 % случаев. 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. Рефлюкс достоверно чаще встречается 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 стадией язвенного процесса. При выраженном бульбите и при язве в стадии обострения дуоденогастральный рефлюкс наблюдается наиболее часто.

Распространенность заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта...

Таким образом, на основании клинико-анамнестических, объективных данных, данных ЭГДС выявлены больные со следующими заболеваниями (согласно Сиднейской классификации) [6]: неатрофические гастриты – 131 больных (67,2 %), атрофический гастрит – 5 (2,6 %), язвенная болезнь – 59 (30,3 %). 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.

Варианты лечения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у обследованных нами молодых пациентов представлены в таблице 2. 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 проводилось с учетом выявленной сочетанной патологии (дискинезия желчных путей, холецистит, панкреатит, колит). Лечение язвенной болезни проводилось методом тройной эрадикационной терапии [4,7,8].

Таблица 2. Варианты лечения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у лиц молодого возраста

Проводимое лечение	Нозологические формы						Всего
	Неатрофический гастрит			Атрофический гастрит	Эрозивный гастрит	Язвенная болезнь	
	Поверхност. гастрит	Гиперт. гастрит	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

В качестве симптоматических средств были назначены антациды (маалокс, гастал, актал, алмагель) в течение 2 недель, метоклопрамид (по 5-10 мг 3 раза в день). В качестве антисекреторных средств использовали блокаторы H-2 рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин), ингибитор протонового 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 0,5г 4 раза в день) + метронидазол (по 0,25г 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 по 1 таблетке 3 раза в день во время еды), витаминотерапией (витамины группы В и аскорбиновая кислота), фитотерапией (сок подорожника).

Оценку клинической эффективности полученного лечения проводили по следующим критериям: сроки купирования болей в животе, изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты, болезненности при пальпации живота. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика основных клинических симптомов.

Через 4 недели после завершения лечения произошло статистически достоверное снижение частоты ведущих клинических симптомов – болей в животе и диспепсических явлений, а также пальпаторной болезненности. По данным ЭГДС имело место уменьшение степени активности гастрита. Отмечено статистически достоверное снижение 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. Рубцевание язвенных дефектов желудка и ДПК отмечено через 4-6 недель после окончания лечения у всех пациентов. Переносимость лечения была хорошей у всех больных. Наши исследования показали, что данный алгоритм лечения (табл.2) заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта 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.

Таким образом, в своих исследованиях мы постарались выявить факторы риска, способствующие возникновению заболеваний органов пищеварения у лиц

Распространенность заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта...

молодого возраста, особенности клинического течения болезней органов пищеварения, значимость своевременной диагностики и лечения на ранней стадии заболевания в этой возрастной группе. 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 комплексное обследование и дифференцированное лечение с последующим диспансерным наблюдением позволит добиться эффективного оздоровления данной категории больных, что способствует предупреждению хронизации гастроэнтерологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филимонов Р.М. Подростковая гастроэнтерология. – М.: Медицина, 1990. 288 с.
2. Денисова Н.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у подростков // Врач. - №2, 1993. – С. 21-25.
3. Вахрушев Я.М., Ефремова Л.И. О повышении эффективности диспансеризации подростков с гастродуоденальной патологией // Терапевтический архив. - №2, 1996. – 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. - №2. – 2004. – с. 15-18.
6. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. – М.: Медицинское информационное агентство. - 2003. – 295 с.
7. 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. - №3. – 2006. – с. 64 – 69.
8. 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* // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – т. VIII. - №2. – 2002. – с. 181-183.