

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

А.В. Благovesценська

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: дуоденальна виразка, студенти, вегетативна дисфункція, *Helicobacter pylori*.

Актуальною проблемою сучасної гастроентерології є зростання частоти *H. pylori*-залежних захворювань гастродуоденальної зони (ГДЗ) в осіб молодого віку [8]. Медична значущість проблеми полягає в тому, що ці запально-деструктивні захворювання погіршують якість життя, а їхні рецидиви та ускладнення знижують загальний рівень здоров'я людей молодого працездатного віку, а отже, нації в цілому, що має соціальне значення [2, 7].

Останніми роками першість у поширенні та тенденцію до зростання із *H. pylori*-залежних захворювань органів травлення серед молоді утримує дуоденальна виразка (ДВ) [1, 2]. Автори зауважують, що клінічна картина та перебіг ДВ у цієї категорії населення має особливості, які створюють труднощі у діагностиці та лікуванні [5, 6, 7]. Виокремити слід студентів, що навчаються у вищих навчальних закладах — у них ДВ діагностують значно частіше, у інших [4]. Дослідники це пояснюють нейрогуморальною адаптацією молодого організму до нових умов соціального існування та навчальної діяльності, оскільки на цей період припадає пік нервових перенапружень, пов'язаних з вибором професії, що визначають подальший життєвий шлях, з новими умовами навчання та праці, зміною ритму та характеру харчування, способу життя (проживання в гуртожитках, скупченість), появою шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем), неповноцінним відпочинком та інше [9]. На жаль, у вітчизняних та закордонних наукових виданнях практично немає даних про клінічні особливості ДВ у студентів, рівень гелікобактерного інфікування та ефективність різних методів діагностики й лікування ДВ у вказаного контингенту молоді.

Мета роботи — виявлення особливостей клінічного перебігу *H. pylori*-асоційованої ДВ у студентів харківських вищих навчальних закладів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебували 117 студентів з ДВ віком від 17 до 24 років (76 юнаків та 41 дівчина). Діагноз ДВ встановлювали за допомогою стандартного комплексного клініко-інструментального

дослідження: опитування, фізикальне обстеження, клінічний аналіз крові та сечі; біохімічний аналіз крові (рівні білірубину та його фракцій, загальний білок та його фракції, АЛТ, АСТ, тимолова проба, рівень лужної фосфатази), фіб्रोезофагогастродуоденоскопічне (ФЕГДС) дослідження з візуальною оцінкою слизової оболонки, виразності гіперемії, наявності ерозивних пошкоджень, виразкового дефекту, гастроезофагального та дуоденогастрального рефлексів, проведення біопсії з метою подальшого гістологічного дослідження.

Враховуючи визначальну роль *H. pylori* у розвитку ДВ, інфекцію виявили під час ФЕГДС за допомогою швидкого уреазного тесту (URE-*H. pylori* test-Express, Pliva), а також шляхом серологічного визначення антигелікобактерних антитіл — специфічних IgG у сироватці крові за методом ІФА (Calbiotech Inc., СВІ), а також гістологічного дослідження біоптатів слизової оболонки із встановленням ступеня гелікобактерної контамінації.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХНЕ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлено, що в більшості студентів (81, або 69,2%) тривалість виразкового анамнезу становила від 1 до 5 років, у 17 (14,5%) — від 5 до 10 років. У 19 обстежених (16,2%) виразку виявлено вперше. Виразковий процес загострювався щороку в 39 (33,3%), два й більше разів на рік — у 20 пацієнтів (17,1%). Більшість хворих раніше лікувалися стаціонарно, загострення наставало у 83,7%. Однак у 24,8% (29 осіб) зберігалася клінічна симптоматика після терапії ще кілька тижнів, у 15 випадках (12,8%) через три-чотири місяці після останнього лікування знову погіршувався стан, з'являлася клінічна симптоматика хвороби. В анамнезі у 9 пацієнтів (7,7%) було зафіксовано явища гострої шлунково-кишкової кровотечі, у 5 (4,3%) — перфорацію стінки ДПК. Слід зауважити, що практично у всіх обстежених раніше не визначали гелікобактерної інфекції.

За даними ендоскопічного дослідження у більшості пацієнтів (84, або 71,8%) виразка була на передній стінці ДПК, від 0,5 до 1 см за розміром, частіше середньої глибини. Рубцьова деформація ДПК

I—II ступеня спостерігалась у 33 обстежених (28,2%), причому в 7 з тих, у кого виразку діагностовано вперше. У 91 (77,8%) пацієнта запальні зміни у ДПК носили поверхневий характер, спостерігалися ознаки бульбіту. В 26 випадках (22,2%) при ФЕГДС виявлено ерозивні ушкодження слизової оболонки. У 68 хворих (58,1%) також встановлено ознаки пошкодження слизової шлунка запального характеру (гастропатія): 54 (46,2%) студенти мали запальні зміни тільки в антральному відділі, без залучення тіла шлунка, що носили поверхневий характер. Гіпертрофічні зміни слизової шлунка візуально виявлялися у 9 пацієнтів (7,7%), ерозивні — в 11 (9,4%). Гастроезофагальний рефлюкс був у 23 (19,7%) хворих, дуоденогастральний рефлюкс — у 34 (29,1%).

Вивчаючи клінічні вияви у хворих з ДВ встановлено, що біль різної інтенсивності відчували практично всі обстежені — (101, або 86,3%). Він мав різноманітний характер: від тупого, ниючого до печучого, ріжучого, кількокоподібного, частіше періодичний, локалізувався переважно в епігастральній ділянці, однак у 34 обстежених (29,1%) був нетиповою локалізацією. Іррадіював у 38 хворих (32,5%), переважно в ліве та праве підребер'я, попереки. Больовий синдром із прийомом їжі пов'язували 54 пацієнти (46,2%), причому на голодний біль вказували тільки у 29 пацієнтів (24,8%). Біль купірувався їдою у 18 (15,4%) випадках, самостійно зникав у 21 (17,9%), потребував негайного прийому лікарських засобів у 38 (32,5%), а 8 пацієнтів (6,8%) для полегшення стану викликали штучну блювоту. У 83 обстежених (70,9%) були різні диспепсичні вияви: нудота — у 42 хворих (35,93%), блювота — у 27 (23,1%), печія — у 56 (47,9%). Найчастіше печія запобігала болю, повторюючи зв'язок із прийомом їжі. На відрижку повітрям або кислим умістом скаржився 31 (26,5%) хворий. Апетит у більшості пацієнтів (80, або 68,4%) залишався добрим, у 24 (20,5%) — був підвищеним, у 13 (11,1%) — зниженим. Зменшилася маса тіла за останні 4—6 тиж у 33 (28,2%) випадках. Спостерігалися також різноманітні порушення функції кишечника: закрепи непокоїли 36 (30,8%) пацієнтів, проноси — 19 (16,2%), у 14 (11,9%) — чергувалися запори та проноси, у 23 (19,7%) були здуття живота, гурчання, у 6 (5,1%) — непереносимість жирних, смажених страв.

Під час обстеження студентів з ДВ виявлено, що практично усі вони висловлювали цілу низку скарг, що свідчили про синдром астеновегетативної дистонії. Це в подальшому підтверджено під час детального опитування, огляду хворих та дослідження надсегментарного відділу вегетативної нервової системи [3]. За результатами вивчення вегетативного тону за опитувальником А.М. Вейна (1998), аналізу багатофакторних таблиць реєстрації об'єктивних вегетативних порушень (А.Д. Соловйова, І ММІ (1981), а також розрахунку вегетативного індексу Кердо констатовано вегетативну дисфункцію у більшості обстежених — у 84 (71,8%). Перебіг ДВ у них характеризувався більшою агресивністю, вираженими та різними синдромами, супроводжувався активним гастродуоденітом та

дуоденогастральним рефлексом при ФЕГДС. Діагностування захворювання часто викликало труднощі, оскільки суб'єктивні вияви вегетативних порушень переважали у клінічній картині ДВ, що робило її атипичною та симулювало патологію інших органів та систем. Больовий синдром в осіб з вегетативною дисфункцією був різноманітним та стійким, тоді як у хворих без вегетативних порушень біль частіше мав класичний характер за локалізацією та зв'язком з їдою, диспепсичні розлади спостерігалися рідше і носили не такий виражений характер. Тривалий перебіг ДВ із повільним купіруванням клінічних виявів під час спостереження був у 29 пацієнтів (24,8%), в яких діагностовано вегетативні порушення і тільки у 9 осіб (7,7%) — без вегетативної дисфункції. В анамнезі у хворих з вегетативними розладами загострення ДВ також були частішими, у чверті з них тривалий час зберігалась клінічна симптоматика після лікування.

Інфікування *H. pylori* різного ступеня встановлено у 105 обстежених із ДВ (89,7%). Значне та помірне обсіменіння слизової оболонки в уреазному тесті виявлено у 52 (44,4%) випадках, в гістологічному дослідженні — у 61 (52,1%). Ступені інфікування слизової та підвищення рівня специфічних антитіл при ІФА прямо залежали від виразності запальних явищ слизової ДПК та шлунка, що визначено при ФЕГДС. Також вони були більшими у хворих з вираженим больовим синдромом і з вегетативними розладами. Показник антигелікобактерних антитіл зростає у міру збільшення кількості рецидивів ДВ та виразкового анамнезу.

Тобто клінічна картина ДВ у студентів мала свої особливості: частий та виражений больовий синдром, різноманітні диспепсичні розлади, вегетативні порушення, високий відсоток ускладнень (рубцева деформація ДПК, ОШКК, перфорації), наявність запальних явищ у слизовій оболонці ГДЗ. В обстеженого контингенту встановлено значну частоту гелікобактерного інфікування.

Всі пацієнти отримували противиразкову терапію, що включала ерадикаційну (згідно з положенням Маастрихтського консенсусу 2-2000) [10] та в разі потреби — симптоматичну. Рівень успішної ерадикації *H. pylori* становив у середньому 71,8%. У 22 (18,8%) пацієнтів після лікування зберігалися деякі клінічні симптоми та гострота запально-деструктивних процесів у слизовій оболонці ГДЗ. Проаналізувавши можливі причини збереження клінічної симптоматики та *H. pylori* інфікування вважаємо, що вони можуть полягати у невиконанні в повному обсязі терапевтичних заходів (нерегулярний прийом рекомендованих ліків, дострокове припинення лікування) частиною хворих (18 обстеженими). У студентів з ДВ встановлено такі модифіковані фактори: продовження куріння, нерегулярне харчування, вегетативна дисфункція. Можливо, причиною неуспішності терапії в деяких випадках був розвиток резистентності до застосованих антигелікобактерних засобів.

Таким чином, особливості клінічного перебігу ДВ, відсутність готовності до співпраці з лікарем (низький комплаєнс) у вказаній категорії молоді нерідко

зумовлюють труднощі та безуспішність у лікуванні, тривале збереження клінічної симптоматики, часті загострення, низький рівень ерадикації *H. pylori*. Є потреба у впровадженні чітких критеріїв диспансерного нагляду та скринінгових досліджень на гелікобактеріоз у вказаних хворих, встановленні резистентності *H. pylori* до основних антигелікобактерних засобів, контролюванні ерадикації. Враховуючи значну частоту вегетативної дисфункції в осіб молодого віку, що навчаються у вищих навчальних закладах, та її негативний вплив на перебіг захворювання є доцільність у терапевтичній корекції встановлених розладів з метою підвищення ефективності лікування та зменшення клінічних виявів, частоти рецидивів та ускладнень ДВ.

ВИСНОВКИ

1. За особливостями клінічного перебігу ДВ, низьким комплаенсом з лікарем студентів доцільно виділяти в окрему категорію, що потребує де-

тального обстеження, ефективного лікування та подальшого диспансерного спостереження.

2. Перебіг ДВ у студентів характеризується різними клінічними виявами, а саме вираженим больовим синдромом, порушеннями вегетативного тону, частими рецидивами та ускладненнями, резистентністю до загальноприйнятої терапії.

3. Значний відсоток виявлення гелікобактерної інфекції серед студентів з ДВ потребує своєчасної діагностики гелікобактеріозу та контролю за ерадикацією.

4. Висока частота у студентів з ДВ вегетативної дисфункції дає підстави розглядати її як один з модифікованих факторів ульцерогенезу в умовах урбанізації та нервових перенапружень, що потребує своєчасної терапевтичної корекції.

5. Збереження у студентів після лікування гелікобактерного інфікування вказує на потребу у вивчення бактеріальної резистентності до антимікробних засобів, особливо під час терапії рецидивів ДВ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белобородова Э.И., Корнетов Н.А., Орлова Л.А., Соловников А.Г. Психосоматические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // *Клин. медиц.*— 2002.— № 7.— С. 36—38.
2. Бекетова Г.В. Діагностика *H. pylori* асоційованих гастродуоденальних захворювань у дітей, підлітків і молоді // *Ліки України.*— 1999.— № 7—8.— С. 61—65.
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. Под ред. А.М. Вейна.— М.: МИА, 1998.— 752 с.
4. Зайцев В.П. Здоровье студентов технических ВУЗов // *Гигиена и санитария.*— 2003.— № 2.— С. 46—48.
5. Кузин Н.М., Егоров А.В., Хлюстина Е.М., Красикова Е.А. Особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в молодом возрасте // *Клин. медиц.*— 1990.— № 1.— С. 83—86.

6. Мотин Ю.К., Фурманчук И.К., Осагчук М.А. Клинические особенности и варианты течения язвенной болезни у лиц молодого возраста // *Военно-мед. журн.*— 1989.— № 8.— С. 34—35.

7. Петров Е.Е. Особенности клинического течения язвенной болезни у лиц юношеского и молодого возраста // *Международ. медицин. журн.*— 1998.— № 2.— С. 29—32.

8. Румянцева А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины.— М.: М., 2002.— 465 с.

9. Швыдкий О.В. Особенности образа жизни и его значение в формировании здоровья студентов // *Мед.-соц. пробл. семьи.*— 2002.— Т.7, № 2.— С. 41—45.

10. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht 2-2000 Consensus Report, September, Rome, 2000 // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2002.— 16 (2).— P. 167—180.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

А.В. Благовещенская

При обследовании 117 студентов с *H. pylori*-ассоциированной дуоденальной язвой установлено, что течение заболевания характеризуется частыми рецидивами и осложнениями, резистентностью к общепринятой терапии, высокой частотой *H. pylori* инфекции, низким комплаенсом с лечащим врачом, разнообразными клиническими проявлениями с преобладанием выраженного болевого синдрома. Выявление значительной частоты вегетативной дисфункции у обследованных студентов позволяет рассматривать ее как один из модифицируемых факторов ульцерогенеза. Особенности данного контингента и клинического течения заболевания обуславливают необходимость контроля эрадикации *H. pylori*, коррекции вегетативной дисфункции, дальнейшего диспансерного наблюдения за пациентами.

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF DUODENAL ULCER IN STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

A.V. Blagoveshchenskay

The examination of 117 students with the *H. pylori*-associated duodenal ulcer showed that clinical course of the disease was characterized with frequent relapses and complications, resistance to the generally accepted therapy, high frequency of *H. pylori* infection, low compliance with a treating doctor, and various clinical manifestations with predominance of the expressed pain syndrome. The exposure of considerable frequency of vegetative dysfunction in the examined students allows seeing it as one of the modified factors of ulcer genesis. The peculiarities of this group and clinical course of the disease bring a necessity of *H. pylori* eradication control, correction of vegetative dysfunction, and further dispensary follow-up of these patients.