

Т.Н. Курбатова

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА(на примере предприятий ОАО ХК «Якутуголь»)

Цель исследования: Изучение особенностей клинического течения язвенной болезни в зависимости от степени тяжести заболевания у работников ОАО ХК «Якутуголь».

Результаты: Проводилось клиническое обследование больных исследуемых групп, включающее в себя изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективных данных, которое показало, что у больных с тяжелым течением язвенной болезни наблюдались наиболее яркая клиническая картина с выраженным болевым синдромом, выраженными проявлениями рефлюксной диспепсии, частые рецидивы. Также выяснилось, что язвенная болезнь имеет особенности течения у работников угольной промышленности в условиях Южной Якутии по сравнению с другими регионами и пациентами других профессий.

Ключевые слова: язвенная болезнь, язвенноподобная диспепсия, рефлюксная диспепсия, системная диспепсия, осложнения, рецидив.

The purpose Studying of features of clinical current of a stomach ulcer depending on a degree of heaviness of disease at workers of Open Society "Yakutugol".

Results. The clinical inspection of patients of investigated groups including studying of complaints, the anamnesis of disease and a life, objective data, has shown, that at patients with heavy current of a stomach ulcer the brightest clinical picture with the expressed painful syndrome, the expressed displays of the reflux dyspepsia, frequent relapses were observed. Also it was found out, that the stomach ulcer has features of current at workers of the coal industry in conditions of Southern Yakutia in comparison with other regions and patients of other trades.

Keywords: a stomach ulcer, ulcer like dyspepsia, reflux dyspepsia, system dyspepsia, complications, relapse.

Одной из распространенных патологий желудочно-кишечного тракта среди взрослого населения является язвенная болезнь. В нашей стране под диспансерным наблюдением ежегодно состоит около 1 млн. чел. От осложнений, связанных с неадекватным медикаментозным лечением больных язвенной болезнью, в России ежегодно умирает около 6000 чел. в трудоспособном возрасте [4].

В районах Якутии с преимущественно приезжим населением (Мирнинский, Алданский, Оймяконский, Олекминский) заболеваемость язвенной болезнью составляла 26,7 – 37,5 на 10000 населения [6].

Клиническая симптоматика больных язвенной болезнью представлена диспепсическим синдромом. Условно выделяют язвенноподобную, рефлюксную и системную диспепсию [5].

Речь о язвенноподобной диспепсии идет при наличии периодических

болей в эпигастриальной области (голодные, ранние, поздние, ночные). Рефлюксная диспепсия проявляется изжогой, отрыжкой, тошнотой, рвотой, приносящей облегчение. Системная (кишечная) диспепсия представлена поносами, запорами, чередованием неустойчивым стулом.

В России и странах бывшего Союза исследований, описывающих особенности клинического течения язвенной болезни у представителей той или иной профессиональной группы в определенном регионе, проведено крайне недостаточно.

В исследовании Темниковой Н.В. [11] описаны клиничко-иммунологические и морфологические особенности течения язвенной болезни у жителей Ростова-на-Дону.

Абдуллаевым Р.Б. [1] проведены исследования особенностей клинического течения и распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Южном Приаралье.

В статьях Сакс Л.А. с соавт., Оганезовой И.А. с соавт. исследованы особенности течения язвенной болезни у призывников [10] и моряков [9] Северного бассейна.

Исследования, посвященные язвенной болезни в условиях Крайнего Севера, в основном затрагивают вопросы особенностей заболевания у пришлого и коренного населения [6, 7], а также общие вопросы клинического течения данной патологии [2, 3].

Целью данного исследования является изучение особенностей клинического течения язвенной болезни в зависимости от степени тяжести заболевания у работников ОАО ХК «Якутуголь».

Материалы и методы исследования.

Выборку для исследований составили 100 больных из числа работников ОАО «Якутуголь», страдающих язвенной болезнью различной локализации. Все пациенты распределены, в зависимости от степени тяжести заболевания, течения, наличия осложнений, на две группы. В 1-ю группу вошли

Клиническая симптоматика больных 1-й группы

Симптом	1 группа		2 группа	
	Кол-во больных (n=50)	%	Кол-во больных (n=50)	%
Боли постоянные	29	58,0	4	8,0
периодические	21	42,0	6	12,0
«ночные» и «голодные»	33	66,0	48	96,0
острые	5	10,0	6	12,0
тупые	45	90,0	44	88,0
связанные с приемом пищи	25	50,0	49	98,0
не связанные с приемом пищи	25	50,0	1	2,0
Изжога	23	46,0	32	64,0
Отрыжка	15	30,0	27	54,0
Тошнота	12	24,0	24	48,0
Рвота	4	8,0	12	24,0
Поносы	5	10,0	8	16,0
Запоры	2	4,0	15	30,0
«Неустойчивый» стул	3	6,0	3	6,0

больные язвенной болезнью с легким течением заболевания и средней степенью тяжести, во 2-ю группу – больные с тяжелым течением заболевания, наличием осложнений, рецидивов за время проведения исследования.

Перед началом исследования и лечения среди всех больных проводилось анкетирование по разработанному опроснику.

Клиническое обследование больных включало в себя изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективные данные. Клинические данные заносились в специально разработанную индивидуальную карту.

Для сравнения относительных величин использовались таблицы сопряженности, при этом при анализе изучались значения критерия согласия Пирсона χ^2 , достигнутый уровень значимости (p). По величине $\Delta\chi^2$ отдельных клеток оценивались вклады дискретных признаков в связь.

Результаты исследования

Клиническая симптоматика больных исследуемых групп была представлена диспепсическим синдромом: язвенноподобной, рефлюксной и системной диспепсией (таблица).

У всех (100%) больных 1-й и 2-й групп язвенная болезнь проявлялась язвенно-подобной диспепсией. Реже выявлялась рефлюксная диспепсия – в 1-й группе у 26 (52,0%), во 2-й – у 46 больных (92,0%), $p = 0,0398$. Проявления системной диспепсии были у 10 больных (20,0%) 1-й группы и у 26 (52,0%) 2-й группы, $p = 0,0399$.

Как видно из табл. 1, у 33 больных (66,0%) отмечался интенсивный болевой синдром в виде «голодных» и/или ночных болей в эпигастриальной

области, у 29 (58,0%) – отмечались постоянные боли, у 25 (50,0%) – боли, связанные с приемом пищи.

26 больных (52,0%) имели рефлюксный диспепсический синдром, у 23 (46,0%) этот синдром проявлялся преимущественно изжогой. 15 пациентов (30,0%) жаловались на отрыжку, из них 6 больных (12,0%) беспокоила отрыжка кислым, 6 – воздухом, 3 – съеденной пищей.

12 больных (24,0%) беспокоила тошнота различной интенсивности – от легкого подташнивания до выраженной тошноты, приводящей к рвоте. У 4 больных (8,0%) отмечалась рвота, приносящая облегчение.

Системная диспепсия выявлялась у 10 больных (20,0%), из них 5 больных (10,0%) страдали поносами, 2 (4,0%) – запорами, 3 (6,0%) – чередованием поносов и запоров.

Клиническая симптоматика больных 2-й группы (тяжелое течение) была также представлена рефлюксной, язвенноподобной и системной диспепсией (таблица).

У 48 больных (96,0%) отмечался интенсивный болевой синдром в виде «голодных» и/или ночных болей в эпигастриальной области, у 44 (88,0%) – постоянные боли, 49 чел. (98,0%) отмечали связь болей с приемом пищи.

У 32 больных (64,0%) была изжога, 27 пациентов (54,0%) жаловались на отрыжку, из них 8 больных (16,0%) беспокоила отрыжка кислым, 6 – воздухом, 12 – съеденной пищей, 1 – «тухлыми яйцами».

24 чел. (48,0%) беспокоила тошнота различной интенсивности (от легкого подташнивания до выраженной тошноты, приводящей к рвоте). У 12

больных (24,0%) отмечалась рвота съеденной пищей, приносящая облегчение.

Системная диспепсия выявлялась у 26 больных (52,0%), из которых 8 чел. (16,0%) – беспокоили поносы, 15 (30,0%) – запоры, 3 (6,0%) – чередование поносов и запоров.

Анализ показал, что больных 1-й группы чаще беспокоили периодические боли, а 2-й группы – постоянные боли ($\chi^2=3,664$; $df = 1$; $p=0,056$). Также у больных 1-й группы реже наблюдались ночные и голодные боли ($\chi^2=14,62$; $df = 1$; $p=0,001$), связь болей с приемом пищи ($\chi^2 = 29,938$; $df = 1$; $p=0,001$). Однако существенных различий по характеру болей в исследуемых группах не получено: в обеих группах чаще наблюдались тупые боли в эпигастрии ($\chi^2=0,102$; $df = 1$; $p=0,749$).

У больных с тяжелым течением язвенной болезни чаще выявлялись такие симптомы рефлюксной диспепсии, как изжога ($\chi^2=4,058$; $df = 1$; $p=0,044$), отрыжка ($\chi^2=5,002$; $df = 1$; $p=0,025$), тошнота ($\chi^2=6,250$; $df = 1$; $p=0,012$), рвота ($\chi^2=4,762$; $df = 1$; $p=0,029$).

Симптомы системной диспепсии (поносы, запоры, «неустойчивый» стул) также чаще наблюдались у больных 2-й группы ($\chi^2=14,6335$; $df = 3$; $p=0,002$).

Таким образом, наиболее яркая клиническая картина с выраженными болевым синдромом и проявлениями рефлюксной диспепсии наблюдалась у больных с тяжелым течением язвенной болезни. В группе с легким течением язвенной болезни болевой синдром был выражен в меньшей степени и у меньшего количества больных.

Для легкого течения язвенной болезни характерны обострения реже одного раза в год с малосимптомными проявлениями. При язвенной болезни средней степени тяжести обострения возникают 1-2 раза в год. Тяжелое течение характеризуется рецидивирующим течением, наличием осложнений и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта [6, 13].

По частоте обострений за год в 1-й группе преобладали больные с рецидивами реже 1 раза в 2-3 года. Таких больных наблюдалось 16 чел. (32,0%). На втором месте были больные с рецидивами 1 раз в 2-3 года – 11 больных (22,0%) на третьем – с рецидивами 1 раз в год – 3 чел. (6,0%).

Больные с частыми обострениями язвенной болезни (чаще 1 раза в год) были отнесены во 2-ю группу исследу-

емых, но все же преобладали больные, имевшие обострения 1 раз в год – 22 чел. (44,0%). Больных с обострениями 1 раз в 2-3 года и больных, у которых рецидивы наблюдались чаще 1 раза в год, было одинаковое количество – по 6 чел. (12,0%).

На рисунке видно, что обострения 1 раз в год наблюдались в 7,3 раза чаще у больных с тяжелым течением язвенной болезни. Однако у больных с легким течением и средней степенью тяжести заболевания обострения 1 раз в 2-3 года наблюдались в 2,7 раза чаще по сравнению с больными с тяжелым течением. Как было сказано выше, обострения чаще 1 раза в год наблюдались только у больных 2-й группы, а реже 1 раза в 2-3 года – только у больных 1-й группы.

Таким образом, рецидивы чаще наблюдались у больных с тяжелым течением язвенной болезни. У больных с легким течением и средней степенью тяжести рецидивы заболевания наблюдались не часто (1 раз в 2-3 года и реже).

Пациенты, имевшие за время проведения исследования 2 и более рецидива язвенной болезни, входили в группу больных с тяжелым течением заболевания. Всего таких больных выявлено 6 чел., что составило 12,0% от общего количества исследуемых второй группы. Более половины больных подгруппы с повторными рецидивами за время исследования имели однократный повторный рецидив. Таких больных было выявлено 4 человека – 66,0% (n=6). Двукратный рецидив наблюдался у 1 – 8% (n=6), трехкратный также у 1 больного – 8% (n = 6).

Все больные, имевшие в анамнезе осложнения язвенной болезни, были отнесены в группу с тяжелым течением. Следовательно, осложнений у больных с легкой и средней степенью течения язвенной болезни не выявлено.

У 32 больных (64,0%) 2-й группы осложнений не выявлено. Однако эти больные были также отнесены во 2-ю группу, так как 5 человек имели 2-3 обострения за исследуемый период. Кроме этого сроки купирования болей у этих больных в условиях стационара составляли от 10 дней и более. Все больные также имели выраженную язвенноподобную и рефлюксную диспепсию.

У 17 больных (34,0%) были выявлены осложнения в виде язвенного кровотечения и перфорации, по поводу которых больные были прооперированы. У 1 больного (2,0%) выявлен субкомпенсированный пилоробульбарный стеноз. Данный больной находится под наблюдением врачей амбулаторной службы.

Язвенное кровотечение имели 9 больных – 50,0% (n = 18), перфорацию язвы – 8 больных – 44,0% (n = 18). Из 9 больных с язвенным кровотечением в анамнезе 3 имели длительный «язвенный стаж» – 9 лет и более. У 6 больных язвенная болезнь манифестировала язвенным кровотечением, 2 из этой подгруппы имели кровотечение из язвы желудка, 7 больных – из язвы двенадцатиперстной кишки.

Прободение язвы выявлено у 8 больных. Среди них язвенная болезнь выявлена впервые у 7, 1 чел. страдал язвенной болезнью в течение 7 лет. Все 8 чел. имели прободение язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Во 2-й группе наблюдался 1 больной – 6% (n = 18) – с субкомпенсированным стенозом пилоробульбарной зоны, имевший длительный язвенный анамнез – 16 лет и частые (более 1 раза в год) обострения язвенной болезни.

В результате сравнительного анализа клинического течения язвенной болезни исследуемых групп с данными других авторов можно сделать заклю-

чение: язвенноподобная диспепсия одинаково часто наблюдается как в нашем исследовании, так и у жителей Якутии в целом, Ростовской области и г. Ташкента [1, 6, 11]. Достоверной разницы в данных не получено.

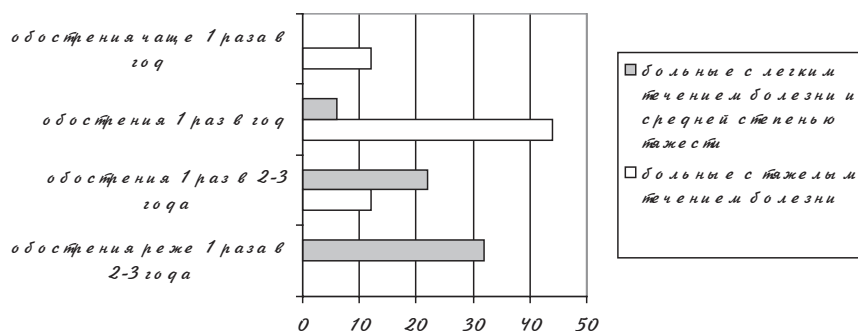
Данные по рефлюксной и системной диспепсиям в нашем исследовании имеют особенности. У больных с легким и средней степенью тяжести течением симптомы рефлюксной и системной диспепсий были выявлены реже, чем у больных сравниваемых регионов ($p < 0,05$). Однако в группе с тяжелым течением болезни разница показателей была незначительна (в сравнении с другими регионами).

При сравнении профессиональных групп (работники угольной промышленности Южной Якутии и моряки Северного бассейна России) по имеющимся данным можно утверждать, что клиническое течение язвенной болезни у моряков не имеет достоверных различий с тяжелым течением заболевания у работников угольной промышленности. Однако при легком течении и средней степени тяжести язвенной болезни имеются существенные различия по всем видам диспепсий [9].

На основании вышеизложенного можно сделать заключение, что наиболее яркая клиническая картина с выраженными болевым синдромом и проявлениями рефлюксной диспепсии наблюдалась у больных с тяжелым течением язвенной болезни. Рецидивы чаще наблюдались также у этих больных. Язвенная болезнь у работников угольной промышленности в условиях Южной Якутии имеет свои особенности течения.

Литература

1. **Абдуллаев Р.Б.** Особенности клинического течения, распространенности и новые подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Южном Приаралье / Р.Б. Абдуллаев: автореф. дис... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002. – 38 с.
2. **Безродных А.А.** Язвенная болезнь в условиях Крайнего Севера: методические рекомендации / А.А. Безродных [и др.]. – Якутск, 1994. – С. 14-18.
3. **Бессонов П.П.** К вопросу клинических проявлений язвенной болезни желудка и эрозий желудка / П.П. Бессонов [и др.] // Избранные вопросы медицинской помощи: материалы городской науч.-практ. конф. – Якутск, 2002. – С. 87-89.
4. **Григорьев П.Я.** Современное лечение язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* / П.Я. Григорьев [и др.]. – <http://www.doktor.ru>



Сравнительная характеристика частоты рецидивов у больных в зависимости от степени тяжести заболевания

5. Григорьев П.Я. Справочное руководство по гастроэнтерологии / П.Я. Григорьев, А.В. Яковенко. – М., 2003.

6. Кривошапкин В.Г. Очерки клиники внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. – Якутск, 2001.

7. Местникова С.Н. Клиническое течение язвенной болезни гастродуоденальной зоны среди коренного и пришлого населения Крайнего Севера / С.Н. Местникова [и др.] // Актуальные вопросы гастроэнтерологии в условиях Севера (межвузовский сборник). – Якутск, 1981. – С.36-37.

8. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей) / О.Н. Ми-

нушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина. – М., 1995. – 26 с.

9. Оганезова И.А. Особенности течения язвенной болезни у моряков и рыбаков Северного бассейна / И.А. Оганезова [и др.] // Клиническая медицина. – 2001. – № 11. – С. 42 – 44.

10. Сакс Л.А. Клиническое течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у призывников и солдат первого года службы. / Л.А. Сакс, В.Н. Михальцов, О.А. Кривошеев // Военно-медицинский журнал – 2000. – № 5. – С. 61.

11. Темникова Н.В. Клинико-иммунологические и морфологические особенности течения хронического гастрита и язвенной

болезни двенадцатиперстной кишки: дис. канд. мед. наук / Н.В. Темникова. – Ростов-на-Дону, 2000. – 145 с.

12. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь / Я.С. Циммерман. – Пермь, 2000. – 255с.

13. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. – М., 2002.

14. Mignon M. Gastroenterology / M. Mignon. – Paris: Ellipses, 1992. – P. 704

15. Rotter J.I. Genetic aspects of ulcer diseases / J.I. Rotter, M.I. Grossman // Advances in ulcer diseases. – Amsterdam – Oxford. – 1999. – P. 7-26.

Н.А.Платонова, А.Д.Степанова

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ)

УДК 572.95-053.6-054(571.56)

На фоне общих популяционных биологических закономерностей морфофункционального развития организма детей 7-12 лет выявлены расово-этнические особенности, которые в совокупности формируют экотип детей-монголоидов и детей-европеоидов коренного населения Республики Саха (Якутия). Установлены особенности функциональной асимметрии полушарий головного мозга у детей 7-12 лет коренного населения: у всех детей преобладает левосторонний тип латерализации полушарий, но при этом у детей-монголоидов, по сравнению с детьми-европеоидами, чаще встречается правосторонняя латерализация и амбидекстрия.

The children of indigenous population of Republic of Sakha (Yakutia), irrespective of a racial accessory, are characterized by a complex of morphofunctional features of an organism which are formed on laws of ontogenetic and biology development, and also under influence of the ethnic factor and can be examined in quality differences of children mongoloidy and europeoidy in the age of 7-12 years.

Left-hand lateralisation of hemispheres was revealed among the most of children. But peculiarities of morphofunctional developments of children-mongoloidy in comparison with children-europeoidy concern the tendency mainly right-hand type lateralisation of hemispheres of a brain and ambidexters.

Морфофункциональные особенности организма в настоящее время рассматриваются в качестве одного из показателей индивидуального здоровья человека [5].

Целью данного исследования было выявление морфофункциональных особенностей организма детей 7-12 лет коренного населения Республики Саха (Якутия) в зависимости от расово-этнической принадлежности (монголоиды, европеоиды) и природно-климатических регионов проживания. К коренному населению относили проживающих в республике не менее чем в трех поколениях.

Материал и методы

Для решения поставленной цели и задач было проведено обследование морфофункционального состояния ор-

ганизма 992 детей 7-12 лет коренного населения Республики Саха(Якутия).

В программу комплексного исследования входило выявление антропометрических, функциональных, соматоскопических и конституциональных показателей, вычисление площади поверхности тела, индекса Рорера, индексов пропорциональности, компонентного состава тела. Количественные характеристики компонентов массы тела (мышечной, костной и жировой тканей) рассчитывались по формулам J. Matiegka (1921).

Определение функциональной асимметрии полушарий головного мозга проводилось по методике, основанной на совокупности моторных и сенсорных тестов (Брагина Н.Н., Доброхотова Г.А.,1988).

Данный комплекс методик позволил выявить проявления индивидуальной анатомической изменчивости на морфологическом, функциональном и конституциональном уровнях.

Результаты и обсуждение

Оценка морфофункциональной характеристики организма детей основывалась на использовании расширенной антропометрической методики с использованием 50 показателей в соответствии с требованиями к проведению методико-антропометрических обследований. Сравнительный анализ длиннотных размеров тела детей коренного населения выявил различия в каждой возрастной группе. Так, длина тела у мальчиков-европеоидов превосходила длину тела мальчиков-монголоидов в каждой возрастной группе. В среднем различия от 7 до 12 лет составили 3,6 см ($p < 0,05$). У девочек мы наблюдаем такие же закономерности. Годовой прирост девочек-монголоидов от 7 до 11 лет составил 5,25 см. А у девочек-европеоидов – 3,7 см. Мы наблюдаем активный рост длины тела у детей-монголоидов в период от 10 до 11 лет. Отмечается неодинаковая рос-