

Таблица 1

Показатели качества жизни (шкала SF-36) у больных артериальной гипертензией с высоким и низким порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли (M±SD)

Показатель	Высокий ПВЧПС (n=27)	p	Низкий ПВЧПС (n=23)
Общее состояние здоровья (GH), отн.ед.	53,3±4,6	>0,05	52,6±3,2
Физическое функционирование (PF), отн.ед.	62,5±3,5	<0,05	73,7±2,7
Ролевое физическое функционирование (RP), отн.ед.	43,9±3,3	<0,05	60,0±3,7
Телесная боль (BP), отн.ед.	44,7±2,2	<0,02	59,3±3,5
Жизненная активность (VT), отн.ед.	46,0±4,1	>0,05	47,5±3,8
Социальное функционирование (SF), отн.ед.	48,8±3,6	>0,05	50,7±4,0
Ролевое эмоциональное функционирование (RE), отн.ед.	51,2±3,0	<0,05	55,2±2,2
Самооценка психического здоровья (MH), отн.ед.	59,7± 2,9	>0,05	60,7±3,3
Физическое здоровье (ФКЗ), отн.ед.	48,6±3,2	<0,05	57,5±2,9
Психологическое здоровье (ПКЗ), отн.ед.	51,4±3,2	>0,05	53,5±3,1

Примечание: p – статистическая значимость различий между частотой обнаружения клинических проявлений у больных артериальной гипертензией с высоким и низким порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли.

заклучались в том, что у лиц с высоким ПВЧПС ниже оказались параметры шкал, ответственных за «физический» компонент здоровья. Так, у больных с высоким ПВЧПС показатели шкал PF, RP и BP оказались ниже аналогичных параметров больных с низким ПВЧПС на 15,2% (p<0,05), 26,8% (p<0,05) и 24,6% (p<0,02). Низкие показатели по шкалам, составляющим физический компонент КЖ, свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием больного.

У больных с низкой вкусовой чувствительностью к пова-

ренной соли отмечено также статистически значимое уменьшение (p<0,05) шкалы RE, которая определяет влияние эмоционального состояния на работоспособность, повседневную деятельность. Низкие показатели по данной шкале свидетельствуют, как правило, о наличии выраженных депрессивных и тревожных переживаний.

Таким образом, у больных АГ с низкой вкусовой чувствительностью к поваренной соли отмечается более высокий уровень артериального давления и массы тела, частые кризы, отягощённая наследственность, преобладание в клинической картине таких симптомов, как головные боли, головокружение, тяжесть в голове, утомляемость, раздражительность, плаксивость, кардиалгии, снижение работоспособности и памяти.

У данного контингента больных наблюдается отчётливое снижение качества жизни, выраженное наиболее значительно по таким шкалам, как ролевое физическое и эмоциональное функционирование, боль и физический компонент здоровья.

Следует подчеркнуть, что значительное ограничение потребления поваренной соли, в первую очередь, должно коснуться именно больных АГ с высоким ПВЧПС, что будет важнейшим мероприятием, способным изменить течение заболевания и улучшить прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамович С.Г. Медико-биологическое обоснование применения физических методов лечения у больных гипертонической болезнью пожилого возраста: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2001. – 40 с.
2. Абрамович С.Г., Шербакова А.В., Бархатова Е.В. Вкусовая чувствительность к поваренной соли у здоровых людей и больных гипертонической болезнью // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2004. – №1. – С.12-15.
3. Волков В.С., Романова Н.П., Поселюгина О.Б. Потребление поваренной соли и артериальная гипертензия // Кардиология. – 2003. – №11. – С.36-37.
4. Крупнов Ю.В. Рефлективные практики, инфраструктуры и государственность – основа реконструкции

России // Рефлективные процессы и управление: Тезисы IV Международного симпозиума (7-9 октября 2003). – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. – С.64-67.

5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.

6. Поселюгина О.Б. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных, потребляющих повышенное количество поваренной соли: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Тверь, 2011. – 46 с.

7. Henkin R.J., Gill L.P., Bartter F.C.J. Studies on taste threshold in normal man and in patients with adrenal cortical insufficiency: the role of adrenal cortical steroids and of serum sodium concentration // Clin. Invest. – 1963. – №42. – P.727-735.

Информация об авторах: Абрамович Станислав Григорьевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, 664005, г. Иркутск, ул. 2-я Железнодорожная, д. 4, ЗАО «Клинический курорт Ангара», тел. 89025613540, e-mail: prof.Abramovich@yandex.ru; Семенищева Елена Анатольевна – начальник дирекции медицинского обеспечения филиала ОАО РЖД, главный врач, к.м.н., тел. 8(3952) 64-48-07, факс. (3952)64-48-08, e-mail: market@dkb.irk.ru; Стрежнева Марина Владиславовна – главный врач, тел. 89025102708, e-mail: bvl_rjd@mccirk.ru; Бердницкая Майя Евгеньевна – заведующая неврологическим отделением, тел. 89500779433, e-mail: bvl_rjd@mccirk.ru

© ШЕЛЕХОВА Ю.В., ХРАМЦОВА Н.А., КУКЛИН С.Г., МАРКЕЛОВА В.А. – 2013
УДК 616.33/.342 – 002.44 – 036.1

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Юлия Владимировна Шелехова^{1,2}, Наталья Анатольевна Храмцова¹,
Сергей Германович Куклин¹, Валентина Александровна Маркелова²

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. – д.м.н., проф. С.Г. Куклин; ²Дорожная клиническая больница на станции Иркутск – Пассажирский ОАО «РЖД», гл. врач – к.м.н. Е.А. Семенищева)

Резюме. В работе выявлены и изучены факторы, влияющие на возникновение язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Исследованы особенности течения язвенной болезни желудка и ДПК у лиц напряженного труда. Обследовано 100 человек, страдающих язвенной болезнью. Проведено полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, изучены условия трудовой деятельности больных, наличие вредных привычек, наследственного характера заболевания, а также сопутствующей кардиоваскулярной патологии. Показано, что важными факторами, влияющими на течение язвенной болезни желудка и ДПК, кроме контаминации НР-инфекцией, являются также курение больных, отсутствие регулярного приема пищи, суточный режим работы, трудовая деятельность в напряженных условиях.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

THE ANALYSIS OF NUMBER OF CASES OF STOMACH AND DUODENAL ULCER IN RAILWAY WORKERS

J.V. Shelekhova^{1,2}, N.A. Khrantsova¹, S.G. Kuklin¹, V.A. Markelova²

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Railways Hospital at the Station Irkutsk-Passenger, Russia)

Summary. In the work are revealed and studied the factors, which influence the appearance of ulcer disease of stomach and duodenum. There have been investigated the special features of the course of the ulcer of stomach and duodenum in the persons of the intensive labor. 100 people with stomach ulcer have been observed. There have been conducted complete clinical, laboratory and instrumental investigations, the conditions of the working activity of patients, the presence of harmful habits, hereditary nature of a disease, and associated cardiovascular pathology have also been studied. It has been shown that the important factors, which influence the course of the stomach and duodenum ulcers, besides contamination by HP-infection, are, smoking, the absence of the regular diet, the daily regime of work, work in intensive conditions.

Key words: stomach ulcer, duodenal ulcer.

Проблема язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Высокая распространенность, склонность к затяжному, рецидивирующему течению и экономические потери ставят ее в разряд социальных проблем [3].

Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7-10%). Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди больных с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым [1].

Большой интерес представляет исследование заболеваемости язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в условиях стресса, а точнее у профессиональных групп, трудовая деятельность лиц которых связана с воздействием стресса, например железнодорожных служащих [2].

Этиотропным фактором развития язвенной болезни желудка и ДПК является HP инфекция, однако по данным литературы последних двух десятилетий, успехи, достигнутые в синтезе антибактериальной терапии HP инфекции, проблема лечения язвенной болезни не решена. Отсутствие решения предполагает дополнительные факторы, влияющие на течение данной патологии. В 15-20% язвенный процесс протекает в отсутствии HP инфекции. Причиной возникновения язвы желудка и ДПК являются нарушения вегетативного статуса больного. Более того, пребывание человека в условиях стресса, безусловно, негативно отражается на вегетативном статусе, тем самым риск возникновения язвенной болезни многократно увеличивается. Учитывая специфику нашего лечебного учреждения, где проводилось данное исследование, это обстоятельство играет немаловажную роль – основной контингент ДКБ ВСЖД составляют лица, трудовая деятельность которых связана с влиянием стрессорных факторов – железнодорожные служащие с суточным циклом работы и крайне высокой мерой ответственности в плане безопасности проводимых железнодорожных перевозок.

Цель работы: провести анализ заболеваемости язвенной болезни желудка и ДПК у работников железнодорожного транспорта.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе в период с 2008 по 2012 год на базе отделения гастроэнтерологии НУЗ ДКБ на станции Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД». В исследование было включено 100 больных, из них 42, страдающих ЯБЖ, и 58 – язвенной болезнью ДПК. Из общего числа больных женщин было 18 (18%), мужчин – 82 (82%). Средний возраст составил 39,6±1,3 лет. Все больные, включенные в исследование, являлись работниками сферы железнодорожного транспорта.

Включенные в исследование служащие железнодорожного транспорта были распределены на следующие профессиональные категории: лица, непосредственно участвующие в управлении железнодорожным составом (машинист, помощник машиниста), – 26 человек; руководящий состав железнодорожного транспорта (начальники цехов, депо, бригадиры, мастера) – 14 человек; лица, связанные с обслуживанием железнодорожного транспорта и путей сообщения (электромонтеры, обходчики, слесари и т.д.), – 60 человек.

Диагностика и лечение больных, страдающих ЯБЖ и ДПК, госпитализированных в ДКБ ВСЖД, проводилась по лечебным стандартам, согласно приказам Минздравсоцразвития РФ от 17.09.2007 № 611 и № 612.

При поступлении в стационар у всех больных собирался анамнез заболевания и жизни с заполнением унифицированной анкеты. Руководствуясь целью проводимого исследования, особое внимание уделялось выявлению условий трудовой деятельности больных, наличию вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем, режим питания), наследственного характера заболевания, а также сопутствующей кардиоваскулярной патологии.

Всем больным была выполнена фиброгастроудоденоскопия с забором биопсийного материала из области язвенного дефекта.

Для определения степени тревоги и депрессии выполнено тестирование с использованием Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS) [7].

Оценка кардиоваскулярного риска проводилась по Шкале SCOR (Systematic Coronary Risk Evaluation) [4,5].

После выполнения диагностического стандарта назначена схема противоязвенной терапии согласно стандартам Маастрихт IV [6].

Согласно действию Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», всем больным разъяснена суть лечения, возможные осложнения данного вида лечения, получено письменное согласие на проведение противоязвенной терапии.

Статистическая обработка непосредственных и отдаленных результатов лечения результатов осуществлялось с помощью пакета прикладных программ «BioStat 2009 5.8.3.0.» для персонального компьютера. Для оценки нормальности распределения данных исследуемой группы больных нами использован тест Шапиро-Уилка. Статистически значимых различий данных оценивали по критерию согласия (χ^2). За минимальный порог принимали вероятность $p=0,95$.

Результаты и обсуждение

При анализе эндоскопического исследования отмечено, что средние размеры язвенного дефекта при ЯБЖ составили 0,79±0,68 см по длине и 0,69±0,60 см по ширине. При локализации в ДПК, длина язвенного процесса равнялась 0,56±0,26 см, ширина 0,46±0,23 см.

Контаминация желудка и ДПК HP диагностирована у 57 (57%) больных, тогда как в 43 (43%) случаях HP не выявлен. Сроки рубцевания язвенного дефекта при ЯБЖ составили 15,5±5,3 дней, и при язвенной болезни ДПК – 10,4±2,9 дней. В 11 (11%) случаях в ходе лечения не удалось достигнуть рубцевания язвенного процесса в ходе госпитализации. Из них 6 больных (54,5%) страдали ЯБ ДПК, 5 (45,4%) – ЯБ желудка. Необходимо отметить, что из них у 5 больных не была верифицирована HP инфекция. В данной категории больных это количество соответствует 45,4%.

При анализе контаминации HP в профессиональных категориях больных отмечено: у лиц, непосредственно участвующих в управлении железнодорожного состава, контаминация отсутствовала у 18 из 26, руководящего состава – 8 больных из 14. Лиц, связанных с обслуживанием железнодорожного транспорта и путей сообщения, – 17 больных из 60. Так, как указанные поременные в группе исследования не подчиняются нормальному распределению, статистическую

значимость различий данных оценивали по критерию согласия (χ^2).

Согласно статистическим расчетам, в группе железнодорожных служащих, непосредственно принимающих участие в управлении железнодорожным составом (машинисты, помощники машинистов), статистически значимо установлено течение язвенной болезни при отсутствии контаминации НР ($p < 0,01$; $\chi^2 = 5,68$), тогда как в группе руководящего ($p > 0,1$ $\chi^2 = 0,99$) и обслуживающего персонала железнодорожного транспорта ($p > 0,1$ $\chi^2 = 2,44$) этот критерий не является статистически значимым.

У подавляющего большинства больных, страдающих ЯБЖ и ДПК, установлен факт длительного курения 70 (70%) больных, с высоким показателем пачка-лет – $20,8 \pm 12,6$ лет, при среднем возрасте больных $39,6 \pm 1,3$ лет.

Во всех анализируемых случаях (100%) у больных отсутствовал регулярный прием пищи, что, несомненно, ассоциировано с особенностями профессиональной деятельности у данной категории больных.

При анализе наследственности больных выявлено, что у 3 (3%) больных язвенной болезнью ДПК страдали родители, в 97% случаев наследственного характера заболевания не установлено.

У 89% больных имелся суточный ритм работы, сопряженный со значительным физическим трудом, как в дневное, так и в ночное время суток.

25% больных трудовую деятельность связывают с пребыванием в течение суточного дежурства в условиях непогоды (обходчик, монтер путей).

Согласно данным опроса унифицированной анкеты алкоголь не употребляют 32% респондентов, 68% факт приема алкоголя не отрицают.

Отмечена низкая частота сердечно-сосудистой патологии – артериальной гипертензия диагностирована у 3 больных. Сахарным диабетом страдал 1 больной. Высокий риск по Score был установлен у 31% мужчин с длительным стажем курения. Низкий риск по Score (менее 5%) зафиксирован у

69% больных.

Среди традиционных факторов сердечно-сосудистого риска наибольший удельный вес составили: курение – 67%, дислипидемии – 43% (средний уровень общего холестерина $6,1 \pm 1,09$ ммоль/л), избыточная масса – 37% (индекс массы тела $29,4 \pm 4,4$).

Уровень тревоги у больных, работающих в сфере железнодорожного транспорта, достигает $5,1 \pm 3,5$, уровень депрессии – $3,5 \pm 2,5$ баллов (при максимальном количестве баллов 10), что свидетельствует о незначительном нарушении психологического статуса больных.

Таким образом, важными факторами, влияющими на течение язвенной болезни желудка и ДПК, у лиц, работающих в сфере железнодорожного транспорта, являются профессиональная принадлежность больного – лица, непосредственно участвующие в управлении поездов (машинисты, помощники машинистов). В связи с этим фактом, возникновение и развитие язвенной болезни у данной категории служащих, обусловлено не наличием хеликобактерной инфекции, а факторами стресса, связанными с профессиональной деятельностью.

Кроме того, курение больных, отсутствие регулярного приема пищи, суточный режим работы, трудовая деятельность в напряженных условиях и прием алкоголя также оказывают влияние на развитие язвенной болезни.

Наследственный фактор не играет существенной роли в возникновении ЯБ желудка и ДПК у данной категории больных.

Эти факторы играют значительную роль в результатах течения и лечения ЯБ желудка и ДПК, что подтверждается резистентностью заболевания к стандартной схеме противоязвенной терапии у 11% больных.

Хотя в группе исследованных больных нами отмечен низкий уровень сердечно-сосудистой патологии, однако, выявленный высокий уровень факторов риска данной патологии в последующем может привести к увеличению сердечно-сосудистой заболеваемости в среде работников железнодорожного транспорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вавилов А.М. Концепция этиопатогенеза язвенной болезни // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2005. – №19. – С.22-24.
2. Клинические вопросы железнодорожной медицины: Рук-во по железнодорожной медицине / Под ред. А.З. Цфасман. – М., 1993. – Т. 3. – 270 с.
3. Лапина Т.Л. Рекомендации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – №1. – С.105-107.
4. Оганов Р.Г., Бойцов С.А., Агеев Ф.Т. и др. Национальные

рекомендации по сердечно-сосудистой профилактике. Разработаны комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10. №6. Прил. 2. – С.10-23.

5. Conroy R.M., Pyorala K, Fitzgerald A.P., et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project // Eur Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P.987-1003.

6. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C.A., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht IV/ Florence Consensus Report // Gut. – 2012. – Vol. 61. №5. – P.646-664.

7. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr.Scand. – 1983. – Vol. 67. – P.361-370.

Информация об авторах: Шелехова Юлия Владимировна – аспирант, врач-гастроэнтеролог: 664005, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Боткина, 10, Тел. (3952) 638-524, e-mail: shelehova.yul@yandex.ru; Храмцова Наталья Анатольевна – доцент кафедры, д.м.н.; Куклин Сергей Германович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Маркелова Валентина Александровна – заведующая гастроэнтерологическим отделением.

© БАРДЫМОВА Т.П. БЕРЕЗИНА М.В., МИХАЛЕВА О.Г. – 2013
УДК [616.379 – 008.64:616 – 008.9] – 036.22 (571.53 – 2)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В Г. ИРКУТСКЕ

Татьяна Прокопьевна Бардымова^{1,2}, Марина Витальевна Березина¹, Оксана Григорьевна Михалева¹
(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра эндокринологии, зав. – д.м.н., проф. Т.П. Бардымова; ²Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, директор – чл.-корр. РАМН, проф. Л.И. Колесникова, лаборатория эндокринологии, зав. – д.м.н., проф. Т.П. Бардымова)

Резюме. В России, как и в других странах, продолжается прогрессирующее нарастание распространенности сахарного диабета. Основную часть больных сахарным диабетом (95%) составляют лица с сахарным диабетом 2 типа. Многочисленные исследования подтверждают тесную связь между ожирением и сахарным диабетом 2 типа. В статье представлены данные по распространенности сахарного диабета и его осложнений в г. Иркутске, также представлена распространенность и структура ожирения и избыточной массы тела у больных сахарным диабетом в г. Иркутске.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, ожирение, избыточная масса тела.