

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРФОРАЦИЮ ЯЗВЫ

Л.А. Любская, И.Ю. Колесникова, С.А. Масюков
ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России

Контакты: Ирина Юрьевна Колесникова fatco@tvcom.ru

Цель исследования – сопоставление клинических проявлений, особенностей течения и психологического статуса больных при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) с перфорацией язвы в анамнезе и неосложненным течением заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 113 больных ЯБДК, в 1-ю группу вошел 61 пациент с неосложненным течением ЯБДК, во 2-ю – 52 больных с перфорацией язвы в анамнезе. Группу сравнения составили 20 больных, перенесших лапаротомию. Выполнялись клиническое обследование, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), суточная рН-метрия, изучение психологического статуса.

Результаты. При неосложненной ЯБДК у 75 % больных наблюдался классический болевой синдром. До перфорации болевой и диспепсический синдромы различались только значимо меньшей выраженностью во 2-й группе, после перфорации болевой синдром регистрировался чаще, был более обширным, не связанным с едой, сходным с таковым у больных со сниженным аппетитом, перенесших лапаротомию (36,5 %). При ЭГДС осложненное течение сопровождалось значимо большей частотой эрозивного эзофагита (21,2 %), гастрита (51,9 %), дуоденита (25,0 %), множественными язвами (28,8 %), более крупными размерами язв. При суточной рН-метрии выраженность гиперацидности во 2-й группе была выше, а циркадные колебания интрагастрального показателя рН – менее выраженными, чем при неосложненном течении заболевания. Выявлена большая частота встречаемости тревожно-депрессивных изменений у больных, перенесших перфорацию язвы.

Заключение. При осложненном течении ЯБДК выраженная монотонная гиперацидность обуславливает распространенные эрозивно-язвенные повреждения гастродуоденальной зоны при относительно слабом болевом синдроме, поздней обращаемости, длительном рубцевании язвы. После перфорации с последующим ушиванием болевой и диспепсический синдромы у пациентов становятся более отчетливыми, что ассоциировано с тревожно-депрессивными изменениями психологического статуса, более ранней обращаемостью и уменьшением сроков рубцевания.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфорация, болевой синдром

THE CLINICAL MANIFESTATIONS AND COURSE OF DUODENAL ULCER DISEASE AFTER PERFORATED ULCER

L.A. Lyubskaya, I. Yu. Kolesnikova, S.A. Masyukov
Tver State Medical Academy, Ministry of Health of Russia

Objective: to compare clinical manifestations, course, mental status in duodenal ulcer (DU) patients with a history of perforated ulcer and its uncomplicated course.

Subjects and methods. One hundred and thirteen patients with DU were examined. Group 1 included 61 patients with uncomplicated DU and Group 2 comprised 52 patients with a history of perforated ulcer. A comparison group consisted of 20 patients who had undergone laparotomy. Physical and mental status examinations, esophagogastroduodenoscopy (EGDS), and 24-hour pH-metry were performed.

Results. Classical pain syndrome was observed in 75 % of the patients with uncomplicated DU. Prior to perforation, the pain and dyspeptic syndromes were distinguished only by a significantly lower degree in Group 2; following perforation, the pain syndrome was recorded more frequently, it was more extensive, meal-unrelated, and similar to that in the patients who had undergone laparotomy and had diminished appetite (36.5 %). EGDS showed that the complicated course was accompanied by the significantly higher incidence of erosive esophagitis (21.2 %), gastritis (51.9 %), duodenitis (25.0 %), multiple ulcers (28.8 %), and larger ulcers. 24-hour pH-metry indicated that the level of hyperacidity in Group 2 was higher and the circadian intragastric pH variations were less marked than those in uncomplicated DU. The patients with a history of perforated ulcer showed a high rate of anxiety and depressive changes.

Conclusion. In complicated DU, marked monotonic hyperacidity causes common erosive-ulcerative lesions in the gastroduodenal area in relatively mild pain syndrome, late referrals, and long-term ulcer healing. After perforation followed by wound closure, the pain and dyspeptic syndromes become more pronounced, which is associated with anxiety and depressive changes in the mental status, as well as with early referrals and less healing time.

Key words: duodenal ulcer, perforation, pain syndrome

Введение

Существующие в настоящее время стандарты диагностики и лечения в гастроэнтерологии не предполагают различий в диагностике и лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), перенесших перфорацию дуоденальной язвы и без таковой [1, 2]. Вместе с тем пациенты с перфорацией нередко отличаются от пациентов с неосложненным течением ЯБДК по характеристикам болевого синдрома, частоте рецидивов [3], психологическому статусу [4].

Цель настоящего исследования – сопоставление клинических проявлений, особенностей течения и психологического статуса больных ЯБДК при перфорации язвы в анамнезе и при неосложненном течении заболевания.

Материалы и методы

Обследованы 113 больных ЯБДК в фазе рецидива, подтвержденной эндоскопически (мужчин – 104, женщин – 9; от 18 до 45 лет; средний возраст $36,5 \pm 2,6$ года). Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошел 61 пациент с неосложненным течением ЯБДК (мужчин – 56, женщин – 5; средний возраст $34 \pm 1,9$ года); критерии включения: язвенный анамнез не менее 1 года, отсутствие любых осложнений ЯБДК. Во 2-ю группу вошли 52 больных с перфорацией язвы в анамнезе (мужчин – 48, женщин – 4; средний возраст $37 \pm 2,5$ года; $p > 0,05$); критерии включения: время, прошедшее с момента перфорации (не менее 1 года), отсутствие любых оперативных вмешательств (кроме ушивания язвы). В 1-й группе *Helicobacter pylori*-позитивными были 53 (86,9 %) пациента, а во 2-й – 41 (78,8 %) больной ($p > 0,05$). Все больные получали стандартную противоязвенную терапию (дженерики омепразола, 40 мг в сутки; *Helicobacter pylori*-позитивные – эрадикационную схему, наиболее часто – омепразол, флемоксин солютаб 2000 мг в сутки и кларитромицин 1000 мг в сутки на протяжении 10 дней).

В качестве группы сравнения для сопоставления особенностей болевого и диспепсического синдромов обследовано 20 больных, перенесших 1 год и более назад верхне- или среднесрединную лапаротомию без резекции желудка или гастрэктомии. Мужчин было 17, женщин – 3, средний возраст $36 \pm 2,3$ года ($p > 0,05$). Среди них 13 пациентам выполнялась ревизия органов брюшной полости после проникающего ранения или тупой травмы живота, 5 – в детском возрасте по поводу кишечной непроходимости (инвагинация) и синдрома Ледда, 2 – пластика грыжи белой линии живота.

Работа одобрена этическим комитетом ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России. Получено информированное согласие пациентов на обработку персональных данных.

Всем больным выполнялось клиничко-инструментальное обследование. Во 2-й группе болевой и диспепсический синдромы оценивались в текущий момент времени и ретроспективно (до перфорации). Проводилась эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС), изучались данные суточного интрагастрального мониторирования pH с использованием аппарата «Гастроскан-24» (ЗАО НПП «Исток-Система», г. Фрязино, Московская область) до назначения антисекреторных препаратов. Все пациенты заполняли сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) [5, 6], для оценки депрессии изучалась разность значений показателей по 2-й и 9-й шкалам (индекс «2–9»); для оценки тревоги – разность значений показателей по 7-й и 9-й шкалам (индекс «7–9»). Для индексов «2–9» и «7–9» значения ниже 0 принимались за норму, от 0 до 10 – легкая депрессия/тревога, от 11 до 20 – выраженная депрессия/тревога, от 21 и выше – значительно выраженная депрессия/тревога.

Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи компьютерных программ Statistica 5.0 for Windows, Excel for Windows XP Professional. При нормальном распределении признака рассчитывались параметрические критерии – среднее (M, P), стандартная ошибка (m, p), при ненормальном – непараметрические (критерий χ^2). Статистически значимыми считались различия между группами при уровне безошибочного прогноза более 95 % ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Анализ болевого и диспепсического синдромов в динамике у больных ЯБДК, перенесших перфорацию язвы с последующим ушиванием, позволил выявить весьма интересные факты (табл. 1). Так, клинические проявления ЯБДК до перфорации и у пациентов с благоприятным течением заболевания различались лишь количественно, преимущественно за счет тех 27 % пациентов, которые не испытывали болей вовсе. В остальном отмечалось значительное сходство – преобладание локализованных в эпигастрии, преимущественно «голодных» болей, изжоги. Также в целом отмечалась меньшая интенсивность болей во 2-й группе до перфорации. Обращала на себя внимание близкая частота рецидивов в течение года между группами при значительной ошибке среднего во 2-й группе, отражающей выраженный разброс значений данного показателя. В действительности у 14 (26,9 %) пациентов перфорация язвы развилась на фоне субъективного благополучия, и эти больные никогда не обращались ранее к врачу по поводу жалоб со стороны пищеварительного тракта. В то же время у 9 (17,3 %) пациентов течение заболевания характеризовалось упорным болевым и диспепсическим синдромами, частыми рецидивами (до 3 раз в год), что отражает клиничко-патогенетиче-

Таблица 1. Болевой и диспепсический синдромы при ЯБДК и после абдоминальных органосохраняющих оперативных вмешательств, n (%), M ± t

Показатель		Течение ЯБДК			Больные после лапаротомии, n = 20
		неосложненное, n = 61	осложненное перфорацией, n = 52		
			до перфорации	после перфорации	
Локализация боли	Эпигастрий	59 (96,7)	37 (71,2)*	44 (84,6)	15 (75,0)
	Правое подреберье	7 (11,5)	4 (7,7)	7 (13,5)	4 (20,0)
	Левое подреберье	5 (8,2)	3 (5,8)	4 (7,7)	4 (20,0)
	Мезогастрий	0	1 (1,9)	7 (13,5)	5 (25,0)
Связь боли с едой	Натощак	46 (75,4)	18 (34,6)*	18 (34,6)*	6 (30,0)
	После еды	9 (14,8)	4 (7,7)	20 (38,5)*	9 (45,0)
	Нет связи	4 (6,6)	3 (5,8)	8 (15,4)	5 (25,0)
Интенсивность боли	Нет	2 (3,3)	14 (26,9)*	6 (11,5)	4 (20,0)
	Слабая	17 (27,9)	22 (42,3)	18 (34,6)	12 (60,0)
	Умеренная	22 (36,1)	15 (28,8)	23 (44,2)	4 (20,0)
	Интенсивная	20 (32,8)	1 (1,9)*	5 (9,6)*	0
«Тяжесть» в эпигастрии		16 (26,2)	14 (26,9)	24 (46,2)*	10 (50,0)
Тошнота		24 (39,3)	10 (19,2)	15 (28,8)	2 (10,0)
Изжога		52 (85,2)	46 (88,5)	48 (92,3)	3 (15,0) [#]
Снижение аппетита		3 (5,9)	2 (3,8)	19 (36,5)*	2 (10,0) [#]
Частота рецидивов в год		0,9 ± 0,12	0,8 ± 0,34	1,1 ± 0,11	—
Средняя продолжительность рецидива, дней		9,8 ± 0,87	15,2 ± 0,38**. ¹	13,0 ± 0,50**	—

Примечание. * — различие между осложненным и неосложненным вариантами течения ЯБДК по данному показателю статистически значимо ($p_{\chi^2} < 0,05$); ** — различие между осложненным и неосложненным вариантами течения ЯБДК по данному показателю статистически значимо ($p < 0,05$); [#] — различие между осложненным течением ЯБДК и группой больных после лапаротомии по данному показателю статистически значимо ($p < 0,05$; $p_{\chi^2} < 0,05$); ¹ — средняя продолжительность рецидива у 38 больных с манифестным течением ЯБДК.

скую неоднородность рассматриваемой группы. У больных, позднее перенесших перфорацию язвы, средняя продолжительность рецидива была значимо больше, чем при неосложненном течении. Возможно, это связано с меньшей интенсивностью болевого синдрома и более поздней обращаемостью за медицинской помощью.

Болевой и диспепсический синдромы через 1 год и более после ушивания перфоративной язвы существенно изменились. Более чем вдвое уменьшилось число пациентов, не испытывающих боли. Болевой синдром в значительной мере приобрел черты атипичного: широкая иррадиация болей (мезогастрий, подреберья), более чем у трети — постпрандиальные боли, существенно возросла доля больных с интенсивной болью, хотя оставалась значительно меньшей, чем при неосложненном течении ЯБДК. Кроме того, наряду с привычной изжогой появились жалобы на «тяжесть» в эпигастрии — почти у половины боль-

ных, снижение аппетита — у трети пациентов с осложненным течением. В целом болевой и диспепсический синдромы у больных ЯБДК, перенесших перфорацию язвы с последующим ушиванием, были весьма схожи с таковыми у пациентов с лапаротомией в анамнезе. Можно предположить, что спаечная болезнь брюшной полости, развивающаяся после ушивания язвы, накладывает свой отпечаток на особенности клинических проявлений ЯБДК. Представляется важным, что после перфорации частота рецидивов ЯБДК несколько увеличилась, тогда как их продолжительность значимо уменьшилась. По-видимому, объяснением столь разнонаправленных изменений может служить динамика болевого и диспепсического синдромов. Уменьшение малосимптомных вариантов течения ЯБДК и новые неприятные ощущения способствовали более раннему обращению (частота рецидивов почти в 1,5 раза выше, чем до перфорации) и, соответственно, уменьшению сроков рубцевания язвенного дефекта.

Таблица 2. Эндоскопическая картина у больных, перенесших перфорацию ЯБДК и без таковой, n (%)

Показатель		Течение ЯБДК	
		неосложненное, n = 61	осложненное перфорацией, n = 52
Изменение слизистой оболочки пищевода	Катаральный эзофагит	14 (22,9)	26 (50,0)*
	Эрозивный эзофагит	4 (6,6)	11 (21,2)*
Эрозивный гастрит		16 (26,2)	27 (51,9)*
Эрозивный дуоденит		6 (9,8)	13 (25,0)*
Количество язвенных дефектов	1 язва	56 (91,8)	37 (71,2)*
	2 и более язв	5 (8,2)	15 (28,8)*
Средний размер язвенного дефекта, мм		5,2 ± 0,31	6,9 ± 0,11**

Примечание. * – различие между вариантами течения ЯБДК по данному показателю статистически значимо ($p_{\chi^2} < 0,05$); ** – различие между вариантами течения ЯБДК по данному показателю статистически значимо ($p < 0,05$).

При ЭГДС поражение слизистой оболочки пищевода у больных 2-й группы встречалось существенно чаще, чем в 1-й группе (табл. 2). При этом катаральный эзофагит в группе с осложненным течением регистрировался вдвое, а эрозивный эзофагит – почти втрое чаще, чем у пациентов с доброкачественным течением заболевания. Очевидно, выраженное и частое повреждение слизистой пищевода у больных с осложненным течением ЯБДК является причиной высокой выявляемости такого симптома, как изжога. Эрозивный гастрит и дуоденит (плоские эрозии) достоверно чаще выявлялись в группе пациентов с перфорацией в анамнезе, чем при неосложненном течении ЯБДК. Кроме того, при осложненном течении ЯБДК чаще отмечались множественные и крупные язвенные дефекты слизистой оболочки, тогда как при неосложненном – одиночные язвенные поражения меньших размеров. У больных с перфорацией в анамнезе значимо чаще выявлялась локализация язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки.

У больных ЯБДК с перфорацией в анамнезе были зарегистрированы более низкие значения pH в теле желудка как в среднем за сутки, так и в дневные и ночные часы по сравнению с неосложненным течением заболевания (табл. 3). Кроме того, если в 1-й группе дневная продолжительность гиперацидности была значимо короче ночной, то при осложненном течении ЯБДК наблюдалась выраженная и монотонная гиперацидность, т. е. отсутствие колебаний pH в течение суток, что может объяснять маловыраженный болевой синдром.

В антральном отделе желудка у пациентов обеих групп отмечена декомпенсация ощелачивания, однако между группами выявлены существенные различия. При неосложненном течении заболевания продолжительность закисления в течение суток не различалась, но средний ночной pH был достоверно выше среднего

дневного. Это свидетельствует о тяжелых нарушениях антрального ощелачивания при сохранении нормальной циркадной динамики антральной кислотности. У больных с перфорацией язвы в анамнезе гиперацидность в антруме была в целом тяжелее. Кроме того, дневное и ночное значения pH в этой группе больных значимо не различались, зарегистрировано достоверное увеличение продолжительности декомпенсации ощелачивания в ночное время. Иначе говоря, суточная динамика антрального показателя pH при осложненном течении ЯБДК была аномальной – снижение ощелачивания с катастрофическим закислением в ночное время. У больных ЯБДК с перфорацией язвы в анамнезе отмечено угнетение дуоденогастрального рефлюкса, в особенности в ночное время, что может способствовать выраженной и стойкой декомпенсации антрального ощелачивания в этой группе.

При анализе данных СМОЛ в 1-й группе легкая степень депрессии выявлена у 8 (13,1 %) больных, средняя – у 2 (3,3 %), тяжелой депрессии не зарегистрировано ни в одном случае. Во 2-й группе также не было обнаружено тяжелой депрессии, легкая степень депрессии выявлена у 24 (47,1 %; по отношению к 1-й группе $p_{\chi^2} < 0,05$), а среднетяжелая – у 6 (11,8 %; по отношению к 1-й группе $p_{\chi^2} > 0,05$) больных. Тревога легкой и средней степени зарегистрирована у 10 (16,4 %) и 3 (4,9 %) больных 1-й группы соответственно. Во 2-й группе выявлено 22 (42,3 %; по отношению к 1-й группе $p_{\chi^2} < 0,05$) пациента с легкой тревогой, 8 (15,4 %; по отношению к 1-й группе $p_{\chi^2} > 0,05$) – со среднетяжелой и 2 (3,8 %; по отношению к 1-й группе $p_{\chi^2} > 0,05$) – с выраженной тревогой.

Заключение

Таким образом, выявлены важные различия в особенностях клинических проявлений и течения ЯБДК у пациентов, перенесших перфорацию язвы с после-

Таблица 3. Показатели рН и дуоденогастрального рефлюкса у больных в зависимости от варианта течения ЯБДК ($M \pm m$, $P \pm p$)

Показатель		Течение ЯБДК	
		неосложненное, $n = 61$	осложненное перфорацией, $n = 52$
рН тела желудка	средний	$2,0 \pm 0,07$	$1,6 \pm 0,06^*$
	день	$2,1 \pm 0,06$	$1,6 \pm 0,06^*$
	ночь	$1,8 \pm 0,05^{\#}$	$1,6 \pm 0,05$
Длительность рН < 1,6 в теле желудка, %	средняя	$64 \pm 2,4$	$77 \pm 2,3^*$
	день	$60 \pm 1,9$	$76 \pm 2,2^*$
	ночь	$70 \pm 1,4^{\#}$	$79 \pm 1,8^*$
Длительность с рН < 2,0 в антруме, %	средняя	$56 \pm 2,2$	$69 \pm 1,9^*$
	день	$57 \pm 2,1$	$64 \pm 2,4^*$
	ночь	$53 \pm 2,7$	$73 \pm 2,5^{*.\#}$
Продолжительность дуоденогастрального рефлюкса, %	средняя	$25 \pm 1,7$	$8 \pm 0,9^*$
	день	$19 \pm 1,5$	$10 \pm 1,1^*$
	ночь	$27 \pm 1,9$	$8 \pm 0,9^*$

Примечание. * – различие между вариантами течения ЯБДК по данному показателю статистически значимо ($p < 0,05$); # – различие между дневным и ночным значением в пределах своего варианта статистически значимо ($p < 0,05$).

дующим ушиванием. У обсуждаемых больных высокая и монотонная гиперацидность как в теле желудка, так и в антральном отделе способствует, с одной стороны, стертому, невыраженному болевому синдрому. С другой – более агрессивному течению заболевания с деструктивными осложнениями, более крупными язвенными дефектами.

В то же время перенесенное оперативное вмешательство существенно изменяет как особенности болевого и диспепсического синдромов, так и, очевидно, психологический статус пациентов. Симптоматика спаечной болезни брюшной полости наряду с тревожно-депрессивными расстройствами существенно уменьшает долю бессимптомных больных, что способствует более ранней обращаемости к врачу и уменьшению сроков рубцевания язвенного дефекта, хотя последние значимо отличаются от таковых в группе с неосложненным течением заболе-

вания. Можно предположить, что включение в комплекс лечебных мероприятий терапии спаечной болезни, коррекция актуального психического статуса способны существенно уменьшить абдоминальный дискомфорт при осложненном течении ЯБДК.

Следовательно, пациенты с перфорацией ЯБДК в анамнезе имеют выраженные клиничко-патогенетические особенности как до перфорации язвы, так и после этого. В определенной степени перфорация с последующим ушиванием приводит к патоморфозу заболевания, более манифестному течению и повышению настороженности пациентов к испытываемым неприятным ощущениям. Вместе с тем значимые тревожно-депрессивные расстройства могут ухудшать комплаенс и социальную адаптацию пациентов, вторично снижать качество их жизни, что нуждается в дополнительном изучении.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-е Московское соглашение) приняты X съездом НОГР 5 марта 2010 года. Эксперт клин гастроэнтерол 2010;(5):113–8.
2. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология: клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. М.: ФГУП ИПЦ «ФИНПОЛ», 2005.
4. Утешев Н.С. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами. Хирургия. Журн им. Н.И. Пирогова 2003;(12):48–51.
5. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многопрофильного исследования личности: учебное пособие. М.: Медицина, 1976.
6. Рутгайзер Я.М. Возможности использования клиничко-психологических методов в гастроэнтерологии. Рос журн гастроэнтерол, гепатол, колопроктол 1997;7(6):38–45.