

## ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ СОЧЕТАННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Степанищев Л. А., Сарсенбаева А. С., Фаттахова Н. В.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

454014, г. Челябинск, ул. Ворошилова, 35а, кв. 45

Тел. +7 (912) 40-03-401

E-mail: natta1971@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

*Цель исследования:* определить влияние коморбидных заболеваний и факторов риска на развитие сочетанной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

*Материалы и методы.* Проведено обследование 250 пациентов с обострением язвенной болезни. Пациенты были распределены в 3 группы наблюдения в зависимости от локализации язвенного процесса. У всех обследованных проводилось анкетирование, уточнялись сведения о наследственной отягощенности, курении, употреблении алкоголя, наличии соматических заболеваний, изучались клинико-морфологические проявления язвенной болезни.

*Результаты.* Язвенная болезнь (ЯБ) желудка характерна для женщин (72,1%) и развивается преимущественно в возрасте от 45 до 59 лет (60,3%). Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) страдают преимущественно мужчины (76,3%), дебют приходится в большинстве случаев на возраст от 18 до 44 лет (79,1%). Сочетанное язвенное поражение желудка и ДПК чаще встречается у лиц мужского пола (61,2%), первично вовлекается в процесс ulcerogenesis ДПК в основном в возрасте от 30 до 44 лет (64,2%), присоединение язвенного поражения желудка произошло у 38,8% пациентов в течение 16 и более лет. При анализе факторов риска у больных с сочетанной язвенной болезнью желудка и ДПК на фоне наличия или отсутствия специфичного для данной категории пациентов фона из таких коморбидных заболеваний, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и распространенный остеохондроз, выявлено, что большая распространенность курения (100%), а также употребление (50%) и чрезмерное употребление (50%), алкоголя характерны именно для пациентов, имеющих высокую коморбидность (сочетание трех вышеуказанных нозологий).

*Заключение.* Наибольший интерес в плане возможной связи с формированием сочетанной язвенной болезни желудка и ДПК представляют ИБС, ХОБЛ и остеохондроз, а основными факторами риска являются курение, чрезмерное употребление алкоголя, отягощенная наследственность.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь; коморбидные заболевания; факторы риска

### SUMMARY

*Research objective:* to define influence of the comorbidity diseases and risk factors of development of the combined peptic ulcer of a stomach and duodenum.

*Materials and methods.* As a result of carried-out poll and inspection 250 patients with an exacerbation of a peptic ulcer were surveyed. Patients were distributed in 3 groups of observation depending on localization of ulcerative process. At all surveyed questioning was carried out, data on hereditary load, smoking, alcohol intake, existence of somatopathies were specified, clinic-morphological implications of a peptic ulcer were studied.

*Results.* The peptic ulcer of a stomach is characteristic for women (72.1%) and develops mainly aged from 45 till 59 years (60.3%). Peptic ulcer of duodenum men (76.3%) suffer mainly, the debut is the share in most cases of age from 18 to 44 years (79.1%). The combined canker of a stomach and duodenum meets at males (61.2%) more often, is initially involved in process ulcerogenesis by duodenum generally aged from 30 till 44 years (64.2%), accession of a canker of a stomach happens is delayed (at 38.8% within 16 and more years).

In the analysis of risk factors at patients with the combined peptic ulcer of a stomach and duodenum depending on existence or absence specific to this category of patients of a background from such comorbidity diseases as IBS, HOBL and widespread osteochondrosis taped that larger prevalence of smoking (100%) and as the use (50%) and the excessive use (50%), alcohol are characteristic for the patients having a high comorbidity (a combination of three above nosologies).

*Conclusion.* The greatest interest in respect of possible communication with formation of the combined peptic ulcer of a stomach and duodenum is represented by IBS, HOBL and osteochondrosis. And major factors of risk were smoking, the excessive alcohol intake, the burdened heredity.

**Keywords:** peptic ulcer; comorbidity diseases; risk factors



**Я**звенная болезнь (ЯБ) — хроническое заболевание с полициклическим течением, характеризующееся возникновением язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка и/или двенадцатиперстной кишки и, как правило, возникающее на фоне гастрита, вызванного инфекцией *H. pylori* [1].

По данным многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в различных странах, можно утверждать об устойчивом росте заболеваемости, инвалидизации и смертности от данной патологии [1; 2].

ЯБ представляет собой мультифакторное заболевание, в развитии которого играют роль и внешнесредовые причины развития язвенного дефекта, такие как курение, профессиональная вредность, инфекция *H. pylori*, социально-экономический статус человека, и внутренние факторы — наследственность, пол, возраст пациента, сопутствующая патология. В последние десятилетия появляется все больше публикаций, посвященных не только изучению в развитии язвенной болезни роли *H. pylori*-инфекции, но и изучению факторов риска развития данного заболевания, что важно для оптимизации первичной профилактики ЯБ и своевременного выявления первичных форм заболевания [3].

Несомненно, важную проблему в практике врача представляет сочетанная ЯБ с локализацией язвы одновременно в желудке и в двенадцатиперстной кишке, при этом не изучены факторы риска развития этого сочетанного процесса, а также их взаимодействие для прогнозирования развития вышеупомянутой патологии у пациентов с коморбидными заболеваниями (КЗ), проживающими в крупном промышленном городе.

На современном этапе развития медицины важна интегральная оценка состояния пациента, и среди наиболее актуальных задач практического здравоохранения в группе терапевтических заболеваний выделяется проблема диагностики, терапевтической тактики и медицинского прогноза при полиморбидной патологии. Термин «коморбидность» (от лат. со — вместе, morbus — болезнь) используется для описания двух и более патологических синдромов или заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени [4].

Коморбидная отягощенность больных повышает затраты на диагностику и лечение заболеваний, увеличивает время пребывания в стационаре, часто выступает причиной непрофильной госпитализации больных, утяжеляет течение болезни, способствует полиорганной недостаточности. Коморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни и увеличивает вероятность летального исхода [5].

В связи с этим вопрос влияния КЗ и факторов риска на развитие ЯБ и течение заболевания актуален.

*Цель исследования* — определить влияние коморбидных заболеваний и факторов риска на развитие сочетанной язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенного анкетного опроса и исследования, которое было организовано по типу «случай-контроль», было обследовано 250 пациентов с обострением ЯБ, поступивших на обследование и лечение в специализированные отделения четырех стационаров Челябинска.

В зависимости от локализации язвенного поражения все пациенты были распределены в 3 группы наблюдения: I группу наблюдения составили 68 человек с ЯБ желудка, II группа была представлена пациентами с локализацией язвенного процесса в ДПК (115 человек), а III группа — с сочетанным поражением желудка и ДПК (67 человек).

У всех обследованных проводилось анкетирование с использованием авторской компьютерной программы «Выявление больных с патологией желудочно-кишечного тракта» (Свидетельство о государственной регистрации № 2011618541 Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам), уточнялись сведения о наследственной отягощенности, курении, употреблении алкоголя, изучались клинико-морфологические проявления ЯБ, наличие соматических заболеваний. Оценивались такие факторы, как курение, употребление алкоголя, а также хронические соматические заболевания, рассматриваемые нами как коморбидные, предшествующие началу развития заболевания, воздействие и его стаж.

Результаты исследований обработаны на ПЭВМ с использованием пакета прикладных программ *Statistica 6.0 for Windows*, методами непараметрической статистики. Для анализа количественных данных вычислялись медиана, границы 95%-го доверительного интервала медианы. Анализ различия частот проводился с использованием критерия  $\chi^2$ , а также путем проверки нулевой статистической гипотезы о равенстве относительных частот в двух популяциях. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение пациентов по возрасту характеризовалось преобладанием в 1-й и 3-й группах лиц 45 лет и старше (86,6 и 95,4% соответственно), тогда как среди пациентов с ЯБ ДПК на вышеуказанную возрастную категорию приходилось лишь 38,3%, а наиболее многочисленными были возрастные группы от 30 до 44 лет (35,6%) и от 20 до 29 лет (26,1%). Распределение по полу в сравниваемых группах также статистически значимо отличалось. Группу пациентов с ЯБ желудка на 72,1% составили женщины, а во 2-й и 3-й группах абсолютное

большинство было представлено лицами мужского пола (76,5 и 61,2% соответственно).

Стаж заболевания в группах наблюдения значительно колебался — от 2 до 35 лет. Наряду с тем, что в 1-й и 2-й группах обращало на себя внимание большое количество случаев вновь выявленной патологии (66,2 и 42,6% соответственно), лишь у 14,7% с ЯБ желудка и у 40,0% с ЯБ ДПК стаж заболевания составил 10 лет и более. Среди пациентов с сочетанным язвенным поражением желудка и ДПК вновь выявленных случаев заболевания не было, а лиц со стажем заболевания, составляющим и превышающим 10 лет, было значительно больше, чем в группах сравнения (79,1%).

В группе пациентов с ЯБ желудка более половины составили лица с началом заболевания в возрасте от 45 до 59 лет (60,3%), а в 3-й группе — с дебютом в 30–44 года (64,2%), тогда как ЯБ ДПК в 79,1% началась до 44 лет включительно, причем несопоставимо больше, чем в 1-й и 3-й группах, было пациентов с ранним началом заболевания до 30 лет (40,0%).

Среди пациентов 3-й группы лишь у 5 человек (7,5%) заболевание началось с язвенного поражения желудка, тогда как в абсолютном большинстве (92,5%) сочетанная ЯБ желудка и ДПК дебютировала с вовлечения в процесс двенадцатиперстной кишки, причем зачастую сочетанное поражение развивалось отсрочено во времени после первичного язвенного поражения двенадцатиперстной кишки. Так, лишь в 10,5% случаев присоединение сочетанной патологии произошло в течение первых 5 лет, у 34,3% — на сроке 5–10 лет, у 16,4% — в течение 11–15 лет и у 38,8% (26 человек) — позже 15 лет от констатации факта первичного язвенного поражения двенадцатиперстной кишки. Следует сказать, что у 7 пациентов из 26 эти сроки составили 27–28 лет.

Учитывая разнородность изучаемых групп по возрасту и полу, а также известную зависимость от них изучаемых факторов (курение, алкоголизм, распространенность хронических соматических заболеваний), и особенно тот факт, что формированию сочетанного язвенного поражения в 92,5% случаев предшествовало язвенное поражение двенадцатиперстной кишки, для дальнейшего анализа возможного влияния различных факторов на формирование сочетанного поражения было введено возрастное ограничение и в разработку не были включены пациенты, не достигшие 45 лет. Таким образом, первую группу составили 44 пациента с ЯБ ДПК, вторую — 64 пациента с сочетанным язвенным процессом желудка и ДПК. При таком возрастном отборе вторую группу в основном составили лица со стажем заболевания 10 лет и более (88,6%), что представляется немаловажным для сравнительного анализа, учитывая часто отсроченное развитие сочетанного поражения.

В связи с тем что целью нашей работы было определить влияние КЗ на реализацию факторов риска при сочетанной язве желудка и ДПК, основное

сравнение распространенности КЗ и факторов риска проведено между группами с сочетанным поражением и язвой ДПК, так как сочетанная язва в абсолютном большинстве представляет собой «исход» первичного язвенного поражения ДПК. Тем не менее мы сочли необходимым привести данные по распространенности изучаемых факторов риска в группе контроля ( $n = 54$ ), которую составили пациенты с отсутствием язвенных поражений верхних этажей желудочно-кишечного тракта, находившихся на обследовании и лечении в отделениях тех же стационаров Челябинска, подобранные по возрасту и полу методом копи-пара.

Как уже было сказано, при оценке распространенности хронических соматических заболеваний уточнялось именно предшествующее началу развития заболевания воздействие, в связи с чем результаты распространенности КЗ в группах сравнения представлены по трем временным точкам: на момент начала заболевания, на момент присоединения к язвенному поражению ДПК язвенного поражения желудка для пациентов третьей группы и на момент проведения обследования (табл. 1).

Прежде чем перейти к анализу полученных результатов, следует сказать, что средний возраст начала заболевания в группах наблюдения не отличался (1-я точка сравнения) и составил для пациентов с ЯБ ДПК 46 лет (41,0–49,0), а для лиц с сочетанным поражением желудка и ДПК — 42 года (40,0–44,0). Средний возраст развития сочетанного поражения, то есть присоединения язвенного поражения желудка к предшествующему язвенному поражению ДПК (2-я точка сравнения), составил 54 года (51,0–58,0). На момент проведения исследования пациенты 1-й группы в среднем достигли 57 лет (54,0–60,0) лет, а 2-й — 56 (55,0–62,0), что тоже исключает возможное влияние возраста на распространенность КЗ и делает возможным проведение сравнительного анализа распространенности хронических соматических заболеваний при ЯБ ДПК и сочетанной ЯБ желудка и ДПК. Средний стаж заболевания в 1-й группе составил 14 лет (13,0–22,0), а во 2-й — 16,5 года (12,0–21,0) (от начала язвенного поражения ДПК), при этом средний стаж сочетанного поражения был 4 года.

В последние десятилетия во многих развитых странах наблюдается рост так называемых болезней цивилизации («болезней адаптации»). К таким заболеваниям относится и ЯБ желудка и ДПК в сочетании с ишемической болезнью сердца. Пациенты с вышеуказанными диагнозами занимают особое внимание, потому что в патогенезе мы сталкиваемся с тремя взаимно отягощающими друг друга факторами: гиперлипидемия, гипергликемия и поражение слизистой оболочки *Helicobacter pylori* на фоне нарушения метаболических функций в слизистой оболочке желудка и слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки. Сценарий патогенеза указывает, что процессам язвообразования способствуют микроциркуляторные нарушения. При изучении

Таблица 1

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ 1-Й И 2-Й ГРУПП СРАВНЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВРЕМЕННЫХ ТОЧКАХ						
Коморбидные заболевания	На момент начала заболевания		На момент развития сочетанного поражения		На момент проведения исследования	
	1-я группа (n = 44)	2-я группа (n = 64)	1-я группа (n = 44)	2-я группа (n = 64)	1-я группа (n = 44)	2-я группа (n = 64)
ИБС	8 – 18,2%	17 – 26,6%	8 – 18,2%	47 – 73,4%	16 – 36,4%***	47 – 73,4%***
Хронический холецистит	6 – 13,7%	7 – 10,9%	6 – 13,7%	8 – 12,5%	8 – 18,2%	10 – 15,6%
Хронический панкреатит	1 – 2,3%	1 – 1,6%	1 – 2,3%	10 – 15,6%	6 – 13,6%	10 – 15,6%
Стеатогепатит	4 – 9,1%**	— **	4 – 9,1%**	41 – 64,1%	28 – 63,6%	44 – 68,8%
ХОБЛ	9 – 20,5%**	28 – 43,8%**	9 – 20,5%**	38 – 59,4%	13 – 29,6%**	38 – 59,4%**
Остеохондроз	15 – 38,5%	21 – 33,3%	15 – 38,5%	44 – 69,8%	22 – 50%*	46 – 71,9%*

Примечание: \* —  $p < 0,05$  между 1-й и 2-й группами сравнения; \*\* —  $p < 0,01$  между 1-й и 2-й группами сравнения; \*\*\* —  $p < 0,001$  между 1-й и 2-й группами сравнения.

биооптатов СОЖ и СОДПК определялись выраженные дистрофические изменения в слизистой оболочке, ее соединительнотканной основе, в кровеносных сосудах при нерезко выраженной воспалительной реакции в области язвы [6]. По данным ЦНИИГ [7; 8], среди сочетанных заболеваний внутренних органов около 52% приходится на сочетание ишемической болезни сердца и ЯБ желудка или ДПК. Течение ЯБ при наличии сопутствующего диагноза ИБС усугубляется и часто приводит к запоздлой диагностике.

В нашем исследовании на момент начала заболевания распространенность ИБС среди пациентов с ЯБ ДПК составила 18,2%, тогда как во 2-й группе пациентов уже имевших ИБС было 26,6%, что статистически значимо не отличается, однако является показательным в связи с тем, что к моменту возникновения сочетанного поражения данная категория пациентов составила уже 73,4% и дальнейшего накопления рассматриваемой патологии не отмечалось. В группе с локализацией процесса в ДПК распространенность ИБС возросла от момента начала заболевания до момента проведения исследования в 2 раза (до 36,4%). Однако 2-ю группу все же отличало как большая исходная распространенность ИБС, так и более выраженный ее прирост.

ХОБЛ в современном мире составляет ведущую группу хронических заболеваний. А современная концепция ХОБЛ подчеркивает, что тяжесть течения и прогноз часто определяются экстрапульмональными проявлениями болезни. Важно учитывать, что желудок и легкие объединяет эмбриогенез — легкие развиваются из пищеварительной трубки.

Патологический процесс в форме воспаления изначально кумулируется в дыхательных путях и паренхиме легких, но на определенных стадиях заболевания начинают проявляться эффекты, носящие системный характер. А одним из важнейших и существенных факторов риска развития

и прогрессирования ХОБЛ является курение табака. Никотин, а также другие компоненты табачного дыма повреждают микроциркуляторное русло слизистой гастроудоденальной зоны, что делает ее менее устойчивой к факторам агрессии. Ряд авторов указывают на звено патогенеза, характеризующиеся повышением углекислоты в крови, что в свою очередь стимулирует желудочную секрецию, повышая роль пептического фактора [9]. Таким образом, комбинация язвенной болезни и ХОБЛ не случайна, а ее клиническое значение важно для практикующего врача.

Похожая на описанную ранее закономерность при ИБС в отношении динамики распространенности получена в нашем исследовании и при анализе ХОБЛ. Так, на момент начала заболевания проявления ХОБЛ более характерны для пациентов 2-й группы (43,8%) против 20,5% в 1-й группе. Более значимый рост распространенности ХОБЛ характерен для пациентов 2-й группы (до 59,4% к моменту присоединения язвенного поражения желудка), дальнейшего накопления патологии также не отмечалось. В 1-й группе распространенность ХОБЛ увеличилась до 29,6%, не достигнув, однако, показателя группы сравнения на момент начала заболевания.

Следует отметить в общем очень высокую распространенность ХОБЛ у обследованных пациентов, в том числе и в группе язвенного поражения ДПК, по сравнению со среднепопуляционной. Так, на момент начала заболевания распространенность ХОБЛ в 1-й группе сопоставима с ИБС, а во 2-й группе даже превышает ее. Итоговая распространенность ХОБЛ (44,5%) почти сопоставима с распространенностью ИБС (54,89%).

ЯБ и дорсопатии (органические и функциональные нарушения позвоночного двигательного сегмента (ПДГ), в том числе в рамках принятого в России общего для вертеброгенных болевых синдромов термина «остеохондроз позвоночника») очень часто

сопровождают друг друга. И это объясняется тем, что сдавливание спинномозговых корешков, радикулопатии (дорсопатии — по МКБ-Х) на уровне средне- и нижнегрудного отделов позвоночника, т. е. там, где берут начало симпатические волокна чревных нервов, может обусловить нарушение функции органов брюшной полости. А роль механизма запуска дегенерации межпозвоночных дисков может играть периферическая импульсация в позвоночный двигательный сегмент (ПДС) при патологии внутренних органов, а именно при ЯБ.

При изучении в нашем исследовании остеохондроз как проявление сопутствующего заболевания исходно одинаково распространен в группах сравнения и встречается в среднем у каждого третьего пациента. Накопление случаев данной патологии с возрастом зарегистрировано в обеих группах, однако более выраженный прирост характерен для лиц с сочетанным язвенным поражением желудка и ДПК, которые на момент включения в исследование в 71,9% случаев имели диагноз распространенный остеохондроз.

В отношении таких заболеваний, как хронический холецистит, хронический панкреатит, стеатогепатит, каких-либо различий в группах сравнения получено не было. Следует подчеркнуть высокую распространенность стеатогепатита (алкогольной природы) в обеих группах к 56–57 годам.

Выделив КЗ, с которыми прослеживается временная взаимосвязь развития сочетанного язвенного поражения желудка и ДПК (ИБС, ХОБЛ и остеохондроз), мы провели анализ различных сочетаний указанных КЗ в группах наблюдения, результаты которого представлены на *рис. 1 и 2*

Во всех случаях ХОБЛ в 1-й группе наблюдения как в начальной, так и в конечной временных точках не было ИБС, тогда как во 2-й группе на момент начала заболевания у каждого второго пациента с ХОБЛ (53,6%) отмечалось его сочетание с ИБС, а на момент развития сочетанного язвенного поражения и в конечной временной точке лиц, имеющих ХОБЛ без ИБС, не было.

Всего сочетание двух данных КЗ в 1-й группе составило 9,1% на момент начала заболевания и увеличилось лишь до 13,6% на момент проведения исследования. Среди лиц с сочетанной ЯБ желудка и ДПК к моменту первичного развития язвы ДПК сочетание ИБС и ХОБЛ зарегистрировано в 21,9% случаев, что статистически не отличается от 1-й группы, к моменту формирования сочетанного поражения такое сочетание двух диагнозов встречалось уже у каждого второго (54,7%) пациента, что значительно превышает данный показатель в группе сравнения. Динамика распространенности сочетания ИБС и распространенного остеохондроза в группах сравнения в целом совпадает с результатами анализа отдельно по ИБС и распространенному остеохондрозу. В отношении сочетания ХОБЛ и распространенного остеохондроза следует отметить, что в 1-й группе наблюдения, несмотря

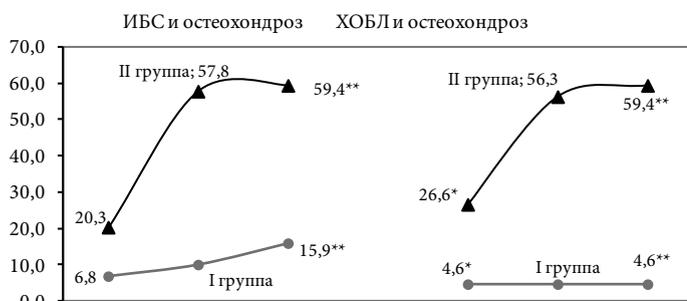
на имеющийся прирост отдельно по ХОБЛ и остеохондрозу, новых случаев их сочетания помимо 2 человек (4,6%), имевших обе эти нозологии на момент начала заболевания, зарегистрировано не было. Соответственно и более выраженный рост доли пациентов, имеющих сочетание ИБС или ХОБЛ с остеохондрозом, отмечен во 2-й группе наблюдения. Именно для пациентов с сочетанным язвенным поражением желудка и ДПК характерно наличие одновременно трех таких КЗ, как ИБС, ХОБЛ и остеохондроз. Учитывая, что в 1-й группе таких пациентов не было, а во 2-й на их долю приходилось на момент проведения исследования 54,7%, сочетание трех данных КЗ можно считать специфичным для группы с сочетанной ЯБ желудка и ДПК.

При анализе распространенности курения было получено, что на момент начала заболевания курили 70,5% пациентов 1-й группы и 81,2% 2-й ( $p > 0,05$ ), причем к моменту развития сочетанного поражения и на момент проведения исследования их было уже 90,6%, что значительно превышает количество курящих пациентов 1-й группы, которое осталось таким же, как на момент начала заболевания (70,5%) ( $p < 0,01$ ). Следует сказать, что стаж курения в абсолютном большинстве случаев (77,1%) составил 11 лет и более, а пациентов, курящих менее 5 лет, среди обследованных не было.

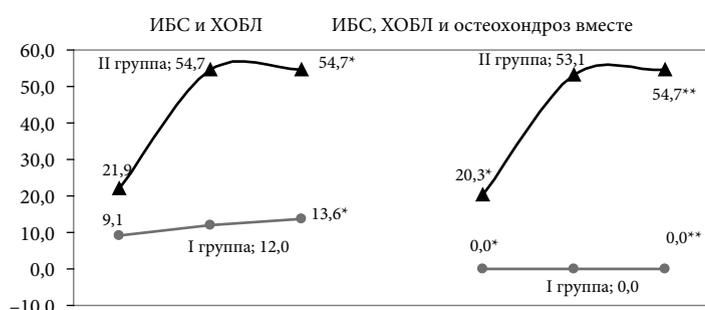
В контрольной группе распространенность курения составила 29,6%, а стаж курения колебался от 19 до 35 лет.

Лиц, регулярно употребляющих алкоголь, на момент начала заболевания в обеих группах было чуть больше половины (56,8% в 1-й и 53,1% во 2-й группах), тогда как на момент проведения исследования употребляли алкоголь уже две трети обследованных 1-й группы и более 90% в группе сочетанного поражения желудка и ДПК ( $p < 0,01$ ), причем только у 1 человека появление алкогольной зависимости не предшествовало формированию сочетанного поражения. Немаловажно отметить и большую частоту чрезмерного употребления алкоголя в группе сочетанного язвенного поражения (41,4% из 58 человек, употребляющих алкоголь на момент проведения исследования, против 6,7% в группе сравнения) ( $p < 0,01$ ). В группе контроля доля лиц, регулярно употребляющих алкоголь, составила 13,0%.

Отягощенная наследственность по язвенным поражениям верхних этажей желудочно-кишечного тракта отмечалась чаще ( $p < 0,001$ ) у лиц, имеющих сочетанное поражение (92,2% против 61,4% в группе сравнения и 16,7% в контрольной группе). Причем более чем у половины обследованных 2-й группы и лишь у 6,8% с ЯБ ДПК ( $p < 0,001$ ) наследственность была отягощена по обеим линиям. У 37,5% пациентов 1-й группы имелись указания о наличии у какого-либо из родителей сочетанной ЯБ желудка и ДПК, в группе сравнения отягощенная наследственность по сочетанному язвенному поражению зарегистрирована лишь в 1 случае (2,3%) ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе пациентов



**Рис. 1.** Распространенность сочетания ИБС с остеохондрозом и ХОБЛ с остеохондрозом в группах сравнения  
\* —  $p < 0,01$  между 1-й и 2-й группами сравнения; \*\* —  $p < 0,001$  между 1-й и 2-й группами сравнения.



**Рис. 2.** Распространенность сочетания ИБС с ХОБЛ и трех нозологий вместе (ИБС, ХОБЛ и остеохондроз) в группах сравнения  
\* —  $p < 0,01$  между 1-й и 2-й группами сравнения; \*\* —  $p < 0,001$  между 1-й и 2-й группами сравнения.

с отягощенной наследственностью по двум линиям или по сочетанному язвенному поражению желудка и ДПК не было. Следует сказать, что редким было сочетание отягощенности наследственности по двум линиям или по сочетанному язвенному поражению желудка и ДПК (8 человек, причем все из 2-й группы), в связи с этим мы провели обобщение результатов этих двух подходов к оценке наследственной отягощенности. Было получено, что во 2-й группе только 9,1% имели отягощенность наследственности по двум линиям или по сочетанному поражению, тогда как в 3-й группе таких было 76,6% ( $p < 0,001$ ).

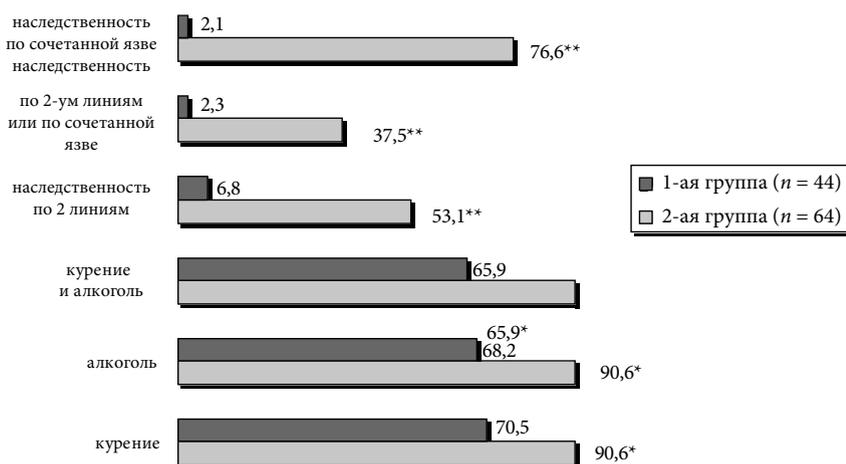
Сводные данные по описанным выше факторам риска на момент проведения исследования представлены на рис. 3.

Кроме того, нами был проведен анализ таких факторов, как курение, регулярное употребление алкоголя, отягощенность наследственности по двум линиям или по сочетанному поражению, у пациентов с сочетанной ЯБ желудка и ДПК в зависимости от наличия или отсутствия специфичного для данной категории

пациентов фона из трех таких КЗ, как ИБС, ХОБЛ и распространенный остеохондроз (табл. 2). Сравнение проведено на момент развития сочетанного поражения (2-я временная точка).

Выявлено, что большая распространенность курения, а также употребление, в том числе чрезмерное, алкоголя характерны именно для пациентов, имеющих высокую коморбидность, что отчасти можно объяснить исходя из того, что рассматриваемые факторы риска являются общими как для ЯБ, так и для ИБС и ХОБЛ. Однако нельзя забывать, что группу пациентов с сочетанной ЯБ отличало именно наличие наряду с ИБС и ХОБЛ распространенного остеохондроза. Тем не менее курение и чрезмерное употребление алкоголя даже при отсутствии рассматриваемых заболеваний в группе сочетанного язвенного поражения встречались чаще, чем у пациентов с ЯБ ДПК, среди которых, как уже было сказано выше, сочетания ИБС, ХОБЛ и распространенного остеохондроза зарегистрировано не было.

Таким образом, ЯБ желудка более характерна для женщин (72,1%) и развивается преимущественно в возрасте от 45 до 59 лет (60,3%). ЯБ ДПК страдают преимущественно мужчины (76,3%), причем дебют данной патологии приходится в большинстве случаев на возраст от 18 до 44 лет (79,1%). Сочетанное язвенное поражение желудка и ДПК несколько чаще встречается у лиц мужского пола (61,2%), первично вовлекается в процесс ульцерогенеза ДПК в основном в возрасте от 30 до 44 лет (64,2%), присоединение



**Рис. 3.** Распространенность факторов риска в группах сравнения на момент проведения исследования  
\* —  $p < 0,01$  между 1-й и 2-й группами сравнения; \*\* —  $p < 0,001$  между 1-й и 2-й группами сравнения

Таблица 2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА (КУРЕНИЕ, АЛКОГОЛЬ, ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ) У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ У НИХ ТРЕХ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ				
Факторы риска		Сочетание трех нозологий (ИБС, ХОБЛ и распространенный остеохондроз)		Уровень <i>p</i>
		есть ( <i>n</i> = 34)	нет ( <i>n</i> = 30)	
Курение	Да	34 – 100%	24 – 80%	< 0,01
	Нет	—	6 – 20%	
Алкоголь	Нет	—	6 – 20%	< 0,01
	Умеренно	17 – 50%	17 – 56,7%	> 0,05
	Чрезмерно	17 – 50%	7 – 23,3%	< 0,05
Отягощенность наследственности по двум линиям или по сочетанному поражению	Да	23 – 67,6%	26 – 86,7%	= 0,07
	Нет	11 – 32,4%	4 – 13,3%	

язвенного поражения желудка происходит зачатую отсроченно (у 38,8% в течение 16 и более лет от возникновения язвы ДПК).

Наибольший интерес в плане возможной связи с формированием сочетанного язвенного поражения желудка и ДПК представляют ИБС, ХОБЛ и остеохондроз.

Специфичным для группы пациентов с сочетанной ЯБ желудка и ДПК можно считать сочетание трех данных КЗ, зарегистрированное у каждого второго пациента (53,1%) к моменту развития сочетанного язвенного поражения.

В случае сочетанной ЯБ желудка и ДПК отмечалась большая распространенность курения (90,6%),

регулярного употребления (89,1%) и чрезмерного употребления (41,4%) алкоголя, отягощенной по язвенным поражениям верхних этажей желудочно-кишечного тракта наследственности (92,2%). Причем более специфичным для пациентов данной группы является отягощенность наследственности по сочетанной ЯБ или по ЯБ какой-либо локализации по двум линиям (76,6%).

Большая распространенность курения, а также употребление алкоголя характерно для пациентов, имеющих высокую коморбидность, что, вероятно, связано с тем, что рассматриваемые факторы риска являются общими как для ЯБ, так и для данных КЗ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин, Л. И. *Helicobacter pylori*: каким образом один возбудитель вызывает разные болезни / Л. И. Аруин // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — 1. — С. 36–41.
2. Бураков, И. И. Результаты долгосрочного наблюдения за больными язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, после эрадикации микроорганизма / И. И. Бураков // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 3. — С. 45–48.
3. Park, S. Rescue of *Helicobacter pylori*-induced cytotoxicity by red ginseng / S. Park, V. Yeo, J. Jin et al. // Dig. Dis. Sci. — 2005. — Vol. 50. — P. 1218–1227.
4. van den Akker, M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature / M. van den Akker, F. Buntinx, S. Roos, J. A. Knottnerus // Eur. J. Gen. Pract. — 1996. — Vol. 2, No. 2. — P. 65–70.
5. Wang, A. The clinical overlap between functional dyspepsia and irritable bowel syndrome based Rom III criteria / A. Wang, X., Liao L. Xiong // BMC Gastroenterologia. — 2008. — Vol. 8. — P. 43.
6. Звенигородская, Л. А. Особенности язвенной болезни у пожилых лиц с сопутствующей ишемической болезнью сердца / Л. А. Звенигородская, И. Г. Горуновская // Эксперим. гастроэнтерол. — 2002. — № 3. — С. 16–21.
7. Лазебник, Л. Б. Реабилитация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Б. Лазебник, Г. В. Сухарева // Тер. арх. — 2003. — № 2. — С. 70–72.
8. Лазебник, Л. Б. Язвенная болезнь у пожилых / Л. Б. Лазебник, Л. А. Звенигородская и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — № 1. — С. 125.
9. Хроническая обструктивная болезнь легких: Монография / Под ред. Чучалина А. Г. (Серия монографий Российского респираторного общества). — М.: Атмосфера, 2011. — С. 531–542.