

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СВЯЗИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Александра Альбертовна Сошина*, Вера Владимировна Сергеева,
Татьяна Владимировна Зиняева

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов

Реферат

Цель. Изучение клинических параметров, ограничений жизнедеятельности и экспертной характеристики у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Методы. В бюро медико-социальной экспертизы терапевтического профиля г. Санкт-Петербурга были изучены акты освидетельствования пациентов с язвенной болезнью желудка (44 человека) и двенадцатиперстной кишки (47 пациентов) за период с 2009 по 2011 гг.

Результаты. Наиболее часто выявляемыми факторами риска развития язвенной болезни в обеих группах были нарушение режима и характера питания (65,9% пациентов с язвенной болезнью желудка, 78,7% — с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки), курение (53,2 и 63,6% соответственно), стрессовые ситуации (70,5 и 87,2%). У 10 (22,7%) человек с язвенной болезнью желудка и 38 (80,9%) с язвой двенадцатиперстной кишки заболевание ассоциировано с *Helicobacter pylori*. Практически у всех больных обнаружена комбинация предрасполагающих факторов язвообразования. В значительном числе случаев отмечено длительное течение патологического процесса средней тяжести. Осложнения зарегистрированы у 30 (68,2%) пациентов с язвенной болезнью желудка и 27 (57,4%) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, наиболее часто отмечали: кровотечения из желудочно-кишечного тракта — 19 (43,2%) и 12 (25,5%) человек, пилородуоденальный стеноз — 10 (22,7%) и 9 (19,2%) больных соответственно. На основании алгоритма медико-социальной экспертизы были первично признаны инвалидами III группы 19 (43,2%) пациентов с язвенной болезнью желудка и 17 (36,2%) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, инвалидами II группы — 3 (6,8%) и 2 (4,3%) человека соответственно. Основаниями к установлению группы инвалидности были наличие противопоказанных условий и видов труда, степень ограничения трудовой деятельности, активности и участия больного в социуме.

Вывод. Данные предварительного исследования свидетельствуют о том, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является не только медицинской, но и важнейшей социальной проблемой, что требует поиска новых более эффективных способов лечения и профилактики, разработки и совершенствования индивидуальной программы реабилитации.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, семиология, нетрудоспособность, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

CLINICAL FEATURES AND PROGNOSIS IN PATIENTS EXAMINED IN MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE BUREAUS DUE TO PEPTIC ULCER DISEASE A.A. Soshina, V.V. Sergeeva, T.V. Zinyaeva. Institute of advanced education of medical experts, Saint-Petersburg, Russia. **Aim.** To study the clinical features, disability degree and expert examination results in patients with peptic ulcer disease. **Methods.** Acts of expertise of patients with peptic ulcer disease (gastric ulcer — 44 patients, duodenal ulcer — 47 patients) performed in medical and social expertise bureau on internal diseases of Saint-Petersburg, Russia from 2009 to 2011 were examined. **Results.** The most frequent peptic ulcer disease risk factors found in both of the groups were: predisposing diet and dietary habits (65.9% of patients with gastric ulcer, 78.7% of patients with duodenal ulcer), smoking (53.2 and 63.6% respectively), stress (70.5 and 87.2% respectively). In 10 (22.7%) patients with gastric ulcer and in 38 (80.9%) patients with duodenal ulcer peptic ulcer disease was associated with presence of *Helicobacter pylori*. There was a combination of predisposing factors in a majority of patients. In most of the cases a moderate activity and a long term of the disease was registered. Complications were diagnosed in 30 (68.2%) patients with gastric ulcer and in 27 (57.4%) patients with duodenal ulcer, most frequently: gastrointestinal bleeding — 19 (43.2%) and 12 (25.5%) patients respectively, gastric outlet obstruction — 10 (22.7%) and 9 (19.2%) patients respectively. According to the medical and social expertise algorithm 19 (43.2%) patients with gastric ulcer and 17 (36.2%) patients with duodenal ulcer were primarily rated as disability degree III, 3 (6.8%) and 2 (4.3%) patients respectively — as disability degree II. Contraindicated jobs and labor conditions, low labor, functional and social status were the reasons of setting up the status of disabled. **Conclusion.** The preliminary data show that peptic ulcer disease is not only a medical, but a major social problem, requiring novel treatment and prevention methods, as well as personal rehabilitation programs development and improvement. **Keywords:** peptic ulcer disease, gastric ulcer, duodenal ulcer, disability, medical and social expertise, rehabilitation.

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в последние десятилетия занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, являясь важной проблемой современной медицины [5, 8]. В экономически

развитых странах данную патологию диагностируют у 10–25% населения [4].

Несмотря на большое количество работ, посвященных ЯБ, до сих пор не существует единого мнения о природе рассматриваемого заболевания [2, 7]. Общепризнано, что хеликобактериоз — ведущий этиологический фактор в развитии язвенного процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке. На долю ЯБ, ассоцииро-

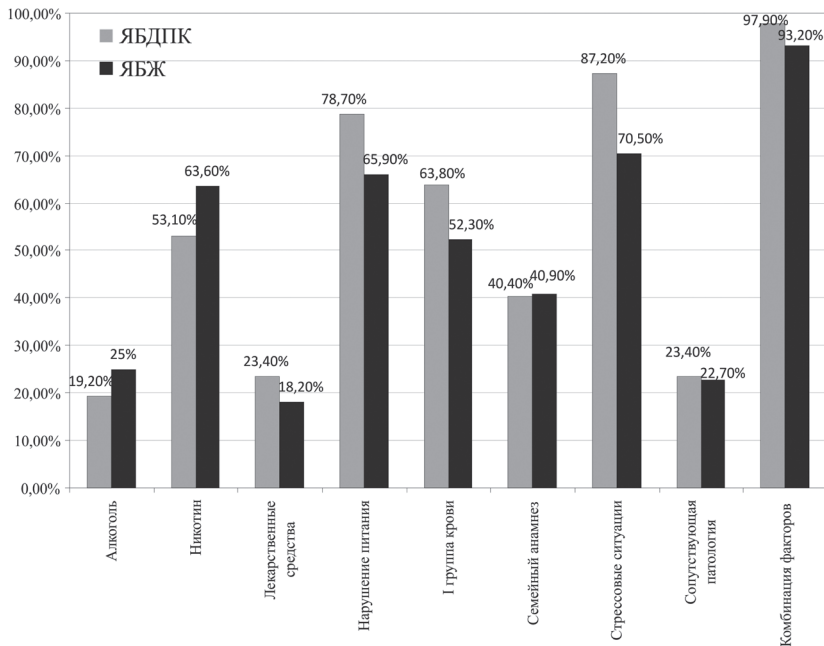


Рис. 1. Сравнительная характеристика predisposing факторов язвенной болезни; ЯБДПК — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; ЯБЖ — язвенная болезнь желудка.

ванной с *Helicobacter pilori* (*H. pylori*), приходится 70–80% дуоденальных и 50–60% желудочных язв [1, 13]. Однако, как показали исследования последних лет, *H. pylori* — не единственная причина возникновения язвенного дефекта. Очевидно, немаловажную роль играют также нервно-психические и алиментарные нарушения, вредные привычки, приём некоторых лекарственных препаратов, наследственно-конституциональные факторы, некоторые эндокринные нарушения в организме больного [3, 10, 12].

ЯБ имеет большое медико-социальное значение, так как болеют люди молодого и наиболее трудоспособного возраста, а рецидивирующее течение и осложнения заболевания приводят к длительной утрате трудоспособности и инвалидизации больных [6].

Цель работы — изучить клинические параметры, ограничения жизнедеятельности и экспертную характеристику у пациентов с ЯБЖ и ЯБДПК.

В бюро медико-социальной экспертизы терапевтического профиля г. Санкт-Петербурга были изучены акты освидетельствования пациентов с ЯБЖ и ЯБДПК за период с 2009 по 2011 гг. Общеклиническое обследование пациентов включало сбор жалоб и анамнеза, а также физикальное обследование. Лабораторное исследование проводили согласно рекомендованным стандартам обследования и лечения пациентов с ЯБ. Уровень снижения массы тела оценивали по индексу Кетле. Инструментальные методы исследования включали фиброгастроуденоскопию с прицельной биопсией, рентгенологическое исследование с бариевой взвесью, гис-

тологическое и цитологическое исследования биоптатов.

Обследован 91 пациент: 44 человека с ЯБЖ (первая группа) в возрасте от 29 до 75 лет (в среднем $53,3 \pm 6,9$ года) и 47 человек с ЯБДПК (вторая группа) в возрасте от 31 до 75 лет (в среднем $50,7 \pm 6,4$ года). В обеих группах большинство составляли мужчины — 63,6 и 66% соответственно.

На момент исследования не работали: пациенты с ЯБЖ — 12 (27,3%) человек, с ЯБДПК — 12 (25,5%). Работали по специальности 18 (40,9%) и 21 (44,7%) человек соответственно, работали не по специальности в первой группе — 14 (31,8%), во второй группе — 14 (29,8%) больных, что можно расценивать как стрессовую ситуацию. Ненормированный рабочий день и командировки отмечены у 23 (52,3%) и 29 (61,7%) человек соответственно. В обеих группах больные имели преимущественно среднее специальное (ЯБЖ — 22 человека, 50,0%, ЯБДПК — 28 человек, 59,6%) или высшее (ЯБЖ — 13 пациентов, 29,5%, ЯБДПК — 12 больных, 25,5%) образование. Количество лиц физического труда с преобладанием среднетяжёлой нагрузки — 9 (20,5%) человек с ЯБЖ и 7 (14,9%) с ЯБДПК.

С социально-экономических позиций низкое качество жизни (неудовлетворительные жилищные условия, аренда жилья, минимальный уровень заработной платы, ненормированный рабочий день, невозможность соблюдения режима питания) отмечено у 17 (38,6%) пациентов с ЯБЖ и 22 (46,8%) с ЯБДПК.

Особое внимание уделено факторам риска развития ЯБ, давности и степени тяжести процесса (рис. 1).

Таблица 1

Длительность течения и тяжесть язвенной болезни

Показатели		ЯБЖ		ЯБДПК	
		п	%	п	%
Давность заболевания	до 5 лет	7	15,9	6	12,8
	5–10 лет	14	31,8	12	25,5
	более 10 лет	23	52,3	29	61,7
Тяжесть течения	лёгкое	6	13,6	9	19,1
	средней тяжести	13	29,6	17	36,2
	тяжёлое	25	56,8	21	44,7

Примечание: ЯБЖ – язвенная болезнь желудка; ЯБДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Наиболее часто выявляемыми факторами риска развития язвенной болезни в обеих группах оказались нарушение режима и характера питания, курение, стрессовые ситуации. Практически у всех больных отмечена комбинация predisposing факторов язвообразования, что согласуется с данными других авторов [1, 3, 10].

При анализе длительности заболевания было выделено три возрастных периода: до 5 лет, от 5 до 10 лет и более 10 лет, в обеих группах у большинства больных длительность заболевания превысила 10 лет (табл. 1).

Для оценки степени тяжести патологического процесса обследуемых больных использовали наиболее часто применяемую в отечественной практике классификацию ЯБ по А.В. Мазурину и соавт. (1984) с дополнениями по этиологическому фактору. Среди освидетельствуемых в бюро медико-социальной экспертизы преобладали пациенты с тяжёлым течением ЯБЖ и ЯБДПК (см. табл. 1).

Среди обеих групп в 90% случаев выявлялись типичные жалобы, характерные для определённой локализации язвенного поражения. Так, у 31 (70,5%) пациента с ЯБЖ и 37 (78,7%) с ЯБДПК присутствовал болевой синдром, типичный для локализации язвенного дефекта. При этом диагноз после фиброгастродуоденоскопии устанавливали у 41 (93,2%) пациента с ЯБЖ и 45 (95,8%) с ЯБДПК, после рентгенографии – у 8 (18,2%) и 6 (12,8%) больных соответственно. Из других специфических жалоб отмечены: отрыжка – у 23 (52,3%) пациентов с ЯБЖ и 18 (38,3%) с ЯБДПК, изжога – у 20 (45,5%) и 29 (61,7%), рвота – у 8 (18,2%) и 5 (10,6%), метеоризм – у 15 (34,1%) и 9 (19,2%), изменение аппетита – у 9 (20,5%) и 22 (46,8%), нарушения стула – у 11 (25,0%) и 6 (12,8%) соответственно.

По данным гистологического и цитологического исследований биоптатов слизистой оболочки желудка оказалось, что у 10 (22,7%) человек с ЯБЖ и 38 (80,9%) с ЯБДПК заболевание ассоциировано с *H. pylori*.

Осложнения зарегистрированы у 30 (68,2%) пациентов с ЯБЖ и 27 (57,4%) с ЯБДПК. Наиболее часто отмечали кровотечения из желудочно-кишечного тракта – 19 (43,2%) и 12 (25,5%) че-

ловек, пилородуоденальный стеноз – 10 (22,7%) и 9 (19,2%) больных соответственно. Реже встречались перфорация – 2 (4,6%) обследованных пациентов с ЯБЖ и 7 (14,9%) с ЯБДПК, пенетрация язвы желудка – в 2 (4,6%) случаях. Полученные нами результаты не противоречат данным литературы, подчёркивающим распространённость таких осложнений ЯБЖ и ЯБДПК, как кровотечение, стеноз выходного отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки [9, 11].

Несмотря на достаточный выбор препаратов, используемых для лечения ЯБ, приверженность к рекомендуемым 3- и 4-компонентным схемам терапии (согласно Маастрихтскому консенсусу) отмечена менее чем у половины больных: 18 (40,9%) пациентов с ЯБЖ и 21 (44,7%) человек с ЯБДПК.

Учитывая всё вышесказанное, проведён анализ лабораторных данных (клинический и биохимический анализы крови). Результаты иссле-

Таблица 2

Показатели крови у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК)

Лабораторные данные	ЯБЖ		ЯБДПК	
	п	%	п	%
Анемический синдром	19	43,2	13	27,7
Гипо- и диспротеинемия	12	27,3	10	21,3
Нарушение водно-электролитного баланса	8	18,2	7	14,9

дования отражены в табл. 2.

Из представленной табл. 2 видно, что анемический синдром чаще развивался среди пациентов с ЯБЖ. Полученные нами данные о наличии гипо- и диспротеинемии, подтверждённые снижением массы тела у 15 (34,1%) человек с ЯБЖ и 10 (21,3%) с ЯБДПК, являлись отражением белково-энергетической недостаточности.

Тяжёлое, длительностью более 10 лет, течение ЯБ с развитием ряда осложнений приводило к стойким расстройствам функций организма, обусловленным комплексом нарушений белково-энергетического обмена и водно-элек-

Таблица 3

Категории ограничения жизнедеятельности (ОЖД) у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), определяемые при первичном освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы

Категории ОЖД	Степени ОЖД	ЯБЖ, %	ЯБДПК, %
Ограничение способности к самообслуживанию	I степень	6,8	6,4
	II степень	2,3	—
Ограничение способности к самопередвижению	I степень	6,8	4,3
	II степень	2,3	—
Ограничение способности к трудовой деятельности	I степень	38,6	27,6
	II степень	4,6	4,3

тролитного баланса, развитием анемического синдрома, снижением массы тела, что иллюстрирует табл. 3.

Наиболее частой категорией ограничения жизнедеятельности среди пациентов с ЯБЖ и ЯБДПК было ограничение способности к трудовой деятельности, реже встречалось ограничение способности к самообслуживанию и передвижению. Противопоказанные условия трудовой деятельности установлены у 17 (38,6%) пациентов с ЯБЖ и 11 (23,4%) с ЯБДПК.

На основании алгоритма медико-социальной экспертизы были первично признаны инвалидами III группы 19 (43,2%) человек с ЯБЖ и 17 (36,2%) с ЯБДПК, инвалидами II группы — 3 (6,8%) и 2 (4,3%) пациента соответственно.

Установление групп инвалидности требовало мер социальной защиты и отработки индивидуальных программ реабилитации, включающих медицинский, физический, психологический и профессиональный аспекты индивидуальной программы реабилитации данного контингента пациентов.

ВЫВОД

Данные предварительного исследования свидетельствуют о том, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — не только медицинская, но и важнейшая социальная проблема, что требует поиска новых более эффективных способов лечения и профилактики, разработки и усовершенствования индивидуальной программы реабилитации инвалидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю. Гастроэнтерология. — СПб.: Питер, 2011. — С. 19-72.
2. Васильев Ю.В., Яшина Н.В. Этиопатогенез язвенной болезни (основные аспекты). Актуальные вопросы клинической медицины. — М., 2001. — С. 82-87.
3. Васильев Ю.В. Избранные главы клинической гастроэнтерологии / Под ред. Л.Б. Лазебника. — М.: Анахарсис, 2005. — С. 82-116.
4. Орзиев З.М., Нурбаев Ф.Э., Рахимова Г.Ш. Эффективность эрадикационной антихеликобактерной терапии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при различном режиме приема препаратов // Клин. мед. — 2003. — №6. — С. 48-49.
5. Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В. Язвенная болезнь. Прошлое, настоящее и будущее. — Киев: Б.И., 2002. — 256 с.
6. Пиманов С.И., Макаренко Е.В., Королёва Ю.И. Что происходит после эрадикации *Helicobacter pylori*: ожидаемые, доказанные и спорные эффекты // РЖГТК. — 2007. — №1. — С. 48-55.
7. Рысс Е.С., Шулутоко Б.И. Болезни органов пищеварения. — СПб.: Ренкор, 1998. — 336 с.
8. Ткаченко Е.И., Еремина Е.Ю. Некоторые комментарии к современному состоянию проблемы язвенной болезни // Гастроэнтерол. Санкт-Петербурга. — 2002. — №1. — С. 2-5.
9. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь (очерки клинической гастроэнтерологии). Выпуск первый. — Пермь: Перм. гос. мед. академия, 2000. — С. 104-234.
10. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 376 с.
11. Harbison S.P., Dempsey D.T. Peptic ulcer disease // Curr. Probl. Surg. — 2005. — Vol. 42. — P. 346-354.
12. Kenneth E.L. McColl, How I. Manage *H. pylori* negative, NSAID/aspirin-negative peptic ulcers // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104. — P. 190-193.
13. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. — 2007. — Vol. 56. — P. 772-781.