

**УДК 616.33-002.44:611-053.9**

***Исламов Расулжон Дехканович***

***Кафедра онкологии и медицинской радиологии***

***Андижанский государственный медицинский институт***

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННЫХ  
ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

***Резюме:*** Рост числа больных пожилого возраста с язвенной болезнью и ее осложнениями, увеличение в структуре заболевания язв больших и гигантских размеров, длительные сроки рубцевания представляют серьезную проблему в выборе метода лечения заболевания.

Особенности функциональных и морфологических изменений при язвенной болезни, такие как уменьшение секреторной активности желудка, преобладание атрофических форм гастрита, выраженные нарушения микроциркуляции в пожилом возрасте требуют дальнейшего изучения и систематизации для создания лечебно-диагностического алгоритма и прогнозирования течения заболевания.

***Ключевые слова:*** эндоскопия, язва желудка и двенадцатиперстная кишка, пожилой возраст.

***Islamov Rasuljon Dehkanovich***

***Department of Oncology and Medical Radiology***

***Andijan State Medical Institute***

**DIAGNOSTIC FEATURES OF ULCERATIVE LESIONS OF THE  
STOMACH AND DUODENUM**

***Resume:*** An increase in the number of elderly patients with peptic ulcer disease and its complications, an increase in the structure of the disease of ulcers of large and gigantic sizes, long scarring periods pose a serious problem in choosing a method of treating the disease.

The features of functional and morphological changes in peptic ulcer disease, such as a decrease in secretory activity of the stomach, the

predominance of atrophic forms of gastritis, pronounced microcirculation disorders in old age require further study and systematization to create a therapeutic and diagnostic algorithm and predict the course of the disease.

**Keywords:** endoscopy, gastric ulcer and duodenal ulcer, old age.

**Актуальность.** Несмотря на совершенствование методик обследования и лечения пациентов, ЯБ ДПК среди заболеваний органов пищеварения продолжает оставаться одной из наиболее частых причин обращаемости людей за медицинской помощью. Подобная ситуация констатируется как во всех странах мира. В частности, ЯБ ДПК выявляется у 6-10 % населения мира [2,8]. В странах Западной Европы случаи заболевания дуоденальной язвой ежегодно регистрируется у 0,1-0,3 % населения, возраст которых превышает 15 лет [4]. В США, среди 10 % взрослых людей констатируются случаи язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки [5].

Язвенная болезнь ДПК - заболевание, которым преимущественно страдают мужчины. Соотношение мужчин и женщин среди больных ЯБ от 2:1 до 7:1, и в среднем составляет 4:1. В последнее время отмечается отчетливое сближение этих показателей из-за учащения случаев заболевания дуоденальной язвой женщин. В целом ЯБ ДПК констатируется среди людей всех возрастных групп. В источниках научной литературы представлены сведения о наблюдающихся в последние 10-15 лет изменениях в структуре заболеваемости населения язвенной болезнью с учетом возраста пациентов [2]. Трансформация статистических данных происходит в двух направлениях. С одной стороны отмечается «омоложение» случаев заболевания язвой. С другой - констатируется увеличение частоты случаев язвенной болезни, когда первые проявления заболевания констатируются у людей, возраст которых превышает 60 лет и старше. В пожилом возрасте язвы двенадцатиперстной

кишки возникают в 1,7 раза (а в старческом возрасте - в 3 раза) реже, чем язвы желудка [4]. По мнению В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина (2009) удельный вес контингента пациентов, возраст которых превышает 60 лет, составляет не менее 10 % всех больных язвенной болезнью. С учетом того факта, что численность контингента населения, возраст которого превышает 60 лет, в последние годы в планетарном масштабе увеличивается, очевидно, что показатели заболеваемости ЯБ ДПК у пациентов старших возрастных групп так же будут возрастать. Данное обстоятельство оказывается побудительным мотивом для особого изучения проблем медицинского обеспечения больных пожилого и старческого возраста при ЯБ.

У пациентов пожилого и старческого возрастов различают два варианта развития ЯБ ДПК.

В первом варианте выделяют длительно протекающую язвенную болезнь, клинические проявления которой возникли в юном и зрелом возрасте. При этой форме ЯБ периодичность чередования обострений и ремиссий заболевания сохраняется у пациентов и в возрасте старше 60 лет. Частота данного варианта заболевания составляет от 30 до 50 % всех случаев язвенной болезни среди людей старших возрастных групп (60 лет и старше).

Ко второму варианту течения ЯБ относятся случаи так называемой «поздней» ЯБ когда заболевание развивается у больных, возраст которых уже превышает 60 лет [3].

У городского населения, независимо от возраста больных, ЯБ ДПК встречается, как правило, чаще, чем у жителей сельских поселений [6].

Особенности клинической картины язвы ДПК у людей пожилого и старческого возраста заключаются в том, что часто это заболевание диагностируется на фоне других длительно протекающих болезней [1]. Нередко заболевания, сопутствующие ЯБ, сопровождаются гипоксией, в

том числе гастродуоденальной слизистой оболочки [4]. В целом для больных пожилого и старческого возраста характерна полиморбидность. В среднем на одного пациента, возраст которого составляет 60 лет и старше, приходится до 6 одновременно протекающих нозологических форм.

Объективно оценить влияние сопутствующей патологии на течение ЯБ затруднительно, так как до настоящего времени не существует адекватных систем оценки степени тяжести течения сопутствующих заболеваний, как это принято в случаях критических состояний [2]. Данное обстоятельство нередко приводит к запоздалой диагностике ЯБ ДПК в связи с ее атипичным течением, что способствует увеличению числа осложнений заболевания. В структуре сочетанных заболеваний внутренних органов у людей пожилого возраста, по данным отечественных авторов, почти в 52 % случаев констатируется сочетание язвенной и ишемической болезни сердца [8]. Язвенная болезнь у людей старших возрастных групп при сопутствующей ишемической болезни сердца нередко впервые проявляется картиной желудочно-кишечного кровотечения, которое, как правило, распознается в поздние сроки от его начала [5,7].

Патологические изменения в сосудах желудка и двенадцатиперстной кишки также играют существенную роль в плане развития дистрофии и атрофии слизистой оболочки этих органов, способствуя формированию в них язвенно-эрозивных дефектов. У людей пожилого возраста язвенная болезнь часто развивается на фоне атеросклероза сосудов пищеварительного тракта. Особую роль при этом играет злоупотребление пациентами нестероидных противовоспалительных препаратов. Частота случаев смерти от кровотечений язвенной этиологии у пациентов старших возрастных групп в этих случаях может достигать 20-40 % [4,9]

В 30 % случаев у пациентов, возраст которых превышает 60 лет, дуоденальная язва протекает с отчетливым болевым синдромом и

высокими показателями кислотности желудочного содержимого [2]. Клиническая картина ЯБ ДПК у большинства больных пожилого возраста оказывается стертой и нередко заболевание манифестируется осложнениями, частота которых увеличивается от 31 % (в возрасте 60-65 лет) до 76 % (в возрасте 75-80 лет) [3,6].

**Цель исследования** - изучение клиническо – эпидемиологических особенностей гастродуоденальных язв в популяции долгожителей и разработка усовершенствованной инновационной технологии профилактики.

**Материалы и методы исследования.** В клинике АГМИ за 2022-2023 годы обследовано и пролечено более 56 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, из них больных пожилого и старческого возраста — 13,6%.

В отношении пациентов с язвенным поражением ЖКТ применялась стандартная схема обследования, в которую входили современные методы инструментальной и рентгенологической диагностики. При ЭГДС выполнялась биопсия из язвы и слизистой антрального и фундального отделов желудка для морфологического изучения материала, а при рентгеновском исследовании — рельеф слизистой и моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки.

Средний возраст в обследуемой группе был  $69 \pm 5,7$  лет. Язвенная болезнь с локализацией в желудке наблюдалась у 35,6% больных, двенадцатиперстной кишки — 56,9% и острые язвы — у 7,5%, причем острые язвы в желудке локализовались у 24 92,3% больных. В соответствии с классификацией А. Джонсона (1965) язвенная болезнь желудка I типа была выявлена 55,5%, II типа — 27%, и III типа — 17,5% больных.

Согласно кислотно-пептической теории, в основе язвообразования лежит прежде всего нарушение равновесия между состоянием защитных

факторов, определяющих резистентность гастродуоденальной слизистой, и факторов агрессии.

В пожилом возрасте возрастает агрессивная роль нарушений гастродуоденальной моторики. Одним из проявлений этих факторов агрессии служит дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). Выделяют две формы ДГР: физиологический, который является дополнительным фактором нейтрализации соляной кислоты, и патологический, осуществляющий активацию пепсиногена даже в условиях отсутствия соляной кислоты. В пожилом возрасте патологический ДГР встречается у 45% больных. При попадании желчных кислот в просвет желудка в условиях задержки обратной эвакуации, особенно в голодный или межпищеварительный периоды, реализуется феномен обратной диффузии ионов водорода, который играет важную роль в язвообразовании. Вероятно, этим можно объяснить увеличение количества сочетанных язв в желудке и двенадцатиперстной кишке в пожилом возрасте.

Показатели секреторной активности желудка по данным рН-метрии различаются среди молодых и пожилых.

В группу «здоровых» больных были отобраны пациенты, которые не имели характерных для язвенной болезни жалоб, анамнеза и язвенного поражения при ЭГДС с морфологическим исследованием слизистой. В группу молодого возраста попали также пациенты 20—40 лет с язвенной болезнью или неязвенной диспепсией.

Полученные результаты показали, что у больных пожилого возраста индекс агрессии и интенсивность кислотопродукции значительно ниже, чем в молодом возрасте, а защитная функция антрума нарушена больше, о чем свидетельствует величина индекса соотношения — она превышает 1, в то время как в норме составляет 0,3-0,7 ед.

Интересные результаты получены при сравнении морфологических данных исследования слизистой оболочки желудка.

В группе относительно здоровых пациентов пожилого возраста степень выраженности активного гастрита значительно ниже, преобладает атрофия слизистой антрального отдела желудка и часто наблюдается кишечная метаплазия. Инфицированность Нр не более 10%.

При язвенной болезни в пожилом возрасте активный гастрит наблюдается более чем в половине случаев, однако при язве двенадцатиперстной кишки отсутствуют атрофия и кишечная метаплазия, а инфицированность Нр встречается более чем у половины больных. При язве желудка преобладают явления атрофии и кишечной метаплазии в антральном отделе, а инфицированность Нр выявлена в 13,5% случаев. Наличие атрофии в фундальном отделе желудка (у 37-40% у наших больных) говорит о несостоятельности факторов защиты, является прогностически неблагоприятным признаком и встречается у 75-80% больных с гигантскими и труднорубцующимися язвами.

**Вывод.** Таким образом, в пожилом и молодом возрасте язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки характеризуется сходными морфологическими изменениями, что свидетельствует о сохраненной функциональной активности желудка. При язвенной болезни желудка у пожилых снижены функциональные и морфологические показатели, что может привести к малигнизации.

Проанализировав полученные результаты, можно выделить критерии прогноза течения язвенной болезни в пожилом возрасте. Мы разделили их на факторы агрессии, факторы неполноценной защиты слизистой и провоцирующие факторы.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Аскарлов М.Б. Мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки аутологичного костного мозга ускоряют заживление длительно

незаживающих язв желудка / М.Б. Аскарлов, В.И. Шумаков, Н.А. Онищенко // Вестник хирургии. - 2009. - Т. 168, №2. - С. 22-26.

2. Баранская Е.К. Язвенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori* // Болезни органов пищеварения. - 2000. - № 1. - С. 8-14.

3. Денисов Н.Л. Местная иммунная система и язвенная болезнь желудка // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2009. - № 1. - С. 29-32.

4. Ивашкин В.Т. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин // Рус. мед. журнал. - 1999. - Т. 7, № 16. - С. 769-772.

5. Лазебник Л.Б. Клинические проявления болезни и пожилой возраст / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов // Заболевания органов пищеварения у пожилых. - М.: Анахарсис, 2003. - С. 25-34.

6. Хомерики С.Г. *Helicobacter pylori* - индуктор и эффектор окислительного стресса в слизистой оболочке желудка: традиционные представления и новые данные // Эксп. и клин. гастроэнтерология. - 2006. - №1. - С. 37-46.

7. Deltenre M.A.L. Economics of *Helicobacter pylori* eradication therapy // Eur. J. Gastroenterol., Hepatol. - 1997. - № 9, Suppl. 1. - P. 23-26.

8. Konturek S.J. *Helicobacter pylori* and its involvement in gastritis and peptic ulcer formation / S.J. Konturek, P.C. Konturek // J. Physiol Pharmacol. - 2006. - Vol. 57, № 3. - P. 29-50.

9. Sonnenberg A. Cost of medical and surgical treatment of duodenal ulcer // Gastroenterology. - 1989. - Vol. 96, - P. 1445-1452.