

## 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-

Адрес для переписки: Sawenya@mail.ru

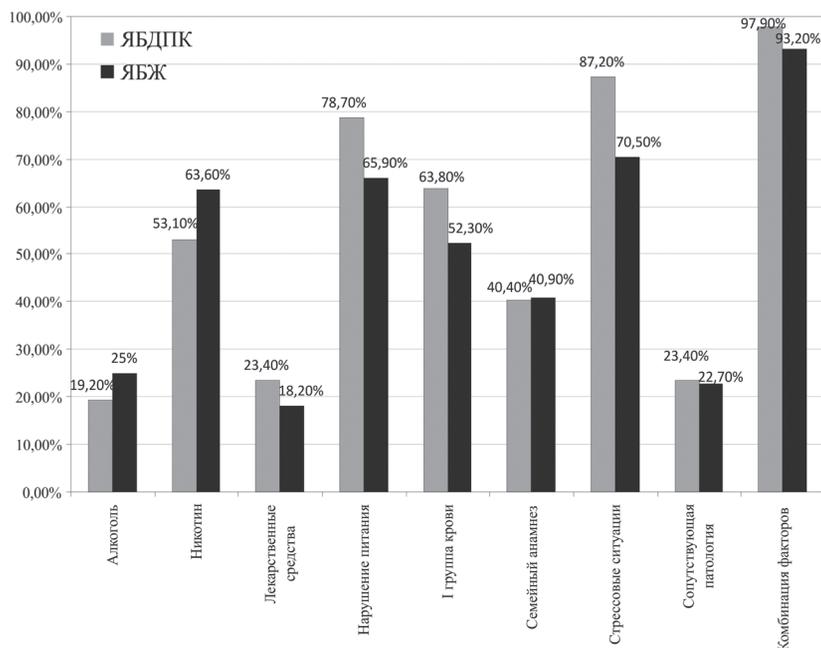


Рис. 1. Сравнительная характеристика predisposing факторов язвенной болезни; ЯБДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; ЯБЖ – язвенная болезнь желудка.

ванной с *Helicobacter pylori* (*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 фиброгастродуоденоскопию 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).

**Длительность течения и тяжесть язвенной болезни**

Показатели		ЯБЖ		ЯБДПК	
		n	%	n	%
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 предрасполагающих 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	
	n	%	n	%
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-

**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 приёма препаратов // Клини. мед. — 2003. — №6. — С. 48-49.
5. Передезий 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 // РЖГГК. — 2007. — №1. — С. 48-55.
7. Рысс Е.С., Шулушко 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.: МЕДпрессинформ, 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.