

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВО ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ХВОРИХ

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВО ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ХВОРИХ – За результатами дослідження встановлено, що у хворих на ВХ ДПК із зменшеною масою тіла відзначається більш активний перебіг захворювання з переважанням великих виразкових дефектів, виражено гіперацидності та високого ступеня гелікобактеріозу порівняно з хворими зі збереженою чи надмірною масою тіла. Встановлено обернену залежність між розміром виразкового дефекту, ступенем гелікобактеріозу та індексом маси тіла і пряму – між ступенем гелікобактеріозу та величиною виразкового дефекту.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА БОЛЬНЫХ – По результатам исследования установили, что у больных ЯБ ДПК со сниженной массой тела отмечается более активное течение заболевания с превалированием больших язвенных дефектов, выраженной гиперацидности и высокой степени геликобактериоза по сравнению с больными с сохраненной и повышенной массой тела. Установлено обратную зависимость между размером язвенного дефекта, степенью геликобактериоза и индексом массы тела и прямую – между степенью геликобактериоза и величиной язвенного дефекта.

CLINICAL AND ENDOSCOPIC FEATURES OF ULCEROUS DISEASE OF DUODENUM FLOW DEPENDING ON BODY WEIGHT OF PATIENTS – As a result of the study it was determined that patients with UDD with decreased body weight have more active disease course with prevalence of ulcerative defects, prominent hyperacidity and high level of helicobacteriosis in comparison with patients with preserved or increased body weight. Reverse dependence between size of ulcerative defect, helicobacteriosis level and body weight index as well as direct dependence between helicobacteriosis level and size of ulcerative defect were determined.

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипало кишки, клініко-ендоскопічні особливості, маса тіла.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, клинико-эндоскопические особенности, масса тела.

Key words: ulcerous disease of duodenum, clinical and endoscopic features, body weight.

ВСТУП В Укра ні однією із основних нозологій, що формує розповсюдженість і захворюваність хвороб органів травлення, є виразкова хвороба шлунка та дванадцятипало кишки (ДПК) [3, 4]. Згідно з статистичними дослідженнями, протягом життя на виразкову хворобу хворіє близько 10-15 % населення. Зазвичай хворіють люди працездатного віку, що зумовлює тимчасову та стійку втрату працездатності [3].

В останні роки у внутрішній медицині активно вивчаються метаболічні порушення при різноманітній соматичній патології [1]. Виявлений вплив *Helicobacter pylori* (Hр) на зміни ліпідного профілю крові [2, 5]. Проте недостатньо вивченим залишається перебіг виразково хвороби дванадцятипало кишки (ВХ ДПК) залежно від маси тіла хворих.

Метою роботи стало вивчення клініко-ендоскопічних особливостей перебігу ВХ ДПК і ступеня гелікобактеріозу залежно від маси тіла хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Було обстежено 148 хворих на ВХ ДПК. Серед обстежених було 102 (68,8 %) чоловіки та 46 (31,2 %) жінок віком (41,5±1,75) років. Хворих поділено за віком: молодого і зрілого віку (18-44 роки) – 79 (52,9 %) осіб, середнього віку (45-59 років) – 51 (34,1 %), похилого віку (60-74 роки) – 18 (12,0 %) осіб. У статеві-віковій структурі пацієнтів спостерігається перевага чоловіків молодого та зрілого віку – 38 (38,8 %) хворих, суттєву частку складали чоловіки середнього віку – 33 (33,2 %). Тривалість захворювання у обстежених хворих складала (8,2±1,21) років. Усім хворим розраховували індекс маси тіла (ІМТ) за формулою: маса тіла в кг/ріст у м². Залежно від ІМТ виділяли пацієнтів зі збереженою масою тіла – 69 (46,57 %) хворих (I група), із зменшеною масою тіла – 59 (39,82 %) хворих (II група), з надмірною масою тіла – 15 (10,12 %) хворих; з ожирінням – 5 (3,37 %) пацієнтів (III група). Діагноз встановлювали на основі клінічних, лабораторних, інструментальних та рентгенологічних досліджень. З метою визначення Hр застосовували швидкий уреазний тест, ступінь гелікобактеріозу визначали за допомогою дихального тесту з сечовиною (¹³C-УДТ), [6].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ У хворих на ВХ ДПК в клінічній картині переважали больовий (87,10 %), диспепсичний (73,70 %), астено-вегетативний синдроми (75,71%) та немотивоване схуднення (47,57 %). У клінічній картині переважав пізній (81,01%), голодний (79,73 %) та нічний болі (50,25 %), які часто спостерігалися в поєднанні. Диспепсичний синдром у обстежених хворих проявлявся печією (74,37 %), відрижкою (69,01 %), переважно кислим та нудотою (26,13 %), частіше обстежених хворих турбували закрепи (46,90 %). Астеновегетативний синдром виявили у 75,71 % випадках, який проявлявся швидкою втомлюваністю, зниженням працездатності та порушенням сну.

За результатами дослідження встановлено, що більш виражені клінічні прояви захворювання відзначалися у хворих із зменшеною масою тіла порівняно з хворими на ВХ ДПК зі збереженою і надмірною масою тіла. Зокрема біль в епігастрі та пілородуоденальній зоні відзначався у хворих II групи в 91,2 % випадків, у хворих I групи – в 86,4 %, у хворих III групи – в 80,0 % випадків.

Встановлено, що виразкові дефекти СО ДПК великих і середніх розмірів переважали у хворих із зменшеною масою тіла. Так, у хворих цієї групи виразки великих, середніх і малих розмірів виявлено у 25 (42,25 %), 27 (45,63 %) і у 7 (11,83 %) осіб відповідно, тоді як у хворих зі збереженою масою тіла – у 15 (21,75 %), 36 (52,20 %) і 18 (26,10 %) осіб відповідно, з надмірною – у 4 (20,00 %), 10 (50,00 %) та у 6 (30,00 %) відповідно. Провівши парний кореляційний аналіз, ми виявили обернену залежність між розмі-

ром виразкового дефекту СО ДПК та показником ІМТ ($r=-0,48$; $p<0,05$). Встановлено, що кореляція між розміром виразкового дефекту СО ДПК та ІМТ була вищою у чоловіків ($r=-0,55$; $p<0,05$), ніж у жінок ($r=-0,37$; $p<0,05$).

За результатами оцінки внутрішньошлунково кислотності (рН) встановлено, що в переважно більшості хворих була гіперацидність: у 55 (37,16 %) осіб спостерігалася гіперацидність виражена, у 73 (49,33 %) – гіперацидність помірна, рідше були нормаацидність і гіпоацидність помірна – у 15 (10,13 %) і 5 (3,38 %) осіб відповідно. Особливістю було те, що у хворих із зменшеною масою тіла переважала гіперацидність виражена, яка спостерігалася у 35 (59,15 %) із 59 осіб, тоді як у хворих зі збереженою масою тіла – у 20 (%) з 69 хворих, у хворих із надмірною і підвищеною масою тіла не виявлено виражено гіперацидності.

У всіх 148 хворих на ВХ ДПК, які були включені в дослідження за результатами швидкого уреазного тесту, було виявлено Нр. Ступінь гелікобактеріозу у хворих в середньому складав $(18,75\pm 2,06)\%$ ($p<0,05$), порівняно зі $(1,24\pm 0,9)\%$ у здорових. Встановлено, що ступінь гелікобактеріозу відрізнявся у хворих залежно від статі: у чоловіків він був вищим, ніж у жінок і складав $(23,28\pm 2,32)\%$ та $(13,87\pm 1,23)\%$ відповідно ($p<0,05$). Виявлено, що у хворих із зменшеною масою тіла ступінь гелікобактеріозу був вищим, ніж у хворих зі збереженою та надмірною масою тіла і складав $(24,07\pm 2,35)\%$, $(18,43\pm 1,79)\%$ та $(16,52\pm 1,36)\%$ відповідно ($p<0,05$). У хворих на ВХ ДПК з частим рецидивуючим перебігом (загострення захворювання 2 і більше разів на рік) спостерігався вищий ступінь гелікобактеріозу, ніж у хворих з більш сприятливим перебігом, і склав $(22,75\pm 2,05)\%$ та $(15\pm 1,43)\%$ відповідно ($p<0,05$). За результатами парного кореляційного аналізу ми встановили обернену залежність між ступенем гелікобактеріозу та показником ІМТ ($r=-0,41$; $p<0,05$). Пошкоджуючий вплив Нр на СО ДПК

підтверджувався виявленим взаємозв'язком між ступенем гелікобактеріозу та величиною виразкового дефекту ($r=0,67$; $p<0,05$).

ВИСНОВКИ 1. У хворих на ВХ ДПК із зменшеною масою тіла відзначався більш активний перебіг захворювання з переважанням великих виразкових дефектів, виражено гіперацидності та високого ступеня гелікобактеріозу порівняно із хворими зі збереженою чи надмірною масою тіла.

2. Встановлено обернену залежність між розміром виразкового дефекту СО ДПК та ІМТ ($r=-0,48$; $p<0,05$), між ступенем гелікобактеріозу та показником ІМТ ($r=-0,41$; $p<0,05$) і пряму – між ступенем гелікобактеріозу та величиною виразкового дефекту ($r=0,67$; $p<0,05$).

ПЕРСПЕКТИВАМИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

є патогенетичне обґрунтування клініко-ендоскопічних особливостей перебігу ВХ ДПК залежно від маси тіла хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Взаимосвязь эндогенной интоксикации и избыточной массы тела / Ж. Абылайулы, К.П. Ошакбаев, Б.Н. Кожобекова [и др.] // Клиническая медицина. – 2005. – № 11. – С. 53–58.
2. Жакун І.Б. Helicobacter pylori, запалення та ліпиди / І.Б. Жакун, В.М. Жакун // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 5 (31). – С. 16–20.
3. Передерий В.Г. От Маастрихта 1-1996 до Маастрихта 3-2005: путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний / В.Г. Передерий, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 4–9.
4. Ткач С.М. Эрадикация инфекции Helicobacter pylori: современное состояние проблемы с точки зрения доказательной медицины / С.М. Ткач, А.П. Николаева // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 1. – С. 55–61.
5. Chimienti G. Helicobacter pylori is associated with lipid profile: impact on Lipoprotein (a) / G. Chimienti, F. Russo, B.L. Lamanuzza // Clin. Biochem. – 2003. – Vol. 36. – P. 359–365.
6. Gisbert J.P. 13C-urea breath test in the management of Helicobacter pylori infection / J.P. Gisbert, J.M. PaJares // Dig. Liver Dis. – 2005. – Vol. 37(12). – P. 899–906.

Отримано 19.10.10