

УДК 616.33-002.44: 612.017.2(571.56)

## ВОПРОСЫ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Бессонов П.П., Бессонова Н.Г.

*ФГАУ ВО СВФУ им. М.К. Аммосова, Медицинский институт, Якутск, e-mail: bessonovproc@mail.ru*

Адаптация человека в условиях Крайнего Севера определяется влиянием на организм человека особых природно-климатических факторов. С целью изучения адаптации в условиях Республики Саха (Якутия) проведен анализ истории болезни, клинических, лабораторно-инструментальных методов исследования, биопсии у 35 больных язвенной болезнью, находившихся на лечении в отделении терапии ГАУ РС(Я), РБ№1-НЦМ, г. Якутск, Республика Саха (Якутия). Для сравнительного изучения больные были разделены на 2 группы: 1 группа пришлые – 16 пациентов, 2 группа коренные – 19 человек, всего 29 мужчин и 6 женщин, средний возраст пациентов составляет 56 лет. Процесс адаптации в экстремальных условиях Крайнего Севера протекает неравномерно. Так, у пришлого населения обострения язвенной болезни отмечались в первые пять лет проживания в Якутии и сохранялись на высоком уровне в последующие годы. Обострения язвенной болезни у коренного населения развивались постепенно в течение десяти лет, в отличие от пришлого населения, симптомы диспепсии у которых более выражены. Независимо от группы через 10 лет проживания на Севере, в связи с истощением процессов адаптации, отмечается рост обострения язвенной болезни, при этом в 31 % случаев болезнь протекает без клинических симптомов. В старших возрастных группах отмечается частота выявления бессимптомной ЯБЖ, что, возможно, связано с высокой распространенностью атрофического гастрита и инфекции *H. pylori*. В условиях Крайнего Севера процесс развития риска заболевания язвенной болезнью желудка усугубляется основными факторами болезни, такими как наследственность, нарушение режима питания, стрессы, инфекция *Helicobacter pylori* и вредные привычки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, факторы риска, инфекция *Helicobacter pylori*, адаптация, симптомы, биопсия.

## QUESTIONS OF ADAPTATION OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER IN THE CONDITIONS OF THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

Bessonov P.P., Bessonova N.G.

*M. K. Ammosov North-Eastern Federal University, Medical institute, Yakutsk, e-mail: bessonovproc@mail.ru*

Adaptation of the person in the conditions of Far North is defined by influence of the peculiar natural factors in these regions. The analysis of the clinical records, clinical, laboratory and tool methods of a research, and biopsy of 35 patients with peptic ulcer is carried out for studying of adaptation in the conditions of the Republic of Sakha (Yakutia). The patients divided into 2 groups: 1) group of newcomers – 16 patients; 2) group of indigenous inhabitants – 19 patients; a total of 29 man and 6 women, the middle-aged patients of Therapy Department of State Autonomous Institution «Republican Hospital No.1» – the National Center of Medicine, Yakutsk, the Republic of Sakha (Yakutia). Process of adaptation to extreme conditions of Far North proceeds unevenly. Newcomers peptic ulcer exacerbation was noted in the first five years of living in Yakutia, and it remained at the high level within the next years. Indigenous populations peptic ulcer exacerbation developed gradually within ten years. Apart of these two groups, the growth of peptic ulcer exacerbation is noted with the exhaustion of adaptation processes in the North last 10 years. In 31 % cases, peptic ulcer proceeds without clinical symptoms, the symptoms of dyspepsia are more expressed at newcomers in comparison with indigenous population. In the senior age groups symptoms of a disease became erased. Peptic ulcer more often revealed at indigenous inhabitants that, perhaps, relates to high prevalence of atrophic gastritis and infection of *Helicobacter pylori*. Risk factors of peptic ulcer are heredity, diet violation, stresses, *Helicobacter pylori* infection and bad health habits.

Keywords: peptic ulcer, risk factors, *Helicobacter pylori* infection, adaptation, symptoms, biopsy.

Якутия является одним из крупных и богатых природными ископаемыми приполярных регионов Российской Федерации, занимающий 1/6 часть страны и характеризующийся суровым климатом, низкой плотностью населения и соответственно трудностями жизнеобеспечения. В связи с ускоренными темпами освоения Севера и

развитием добывающих отраслей промышленности до 1990 года для республики был характерен постоянный рост численности населения, в основном за счет массового притока лиц трудоспособного возраста из других регионов и естественного прироста населения. Природные условия Якутии для здоровья человека значительно тяжелее, чем в средней полосе. Известно, что природа и климат Крайнего Севера, не являясь ведущими этиологическими факторами заболеваемости, тем не менее играют определенную роль в патогенезе различных заболеваний, как предрасполагающие факторы, определяющие региональное своеобразие течения болезней. Успешная адаптация пришлого населения Якутии является непременным условием его хорошего здоровья. Многие заболевания в условиях Севера возникают в более раннем возрасте и протекают более тяжело, чем в средней полосе [1-3].

Язвенная болезнь (ЯБ) занимает одно из центральных мест в гастроэнтерологической патологии, как по распространенности и тяжести клинических проявлений, так и по серьезности прогноза. Согласно статистическим данным, заболеваемость язвенной болезнью в различных географических зонах колеблется в широких пределах от 5,2 до 14,4 на 1000 населения [3-5]. По данным Василенко В.Х. среди пациентов, находившихся на стационарном лечении с заболеваниями органов пищеварения, язвенная болезнь диагностируется в 35,8 % случаев. Желудочно-кишечные кровотечения наблюдаются у 17,7 %, прободения язвы – 7,9 %, малигнизация язвы – 7,9 % больных с язвенной болезнью. Язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречаются в четыре раза чаще, чем язвы желудка [5-7]. Среди больных с дуоденальными язвами значительно преобладают мужчины, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается одинаковым. В последнее время отмечена тенденция к снижению заболеваемости язвенной болезнью [5-7].

**Цель исследования** – оценить особенности адаптации больных с язвенной болезнью среди пришлого и коренного населения Якутии.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 35 больных язвенной болезнью в возрасте от 22 до 78 лет (средний возраст 56 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении терапии ГАУ РС(Я) РБ№1-НЦМ, г. Якутск, Республика Саха (Якутия). Для проведения исследования больные были разделены на 2 группы, 1 группа – коренные и 2 группа – пришлые. В первую группу отнесены коренные жители – это лица, постоянно проживающие на территории Якутии, всего 19 больных, из них мужчин – 18, женщин – 1. Вторая группа пришлые – это лица прибывшие в Якутию из других регионов России, в основном из средней полосы, проживающие в течение 15 лет, всего 16 пациентов, из них мужчин – 11, женщин – 5. Проведен сбор анамнестических данных, анализ историй болезни,

данных клинического осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования – фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с биопсией и УЗИ органов брюшной полости. Все лабораторные и инструментальные методы исследования проведены на базе ГАУ РС(Я), РБ№1-НЦМ, г. Якутска. Обязательным условием было получение информированного согласия пациентов на участие в исследовании. Статистическая обработка материала проведена с применением программы Microsoft Office Excel. Достоверность различий определяли по критериям Стьюдента,  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** По нашим данным, среди больных ЯБ коренные составили – 54 %, пришлые – 46 %, преобладали мужчины – 95 % и 69 % женщины. Соотношение ЯБ у мужчин и женщин в возрасте 31–50 лет составляет 4:1, в старшей возрастной группе 71–78 лет 1:1. Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) наблюдается в разных возрастных группах: в возрасте 41–50 лет – 34 %, 51–60 лет – 23 % и в возрасте 61–78 лет – 37 %. Среди больных преобладают городские жители – 80 %. Таким образом, среди больных ЯБ молодого и среднего возраста отчетливо преобладают лица мужского пола, что соответствует литературным источникам [2, 4, 6, 7]. Длительность заболевания ЯБ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Длительность заболевания язвенной болезнью (%)

Длительностьзаболевания	пришлые	коренные	Всего
до 1 года	31	39	34 **
3-5 лет	31	26 *	28
5-10 лет	19 *	5,3 *	11 **
Свыше 10 лет	19 *	32	26 **

*Примечание. Достоверность различий: между длительностью заболевания \* –  $p < 0,05$ ,*

*между пришлым и коренным населением \*\* –  $p < 0,05$ .*

Как видно из таблицы 1, независимо от группы (пришлые или коренные) преобладали больные ЯБ с рецидивом до 1 года – 34 % и сохранением на высоком уровне у больных 1 группы до 5 лет, по сравнению со 2 группой, где отмечалось достоверное снижение частоты обострения ЯБ ( $p < 0,05$ ). В группе пришлых высокая частота обострения ЯБ отмечалась с началом прибытия в Якутию и находилась на высоком уровне независимо от давности болезни. В группе коренных также высокие показатели обострения ЯБ – 39 % до 1 года с достоверным снижением частоты обострения ( $p < 0,05$ ). Однако через 10 лет отмечается резкий подъем частоты обострений ЯБ, тогда как у пришлых обострения ЯБ сохраняются на

высоком уровне, независимо от давности, возможно, это связано с истощением организма. Таким образом, процесс адаптации в экстремальных условиях Крайнего Севера протекает неравномерно. В отдельные периоды организм человека находится в критическом состоянии, когда идет кардинальная перестройка работы различных систем организма. В большинстве случаев после длительного периода болезни начинается период истощения организма, поскольку последний уже не обладает резервными возможностями, чтобы функционировать нормально в этих условиях, что может указывать на срыв адаптации.

Касаясь соотношения язвенной болезни по локализации, установлено, что среди пришлых I поколения соотношение язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и сочетанной локализации составило 1, 4:2, 9:1,0, что близко к средневропейским данным. Среди коренных жителей Севера соотношение было иным и соответствовало 6, 2:2, 2:1,0, указывающее о значительном преобладании язвенной болезни желудка. Среди пришлых I поколения, заболевших язвенной болезнью после переезда на Север, первые признаки болезни чаще проявлялись после 5–10 лет проживания на Севере. Пришлые, страдавшие язвенной болезнью до переезда в Якутию, первый рецидив отмечали после переезда в сроки от 2 до 5 лет. Холод является одним из главных экологических природных факторов Якутии, к которому приходится адаптироваться организму человека и пищеварительной системе. Особенностью клинического течения язвенной болезни в условиях Севера является обострение в зимний период, совпадающий с пиком холодов, что не характерно для средней полосы, где обострения ЯБ происходят весной и осенью [2, 6].

Клинические проявления ЯБ характеризовались типичной (классической) картиной. Из симптомов ведущим является болевой синдрому 69 % больных (табл. 2).

Таблица 2

Клинические проявления язвенной болезни (%)

Симптомы	пришлые	коренные	всего
боли (в том числе):	56	79	69 *
а) «ранние» боли	0	5,3	2,8
б) через 1,5-2 часа после еды	31	5,3	17 *
в) не зависят от приема пищи	19	0	8,6 *
г) голодные и "ночные" боли	10,5	0	5,7
характер и интенсивность болей:			
а) периодические, тупые, ноющие боли	6,2	10,5	8,6
б) постоянные ноющие боли	37,5	16	26 *
Изжога	50	26	37 *
Отрыжка	56	16	34 *
Рвота	0	10,5	5,7
Тошнота	25	10,5	17 *
Метеоризм	25	10,5	17 *
Похудание	6	16	11

Неустойчивый стул	37	21	29 *
Нормальный стул	81	65	71 *

Примечание. Достоверность различий между пришлым и коренным населением \*  $p < 0,05$ .

Как видно из табл. 2, клинические симптомы ЯБ достоверно выражены у пришлых, по сравнению с коренными. По нашим данным, болевой синдром наиболее выражен у лиц пожилого возраста (71–78 лет), причем у 11 % из этой возрастной категории боли возникали спустя 1,5–2 часа после еды, наблюдались и постоянные ноющие боли. У больных в возрасте 61–70 лет имели место периодические тупые, ноющие боли, у 8,6 % болевого синдрома не наблюдалось. У лиц трудоспособного возраста 31–50 лет отмечаются постоянные ноющие боли, независимо от приема пищи, у 5,7 % больных ночные и «голодные» боли.

В зависимости от возраста, отрыжка выявлена у половины больных в возрасте 71–78 лет и 51–60 лет. Изжога у 40 % лиц, в возрасте 31–78 лет у 11 %, в 31–40 лет – 2,8 %, в 61–70 лет – 2,8 %. Рвота отмечена в 5,7 % в возрасте 41–60 лет. Тошнота у лиц трудоспособного (41–60 лет) и пожилого возраста (61–78 лет) в 17 % случаев. Нарушение функций кишечника у 8,6 % в возрасте 71–78 лет. У больных молодого возраста (в нашем случае у 2 больных) из данных симптомов ЯБ встречаются постоянные ноющие боли, изжога, тошнота. Таким образом, клинические проявления ЯБ протекали с болью у 69 % пациентов, с изжогой у 37 %, с отрыжкой у 34 %, с тошнотой у 17 %.

По данным ФЭГДС локализация язвенного дефекта в антральном отделе желудка была у 26 % пришлых, в субкардиальном отделе – 2,8 %, в углу желудка – 5,7 %, в верхней трети тела желудка – 2,8 %. У коренных язвенные дефекты в антральном отделе у 23 %, в средней трети тела желудка были обнаружены у 5,7 %, также у 2,8 % в углу желудка, в нижней трети тела желудка – 2,8 %. В эндоскопическом исследовании нами учитывались локализация язвенного дефекта, его размер и количество (табл. 3).

Таблица 3

Результаты эндоскопического исследования, больных с ЯБ (%)

№	Группы	Количество больных (абс.)	Размер язвенного дефекта			Количество язвенных дефектов	
			малые до 0,5 см	средние 0,5 – 1,5 см	большие 1,5 – 3 см	Одиночные	Множественные
1	Пришлые	14	57	29	14	86	14
2	Коренные	15	47	40	13	80	20
	Всего	29	52	34 *	14	83	17

*Примечание. Достоверность различий между пришлым и коренным населением \*  $p < 0,05$ .*

У большинства коренных выявлены одиночные язвенные дефекты малых и средних размеров (47 % и 40 % соответственно), язва больших размеров (до 3 см) наблюдалась у 13 %. Множественные язвенные дефекты выявлены у 20 % больных. У 5,7 % был обнаружен язвенный рубец антрального отдела желудка, у 2,8 % на нижней трети тела желудка с деформацией стенки. Среди пришлых преобладали язвы малых и средних размеров (57 % и 29 % соответственно), большие язвы у 14 %. При этом у большинства больных одиночные язвенные дефекты, множественные язвы выявлены в 20 % случаях. Таким образом, нет существенной разницы в локализации язвенного дефекта в обеих группах.

Частой локализацией язвенного дефекта слизистой оболочки желудка является антральный отдел – 46 %. В верхней трети тела желудка выявлены язвы у 14 % больных, в угловой части желудка у 8,6 %, в субкардиальном отделе у 5,7 %, в средней трети тела желудка у 3 %, в нижней трети и в пилорическом отделе желудка у 2,8 %. Как известно, в антральном отделе располагаются эндокринные G-клетки, вырабатывающие гормон гастрин, который в свою очередь стимулирует секрецию соляной кислоты (один из факторов агрессии).

Проанализировав данные клинических исследований, мы установили следующую возрастную локализацию язвенного дефекта в антральном отделе: у пациентов в возрасте от 41 до 50 лет 17 %, в возрастной группе 51–60 лет 14 %, в 61–70 лет 5,7 % и в возрасте 71–78 лет локализации язвы были выявлены в различных отделах желудка. Таким образом, у больных молодого возраста часто выявляли одиночные язвы в антральном отделе, в отличие от множественных язвенных поражений у старшей возрастной группы, согласно с имеющимися в литературе данными [5, 6].

У 20 % больных были выявлены язвенные дефекты в двенадцатиперстной кишке, в 11 % случаях в сочетании с антральной локализацией, у 5,7 % – в верхней трети тела желудка, 2,8 % – угол желудка. В нашем случае язвенной болезнью сочетанной локализации чаще страдали больные пришлые – 14 %, соотношение ЯБЖ и сочетанной локализации 1:1. Так, по данным литературы, это соотношение равно 1, 4:1, соответственно [2]. Среди коренных эти соотношения были иными, и соответствовали 6,2:1, с преобладанием ЯБЖ. По данным эндоскопического обследования наличие сопутствующего хронического гастрита было выявлено у 34 % больных ЯБ, в том числе поверхностного гастрита у 11 %, хронического гастрита типа «В» – у 8,6 %, смешанного – 8,6 %, гиперпластического – 5,7 %. Хронический гастродуоденит был выявлен у 37 % больных ЯБ, у 2,8 % был диагностирован хронический дуоденит, у 8,6 % – пилоробульбит. У части больных, наряду с язвенным дефектом, были

выявлены эрозивные изменения в слизистой желудка – 23 % и луковице двенадцатиперстной кишки – 14 %. По нашим данным, рефлюкс-эзофагит отмечается у 2,8 % больных ЯБ, также у 5,7 % был выявлен дуоденогастральный рефлюкс. Согласно литературным данным дуоденогастральный рефлюкс по эндоскопическим наблюдениям выявлен при язвенной болезни желудка в 19,3 % случаев, при язвенной болезни ДПК более чем в 33 % случаев [6,8,2]. Касаясь осложнений ЯБЖ, таких как прободений язвы, кровотечений, среди обследованных больных не наблюдалось. У двух больных была выявлена деформация луковицы ДПК при локализации язвенного дефекта в антральном отделе желудка, деформация стенки желудка по малой кривизне была у одного больного.

Исследования биопсии выявили у 34 % больных ЯБ пролиферацию железистого эпителия и 86 % инфицированность *Helicobacter pylori*. При морфологическом исследовании у больных ЯБ выявляются различные формы гастритов и дуоденитов – от поверхностного до атрофического, в том числе дисплазия желез эпителия, усиленная регенерация эпителия, различные формы перестройки железистого эпителия, включая кишечную метаплазию.

По нашим данным, факторы риска рецидивов ЯБ связаны с нарушением режима питания, у пришлых – 9 %, у коренных – 6 %, большие перерывы между приемами пищи, еда всухомятку, злоупотребление алкоголем – 4 % и 1 %, эмоциональные, нервно-психические перенапряжения (стрессы) – 9 % и 6 %, соответственно. ЯБ чаще выявляли у лиц, занятых умственным трудом – 17 %, что, возможно, это связано с эмоциональной и нервно-психической перегрузкой, по сравнению, с лицами занятыми физическим трудом, лицами пожилого возраста – 13%. Наследственная отягощенность выявлена одинаково часто в обеих группах. Так, у пришлых отягощенность по язвенной болезни выявлена у 2,8 %, среди коренных отягощенность раком желудка также в 2,8 % случаев. Также у больных были выявлены сопутствующие ЯБ заболевания: хронический гастрит (34 %), хронический гастродуоденит (57 %), реактивный панкреатит (43 %), хронический холецистит (40 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и атеросклеротический кардиосклероз (31 %), остеохондроз позвоночника (34 %), дисциркуляторная энцефалопатия (31 %). Взаимовлияние заболеваний значительно изменяет клиническую симптоматику и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, затрудняет диагностический и лечебный процесс [1, 9].

**Заключение.** ЯБ независимо от группы часто выявляется у лиц мужского пола, занятых умственным трудом, трудоспособного возраста. Имеет типичную классическую картину, сопровождается болевым синдромом, изжогой, тошнотой, отрыжкой.

У пришлых диспепсические симптомы проявлялись чаще, по сравнению с коренными. При эндоскопическом исследовании выявляются одиночные язвы малых и средних размеров,

чаще в антральном отделе желудка. К факторам риска ЯБ относятся нарушение режима питания, нервно-психические перегрузки, злоупотребление алкоголем, инфекция *Helicobacter pylori*. По сравнению с пришлыми у коренного населения преобладает ЯБЖ, что, возможно, связано с высокой распространенностью у коренных жителей хронического атрофического гастрита, *Helicobacter pylori* и коморбидных состояний. У пришлых обострение ЯБ отмечается с первых лет проживания в Якутии и остается на высоком уровне, вне зависимости от длительности заболевания. У лиц с ЯБ независимо, как у пришлых, так и коренных, с увеличением длительности заболевания более 10 лет происходит рост частоты обострений, что, возможно, связано с истощением организма, срывом адаптации.

### Список литературы

1. Бессонов П.П. Диагностика атрофического гастрита у сельских жителей Республики Саха (Якутия)/ П.П. Бессонов, Н.Г. Бессонова// Новое слово в науке: перспективы развития: материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2015. – № 4(6). – С.50-51.
2. Емельянова Э.А. Хронический гастрит и язвенная болезнь в условиях Севера: учебное пособие /Э.А. Емельянова, С.Л. Сафонова. – Якутск.: Изд-во Якутского ун-та, 2000. – 21 с.
3. Кривошапкин В.Г. Очерки клиники внутренних болезней на Севере / В.Г. Кривошапкин. – Якутск: Изд-во Департамента НиСПО МО РС(Я), 2001. – 128 с.
4. Василенко В.Х., Гребенев А.Л, Шептулин А.А. Язвенная болезнь: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
5. Курилович С.А. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в Западной Сибири/С.А. Курилович, О.В. Решетников [под ред. академика РАМН Ю.П. Никитина]. – Новосибирск, 2000. – 165 с.
6. Бессонов П.П. Особенности клинического течения язвенной болезни в Республике Саха (Якутия) /П.П.Бессонов, Н.Г. Бессонова //Medicus. – 2016. – № 2(8). – С. 23-25.
7. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы /Я.С. Циммерман. – М.: ГЭОТАР.-Медиа, 2009. – 416 с.
8. Бессонов П.П. Распространенность и факторы риска кислотозависимых заболеваний у взрослого населения РС(Я) / П.П. Бессонов, Н.Г. Бессонова // Якутский медицинский журнал. – 2016. – № 2(54). – С. 56-59.
9. Бессонов П.П. Коморбидность у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями и артериальной гипертензией в Республике Саха (Якутия) /П.П. Бессонов, Н.Г. Бессонова // Якутский медицинский журнал. – 2015. – № 3(51). – С.76-78.