

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

# Лікарська справа Врачебное дело

Щомісячний науково-практичний журнал  
Заснований у грудні 1918 р.

*Нагороджений Почесною грамотою  
Президії Верховної Ради Української РСР*

5-6 (1021)

ТРАВЕНЬ-ЧЕРВЕНЬ

КИЇВ «ЗДОРОВ'Я» 1995

И В. РЕДЧИЦ, Е. Е. ПЕТРОВ

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ  
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ЛОКАЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. И. В. Редчиц)  
Полтавского медицинского стоматологического института

Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов [3—4] свидетельствуют об увеличении заболеваемости язвенной болезнью (ЯБ) у женщин. Установлено более легкое течение заболевания у женщин, меньшая частота развития осложнений. Однако клинические особенности ЯБ у женщин изучены недостаточно, что явилось целью нашего исследования.

Обследовано 53 женщины, больных ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК) в период обострения заболевания. Учитывая значение гормонального звена в генезе ЯБ и возрастные колебания обследуемых больных (16—85 лет), мы разделили их на две группы: I—до климактерического периода (25 чел.), II — во время и после него (28 чел.). Комплекс обследования в условиях стационара включал общеклиническое исследование, фиброгастродуоденоскопию, рентгенологическое исследование пищеварительного канала, зондовое исследование секреции желудка с использованием пищевого раздражителя.

Клинические проявления ЯБ ДПК были атипичными у 16 (64%) женщин I группы и у 14 (50%) —II группы, у которых наблюдался слабовыраженный болевой синдром, боль имела разлитой характер. Она локализовалась не только в надчревьe, но иррадиировала в область правого (реже левого) подреберья или распространялась по всему животу. У остальных больных отмечалась боль умеренного характера в надчревьe либо ее сочетание с самостоятельной болью в правом или левом подреберье. Ночная боль отмечена у 13 (32 %) женщин I группы и у 17 (60,7 %) —II, боль натощак — соответственно у 17 (68 %) и 21 (75%). Через 30—60 мин после приема пищи боль появлялась у 3 (12%) женщин I группы и у 6 (21,4%)—II, через 1—1,5 ч —соответственно у 6 (24%) и 7 (25%), через 1,5—3 ч — у 12 (48%) и 12 (42,9%). Боль не имела четкой связи с приемом пищи у 4 (16%) женщин I группы и у 3 (10,7 %) —II.

Связь боли с нервно-психическим перенапряжением отмечали 5 (20 %) женщин I группы и 4 (14,3%) —II, с физическим переутомлением — соответственно 5 (20%) и 5 (17,9%). На зависимость возникновения боли от характера пищи (жирной, острой, кислой) указывали 8 (32 %) больных I группы и 8 (28,6 %) —II. У всех больных I группы и у 25 (89,3 %) — II болевой синдром легко купировался медикаментозными средствами (но-шпа, гастрофарм и др.), но у 3 (10,7 %) женщин II

группы этого не отмечалось. Боль ноющего характера наблюдалась у 15 (60%) женщин I группы и у 18 (64,3%) — II, давящего — у 3 (12 %) и 5 (17,9 %), сжимающего — у 3 (12%) и 2 (7,1 %), пекущего — у 2 (8%) и 2 (7,1 %), колющего — у 2 (8%) и 1 (3,6 %). Семь (28 %) женщин I группы и 13 (46,4 %) — II отмечали иррадиацию боли в спину, 4 (16 %) и 2 (7,1 %) — в область сердца, 3 (10,7 %) женщины II группы — под левую или правую лопатку. Сезонность боли установлена у 77,8 % больных I группы и у 88,2 % — II.

Отрыжка наблюдалась у 16 (64 %) женщин I группы и у 21 (75 %) — II. Причем, если отрыжка кислым или пищей встречалась одинаково часто в обеих группах (первую из них мы рассматривали как результат повышенной кислотообразующей функции желудка), то отрыжка воздухом преобладала во II группе (61,9% против 25%). Изжога наблюдалась у 10 (40%) женщин I группы и у 12 (42,9%) — II. Тошнота чаще встречалась у пациенток II группы (67,9 % против 56 %), рвота — соответственно у 9 (32,1%) женщин II группы и у 5 (20%) — I.

Повышение аппетита отмечали 7 (28 %) женщин I группы и 6 (21,4%) — II, снижение аппетита — 3 (10,7%) пациентки II группы. Запор наблюдался у 13 (64,4%) женщин II группы и у 7 (28 %) — I группы, понос — соответственно у 4 (14,3 %) и 1 (4 %).

В клинической картине женщин обеих групп чаще всего отмечалась общая слабость и снижение работоспособности (в I группе — 60%, во II группе — 71,4%), головная боль (52 и 57,1 %), раздражительность (44 и 50 %), плохой сон (28 и 35,7 %), неустойчивое настроение (28 и 35,7 %) с некоторым преобладанием у лиц более старшего возраста.

Сопутствующий хронический холецистит, холецистопанкреатит диагностированы у 22 (41,5 %) женщин, в том числе у 11 I группы (44 %) и у 11 (39,3%) — II. На частое сочетание этих заболеваний с ЯБ у женщин указывают и другие исследователи [1, 2],

Заболевание печени констатировано у 3 (12 %) женщин I группы и у 1 (3,6%) — II, кишечника — у 6 (24%) и 9 (32,1 %). У 7 (25%) женщин II групп выявлена гипертоническая и ишемическая болезнь сердца и у 1 (4%) женщины I группы — гипертоническая болезнь.

Заболевания половых органов (фибромиома матки, аднексит, дисфункция яичников и др.) отмечены у 8 (32 %) женщин I группы (1 из них перенесла оперативное вмешательство, что составляет 12,5 %) и у 18 (64,3 %) — II (оперативное вмешательство у 7 — 38,9 %).

Влияние профессиональных вредностей выявлено у 14 (56 %) женщин I группы и у 8 (28,6%) — II, частые стрессы отмечали соответственно 8 (32%) и 10 (35,7%) женщин. Хорошая двигательная активность (включающая занятия оздоровительной физкультурой) отмечены лишь у 4 (16 %) женщин I группы и у 2 (7,1 %) — II; курение — у 2 (3,8%) больных I группы. Злоупотребления алкоголем у больных не наблюдалось. Погрешности в характере и режиме питания установлены у 15 (60 %) женщин I группы и у 13 (46,4 %) — II, влияние ulcerозных препаратов — у 3 женщин II группы

(10,7%). Наследственная отягощенность отмечена у 20 (37,7 %) женщин, из них у 40 % I группы и у 35,7 % — II.

Из 28 женщин II группы 8 были в климактерическом и 20 — в постклимактерическом периоде. Среди женщин детородного возраста несколько раз рожавших (3 и более) не выявлено, не рожавших было 5 (причем 3 из них в возрасте до 20 лет, не замужем). Во II группе несколько раз рожавших было 5 (17,9%) женщин, не рожавших — 3 (10,7 %). Из 6 женщин, начало заболевания у которых предшествовало последующей беременности, 4 отмечали стойкую ремиссию ЯБ в период беременности, продолжавшуюся и после родов. Аборты наблюдались у 31 (71,7 %) женщины, причем у 4 из 10 (40 %) они сопровождались в последующем обострением заболевания, диагностированного ранее.

Избыточная масса тела выявлена у 13 (52 %) женщин I группы и у 19 (67,9%)—II, нормальная — у 11 (44%) и 7 (25%), сниженная масса тела у 1 (4 %) — I группы и у 2 (7,1 %) — II.

При пальпации локальная болезненность в области проекции ДПК выявлена лишь у 22 (41,5 %) женщин. В обеих группах преобладала диффузная болезненность в надчревьe, правом подреберье.

При рентгенологическом исследовании у 5 (20 %) женщин I группы и у 2 (7,1 %) — II не обнаружена язвенная ниша, в то время как у них язва выявлена при фиброгастродуоденоскопии. У остальных больных диагноз подтвержден одним из вышеперечисленных методов, чаще при фиброгастродуоденоскопии.

У 15 (60%) женщин I группы и у 13 (46,4%) — II размер язв составлял 0,5 см и менее, они были, единичными и неглубокими. Все язвы локализовались в луковице ДПК. У 10 (40 %) больных I группы и у 14 (50 %) — II язва сочеталась с рубцовой деформацией луковицы ДПК, с эрозиями в гастродуоденальной зоне—соответственно у 1 (4 %) и у 2 (7,1 %) женщин. У всех больных выявлен сопутствующий гастродуоденит.

Исследование секреторной функции показало, что у женщин репродуктивного возраста (I группа) отмечалась лишь тенденция к повышению средних величин базальной и стимулированной секреции по сравнению с контрольной группой (здоровые женщины соответствующего возраста). Так, объем базальной секреции составил (47,82±4,91) мл, общая кислотность—(37,70±3,38) ТЕ, свободная кислотность — (24,31±3,15) ТЕ ( $P>0,05$ ). Объем стимулированной секреции в I группы равнялся (71,82±7,11) мл, общая кислотность—(60,22±3,47) ТЕ, свободная кислотность — (43,30±3,48) ТЕ ( $P>0,05$ ).

У женщин в климактерическом периоде и менопаузе (II группа) объем базальной секреции составил (45,28±5,64) мл ( $P<0,05$ ), общая кислотность—(41,89±4,80) ТЕ ( $P<0,01$ ), свободная кислотность — (25,90±4,56) ТЕ ( $P<0,01$ ); объем стимулированной секреции — (68,90±9,32) мл ( $P<0,05$ ), общая кислотность—(67,00±5,99) ТЕ ( $P<0,01$ ), свободная кислотность—(51,11±5,81) ТЕ

( $P < 0,001$ ). Это свидетельствовало о чрезмерной вагальной стимуляции, нарушении моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК и, вероятно, косвенно о повышении массы обкладочных клеток желудка у женщин в климактерическом периоде и менопаузе, больных ЯБ ДПК, у которых заболевание протекает тяжелее по сравнению с женщинами более молодого возраста. Анализ секреторной функции желудка двух контрольных групп подтвердил снижение ее с возрастом.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что клиническая картина язвенной болезни у женщин зависит от возраста. В климактерическом периоде и менопаузе течение этого заболевания более тяжелое.

#### Список литературы

1. Василенко В. Х., Гребенев А. Л., Шептулин А. А. Язвенная болезнь.— М. : Медицина, 1987.— 288 с.
2. Орловский В. Ф., Медведев В. Н. //Терапевт. арх.— 1991.— № 2.— С. 9—12.
3. Редчиц И. В., Серый А. В., Паталаха И. В., Коблицкая Н. В. // Восьмой республиканский съезд терапевтов БелССР : Тез. докл.— Минск, 1990.—С. 148—149.
4. Эльштейн Н. В. Общемедицинские проблемы терапевтической практики.—Таллинн: Валгус, 1983.—248 с.
5. Kurata J. H., Haile B. M., Elasoﬀ J. D. // Gastroenterology.— 1985.— Vol. 88.—P. 96—100

#### AGE-RELATED CLINICAL FEATURES OF DUODENAL ULCER IN FEMALE SUBJECTS

I.V. Redchits, Ye.Ye. Petrov (Poltava)

A total of 53 women with duodenal ulcer were examined. Two groups were formed: group I – the premenopausal period, group II – the menopause proper, and postmenopausal period. The evaluation done showed the illness run a gravier course in group II women.