

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ



Пакирдинов Алишер Сайфутдинович

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

### УЗОҚ УМР КЎРУВЧИ АҲОЛИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Пакирдинов Алишер Сайфутдинович

Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

### MODERN APPROACH TO THE PREVENTION AND TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCERS IN LONG-LIVERS

Pakirdinov Alisher Sayfutdinovich

Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)

**Резюме.** *Замонавий геронтология ва гериатриянинг долзарб муаммоларидан бири ошқозон ва 12 бармоқ чак яра касаллиги ҳисобланади. Ошқозон ва 12 бармоқ чак яра касаллиги жуда мураккаб тиббий илмий муаммо бўлиб, у ҳали тўлиқ ҳозиргача ҳал қилинмаган. Ошқозон ва 12 бармоқ чак яра яраси кенг тарқалган ички касалликлардан биридир. Яра касаллигининг муаммоси ҳозирги кунда энг кўп муҳокама қилинадиган долзарб мавзулардан биридир. Ушбу мақолада ҳар хил ёшдаги беморларда турли эпидемиологик ва клиник компонентларга қараб муаммонинг ҳолати таҳлили келтирилган.*

**Калит сўзлар:** *ошқозон яраси, клиник эпидемиология, узоқ умр кўрувчилар, кекса ёшдаги гуруҳлар.*

**Abstract.** *Peptic ulcer disease is an extremely complex medical scientific problem that has not yet been fully resolved. Peptic ulcer disease is one of the widespread internal diseases. The problem of the prevalence of peptic ulcer disease is currently one of the most discussed. This article presents an analysis of the state of the problem depending on various epidemiological, clinical components in patients of different age groups.*

**Key words:** *peptic ulcer, clinical epidemiology, long-liver, age groups.*

**Актуальность.** Гастроудоденальные язвы (ГДЯ) встречаются у лиц разного возраста, в частности, у долгожителей, перешагнувших 90-летний рубеж [2,4]. Но ГДЯ не подвергались специальным эпидемиологическим исследованиям, почти не изучены, ограничивались только результатами клинических и морфологических сведений. Результаты сведений распространения факторов опасности ГДЯ не соответствуют действительности, указываются более низкие показатели, чем в реальной частоте (только эпидемиологические исследования могут это гарантировать) [5]. Поэтому исследование ГДЯ и разработка инновационных алгоритмов и технологий, особенно у долгожителей, а также разработка инновационных алгоритмов и технологий их профилактики является актуальной научной проблемой и реко-

мендуется как необходимая практика в хирургии на международном уровне [1,6].

Язвенная болезнь утвердилась в медицине в 30-е годы прошлого века как “Чикагская семерка” и вошла в группу распространенных и традиционных психолого–соматических болезней, имеющих опасные последствия (F.Alexander, 1930 г) и до сегодняшнего дня сохраняет этот статус, продолжая быть во врачебном лексиконе как многофакторная болезнь, умеющая противостоять и требующая непрерывного развития профилактических инноваций [3]. Особенно ГДЯ являются беззащитной зоной для возникающих на их фоне различных болезней (язвенный колит, нейродермит, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, гиперфункция щитовидной железы, ревматоидный артрит). По причине трёх групп этиологических факторов: - конституционально наследст-

венный, психогенный и органический (преморбидные органические патологии) болезни данной зоны считаются гастродуоденальными язвами. Изучение, оценивание и создание системы противоположной индивидуальной профилактики или усовершенствование “личных заслуг” в отдельных популяциях является актуальной задачей.

У долгожителей, в частности в Узбекистане, эта научная область является практически не изученной, следует усилить внимание к данной проблеме, что, в свою очередь поможет не только устранить нежелательные медицинские последствия, но и поднимет авторитет нашей страны на мировом уровне.

Выделяют следующие основные факторы опасности при возникновении ГДЯ: лекарства против нестероидного воспаления (ЛПНВ), инфицирование *Helicobacter pylori*, курение, употребление алкоголя, горькая (острая) пища, преморбидные болезни (преульцероз) и длительное течение хронических неинфекционных заболеваний (цирроз печени, обструктивное хроническое заболевание легких -ОХЗЛ, хроническая болезнь почек ХБП) [3,5].

Генетические факторы, социальное обучение и социальное состояние, культура, перенесенный социальный стресс, травмы, инфекции, терапевтическая и психиатрическая коморбидность также представлены как этиологические факторы, частично изучены в исследованиях.

Доказано, что ГДЯ является моно болезнью, встречается в орфочастоте и может проявляться совместно с другими болезнями гепатопанкреатодуоденальной зоны и системными заболеваниями других органов (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хронические респираторные болезни и сахарный диабет).

В частности, у пожилых людей может протекать с образованием полиморбидного фона, в следствии чего развиваются опасные осложнения (перфорация, кровотечение, малигнизация, пилоростеноз)[7].

Несмотря на это эпидемиологические пути этих состояний, своевременное их выявление. До нозологическая профилактика и принципы безопасности быстрого лечения в должной мере не изучены и по нашим характерным анализам в популяции долгожителей в общем не выявлены или не разработаны

Согласно существующим многолетним исследованиям, язвенная болезнь и преульцерозные состояния выявлены в результате клиническо-эпидемиологических рекомендаций в основном, у подростков, трудоспособных людях и лицах пожилого возраста:

1) за последние 70 лет заболеваемость ГДЯ всегда снижена;

2) каждый год у 200 000-400 000 населения продолжают выявляться ГДЯ;

3) на лечение уходит до 3-4 млрд долларов в год;

4) Несмотря на приоритетную роль *Helicobacter pylori* в возникновении ГДЯ (начиная с1980 годов) основную роль в их формировании играют факторы риска или сейчас придерживаются этого мнения [6,7].

В высокоразвитых странах также язвенная болезнь встречается у 1,8% населения, одинаково заболевают и мужчины и женщины, по результатам клинических исследований у 20-50% больных существует сравнительная семейная предрасположенность к ГДЯ. (Джон Нобель, 2005). В этом плане существуют неясности в популяции долгожителей, есть потребность и необходимость в реальном оценивании эпидемиологической ситуации с ГДЯ в Узбекистане.

Выявление ГДЯ с другими кислотными заболеваниями составляет 40-50%, часто вызывает серьезные осложнения и приводит к инвалидизации [4], требует рассмотрения стратегии к анцерпревенции. ГДЯ и состояние преульцероза в популяции вызывает ускорение канцерогенезного каскада. Со стороны исследователей начала применяться эпидемиологическая аксиома.

В двух случаях состояний преульцероза из 100, связанных с *H.pylori* возникает рак желудка и согласно мониторингу за 2014 год предраковых изменений желудка, в национальных рекомендациях рекомендовано увеличить число эндоскопических исследований (схема эндоскопической канцерпревенции), то есть практики профилактической защиты:

1) хронического гастрита III-IV степени один раз в год;

2) II-III степени или при персистенции один раз каждые 3года;

3) при отсутствии факторов риска и наличии у близких родственников рака желудка - каждые 5 лет;

4) на О этапе, при отсутствии *H. Pylori* эндоскопическое исследование не требуется [5].

ЛПНВ – ассоциированная гастропатия (ЛПНВ а ГП) и ГДЯ (ЛПНВ и ГДЯ) широко распространены и доказано, что в ближайшем будущем будут расти и приведут к патологии из-за увеличения осложнений. Основной причиной этого является все более множественное и активное применение в клинической практике препаратов против нестероидного воспаления. Каждый день в мире свыше 30 млн. людей принимают ЛПНВ как обезболивающее, противовоспалительное и антиагрегатное средство. [1]. Тенденция применения этих препаратов каждые 10 лет возрастает в 2-3 раза, в один год их число достигло 300 и самая большая опасность состоит в том, что лишь 1/3

часть этих препаратов назначают врачи, остальную часть люди принимают самостоятельно [6]. Результатом этого бесконтрольного применения ЛПНВ а ГП является возникновение ГДЯ, повышается степень осложнений и угроза для жизни среди населения [7]: после 6 недель применения возникает гастродуоденопатия у 70% людей [3]; у каждого четвертого и пятого человека появляется язва, в некоторых странах около 107 тысяч людей попадают в больницы и у 16500 людей опасные осложнения приводят к смерти; при приеме препаратов в течении недели у 100% людей развиваются эндоскопические симптомы острого гастрита, возникают “немые язвы”, манифестируются тяжелым гастродуоденальным кровотечением или перфорацией [5].

Лекарства против стероидного воспаления оказывают непосредственное ульцерозное влияние на слизистую оболочку или проявляют нежелательный эффект посредственным путем через ингибирование циклооксигеназы (ЦОГ). Закономерность возникновения неприемлемого отрицательного эффекта наблюдается во всех регионах желудочно – кишечного тракта, но самая большая степень поражения наблюдается в гастродуоденальной зоне (из-за высокой плотности простагландинов) [Shabrov A.V. et al., 2013; Пахомова И.Ги др., 2014].

Учитывая все это, профилактика и создание стратегии ранней диагностики ГДЯ, введение в практику на мировом уровне инновационных технологий, в частности, в Узбекистане, является ведущим научным направлением. А среди популяции долгожителей, особенно в Узбекистане является и совершенно не изученной областью.

На сегодняшний день задачи скрининга и профилактики ГДЯ утверждены как самые актуальные темы. Ибо ранняя диагностика и профилактика болезни у долгожителей или высокая степень оказания эффективной медицинской помощи связаны с важным интегральным и независимым показателем. Усовершенствование профилактики и методов лечения позволило увеличить продолжительность жизни при неинфекционных хронических заболеваниях, что, в свою очередь, привело к увеличению числа больных с коморбидными патологиями. [4,6,7]. Это состояние, то есть полипатия (подверженность многим болезням) классифицируется с изменением клинических проявлений ГДЯ и требует индивидуализации профилактик о лечебной практики, профилактики полипрагмазии без уменьшения лечебного эффекта и поиска эпидемиолога – патогенетических механизмов сокращения отрицательного воздействия применяемой терапии. [3]. В клинической практике частое появление и стремительное осложнение ГДЯ наблюдается не только под воздействием факторов риска, но и возникает на

фоне других патологий (артрозы, артриты, дорсопатии, остеопорозы и др.) [6]. Изучение таких коморбидных течений требует изучения особенностей населения и “эпидемиологического маршрута” в данной популяции, а также имеет диагностическое, профилактическое, прогностическое и терапевтическое значение в регионах и областях. Но сущность и региональные особенности коморбидных ГДЯ в эпидемиологических исследованиях мало изучены, а в группах долгожителей Узбекистана совсем не изучены.

С учетом выше указанных фактов касаясь актуальных задач и научных проблем вокруг ГДЯ была запланирована эта статья.

**Цель исследования** - изучение клинических – эпидемиологических особенностей гастродуоденальных язв в популяции долгожителей и разработка у совершенствованной инновационной технологии профилактики.

**Материалы и методы исследования** - исследование проводилось в Андижанской области, которая полностью отражала в себе условия Ферганской долины. Одновременное эпидемиологическое исследование было организовано при применении рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) .

**Результаты исследование и обсуждение** - исследование проводилось в три этапа.

1-этап изучение образа жизни и поведения: опрос на отсутствие хронических – инфекционных болезней (болезни сердечно – сосудистой системы, рак, хронические респираторные болезни, сахарный, остеопороз, психические расстройства) злоупотребление сигаретами (насваем) и алкоголем, употребление овощей, фруктов, соли, физическая активность.

2- этап: физический осмотр: измерение физических параметров (рост, вес, окружность талии, окружность бедер), артериальное давление и частота пульса.

3- этап определение биохимических показателей (наличия в крови холестерина, сахара, железа, мочевины) и проведение фармакоэпидемиологического мониторинга.

При анализе и оценивании полученных результатов использована специальная программа (Bios tat и Excel), критерии Стьюдент-Фишер. Выполнено статистическое оценивание рекомендованное Пирсоном ХИ квадрат ( $X^2$ ) для оценивания вариационного эмпирического ряда (W) и определение разницы между степенями вероятностей ( $W^1$ ).

Были применены стандартизированные, унифицированные, анкетированные, биохимические и инструментальные методы. Объектом исследования были лица выше 90 лет, свыше 500 мужчин и женщин были привлечены к исследованию, они отбирались с обеспечением репрезента-

тивности: 1) были отобраны и полностью проверены долгожители по итогам списка голосования на последних выборах; 2) Все долгожители из всех городов и районов Андижанской области прошли комплексный осмотр на дому, с ними была установлена постоянная связь посредством мобильных телефонов, проводилась непрерывная профилактическая работа; 3) суть исследования была доведена до сведения каждого участника, проводилась подготовка и испытательная проверка, после чего производилась проверка по полной программе; 4) для выявления факторов риска ГДЯ и их оценивания использована анкета ВОЗ "Stepp ВОЗ". (прилагается).

При оценивании использована классификация ГДЯ по П.Я.Григорьеву (1986). Кроме общеклинических исследований (анамнез, физикальные исследования), эзофагогастроуденоскопия (по специальным показаниям) и поставлен диагноз на основе ультразвукового исследования. При постановке диагноза учитывались гериатрические особенности, применены клинические и анкетированные методы, применена анкета ВОЗ (Stepp ВОЗ). Были использованы сведения о клинических симптомах и физикальных исследованиях. Для диагностики и оценивания степени кровотечения язв были применены лабораторные методы исследования (определение гемоглобина, гематокрита, гемокоагуляции и исследование кала на наличие элементов крови). Была изучена классификация кровотечения из язвы по критериям И.И. Затевахина и др. (1997й): клиническая характеристика кровотечения (эпизоды коллапса при сильных кровотечениях или в анамнезе); эндоскопическая характеристика гемостаза (тромбированная язва, язва, покрытая сгустком крови, любое кровотечение, остановленное при эндоскопии); эндоскопическая характеристика язвы (желудочная язва больше 1,3см в диаметре или язва 12 перстной кишки больше 0,8см.) при наборе 2 или 3 баллов ставится диагноз кровотечения из язвы (Кахаров А.А., 2007). Эндогенные, экзогенные, инфекционные факторы риска ГДЯ и сопутствующие заболевания выявлены и оценены согласно критериям ВОЗ. (ВОЗ, 1999). В качестве факторов риска были изучены следующие аспекты: ЛПНВ, курение, употребление алкоголя, употребление острой пищи, преморбидные заболевания, другие хронические болезни ( цирроз печени, ОХЗЛ,ХБП), генетические факторы, социальное положение, социальный стресс, травмы, терапевтическая и психиатрическая коморбидность. Общеизвестные методы профилактики острых гастродуоденальных кровотечений у больных с соматической патологией многопрофильного стационара не позволяют говорить об эффективности и надёжности этих традиционных способов. Об этом свидетельствуют большая час-

тота возникновения симптоматических эрозий и язв гастродуоденальной зоны, высокий процент геморрагических осложнений, диктующие необходимость проведения эндоскопического и хирургического лечения, высокая летальность.

#### Литература:

1. Коренева О.Н. Ингибиторы протонной помпы: цель сообразность применения с профилактической целью у кардиологических пациентов / О.Н. Коренева, О.М. Данкина, Б.Т. Иванкин // Российские Медицинские Вести. – 2013. – Т. XVIII, № 4. – С. 1-5.
2. Костюченко Л.Н. Острые желудочно-кишечные кровотечения / Л.Н.Костюченко // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – № 31. – С. 42-48.
3. Тверитнева Л.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гастродуоденальных кровотечений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.Ф. Тверитнева. – Москва, 2009. – 50 с.
4. Якимова С.С. Влияние нестероидных противовоспалительных препаратов на состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта / С.С. Якимова // Consilium medicum. – 2011. – Т. 13, № 8. – С. 12-20
5. Stollman N., Metz D.C. Pathophysiology and prophylaxis of stress ulcer in intensive care unit patients / N. Stollman, D.C. Metz // J. Crit. Care. – 2015. – Vol.20, № 1. –P. 35-45.
6. Venerito M. Interaction of Helicobacter pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in gastric and duodenal ulcers / M. Venerito, P. Malfertheiner // Helicobacter. – 2010. – Vol. 15, № 4. – P. 239-250.
7. Yang Y.X. Prevention and treatment of stress ulcers in critically ill patients / Y.X. Yang, J.D. Levis // Semin. Gastrointest. Dis. – 2003. – Vol. 14, № 1. – P. 11-19

#### СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Пакирдинов А.С.

**Резюме.** Одной из актуальных проблем современной геронтологии и гериатрии является язвенная болезнь. Язвенная болезнь представляет собой чрезвычайно сложную медицинскую научную проблему, которая в настоящее время до конца ещё не решена. Язвенная болезнь относится к числу широко распространенных внутренних заболеваний. Проблема распространенности язвенной болезни является в настоящее время одной из наиболее обсуждаемых. В настоящей статье представлен анализ состояния проблемы в зависимости от различных эпидемиологических, клинических составляющих у пациентов различных возрастных групп.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, клиническая эпидемиология, долгожитель, возрастные группы.