

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
САРАТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

---

На правах рукописи

ГБ ОД

25 АПР 1994

ГОСВАМИ БХАБАДЕВ

УДК 616.33-002.44-036.6.87.-072.1

**Клинико-эндоскопическая  
характеристика  
фаз рецидива язвенной болезни**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.00.05.  
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ)**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

САРАТОВ 1994

942-94

*А.В. Б. 1994*

Работа выполнена в Тверском государственном медицинском институте.

**Научный руководитель**

доктор медицинских наук, профессор *В. В. ЧЕРНИН*.

**Консультант**

доктор медицинских наук, профессор *И. А. КОМАРОВ*.

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор *М. А. ОСАДЧУК*;

доктор медицинских наук, профессор *В. А. МАКСИМОВ*.

Ведущее учреждение — Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, г. Москва.

Защита диссертации состоится 10 мая 1994 г. в « 13 » часов на заседании специализированного совета Д084.37.01 Саратовского государственного медицинского университета, (г. Саратов, Театральная площадь, д. 5).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке университета.

Автореферат разослан 8 апреля 1994 г.

*специализированного совета, профессор*

*Ученый секретарь  
Л.С. ЮДАНОВА*

## ОБЛАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ:** Язвенная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Неизбежны тенденции к снижению (В. Х. Васильченко и соавт., 1987; П. Н. Григорьев и Э. В. Зювенко, 1990; А. С. Логинов и соавт., 1993; J. J. Misiewicz et al., 1988; Т. Е. Пурше, 1992). Частыми остаются и осложненные болезни. Прямая нетрудоспособность и смертность больных (В. А. Зытомошкин, 1990; А. С. Гриншва и соавт., 1990; S. Lee, 1990; J. G. Negan, 1992; A. Fadl, 1992).

Это может свидетельствовать о том, что ряд вопросов этиологии, патогенеза, механизмы, диагностика, профилактика и лечения данного заболевания остаются недостаточно ясны.

Одним из таких мало изученных вопросов является вопрос о фазности течения язвенной болезни.

Фазность течения патологического процесса является одной из главных закономерностей болезни. Она хорошо изучена и широко используется во врачебной практике при ревматизме и ряде инфекционных заболеваний (В. Е. Наконкин и соавт., 1987; Ф. Е. Комаров, 1991; А. Н. Царьков, 1992; С. Т. Mastarlane, 1987; J. K. Esutze, 1987; W. Boyd, 1988).

Однако касаясь язвенной болезни, эта проблема требует дальнейшего изучения.

По данному вопросу в литературе имеется небольшое количество работ, которые в ряде случаев заключают в себе ряд противоречий. Так, С. О. Балдылес (1956) в течении язвенной болезни выделяет следующие периоды. Первым резко характеризуется

В. 94206

обострения. период обострения. период затухающего обострения и период ремиссии (полной и неполной) и период зажившей язвы. А. К. Гельман (1971) разграничивает стадии обострения фазы рецидива, стадию затухающей фазы рецидива и стадию рубцевания рецидива. По мнению Г. И. Бурчинского и В. Г. Кушнера (1973) в течении данного заболевания можно обнаружить активную фазу обострения и неполной ремиссии, а также неактивную фазу (стадию полной ремиссии). А. В. Черныш (1971, 1982, 1988) предлагает разделить течение рецидива язвенной болезни на 3 фазы: острую, подострую, фазу рубцевания и эпителизации, что на наш взгляд является наиболее рациональным с точки зрения практического врача.

Фазность течения язвенного процесса связывается с различной активностью этиологических факторов, патогенетических механизмов и саногенных реакций. Однако клинические проявления фаз рецидива, не эндоскопическая характеристика, связь с осложнениями болезни требует дальнейшего детального изучения и уточнения. Это прежде всего касается выраженности и характера болевого синдрома, диспептических проявлений, нарушения секреторной и моторной функции желудка, выраженности язвенного процесса. Важность уточнения данных моментов обусловлена тем, что даст врачу клиницисту критерии диагностики фаз рецидива, а следовательно, поможет в решении вопросов госпитализации больного, прогнозирования деятельности лечения и возникновения осложнений, а также выборе индивидуальной терапии.

Ц е л ь   р а б о т ы : Изучить клинико-эндоскопические проявления трех фаз рецидива язвенной болезни, ее осложнения и уточнить критерии их диагностики.

Задачи исследования:

1. У больных при изучении данных объективного исследования, результатов лабораторного и инструментального обследования выяснить наличие трех фаз рецидива язвенной болезни, уточнить их клинические проявления, продолжительность и исходы.
2. Исследовать характер болевого синдрома, синдромов желудочной и кишечной диспепсии в зависимости от трех фаз рецидива язвенной болезни, определить информативность метода качественно-количественной их оценки.
3. Изучить состояние кислото-, пепсиногено-, гастромукопротеидообразующей и моторной функции желудка в течении фаз рецидива язвенной болезни.
4. Уточнить эндоскопические проявления ulcerозного процесса в различные фазы рецидива язвенной болезни.
5. Выяснить наличие связи осложнений заболевания с фазами рецидива.
6. На основании полученных данных обработать клинико-эндоскопические критерии диагностики трех фаз рецидива язвенной болезни.

Научная новизна:

1. Впервые в комплексе изучен характер болевого синдрома, синдрома желудочной и кишечной диспепсии в различные фазы рецидива язвенной болезни с учетом локализации язвы, тяжести и длительности заболевания.
2. Разработана качественно-количественная характеристика болевого синдрома в различные фазы рецидива данного страдания.



больными № 4 г. Тверь, а также в учебный процесс кафедры гастро-  
тетской терапии, хирургических болезней стоматологического и по-  
лиатрического факультетов Тверского медицинского института.

**А Н Н О Б А Ц И Я Р А Б О Т Ы.** Основные положения дис-  
сертации опубликованы в 3 печатных работах. Материалы исследова-  
ния доложены на заседаниях Тверского отделения Всероссийского  
научно-практического общества гастроэнтерологов (г. Тверь, 1993),  
и на конгрессе Национальной Ассоциации научных обществ  
гастроэнтерологов (г. Смоленск, 1993).

**О Б Ъ Е М И С Т Р У К Т У Р А Д И С С Е Р Т А Ц И И**

Работа выполнена на 228 страницах машинописи, состоит из  
введения, 3 глав, включая обзор литературы, материалы собственно-  
ных исследований, заключения, выводы и указатели литературы.  
Иллюстрирована 77 таблицами и 6 рисунками, которые занимают 74  
страницы. Список литературы включает 412 источника.

**И С Т О Р И Я И М Е Т О Д И К И С Л Е Д С Т В Е Н И Я**

Обследовано 190 больных язвенной болезнью и 30 здоровых лиц  
для отработки собственных нормативов.

Среди больных 100 имели прослеженное течение заболевания,  
остались в терапевтической стационаре до полного выздоровления  
или. Среди них было 73 мужчины и 27 женщин в возрасте от 19 до  
69 лет. У 10 больных язва локализовалась в толстом, у 60 - в  
двенадцатиперстной кишке и у 2 - в илецеце и проксимальном отделе  
илеона.

90 пациентов находились в хирургическом отделении по поводу различных осложнений язвенной болезни. У 42 больных было желудочно-кишечное кровотечение, у 29 - перфорация язвы, у 9 - пенетрация и у 10 - пилородуоденальный стеноз.

Клинические проявления трех фаз рецидива язвенной болезни изучались у 100 больных с несложженным течением заболевания. В динамике лечения у них тщательно исследовались жалобы и объективные данные. Особое внимание обращалось на особенности болевого синдрома, синдрома желудочной и кишечной диспепсии, наличие желудочно-кишечных кровотечений, эндоскопические проявления ulcerозного процесса.

Качественно-количественная оценка болевого синдрома проводилась с использованием методики, предложенной И. Е. Чекасовым и С. К. Нечаевым (1983).

О характере секреторной функции желудка судили по показателям кислотности (дебит-час свободной соляной кислоты), содержания пепсина (метод В. Т. Тутолукова), и гастромукопротеин (метод Гласса и Бойда) в желудочном соке. Моторную функцию желудка исследовали электрогастрографически (метод Н. А. Собакина) с использованием электрогастрографа ЭГТ - 4М.

Изучение состояния ulcerозного процесса осуществлялось с помощью фиброгастроудоденоскопа (OLYMPUS). При этом обращалось внимание на локализацию, форму, размеры, состояние дна и краев язвы, перилуцерозное воспаление, а также динамику заживления.

Исследования выполнялись комплексно, в динамике и оценивались с учетом выраженности рецидива, т. е. трех его фаз - острой, полострой, фазы рубцевания и эпителизации (В. Э. Черныш, 1966, 1971, 1988).

Полученные в процессе исследования дисфоние данные обрабатывались с использованием методов вариационной статистики (А. С. Каминский, 1964; А. М. Мерков и соавт., 1974). За нормальные величины приняты колебания изучаемых показателей у здоровые лица в пределах  $\bar{M} \pm$ . Результаты оценивались с критерием достоверности различия  $P < 0.05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

Установлено, что клинические проявления, секреторная и моторная функции желудка, эндоскопическая картина ulcerозного процесса четко меняется в зависимости от 3 фаз рецидива заболевания.

Так, острая фаза рецидива язвенной болезни в 85% случаев занимает первые две недели обострения и характеризуется выраженными клиническими проявлениями.

В этот период у 95% больных выявляется болевой синдром. Чаще всего боль наблюдается в эпигастрии (84,21%) и имеет интенсивный характер. Она возникает ежедневно, более 2 раз в сутки и продолжается не менее часа. Наиболее часто она имеет ноющая или тупой характер. Необходимо подчеркнуть, что более выраженная боль чаще встречалась при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке. В молодом возрасте, у курящих и употребляющих алкоголь больные, с длительностью болезни не менее 10 лет, а также у пациентов, рецидив болезни которых возникал весной или осенью.

Помимо болевого синдрома острая фаза рецидива язвенной болезни характеризуется наличием ярко выраженного синдрома

желудочной и кишечной диспепсии (отрыжка, изжога, тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии, вздутие живота, поносы, запоры и др.). Так, отрыжка и изжога в дневной период отмечаются соответственно в 82% и 80% случаев, тошнота наблюдается у половины больных, а рвота - в 28% случаев. Более чем в половине случаев выявляется тяжесть в эпигастрии, вздутие живота, поносы и запоры выявлены соответственно у 27%, 43 и 28% больных. Надо отметить, что отмечены изжога, тошнота, вздутие живота и понос исключительно чаще всего после приема специализированной пищи. В связи с этим в эпигастрии и в области желудка в основном сохраняется комковатость.

Из объективных симптомов болезни в острую фазу болезни выявлялись болезненность живота (82%) и слабость (85%), снижена трудоспособность (80%) и нарушены сна (38%).

В дневной период болезненность в эпигастрии выявлялась у 80% больных, а ночная - в 51% случаев. В дневной период выявлялась в 53,33% случаев.

Анализ крови на скрытую кровь в большинстве случаев (70,78%) показывал положительный результат. Это вероятно свидетельствует о частом наличии желудочно-кишечных кровотечениях в эту фазу болезни.

В острую фазу болезни выявляемой болезни у 83,33% пациентов в исследовании выявлялись функциональные нарушения желудка. В исследовании выявлялись в пределах нормы и у 16,66% - сниженной. В среднем дебит-час свободной соляной кислоты натощак составил  $2,77 \pm 0,56$  ммоль/час. В первом этапе секреции -  $3,40 \pm 0,66$  ммоль/час и во второй фазе -  $5,70 \pm 0,86$  ммоль/час (при норме  $3,12 \pm 0,33$ ,  $3,73 \pm 0,62$ , и  $1,53 \pm 0,33$  ммоль/час). Это достоверно ( $P < 0,001$ ) выше, чем у здоровых лиц.

ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВУНАЧАЛЬНИКОВОЙ КИШКИ КИСЛОТНОСТЬ  
ОТНОСИТЕЛЬНО (P < 0.001) ВЫШЕ, ЧЕМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕ-  
ЛУДКА.

И В СРЕДНЕГОТЕНСОБРАЗУЮЩЕЙ ФАЗЕ КИСЛОТНО-  
ЖЕЛУДКА В ДАННУЮ ФАЗУ РЕЦИДИВА У 75.5% БОЛЬНЫХ БЫЛА ПОВЫШЕННАЯ,  
У 6.5% - НОРМАЛЬНАЯ И У 18.0% - СНИЖЕННАЯ. В СРЕДНЕМ, ПЕРСОНА  
ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО СОСТАВИЛ: 12.90 ± 7.25 Г/Л Я ДОСТОВЕРНО  
(P < 0.001) ПРЕВЫШАЛ ЕГО УРОВЕНЬ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ (29.21 ± 3.51  
Г/Л). ПЕРСИНОГЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ, КАК И КИСЛОТООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕ-  
ЛУДКА БЫЛА ЗНАЧИТЕЛЬНО (P < 0.001) ВЫШЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ДВУНАЧАЛЬ-  
НИКОВОЙ КИШКЕ, ЧЕМ ПРИ ЖЕЛУДКЕ.

СОДЕРЖАНИЕ ПАСТРОМУКОПРОТЕИНА В ЖЕ-  
ЛУДОЧНОМ СОКЕ В ДАННУЮ ФАЗУ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ БЫЛО СНИЖЕ-  
ННО. У 28% - НОРМАЛЬНЫМ И У 72% - ПОВЫШЕННЫМ. В СРЕДНЕМ СОСТАВ-  
ЛЯЛ 105.90 ± 9.67 МГ/Л, ЧТО ДОСТОВЕРНО (P < 0.001) НИЖЕ, ЧЕМ В  
НОРМЕ (210.10 ± 10.50 МГ/Л). АНАЛИЗ ЭТОГО ПОКАЗАТЕЛЯ В ЗАВИСИ-  
МОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ В ПОЛЕ БОЛЬНЫЕ НЕ ВЫЯВИЛИ СУЩЕСТВЕННЫЕ  
РАЗЛИЧИЯ.

ИЗУЧЕНИЕ СИЗЛЕКТРИЧЕСКОГО АКТИВНО-  
СТИ ЖЕЛУДКА ПОКАЗАЛО, ЧТО В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ (85.5%) В  
ЭТУ ФАЗУ РЕЦИДИВА ИМЕЕТСЯ ГИПЕРДИДИТИЧЕСКАЯ, Т.Е. КРИВОЕ ЭЛЕКТРО-  
ГРАММА. ТОЛЬКО У 14% ПАЦИЕНТОВ ОНА БЫЛА ГИПОДИДИТИЧЕСКОЙ И У  
1.3% - НОРМОДИДИТИЧЕСКОЙ. В СРЕДНЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ ОБЪЕМОТЕЧЕНИЕ  
СОСТАВИЛО 0.31 ± 0.04 МВ (ПРИ НОРМЕ 0.21 ± 0.01 МВ) И 0.31 ±  
0.04 МВ ОБЪЕМОТЕЧЕНИЯ В ОДИН И Т О Ж Е В Р Е М Я БЫЛО ДОСТОВЕРНО (P <  
0.001) УМЕРЕННЫМ И В СРЕДНЕМ РАВНОСОС 0.31 ± 0.04 МВ. ПРИ  
ЗДОРОВЬИ 0.10 ± 0.01 В / МИН.

В ДАННУЮ ФАЗУ РЕЦИДИВА ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ДВУНАЧАЛЬ-  
НИКОВОЙ КИШКЕ В ДАННУЮ ФАЗУ РЕЦИДИВА КИСЛОТНОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНО

виле, выявляется язвенная "ниша" с выраженными перифокальными воспалением и отеком окружающей слизистой оболочки.

При эндоскопическом исследовании язва имеет округлую или овальную форму и у половины больных она была более 0,8 см в диаметре. Край язвы обычно выступает в просвет органа и на всем протяжении окружен зоной воспаления. При инструментальной пальпации они плотные, часто с контактной кровоточивостью. Дно язвы заполнено рыхлыми наложениями. В 1/3 фибринозно-некротические массы были желтого цвета с коричневыми налетом, что свидетельствует о наличии микрокровоотечений.

Одновременно с этим при эндоскопическом осмотре у половины больных выявлялись эрозии на слизистой оболочке. При этом эрозии двенадцатиперстной кишки чаще встречались при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а эрозии желудка - при ulcerозном поражении.

При фиброгастродуоденоскопии довольно часто (у 70,45% пациентов) обнаруживались признаки гастрита, реже (у 37,5% пациентов) дуоденита.

Подострая фаза рецидива язвенной болезни в 84% случаев занимает 3-ю - 4-ю недели от его начала. Характеризуется умеренными количественными проявлениями. В данный период рецидива болевой синдром встречается у 69% обследованных. Боль несколько чаще ( $P > 0,05$ ) встречалась при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и у мужчин. Боль в это время чаще становилась умеренной, возникала 1-2 раза в сутки, но более 3-4 дней, редко и продолжалась 15-30 минут. Как и в предыдущую фазу рецидива боль преимущественно носила тупой или ноющий характер.

Характерным было уменьшение ( $P < 0,05$ ) количества эрозивных изменений и кишечной диспепсии. Так, о

Буднич и выходного отмечались у 40% и 36% больных соответственно. Усталость и жажда имели место в 34% и 3% случаев. Тяжесть в эпигастрии наблюдалась у 44% обследованных, вздутие живота - у 13%, запоры - у 2% и поносы - у 1% больных.

Из симптомов с н и т о м в в значительное ( $P < 0.05$ ) количество случаев встречались нарушения аппетита (9%), слабость (33%), снижение трудоспособности (25%) и нарушения сна (17%).

Эти нарушения живота болезненность в эпигастрии обнаружена у 23% обследованных, а положительный с н и т о м Н е н д е л я только у 9%.

Положительные анализы н а л а б а с к р и т у р к р о в ь выявлен у 6% больных.

В отношении базисной функции известной болезни к и с л о т - н о с т ь желудочного содержания, по сравнению с острой, существенно ( $P < 0.05$ ) снизилась. В среднем дебит-час свободной соляной кислоты натощак. В первой и во второй базе секрета составлены соответственно  $1.77 \pm 0.32$ ,  $2.60 \pm 0.35$  и  $3.62 \pm 0.40$  ммоль/час. Тем не менее в эту базу различия все показатели желудочного кислотообразования оставались значительно ( $P < 0.001$ ) повышенными. Об этом свидетельствует и то, что у 54.14% больных кислотообразующая функция желудка была повышенной, у 23.57% - нормальной и у 14.29% - пониженной.

Н е в с я к о г о п о о б р а з у б о л е с у н к в н а свободная кислота повышенной у 66.66% больных, нормальной у 17.77% и сниженной у 15.55%. В среднем натощак желудочного содержания  $49.55 \pm 6.10$  г/л, что достоверно ( $P < 0.01$ ) ниже, чем в острую базу болезни и ниже ( $P < 0.001$ ), чем у здоровых лиц.

По сравнению с продолжением фазы содержание г а с т р о н у -  
к о н р о т е и д о в в желудочном соке существенно ( $P <$   
0.01) возмалась и равнялась  $166.96 \pm 5.07$  мг/д. Однако эта ве-  
личина оставалась достоверно ( $P < 0.001$ ) ниже, чем у здоровых  
лиц.

Исследование м о т о р н о й ф у н к ц и и желудка  
показало, что у 37.50% больных имел место гиперкинетический тип  
кривой электрогастрограмм, у 27.50% - гипокINETический и у 35% -  
нормокINETический. В среднем амплитуда биопотенциалов составила  
 $0.29 \pm 0.01$  мВ. Это существенно ( $P < 0.05$ ) меньше, чем в острую  
фазу. Частота биопотенциалов в данную фазу рецидива становилась  
значительно ( $P < 0.001$ ) большей ( $2.69 \pm 0.04$  в 1 мин). Однако  
этот показатель оставался достоверно ( $P < 0.001$ ) ниже, чем у здо-  
ровых лиц.

Р е н т г е н о л о г и ч е с к и в эту фазу рецидива из-  
менная "чужая" сократимость. Однако значительно снижается выражен-  
ность перистальтического восприятия.

При о в д е с к о м и ч е с к о м и с с л е д о в а н и и  
изва чапа приобретает шаровидную форму, а размер ее отчетливо ( $P$   
 $< 0.05$ ) уменьшается. Так, у 10% больных размер изва был меньше  
0.5 см. Если изва становится плоским за счет значительного  
увеличения кетного восприимчивого объема. Это изва отличается от  
нормального изва. Только в редких случаях (0.25%) отмечается  
контрастная неоднородность или инструментальная шаровидная форма  
изва. В данном случае отмечена неоднородность восприятия окружающей  
среды и высокая уязвимость.

Время сокращения обнаружилось только у 25.75% больных.  
Измерения скорости и времени сокращения соответствовали в 25.25%  
у здоровых лиц. Однако это достоверно ( $P < 0.05$ ) меньше, чем в острую  
фазу рецидива.

фаза рубцевания и опятализации  
занимает 5-ю и 6-ю недели рецидива язвенной болезни. По сравнению с острой и подострой фазами этот период характеризуется ослаблением и исчезновением клинических проявлений обострения болезни. Так, болевой синдром в эту фазу рецидива имел место только у 13% обследованных. Частота болевого синдрома мало зависела от локализации язвы и пола больных. Во всех случаях боль была слабой, чаще всего наблюдалась 1-2 дня в неделю. Возникала одна раз в сутки и продолжалась не более 30 минут. В данную фазу рецидива, как в острую и подострую фазу, боль чаще носила тупой или ноющий характер.

Проявления желудочно-кишечной диспепсии в данную фазу рецидива также уменьшались, а у многих больных полностью анкиндировались. Так, отрыжка, изжога и тошнота встречались соответственно у 14%, 9% и 10% обследованных больных, что достоверно ( $P < 0,05$ ) меньше, чем в предыдущую фазу рецидива. Рвоты в анамнезе отмечались у 11% больных. На одном случае малое нарушение стула не было. В анамнезе в этот период имелись следующие симптомы: слабость (2%), снижение трудоспособности (2%), нарушение сна (1%).

Продолжительность лихорадки только у 5% обследованных отмечалась в виде кратковременных приступов в анамнезе. Максимальные значения температуры в анамнезе отмечались у 13% больных. Это достоверно ( $P < 0,05$ ) меньше, чем в предыдущую фазу рецидива. На одном случае отмечалась ангина. Ангины в анамнезе отмечались у 13% больных. Это достоверно ( $P < 0,05$ ) меньше, чем в предыдущую фазу рецидива.

В этот период в анамнезе отмечались следующие симптомы: слабость (2%), снижение трудоспособности (2%), нарушение сна (1%).

ентов око было повышенным. У 34.09 - нормальным и у 27.27% - сниженным. В средней дебит-час свободной соляной кислоты натощак в первой и во второй фазе секреции составили соответственно  $0.64 \pm 0.08$ ,  $1.33 \pm 0.21$  и  $1.51 \pm 0.16$  ммоль/час. Этот показатель натощак и в первой фазе секреции оставался достоверно ( $P < 0.05$ ) выше. Чем у здоровых лиц. Однако показатель во второй фазе секреции практически ( $P > 0.05$ ) не отличался от нормы.

Содержание п е с к и н а в желудочном соке в единицу (азу) рещидива в среднем равнялось  $37.69 \pm 5.02$  г/л и не отличалось ( $P > 0.05$ ) от нормы ( $29.20 \pm 3.58$  г/л). У 26.66% больных пепсिनогеннообразующая функция желудка была повышенной. У 44.44% - нормальной и у 28.88% - сниженной.

Уровень г а с т р о н у к о п р о т е к т о в в фазу рубцевания и энтерализации по сравнению с предыдущей фазой рещидива существенно ( $P < 0.05$ ) повышался и составлял  $187.91 \pm 6.74$  мг/л. Эта величина ниже ( $P > 0.05$ ) отличалась от нормы ( $210.10 \pm 10.50$  мг/л). У 26.66% обследованные гастронуклопротекты желудочного сока были повышенными. У 37.77% - сниженными и у 35.55% - нормальными.

Б о т о р н а я ф у н к ц и я желудка по данным анализа электрогастрограмм в эту фазу рещидива продолжала углубляться. Гиброкинетическим типом кривой электрограмм был отмечен у 30% больных, а у остальных он был нормокинетическим (50%) или гиперкинетическим (20%). В среднем амплитуда биоэлектрических составляла  $0.24 \pm 0.01$  мВ. Это достоверно ( $P < 0.05$ ) выше, чем в предыдущей фазе рещидива и идентично ( $P > 0.5$ ) норме. Число биоэлектрических достоверно ( $P < 0.05$ ) повышалось ( $2.50 \pm 0.05$  в 1 мин). Однако количество в 1 мин оставалось отчасти ( $P < 0.001$ ) меньше, чем у здоровых лиц.

Рентгенологически в эту фазу болезни "язвенная шипа", как правило, не выявляется.

Для эндоскопического осмотра язва чаще всего приобретает линейную форму, а в конце фазы на месте нее формируется красный, а затем белый рубец. По сравнению с подростковой фазой перидуодерозное воспаление в этот период становится минимальным. Эрозии в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки определяются в 15,94% случаев, а признаки гастрита и дуоденита соответственно в 27,54% и 18,84%.

Для более четкой дифференциации различий между фазами болезни язвенной болезни и возможности статистической обработки полученных данных мы провели балльную оценку болевого синдрома как одного из наиболее четких признаков обострения заболевания.

Информативность этого показателя, выраженного болевым индексом, заключается в том, что в его характеристику включаются не только интенсивность, частота, продолжительность и особенности ощущения боли, но и ее этиология, связь с приемом пищи, физической нагрузкой, эмоциональной травматизацией, способностью обострения болезни и сформировавшейся диспепсией.

Анализ полученных данных показал, что болевой индекс отчетливо уменьшается от острой фазы до фазы рубцевания и эпитализации (табл. 1). Если в острую фазу болевой индекс составлял  $15,61 \pm 0,25$  балла, то в подростковой фазе -  $7,85 \pm 0,25$  ( $P < 0,001$ ), а в фазе рубцевания и эпитализации -  $1,87 \pm 0,16$  балла ( $P < 0,001$ ).

Выраженность болевого индекса определялась при расположении язвы в двенадцатиперстной кишке, там в желудке (соответственно  $16,72 \pm 0,31$  и  $15,10 \pm 0,53$  балла,  $P < 0,05$ ).

Для обострившихся язв язвы на болевой индекс. Так у мужчин он составлял  $13,31 \pm 0,31$ , а у женщин -  $16,2 \pm 0,45$  балла.

Величина болевого индекса (в баллах) при рецидиве язвенной болезни

Показатели	Болевой индекс
<b>Фазы рецидива</b>	
острая	15.61 ± 0.29
подострая	7.85 ± 0.25
рубцовая и эпител.	1.87 ± 0.16
<b>Локализация язвы</b>	
двудуоден.	14.15 ± 0.53
12 п. кишки	10.22 ± 0.31
<b>Пола больного</b>	
мужчины	15.41 ± 0.61
женщины	10.20 ± 0.45
<b>Возраст больного</b>	
до 30 лет	10.30 ± 0.25
31 - 50 лет	15.94 ± 0.52
более 50 лет	14.56 ± 0.37
<b>Длительность заболевания</b>	
до 5 лет	15.95 ± 0.15
5 - 10 лет	15.52 ± 0.32
11 - 15 лет	14.90 ± 0.52
более 15 лет	14.21 ± 0.31
<b>Сезонность рецидивов</b>	
зима	14.65 ± 0.72
весна	15.78 ± 0.52
лето	13.53 ± 0.32
осень	14.14 ± 0.35
<b>Сложность язвы</b>	
множественная	14.01 ± 0.21
одиночная	15.05 ± 0.27
<b>Формы рубца</b>	
к. с. в. сн.	13.31 ± 0.31
с. с. - к. с. сн.	12.50 ± 0.72
с. сн. в. сн. сн.	14.50 ± 0.30

Однако, возраст больных оказывая существенное влияние. Болезной индекс у больных в возрасте до 30 лет равнялся  $15,30 \pm 0,25$ , а старше 50 лет -  $14,55 \pm 0,32$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Наиболее высокие болезной индекс был у больных со сроками заболевания до 3 лет ( $13,93 \pm 0,15$  балла), а наименьшим - более 15 лет ( $14,25 \pm 0,75$  балла,  $P < 0,05$ ).

При анализе болезной индекса в зависимости от сезонности заболевания установлено, что поскольку более высокие болезной индекс был у больных с речевыми болезнями, протекающими в весенний и осенний периоды года (соответственно  $13,70 \pm 0,32$  и  $13,14 \pm 0,72$  балла), а наименьшим - в зимний период. Анализируя в летний и зимний периоды ( $13,03 \pm 0,32$  и  $13,30 \pm 0,75$  балла,  $P > 0,05$ ).

При исследовании индекс заболеваний равен  $119,58 \pm 0,21$  баллам и установлено ( $P < 0,05$ ) что, чем был обследован ( $115,52 \pm 0,15$  балла)

на выраженность болезной индекс соответственно на уровне заболеваний. При анализе индекс заболеваний индекс составил  $15,05 \pm 0,35$  балла, при среднем -  $15,30 \pm 0,72$  балла, а при большем -  $15,30 \pm 0,30$  балла ( $P > 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют, что определение болезной индекса является информативным критерием для диагностики фаз развития язвенной болезни, так как позволяет выявить не только особенности болезной синдрома и его связь с другими проявлениями болезни, но и провести статистическую обработку полученных данных.

Одним из грозных проявлений язвенной болезни является острая язвенная перфорация, которая является основной причиной хирургических вмешательств, смертности и инвалидизации больных. Анализ особенностей и заставило нас провести исследования для выяснения возможности связи их возникновения с язвенной болезнью.

Анализ кончусовых данных показал, что фаза рецидива язвенной болезни не только влияет на клинические и эндоскопические проявления заболевания, но и формирует его осложнения. Так, гастроудодивертикулярные кровотечения и перфорация язвы обычно возникают в наиболее активные периоды рецидива - острую фазу. Признаки пенетрации язвы также чаще обнаруживались в острую фазу, однако более четко это осложнение болезни диагностировалось в подострую фазу рецидива. В фазу рубцевания и эпителизации по мере ликвидации воспалительного процесса и формирования рубцово-язвенной деформации обычно отчетливо выявляются проявления пилородивертикулярного стеноза.

Таким образом, рецидив язвенной болезни характеризуется тремя фазами, каждая из которых имеет определенные клинико-морфологические проявления и осложнения (табл. 2).

#### Б Е В О Д И

1. Исследованиями подтверждено наличие трех фаз рецидива язвенной болезни, разработаны клинико-эндоскопические критерии их диагностики, позволяющие прогнозировать временную нетрудоспособность и сроки лечения больных.

2. Острая фаза - первые две недели рецидива характеризуется интенсивным болевым синдромом, выраженными диспептическими расстройствами, усиленным секреторной и моторной функцией желудка, активной язвой со значительными некротическими и перидульцерозными изменениями, микрокровоотечениями.

3. Подострая фаза - 3-я - 4-я недели рецидива, проявляется уменьшением болевого синдрома, диспептических расстройств, улучшением секреторной и моторной функции желудка, снижением перидульцерозного воспаления и отсутствием микрокровоотечений.

Сводное финансовое положение и состояние в силе капитала и резервов общества  
(в тысячах рублей)

Показатели	Средняя величина		конец и начало
	остатки	коэффициент	
Акционерный капитал	1-2 млрд.	3-4 нед.	3-6 нед.
Общая сумма средств	+++	++	-
Средства общества	15.01+0.25	7.05+0.25	1.07+0.15
Капитал акционерной компании	+++	++	-
Средств компании акционерной	+++	++	-
Наличные средства общества в иностранной валюте	++	+	-
Средств банка	+	-	-
Средств общества в иностранной валюте	+	-	-
Средств общества в иностранной валюте	+++	++	+
Изменение стоимости акций общества	+++	++	+



4. Связь рубцоватости и эпителлизации продолжается 5-й - 6-й недели развития. В этот период исчезают болевой синдром и диспептические проявления. Принимают к notice секреторная и моторная функции желудка, происходит рубцевание и эпителлизация язв.

5. Применение методики качественно-количественной оценки болевого синдрома позволяет объективизировать основное клиническое проявление язв развития и провести статистическую обработку полученных данных.

6. Установлена связь характера осложнения язвенной болезни с фазой развития. Гастроудавительное кровотечение и перфорация чаще, как правило, возникают в острой фазе развития, перфорация - в подострой, а желудочно-кишечный стеноз - в фазу рубцоватости и эпителлизации.

7. Зависимость осложнений язвенной болезни от фазы развития позволяет прогнозировать их возникновение и своевременно проводить профилактические и лечебные мероприятия.

8. Полученные данные свидетельствуют о том, что выбор консервативной терапии при несложившемся течении язвенной болезни и в последующем периоде должно осуществляться с учетом клинико-патогенетических особенностей фаз развития и их осложнений.

#### П РА К Т И Ч Е С К И Е Р Е К О М Е Н Д А Ц И И

Предложен метод "Клинико-эндоскопические критерии диагностики фаз развития язвенной болезни и прогнозирования их возможных осложнений".

**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Состояние и механизмы нарушения иммунного гомеостаза у больных язвенной болезнью // В кн.: Актуальные вопросы теории и практики медицины: Материалы научной конференции. - Тверь, 1992. - С. 110-114. (Совместно с С. А. Сергеевым, Н. Е. Павловой, М. А. Горюланкиной, Б. Л. Натяном).
2. Клинико-морфологические параллели при рецидиве язвенной болезни // В кн.: Ученые институты - практическому здравоохранению. Тезисы докладов научной конференции. - Тверь, 1992. Т. 2. - С. 97. (Совместно с С. А. Сергеевым).
3. Болевая симптоматика в диагностике фаз рецидива и особенностей течения язвенной болезни // Спорные, противоречивые и нерешенные вопросы в гастроэнтерологии. Обоснование клинического использования препарата нормазе. : Труды конференции. - Смоленск-Москва, 1993. - С. 342-344. (Совместно с С. А. Сергеевым).

ГОСВАМИ БЛАВАДЕВ

$\mu^2 \frac{1}{4} a^{1/2} A^1, \frac{3}{4} A^2, a \mu/E, ^3 -a \gg 1/4, G \frac{1}{4}^0, \mu, ^{-2}$   
<https://gastroscan.ru/literature/>