

Джумабаев М.Н.

ФАКТОРЫ РИСКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Dzhumabaev M.N.

PEPTIC ULCER RISK FACTORS IN THE KYRGYZ POPULATION

УДК: 616.33/342.-002.44+579.835.12

Исследование посвящено выявлению факторов риска у пациентов с язвенной болезнью кыргызской национальности. Приведены результаты позволяющие выделить основные факторы риска больных с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки.

Research it is devoted revealing of risk factors at patients with a peptic ulcer of the Kirghiz nationality. Results allowing are resulted to allocate major risk factors of patients with a peptic ulcer of a stomach and duodenum.

ВВЕДЕНИЕ

Риск формирования язвенной болезни (ЯБ) увеличивается под влиянием значительного количества провоцирующих факторов, таких как курение, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональных стрессов и т.д. [10,11,15]. При сочетанном действии всего комплекса факторов у человека возникает тенденция к развитию ЯБ. Например, если пациент имеет А(II) группу крови и злоупотребляет поваренной солью, то с большей вероятностью у него образуется язва желудка, в то время как у лиц, имеющих 0(I) группу крови, более часто появляется язва двенадцатиперстной кишки [8].

H. pylori является доказанным этиологическим агентом ЯБ. Соответственно, условия инфицирования хеликобактером, также можно считать факторами развития ЯБ. Так, к ним относятся социально-экономические условия проживания, общий экономический уровень страны, соблюдения санитарно-гигиенических норм, возможно мужской пол и возраст [1,4,5,9]. Еще одним из признанных факторов риска заражения бактерией является скученность проживания, например более одного человека в комнате [13,17]. Довольно интересным представляется корреляция между отсутствием или повреждением зубов и наличием антител *H. pylori*. Pearce MS исследовал 334 англичан в возрасте 50 лет, выявили существенную связь между отсутствием или повреждением зубов и наличием антител *H. pylori*. Однако, наряду с потерей зубов, исследуемые лица относились к группе с низким социально-экономическим уровнем [14].

В свете современных данных, наряду с общепризнанными факторами риска, появлению ЯБ могут способствовать условия, повышающие инфицированность индивида *H. pylori*. Соответственно, выявление лиц с данными риск факторами позволит более целенаправленно проводить лечебные и профилактические мероприятия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 41 больного с ранее установленным диагнозом ЯБ желудка и 12-перстной кишки оценены

факторы риска ЯБ. Контрольная группа 693 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту и полу.

Оцениваемыми факторами риска ЯБ являлись: курение, прием алкоголя, количество членов семьи и отсутствие или значительное повреждение зубов.

Обследование всем больным проводилось по единому плану:

1) Клиническое исследование включало в себя: сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни, объективного осмотра.

2) У всех обследованных больных диагноз был верифицирован эндоскопическим методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Влияние различных риск факторов в развитии ЯБ установленным фактом. Согласно литературным данным возможность развития ЯБ увеличивается под влиянием курения, злоупотребления алкоголем, психоэмоциональных стрессов [10,11,15]. Наличие у индивида тех или иных факторов риска не только увеличивает вероятность развития ЯБ, но и при их наличии можно с определенной вероятностью прогнозировать у больных возможность развития язв различной локализации [8].

Было установлено, что среди 41 больного с ЯБ у 20 человек (48%) отмечается курение, тогда как в общей популяции из 693 обследованных курили 123 человек (17,74%) ($p < 0,05$). (табл.1).

Таблица 1

Курение у больных язвенной болезнью и здоровых

	Курение «+»	Курение «-»
Язвенная болезнь (n=41)	20 (48%)*	21 (52%)
Общая группа (n=693)	123 (17,74%)*	570 (82,2%)

Примечание * $p < 0,0001$

Учитывая, что *H. pylori* является основной причиной развития патологии верхнего отдела ЖКТ, факторы риска инфицированности *H. pylori* также можно воспринимать как риск фактор развития ЯБ луковицы 12 перстной кишки и желудка. Существует ряд условий, при наличии которых, увеличивается вероятность инфицирования *H. pylori*, такие как доходы семьи, количество членов семьи, качество питьевой воды и т.д. [1,9,13,16]

Общепризнано, что проживание в комнате более 1 человека, наличие 2 и более детей в семье увеличивает риск инфицирования *H. pylori* [13,16]. У обследованных нами больных не было обнаружено какой-либо взаимосвязи между количеством членов

семьи и ЯБ. Так, среди страдающих ЯБ более 2 детей имели 34 больных (82%, n=41), когда как среди здоровых 488 (70%, n=693) человек (p<0,1).

При анализе литературных данных нами был обнаружен интересный факт связи между потерей зубов и наличием антител *H. pylori* [14]. Нами также была оценена связь целостности зубов и ЯБ у наших больных. Отсутствие коренных зубов или значительные нарушение их целостности имелись у 18 (43%) пациентов с ЯБ и у 202 (29,1%) здоровых лиц (p<0,05) (табл.2). Pearce M.S. предположили, что вероятно, данный факт обусловлен низким социально-экономическим уровнем таких пациентов. Но нельзя полностью исключить, что отсутствие зубов или их значительное повреждение приводит к плохому пережевыванию пищи, что может в совокупности с другими факторами риска являться усугубляющим у больных имеющих предпосылки к развитию ЯБ.

Таблица 2

Наличие патологии зубов у больных язвенной болезнью и здоровых

	Патология зубов	Отсутствует патология зубов
Язвенная болезнь (n-41)	18 (43%)*	23 (57%)
Общая группа (n-693)	202 (29,1%)*	570 (70,9%)

Примечание: * p<0,05

Прием большого количества алкоголя считается фактором риска развития ЯБ. Установлено, прием большого количества алкоголя считается фактором риска развития ЯБ. У лиц употребляющих алкоголь ЯБ встречается в 6 раз чаще, чем у непьющих [2,3]. Нами было оценено наличие связи между приемом алкоголя и ЯБ у наших больных (табл. 3).

Таблица 3

Употребление алкоголя больными язвенной болезнью и здоровыми

группы	Употребляющие алкоголь	Не употребляющие алкоголь
Язвенная болезнь (n-41)	26 (63%)*	15 (37%)
Общая группа (n-693)	232 (33%)*	461 (67%)

Примечание: *p<0,0001

Как видно из таблицы 3 употребление алкоголя является значимым фактором риска развития ЯБ в исследуемой популяции. Так, среди пациентов с ЯБ, количество лиц регулярно употребляющих алкоголь составило 63%, тогда как в группе сравнения лишь 33%. Buzjas G. M. считает, что развитие ЯБ у лиц длительно употребляющих алкоголь связано с развивающейся алкогольной висцеропатией [6]. Более того, существуют данные свидетельствующие, что систематическое употребление алкоголя повышает колонизационные способности *H. pylori*. [12], хотя ранее ряд авторов отрицали такую связь [7].

ВЫВОДЫ

Таким образом, анализ возможных факторов риска язвенной болезни у наших больных показал, что курение и отсутствие или значительное повреждение зубов и прием алкоголя являются возможными факторами риска язвенной болезни. Такой же значимый фактор риска инфицированности *H.pylori*, (соответственно и язвенной болезни) как скученность проживания, т. е. наличие в семье более 1 детей не выявила достоверную связь.

Литература:

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Helicobacter pylori: гастрит, дуоденит гастроуденит), язвенная болезнь и другие геликобактер-ассоциированные заболевания. // По материалам 12-го международного форума по изучению гастродуоденальной патологии и Helicobacter pylori. 2-4 сентября 1999 года. Хельсинки. Рос гастроэнтерол журн 1999; 4:38-42.
2. Лопаткина Т.Н. Алкогольная болезнь печени // Новый мед. журн. - 1995. - №1. - С.16-18.
3. Хазанов А.И. К вопросу об алкогольных поражениях печени // Рос. мед. вести. - 1998. - №1. - С.40-44.
4. Abasiyanik MF, Tunc M, Salih BA. Enzyme immunoassay and immunoblotting analysis of Helicobacter pylori infection in Turkish asymptomatic subjects.// Diagn Microbiol Infect Dis 2004. -№50.:173-7.
5. Ahmed KS, Khan AA, Ahmed I, et al. Prevalence study to elucidate the transmission pathways of Helicobacter pylori at oral and gastroduodenal sites of a South Indian population.// Singapore Med J 2006;47:291-6.
6. Buzjas G. M. Prevalence of Helicobacter pylori, correlations between alcohol consumption and gastrointestinal damage // Orv. Hetil. 1997. Nov2 8 (44): 2791-5.
7. Cammarota G., Tursi A., Montalto T., Papa A., Veneto G., Trua F., Addolorato G., Versi A., Certo M., Cuoco L. Clinical assessment of the relationship of Helicobacter pylori to gastroduodenal pathologies. A prospective analysis of 253 consecutive patients // Panminerva Med., Dec. 1995; 37(4): 178-181.
8. Correa P., Schmidt B.A. The relationship between gastric cancer frequency and the ratio of gastric to duodenal ulcer.//Aliment Pharmacol Ther 1995; 9 (Suppl 2):13-9. Ertem D, Harmanci H, Pehlivanoglu E. Helicobacter pylori infection in Turkish preschool and school children. Role of socio-economic factors and breast feeding.//Turk J Pediatr 2003;45:114-22.
10. Henriksson A.E., Edman A.C., Nilsson I., Bergquist D., Wadstrom T. Helicobacter pylori and the relation to other risk factors in patients with acute bleeding peptic ulcer.//Scand J Gastroenterol 1998; 33:1030-3.
11. Levenstein S. Stress and peptic ulcer: life beyond helicobacter. //BMJ 1998; 316:538-41.7070.
12. Lieber C. S. Gastric ethanol metabolism and gastritis: interactions with other drugs, Helicobacter pylori, and antibiotic therapy (1957-1997)- a review // Alcohol Clin. Exp. Res., 1997. 21(8): 1360-6.
13. Oliveira AM; Queiroz DM; Rocha GA; Mendes EN Seroprevalence of Helicobacter pylori infection in children of low socioeconomic level in Belo Horizonte, Brazil.// Am. J. Gastroenterol.- 1994 Dec 89(12).- P 2201-4.
14. Pearce MS, Steele JG, Campbell DI, Thomas JE. Tooth loss and Helicobacter pylori seropositivity: the Newcastle Thousand Families Cohort Study at age 49-51 years.// Helicobacter 2005;10:90-4.
15. Raiha I., Kempainen H., Kaprio J., et al. Lifestyle, stress, and genes in peptic ulcer disease: a Nationwide

- Twin Cohort Study.// Arch Intern Med 1998; 158:698-704.
16. Rosha G.A., Oliveira A.M.R. et al. Prevalence of Helicobacter infection in two different population. Helicobacter pylori: beginning the second decade.// Houston, Texas, VSA.- 1994. -Abstracts-on-disk (TM) from Astra/Merck.
17. Rothenbacher D, Brenner H, Hoffmeister A, Mertens T, Persson K, Koenig W. Relationship between infectious burden, systemic inflammatory response, and risk of stable coronary artery disease. role of confounding and reference group.//Atherosclerosis 2003;170:339-45.
-