

ОСОБЕННОСТИ ТРОФОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

М. Бутов, доктор медицинских наук, профессор,
Т. Жесткова, кандидат медицинских наук
Рязанский государственный медицинский университет
E-mail: butov-m@yandex.ru

Язвенная болезнь у мужчин протекает на фоне снижения относительного содержания жира в теле, а у женщин достоверных различий со средними популяционными показателями нет. В то же время показано, что скорость рубцевания язв желудка и двенадцатиперстной кишки находится в прямой корреляционной связи с относительным содержанием жира в теле.

Ключевые слова: гастроэнтерология, язвенная болезнь, трофологические нарушения.

Снижение заболеваемости язвенной болезнью (ЯБ) желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) свидетельствует о достигнутых успехах в изучении и лечении заболевания [1, 2]. Однако причины образования язв лишь у части пациентов с факторами риска развития ЯБ и склонностью к рецидивирующему или благоприятному течению заболевания не всегда ясны. Отличия в распространенности ЯБ среди мужчин и женщин, а также характерные возрастные пики заболеваемости показывают, что патогенетические механизмы ЯБ раскрыты не полностью [3, 4]. При этом несомненно, что развитие общества, новые цивилизационные условия существования человека, приводящие к стиранию гендерных различий в социуме и промышленно обезличенному общественному питанию, могут влиять на распространенность и характер течения заболеваний, связанных с психосоматическими нарушениями и метаболическими расстройствами [5, 6]. Убедительных данных связи инфекции *Helicobacter pylori* как одного из основных звеньев патогенеза ЯБ с ожирением не получено [7], однако нельзя исключить взаимовлияние трофологических особенностей пациента и характера течения ЯБ.

Не исключена возможность влияния питания как фактора, регулирующего кислотообразование, на обострения ЯБ, при том что доказана необходимость ряда питательных веществ и витаминов для сохранения защитных свойств и нормальной регенерации слизистой оболочки желудка [8–10]. Исходя из стрессовой теории развития ЯБ, можно заключить, что именно недостаточный уровень пластических и энергетических резервов организма может стать основой срыва механизмов адаптации [11].

Целью нашего исследования была оценка особенностей трофологических нарушений у больных ЯБ и их связи с течением заболевания.

Проанализированы показатели индекса массы тела (ИМТ) 491 больного ЯБ в фазе обострения (339 мужчин и 152 женщины) в возрасте от 20 до 83 лет, проходивших обследование и лечение в Городском гастроэнтерологическом центре в течение 5 лет. У 120 больных в возрасте от 20 до 60 лет (87 мужчин и 33 женщины) проведена углубленная оценка тро-

фологического статуса. Пациенты проходили обследование в соответствии со Стандартом специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 №773н) и получали однотипные схемы эрадикационной терапии. Из исследования исключали лиц, страдающих сахарным диабетом типа 1 или 2, онкологическими заболеваниями, циррозом печени, туберкулезом, с хронической почечной недостаточностью, а также заболеваниями сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной недостаточностью.

Трофологический статус пациентов оценивали с использованием двухкомпонентной модели [12]. С использованием измерения кожно-жировых складок по методу Durnin–Womersley были рассчитаны процентное содержание жира в массе тела (жировая масса тела – ЖМТ, %) и индекс безжировой массы тела (ИБМТ) [13]. Соматометрические показатели у больных ЯБ сравнивали с медианой оцениваемого параметра состава тела и значениями ИМТ «среднего» жителя России [14]. Показатель ЖМТ также был сопоставлен с оптимальными значениями относительного количества жира в организме с учетом гендерных различий для общей популяции [12]. Проведены расчеты окружности мышц плеча (ОМП). Критерием легкой, средней и тяжелой недостаточности соматического белка по показателю ОМП было снижение оцениваемых значений соответственно до 90–80, 80–70 и <70% от оптимального уровня [15]. Для выявления особенности течения ЯБ у лиц с различным трофологическим статусом нами был выбран унифицированный показатель – скорость рубцевания язвы, которую рассчитывали как разницу площадей дефекта при первой и контрольной гастроскопии к количеству дней между исследованиями (см²/сут) [3].

Статистическая обработка материала проведена с использованием критерия Стьюдента, U-критерия Манна–Уитни, критерия χ^2 , коэффициента парной корреляции Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде среднего арифметического значения выборки (M) и стандартной ошибки среднего (m).

В ходе исследования выявлены особенности трофологического статуса у больных ЯБ, связанные с полом и вариантом течения заболевания. Доля мужчин, проходивших лечение по поводу ЯБ, составила 69%, женщин – 31%. В распределении больных ЯБ мужчин по возрасту отмечено два пика: в 20–24 года и 45 лет – 54 года. При этом наиболее часто ЯБ была у мужчин в возрасте 20–24 лет (28%) ($p < 0,01$). Число пациенток с возрастом повышалось постепенно, достигая максимума в 55–59 лет (15,1%), а затем плавно снижалось (см. рисунок). Более 1/3 женщин с дебютом ЯБ были в возрасте 50–64 лет (37%).

В среднем ИМТ пациенток соответствовал избыточной массе тела ($27,00 \pm 0,47$ кг/м²) и был больше, чем у мужчин ($24,74 \pm 0,24$ кг/м²); ожирение также чаще наблюдалось у больных ЯБ женщин (соответственно 25 и 12%; $p < 0,001$), а дефицит массы у них встречался реже, чем у мужчин (3 и 6%; $p < 0,05$).

При оценке массы тела в рассматриваемых возрастных группах установлено, что ИМТ у мужчин ≥ 25 лет, хотя и соответствовал избыточной массе тела ($25,38 \pm 0,28$ кг/м²), в среднем был ниже, чем у «среднего» жителя России, на $1,05 \pm 0,28$ кг/м² ($p < 0,001$), а у 20–24-летних пациентов достоверно не отличался, составив $22,73 \pm 0,39$ кг/м².

Больные ЯБ женщины 50–64 лет страдали избыточной массой тела ($29,91 \pm 0,72$ кг/м²), что достоверно не отличалось от популяционного показателя, а в других возрастных группах

ИМТ у пациенток составил $25,30 \pm 0,56$ кг/м², что было ниже, чем в среднем у россиянок, на $0,82 \pm 0,50$ кг/м² ($p < 0,05$).

При оценке компонентного состава тела установлено, что ЖМТ у больных ЯБ мужчин в среднем ниже на $3,2 \pm 0,7\%$, чем в группе сравнения у обследованных того же возраста ($p < 0,001$), а у женщин в среднем не имела достоверных отличий от показателя у сверстниц в популяции. Средний показатель ЖМТ у женщин с ЯБ составил $33,0 \pm 1,8\%$, у мужчин – $20,4 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$).

У 94% мужчин 20–24 лет выявлена язва в луковице ДПК, при этом дебют заболевания характеризовался более высоким ИБМТ, чем в группе сравнения (на $1,19 \pm 0,46$ кг/м²; $p = 0,049$) и более низким значением ЖМТ (на $2,6 \pm 0,9\%$; $p < 0,05$). Рецидив ЯБ ДПК в указанной группе сопровождался еще большим снижением ЖМТ (на $10,7 \pm 0,6\%$ ниже популяционной медианы; $p < 0,01$) и уменьшением ИБМТ до средних популяционных значений.

У мужчин с ЯБЖ значения ЖМТ были ниже популяционной медианы на $4,2 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$), а ИБМТ – без достоверных различий со среднероссийскими показателями. У 49% мужчин 45–54 лет с ЯБЖ компонентный состав тела не отличался достоверно от параметров у остальных пациентов с ЯБЖ и популяционной медианы.

У 92% женщин 50–64 лет с дебютом заболевания выявлен язвенный дефект в желудке. Дебют ЯБЖ у пациенток 50–64 лет характеризовался в среднем более высокими значениями ЖМТ, чем в популяции ($5,5 \pm 2,1\%$; $p < 0,05$). Значения ИБМТ у пациенток 20–49 лет с дебютом ЯБЖ ($15,0 \pm 0,54$ кг/м²) были ниже, чем у сверстниц в популяции, на $1,65 \pm 0,58$ кг/м² ($p < 0,05$) и ниже, чем у ровесниц с ЯБ ДПК ($17,08 \pm 0,68$ кг/м²; $p < 0,05$).

Избыток жира в организме наблюдался более чем у 1/3 пациенток с нормальным значением ИМТ. Недостаточность соматического белка по показателю ОМП отмечена у всех пациенток с дефицитом ЖМТ, у 57% – с оптимальными показателями и у 14% – с избытком ЖМТ. По совокупности показателей антропометрии у 24% пациенток выявлена легкая трофологическая недостаточность, у 12% – среднетяжелая. Тяжесть трофологической недостаточности у женщин была связана как с дефицитом жира в теле, так и с пониженным содержанием соматического белка (см. таблицу).

У мужчин с нормальными значениями ИМТ чаще выявлялся недостаток ЖМТ (39%), чем избыток (11%; $p < 0,05$). У 48% мужчин с избыточной массой тела показатель ЖМТ был оптимальным. По совокупности антропометрических показателей легкая трофологическая недостаточность выяв-

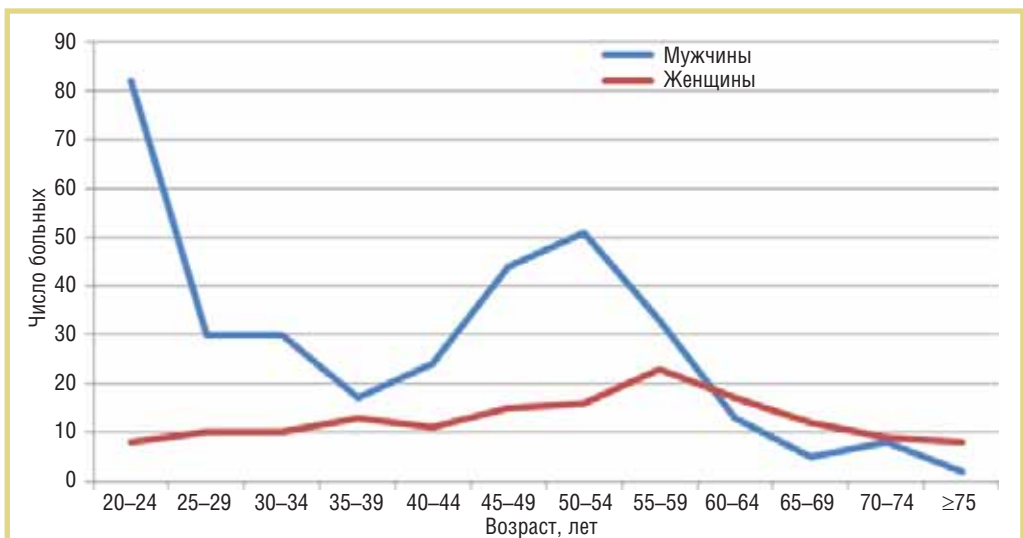
лена у 5% мужчин, среднетяжелая – у 24%. Тяжесть трофологической недостаточности у мужчин определялась степенью уменьшения ЖМТ в теле, а дефицит соматического белка соответствовал легким нарушениям (см. таблицу).

Таким образом, у мужчин чаще регистрировалось снижение ЖМТ, чем недостаточность соматического белка ($p < 0,01$). У женщин дефицит ЖМТ регистрировался реже, чем пониженные показатели ОМП ($p < 0,01$).

У мужчин, страдающих ожирением, язва с одинаковой частотой возникала в желудке и луковице ДПК, однако рецидивы ЯБ ДПК регистрировались чаще, чем ЯБЖ (в соотношении 3,8:1; $p < 0,05$). У женщин, страдающих ожирением, впервые выявленная язва чаще определялась в желудке, чем в луковице ДПК (7,5:1; $p < 0,01$), но рецидивировала язва чаще в ДПК (соотношение – 3:1; $p < 0,05$).

При контрольной гастроскопии к моменту выписки из стационара неполное заживление язвы отмечено у 19% мужчин; не достигнуто полное рубцевание в 10% случаев язвы луковицы ДПК, 35% – язвы желудка и в 25% случаев дефектов сочетанной локализации. У 8% женщин контрольная гастроскопия выявила сохраняющиеся язвы, не достигнуто заживление 2% язв в луковице ДПК, 11% – в желудке и 18% – при сочетанной локализации.

Оценка компонентного состава тела больных с неполным рубцеванием язвы показала, что в среднем показатель ЖМТ у них был достоверно ниже популяционной медианы на $4,7 \pm 1,1\%$ ($p < 0,001$). Снижение значений ОМП от оптимального уровня выявлено у 11% пациентов. С учетом различной



Распределение больных ЯБ по возрасту

Распределение трофологических показателей больных ЯБ по отношению к оптимальным параметрам; %

Трофологический показатель	Результат антропометрии					
	мужчины (n=87)			женщины (n=33)		
	ниже нормы	норма	выше нормы	ниже нормы	норма	выше нормы
ИМТ	8,0	50,6	41,4	15,2	36,4	48,5
ЖМТ	27,6	34,5	37,9	15,2	21,2	63,6
ОМП	10,3	85,1	4,6	36,4	63,6	0

величины язвы до начала лечения была рассчитана скорость рубцевания и проведен корреляционный анализ с трофологическими показателями. Установлено, что ИМТ и ЖМТ у больных ЯБ находились в достоверной прямой корреляции со скоростью рубцевания язвы без учета ее локализации (соответственно $r=0,44$ и $r=0,54$; $p<0,01$). Достоверной связи показателя ОМП со скоростью заживления язвы не установлено ($r=0,09$; $p>0,05$).

Таким образом, можно утверждать, что относительное содержание жира в теле может быть одним из параметров благоприятного течения ЯБ.

Литература

1. Milosavljević T. et al. Epidemiological trends in stomach-related diseases // Dig. Dis. – 2014; 32 (3): 213–6.
2. Malmi H. et al. Incidence and mortality of peptic ulcer disease is decreasing // Gastroenterology. – 2011; 140 (5, Suppl. 1): S731.
3. Маслова О.А. Клинико-статистическое исследование распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и тактика ее лечения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань: РязГМУ, 2006; 20 с.
4. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения // Клин. медицина. – 2012; 90 (8): 11–8.
5. Levenstein S. et al. Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of helicobacter pylori infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2015; 13 (3): 498–506.
6. Wise T. Psychosomatics: Past, present and future // Psychother. Psychosomat. – 2014; 83 (2): 65–9.
7. Мальфертейнер П. и др. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori* – отчет согласительной конференции Маастрихт IV (Европейская группа по изучению *Helicobacter pylori*, EHSG) // Вестн. практ. врача. – 2012; Спецвып. 1: 6–22.
8. Гастроэнтерология: руководство для врачей. Под ред. Е.И. Ткаченко / СПб: СпецЛит, 2013; 637 с.
9. Спиричев В.Б. Научные и практические аспекты патогенетически обоснованного применения витаминов в профилактических и лечебных целях. Сообщение 2. Дефицит витаминов – фактор, осложняющий течение заболеваний и снижающий эффективность лечебно-профилактических мероприятий // Вопросы питания. – 2011; 1: 4–13.
10. Aditi A., Graham D. Vitamin c, gastritis, and gastric disease: A historical review and update // Dig. Dis. Sci. – 2012; 57 (10): 2504–15.
11. Труханов А.И., Шендеров Б.А. Роль питания в поддержании адаптационных резервов и снижении риска развития стрессовых расстройств // Вопр. курортол., физиотер. и лечебн. физ. культуры. – 2006; 6: 26–30.
12. Николаев Д.В. и др. Биоимпедансный анализ состава тела человека / М.: Наука, 2009; 392 с.
13. Durnin J., Womersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years // Brit. J. Nutr. – 1974; 32 (1): 77–97.
14. Руднев С.Г. и др. Биоимпедансное исследование состава тела населения России / М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2014; 493 с.
15. Луфт В.М. Руководство по клиническому питанию. Под ред. В.М. Луфта, С.Ф. Багненко, Ю.А. Щербука / СПб, 2010; 247 с.

FEATURES OF PROTEIN-ENERGY MALNUTRITION IN PEPTIC ULCER DISEASE IN MEN AND WOMEN

Professor **M. Butov**, MD; **T. Zhestkova**, Candidate of Medical Sciences
Ryazan State Medical University

Peptic ulcer disease in men occurs in the presence of a decrease in the relative body fat content and women have no significant differences with the average population indices. At the same time the rate of gastric and duodenal ulcer scarring is shown to be directly correlated with the relative body fat content.

Key words: gastroenterology, peptic ulcer disease, protein-energy malnutrition.