О БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кодирова Барно Эсановна

Ассистент кафедры морфологии Университета Зармед

Самарканд, Узбекистан

Аннотация. Изучена структура болевого синдрома у 52 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (42 — дуоденальная язва, 10 — желудочная). По классификации Rivers выделены висцеральный (14 больных), смешанный висцеро-соматический (38 больных) и преимущественно соматический типы боли. Для язвенной болезни характерен смешанный болевой синдром. Преобладание соматического компонента указывает на пенетрацию язвы. Висцеральный тип чаще встречается при небольшой давности заболевания (до 3 лет), соматический — при давности 5 лет и более. Отмечены сезонность, суточный ритм, ночные и голодные боли (преимущественно при дуоденальной локализации), иррадиация и кожная гиперэстезия.

Ключевые слова: язвенная болезнь, болевой синдром, висцеральная боль, соматическая боль, пенетрация, желудок, двенадцатиперстная кишка.

ON PAIN SYNDROME IN GASTRIC AND DUODENAL ULCER DISEASE

Kodirova Barno Esanova

Assistant of the Department of Morphology at Zarmed University.

Samarkand, Uzbekistan.

Abstract. The structure of the pain syndrome was studied in 52 patients with peptic ulcer of the stomach and duodenum (42 duodenal ulcers, 10 gastric ulcers). According to Rivers' classification, visceral (14 patients), mixed viscero-somatic (38 patients), and predominantly somatic types of pain were identified. A mixed pain syndrome is characteristic of peptic ulcer disease. Predominance of the somatic component indicates ulcer penetration. The visceral type is more common in patients with a short disease history (up to 3 years), while the somatic type

prevails in those with a history of 5 years or more. Seasonality, circadian rhythm, night and hunger pains (mainly in duodenal localization), radiation, and cutaneous hyperesthesia were noted.

Keywords:peptic ulcer, pain syndrome, visceral pain, somatic pain, penetration, stomach, duodenum.

Ввдение. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - одна из важнейших проблем современной клинической медицины. Несмотря на неоспоримые успехи внедрения в клиническую практику различных схем эрадикационной терапии Helicobacter pylori (H.pylori), язвенная болезнь не покидает лидирующую группу заболеваний пищеварительной системы [1,2]. До настоящего времени в отечественной и иностранной литературе дискутируется вопрос о механизме болей при язвенной болезни. Недостаточно освещено диагностическое значение при этом заболевании висцерального и соматического болевых синдромов [3,4]. Несомненно, что язвенная болезнь у пациентов различного возраста имеет характерные патогенетические особенности и клинико-морфологические проявления. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых пациентов часто развивается на фоне гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, хронических неспецифических заболеваний легких [5,6]. Учитывая недостаточную изученность проблемы в целом, противоречивость имеющихся сведений, актуально проведение комплексного исследования, посвященного изучению клинических, морфологических и иммуногистохими-ческих особенностей, оценке функционального состояния эндотелия и повышению эффективности лечения пациентов различного возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [7,8].

Цель исследования. Изучить особенности болевого синдрома при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Структура болевого синдрома нами была изучена у 52 больных с точно установленным диагнозом язвенной

болезни, из них 48 мужчин и 4 женщины. Преобладали больные в возрасте от 35 до 45 лет. Давность заболевания у преимущественного большинства больных не превышала пяти лет. Язвенный процесс локализовался в двенадцатиперстной кишке у 42 больных, в желудке - у 10. У большинства больных отмечена гиперсекреция и повышенная кислотность желудочного сока.

Результаты исследования. При анализе болевого синдрома использована классификация Rivers'a, согласно которой абдоминальный болевой синдром делится на соматический, висцеральный и смешанный тип болевых ощущений. Соматическая боль возникает при раздражении брюшины и проводится чувствительными спинномозговыми нервами к мозгу. Такая боль имеет строгую локализацию на месте раздражения, чаще носит острый характер, сопровождается местной болезненностью при пальпации, напряжением мышц передней брюшной стенки и гиперэстезией кожи. Висцеральная боль появляется при раздражении внутренних органов вследствие растяжения капсулы органа, нарушения моторики сфинктеров, спазма стенок, нарушения кровообращения. Эта боль, чаще тупая, носит неопределенную диффузную локализацию, имеет типичную иррадиацию в зависимости от пораженного органа. Боль проводится волокнами симпатической нервной системы и никогда не сопровождается напряжением мышц передней брюшной стенки. Зоны гиперэстезии локализуются соответственно сегментам Захарьина-Геда.

Висцеральный-тип болей нами отмечен в 14 случаях, в том числе у 10 больных с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, у четырех - в желудке. Для язвенной болезни более характерен смешанный висцеро-соматический болевой синдром, установленный у 38 больных. Преобладание соматического болевого синдрома наблюдалось в клинически установленных случаях пенетрации язвы (в поджелудочную железу, связочный аппарат желудка), подтвержденных при операции.

Висцеральный болевой синдром чаще наблюдался у больных с небольшим (до трех лет) сроком заболевания, соматический лиц тип болевых ощущений преимущественно отмечался у с большей (5 и более лет) давностью болезни. Боль чаше локализовалась в области верхнего и среднего брюшка прямой мышцы справа при язве двенадцатиперстной кишки и слева - при язве желудка.

Сезонный характер болей имелся у 43 больных. Выраженный суточный ритм установлен у 40 человек. Ночные и голодные боли зарегистрированы преимущественно при локализации язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке и очень редко у больных язвой желудка. Наблюдалась иррадиация болей у части больных язвенной болезнью, а также кожная гиперэстезия в зоне локализации болей. Напряжение мыши передней брюшной стенки и положительный симптом Менделя отмечены - у 38 больных с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке и у шести больных — в желудке.

Вывод. Таким образом, для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки характерен смешанный висцеро-соматический болевой синдром. Преобладание соматического синдром при язвенной болезни свидетельствует о наличии пенетрации, вовлечении в процесс соседних органов.

Использованная литература:

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Ходос Г.В., Бабышин В.В. О возможностях применения эндовидеохирургии и малоинвазивных методик при перфоративных гастродуоденальных язвах //Эндоскоп, хир. 2002. - № 5. — С. 54-58.
2. Акжигитов А.Г. Хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки//Тез. докл. 32 — й сессии ЦНИИГ. — Москва. -2005.-С.510.

3. Абдуллаева Д. Р., Исмати А. О., Маматалиев А. Р. Анатомическое строения внепеченочных желчных протоков у крыс //golden brain. – 2023. – Т. 1. – №. 10. – С. 493-499.
4. Бачев И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: факторы риска, хирургическое лечение и его результаты//Клиническая медицина. 1990. - № 10. - С.54 - 59.
5. Маматалиев А., Орипов Ф. Гистологическое строение интрамурального нервного аппарата общего желчного протока и желчного пузрья у кролика, в норме и после удаление желчного пузыря //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 3/2. – С. 117-125.
6. Дехканов Т. Д. и др. Морфологические основы местной эндокринной регуляции внутренних органов //Проблемы биологии и медицины. – 2016. – Т. 92. – №. 4. – С. 39.
7. Narbayev S. et al. Behavioral adaptations of Arctic fox, Vulpes lagopus in response to climate change //Caspian Journal of Environmental Sciences. – 2024. – Т. 22. – №. 5. – С. 1011-1019.
8. Malfertbeiner P., Megraund F., O Morain C et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection the Maastricht 2-2000 Consensus Report. Aliment Pharmacol Tber 2002; 16 (2); 167-80.