МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ГОЛОВНЕ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНЕ УПРАВЛІННЯ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Збірник наукових праць

Української військово-медичної академії

Випуск 13

За редакцією професора Б. Я. Білого

Київ • 2003

УДК 616.3:617.37-002

ПОЛІМОРБІДНІСТЬ – ОДНА ІЗ ЗАГАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЧАСНОГО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

І. П. Катеренчук, О. О. Гуцаленко, Т. О. Гречана, О. В. Манойло

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

В останні роки поширеність хвороб органів травлення постійно зростає. І це не є дивною прикметою, оскільки захворюваність залежить не стільки і не лише від медицини, скільки від соціальних умов життя і ставлення самої людини до власного здоров'я. Загальна тенденція до зростання захворювань шлунково-кишкового тракту в розвинутих державах зумовлена рядом причин: впливом патогенних факторів навколишнього середовища, роль яких не зменшується; можливостями фізіологічних захисних систем організму; покращанням діагностичних можливостей, що підвищують ймовірність виявлення хвороб, особливо на ранніх стадіях; ставленням людей до свого здоров'я з метою попередження захворювання.

Відомо, що гастроентерологічні хворі, як і терапевтичні, страждають не однією, а, як правило, кількома хворобами. Про актуальність і значимість проблеми поєднання захворювань, виходячи із створеної упродовж віків багатьма поколіннями лікарів сучасної нозологічної структури патології у своїх виступах та публікаціях відмічав А. А. Крилов [5]. Як показують клінічні спостереження, хвороби шлунка, 12-палої кишки, кишечника, жовчних шляхів, печінки та підшлункової залози, якщо ретельно обстежувати хворих, ізольовано зустрічаються дедалі рідше. Практичному лікарю нелегко визначити, яка хвороба є в таких випадках провідною та який діагноз – основним. Тому обстеження сучасного гастроентерологічного хворого потребує привернення уваги не лише до захворювання, стосовно якого він звернувся до лікаря, а цілеспрямованого активного виявлення й інших хвороб шлунково-кишкового тракту. Та провед адекв. лік.

Проблема поліморбідності (множинності хвороб) є досить актуальною і значущою, особливо в зв'язку із помилками діагностики та лікування. Характерно, що в публікаціях, що стосуються захворюваності населення всією групою хвороб органів травлення, поєднання однієї хвороби з іншою, як правило, не враховується.

Однією з особливостей перебігу виразкової хвороби є залучення до патологічного процесу інших органів травного апарату, що вимагає своєчасної діагностики для складання лікувальних комплексів хворим виразковою хворобою із урахуванням виявлених супутніх захворювань [4].

Метою нашого дослідження було вивчення частоти наявності поєднаної патології у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК) з урахуванням віку та статі хворих. Завданням дослідження було провести аналіз та оцінку виявленої поєднаної патології як гастроентерологічного, так і негастроентерологічного профілів у хворих на ВХДПК різних вікових груп та різної статі.

Для вирішення даної мети було відібрано та проаналізовано 148 історій хвороб осіб, які лікувалися у терапевтичному відділенні 5-ої міської лікарні і в яких ВХДПК розцінювалася як основний діагноз. Серед них чоловіки складали 101, а жінки – 47 чол., що становило відповідно 68,24 і 31,76%. Усі пацієнти були розподілені на 4 групи: перша група (30 чоловік) – хворі ВХДПК, у яких не виявлено ознак залучення до патологічного процесу інших органів черевної порожнини; друга група (44 чол.) – хворі ВХДПК, у яких основне захворювання поєднувалося з іншими хворобами системи травлення; третя група (44 чол.) – хворі ВХДПК із супутніми негастроентерологічними захворюваннями; четверта група (30 чол.) – хворі ВХДПК із супутніми як гастроентерологічними, так і негастроентерологічними захворюваннями.

Діагностика захворювань органів травлення була основана на ретельному анамнестичному та клінічному обстеженнях хворих із застосуванням біохімічних, інструментальних (гастрофіброскопія, рентгенологічне дослідження шлунку, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) та лабораторних досліджень (результати шлункового та дуоденального зондування, бактеріологічного дослідження фекалій). За даними фіброгастродуоденоскопії у всіх хворих визначено наявність виразкового дефекту і запально-дистрофічних змін слизової оболонки гастродуоденальної зони. Тривалість захворювання до 5 років відмічалася у 54 чол. (36,49%), від 5 до 10 років – у 21 (14,19%), понад 10 років – у 31 чол. (20,94%), а в 42 чол. (28,38%) – вперше виявлена ВХДПК. При рентгенологічному дослідженні шлунка виявлені як прямі ознаки виразки (симптом «ніші»), так і функціональні (непрямі) її ознаки. Під час ультразвукового дослідження органів черевної порожнини ознаки дискінезії жовчного міхура виявлені у 36 хворих, хронічного безкам'яного холециститу – у 48 (всього патологія жовчовивідних шляхів установлена у 81 хворого, що становило 54,73% від загальної кількості хворих), хронічного панкреатиту – в 24 хворих (16,22%), гепатиту – у 18 хворих (12,16%). Ознаки дуоденогастрального рефлюксу – в 28 хворих (18,92%), синдром подразненої товстої кишки – у 6 хворих (4,05%), ознаки коліту – в 5 хворих (3,38%). Результати проведеного аналізу наявності поєднаної патології у хворих ВХДПК залежно від віку і статі представлені у таблицях.

Питома вага хворих із ВХДПК, у яких не виявлено інших захворювань, виявилася досить низькою – 20,27% (відповідно 19,80% у чоловіків та 21,28%

у жінок). За матеріалами історій хвороб поєднання захворювань між собою у хворих на ВХДПК мало місце у 118 хворих, що склало 79,73% від загальної кількості проаналізованих історій хвороб. Цілеспрямована оцінка поліморбідності, при ураженні того чи іншого органу системи травлення або ураження інших систем у хворих на ВХДПК показали, що у 44 хворих (27,93%) відмічалося поєднання ВХДПК із іншими хворобами шлунково-кишкового тракту (відповідно у 34 чоловіків і 10 жінок, що становило 33,66 і 21,28% від загальної кількості хворих з урахуванням статі). У такої ж кількості хворих (27,93%) відмічалося поєднання ВХДПК із захворюваннями негастроентерологічного профілю (відповідно у 29 чоловіків і 45 жінок, що становило 28,72 і 31,9%). У 30 хворих ВХДПК (20,27%) виявлено поєднання як гастроентерологічного, так і негастроентерологічного профілю (відповідно 18 чоловіків і 12 жінок, що складало 17,82 і 25,53%).

Таблиця 1

Частота поєднання хвороб у хворих на ВХДПК залежно від віку

Вік	Усього хворих	Без супутної патології		У поєднанні із хворобами					
				органів травлення		негастроентерологічними		гастроентерологічними та негастроентерологічними	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15–24	26	12	46,16	10	38,46	4	15,38	–	–
25–44	62	1	17,74	26	41,93	16	25,81	9	14,52
45–59	39	7	17,96	11	28,20	11	28,20	10	25,64
старше 60	21	2	9,52	1	4,76	13	61,90	5	23,82

Перелік поєднань захворювань у межах самої системи травлення у хворих на ВХДПК є досить значним: захворювання панкреато-біліарної системи у 20 хворих, що склало 13,51% від загальної кількості проаналізованих історій хвороб.

У цих хворих були наявні ознаки моторних розладів, що є одним із важливих патогенетичних механізмів, що зумовлює виразність клінічних виявлень ВХДПК та важкість її перебігу, а відповідно і додаткової адекватної фармакологічної корекції із призначенням прокінетиків.

У 18 хворих (12,16%) виявлено ураження гепатобіліарної системи, а в 11 хворих (7,43%) – ознаки ураження товстого кишечника.

Відомо, що більшість захворювань шлунково-кишкового тракту супроводжуються розвитком дисбактеріозу й частота порушень мікроекології товстого

кишечника останнім часом зростає [1,3]. Тому певну зацікавленість складало вивчення розповсюдженості дисбактеріозу при захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Виявлено, що серед проаналізованих історій хвороб дисбактеріоз діагностували у 25 чоловік, що складає 16,89%. Серед них із супутньою дискинезією жовчного міхура дисбактеріоз не виявлявся, при хронічному бескам'яному холециститі – у 12 випадках (25,0%), хронічному панкреатиті – у 7 (29,16%), гепатиті – у 3 (16,67%), синдромі подразненої товстої кишки – у 1 випадку (16,67%). Найчастіше дисбактеріоз діагностувався на фоні коліту – в 2 випадках, що склало 40,0% від усієї кількості пацієнтів.

Таблиця 2

Частота поєднання хвороб у хворих на ВХДПК залежно від статі

Вік	Усього хворих	Без супутної патології		У поєднанні із хворобами					
				органів травлення		негастроентерологічними		гастроентерологічними та негастроентерологічними	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	101	20	19,8	34	33066	29	28,72	18	17,82
Жінки	47	10	21,28	10	21,28	15	31.91	12	25,53
Всього	148	30	20,27	44	29,73	44	29,73	30	20,27

Таким чином, за матеріалами історій хвороб у 102 хворих, що становило 68,92% випадків до патологічного процесу було залучено 2 і більше органів травлення без урахування ураження інших систем, а при наявності ураження інших систем цей показник збільшується, що узгоджується з літературними даними [6, 7].

Аналіз впливу статі на частоту поєднаної патології показав, що у чоловіків, хворих на ВХДПК, відмічається частіше поєднання з патологією інших органів травлення, тоді як у жінок більш часто ВХДПК поєднується із захворюваннями інших органів і систем, а також з поєднаною патологією як гастроентерологічного, так і негастроентерологічного профілів. Напевне, це можна пояснити тим, що загальна захворюваність жінок взагалі вища ніж чоловіків, зокрема захворюваннями негастроентерологічного профілю [8]. Також виявлена більша частота поєднання ВХДПК із захворюваннями як гастроентерологічного, так і негастроентерологічного профілів, що узгоджується з наявними у літературі даними [8].

Проведений аналіз поліморбідності з урахуванням різних вікових груп показав, що з віком збільшується частота виявлення як гастроентерологічної іособливо негастроентерологічної патологій. Збільшення кількості захворювань органів травлення з віком зумовлено залученням до патологічного процесу сусідніх органів травлення, що призводить до розширення кількості наявних хвороб. Тоді як збільшення числа негастроентерологічних захворювань з віком зумовлено наявністю супутніх захворювань серцево-судинної системи, органів дихання, тощо.

В основі виникнення поліморбідності лежить ряд причин. Провідними є фактори, що зумовлюють хронізацію хвороб, їх прогресування, яке супроводжується залученням до патологічного процесу сусідніх органів та систем організму. Враховуючи при цьому особливості анатомо-фізіологічних та патофізіологічних зв'язків органів шлунково-кишкового тракту між собою та з іншими органами. Зокрема, відомі гастроінтестинальні виявлення коронарної хвороби серця, гастро-кардіальний синдром, кардіальний синдром при жовчно-кам'яній хворобі та гострому панкреатиті, тощо [2, 6].

Аналіз послідовності приєднання одного захворювання до другого набуває важливого значення з метою профілактики можливих ускладнень. Вивчення патогенетичних зв'язків основного, поєднаних та паралельно перебігаючих хвороб та їх клінічного взаємовпливу, багато в чому визначають вибір і тактику консервативного та оперативного лікування, прогноз та кінець захворювання.

Сьогодні практично немає хворих, які страждали б якоюсь однією хворобою, та ще й у її класичному варіанті. Сьогоднішній лікар має бути готовим до оцінки поліморбідності, враховуючи при цьому мікросимптоматику та вплив одного на інше паралельно перебігаючих захворювань, знати функціональну патологію, правильно визначати клінічний діагноз та призначити адекватне лікування.

Список літератури

1. Андрусяк О. В. Роль дисбактеріозу товстої кишки в патогенезі рецидивів виразкової хвороби // Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозіуму (Чернівці, 17–18 квітня 1996р.).–Чернівці, 1996. – С. 16–20.

2. Антюфьев В. Ф., Архипов М. И., Подгорбунский А. Г. Роль гастродуоденальных заболеваний в развитии сердечных аритмий характера синдрома подавленного синусового узла // Клиническая медицина. – 1991. – №2. – С. 46–49.

3. Взаємозв'язок порушення кишкового мікробіоценозу і захворювань дуодено-панкреато-біліарної зони та принципи патогенетичного лікування / Дегтярьова І. І., Осьодло Г. В., Скрипник І. М. та ін. // Гастроентерологія: Міжвід. зб. – Вип. 31. – Дніпропетровськ, 2000. – С. 73–80.

4. Дегтярева И. И. Заболевания органов пищеварения. – Киев: Дем
1999. – 312 с.

5. Крылов А. А. Патофизиологические и клинические аспекты пробле
сочетаемости заболеваний. Актовая речь. – Л., 1988.

6. Комаров Ф. И., Галкин В. А., Иванов А. И. и др. Сочетанные заболева
органов дуоденально-холедохо-панкреатической зоны. – М.: Медицина, 19

7. Скуя Н. А. Особенности, ошибки и принципы диагностики в гастро
терологии // Современные аспекты практической гастроэнтерологии. Сб. на
статей. – Рига, 1976. – С. 9–19.

8. Эльштейн Н. В. Ошибки в гастроэнтерологической практике. При
ны, тенденции, профилактика. – М.: МИА, 1998.