

УДК 616.34-002.44-08(477.44)

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.127559

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ НА ТРИВАЛІСТЬ І КРАТНІСТЬ ЛІКУВАННЯ У ЖИТЕЛІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

© Н. М. Кізлова, О. М. Комар, О. Д. Трилевич

За результатами проведеного дослідження, використовуючи аналітико-синтетичний аналіз, сформовано групи ризику розвитку та несприятливого перебігу виразкової хвороби серед населення Вінницького регіону із 12 модифікованих і немодифікованих факторів з їхніми ознаками (40), оціненими за вагомістю впливу (в балах), серед яких найбільш значущими виявилась наявність у пацієнтів супутньої патології. Отримані дані мотивували до вивчення залежності між цими факторами та тривалістю й кратністю лікування. Для вирахування залежності вказаних показників від наявності супутньої патології ми керувались критеріями бальної оцінки індекса Чарлсона, яка акумулює в собі коморбідність патології

Ключові слова: виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, фактори ризику, тривалість і кратність лікування

1. Вступ

Виразкова хвороба (ВХ) залишається однією із важливих проблем сучасної медицини [1]. Нею страждають 6,0–10,0 % населення розвинених країн, а смертність коливається від 6 до 9,7 на 100 тис. населення. Зростає кількість пацієнтів, в тому числі працездатного віку, які потребують профілактики, медичної допомоги, реабілітації в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та позалікарняних умовах [2]. Ефективність надання медичної допомоги недостатньою є – лише 20 % пацієнтів з виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки охоплені медичними послугами комплексно, у 8 % – досягається клінічний ефект [3]. Тому, виникає необхідність в розробці доказової наукової бази для практичного відтворення профілактики. Важливим при цьому є володіння комплексом факторів ризику, а їх багатоаспектність в механізмі розвитку ВХ зумовлює системність підходу до їх вивчення [4].

2. Обґрунтування дослідження

Хвороби органів травлення посідають 3 місце за поширеністю, і друге - по кількості звернень усіх вікових груп населення Вінницького регіону за медичною допомогою [5]. В Україні щорічно збільшується кількість хворих, які потребують спеціалізованої гастроентерологічної допомоги. Визначне місце серед хвороб органів травлення займає виразкова хвороба (ВХ) [6]. Звертає на себе увагу той факт, що в першій половині 19-го століття вона не носила такого масового характеру, як в 20-му, коли по справжньому спостерігається виразкова епідемія [7]. Як свідчать літературні дані, на даний час в Україні число зареєстрованих хворих на виразкову хворобу становить більше одного млн. осіб, щорічно вперше вона діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі, кожен третій – втрачає працездатність повторно протягом одного року [8]. Рецидиви захворювання протягом 1–5 років спостерігаються у 20–25 % хворих. В даний час відбу-

вається «омолодження» захворювання, найчастіше виразкова хвороба вперше діагностується в віці 25–40 років [9]. Ситуація загострюється за умов складного соціально-економічного становища, погіршення екологічної ситуації, що, як відомо, має безпосередній вплив на виникнення патології органів травлення та накопичення супутньої патології [10]. З метою покращення ефективності профілактики захворювань та зниження кількості рецидивів ми вважаємо за потрібне дослідити вплив факторів ризику у хворих із виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки на тривалість і кратність лікування.

Отримані матеріали про фактори ризику виникнення несприятливого перебігу виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки мотивували до вивчення залежності між наявністю факторів та тривалістю й кратністю лікування, зокрема в денному гастроентерологічному стаціонарі. Дані в такому плані вважаємо важливими для оцінки загальної ситуації та прийняття відповідних обґрунтованих рішень, а також в порівняльному аспекті при доведенні, в подальшому, ефективності удосконаленої форми організації по забезпеченню медичною допомогою хворих на ВХ та попередження її розвитку.

3. Мета дослідження

Виявити залежність між наявністю коморбідної патології ризику розвитку виразкової хвороби, несприятливого її впливу на тривалість та кратність лікування.

4. Матеріали та методи дослідження

Матеріалами для вивчення служили наступні звітні форми ЦПМСД та гастроентерологічних відділень медичних установ Вінницької області за 2009–2013 роки: медичні карти стаціонарного хворого Ф. 003/0, медичні карти амбулаторного хворого Ф. 025/0 (всього 700, з яких 400 – із наявною коморбідною патологією) з вперше виявленим епізодом виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки), карти

хворих, які вибули із стаціонару, опитувальні анкети (опитувальник Фагестрема, GAGE, ІШТД, самооцінки рівня тривожності за шкалою С. Спілберга). За отриманими результатами сформована комп'ютерна база даних на основі Microsoft Excel, де матеріал був згрупований за контингентом вивчення, місцем проживання (міські, сільські жителі), статтю (чоловіки, жінки) та їх віком, а також наявністю супутньої патології (хвороби органів травлення, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, запальні хвороби інших органів та систем, цереброваскулярна патологія, хвороби дихальної системи).

Статистичну обробку отриманого результату було проведено шляхом розрахунку χ^2 Пірсона і t-критерію Стюдента. Для вирахування залежності показників від наявності супутньої патології ми керувались критеріями бальної оцінки індексу коморбідності Чарлсона, сумуючи бали з урахуванням віку та соматичної патології. Останній розраховувався для об'єктивізації і уточнення значення супутньої патології, в тому числі з врахуванням їх комбінації.

5. Результати дослідження

При дослідженні були встановлені значущі показники ($\chi^2(9)=39,4$, $p<0,0001$) супутньої патології, як фактору ризику, при виразці шлунку (67,8 %). Середній термін лікування при виразковій хворобі шлунку становив $12,2\pm 3,0$ діб, виразковій хворобі дванадцятипалої кишки – $11,6\pm 2,8$ діб, дещо меншим середній ліжко/день був у випадках ерозії шлунку ($10,6\pm 3,6$ діб; на 14,5 %) та ерозії ДПК ($10,6\pm 3,1$ діб; на 9,4 %) (табл. 1). Строки лікування хворих з підтвердженим інфікуванням *H. pylori* були вірогідно тривалішими, ніж у випадках його відсутності, а саме: $14,2\pm 0,8$ % проти $12,5\pm 0,9$ % із достовірністю $p<0,0001$

За даними табл. 1, можна прослідкувати нерівномірність коморбідності пацієнтів в залежності від діагнозу.

Таблиця 1

Розподіл індексу Чарлсона в залежності від діагнозу пацієнта ($\chi^2(9)=39,4$, $p<0,0001$)

Діагноз *	Індекс коморбідності Чарлсона (бали)				Всього
	0	1–2	3–4	≥5	
ВШ	3 9,7	3 9,7	4 12,9	21 67,7	31 7,7
ВДПК	61 33,5	25 13,7	51 28	45 24,7	182 45,5
ЕШ	49 35	17 12,1	26 18,6	48 34,3	140 35
ЕДПК	26 55,3	7 14,9	3 6,4	11 23,4	47 11,7
Всього	139 34,7	52 13	84 21	125 31,2	400 100

Примітка: ВШ – виразка шлунку; ВДПК – виразка дванадцятипалої кишки; ЕШ – ерозія шлунку; ЕДПК – ерозія дванадцятипалої кишки

У табл. 2, 3 подаються конкретні величини показників тривалості та частоти лікування з урахуванням індексу коморбідності та віку хворих відповідно. За результатами аналізу табл. 2, чітко простежується лінійна залежність, яка проявляється у необхідності тривалішого та повторного лікування впродовж року у разі наявності і, саме головне, кількості супутньої патології.

Таблиця 2

Середня тривалість та кратність лікування хворих на виразкову хворобу в залежності від індексу Чарлсона, $M\pm m$

Індекс Чарлсона (в балах)	Середня тривалість лікування (у днях)	Кратність лікування (у разях)
0	$7,6\pm 0,9$	$1,0\pm 0,1$
1–2	$10,3\pm 1,8$	$1,1\pm 0,1$
3–4	$15,2\pm 1,0$	$1,3\pm 0,2$
≥ 5	$17,8\pm 1,5$	$1,5\pm 0,3$

Примітка: достовірність $p<0,0001$

Доведена залежність терміну та кратності лікування від віку хворих. Так, пацієнти 30-річного віку потребують як меншого строку лікування, так і його кратності ($10,1\pm 0,6$ діб, $1,0\pm 0,1$ рази відповідно). Після 50 років, зі збільшенням кількості супутніх захворювань, величина показників перебування в стаціонарі зростала відповідно до $14,7\pm 0,7$ діб, а кратність до $1,3\pm 0,2$ разів (табл. 3).

Таблиця 3

Середня тривалість та кратність лікування хворих на виразкову хворобу в залежності від віку, $M\pm m$

Вік (у роках)	Середня тривалість лікування (у днях)	Кратність лікування (разів)
до 30 р.	$10,1\pm 0,5$	$1,0\pm 0,1$
30–49 р.	$13,5\pm 0,4$	$1,2\pm 0,1$
≥50 р.	$14,7\pm 0,7$	$1,3\pm 0,2$

Примітка: достовірність $p<0,0001$

6. Обговорення результатів дослідження

Серед загальної кількості факторів (12) простежено вплив найбільш інформативно вагомих із групи модифікованих, а саме: наявність чи відсутність супутньої патології і варіант клінічної форми ВХ. Крім того, досліджено вплив ознак тривожності й депресії з огляду на їх поширеність, значення в розвитку багатьох соматичних захворювань з урахуванням напруженої психо-емоційної ситуації в країні. Перед безпосереднім аналізом тривалості та кратності лі-

кування впродовж року, від часу вперше виявленого верифікованого діагнозу, що були обрані критеріями при визначенні ступеню зв'язку між зазначеними явищами, прокоментуємо окремо результати індексу коморбідності Чарлсона.

У табл. 1 показані значущі показники ($\chi^2(9)=39,4$, $p<0,0001$) супутньої патології, як фактору ризику, при виразці шлунку (67,8 %).

У цілому вантаж супутніх хвороб виявився значно більшим, ніж в інших дослідженнях та контингентах хворих. Варто зазначити, що користуючись бальною оцінкою Чарлсона, у кожного третього (31,3 %) з досліджуваних хворих (з кількістю балів ≥ 5) слід очікувати несприятливий прогноз перебігу ВХ, у 21 % – при 3–4 балах і у разі відсутності супутньої патології лише у кожного сотого. Тобто, отримано ще одне об'єктивізоване підтвердження необхідності комплексного міждисциплінарного принципу при індивідуалізованому підході на сучасному рівні надання медичної допомоги.

Далі наведемо конкретні відомості тривалості лікування. Виявилось, що його середні терміни в розрізі варіантів діагнозів, достовірно не різнилися. Так, при виразковій хворобі шлунку воно становило $12,2\pm 3,0$ діб, виразковій хворобі дванадцятипалої кишки – $11,6\pm 2,8$ діб, дещо меншим середній ліжко/день був у випадках ерозії шлунку ($10,6\pm 3,6$ діб; на 14,5 %) та ерозії ДПК ($10,6\pm 3,1$ діб; на 9,4 %).

За результатами ретельного вивчення зазначених показників в аспекті наявності окремих несприятливих факторів виявлена їх лінійна залежність. Зокрема, строки лікування хворих з підтвердженим інфікуванням *H. pylori* були вірогідно тривалішими, ніж у випадках його відсутності, а саме: $14,1\pm 0,8$ % проти $12,5\pm 0,9$ %. Відразу відмітимо й кратність лікування. Достовірно частіше повторних курсів потребували випадки за умов обсіменіння *H. pylori*: $1,2\pm 0,1$ проти $1,1\pm 0,1$. Очікуваним виявився вплив порушеного психоемоційного стану на показники, що вивчалися. Постійна незадоволеність власним здоров'ям, іпохондричний настрій, невпевненість у результатах допомоги збільшували термін перебування в денному стаціонарі на 18,0 % до $13,8\pm 0,2$ діб проти $11,7\pm 0,3$ діб у разі відсутності зазначених ознак ($p<0,05$). Відоме положення, що негативні психічні емоції провокують загострення багатьох захворювань знайшло відображення в частоті звернень за допомогою, тому кратність лікування серед таких хворих вірогідно більша: $1,5\pm 0,1$ проти $0,9\pm 0,5$ ($p<0,05$) тих, хто не мав психоемоційних розладів.

Прокоментуємо результати залежності показників від наявності супутньої патології, і, в порівняльному аспекті, висвітлимо дані, які мали логічний зв'язок із станом здоров'я, що обтяжувалось поєднанням декількох захворювань. Так, якщо при її відсутності середній ліжко/день становив $7,6\pm 0,9$ діб і достатньо було одного випадку госпіталізації, яка власне здійснювалась частково з метою уточнення, диференціації діагнозу, то при п'яти і більше хвороб тривалість перебування в денному стаціонарі зростала практично у 2,3 рази до $17,8\pm 1,5$ діб, а кратність становила $1,5\pm 0,3$ рази (табл. 2).

Подібними за характером змін показників виявилися дані, пов'язані з віком хворих (табл. 3).

До 30 років пацієнти, в основному не обтяжені низкою хвороб, потребують як меншого строку лікування, так і його кратності ($10,1\pm 0,6$ діб, $1,0\pm 0,1$ рази відповідно). Після 50 років ситуація змінюється і величина показників перебування в стаціонарі зростала відповідно до $14,7\pm 0,7$ діб, а кратність до $1,3\pm 0,2$ разів.

Результати досліджень інших вчених підтверджують вагомість впливу на перебіг виразкової хвороби наявності інфекції *H. pylori*, спадковості та впливу медикаментів, зокрема НПЗП [11]. Інші дослідження свідчать про наявність інфекції *H. pylori* та паління, як основні фактори ризику виникнення виразкової хвороби [12]. Вплив коморбідної патології на тривалість та кратність лікування виразкової хвороби не досліджувався.

Таким чином, за представленими вище даними отримано важливе об'єктивізоване підтвердження вагомості значення факторів ризику коморбідності з точки зору розвитку та перебігу виразкової хвороби.

7. Висновки

1. Встановлена лінійна залежність між наявністю факторів ризику та потребою у отриманні спеціалізованої допомоги, що проявлялася у тривалості та кратності лікування впродовж року в денному гастроентерологічному стаціонарі.

2. Доведено необхідність визначення строків проведення спеціалізованих досліджень, таких як бактеріоскопія на предмет діагностики *H. pylori*, як основного предиктора розвитку виразкової хвороби, за ступенем обсіменіння якого можна передбачати агресивність процесу запалення слизової оболонки.

3. Виявлено потребу у формуванні груп ризику серед населення, кожна з яких вимагає системного підходу до вивчення загального стану, урахування наявних хвороб, їх негативного взаємовпливу.

Література

1. Koh H. K. A 2020 Vision for Healthy People // New England Journal of Medicine. 2010. Vol. 362, Issue 18. P. 1653–1656. doi: 10.1177/1090198111428646
2. Walker A. E. Many chronic diseases and quality of life: Models that come from a large national sample. Australia, 2007. 31 p.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. Київ, 2016. 452 с.
4. Лукичева Т. А., Фокин М. В. Исследование состояния здоровья населения в методологии оценки риска // Гигиена и санитария. 2012. № 5. С. 103–105.

5. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення / за ред. З. М. Митника. К., 2010. 107 с.
6. Дзвонковская Т. Т., Нейко В. Е. Дифференцированный подход к лечению больных кислотозависимых заболеваний, ассоциированные с различными штаммами *Helicobacter pylori* // Архив клинической медицины. 2007. № 2. С. 73–74.
7. Москаленко В. Ф. Факторы риска для здоровья – важный и эффективный ресурс на пути улучшения здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей // Медицинские перспективы. 2013. № 2. С. 102–108.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Київ, 2017. 516 с.
9. Статистичний щорічник України, 2016 рік: статистичний збірник. Київ, 2016.
10. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / Лазоришинець В. В. та ін. Київ, 2014. 608 с.
11. Чинники ризику рецидиву виразкової хвороби після паліативних відкритих та лапароскопічних втручань з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки / Тутченко М. І., Ярошук Д. В., Васильчук О. В., Маркулан Л. Ю. // Хірургія України. 2014. № 1. С. 15–22.
12. Rosenstock S. Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults // Gut. 2003. Vol. 52, Issue 2. P. 186–193. doi: 10.1136/gut.52.2.186

Дата надходження рукопису 21.02.2018

Кізлова Наталія Миколаївна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра соціальної медицини і організації охорони здоров'я, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000
E-mail: gastrovokl@gmail.com.

Комар Олена Миколаївна, доктор медичних наук, професор, кафедра соціальної медицини і організації охорони здоров'я, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000
E-mail: olenakrekoten77@gmail.com

Трилевич Олександра Дмитрівна, лікар-інтерн, Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000
E-mail: floydcoct@gmail.com