

Коморбидность неорганических функциональных желудочно-кишечных синдромов и их медико-социальная оценка

Г. И. Юзбашев

Центральная больница нефтяников, Азербайджанский медицинский университет, Баку

G. I. Yuzbashev

Comorbidity of Inorganic Functional Gastroenteric Syndromes and their Medico-Social Assessment

The aim of the study was to define the medico-social importance of inorganic functional gastroenteric syndromes. 909 patients were observed with different nosological forms of diseases. Of that group, 424 patients had a comorbidity of two or more nosological forms of diseases, that totally makes 1457 units of disease. On the basis of the received data it is possible to notice, that syndromes of irritated intestine and functional dyspepsia, gastroesophageal illness and chronic idiopathic nausea in modern conditions not only the most frequent diseases of a gastrointestinal tract, but also have got the important significance in the medico-social relation. Syndromes of psychosomatic dysfunction can lead to comorbidity, which is necessary for considering when presented with a choice of medical tactics and implementation of preventive measures.

Key words: gastroenteric syndromes, psychosomatic dysfunction, medico-social importance.

Реферат

Цель исследования – определить медико-социальную значимость неорганических функциональных желудочно-кишечных синдромов. Наблюдали 909 пациентов с разными нозологическими формами заболеваемости. Из них у 424 пациентов имелась коморбидность двух и более нозоформ, что суммарно составляет 1457 единиц заболеваемости. На основании полученных данных можно отметить, что синдром раздраженной кишки и функциональной диспепсии, гастроэзофагеальная болезнь и хроническая идиопатическая тошнота в современных условиях являются не только наиболее частыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта, но и приобрели важную значимость в медико-социальном отношении. Они учащают обращаемость за медицинской помощью и способствуют существенным трудовым потерям. В основе формирования синдромов лежит психосоматическая дисфункция, что приводит к их коморбидности, которую необходимо учитывать при выборе лечебной тактики и осуществлении превентивных мер.

Ключевые слова: желудочно-кишечные синдромы, психосоматическая дисфункция, медико-социальная значимость.

Введение

«Римскими критериями-I», выработанными в 1988 г. в Риме специально учрежденным рабочим комитетом по функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), были рекомендованы диагностически значимые симптомы синдромов раздраженной кишки (СРК) и функциональной диспепсии (СФД). Впоследствии «Римскими критериями-I (1999 г.) и II (2005 г.)» были внесены значительные коррективы в специальную симптоматику СРК и СФД, что позволяет без лабораторно-инструментальных дополнительных исследований диагностировать и дифференцировать эти синдромы от многочисленных заболеваний ЖКТ, при условии отсутствия органических нарушений в этом органе [1, 2, 3, 4]. Распространенность СРК среди населения составляет 17-22%, а СФД достигает 25% и в современных условиях они приобрели весомую медико-социальную значимость во многих странах мира. Хотя этиология синдромов не определена, они рассматриваются как психосоматический процесс, в основе которого лежит расстройство нервной регуляции деятельности кишечника на уровне вегетативной и центральной нервной системы [5, 6]. При СФД предполагается этиологическая роль *Helicobacter pylori* (Hр)-инфекции, но данный вопрос до сих пор дискутируется [1, 7]. В «Римских критериях-III» тошнота, ранее считающаяся симптомом СФД, вынесена в самостоятельную рубрику под названием хроническая

идиопатическая тошнота (ХИТ), ее распространенность среди населения превышает 50% [1].

В последние годы серьезное внимание гастроэнтерологов стала привлекать гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), которая согласно «Генвальскому соглашению (1997 г.)» объявлена самостоятельной нозологической единицей. Впоследствии ее классификационно-диагностические принципы были определены «Монреальскими соглашениями» (2005 г.) [8, 9]. ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны, сопровождающееся рядом симптомов, доминирующими из которых являются изжога и отрыжка. Этиология ГЭРБ многообразна, включая и роль Hр-инфекции. Но, при отсутствии органических нарушений в пищевом тракте, ведущая роль отводится изменениям психологического статуса, в частности (беспокойство, напряжение, депрессия). По результатам 15 исследований распространенность ГЭРБ в развитых странах составляет 10-20% [10, 11, 12, 13].

Распространенность каждого из отмеченных заболеваний довольно высокая и если они встречались бы только самостоятельно, то практически каждый житель планеты страдал бы одним из них. Однако, у большинства больных специфичная симптоматика одного заболевания нередко перемежается с симптоматикой других, что создает большие сложности в дифференциальной диагностике и выборе оптимальной лечебной тактики

и заставляет прибегать к дорогостоящим лабораторно-инструментальным исследованиям, которые часто бывают излишними [1, 14, 15].

Цель исследования: определить медико-социальную значимость неорганических функциональных желудочно-кишечных синдромов.

Материал и методы

Работу провели на базе Центральной больницы нефтяников (ЦБН). Группы наблюдения формировали по мере обращаемости работников нефтяной промышленности в ЦБН за амбулаторной гастроэнтерологической помощью. Всего наблюдали 909 пациентов с разными нозоформами заболеваемости, на каждого из которых составили анкету, отражающую стаж работы, частоту медицинской обращаемости, приверженность к лечению и профилактике заболеваний, число оплачиваемых и неоплачиваемых дней трудопотерь. Из них у 424 пациентов имелась коморбидность двух и более нозоформ, что суммарно составляет 1457 единиц заболеваемости. Контрольную группу составили 136 нефтяников, не имеющих какой-либо заболеваемости.

У всех пациентов собирали текущий и предшествующий анамнезы, исследовали кровь, мочу и кал, проводили рентгенографию, ректосигмоскопию, колоноскопию, УЗИ. Наиболее часто в ЦБН за амбулаторной помощью обращались по поводу диспептических расстройств ЖКТ: хронических воспалительных заболеваний кишечника (разные формы колитов, реже болезнь Крона), паразитозов (аскаридоз, лямблиоз, трихоцефалез, энтеробиоз). А также редких заболеваний ЖКТ (непереносимость лактозы, опухоли, хронический панкреатит, подозрение на целиакию); хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Острые и хронические инфекции ЖКТ исключали. Диагноз СРК, СФД и ХИТ верифицировали в соответствии с «Римскими критериями-III» (2005 г), ГЭРБ – с «Монреальскими соглашениями» (2005 г).

Результаты и обсуждение

Диагноз СРК, при отсутствии органических поражений в кишечнике, выставляется в случаях наличия следующих симптомов: абдоминальные боли разной интенсивности; метеоризм; изменение частоты стула –

запоры или диарея (чаще 3 раз в день), их чередование; аномальная консистенция стула; ослабление абдоминальной боли после дефекации и отхождения газов; симптомы психосоматической дисфункции. Наличие перечисленных симптомов выявили у 250 пациентов.

Специфичными диагностическими симптомами СФД являются: боли в эпигастрии; чувство жжения в эпигастрии; ощущение переполнения в подложечной области после еды; быстро наступающее чувство насыщения (сытости); широкий спектр симптомов психосоматической дисфункции. Боль в эпигастрии, как и абдоминальная боль при СРК, наблюдается, по меньшей мере, 1 раз в неделю в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности симптомов диспепсии не менее 6 месяцев. Симптомы СФД выявлены у 613 пациентов.

Хотя этиология ХИТ до сих пор неизвестна, но ее частота среди населения очень высокая. Тошнота очень часто наблюдается при органических заболеваниях ЖКТ, поэтому точно разграничить ее принадлежность к ХИТ невозможно. В наших наблюдениях эти заболевания были исключены. Поэтому, наблюдаемая нами у 223 пациентов тошнота, скорее всего, являлась проявлением ХИТ.

По международному определению ГЭРБ – это состояние, развивающееся в том случае, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и развитие осложнений. Наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога (как минимум один раз в неделю) и отрыжка, а также рефлюкс-эзофагит. Установлена связь с внепищеводными синдромами – кашлем, ларингитом, астмой, эрозией зубной эмали. ГЭРБ сопровождается, как правило, комплексом симптомов психосоматической дисфункции. Симптомы ГЭРБ выявлены у 371 пациента.

Отмеченная симптоматика была у части пациентов специфичной (характерной) для каждой конкретной нозоформы заболеваемости, у другой части пациентов она была расширенной за счет другой нозоформы заболеваемости (таб. 1).

Как видно, в самостоятельной форме симптомы всех синдромов выявляются реже, нежели в сочетаниях друг с другом – соответственно $33,3 \pm 1,2$ и $66,7 \pm 1,2\%$ единиц ($t = 12,65$; $p < 0,001$). Реже всего в изолированной форме

Таблица 1

Специфичность и коморбидность симптоматики при различных нозоформах

Синдромы	Число единиц заболеваемости		Число единиц разной симптоматики			
			Специфичной		Расширенной	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
СРК	250	17,2 ± 1,0	87	34,8 ± 3,0	163	65,2 ± 3,0
СФД	613	42,1 ± 1,3	298	48,6 ± 2,0	315	51,4 ± 2,0
ГЭРБ	371	25,5 ± 1,1	76	20,5 ± 2,1	295	79,5 ± 2,1
ХИТ	223	15,3 ± 0,9	24	10,8 ± 2,1	199	89,2 ± 2,1
Всего	1457	100,0 ± 0,0	485	33,3 ± 1,2	972	66,7 ± 1,2

Примечание: число единиц заболеваемости больше числа пациентов, так как у большинства из них одновременно выявлены симптомы 2-х и более нозоформ заболеваемости.

выявляются симптомы ХИТ (тошнота) – всего $10,85 \pm 2,1$ единиц. Несколько с большей частотой выявляются изолированные симптомы ГЭРБ – $20,5 \pm 2,1\%$ единиц ($t = 3,27$; $p < 0,01$), затем симптомы СРК – $34,8 \pm 3,0\%$ единиц ($t = 3,91$; $p < 0,001$) и симптомы СФД – $48,6 \pm 2,0\%$ единиц ($t = 3,82$; $p < 0,001$).

Необходимо отметить, что $11,1 \pm 2,2\%$ единиц тошноты сочетались с СРК, $43,7 \pm 3,5\%$ единиц с ГЭРБ ($t = 7,89$; $p < 0,001$) и $45,2 \pm 3,5\%$ единиц – СФД и ГЭРБ ($t = 0,30$; $p > 0,01$). В связи с этим тошноту вряд ли можно признать самостоятельной нозологической формой. По всей вероятности, она является общим симптомом неорганических функциональных синдромов ЖКТ. Тем более, если учесть, что синдромы в самостоятельной форме встречаются, как уже отмечалось, реже, чем в сочетаниях друг с другом. Например, коморбидность СРК и СФД составила $25,2 \pm 2,1\%$ единиц, СРК, СФД и ГЭРБ соответственно $8,0 \pm 1,3\%$ единиц ($t = 6,96$; $p < 0,001$), СФД и ГЭРБ – $41,0 \pm 2,4\%$ единиц ($t = 16,42$; $p < 0,01$); о сочетаниях синдромов с тошнотой было сказано выше. Всего выявлено 6 вариантов коморбидности синдромов. Столь высокую коморбидность наблюдаемых синдромов можно объяснить тем, что в основе их развития лежит психосоматическая дисфункция. Практически у всех пациентов мы наблюдали в различных сочетаниях ее проявление. В частности, с разной интенсивностью у пациентов отмечались депрессия, астения, навязчивые состояния, патологическая тревога, мигрень, лабильность артериального давления, ритма сердца и эмоций,

профессионально-семейные стрессовые нагрузки, нарушение сна, метеотропность, гипергидроз, боли в разных частях тела и прочее. Пациенты не доверяли врачам, предполагали у себя различную тяжелую заболеваемость, редко обращались за специализированной медицинской помощью, прибегали к немедикаментозной помощи и самолечению. Вполне понятно, что психосоматическая дисфункция может привести к одновременному формированию разных синдромов. При этом анкетирование пациентов по оценке собственного здоровья показывает, что особенно низко оно оценивается при коморбидности синдромов (таб. 2).

Всего $17,8 \pm 1,3\%$ пациентов оценили свое здоровье как нормальное, тогда как у $30,85 \pm 1,5\%$ пациентов его оценка была относительно удовлетворительной ($t = 6,57$; $p < 0,001$), а у $51,4 \pm 1,7\%$ пациентов – неудовлетворительной ($t = 9,07$; $p < 0,001$). Обращает на себя внимание то, что показатели здоровья среди пациентов с самостоятельным течением синдромов были несколько лучше, нежели среди пациентов с коморбидностью. Так, нормальным свое здоровье считали от $19,1 \pm 2,3$ до $33,3 \pm 9,8\%$ пациентов, у которых СРК, СФД, ГЭРБ и ХИТ протекали в отдельности ($t = 1,43$; $p < 0,05$) и лишь $12,3 \pm 1,6\%$ пациентов, у которых эти синдромы комбинировались ($t = 2,43$; $p < 0,05$). Весьма показательны данные по контрольной группе, составленной из нефтяников, не имеющих в период проведения данной работы какой-либо заболеваемости. Нормальным здоровьем считали $40,4 \pm 4,2\%$ из них, относительно удовлетворительным

Таблица 2

Самооценка пациентами здоровья при разных синдромах и их коморбидности

Синдромы	Число пациентов	Уровни самооценки здоровья					
		Неудовлетворительный		Относительно удовлетворительный		Нормальный	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
СРК	87	28	$32,2 \pm 5,0$	32	$36,8 \pm 5,2$	27	$31,0 \pm 5,0$
СФД	298	136	$45,6 \pm 2,9$	105	$35,2 \pm 2,8$	57	$19,1 \pm 2,3$
ГЭРБ	76	28	$36,8 \pm 5,6$	30	$39,5 \pm 5,6$	18	$23,7 \pm 4,9$
ХИТ	24	7	$29,2 \pm 9,5$	9	$37,5 \pm 10,1$	8	$33,3 \pm 9,8$
Коморбидные	424	268	$63,2 \pm 2,3$	104	$24,5 \pm 2,1$	52	$12,3 \pm 1,6$
Всего	909	467	$51,4 \pm 1,7$	280	$30,8 \pm 1,5$	162	$17,8 \pm 1,3$
Контроль	136	25	$18,4 \pm 3,3$	56	$41,2 \pm 4,2$	55	$40,4 \pm 4,2$

Таблица 3

Состояние медицинской обращаемости и трудопотери среди пациентов с разными синдромами

Синдромы	Число пациентов	Средние показатели	
		Медицинская обращаемость, визиты/год	Трудопотери, дни/год
СРК	87	$4,22 \pm 1,2$	$38,1 \pm 2,1$
СФД	298	$4,65 \pm 0,8$	$34,4 \pm 1,7$
ГЭРБ	76	$4,04 \pm 1,3$	$40,7 \pm 2,3$
ХИТ	24	$3,73 \pm 1,63$	$42,6 \pm 2,9$
Коморбидность	424	$6,78 \pm 0,6$	$56,2 \pm 1,5$
Всего	909	$5,52 \pm 0,5$	$45,7 \pm 1,2$
Контроль	136	$2,88 \pm 0,7$	$21,3 \pm 1,8$

– $41,2 \pm 4,2\%$ ($t = 0,13$, $p > 0,05$), неудовлетворительным – $18,4 \pm 3,3\%$ ($t = 4,12$; $p < 0,001$). Хотя показатели здоровья у них намного лучше, чем у пациентов с синдромами, тем не менее, они также далеки от желаемого уровня. Частота медицинской обращаемости и число трудопотерь среди пациентов оказались неравнозначны (таб. 3).

Средняя медицинская обращаемость составила $5,52 \pm 0,5$ визитов в год. На первый взгляд, данный показатель достаточно приемлемый. Однако большинство этих визитов было обусловлено производственной необходимостью. Число трудопотерь весьма высоко и составляет в среднем $45,7 \pm 1,2$ дней в год. Приведенные показатели намного выше при коморбидности синдромов, нежели при самостоятельном течении. Как видно, неорганические функциональные синдромы ЖКТ имеют важное медико-социальное значение. Достаточно это подтвердить тем, что в контрольной группе медицинская обращаемость была меньше – $3,88 \pm 1,1$ визитов в год ($t = 3,07$; $p < 0,01$), также меньше среди них были трудопотери – $21,3 \pm 1,8$ дней в год ($t = 11,30$; $p < 0,001$).

Выводы

На основании полученных данных можно отметить, что синдромы раздраженной кишки и функциональной диспепсии, гастроэзофагеальная болезнь и хроническая идиопатическая тошнота в современных условиях не только наиболее частые заболевания желудочно-кишечного тракта, но и приобрели важную значимость в медико-социальном отношении. Они учащают обращаемость за медицинской помощью и способствуют существенным трудопотерям. В основе формирования синдромов лежит психосоматическая дисфункция, что приводит к их коморбидности, которую необходимо учитывать при выборе лечебной тактики и осуществлении превентивных мер.

Литература

1. Циммерман ЯС. «Римские критерии-III» синдрома функциональной (гастроудоденальной) диспепсии. *Клин. мед.* 2008;4:59-66.
2. Циммерман ЯС. Синдром раздраженной кишки: современное состояние проблемы и перспективы. *Клин. мед.* 2007;10:14-21.
3. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1377-1390.
4. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1480-1491.
5. Ткаченко ЕИ, Балуква ЕВ, Успенский ЮП, и др. Депрессивные проявления и их коррекция в комплексном лечении больных с синдромом раздраженного кишечника. *Гастроэнтерол. С.-Петербурга*. 2005;3-4:37-39.
6. Talley NJ, Locke GR, Lahr BD, et al. Functional dyspepsia, delayed gastric emptying and impaired quality of life. *Gut*. 2006;55:933-939.
7. Malfertheimer P, Megraud F, O'Morain C. The Maastricht 3 Consensus Report: Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection. *Eur. Gastroenterol. Rev.* 2005;59(62):1-4.
8. Dent J, Brun J, Fendrick AM, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop report. *Gut*. 1999;44:1-16.
9. Vakin N, van Zanden SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am.J. Gastroenterol.* 2006;101:1900-1920.
10. Лазебник ЛБ. Изжога и гастроэзофагеальная болезнь: проблемы и решения. *Тер. архив.* 2008;2:5-11.
11. Решетников ОВ, Курилович СА, Симонова ГИ, и др. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование. *Тер. архив.* 2008;2:11-14.
12. Bor S, Mandiracioglu A, Kitapcioglu G, et al. Gastroesophageal reflux disease in a low-income region in Turkey. *Am. J. Gastroenterol.* 2005;100:759-765.
13. Dickman R, Fass R. The pathophysiology of GERD. In: Grranderath FA, Kamolz T, Pointher R. (Eds). *Gastroesophageal reflux disease. Principles of diseases, diagnosis and treatment.* Wien; New York, 2006;13-22.
14. Creed F, Ratcliff J, Fernandes L, et al. Outcome in severe IBS with and without accompanying depressive, panic and neuroasthenic disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2005;185:57-65.
15. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1466-1479.

Corresponding author

Yuzbashev Gabib Israfil ogli, M.D., Ph. D

The Head Doctor of the Central Hospital of Oil Industry Workers

Azerbaijan Medical University

23, Bakixanov Street

Baku, 1022, Azerbaijan

Telephone: (+99412) 4901120

E-mail: nauchnaya@rambler.ru

Manuscript received January 10, 2011; revised manuscript

February 02, 2011