

## РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Канд. мед. наук О. В. КАЗМИРУК, канд. мед. наук Н. Н. РЯЗАНЦЕВА

THE ROLE OF FAMILY PHYSICIAN IN REVEALING GASTROINTESTINAL TRACT DISEASES

O. V. KAZMIRUK, N. N. RIAZANTSEVA

*Балаклейская центральная районная больница, Харьковская область*

**Показаны распространенность Нр-инфекции и факторы, влияющие на формирование вегетативной дисфункции при хронической гастродуоденальной патологии в возрастном аспекте. Обоснована необходимость семейного подхода к диагностике заболеваний органов пищеварения.**

*Ключевые слова: семейный врач, хроническая гастродуоденальная патология, Нр-инфекция, вегетативный гомеостаз.*

**The prevalence of HP-infection and the factors influencing formation vegetative dysfunction in chronic gastroduodenal pathology are shown from the age perspective. The necessity of family approach to diagnosis of gastrointestinal diseases is substantiated.**

*Key words: family physician, chronic gastroduodenal pathology, HP-infection, vegetative homeostasis.*

Медицинскую помощь по принципу семейной медицины в Украине предоставляют большинство медицинских учреждений. Как свидетельствуют официальные данные, почти 80% семейных врачей практикуют в сельской местности [1]. Практика семейной медицины, по данным статистики, подтверждает высокую эффективность этой работы: в 1,3 раза уменьшилось число направлений к узким специалистам, в 2,8 раз — количество вызовов скорой помощи [2].

В то же время состояние здоровья населения продолжает оставаться неудовлетворительным. В частности, темп прироста распространенности гастродуоденальной патологии за последний год опередил темп прироста заболеваемости в 2 раза [3–5].

В большинстве случаев хронические заболевания органов пищеварения диагностируются семейным врачом, который первым сталкивается с начальной, еще обратимой патологией. Врач общей практики должен не только обладать определенными навыками, но и владеть всеми методами, необходимыми для правильной диагностики и адекватного лечения пациентов.

Опыт лечения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) свидетельствует о том, что почти половина пациентов обращается за медицинской помощью только через 1,5–2 года после начала заболевания. Приходится учитывать и тот факт, что многие пациенты привыкли к своему состоянию и не склонны уведомлять о наличии у них симптомов болезни. Семейный врач чаще всего сталкивается с заболеваниями верхних отделов пищеварительной системы, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (Нр) инфекцией. Одним из основных звеньев ее распространения

является семейный фактор, при котором передача инфекции происходит в результате тесного контакта между членами семьи [6].

Признание роли Нр в возникновении хронической гастродуоденальной патологии сделало необходимым внедрение в клиническую практику методов идентификации этой инфекции. В настоящее время известно достаточно большое число инвазивных и неинвазивных методов ее диагностики. Золотым стандартом диагностики Нр считается морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки. Однако только у 12–15% обследуемых проводится фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), при которой наличие Нр-инфекции определяется не всегда [7, 8], что приводит к поздней диагностике и недостаточной эффективности лечения заболевания, к возникновению рецидивов в течение года после проведенного лечения. В связи с этим наиболее перспективным следует считать использование в практике семейного врача дыхательных тестов.

Под нашим наблюдением в Балаклейской центральной районной больнице находились 32 семьи, в которые входило 98 человек, среди которых 33 ребенка в возрасте 8–14 лет страдали хронической гастродуоденальной патологией. Длительность заболевания у них составила в среднем  $2,7 \pm 0,68$  года. В своих исследованиях мы проводили оценку клинических проявлений имеющихся у детей болевого, диспептического и астено-невротического синдромов. Хроническую патологию гастродуоденальной зоны верифицировали эндоскопическим методом, Нр-инфекцию выявляли с помощью быстрого уреазного теста дыхательного хелик-теста АМА. Всем членам

семьи с целью объективной оценки вегетативного гомеостаза проводили кардиоинтервалографию (КИГ) с последующим анализом структуры сердечного ритма [9]. Полученные данные исследований были подвергнуты обработке на персональном компьютере с использованием программ «Microsoft Excel».

В результате обследования выяснилось, что 7 семей (21,8±7,1%) были неполными, в 14 семьях (43,7±9,2%) дети и их родители считали свои материально-бытовые условия неудовлетворительными. В то же время почти в половине семей (46,8±9,2%) имелись домашние животные — кот или собака, которые могли быть потенциальными источниками *Нр* и гельминтов.

Как известно, одной из причин риска развития заболеваний ЖКТ является нарушение питания. Среди обследованных нами семей в 15 (46,8±9,2%) питание было нерегулярным, а в 2/3 (62,2±5,0%) основным его видом были бутерброды. Каждый второй из обследованных имел вредную привычку есть непосредственно перед сном.

Из детей с патологией ЖКТ у 7 детей (21,2±7,4%) при ФЭГДС была выявлена гастродуоденальная деструкция: язвенная болезнь 12-перстной кишки — у 2, эрозивный дуоденит — у 45 детей. У остальных детей выявлена эритематозная гастродуоденопатия. Эти данные отражают тенденцию к утяжелению гастродуоденальной патологии у детей, отмечаемую в последние годы [4, 8].

Анализируя состояние здоровья взрослых членов семьи, мы выяснили, что наиболее часто у них встречались заболевания органов пищеварения — 47 случаев (48,2±5,2%): у 15 человек язвенная болезнь и эрозивное поражение слизистой ЖКТ; у остальных — неструктурные изменения слизистой. Реже встречались заболевания сердечно-сосудистой системы — 24,4±4,3% (24 случая,  $p < 0,05$ ), бронхолегочной системы — 19,3±4,3% (19 случаев,  $p < 0,001$ ), мочевыделительной системы — 13,2±4,2% (13 случаев,  $p < 0,001$ ). Полученные данные подтверждают значительное распространение заболеваний верхних отделов пищеварения у населения и необходимость лечения данной патологии как у детей, так и у взрослых [5].

Положительный хелик-тест отмечался у 32 детей (96,9±3,3%), из них у 30,3±8,1% он оказался резко положительным (+++). Всего число положительных хелик-тестов достигало 90,8±3,5%, что подтверждает семейный характер хеликобактериоза. О семейном характере последнего свидетельствует также достоверная корреляционная связь *Нр*-инфицирования детей с заболеванием гастродуоденальной зоны у других членов семьи ( $r = +0,42$ ), что соответствует данным литературы [7]. Обращает на себя внимание тот факт, что 23,4±4,1% инфицированных родственников не предъявляли каких-либо жалоб на работу органов пищеварения. Поэтому обязательным условием лечения больного ребенка должно быть одновременное обследование всех членов семьи

и лечение их в случае подтверждения носительства *Нр*-инфекции. Использование неинвазивного дыхательного теста позволяет диагностировать хеликобактериоз и своевременно назначить лечение без проведения эндоскопии. При проведении ФЭГДС, учитывая большую распространенность *Нр*-инфекции, необходимо проведение прицельной биопсии со слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка.

Ведущими жалобами у обследованных всех возрастных групп были жалобы, характерные для заболеваний гастродуоденальной зоны. Наиболее часто отмечалась боль в животе, наблюдалась у 67 человек (68,3±5,1%). Почти половина членов семьи — 44,8±5,0% — отмечали нарушение аппетита, 31,6±5,4% — периодическую тошноту, 27,5±4,8% — отрыжку воздухом. Типичными были жалобы на нарушение моторики верхних отделов органов пищеварения: изжога, горький или кислый привкус во рту, затруднение глотания. Количество жалоб было значительно большим среди взрослых, что косвенно свидетельствует об увеличении распространения заболевания с возрастом.

Другими наиболее частыми жалобами были астеновегетативные проявления: головная боль — 66,3±5,2%, повышенная раздражительность — 52,0±5,1%, нарушения сна — 41,8±5,2%, стойкий белый дермографизм — 62,2±5,0%, частые кардиалгии — 73,4±4,4%. Количество этих жалоб также значительно увеличивалось с возрастом.

Типичные для заболеваний органов гастродуоденальной зоны болевой, диспептический и астеновегетативный синдромы не всегда манифестировались. У 36 человек (36,7±5,5%) имели место стертые, малосимптомные формы заболевания. Анализ variability сердечного ритма позволил выявить зависимость между характером вегетативной дисфункции и клинической картиной заболевания. Малосимптомное его течение свидетельствовало об отсутствии у пациентов патологической стимуляции блуждающего нерва.

По данным анализа КИГ индекс напряжения (ИН) при деструктивных процессах достигал 390,2±10,8%, что достоверно выше, чем при неструктурных изменениях слизистой оболочки (ИН = 128,1±8,7%;  $p_i < 0,001$ ). У больных с гастродуоденальной деструкцией наблюдались более низкие значения показателя вариационного размаха (47,8±6,4% против 87,5±5,3% при хронической неструктурной гастродуоденальной патологии (ХНГД),  $p_i < 0,001$ ). Эти данные свидетельствуют о снижении парасимпатического влияния и активации симпатической нервной системы. Нарастание у пациентов симпатических влияний и напряжение регуляторных систем при деструктивных процессах мы рассматривали как один из механизмов адаптации к патологическому процессу. Проведенный анализ оценочных таблиц Вейна подтвердил данные КИГ. Максимальное количество ваготонических признаков имело место у детей с поверхностным гастродуоденитом,

достигає  $23,3 \pm 0,4\%$ . По мірі прогресування гастродуоденальної патології відмічалось поступове наростання симпатических впливів: частіше виявлялись блідість кожных покривів, тахікардія. Аналогічні зміни ми виявили і у родителів хворих дітей.

З метою в'яснення факторів, впливаючих на формування дисфункції ВНС при хроніческій захворюваності органів травлення, ми провели дисперсійний аналіз отриманих даних. Оказалося, що на вираженість вегетативної дисфункції при хроніческій гастродуоденальній патології оказують вплив наслідковий фактор ( $F = 5,78$ ;  $p = 0,02$ ) і ступінь ураження слизової оболонки гастродуоденальної зони ( $F = 27,22$ ;  $p = 0,001$ ) і не впливають вік ( $F = 2,64$ ;  $p = 0,16$ ), стать ( $F = 1,09$ ;  $p = 0,35$ ), тривалість захворювання ( $F = 1,04$ ;  $p = 0,40$ ), характер шлункової секреції ( $F = 4,88$ ;  $p = 0,07$ ), наявність інфікованості Нр ( $F = 5,49$ ;  $p = 0,06$ ). Встановлено зворотнє вплив ВНС на тяжкість хроніческій гастродуоденальній патології ( $F = 12,01$ ;  $p = 0,01$ ). Частка внеску ВНС в розвиток захворювання складала  $29,3\%$  [10].

Таким чином, в сім'ях, в яких відзначаються захворювання травної системи, переважає хроніческій гастродуоденальній патології, часто протікаючий в стергій формі, виявляється тільки при анамнестическому аналізі і обстеженні членів сім'ї. Високого рівня ( $90,8 \pm 3,5\%$ ) досягає поширеність хелікобактерної інфекції в сім'ї, встановлюється за даними дихального тесту АМА. Хроніческій патології верхніх відділів органів ЖКТ в  $70,7\%$  випадків обумовлює порушення стану ВНС, характер вегетативної дисфункції і клініческій картину захворювання.

Результати проведенного дослідження диктують необхідність сімейного підходу к діагностиці захворювань органів травлення, що дозволить розробити схеми адекватного комплексного впливу на їх патофізіологіческі механізми. При цьому в зв'язі з різним станом адаптаційних можливостей організму і вегетативного гомеостазу пацієнтів з захворюваннями травної системи повинна бути розроблена індивідуальній програма лікування для кожного хворого члена сім'ї.

#### Литература

1. *Одринський В. А.* Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини // *Сім. медицина.*— 2007.— № 3.— С. 4–6.
2. *Гайда Н. Г.* Організаційні та фінансові моделі закладів сімейної медицини // Там же.— С. 11–13.
3. Стан здоров'я школярів великого міста / В. П. Неділько, Т. М. Камінська, С. А. Руденко, Л. П. Пінчук // *Здоров'я ребенка.*— 2008.— № 1.— С. 14–18.
4. Показники поширеності та вперше виявленої патології органів травлення у міського населення / Н. Г. Гравіровська, Л. М. Петречук, І. Ю. Скірда, Л. З. Ніколайчук // *Сучасна гастроентерол.*— 2008.— № 1.— С. 4–6.
5. *Філіптов Ю. О., Скірда І. Ю., Петречук Л. М.* Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних центру статистики МОЗ України // *Гастроентерол.*— 2007.— Вип. 38.— С. 3–15.
6. *Ткач С. М., Николаева А. П.* Сучасні підходи к ліченню язвенної хвороби // *Остр. і неотлож. станування в практиці лікаря.*— 2008.— № 2/1.— С. 4–7.
7. *Чопей І. В., Рубцова Є. І., Маді Ю. І.* Вивчення в родині можливостей антибактеріальної терапії гастродуоденальних захворювань, асоційованих із *Helicobacter pylori* // *Сім. медицина.*— 2007.— № 3.— С. 56–58.
8. *Благовещенська А. В.* Запровадження ефективних принципів диспансеризації та профілактики — стратегічний напрям у запобіганні поширенню шлунково-кишкових хвороб серед студентів // *Сучасна гастроентерол.*— 2008.— № 3.— С. 45–47.
9. Вегетативні розлади: клініка, лікування, діагностика / Під ред. А. М. Вейна.— М.: МЕД-інформ. агенство, 1998.— 752 с.
10. *А. М. Зосімов, В. П. Голик.* Дисертаційні помилки (медицина).— Харків: Торнадо, 2003.— 200 с.

Поступила 08.09.2008