

Ю.А. Николаев, А.И. Пальцев, Т.В. Кузнецова

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА СЕВЕРЕ

ГУ Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, Новосибирск

Проведено стандартизированное скрининговое обследование по программе WHO/CINDI 1014 работников промышленных предприятий г. Мирного (Якутия). Целью работы было изучение особенности клинического течения заболеваний органов пищеварения (ОП) у пришлого населения в зависимости от длительности проживания на Севере. Установлено, что клиническое течение заболеваний ОП зависит от длительности проживания на Севере, характеризуется полиморбидностью, что расширяет наши представления о механизмах формирования патологии ОП. Выявленные данные о структуре и особенностях возникновения и развития болезней ОП в различные сроки проживания на Севере дают возможность индивидуализировать профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности в указанном регионе.

Ключевые слова: болезни органов пищеварения, полиморбидность, Север

Введение

Значительное изменение структуры заболеваемости в индустриально развитых странах за короткий исторический период, возникшее на фоне бурного развития цивилизации, характеризуется доминирующим положением хронических неинфекционных заболеваний, среди которых одно из ведущих мест занимают заболевания органов пищеварения (ОП) [8]. В нашей стране болезни ОП имеют широкое распространение, уступая по частоте только сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям [4].

В этой ситуации человечество как биологический вид оказалось под воздействием целой группы новых или, чаще, относительно новых патогенных факторов, обуславливающих принципы изменения законов эволюции, требующих перестройки адаптивных процессов в короткие сроки. Выявленные универсальные механизмы развития дизадаптивных реакций у пришлого населения Крайнего Севера, возникающих на всех уровнях организма, являются феноменом глобального значения, так как в них концентрируются такие свойства современной эволюции, которые могут быть присущи всем широтам, всем географическим регионам [3] и могут обуславливать более быстрое прогрессирование заболеваний, в частности патологии ОП [7, 10, 11]. Сочетание дизадаптивных реакций и патологических процессов может быть причиной формирования множественности заболеваний у одного человека [6].

В этой связи следует обратить особое внимание на полиморбидность современного гаст-

роэнтерологического пациента, которая носит прогрессирующий характер и поэтому является важной медицинской проблемой, требующей многофакторного изучения [12, 13]. Современные эпидемиологические исследования носят моноэтиологический характер, тогда как в 70-90% случаев болезни ОП сочетаются между собой, что не позволяет в полной мере проанализировать факторы риска, прогнозы течения заболеваний, решить вопросы их дифференцированного лечения и профилактики [13]. Кроме того, сочетание нескольких заболеваний у одного больного, формирующееся под воздействием единичного или нескольких патогенных факторов, разрушает нормальную систему функционирования органов пищеварения, а в последующем других органов и систем [5, 6].

Таким образом, очевидна актуальность дальнейшего изучения причин возникновения соматической патологии для регионов Севера, когда человек попадает в необычные, контрастные по отношению к прежнему месту жительства экологические условия, требующие адаптационной перестройки жизнедеятельности [7].

Цель работы. Изучить особенности клинического течения заболеваний органов пищеварения у пришлого населения в зависимости от длительности проживания на Севере и выявленной полиморбидности.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру заболеваний ОП у пришлого населения в зависимости от длительности проживания на Севере.

2. Оценить клинические проявления у больных с патологией ОП в зависимости от длительности проживания на Севере.

Материалы и методы

В г. Мирном Республики Саха (Якутия) проведено скрининговое обследование по программе Европейского регионального БЮРО WHO/CINDI работников промышленных предприятий с числом работающих 4,5 тысячи человек. Обследование проведено на случайной репрезентативной выборке с откликом на обследование 92%. Обследовано 1014 человек, из них 645 мужчин (63%) и 369 женщин (37%). Средний возраст обследованных лиц составил $37,5 \pm 0,9$ года, из них у мужчин $36,3 \pm 0,78$ года и у женщин $39,2 \pm 1,1$ года. Анализ динамики клинических проявлений заболеваний ОП провели в зависимости от длительности проживания на Севере, с временными интервалами до 0-5 лет, 5-9 лет, 10-29 лет, 30 лет и более.

Кроме клинико-функционального обследования все лица прошли анкетирование, и были получены данные о наличии хронических заболеваний, которые уточнялись врачами в ходе врачебного осмотра и по медицинской документации. Заболевания ОП были выявлены у 321 человека.

Средний возраст обследованных лиц с патологией ОП в зависимости от длительности проживания на Севере колебался от $34,7 \pm 0,5$ г. у мужчин при сроке проживания на Севере 0-5 лет, до $40,8 \pm 1,8$ лет при сроке проживания 30 лет и более. У женщин так же, как и у мужчин, с увеличением срока проживания на Севере средний возраст имел тенденцию к увеличению от $35,5 \pm 1,4$ г. (0-5 лет) до $41,0 \pm 1,5$ г. при сроке пребывания 30 лет и более (Таблица 1).

Статистическая обработка данных обследования осуществлялась на основе созданной базы данных на IBM (программа MS Access и MS Excel 7,0). Количественную оценку полученных данных проводили методами вариационной статистики. Вычисляли среднюю арифметическую ошибку (M), ошибку репрезентативности средней арифметической (m), среднее квадратическое отклонение (q). Для оценки достоверности в численном распределении по сравниваемым группам использовали критерий χ^2 (хи-квадрат). Разли-

чия сравниваемых показателей принимались за достоверные при $P < 0,05$.

Результаты исследования

При оценке клинических проявлений заболеваний ОП в зависимости от длительности проживания на Севере нами был выявлен высокий уровень полиморбидности заболеваний (от 41 до 46,9% случаев), который увеличивался и изменялся по структуре. Наряду с этим было установлено, что наибольшая частота рецидивирующего течения заболеваний ОП наблюдалась в первые пять лет проживания на Севере (в 29,4% случаев) и в период 30 лет и более (в 31,4% случаев), тогда как процент заболеваний в стадии стойкой ремиссии в эти периоды был наименьшим (в 17,6 и 18,5% случаев соответственно) (Таблица 2).

Осложненное течение заболеваний (кровотечением, стенозированием для язвенной болезни, острым калькулезным холециститом, острым панкреатитом, по поводу чего проведено оперативное лечение по экстренным показаниям) отмечалось только в более отдаленные периоды проживания на Севере (9,8-10% случаев). Учитывая наибольшую распространенность патологии гепатобилиарной системы, был проанализирован тип дискинезии желчевыводящих путей. Для больных с хроническим холециститом был характерен гипокинетический тип, который зависел от срока пребывания на Севере и наиболее часто встречался в первые пять лет (в 52,6% случаев) и период от 30 лет и более (в 61,7% случаев) (Таблица 3).

При анализе структуры заболеваемости в зависимости от длительности пребывания обследуемых лиц на Севере нами было установлено, что преимущество составили хронический холецистит (от 28,3 до 34,0% случаев), хронический гастрит (от 20,4 до 34,6% случаев), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (от 8,3 до 15,3% случаев) во все периоды пребывания на Севере.

В период от 5 до 9 лет проживания на Севере регистрировались пациенты с желчнокаменной болезнью (в 3,8% случаев), которая в последующие периоды составляла все больший процент в структуре болезней (до 6,2% случаев).

Подобная особенность характерна и для вторичного хронического панкреатита, доля пациен-

Таблица 1

Средний возраст лиц с заболеваниями ОП в зависимости от длительности проживания на Севере (2000 г.) ($M \pm m$)

| Пол | Длительность проживания на Севере | | | |
|---------|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | 0 до 5 лет | 5-9 лет | 10-29 лет | 30 лет и более |
| Мужчины | $34,7 \pm 0,5$ | $34,7 \pm 0,7$ | $36,3 \pm 1,3$ | $40,8 \pm 1,8$ |
| Женщины | $35,5 \pm 1,4$ | $35,3 \pm 1,1$ | $37,8 \pm 1,4$ | $41,0 \pm 1,5$ |
| Всего | $35,1 \pm 0,9$ | $34,9 \pm 0,8$ | $37,2 \pm 1,4$ | $40,9 \pm 1,3$ |

Таблица 2

Клинические проявления с заболеваний ОП у пришлого населения в зависимости от длительности проживания на Севере (2000 г.) (%)

| Показатели | Длительность проживания на Севере | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | 0 до 5 лет | 5-9 лет | 10-29 лет | 30 лет и более |
| 1. Полиморбидность (n=321) | 41±1,2 (n=17) | 38,2±0,9 (n=34) | 47±0,4* (n=189) | 46,9±1,0* (n=81) |
| % „больных с 4 и более заболеваниями ОП | 0 | 0 | 6,7±1,3 (n=6) | 10±1,1 (n=4) |
| 2. Рецидивирующее течение (n=321) | 29,4±1,3 (n=17) | 20,5±1,2* (n=34) | 25±0,4 (n=189) | 31,4±1,0 (n=81) |
| 3. Осложнения (n=321) | 5,8±0,2 (n=17) | 5,8±1,6 (n=34) | 10±1,0 (n=189) | 9,8±0,9 (n=81) |
| 4. Стойкая ремиссия (n=321) | 17,6±1,7 (n=17) | 26,4±1,4 (n=34) | 30,6±0,7 (n=189) | 18,5±1,0 (n=81) |
| 5. Типы дискинезии ЖВП (1. гипо-, 2. нормо-, 3. гипер-) (n=321) | 1. 56,2±2,7 | 1. 38,8±1,9** | 1. 52,8±2,9 | 1. 61,7±3,9* |
| | 2. 35,2±1,1 | 2. 52,9±2,6* | 2. 35,9±1,3% | 2. 37,1±1,3 |
| | 3. 8,6±0,7 | 3. 8,3±0,6 | 3. 11,3±0,5** | 3. 1,2±0,1** |

Примечание: Звездочками обозначена достоверность различий по сравнению со сроком проживания 0 до 5 лет, где * – P<0,05, ** – P<0,01

Таблица 3

Структура болезней органов пищеварения в зависимости от срока проживания на Севере (%)

| Показатели | Длительность проживания на Севере | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|
| | 0 до 5 лет (n=26) | 5-9 лет (n=53) | 10-29 лет (n=321) | 30 лет и более (n=132) |
| Хронический холецистит | 30,7±2,8 (n=8) | 28,3±2,9 (n=15) | 32,2±1,8 (n=110) | 34,0±2,5 (n=45) |
| Хронический гастрит, хронический гастроудоденит | 34,6±3,8 (n=9) | 28,3±2,8 (n=15) | 24,3±2,0 (n=83) | 20,4±2,0 (n=27) |
| Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки | 15,3±0,5 (n=4) | 12,0±0,7 (n=7) | 9,0±0,3 (n=31) | 8,3±0,3 (n=11) |
| Желчно-каменная болезнь, постхолецистэктомический синдром | 0 | 3,8±0,6 (n=2) | 4,6±0,3 (n=16) | 6,2±0,3 (n=9) |
| Вторичный хронический панкреатит | 3,5 (n=1) | 7,5±0,8 (n=4) | 16,1±0,3 (n=55) | 15,9±0,4 (n=21) |
| Дисбактериоз кишечника, СРК | 3,8 (n=1) | 13,2±0,8 (n=7) | 9,3±0,5 (n=32) | 10,9±1,0 (n=14) |
| Другие заболевания | 11,5±0,3 (n=3) | 5,6±0,3 (n=3) | 4,1±0,2 (n=14) | 4,5±0,4 (n=6) |

Примечание: звездочками обозначена достоверность различия по сравнению со сроком проживания на Севере 0 до 5 лет, где * – P<0,05, ** – P<0,01

тов, страдавших этим заболеванием, значительно увеличивалась в период от 10 до 29 лет (в 16,0% случаев), а в более отдаленные сроки проживания на Севере существенно не изменялась (15,9% случаев). Также отмечалось увеличение процента больных с заболеваниями кишечника, начиная с периода от 5 до 9 лет (от 10,9 до 13,2% случаев) пребывания на Севере.

Наши данные выявили причинно-следственную связь, выражающуюся в трансформации заболеваний ОП в зависимости от длительности проживания на Севере и заключающуюся в том, что на фоне хронического гастрита, хронического холецистита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с сопутствующей гипомоторной дискинезией желчевыводящих путей формировалась желчнокаменная болезнь и вторичный хронический панкреатит, на фоне чего весьма часто

отмечалось вовлечение в патологический процесс кишечника. По результатам нашего исследования в более отдаленные периоды проживания на Севере поражение всего желудочно-кишечного тракта наблюдалось в 6-10% случаев.

Обсуждение результатов

Желудочно-кишечный тракт представляет собой сложную систему, позволяющую последовательно обеспечивать преемственность процессов физической и химической обработки пищи, находящейся под влиянием многоуровневой системы регуляции. В связи с этим развитие полиморбидности при патологии желудочно-кишечного тракта является вариантом причинно-следственной трансформации болезней, заключающейся в том, что патологический процесс, начинаясь с поражения одного органа, в дальнейшем вызывает развитие ряда заболеваний других органов желудочно-

кишечного тракта, и чаще таких, как хронический панкреатит, холецистит, гепатит, цирроз печени, что отражает специфический вариант развития полиморбидной причинно-следственной связи [2]. Чтобы изучить тяжесть поражения ОП в зависимости от длительности проживания на Севере, мы рассмотрели особенности патологии ОП с позиции полиморбидности как специфического варианта причинно-следственной трансформации заболеваний ОП и оценили характер течения заболеваний. При этом особенности развития патологических процессов заключались не столько в появлении новых, неизвестных прежде, симптомов и синдромов, сколько в сочетании этих патологических реакций между собой, в зависимости их появления от периода проживания в высоких широтах [7].

Ранее проведенные исследования [9] на Севере выявили некоторые особенности клинической картины различных заболеваний ОП. Показано, что для пришлого населения на Севере характерен гипомоторный тип дискинезии ЖВП в 46,2% случаев, что, по мнению автора, является фактором риска развития желчнокаменной болезни, которая формируется у части больных через 4-5 лет проживания в экстремальных условиях. В.И. Хаснулин [7] отмечал, что специфика функционирования организма человека в условиях Севера определяет более медленные, чем в средних широтах, процессы переваривания пищи, заторможенные восстановительные процессы в органах пищеварения и печени, угнетение внешесекреторной функции печени, снижение двигательной функции желчевыводящих путей и желчного пузыря. Автор обращал внимание на то, что не отмечалось формирования каких-либо особых симптомов и синдромов, а характерно более продолжительное течение обострений и рецидивирующее течение заболеваний. Исследования А.П. Жиркова [1], Б.В. Чурина [11] показали, что язвенная болезнь у пришлого населения высоких широт отличалась рецидивирующим течением. По мнению В.И. Хаснулина [7], на фоне снижения иммунных механизмов защиты изменяется микрофлора желудочно-кишечного тракта. Она приобретает патогенные свойства, что ведет к развитию дисбиозов и аллергических заболеваний.

По нашему мнению, сочетание нескольких заболеваний у одного больного является чаще результатом единого патогенетического процесса, развивающегося под воздействием одного или нескольких патогенных факторов, которые нарушают нормальную систему функционирования органов. Для патологии ОП одним из путей развития полиморбидности является причинно-

следственная трансформация болезней. Таким образом, анализ полиморбидности важен для выявления обуславливающих ее факторов, а также разработки лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы:

1. Структура заболеваний органов пищеварения у пришлого населения Севера формируется преимущественно за счет патологии гепатобилиарной системы, желудка и 12-перстной кишки.

2. Клинические проявления у больных с патологией органов пищеварения на Севере характеризуются высоким уровнем полиморбидности, которая носит прогрессирующий характер. Рецидивирующее и осложненное течение заболеваний органов пищеварения характерно в первые пять лет и в период от 30 лет и более проживания на Севере.

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF DIGESTIVE DISEASES IN NEWLY COME POPULATION IN THE NORTH

Yu. A. Nikolaev, A. I. Paltsev, T. V. Kuznetsova

The standardized screening investigations of 1014 workers of industrial enterprises in Mirny (Yakutia) was conducted under the WHO/CINDI program. The purpose of work was to study some feature of clinical course of digestive disease (DD) in the context of polymorbidity in newly come population in the North. At these diseases course. Clinical course is established to be dependent on lifespan in the North that expands our view about mechanisms of DD pathology formation. The revealed data on structure and features of DD formation at various lifespan in the North, give a possibility to individualize the preventive measures, aimed at decrease of morbidity, physical mortality in this region.

Литература

1. Жирков А.П. Актуальные вопросы гастроэнтерологии в условиях Севера / А.П. Жирков. — Якутск, 1983. — С. 29-35.
2. Лазебник Л.Б. Генез полиморбидности / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов // Клиническая геронтология. — 2001. — № 2-3. — С. 3-5.
3. Казначеев В.П. Современные проблемы синтетической экологии: «Синдром полярного напряжения» / В.П. Казначеев // Бюллетень СО РАМН. — 1997. — № 1. — С. 6-10.
4. Логинов А.С. Гастроэнтерология вчера, сегодня и завтра / А.С. Логинов // Тер. архив. — 2000. — № 2. — С. 5-7.
5. Метаболический синдром у больных с заболеваниями органов пищеварения: значение для теории и практики / В.Б. Гриневич, В.П. Ласый, Ю.П. Успенский и др. // Российский кардиологический журнал. — 2003. — № 1. — С. 74-79.
6. Смирнова Л.Е. К проблеме коморбидности язвен-

но-эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и артериальной гипертензии / Л.Е. Смирнова // Клиническая медицина. — 2003. — № 3. — С. 9-15.

7. *Хаснулин В.И.* Введение в полярную медицину / В.И. Хаснулин. — Новосибирск, 1998. — 337 с.

8. *Хитров Н.К.* Болезни цивилизации и нозологический принцип медицины с позиций общей патологии / Н.К. Хитров, А.Б. Салтыков // Клиническая медицина. — 2003. — № 1. — С. 5-12.

9. *Цуканов В.В.* Клинико-биохимические особенности заболеваний желчновыводящих путей у населения Азиатского Севера: Автореф. ... д-ра мед. наук / В.В. Цуканов. — Томск, 1996. — 40 с.

10. *Цуканов В.В.* Этно-экологическая гастроэнтерология: основные достижения / В.В. Цуканов: Материалы 9 научно-практической конференции // Сибирский

журнал гастроэнтерологии и гепатологии. — 2001. — № 13. — С. 213.

11. *Чурин Б.В.* Некоторые особенности механизмов хронизации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у жителей Якутии (Саха) / Б.В. Чурин, А.М. Шургая // Бюллетень СО РАМН. — 1997. — № 1. — С. 64-68.

12. *Эльштейн Н.В.* Множественность заболеваний как одна из ключевых проблем современной гастроэнтерологии / Н.В. Эльштейн // Гастробюллетень. — 2001. — № 2-3. — С. 99.

13. *Parker J.P.* Can pharmacy data improve prediction of hospital outcomes? Comparisons with a diagnosis-based comorbidity measure / J.P. Parker, J.S. McCombs, E.A. Graddy // Med. Care. — 2003. — Vol. 41 (3). — P. 407-419.