

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Денисов И.Н.¹, Заугольников Т.В.¹, Попова Т.С.^{1,2}, Морозова Т.Е.¹

¹ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (Москва, Россия)

² ООО Клиника «Первый доктор» (Москва, Россия)

A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF COMORBIDITY IN RURAL PATIENTS WITH DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Denisov I.N.¹, Zaugol'nikova T.V.¹, Popova T.S.^{1,2}, Morozova T.E.¹

¹ First MOSCOW state medical University. I.M. Sechenov of the Ministry of health of the Russian Federation (Sechenov University) (Moscow, Russia)

² Clinic "First doctor" (Moscow, Russia)

Для цитирования: Денисов И. Н., Заугольникова Т. В., Попова Т. С., Морозова Т. Е. Ретроспективный анализ коморбидности у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, проживающих в сельской местности. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;154(6): 69–73.

For citation: Denisov I. N., Zaugol'nikova T. V., Popova T. S., Morozova T. E. A retrospective analysis of comorbidity in rural patients with diseases of the gastrointestinal tract. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;154(6): 69–73.

Денисов Игорь Николаевич – д. м. н., академик РАН, профессор кафедры общей врачебной практики ИПО

Заугольникова Татьяна Васильевна – к. м. н., доцент кафедры общей врачебной практики ИПО

Попова Татьяна Сергеевна – врач-терапевт-кардиолог клиники «Первый доктор», соискатель кафедры общей врачебной практики ИПО

Морозова Татьяна Евгеньевна – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики ИПО

Попова Татьяна Сергеевна

Popova Tatyana S.
bluesfinks@mail.ru

Резюме

Цель. Провести анализ особенностей формирования коморбидности и возрастные закономерности распределения факторов риска (ФР) у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), проживающих в сельской местности.

Материалы и методы. В 2015–2017 г.г. был проведен ретроспективный анализ базы данных 2500 пациентов на двух участках врачей общей практики Конаковского района Тверской области. Из них отобрано 350 (14% от всех изучаемых амбулаторных карт) амбулаторных карт пациентов в возрасте 44–53 лет (164 мужчины и 186 женщин), которые содержали более полную информацию о проводимой ежегодно диспансеризации населения. Дополнительно было проведено анкетирование данной группы населения для более подробного ретроспективного анализа заболеваемости и наличия ФР в течение жизни глубиной до 25–35 лет.

Результаты. Заболевания ЖКТ выявлены у 42 пациентов (12% от всей группы изучаемых пациентов); дорсопатии — у 84 пациентов (24%); артериальная гипертензия (АГ) у 178 пациентов (50,86%); хроническая болезнь почек у 12 (3,4%), сахарный диабет у 10 (2,9%) человек; другие заболевания составляли в сумме не более 3% и 35 (10%) пациентов не имели зарегистрированных заболеваний. Основным ФР у мужчин на протяжении жизни оставалось курение. Несмотря на большой% курящих женщин 18–23 лет (47,52%), почти все пациентки оставили вредную привычку к 34 годам. При дополнительном анкетировании 97% опрошенных ранее куривших женщин объясняли отказ от курения к 34 г появлением детей в их семье и только 3% опрошенных связывали отказ от курения с ухудшением состояния своего здоровья. В хотя у мужчин распространенность избыточной массы тела с возрастом к 53 годам увеличилась чуть более чем у женщин (40,3% и 36,6%, соответственно), важно отметить различия в росте частоты встречаемости, связанной с ней ГХ, а именно, выросли непропорционально (48,05% и 22,77% соответственно).

Заключение. Таким образом, у жителей сельской местности формирование коморбидности происходит преимущественно в возрасте 44–53 лет. Из особенностей коморбидности у этих пациентов следует отметить частое сочетание желудочно-кишечных заболеваний с АГ и дорсопатиями, и относительно редкое — с хронической обструктивной болезнью легких и цереброваскулярными болезнями. Наблюдаемый в возрасте 24–43 лет «диагностический провал» диктует необходимость особое внимание уделять именно данной возрастной категории с целью своевременного обследования и раннего выявления начальных стадий заболеваний.

Ключевые слова: коморбидность, факторы риска, сельская местность

Summary

Purpose. To analyze the features of formation of comorbidity and age-related patterns of distribution of risk factors (RF) in patients with diseases of the gastrointestinal tract (GIT) living in rural areas.

Materials and methods. In 2015–2017, a retrospective analysis of the database of 2500 patients at two sites of General practitioners of Konakov district of Tver region was conducted. Of these, 350 (14% of all the studied out-patient charts) out-patient charts of patients aged 44–53 years (164 men and 186 women) were selected, which contained more complete information about the annual medical examination of the population. In addition, a survey of this population group was conducted for a more detailed retrospective analysis of the incidence and presence of PD during life depth up to 25–35 years.

Results. Gastrointestinal diseases were detected in 42 patients (12% of the total group of patients studied); dorsopathy — in 84 patients (24%); arterial hypertension (AH) in 178 patients (50.86%); chronic kidney disease in 12 (3.4%), diabetes in 10 (2.9%) people; other diseases accounted for no more than 3% and 35 (10%) patients had no registered diseases. Basic FRENCH men for life was Smoking. Despite the high percentage of Smoking women aged 18–23 years (47.52%), almost all patients left a bad habit of 34 years. In an additional survey, 97% of women who had smoked earlier explained Smoking cessation to 34 g of children in their family and only 3% of respondents attributed Smoking cessation to deterioration of their health. It is important to note that although the prevalence of overweight in men increased slightly more than in women (40.3% and 36.6%, respectively) with age to 53 years, differences in the increase in the incidence of associated GC increased disproportionately (48.05% and 22.77%, respectively).

Conclusion. Thus, the formation of comorbidity in rural areas occurs mainly at the age of 44–53 years. Among the features of comorbidity in these patients, it should be noted the frequent combination of gastrointestinal diseases with hypertension and dorsopathy, and relatively rare — with chronic obstructive pulmonary disease and cerebrovascular diseases. The “diagnostic failure” observed at the age of 24–43 dictates the need to pay special attention to this age category for the purpose of timely examination and early detection of the initial stages of diseases.

Key words: comorbidity, risk factors, rural areas

Введение

На Европейской Гастронеделе, проходившей в октябре 2014 года в Вене, был представлен масштабный научный проект, определяющий развитие здравоохранения Европы до 2040 года.

Инициатива по проведению данного исследования исходившая от ирландских ученых, была поддержана руководством Объединенной европейской гастроэнтерологической ассоциации.

Выдвинуты концепции развития здравоохранения Европы до 2040 г. [1]. На современном этапе развития медицины важна интегральная оценка состояния пациента, и среди наиболее актуальных задач практического здравоохранения в группе терапевтических заболеваний выделяется проблема диагностики, терапевтической тактики и медицинского прогноза при полиморбидной патологии. Термин «коморбидность» (от лат. *co* — вместе, *morbus* — болезнь) используется для описания двух и более патологических синдромов или заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени [2]. Коморбидная отягощенность больных повышает затраты на диагностику и лечение заболеваний, увеличивает время пребывания в стационаре, часто выступает причиной непродуктивной госпитализации больных, утяжеляет течение болезни, способствует полиорганной недостаточности. Коморбидность оказывает влияние на прогноз для жизни и увеличивает вероятность летального исхода [3]. Наблюдается рост коморбидности с возрастом. В возрасте 18–44 лет частота коморбидности составляет 69%, увеличивается до

93% у лиц средних лет (45–60 лет) и достигает 98% у пациентов в группе старше 60 лет.

В многочисленных исследованиях доказано, что большинство хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) можно избежать, если снизить частоту поведенческих факторов риска (ФР): употребление табака, низкую физическую активность, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, ожирение. Таким образом, актуальным является раннее выявление ФР и специфических признаков коморбидных заболеваний для их своевременной диагностики, профилактики и улучшения прогноза.

Известно, что структура заболеваемости и коморбидности может различаться у лиц, проживающих в различных социально-бытовых условиях, в частности в условиях крупных городов или сельской местности. Это определяется особенностями образа жизни людей, проживающих в сельской местности, среди которых можно отметить их более низкую мобильность, большую долю физического труда, особенности условий быта, социальной инфраструктуры и прочие факторы.

Однако в литературе не достаточно много исследований, посвященных изучению особенностей формирования коморбидности и факторов риска ее развития у лиц, проживающих в сельской местности.

В связи с этим целью нашей работы явилось провести анализ особенностей формирования коморбидности и возрастные закономерности распределения ФР у пациентов с заболеваниями ЖКТ, проживающих в сельской местности.

Материал и методы

В 2015–2017 г.г. был проведен ретроспективный анализ базы данных 2500 пациентов на двух участках ВОП Конаковского района Тверской области. Из них было отобрано 350 (14% от всех изучаемых амбулаторных карт) амбулаторных карт пациентов в возрасте 44–53 лет (164 мужчины и 186 женщин), которые содержали более полную информацию о проводимой ежегодно диспансеризации населения. Дополнительно было проведено анкетирование данной группы населения для более подробного ретроспективного анализа заболеваемости и наличия ФР глубиной до 25–35 лет. Протокол исследования одобрен локальным комитетом по этике ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России.

Диагностические критерии ФР и других патологических состояний и заболеваний, устанавливались согласно критериям, рекомендованным Приложением № 2 Приказа Минздрава России от 03.12.2012 г. № 1006н. Результаты осмотров врачей и исследований, проведенных во время диспансеризации, были внесены в маршрутную карту, которая подшита в учетную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного». Результаты иных исследований и осмотров, не включенных в маршрутную карту, были внесены в медицинскую карту амбулаторного больного с пометкой «Диспансеризация». Изучению

подлежали также «Карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)».

Диагноз: Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, Хронический гастродуоденит подтверждался заключением фиброгастродуоденоскопии; диагноз Хронический холецистит ставился только при наличии заключения ультразвукового исследования органов брюшной полости; диагноз АГ выставлялся при регистрации артериального давления $\geq 140/90$ мм рт. ст.; лица, выкуривающие хотя бы одну сигарету/папиросу в сутки, были отнесены к группе курящих; гиперхолестеринемия (ГХ) была диагностирована при повышении общего холестерина $\geq 5,00$ ммоль/л; гиподинамия устанавливалась при ходьбе в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день; избыточная масса тела – при индексе массы тела 25–29,9 кг/м², ожирение – более 30 кг/м².

Была проведена статистическая обработка и ретроспективный анализ медико-социальных данных пациентов с глубиной 25–35 лет (до 18-летнего возраста каждого пациента в возрастной группе 44–53 лет) для выявления динамики появления основных ФР и ХНИЗ. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ Statistica for Windows 6.0. Использован точный критерий Фишера и тест Стьюдента для повторных измерений. Пороговое значение статистической значимости 5%.

Результаты и обсуждение

Заболевания ЖКТ (ЯБ, ХГД, ХХ) выявлены у 42 пациентов (12% от всей группы изучаемых пациентов); дорсопатии – у 84 пациента (24%); АГ у 178 пациентов (50,86%); хроническая болезнь почек у 12 (3,4%), сахарный диабет у 10 (2,9%) человек. Другие заболевания составляли в сумме не более 3% и 35 (10%) пациентов не имели зарегистрированных заболеваний (Рис. 1). Структура заболеваний ЖКТ выглядит следующим образом: ЯБ – 11 пациентов (26,2% от всех заболеваний ЖКТ), ХГД – 18 пациентов (42,8%), ХХ – 13 пациентов (31,0%). Другие заболевания ЖКТ единичны и не имеют статистического значения.

Структуру возникновения и распределения ХНИЗ у 350 пациентов в определенные возрастные периоды (по результатам ретроспективного исследования глубиной 25–35 лет) отражена в таблице № 1.

На рисунках № 2 и № 3 представлены данные наличия ФР в каждый временной промежуток (18–23 лет, 24–33 лет, 34–43 лет, 44–53 лет) у исследуемых пациентов. Основным ФР у мужчин на протяжении жизни оставалось курение. Несмотря на большой % курящих женщин 18–23 лет (47,52%), почти все пациентки оставили вредную привычку к 34 годам. При дополнительном анкетировании

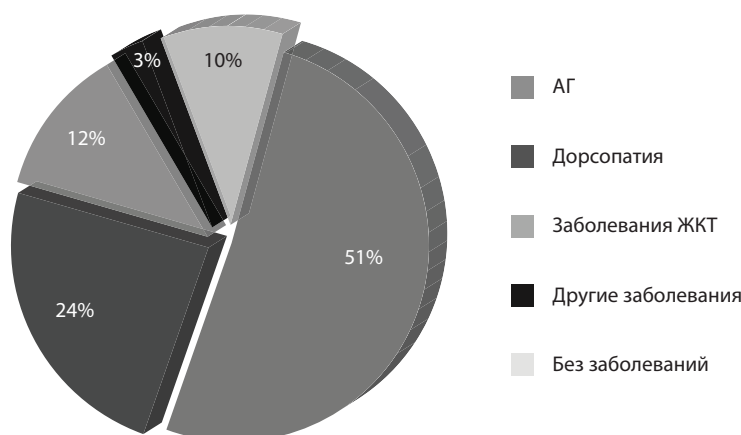


Рисунок 1.
Структура коморбидности у 350 пациентов в возрасте 44–53 лет, проживающих в сельской местности

Таблица № 1.
Структура возникновения и распределения ХНИЗ у 350 пациентов в определенные возрастные периоды (по результатам ретроспективного исследования глубины 25–35 лет)

Примечание:
За 100% взято количество пациентов с каждой нозологией в возрасте 44–53 лет.

ХНИЗ	Возраст			
	18-23 лет	24-33 лет	34-43 лет	44-53 лет
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Артериальная гипертензия	31(17,4%)	-(0,0%)	3(1,5%)	144(81,1%)
Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки	3(27,3%)	2(18,2%)	2(18,2%)	4(36,4%)
Хронический гастродуоденит	10(55,5%)	3(16,6%)	3(16,6%)	2(11,1%)
Хронический холецистит	1(7,7%)	3(23,1%)	2(15,4%)	7(53,8%)
Дорсопатия	-(0,0%)	2(2,4%)	5(6,0%)	77(91,6%)
Хроническая болезнь почек	1(8,3%)	-(0,0%)	2(16,7%)	9(75,0%)
Сахарный диабет	1(10,0%)	-(0,0%)	2(20,0%)	7(70,0%)

Рисунок 2.
Динамика выявляемости ФР у женщин в течение жизни (с 18 до 53 лет) в сельской местности

Примечание:
* За 100% взято 186 женщин.

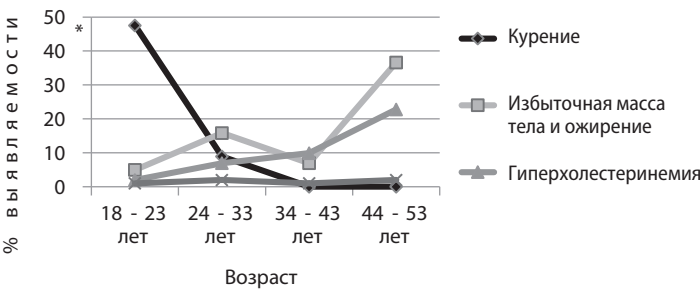
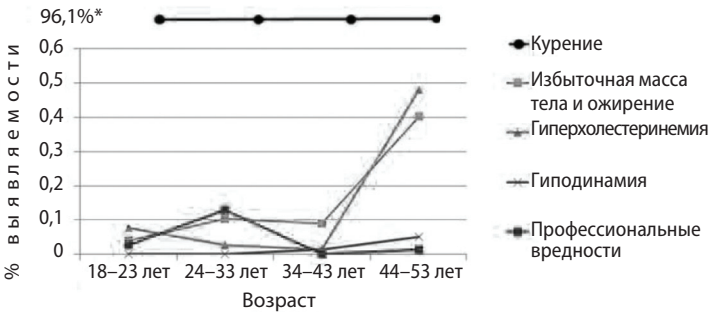


Рисунок 3.
Динамика выявляемости ФР у мужчин в течение жизни (с 18 до 53 лет) в сельской местности

Примечание:
* За 100% взято 164 мужчины.



97% опрошенных ранее куривших женщин объясняли отказ от курения к 34 г появлением детей в их семье. И только 3% опрошенных связывали отказ от курения с ухудшением состояния своего здоровья. Важно отметить, что хотя у мужчин распространенность избыточной массы тела с возрастом к 53 годам увеличилась чуть более чем у женщин (40,3% и 36,6%, соответственно), различия в росте частоты встречаемости, связанной с ней ГХ, выросли непропорционально (48,05% и 22,77% соответственно).

По нозологиям в возрасте 18–23 лет было выявлено впервые 47 ХНИЗ, в 24–33 лет – 10 заболеваний, в 34–43 лет – 19 заболеваний, в 44–53 лет – 250 ХНИЗ.

Таким образом с 24 до 43 лет в исследуемой группе пациентов обнаружен «диагностический провал» – время наименьшего выявления заболеваний и период, когда клинические проявления заболеваний еще слабо выражены, а трудовая активность пациентов достаточно высока. К 44–53 годам накапливаются ФР, прогрессируют метаболические и гормональные нарушения, формируются стойкие патоморфологические изменения. Это период самой высокой выявляемости ЯБ, ХХ, АГ, дорсопатии, ХБП, СД и максимальных значений ФР у исследуемых пациентов.

Уникальность нашей работы заключается в том, что нами проведен ретроспективный анализ на глубину 25–35 лет. Учитывая тот факт, что полученная нами информация была сверена по трем источникам (амбулаторные карты пациентов, анкетирование изучаемых пациентов и <<Карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)>>), можно говорить о достоверности картины формирования коморбидности у данной группы пациентов на фоне накопления ФР в течение жизни. В литературе, к сожалению, нами не были обнаружены исследования формирования коморбидности у одних и тех же пациентов за такой длительный временной промежуток.

Результаты нашего исследования подтвердили тот факт, что ХГД и ХХ являются ведущей патологией ЖКТ среди населения в РФ [4]. Интересным является тот факт, что количество выявленных ХХ прямо пропорционально возрасту, ГХ, гиподинамии. ХГД выявляется преимущественно в молодом возрасте [5]. Проблема раннего начала курения среди пациентов с заболеваниями ЖКТ, преимущественно у лиц мужского пола, подтверждается также в исследовании Степанищевой Л. А. с соавторами [6]. Такой ФР как курение сохраняется

у большинства мужчин в течение всей жизни. Исследования Шальной С. А. и соавторами (2006) у мужчин и женщин, выявляет соотношение частоты курения среди мужчин и женщин как 30:1 [7]. Полученное в наших исследованиях прогрессирование показателей ГХ у мужчин свидетельствует в пользу того, что принадлежность к мужскому

полу в настоящее время является самым значимым единичным ФР ранней смерти. Быстрый рост частоты ГХ у мужчин ($p=0,021$) и у женщин ($p=0,043$), который мы наблюдаем в возрасте с 34–43 до 44–53 лет (Рис. 1 и Рис. 2) также совпадает с результатами, полученными Н. Л. Денисовым с соавторами [8].

Заключение

Таким образом, у жителей сельской местности формирование коморбидности происходит преимущественно в возрасте 44–53 лет. Из особенностей коморбидности у этих пациентов следует отметить частое сочетание заболеваний ЖКТ с АГ и дислипидемиями, и относительно редкое – с хронической обструктивной болезнью легких и цереброваскулярными болезнями. Структура распределения ФР в течение жизни неоднородна и достигает максимальных значений (по количеству ФР у одного пациента и степени их выраженности) к периоду

формирования коморбидности (кроме курения и профессиональных вредностей). Все рассматриваемые ФР более выражены у мужчин, чем у женщин.

В возрасте 24–43 лет наблюдается так называемый «диагностический провал» – период чрезвычайно низкой выявляемости заболеваний, в связи с чем необходимо особое внимание уделять именно данной возрастной категории с целью своевременного обследования и раннего выявления начальных стадий заболеваний.

Литература | Reference

1. Lazebnik L. B., Stefanyuk O. V Looking into the future of digestive health. Eksperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2015;117(5):51–57.
2. van den Akker, M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature / M. van den Akker, F. Buntinx, S. Roos, J. A. Knottnerus // Eur. J. Gen. Pract. – 1996. – Vol. 2, No. 2. – P. 65–70.
3. Лазебник, Л. Б. Реабилитация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Б. Лазебник, Г. В. Сухарева // Тер. арх. – 2003. – № 2. – С. 70–72. Lazebnik, L. B. Rehabilitation of patients with gastric ulcer and duodenal ulcer / L. B. Lazebnik, G. V. Sukhareva / Ter. ARH. – 2003. – № 2. – P. 70–72.
4. Лазебник Л. Б., Васильев Ю. В. и др. *Helicobacter pylori*: распространенность, диагностика, лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 2. С. 3–7. Lazebnik L. B., Vasilyev Yu. V and others *Helicobacter pylori*: prevalence, diagnosis, treatment // Experimental and clinical gastroenterology. 2010. No. 2. P. 3–7.
5. Лазебник Л. Б., Бордин Д. С. и др. Хронический гастрит. Методические рекомендации. М.: ЦНИИГ, 2011. 34 с.
6. Степаннищева Л. А., Сарсенбаева А. С., Фаттахова Н. В. Влияние коморбидных заболеваний и факторов риска на развитие сочетанной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2013 № 8. с. 34–40. Stepanisheva L. A., Sarsenbaeva A. S., Fattakhova N. V. The influence of comorbid diseases and risk factors on the development of the combined peptic ulcer of stomach and duodenum. Experimental and clinical gastroenterology. 2013 № 8. p. 34–40.
7. Shalnova S. A., Deev A. D., Karpov Y. A. The arterial hypertension and ischemic heart disease in actual practice cardiologist // Cardiovascular Therapy and Prevention 2006. Vol. 5, № 2. P. 73–80. (In Russ.)
8. Denisov N. L., Grinevich V. B., Chernetsova Ye. V., Kravchuk Yu. A., Ivashkin K. V. The role of non-alcoholic fatty liver disease in the formation of atherosclerotic vascular lesions in patients with abdominal obesity. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2017; 27(1):62–71 (In Russ.) DOI: 10.22416/1382–4376–2017–27–1–62–71

Конфликт интересов / Conflict of interest Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Список сокращений:

ЖКТ – заболевания желудочно-кишечного тракта,
ЯБ – язвенная болезнь,
ХГД – хронический гастродуоденит,
ХХ – хронический холецистит,
АГ – артериальная гипертензия,

ВОП – врачи общей практики,
ГХ – гиперхолестеринемия,
ФР – факторы риска,
ХНИЗ – хронические
неинфекционные заболевания.