

нейрохирургии. — 2003. — № 1. — С. 15-17.

9. *Полищук Н. Е.* Хирургическое лечение дискогенных радикуломиелопатий шейного отдела позвоночника / Н. Е. Полищук, Е. И. Слынько, Н. Н. Хотейт. — К. : Книга плюс, 2004. — 114 с.

10. *Попелянский Я. Ю.* Ортопедическая неврология (Вертеброневрология) : рук-во для врачей / Я. Ю. Попелянский. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2003. — 672 с.

11. *Продан А. И.* Дегенеративные заболевания позвоночника. Т. 1. Семiotика. Классификация. Диагностика / А. И. Продан, В. А. Радченко, Н. А. Корж. — Х. : ИПП «Контраст», 2007. — 272 с.

12. *Сак Л. Д.* Эндоскопическая хирургия межпозвоночных дисков / Л. Д. Сак, Е. Х. Зубаиров. — Магнитогорск : ИПЦ «Новая типография», 2004. — 188 с.

13. *Спинальная ангионеврология* : рук. для врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец, Т. П. Тиссен. — СПб. ; М. : МЕДпресс-информ, 2003. — 608 с.

14. *Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы* / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. — М. : ООО «Мед. информ. агентство», 2006. — 520 с.

15. *Хелимский А. М.* Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза / А. М. Хелимский. — Хабаровск : РИОТИП, 2000. — 256 с.

16. *Multicenter study of endoscopic cervical, thoracic and lumbar discectomy* / J. Chiu, T. Clifford, M. Savitz [et al.] // The 10th International Spine Congress (Cairo & Alexandria, Egypt,

March 17–22, 2008). — Режим доступа : http://www.californiaspineinstitute-medctr.com/presentations/WEBEGYPT/MCTRE_files/frame.htm

17. *Chiu J. C.* Anterior endoscopic assisted cervical microdecompression of disc and foramen / J. C. Chiu, M. W. Reuter // The Internet J. Minim. Inv. Spin. Technology. — 2007. — Vol. 1, N 2. — Режим доступа к журналу : http://www.spinecenter.com/articles/ScientificArticles/vol1n2_cervical.asp

18. *Multicenter study of percutaneous endoscopic discectomy (lumbar, cervical and thoracic)* / J. C. Chui, T. J. Clifford, M. D. Savitz [et al.] // J. Minim. Inv. Spin. Technique. — 2001. — Vol. 1 (1). — P. 33-37.

19. *Fontanella A.* Percutaneous endoscopic spinal surgery for degenerative disc disease from pioneering applications in 1989 to proven standards in 2009 / A. Fontanella // In Abstr. International 27th Course for Percutaneous Endoscopic Spinal Surgery and Complementary Minimal Invasive Techniques, Bethania Hospital, Zurich, Switzerland, January 29–30, 2009. — Zurich, 2009. — P. 17.

20. *Hellinger S.* Selective cervical percutaneous endoscopic decompression with a new instrumentation / S. Hellinger // In Abstr. International 24th Course for Percutaneous Endoscopic Spinal Surgery and Complementary Minimal Invasive Techniques, Bethania Hospital, Zurich, Switzerland, January 26–27, 2006. — Zurich, 2006. — P. 11-12.

21. *Kambin P.* Percutaneous lateral discectomy of the lumbar spine: a preliminary report / P. Kambin, H. Gellman // Clin. Orthop. — 1983. — Vol. 174. — P. 127-132.

22. *Lee S. H.* Comparison of percutaneous endoscopic discectomy to open anterior discectomy for cervical herniations / S. H. Lee // J. Minim Invasive

Spinal Tech. — 2001. — Vol. 1. — P. 17-19.

23. *Leonardi M.* Degenerative disorders of the cervical spine / M. Leonardi, N. Boos // Spinal disorders: fundamentals of diagnosis and treatment; ed by N. Boos, M. Aebi. — Berlin ; Heidelberg : Springer, 2008. — P. 429-479.

24. *Pedachenko E. G.* Endoscopic cervical microdiscectomy / E. G. Pedachenko // Acta Neurochirurgica : Abst. 13th Congress of the European Association of Neurosurgical Societies, Glasgow, UK, September 2–7, 2007. — Glasgow, 2007. — FP. 22.2.

25. *Pedachenko E. G.* Endoscopic Cervical Microdiscectomy / E. G. Pedachenko // J. Neurol Neurosurg Psychiatr (Wien). — 2005. — N 1. — P. 27.

26. *Pedachenko E. G.* Endoscopic cervical microdiscectomy / E. G. Pedachenko // In Abstr. IX Stryker Spine International Symposium, April 7–8, 2006. — Naples, 2006. — P. 93.

27. *Reuter M. W.* Cervical endoscopic discectomy / M. W. Reuter // The Internet J. Minim. Inv. Spin. Technology. — 2007. — Vol. 1, N 1.

28. *Ruetten S.* Full-endoscopic cervical discectomy with posterior and anterior approach / S. Ruetten // In Abstr. International 27th Course for Percutaneous Endoscopic Spinal Surgery and Complementary Minimal Invasive Techniques, Bethania Hospital, Zurich, Switzerland, January 29–30, 2009. — Zurich, 2009. — P. 13.

29. *Schreiber A.* Does percutaneous nucleotomy with discoscopy replace conventional discectomy. Eight years of experience and results in treatment of herniated lumbar disc / A. Schreiber, Y. Suezawa, H. Leu // Clin Orthop. — 1989. — Vol. 238. — P. 117-124.

УДК 616.33/.342:616.379-008.64

А. В. Вахненко

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вступ

За даними літератури [1], захворюваність на виразкову хворобу (ВХ) залишається високою. В Україні щороку під диспансерним наглядом знахо-

диться майже 1 млн хворих на ВХ, кожен другий з яких лікується в стаціонарі. Слід відмітити, що за період з 1997 по 2006 рр. приріст патології в цілому по Україні становив 25,3 %. Показник поширеності гастриту і дуо-

деніту став на 43,4 % вищим аналогічного в 1997 р., а в 2006 р. зазначений показник підвищився на 16,2 % порівняно з попереднім роком [2].

В останні роки спостерігається значне зростання захво-



рюваності на цукровий діабет (ЦД) [3]. Щороку кількість хворих збільшується на 5–7 %, а кожні 10–15 років — подвоюється і до кінця першого десятиріччя нового століття кількість хворих на ЦД у світі становитиме близько 300 млн [4]. За кількістю хворих на ЦД Україна входить до першої десятки країн світу, оскільки зареєстровано понад 1 млн хворих, зокрема 13,6 % — на інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД), або ЦД 1 типу, і 86,4 % — на інсулінонезалежний цукровий діабет (ІНЦД), або ЦД 2 типу [5]. За даними епідеміологічних досліджень, проведених Інститутом ендокринології й обміну речовин АМН України, на двох зареєстрованих пацієнтів припадає ще четверо–п'ятеро осіб, які не підозрюють про своє захворювання [6].

У зв'язку зі зростанням вищезазначених захворювань і їх широкою розповсюдженістю, загальна кількість хворих на ВХ у поєднанні з ЦД з року в рік збільшується. При цьому функціональні розлади з боку гастродуоденальної зони у хворих на ЦД трапляються у 70–80 % випадків, а органічна патологія — до 40 % [7]. Частота сумісного перебігу ВХ і ЦД становить 9,6 % [8]. Поєднаний перебіг цих захворювань сьогодні є складним і до кінця не вивченим питанням клініки внутрішніх хвороб.

Метою дослідження є виявлення частоти поєднання ВХ і ЦД, послідовності розвитку приєднання патологій, аналіз тяжкості ускладнень і особливості перебігу.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети проведена вибірка даних з історій хвороб пацієнтів, які лікувалися в ендокринологічному та гастроентерологічному відділеннях Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ) ім. М. В. Скліфосовського у 2003 і в 2008 рр. Було проаналізовано 143 історії хвороби. Отримані результати оброблені з використанням методів варіаційної статистики. Проведено пошук корелятивних законо-

мірностей між різними показниками та їх змінами з метою узагальнення отриманих даних для подальшої розробки алгоритму обстеження хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

У 2003 р. в ендокринологічному відділенні ПОКЛ було обстежено та проліковано 520 хворих на ЦД, із них 43 (8,27 %) хворих із вищевказаною поєднаною патологією. У 2008 р. в ендокринологічному відділенні ПОКЛ лікувалося 844 хворих на ЦД, із них 63 (7,46 %) хворих мали супровідну патологію гастродуоденальної зони. У гастроентерологічному відділенні ПОКЛ за 2008 р. обстежено та проліковано 207 хворих із патологією гастродуоденальної зони, із них 35 пацієнтів мали супровідний ЦД, що становить 16,9 %.

За статтю хворі розподілилися так: 82 (57,34 %) чоловіки і 61 (42,66 %) жінка. Щодо розподілу відносно типу діабету, котрий перебігає у поєднанні з патологією гастродуоденальної зони, то пацієнти були розподілені на дві групи: I група — хворі на ЦД 1 типу, II група — хворі на ЦД 2 типу. До I групи від загальної кількості проаналізованих історій хвороб належало 60 (41,96 %) хворих, до II групи — 83 (58,04 %) хворих. Середній вік обстежених і пролікованих хворих I групи становить $(40,22 \pm 1,82)$ року, II — $(54,46 \pm 1,09)$ року. У середньому в I і II групах кількість госпіталізацій за рік становила 1,25 разу.

Для поєднаної патології гастродуоденальної зони та ЦД характерна така частота загострень залежно від пори року: для I групи — літо–осінь (17,67 %), зима–весна (23,31 %); для II групи — літо–осінь (21,22 %), зима–весна (37,8 %). Проаналізовано належність хворих із даною поєднаною патологією до груп крові за системою АВ0 і резус-належність. Першу групу крові мали 21,22 % осіб, другу — 56,76 %, третю — 22,02 %, четверту — 0 % осіб. У двох пацієнтів був наявний негативний резус-фактор крові.

Аналіз біохімічних показників показав, що середній рівень глюкози крові протягом дня в I групі становив $(9,50 \pm 0,43)$ ммоль/л, у II групі — $(9,86 \pm 0,24)$ ммоль/л ($P > 0,05$). Глюкоза сечі становила в I групі ($n=55$) $(2,04 \pm 0,29)$ %, у II групі ($n=63$) — $(1,28 \pm 0,30)$ % ($P < 0,05$). Глікозильований гемоглобін визначався у 28 хворих зі 143 обстежених і становив у середньому в I групі ($n=16$) $(10,08 \pm 0,53)$ %; у II групі ($n=12$) — $(8,33 \pm 0,62)$ % ($P < 0,05$). Середній рівень холестерину крові становив у I групі ($n=55$) $(5,36 \pm 0,44)$ ммоль/л, у II групі ($n=59$) — $(5,71 \pm 0,18)$ ммоль/л.

Хворим із даною поєднаною патологією були встановлені такі основні діагнози: ВХ + ЦД 1 типу — 30 (26,44 %) випадків; ВХ + ЦД 2 типу — 27 (22,99 %) випадків; гастрит + ЦД 1 типу — 13 (6,89 %) випадків; гастрит + ЦД 2 типу — 17 (11,49 %) випадків; дуоденіт + ЦД 1 типу — 9 (2,29 %) випадків; дуоденіт + ЦД 2 типу — 15 (9,19 %) випадків; гастродуоденіт + ЦД 1 типу — 12 (5,75 %) випадків; гастродуоденіт + ЦД 2 типу — 20 (14,94 %) випадків. Необхідно відзначити, що підставою були дані фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) і візуальна картина слизової оболонки без морфологічного підтвердження. Найхарактернішими були такі симптоми: гіперемія слизової оболонки, деформованість цибулини дванадцятипалої кишки.

У 74 (51,75 %) хворих обох груп були діабетичні ускладнення: діабетична полінейропатія, ретинопатія або ангіопатія сітківки, ангіопатія нижніх кінцівок і нефропатія. Так, у хворих I групи наявні такі форми діабетичної полінейропатії: сенсорно-рефлекторна 2 ст. — 10 (13,51 %), сенсорно-рефлекторна форма 1 ст. — 7 (9,45 %), сенсорно-рефлекторно-вегетативна 2 ст. — 6 (8,1 %); у хворих II групи — сенсорно-рефлекторно-вегетативна форма 2 ст. — 12 (16,22 %), сенсорно-рефлекторна форма 1 ст. — 7 (9,45 %).

У I групі хворих діагностовані такі форми ангіопатії сітківки: непроліферативна — у 5



(11,11 %) хворих, препроліферативна — у 9 (20 %) пацієнтів, проліферативна — у 2 (4,44 %) хворих, форма не визначена — у 7 (15,55 %); у II групі: непроліферативна — в 1 (2,22 %) хворого, препроліферативна — у 6 (13,33 %), форма не визначена — у 15 (33,33 %) пацієнтів.

Допплерографію проводили 15 (10,5 %) хворим. У 10 випадках пульсація визначалася в типовому місці без ішемії та в 3 випадках — у типовому місці з ішемією на всіх рівнях. У одного пацієнта пульсація визначалася в типовому місці, але ішемія I-II ступенів на рівні нижньої третини правої гомілки та в одному випадку — нормальна пульсація з ішемією I ступеня в нижній третині правої гомілки.

Отримані дані свідчать, що в останні роки покращилося виявлення та діагностування поєднаної патології, що може бути зумовленим функціонуванням «Школи цукрового діабету» на базі ендокринологічного відділення ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського й активним проведенням санітарно-просвітницької роботи. Патологія гастроуденальної зони частіше трапляється у поєднанні з ЦД 2 типу. Аналізуючи середню тривалість захворювання в I групі, можна відмітити, що хворі страждають на ЦД більш тривалий час — у середньому (11,8±2,1) року проти (7,5±1,4) року в II групі. Щодо патології гастроуденальної зони, то анамнез захворювання становить у I групі (8,00±4,42) року проти (9,80±3,01) року в II групі. При цьому середній вік хворих I групи значно менший за відповідний показник II групи, що свідчить про те, що у хворих I групи ЦД розвивається переважно у більш ранньому віці, а патологія гастроуденальної зони приєднується на фоні відповідних змін, які виникають за умов наявності ЦД. У II групі, навпаки, раніше спостерігалися прояви, характерні для патології гастроуденальної зони, до якої потім приєднувався ЦД. Дана тенденція підтверджується і тими випадками у 22 хворих, коли анамнестичні

дані зібрані відносно обох патологій одночасно: ЦД 1 типу в середньому тривав (14,83±3,01) року, а патологія гастроуденальної зони — (8,00±4,42) року; ЦД 2 типу тривав (7,70±1,74) року, а патологія гастроуденальної зони — (9,30±2,96) року.

Однозначно можна констатувати, що як у I, так і у II групі значно переважає розподіл сезонності в бік «зима-весна» у зв'язку з впливом встановлених факторів патогенезу: зниженням надходження до організму вітамінів — біоантиоксидантів як прямої, так і непрямої дії; підвищенням активності вірусної інфекції; лабільністю атмосферного тиску [8]. У загальній структурі патології гастроуденальної зони переважають хворі, котрі належать до O(I) групи крові за системою АВ0; за умов даної поєднаної патології переважна більшість хворих належить до A(II) групи крові та є резус-позитивними. У хворих спостерігається досить високий рівень глюкози крові впродовж доби. Рівень глікозильованого гемоглобіну був також високим в обох групах, що вказує на недостатній рівень компенсації вуглеводного обміну.

У розподілі щодо гастроуденальної патології у поєднанні з ЦД переважали гастроуденіти, кількість яких становила 45,7 % від загальної кількості діагнозів. У свою чергу, діагноз ВХ було встановлено 30,5 % хворих. За кількістю різноманітних ускладнень (нейропатія, ретинопатія, ангіопатія нижніх кінцівок, нефропатія) та ступенем тяжкості переважає I група поєднаної патології.

Висновки

1. Кількість хворих із поєднаною патологією гастроуденальної зони та ЦД за останні п'ять років збільшилась у 1,64 рази.
2. У популяції хворих на ЦД у поєднанні з захворюваннями гастроуденальної зони частіше хворіють чоловіки, ніж жінки, а кількість хворих на ЦД 2 типу переважає кількість пацієнтів із ЦД 1 типу.

3. За умов лікування поєднаної патології компенсація вуглеводного обміну не досягається повною мірою, про що свідчать підвищений середній показник цукру крові протягом доби, глюкозурія та рівень глікозильованого гемоглобіну крові.

4. Серед захворювань гастроуденальної зони за умов її поєднання з ЦД переважали гастроуденіти (45,7 %) і ВХ (30,5 %).

5. Найперспективнішим напрямком реабілітації хворих із поєднаною патологією є розробка сучасного алгоритму діагностики, тактики ведення та лікування хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медик В. А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / В. А. Медик, М. С. Токмачев. — М. : Медицина, 2006. — 582 с.
2. Філіппов Ю. О. Динаміка поширеності і захворюваності основними хворобами органів травлення в Україні за 10 останніх років (1997–2006 рр.) / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скірда // Гастроентерологія : міжвідомчий збірник. — 2008. — Вип. 40. — С. 3-10.
3. Щербак О. В. Діабетичні ураження травного тракту / О. В. Щербак // Український медичний часопис. — 2002. — Т. 29, № 3. — С. 26-30.
4. Дедов І. І. Ендокринологія / І. І. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. — М. : Медицина, 2000. — 632 с.
5. Ефимов А. С. Инсулиноterapia больных сахарным диабетом / А. С. Ефимов [и др.]. — К. : Здоров'я, 2000. — 246 с.
6. Колесникова Е. В. Диабетическая гастропатия: современный взгляд на этиопатогенез, диагностику и лечение / Е. В. Колесникова // Здоров'я України. — 2007. — № 7/1. — С. 62-63.
7. Федорченко Ю. Л. Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных сахарным диабетом / Ю. Л. Федорченко [и др.] // Врач. — 2001. — № 7. — С. 28-30.
8. Баранская Е. К. Вопросы диагностики и тактика обследования больных язвенной болезнью в сочетании с сахарным диабетом. / Е. К. Баранская [и др.] // Актуальные проблемы терапии : тезисы докладов терапевтов Эстонской ССР. — Таллин, 1981. — С. 156-157.
9. Бобырева Л. Е. Свободнорадикальное окисление, антиоксиданты и диабетические ангиопатии / Л. Е. Бобырева // Проблемы эндокринологии. — 1996. — Т. 42, № 6. — С. 14-20.

