

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК (616.1/.3+616.6)-036.865.008

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

*Н.М.Беляєва, О.Б.Яворовенко, І.В.Куриленко,
В.Ю.Забур'янова, В.В.Бойко, Т.І.Томляк*

ОСОБЛИВОСТІ ІНВАЛІДНОСТІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

**НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного
університету імені М.І. Пирогова**

Вступ. Традиційно в офіційній статистичній звітності дається аналіз первинної інвалідності, в той же час повторній інвалідності не приділяється уваги.

Мета. Вивчення рівня та структури первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів.

Матеріали і методи. Проведений аналіз первинної та повторної інвалідності дорослого населення при патології внутрішніх органів (серцево-судинної, легеневої, шлунково-кишкової, сечовидільної системи) в 22 областях України за 2011-2013 рр. Використовувалися мета-аналіз офіційної звітності та додаткових даних інформаційної бази МСЕК, статистичний, аналітичний методи, метод експертних оцінок. Показники інвалідності розраховувалися в залежності від класу хвороб, віку, групи інвалідності.

Результати. Виявлено, що рівень первинної інвалідності внаслідок патології внутрішніх органів за 3 роки знизився з 8,81 до 7,59 із позитивною динамікою за класами хвороб системи кровообігу, органів дихання та травлення; рівень повторної інвалідності знизився з 26,65 до 20,28 з позитивною динамікою за всіма класами внутрішніх хвороб. Темп зниження рівня повторної інвалідності був повільнішим, ніж первинної інвалідності, що сприяє накопиченню неповнофункціональних осіб в суспільстві. Виявлені особливості первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів є важливими для планування організаційних заходів профілактики інвалідності і реабілітації інвалідів, доцільним є внесення показників повторної інвалідності в офіційну статистичну звітність.

Ключові слова: патологія внутрішніх органів, первинна та повторна інвалідність.

Вступ. Інвалідність є інтегральним показником здоров'я населення. За рівнем інвалідності можна мати уяву про якість медичної допомоги, ефективність профілактичних заходів. Генеральною Асамблеєю ООН прийнята Конвенція про права інвалідів 2006 р. В межах її ратифікації розроблена державна цільова програма «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, яка передбачає удосконалення державної системи медико-соціальної експертизи, підвищення якості, об'єктивності, ефективності експертних послуг, в т. ч. аналізу інвалідності [1]. Традиційно в офіційній статистичній звітності дається аналіз первинної інвалідності, тобто припливу нових інвалідів за звітний рік. В той же час повторній інвалідності, яка складає близько 2/3 контингенту інвалідів, що щорічно проходять освідчення на МСЕК та відображає структуру накопиченої інвалідності, не приділяється уваги [2-4].

Мета. Вивчення рівня та структури первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів.

Матеріали та методи. Проведений аналіз первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів в 22 областях України за 2011-2013 рр. при серцево-судинній, легеневій, шлунково-кишкової патології, захворюваннях сечовидільної системи. Використані методи дослідження: мета-аналіз по офіційній звітності (форма 14), додатковим даним інформаційної бази МСЕК, статистичний, аналітичний, метод експертних оцінок. Досліджений контингент інвалідів при первинному (первинна інвалідність), при повторному огляді (повторна інвалідність). Розраховані показники інвалідності в залежності від класу хвороб, віку, групи інвалідності.

Результати та їх обговорення. Виявлено, що рівень первинної інвалідності дорослого населення внаслідок патології внутрішніх органів у 2011 році дорівнював 8,81 і знизився у динаміці за 2012-2013 рр. до 7,59 (показник наглядності – 87,0). При цьому спостерігалася позитивна динаміка за такими класами хвороб: хвороби системи кровообігу (ХСК) – 4,96 проти 5,32 та 5,90 (у 2013, 2012 та 2011 рр. – відповідно), хвороби системи органів дихання (0,84 проти 0,94 та 1,03 – відповідно), органи травлення (1,10 проти 1,23 та 1,26). За класом хвороб сечостатевої системи спостерігалось збільшення рівня первинної інвалідності у 2012 р. в порівнянні з 2011 р. (з 0,62 до 0,71), проте, у 2013 р. відбулося його несуттєве зниження (до 0,69).

Рівень повторної інвалідності дорослого населення внаслідок патології внутрішніх органів у 2011 році дорівнював 26,65 і знизився у динаміці за 2012-2013 рр. до 20,28 (показник наглядності – 75,0). Позитивна динаміка за 2011-2013 рр. спостерігалась при цьому за всіма класами внутрішніх хвороб без винятку, а темпи зниження склали від 4,9 до 23,9%. Рівень інвалідності дорівнював для ХСК 15,26 та 12,29 (у 2011 та 2013 рр. – відповідно), при хворобах органів дихання – 4,99 та 4,17 (відповідно), для хвороб органів травлення – 4,21 та 3,25 (відповідно), для хвороб сечостатевої системи – 2,18 та 1,64 відповідно (табл. 1). Згідно представлених даних темп зниження рівня повторної інвалідності був повільнішим, ніж первинної інвалідності, що сприяє накопиченню неповнофункціональних осіб в суспільстві.

В структурі первинної інвалідності дорослого населення у 2011 р. найбільшу питому вагу – більше половини (53,10%) – складала ХСК. У 2012 р. ця частка зменшилася в порівнянні з попереднім роком і склала 50,86%, проте у 2013 р. вона значно зросла, досягнувши 65,80%. Питома вага захворювань органів дихання в структурі первинної інвалідності дорослого населення коливалася в межах 9% і не зазнала суттєвих змін у 2012 р. в порівнянні з 2011 р., проте також зросла у 2013 р., склавши 11,61%. Спостерігалось поступове збільшення питомої ваги хвороб органів травлення – 10,74, 11,39 та 13,80% (у 2011, 2012 та 2013 рр. – відповідно) та хвороб сечостатевої системи – 5,46, 6,72 та 8,79% (у 2011, 2012 та 2013 рр. – відповідно).

В структурі повторної інвалідності дорослого населення спостерігалась динаміка, аналогічна динаміці змін в структурі первинної інвалідності: невелике зниження питомої ваги ХСК у 2012 р. в порівнянні з 2011 р. (з 44,66 до 42,88% – відповідно), проте у 2013 р. вона значно зросла, досягнувши 58,18%. Частка хвороб органів дихання в структурі інвалідності також зменшилась і складала 14,07 та 13,71% (у 2011 та 2012 рр. відповідно), проте

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

у 2013 р. зросла, склавши 19,36%. Практично без динаміки за 2011-2012 рр. в структурі інвалідності лишилася питома вага хвороб органів травлення (в межах 12%), а у 2013 р. вона зросла до 14,98%. Питома вага в структурі повторної інвалідності хвороб сечостатевої системи з 2011 по 2013 рр. мала неухильну тенденцію до збільшення: 6,03, 6,16 та 7,48% (у 2011, 2012 та 2013 рр. – відповідно).

Таблиця 1

Динаміка рівня первинної та повторної інвалідності при внутрішніх хворобах за 2011-2013 рр.(на 10 тис. населення)

Шифр МКХ10	Класи хвороб	Рік	Первинна			Повторна		
			Рівень інвалідності	Темпи росту або зниження	Показник наглядності рівня інвалідності по відношенню до 2011 року, що прийнятний за 100%	Рівень інвалідності	Темпи росту або зниження	Показник наглядності рівня інвалідності по відношенню до 2011 року, що прийнятний за 100%
I00-I99, крім I60-I69, I71-I74, I77-I78, I80-I83	Хвороби системи кровообігу	2011	5,90	-	-	15,27	-	-
		2012	5,33	-9,7	90,3	14,35	-6,0	94,0
		2013	4,96	-15,9	84,1	12,29	-19,5	80,5
J00-J99	Хвороби органів дихання	2011	1,03	-	-	4,99	-	-
		2012	0,94	-8,4	92,0	4,73	-5,3	95,0
		2013	0,84	-18,4	82,0	4,17	-16,4	84,0
K00-K93	Хвороби органів травлення	2011	1,26	-	-	4,21	-	-
		2012	1,23	-2,1	98,0	4,11	-2,4	98,0
		2013	1,10	-12,7	87,3	3,25	-22,8	77,2
N00-N99	Хвороби сечостатевої системи	2011	0,62	-	-	2,18	-	-
		2012	0,71	+14,7	15,0	2,13	-1,9	98,1
		2013	0,69	+11,3	111,2	1,64	-24,7	75,2
	Всього	2011	8,81	-	-	26,65	-	-
		2012	8,21	-6,9	93,1	25,32	-4,9	95,0
		2013	7,59	-13,8	87,0	20,28	-23,9	76,0

В структурі первинної інвалідності за віком переважали особи середнього віку (45-59) над молодим та похилим, звертає на себе увагу значна питома вага інвалідів молодого віку при хворобах органів дихання, травлення, особливо при хворобах сечостатевої системи (43,32%), причому в динаміці за 2011-2012 рр. цей показник ще зріс (до 45,23%) і в структурі інвалідності навіть дещо перевищив показник для інвалідів середнього віку, який складав 46,43 та 44,33 у 2011 та 2012 рр. – відповідно; у 2013 р. частка

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

молодих інвалідів знову повернулась до показника 2011 р. Слід зазначити, що на протязі трьох років спостереження має місце зниження темпу росту показника молодих осіб у всіх класах хвороб. Осіб похилого віку найбільше було при хворобах системи кровообігу зі зниженням показника на протязі періоду спостереження. Також зменшення осіб похилого віку спостерігалось при хворобах органів дихання, травлення, збільшення відмічено при хворобах сечостатевої системи (табл. 2).

В структурі повторної інвалідності за віком переважають інваліди середнього віку (45-59 р.), вагома питома вага осіб молодого віку при хворобах органів дихання, травлення, особливо при хворобах сечостатевої системи, частка інвалідів похилого віку невелика. При вивченні динаміки структури повторної інвалідності за 3 роки звертає на себе увагу зменшення питомої ваги інвалідів похилого віку за класом хвороб системи кровообігу (до 8,51 – у 2013 р.), органів дихання (до 4,37 – у 2013 р.) та збільшення питомої ваги інвалідів похилого віку за класом хвороб сечостатевої системи (до 6,63%). За час спостереження звертає на себе увагу зростання питомої ваги інвалідів молодого віку при хворобах системи кровообігу, середнього віку при всіх класах хвороб.

Таблиця 2а

Динаміка первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів в залежності від віку за 2011-2013 рр. (%)

Шифр МКХ10	Класи хвороб	Рік	Первинна інвалідність						
			Всього (осіб)	Вік					
				18-44	темп росту або зменшення	45-59	темп росту або зменшення	60 і >	темп росту або зменшення
I00-I99, крім I60-I69, I71-I74, I77-I78, I80-I83	Хвороби системи кровообігу	2011	18140	10,82	-	62,29	-	26,89	-
		2012	15884	11,03	+1,94	60,95	-2,15	28,02	+4,2
		2013	13816	9,85	-9,84	67,31	+8,1	22,84	-15,1
J00-J99	Хвороби органів дихання	2011	3186	29,72	-	58,92	-	11,36	-
		2012	2996	31,71	+6,7	56,57	-3,9	11,72	+3,2
		2013	2438	30,76	+3,5	59,52	+1,0	9,72	-14,4
K00-K93	Хвороби органів травлення	2011	3668	34,90	-	57,85	-	7,25	-
		2012	3557	38,04	+8,9	56,22	-2,8	5,74	-20,8
		2013	2897	35,45	+1,6	58,27	+0,7	6,28	-13,3
N00-N99	Хвороби сечостатевої системи	2011	1865	43,32	-	46,44	-	10,24	-
		2012	2098	45,23	+4,4	44,33	-4,5	10,44	+2,2
		2013	1845	43,52	+0,5	45,42	-2,2	11,06	+8,0

Динаміка первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів в залежності від віку за 2011-2013 рр. (%)

Шифр МКХ10	Класи хвороб	Рік	Повторна інвалідність						
			Всього (осіб)	Вік					
				18-44	темп росту або змен- шення	45-59	темп росту або змен- шення	60 і >	темп росту або змен- шення
I00-I99, крім I60-I69, I71-I74, I77-I78, I80-I83	Хвороби системи кровообігу	2011	46066	14,34	-	73,46	-	12,20	-
		2012	43262	14,90	+3,9	72,66	-1,1	12,44	+1,9
		2013	35197	16,15	+12,6	75,34	+2,5	8,51	-30,2
J00-J99	Хвороби органів дихання	2011	14514	36,23	-	58,40	-	5,37	-
		2012	13831	36,37	+0,4	59,47	+1,8	4,16	-22,5
		2013	11714	35,28	-2,6	60,35	+3,3	4,37	-18,62
K00-K93	Хвороби органів травлення	2011	12424	35,20	-	60,38	-	4,42	-
		2012	12135	34,18	-2,9	61,72	+2,2	4,10	-7,2
		2013	9061	32,49	-7,7	62,71	+3,8	4,80	+8,6
N00-N99	Хвороби сечостатевої системи	2011	6218	44,07	-	52,02	-	3,91	-
		2012	6215	42,46	-3,6	52,07	+0,1	5,47	+39,9
		2013	4524	40,43	-8,3	52,94	+1,8	6,63	+69,5

Вікові аспекти інвалідності показують, що приток нових інвалідів при хворобах системи кровообігу відбувається переважно за рахунок осіб середнього та похилого віку, при хворобах органів травлення, дихання, сечостатевої системи – молодого та середнього віку. Накопичення інвалідів при хворобах системи кровообігу – за рахунок осіб середнього віку, органів дихання, травлення, сечостатевої системи – середнього та молодого віку.

В залежності від групи при первинній інвалідності переважали інваліди III групи, а саме при ХСК в структурі інвалідності вони склали 54,88%, при пульмонологічній патології – 80,35%, хворобах сечостатевої системи – 67,43%, хворобах травлення – 60,28%; інваліди I групи мали показники 6,21%, 1,60%, 14,58%, 4,94% відповідно. Звертає на себе увагу висока питома вага інвалідів I групи при патології сечостатевої системи, II – хворобах системи кровообігу, органів травлення, III – хворобах органів дихання. В динаміці за 3 роки (2011-2013) відмічене зростання I групи при хворобах системи кровообігу та зниження при інших класах хвороб із вповільненням темпу зниження в останній рік при хворобах органів дихання та травлення. Незначне зростання II групи при ХСК, зменшення при всіх інших класах хвороб, найбільше – при хворобах сечостатевої системи. Зростання показника III групи мало місце при всіх хворобах, а при ХСК – незначне зменшення (табл. 3).

В структурі повторної інвалідності переважали інваліди III групи, найбільше при хворобах органів дихання та травлення, показники I групи мали значення від 3,05 до 15,30%, найбільші вони були при хворобах

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

сечостатевої системи, показники II групи мали проміжне значення (від 30, 98% до 22,77%), найбільшими вони були при хворобах системи кровообігу.

Таблиця 3а

Динаміка первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів в залежності від групи інвалідності за 2011-2013 рр. (%)

Шифр МКХ10	Класи хвороб	Рік	Первинна інвалідність						
			Всього (осіб)	Група інвалідності					
				I	темп росту або зменшення	II	темп росту або зменшення	III	темп росту або зменшення
I00-I99, крім I60-I69, I71-I74, I77-I78, I80-I83	Хвороби системи кровообігу	2011	18140	6,04	-	39,08	-	54,88	-
		2012	15884	5,80	-3,0	39,12	+0,1	55,08	+0,4
		2013	13816	6,21	+4,5	39,11	+0,1	54,68	-0,4
J00-J99	Хвороби органів дихання	2011	3186	1,69	-	17,95	-	80,35	-
		2012	2996	1,44	-14,7	15,72	-12,4	82,84	+3,1
		2013	2438	1,60	-5,3	16,90	-5,8	81,50	+1,4
K00-K93	Хвороби органів травлення	2011	3668	5,10	-	34,62	-	60,28	-
		2012	3557	4,30	-15,6	34,92	+0,8	60,78	+0,8
		2013	2897	4,94	-3,1	34,55	-0,2	60,51	+0,4
N00-N99	Хвороби сечостатевої системи	2011	1865	16,41	-	23,70	-	59,89	-
		2012	2098	16,44	+0,2	20,64	-12,9	62,92	+5,1
		2013	1845	14,58	-11,15	17,99	-24,1	67,43	+12,6

Таблиця 3а

Динаміка первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів в залежності від групи інвалідності за 2011-2013 рр. (%)

Шифр МКХ10	Класи хвороб	Рік	Повторна інвалідність						
			Всього (осіб)	Група інвалідності					
				I	темп росту або зменшення	II	темп росту або зменшення	III	темп росту або зменшення
I00-I99, крім I60-I69, I71-I74, I77-I78, I80-I83	Хвороби системи кровообігу	2011	46066	6,94	-	30,29	-	62,78	-
		2012	43262	6,16	-11,2	28,34	-6,4	65,50	+4,1
		2013	35197	3,05	-56,1	30,98	+2,2	65,97	+1,6
J00-J99	Хвороби органів дихання	2011	14514	2,02	-	21,54	-	76,44	-
		2012	13831	1,18	-41,6	20,14	-6,5	78,69	+2,9
		2013	11714	0,63	-68,8	18,28	-15,1	81,09	+6,1
K00-K93	Хвороби органів травлення	2011	12424	3,48	-	23,28	-	73,24	-
		2012	12135	2,57	-26,1	22,75	-2,3	74,69	+1,9
		2013	9061	1,90	-45,4	22,76	-2,2	75,34	+2,8
N00-N99	Хвороби сечостатевої системи	2011	6218	13,60	-	24,01	-	62,39	-
		2012	6215	13,32	-2,1	21,30	-11,3	65,37	+4,8
		2013	4524	15,30	+12,5	22,77	-5,2	61,94	-0,7

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

При вивченні динаміки важкості інвалідності за 3 роки звертає на себе увагу збільшення у 2013 р. питомої ваги інвалідів III групи за трьома класами хвороб. Так, частка хворих з ХСК з III групою інвалідності зросла за цей період з 62,78 до 65,97%, з хворобами органів дихання – з 76,44 до 81,09%, з хворобами органів травлення – з 73,24 до 75,34%. За цими класами хвороб зменшилась питома вага осіб з більш важкими групами інвалідності. Натомість за класом хвороб сечостатевої системи відбулось зменшення питомої ваги інвалідів III групи – з 62,39 до 61,94%, а частка осіб з більш важкими групами інвалідності дещо збільшилась. Аналіз важкості інвалідності показує, що приток нових інвалідів при хворобах системи кровообігу відбувається переважно за рахунок інвалідів II-III груп, органів дихання – III, травлення – II-III, сечостатевої системи – I, II, III груп інвалідності; накопичення інвалідів при ХСК – переважно за рахунок II-III, органів дихання, травлення – III, сечостатевої системи – III, при високій питомій вазі – I групи інвалідності.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про особливості первинної та повторної інвалідності при патології внутрішніх органів, їх значення для планування організаційних заходів профілактики інвалідності і реабілітації інвалідів та доцільність внесення показників повторної інвалідності в офіційну статистичну звітність.

Література

1. Постанова КМУ від 1 серпня 2012 р. №706 «Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2012 року // Урядовий кур'єр. – 2012. – № 142.

2. Гришина Л.П. Сравнительный анализ структуры первичной и повторной инвалидности вследствие всех классов болезней у лиц молодого возраста в Российской Федерации в 2007-2011 гг. / Гришина Л.П., Соловьева Н.Н. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – №3. – С. 29-31.

3. Дмитриева Т.В. Общая инвалидность вследствие болезней органов пищеварения в белгородской области / Дмитриева Т.В. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2011. – №1. – С. 23-25.

4. Марушева Л.Г. Анализ инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Нижегородской области за 2003-2008 гг. / Марушева Л.Г., Герман С.В. // Медико-социал. экспертиза и реабил. – 2010. – №1. – С. 30-34.

***Н.Н.Беляева, О.Б.Яворовенко, И.В.Куриленко,
В.Ю.Забурьянова, В.В.Бойко, Т.И.Томляк***

Особенности инвалидности при патологии внутренних органов

**НИИ реабилитации инвалидов Винницкого национального
медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Винница**

Вступление. Традиционно в официальной статистической отчетности дается анализ первичной инвалидности, в то же время повторной инвалидности не уделяется внимания.

Цель. Изучение уровня и структуры первичной и повторной инвалидности при патологии внутренних органов.

Материалы и методы. Проведен анализ первичной и повторной инвалидности взрослого населения при патологии внутренних органов (сердечно-сосудистой, легочной, желудочно-кишечной, мочеполовой системы) в 22 областях Украины

за 2011-2013 гг. Использовались мета-анализ официальной отчетности и дополнительных данных информационной базы МСЭК, статистический, аналитический методы, метод экспертных оценок. Показатели инвалидности рассчитывались в зависимости от класса болезней, возраста, группы инвалидности.

Результаты. Выявлено, что уровень первичной инвалидности вследствие патологии внутренних органов за 3 года снизился с 8,81 до 7,59 с положительной динамикой по классам болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения; уровень повторной инвалидности снизился с 26,65 до 20,28 с положительной динамикой по всем классам внутренних болезней. Темп снижения уровня повторной инвалидности был медленнее, чем первичной инвалидности, что способствует накоплению неполнофункциональных лиц в обществе. Выявленные особенности первичной и повторной инвалидности при патологии внутренних органов важны для планирования организационных мер профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов, целесообразным является внесение показателей повторной инвалидности в официальную статистическую отчетность.

Ключевые слова: патология внутренних органов, первичная и повторная инвалидность.

N.M.Beliaeva, O.B.Yavorovenko, I.V. Kurylenko, V.Yu.Zabur'ianova, V.V.Boiko, T.I.Tomliak

Features of disability in case of internal organs pathology

Institute of Rehabilitation of Disabled Persons of Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Introduction. Traditionally, the official statistical reporting presents the analysis of primary disability, at the same time no attention is paid to re-disability.

Aim. To study the level and structure of primary disability and re-disability in case of the pathology of internal organs.

Materials and Methods. The analysis of the primary disability and re-disability of the adult population in case of internal organs pathology (cardiovascular, pulmonary, gastrointestinal, genitourinary system) in 22 regions of Ukraine during 2011-2013 was performed. We used meta-analysis of official reports and supplementary data of MSEC information base, statistical, analytical methods, the method of expert evaluations. Disability rating was calculated according to the class of diseases, age, disability groups.

Results. It was revealed that the level of primary disability due to pathology of internal organs during 3 years decreased from 8.81 to 7.59 with the positive dynamics on the classes of diseases of the circulatory system, respiratory system and the digestive system; the level of re-disability decreased from 26.65 to 20.28 with the positive dynamics on all classes of internal diseases. The rate of decreasing of the disability level was slower than the primary disability which contributes to increasing a number of the disabled persons in the society. The studied features of primary disability and re-disability diseases of internal organs are important for planning measures of disability prevention and rehabilitation of disabled persons, it is appropriate to introduce indicators of re-disability in the official statistical reporting.

Key words: pathology of internal organs, primary disability and re-disability.

Відомості про авторів:

Беляєва Наталія Миколаївна - к.м.н., ст.н.сп., завідувач клініко-експертним відділом НДІ реабілітації інвалідів (ННЛК) ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 104, тел.: (0432) 51-11-17.

Яворовенко Оксана Борисівна - зав. орг.-метод. відділом НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 104, тел.: (0432) 51-12-60.

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

Куриленко І.В. - к.м.н., старший науковий співробітник клініко-експертного відділу НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 104, тел.: (0432) 51-11-17.

Забур'янова Валентина Юріївна - к.м.н., старший науковий співробітник НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 104, тел.: (0432) 51-12-60.

Бойко Валентина Василівна - лікар експертного відділення НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 104.

Томляк Тетяна Іванівна - лікар експертного відділення НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 104.

УДК: 616.329-009.1:612.321.5-074

© М.А. БИЧКОВ, 2015

М.А. Бичков

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ПЕПСИНУ У СЛИНІ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Вступ. Слина відіграє важливу роль у забезпеченні ефективного хімічного кліренсу стравоходу. Тому важливим є вивчення вмісту окремих компонентів слини у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ). Перспективним є дослідження вмісту пепсину у слині як прямого маркера гастроєзофагеального рефлюксу.

Мета. Дослідити вміст пепсину у слині у хворих на ГЕРХ.

Методи. Комплексно обстежено 18 пацієнтів з ГЕРХ. Для верифікації ГЕРХ усім пацієнтам проводили анкетування (для виявлення типових скарг) та ендоскопічне обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Проаналізовано зразки слини усіх хворих. Визначення пепсину проводили за В.П.Тином. Нормальні значення рівня пепсину в слині людини встановлені на 22 практично здорових добровольцях.

Результати. Встановлено, що середнє значення ранжованого ряду (СРР) пепсину слини у групі практично здорових добровольців склало 0,021 мг/мл, серед осіб з неерозивною ГЕРХ відповідний показник дорівнював 0,032 мг/мл, у пацієнтів з ерозивною формою захворювання рівень пепсину слини становив 0,087 мг/мл. Показано, що визначення вмісту пепсину у слині можна застосовувати як простий неінвазивний діагностичний маркер ГЕРХ зі специфічністю 85,7% та чутливістю 61,1%.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, слина, пепсин.

Вступ. Протягом останніх років предметом особливого вивчення патології органів травлення є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Рівень захворюваності на ГЕРХ на сьогодні оцінити складно, оскільки ГЕРХ може маніфестувати як стравохідними, так і позастравохідними проявами. Широке розповсюдження та наявність поза стравохідних масок ГЕРХ зумовили перехід її з розряду «гастроентерологічної» до «інтернальної» патології та актуальність її вивчення не лише гастроентерологами, а й лікарями суміжних спеціальностей [3].

Результати останніх досліджень дозволяють констатувати, що патогенез ГЕРХ включає порушення функції шлунка, дисфункцію антирефлюксного бар'єру, розлади автономної нервової системи, порушення стравохідного