

Seedetrakti ülaosa endoskoopiale suunatud patsientidel esinevate düspeptiliste sümptomite diagnostiline väärtus perearstipraktises

Helgi Kolk¹, Heidi-Ingrid Maaros², Ingrid Kull¹, Katrin Labotkin¹ – ¹TÜ Kliinikumi ja TÜ sisekliinik, ²TÜ Kliinikumi polikliinik

Düspepsiana käsitletav ülakõhuvalu ja/või seedetrakti ülaosast lähtuvad sümptomid esinevad üldpopulatsioonis sageli ning selle diagnoosimise ja raviga tegelevad nii perearstid, sisearstid kui ka gastroenteroloogid. Seedetrakti ülaosa endoskoopia on kaasajal tänu oma informatiivsusele düspeptiliste vaevuste tekkepõhjuse selgitamisel esmavaliku uuring. Seejuures ei vaja mitte kõik ülakõhuvaevustega haiged endoskoopilist uuringut, seda nii vaevuste iseenesliku taandarengu võimalust arvestades kui ka meditsiiniökoonoomilistel põhjustel. Kuigi erinevates Lääne-Euroopa ja Põhja-Ameerika riikides korraldatud uuringute tulemusena on leitud, et seedetrakti ülaosa vaevuste alusel ei ole võimalik haigusi täpselt diagnoosida (1–3), tuleb esmane otsus edasise taktika osas teha anamneesi ja füüsilise leiu põhjal.

Käesoleva **töö eesmärgiks** oli selgitada seedetrakti ülaosa endoskoopiale suunatud patsientide düspeptilisi vaevusi ja seoseid *H. pylori* infektsiooni ning seedetrakti haiguste vahel.

Patsiendid ja meetodid. Uuriti 172 selekteerimata patsienti, 85 meest ja 87 naist (vanuses 18–75 a, keskmise vanus 39 a), kelle olid perearstid suunanud ajavahemikul 1995–1997 ösofago-gastroduodenoskoopilisele uuringule. Uuring korraldati Tartu Maarjamõisa polikliinikus.

Enne endoskoopilist uuringut vastas patsient seedetrakti vaevusi käsitlevale arvutiküsimustikule GLADYS (*Glasgow Diagnostic System for Dyspepsia*, 4), mis sisaldas kokku 309 küsimust

erinevate haigussümptomite, samuti isikuandmete, eelnevate seedetrakti uuringute ja ravi kohta. Vastavalt esinenud vaevustele valis arvuti järgnevad küsimused, mistõttu igal patsiendil tuli vastata 80–90 küsimusele.

Endoskoopilised uuringud tegi kolm kogenud gastroenterooloogi, kes eelnevalt kooskõlastasid omavahel endoskoopiliste diagnooside kriteeriumid. Maohaavand (UV) diagnoositi juhul, kui haavand asetses angulusevoldil või sellest oraalsemal; kaksteistsõrmiksoolehaavand (UD), kui haavand lokaliseerus antrumis, prepüloorses piirkonnas, pülooruse kanalis või *bulbus duodeni*is. Ösofagiit diagnoositi visuaalselt nähtavate muutuste puhul söögitorus. Käsitletud perioodil oli ooteaeg endoskoopilisele uuringule pääsemiseks kuni 6 kalendripäeva alates perearsti suunamisest.

Histoloogiliseks uuringuks koos *Helicobacter pylori* infektsiooni hindamisega võeti 2 biopsiatükki antrumist, 2 korpusest. Biopsiatükid võeti histoloogiliseks uuringuks ka maohaavandi vallist, polüüpidest ja erosioonidest. Funktsionaalse düspepsia (FD) diagnoosi kasutati kliinilise diagnoosina juhtudel, kui endoskoopia leid oli normaalne või esinesid minimaalsed muutused (diafragmaalsong, erosioonid maos või kaksteistsõrmiksooles).

Statistiline analüüs tehti, kasutades programmi SPSS 8.0 for Windows. Uuring tehti vastavalt Helsingi deklaratsiooni nõuetele ning selle oli heaks kiitnud Tartu Ülikooli eetikakomitee.

Tulemused. Kõigist uuritud patsientidest olid 65% nooremad kui 45 aastat. 130 juhul tehti panendo-

skoopia esmakordselt, 42 juhul oli tegemist kordusuuringuga.

Peptiline haavand (PH) diagnoositi 75 patsiendil (65 UD; 8 UV; 2 UV ja UD korraga), ösofagiit esines ainsa diagnoosina 5 patsiendil, 4 isikul esines ösofagiit koos duodenaalhaavandiga. Maovähk diagnoositi ühel 36aastasel naispatsiendil. Ülejäänud patsientide seedetrakti ülaosa endoskoopia leid oli normaalne või minimaalsete muutustega, mis võimaldas 86 juhul diagnoosida FD, kümne patsiendi vaevuste põhjuseks olid muud seedetrakti haigused.

Kõige sagedasemaks vaevuseks oli ülakõhuvalu, mis esines 98%-l uuritustest, olles peaaegu 2/3 patsientide jaoks nende peamine kaebus. Kuigi gastroösofageaalse refluksi sümptomid prevalenceerisid 11%-l ja ärritatud soole sündroomile iseloomulikud vaevused 5%-l uuritustest, esines kaasuva probleemina nimetatud vaevusi kokku enam kui 70%-l patsientidest. Seejuures leevenes kõhuvalu defekatsiooni järel oluliselt sagedamini peptilise haavandiga patsientidel võrreldes nende patsientidega, kellel diagnoositi funktsionaalne düspepsia (Fisher test; $p = 0,0002$).

Mitmene regressioonanalüüs näitas, et duodenaalhaavandi klassikalised sümptomid (valu episoodiline või sesoonne iseloom, nälgavalude esinemine ning valu leevenemine pärast söömist), eriti aga sagedane öine kõhuvalu, olid ühtviisi iseloomulikud nii mao- kui ka duodenaalhaavandile. FD-haigetel esines öist kõhuvalu väga harva, vaid kahel patsiendil 86st.

Kehakaalu vähenemine rohkem kui 3 kg viimase 6 kuu jooksul esines 5 patsiendil FD-grupis ning 9-l PHga patsiendil, seega olulist erinevust FD ja PH rühmade vahel selle näitaja osas ei esinenud (Fisher test; $p = 0,87$). Samuti ei esinenud PH ja FD diagnoosiga patsientidel erinevust alkoholi tarbimise osas. PH-patsientide hulgas oli oluliselt rohkem suitsetajaid kui FD-grupis (t -test, $p < 0,001$). Kuigi suitsetajatel on uuringu alusel suurem tõenäosus PH tekkeks, ei olnud suitsetamine mitmese regressioonanalüüsi alusel PH iseseisvaks riskiteguriks.

Vaid 65 (38%) haiget oli praeguse endoskoopilise uuringu eel või varasemal ajal tarvitanud H_2 -retseptorite blokaatoreid, põhiliselt tsimetidiini. Seejuures ei saavutanud soovitud efekti sümptomite leevenemise osas kolmandik kõigist ravimit tarvitanutest ehk 22 isikut.

Võrreldes *H. pylori* positiivseid FD-patsiente (53) *H. pylori* negatiivsete FD-patsientidega (33) ei leitud ühtegi infektsiooni esinemisele spetsiifilist sümptomit. *H. pylori* positiivsus oli peptilise haavandi eelduseks: 100% PH-haigetest olid *H. pylori* positiivsed.

Arutelu

Sage PH esinemine seedetrakti ülaosa endoskoopiale suunatud patsientidel viitab võimalusele, et seda haigust esineb Eestis sagedamini kui Lääne-Euroopas. Lääne-Euroopas, kus *H. pylori* infektsiooni levimus täiskasvanute hulgas on alla 50%, diagnoositakse PH vähem kui 20%-l endoskoopiale suunatudest, alla 45aastaste patsientide puhul aga isegi vähem kui 5%-l (5). Eestis oli PH esinemissagedus kõigis vanuserühmades üle 30%, seda ka alla 30aastastel patsientidel (6). Selle olulisemaks põhjuseks võib pidada *H. pylori* infektsiooni suurt levimust: varasematel populatsiooniuuringutel on leitud enam kui 80% *H. pylori* seropositiivsus täiskasvanute hulgas (7). Kindlasti sõltub orgaaniliste haiguste osakaal sellest, kuidas valitakse haigeid, keda esmatasandi arst endoskoopilise uuringule suunab. Oluline on ka ooteaja pikkus endoskoopiale suunamisest selle teostamiseni. Analüüsitava uuringu puhul ei ületanud ooteaeg ühte nädalat, järelkult on peaaegu välistatud võimalus, et esialgne kahjustus söögitorus või maos võis ravimite toimel paraneda ja seega diagnoosimata jääda. Lühikesed järjekorrad uuringule saamiseks olid ilmselt ka põhjuseks, miks vähestele patsientidele oli ordineeritud nn empiiriline antisekretoorne ravi.

Esinenud vaevuste analüüs näitas, et PHga patsientidel esinesid väga erinevad sümptomid, kaasa arvatud gastroösofageaalsele reflukshaigusele ja ärritatud soole sündroomile omased

vaevused, mille esinemisel ei peaks rahvusvahelistele ravijuhistele (8) tuginedes patsienti, eriti kui tema vanus on alla 45 a, endoskoopilisele uuringule suunama. Meie tulemuste alusel vajavad ka sellised haiged endoskoopilist uuringut, eriti juhul kui nende peamiseks kaebuseks on kõhuvalu. Lisaks seose puudumisele uuritud sümptomatoloogiaga viitab *H. pylori* infektsiooni ja vaevuste vahelise seose puudumisele ka fakt, et *H. pylori* infektsiooni esinemissagedus düspeptiliste vaevustega isikutel ei erinenud nimetatud infektsiooni levimusest üldpopulatsioonis (6, 7).

Kokkuvõte. Käesolev töö kinnitab, et endoskoopiale suunatud patsientide peamiseks sümptomiks oli enamikul juhtudest kõhuvalu. Ainult sümptomite analüüsi alusel ei ole võimalik peptilist haavandit ja funktsionaalset düspepsiat eristada. Ainus sümptom, mis suurendas oluliselt

PH tõenäosust selles haigete rühmas, oli öine kõhuvalu. Missugused sümptomid esinevad haigetel, kes pöörduvad vaevuste tõttu perearsti poole ja keda endoskoopiale ei suunata, vajab edasist uurimist.

Tänuavaldus. Autorid tänavad dots Greger Lindbergi Karolinska Instituudi Huddinge Haigla gastroenteroloogia ja hepatoloogia osakonnast abi eest arvutiküsimustiku GLADYS eestikeelse variandi kasutusele võtmisel. Samuti täname prof Margus Lemberit TÜ Kliinikumi sisekliinikust artikli käsikirja lugemise ning väärtuslike nõuannete eest.

Uuringuid toetas Eesti Teadusfond (grant 1369 ja 4383) ning Karolinska Instituut (KIRT grant 30 ja Estland 23).

Helgi.kolk@kliinikum.ee

Kirjandus

1. Agreus L. Natural history of dyspepsia. Gut 2002;50:2-9.
2. Lundquist P, Seensalu R, Linden B, Nilsson LH, Lindberg G. Symptom criteria do not distinguish between functional and organic dyspepsia. Eur J Surg 1998;164(5):345-52.
3. Heikkinen M, Pikkarainen P, Eskelinen M, Julkunen R. GPs' ability to diagnose dyspepsia based only on physical examination and patient history. Scand J Prim Health Care 2000;18:99-104.
4. Lindberg G, Lundquist P, Seensalu R, Linden B, Nilsson LH. Prospective evaluation of "GLADYS", a system for computer-assisted diagnosis of dyspepsia. Theor Surg 1992;7:169-76.
5. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 1998;114:582-95.
6. Kolk H, Maaros HI, Kull I, Labotkin K, Löivukene K, Mikelsaar M. Open access endoscopy in an epidemiological situation of high prevalence of *Helicobacter pylori* infection: eligibility of the guidelines of the European Society for Primary Care Gastroenterology. Fam Pract 2002;19:231-5.
7. Maaros HI. *Helicobacter pylori* infection in Estonian population: is it a health problem? Ann Intern Med 1995;27:613-6.
8. Meineche-Schmidt V, Rubin G, Wit NJ. *Helicobacter pylori* infection: a comparative review of existing management guidelines. Fam Pract 2000;17:S2-S5.