

УДК 616.329-002-07

Епідеміологія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні (львівська модель)

*А.В. Острогляд, А.С. Свінціцький, В.І. Вдовиченко**Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького***Ключові слова:** гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, епідеміологія, анкетування.

Проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) сьогодні розглядається в світі як найактуальніша, про що свідчить надзвичайно велика кількість журнальних та монографічних публікацій за кордоном та у нашій країні. Лише за останні роки з цієї проблеми в Україні видані монографічні праці О.Я. Бабака, Г.Д. Фадеєнко (2000) [1], В.Г. Передерія, В.В. Чернявського (2004) [6], М.Б. Щербининой [8] та методичні рекомендації для практичних лікарів [4].

Про велику увагу до пов'язаних з ГЕРХ проблем свідчить також той факт, що за останні 10 років найавторитетнішими експертами з різних країн світу неодноразово приймалися міжнародні консенсуси: Гленвальдський (1997), Йельський (2003), Монреальський (2006), Латиноамериканський (2007), Гштадський (2008).

Дотепер продовжує вивчатися і уточнюється епідеміологія ГЕРХ. Поширеність захворювання в різних країнах дуже коливається: від 40% у Великобританії та Німеччині до 4% у Японії [9]. На жаль, епідеміологія ГЕРХ в Україні, окрім авторів статті, дотепер не вивчалась [7].

В якості методів діагностики для вивчення поширеності ГЕРХ найчастіше використовують опитувальники (анкетування), рідше – ендоскопію, як правило без біопсії і гістологічного дослідження матеріалу, практично забутим є метод автопсії. Найбільш доступним є метод анкетування. Для цього запропоновано 112 шкал, з яких для вивчення епідеміології придатні лише 8. В останні роки запроваджується розроблена за сприяння фармацевтичної фірми Астра-Зенека анкета ReQuest [10]. Згадана шкала, на жаль, в Україні широко не використовується і публікацій щодо епідеміології ГЕРХ, вивченої цим методом нема.

Метою роботи було методом анкетування вивчити поширеність ГЕРХ у мешканців Львівської області для орієнтовної оцінки ситуації в Україні в цілому.

Матеріал і методи

Для визначення наявності ознак ГЕРХ методом анкетування на принципі добровільності поголовно обстежувались студенти 2-6 курсів, лікарі-інтерни та лікарі-курсанти усіх спеціальностей, що навчались у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького у 2003-2006 рр. В такий же спосіб обстежувались хворі, що перебували на лікуванні у спеціалізованих стаціонарних відділеннях (кардіологічному, пульмонологічному, ревматологічному, гастроентерологічному) лікарень м. Львова. Таким чином, було проанкетовано 3966 осіб: чоловіків 1844 (46,5%), жінок 2122 (53,5%). Вік обстежених становив від 18 до 80 років (середній вік – 31,34 років). Використовувалась анкета Інституту терапії АМН України з модифікованою шкалою оцінки симптомів Лікерта. Патогномонічними ознаками ГЕРХ вважались наявність печії, кислого зригування та дисфагії. Враховувались також нічні позастравовідні прояви хвороби – кардіалгія, кашель, задуха.

Власними попередніми дослідженнями було виявлено, що чутливість анкетування, ендоскопії та гістологічного дослідження слизової оболонки стравоходу становить 84,7%, 55,6% та 66,7%, а специфічність відповідно – 70%, 50% та 87,0% [6]. Таким чином, саме анкетування серед перерахованих методів є най-

більш надійним і доступним.

Статистична обробка отриманих даних проводилась на персональному комп'ютері з використанням програм statistica. Достовірність альтернативної мінливості оцінювалась за критеріями χ^2 Пірсона з поправкою Йейтса, а ступінь зв'язку між якісними характеристиками – точним критерієм Фішера. Оцінка Гаусівського розподілу кількісних величин перевірялась за критеріями Шапіро-Вілкоксона. Параметричні кількісні величини оцінювали за Ст'юдентом, непараметричні – за критеріями Манна-Уїтні. Корелятивні зв'язки між ранговими характеристиками оцінювали за критерієм тау Кендала [2].

Результати і обговорення

Залежність поширеності ГЕРХ (за типовими скаргами) від віку і статі представлена на рис. 1. Як видно з рисунку, з числа усіх хворих на ГЕРХ у віці 17-19 років ознаки хвороби мали 25,5% жінок і лише 1,9% чоловіків. У віковій групі 20-29 років хворих жінок було найбільше – 53,3%, а чоловіків – 28,5%. Із збільшенням віку кількість жінок, хворих на ГЕРХ, різко зменшувалась і становила відповідно 5,1-6,5-4,9-3,8%. У чоловіків кількість таких пацієнтів була найбільшою (28,5%) у віці 20-29 років, зменшувалась до 16,2% в наступній віковій групі 30-39 років і знову зростала до 27,5% у чоловіків, віком 40-49 років.

Із зростанням віку чоловіків кількість хворих серед них зменшується до 18,4% (50-59 років) та до 6,8% (60 років і старше). Отже, пік захворюваності на ГЕРХ у жінок припадає на вік 17-29, а у чоловіків віковий діапазон найбільшої хворобливості охоплює 20-59 років.

Атипові скарги (нічна задуха, кашель, кардіалгія) вивчалися у 1603 студентів і лікарів, з яких чоловіків було 590, жінок – 1013. Такі скарги висловлювали всього 210 (13,1%) осіб: чоловіків – 86 (14,6%), жінок – 124 (12,2%). При цьому нічна кардіалгія тривожила 78 (4,9%) осіб: чоловіків – 42 (7,1%), жінок – 36 (3,6%). На нічний кашель скаржились 84 (5,2%) обстежених: чоловіків – 33 (5,6%), жінок – 51 (5,0%). Нічна задуха погіршувала сон 48 (3,0%) обстежених: чоловіків – 11 (1,9%), жінок – 37 (3,6%).

Залежність атипових для ГЕРХ скарг від віку і статі хворих представлена на рис. 2.

Як видно з рисунку, пік атипових скарг у жінок припадав на вік 17-19 та 20-29 років (відповідно 37,9% та 45,2%). У віці 30-49 років жінки таких скарг не висували, а в наступних вікових групах таких жінок було відповідно 10,5% та 5,6%.

У чоловіків атипові скарги з'являлись лише у віці 20-29 років (26,7%) і у вікових групах 30-39 та 40-49 років охоплювали по 30,2% з числа хворих. Із збільшенням віку чоловіків кількість хворих різко зменшувалась: у віці 50-59 років – 5,8%, у віці 60 років і старше – 7,0%.

Таким чином, атипові ознаки ГЕРХ мають місце більш, ніж у 13% дорослих людей і мало залежать від статі. Однак пік цього варіанту хвороби у жінок припадає на вік 17-29 років, а у чоловіків – на 20-49 років.

Встановлені вікові і гендерні особливості у перебігу ГЕРХ потребують подальшого вивчення ролі статевих гормонів в її патогенезі та уточнення програми профілактики цього страждання з врахуванням віку і статі дорослого населення.

Автори дослідження мали унікальну можливість обстежити лікарів різних спеціальностей і вивчити поширеність серед них ГЕРХ, що ніколи дотепер в світі не проводилось. Ці дані представлені в таблиці 1.

Табл. 1.

Поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у лікарів різних спеціальностей

Лікарська спеціальність	Обстежено лікарів	З них діагностовано ГЕРХ Кількість %
Терапевти та сімейні лікарі	550	215 39,1
Стоматологи	148	70 47,3
Хірурги	60	49 81,7х
Лікарі-лаборанти	57	25 43,9
Рентгенологи	34	11 32,4
Анестезіологи	25	12 48,0
Всього	874	382 43,7

Примітка. х- достовірність різниці $p < 0,01$.

Як видно з таблиці, поширеність ГЕРХ у лікарів-хірургів є найвищою і сягає більше 80%.

У лікарів інших спеціальностей поширеність достовірно не відрізняється і коливається в межах 32,4-

48,0%. Такий високий відсоток хвороби ми пов'язуємо із важкими умовами праці хірургів.

Дані за поширеність ГЕРХ (на підставі типових скарг) серед хворих різного профілю представлені в таблиці 2. До пацієнтів гастроентерологічного профілю відносили тих, що мали хронічні захворювання: шлунка і дванадцятипалої кишки (гастрит, пептична виразка), печінки (гепатит, цироз печінки), хронічний панкреатит, синдром подразненої кишки. Хворі, віднесені до кардіологічного профілю, страждали на артеріальну гіпертензію і /або ІХС (стабільна стенокардія); пульмонологічного профілю – хронічний бронхіт, бронхіальну астму, ХОЗЛ; ревматологічного профілю – ревматоїдний артрит або деформуючий остеоартроз. Контрольною групою для хворих відповідного профілю були умовно здорові особи, адекватні основні групі за статтю і віком.

Як видно з таблиці, поширеність ГЕРХ серед хворих гастроентерологічного профілю була найвище серед інших груп пацієнтів – 65,5% (в контролі 36,2%, $p < 0,001$) і не залежала від їх статі. Поширеність ГЕРХ серед хворих кардіологічного профілю становила 48,0% (в контролі 37,2%, $p < 0,01$), не залежала від статі, але відзначалась суттєвим зростанням у жінок після 45 років. У пацієнтів з бронхообструктивними хворобами поширеність ГЕРХ була практично однакова з контрольною групою у жінок (34,5% і 34,8%), але суттєво вищою у чоловіків – 51,7% проти 37,7% ($p < 0,01$). Поширеність ГЕРХ серед пацієнтів з хворобами суглобів становила 45,8%, а в контролі – 28,2% ($p < 0,01$), особливо у чоловіків – 60,0% проти 41,0% у контролі ($p < 0,05$). У жінок ці показники становили 38,0% і 21,1% ($p < 0,01$).

Табл. 2

Поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби серед хворих різного профілю

Профіль хворих	Основна група		Контроль		Достовірність різниці, р
	Хворих на ГЕРХ	%	Хворих на ГЕРХ	%	
Гастроентерологічний	416/635	65,5	85/235	36,2	$< 0,001$
Кардіологічний	194/404	48,0	156/419	37,2	$< 0,01$
Пульмонологічний	132/306	43,1	85/235	36,2	$> 0,05$
Ревматологічний	77/168	45,8	48/170	28,2	$< 0,01$

Висновки

На моделі дорослої популяції, яка складалась із студентів-медиків та лікарів-добровольців, встановлено, що поширеність ГЕРХ (за типовими скаргами) у Львівській області становить в середньому 30% (25,1% серед чоловіків, 39,1% серед жінок), при цьому щоденні симптоми хвороби мають 3,3%, а один раз на тиждень – 17,3% опитаних. Пік хворобливості у жінок припадає на 17-29, у чоловіків – на 20-59 років.

Нічні позастравохідні прояви хвороби виявлено у 7,8-13,1% мешканців без суттєвої залежності від статі, але із зростанням частоти їх із віком.

Поширеність ГЕРХ серед лікарів різних спеціальностей суттєво не відрізняється і становить 32,4-48,0%, але у хірургів достовірно вище і сягає 81,7%.

Поширеність ГЕРХ, як супутнього страждання, особливо висока серед пацієнтів з патологією органів травлення (65,5%), менша у хворих на ІХС та артеріальну гіпертензію, бронхообструктивні захворювання та хвороби суглобів (43,1-48,0%).

Література

1. Бабак О.Я., Фадєєнко Г.А. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. - К.: Інтерфакс, 2000. - 175 с.
1. Боровиков В.П. статистика: искусство анализа данных на компьютере. Для профессионалов / В.П. Боровиков. - СПб.: Питер, 2001. - 656 с.
1. Вдовиченко В.І., Бичков М.А., Острогляд А.В. Специфічність анкетування та ендоскопії під час діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби // Сучасна гастроентерологія. - 2007. - №4. - С.20-22.
1. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: сучасний погляд на проблему: Методичні рекомендації / Авт.: Г.В. Дзяк, І.І. Гриценко, Ю.М. Степанов та інші. - Дніпропетровськ, 2003. - 26 с.
1. Острогляд А.В. Чутливість анкетування і ендоскопії у діагностиці гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки // Acta Medica Leopoliensia / - 2007. - С.43-45.
1. Передерий В.Г., Ткач С.М., Чернявський В.В. Ізжога. Опасно ли это? Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пищево-

да Барретта и предупреждение рака пищевода в вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту: Монография / . - Тернополь: Укрмедкнига, 2004.- 180 с.

1. Свінцицький А.С., Шило Г.В., Дземан М.І. Діагностика та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби: погляд на проблему // Гастроентерологія. - 2007. - Вип. 38. - С. 271-280.

1. Щербинина М.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. К.: Медкнига.- 100 с.

1. El Hak N., El Hak N.A.G., Halem M. Dietary intake and the risk of gastro-oesophageal reflux disease: a cross section study in volunteers // Gut. - 2005. - Vol. 54, №1. - P. 11-17.

1. Stanghellini V., Armstrong D., Monnikes H., Bardbans K.D. Systematic review: do we need a new gastro-oesophageal reflux disease questionnaire? // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2004.- Vol.19, #3.- P.463-479.

Епідеміологія гастроєзофагеальної рефлюксної болізни в Україні (Львівська модель)

А.В. Острогляд, А.С. Свинцицкий, В.И. Вдовиченко

Методом добровольного анкетування вивчена розповсюдженість гастроєзофагеальної рефлюксної болізни (типичних і внепищеводних проявів) у жителів Львівської області на моделі дорослої популяції, включаючої студентів-медиків і лікарів різних спеціальностей. Вивчена також епідеміологія цієї болізни у хворих з найбільш розповсюдженими захворюваннями внутрішніх органів (шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, бронхообструктивними стражданнями і болізними суглобів).

The gastroesophageal reflux disease spreading (Lviv model)

A.V. Ostrohyad, A.S. Svintsitskiy, V.I. Vdovychenko

By the a voluntarily questionnaire method it was discovered epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease in Lviv region residents on the model that included medical students and various specialist physicians. It was studied epidemiology of this disease in patients with the most widespread illnesses (gut, heart, bronchi, joints).