

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ГЭРБ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ПОЛОВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Цуканов В. В.¹, Буторин Н. Н.², Онучина Е. В.³, Куклин Д. В.⁴, Тимошенко В. О.⁵, Амельчугова О. С.¹, Ржавичева О. С.⁶, Каспаров Э. В.¹, Хоменко О. В.¹

¹ Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера Сибирского отделения РАМН, Красноярск

² Хакасская республиканская больница, г. Абакан

³ Иркутский государственный медицинский университет

⁴ Центральная районная больница, г. Дудинка

⁵ Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого

⁶ Дорожная больница, Красноярск

Цуканов Владислав Владимирович

660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3-2

Тел.: 8 (391) 212-53-63; 259-81-20; факс: 8 (391) 228-06-83

E-mail: rsimpr@scn.ru

РЕЗЮМЕ

Цель. Изучить распространенность и факторы риска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов различных половозрастных групп.

Материалы и методы. Обследованы 506 мужчин в возрасте 18–30 лет, 375 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет и 296 женщин в возрасте от 18 до 30 лет. Обследование включало клинический осмотр с заполнением стандартных анкет и эзофагофиброгастродуоденоскопию.

Результаты. Распространенность изжоги составила у мужчин призывного возраста 30,4%; у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет — 46,9%, ($p_{1-2} < 0,001$), у женщин — 24,6% ($p_{1-3} = 0,8$). Распространенность эзофагита была равна у мужчин призывного возраста 2,4%; у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет — 4,3% ($p_{1-2} = 0,1$) и у женщин — 0,7% ($p_{1-3} = 0,07$).

Заключение. Установлены особенности клинических проявлений, действия факторов риска в трех различных половозрастных группах пациентов.

Ключевые слова: ГЭРБ; изжога; половозрастные группы.

SUMMARY

Aim. To study prevalence and risk factors of gastroesophageal reflux disease in different age-gender groups.

Material and methods. 506 men of military age, in 375 men in age 40–60 years old, 296 women in age 18–30 years old were investigated. The research included clinical examination with standard questionnaires filling and endoscopy.

Results. Prevalence of heartburn in men of military age was 30.4%; in men in age 40–60 years old — 46.9%, ($p_{1-2} < 0.001$), in women — 24.6% ($p_{1-3} = 0.8$). Prevalence of esophagitis in men of military age was 2.4%; in men in age 40–60 years old — 4.3%, ($p_{1-2} = 0.1$), in women — 0.7% ($p_{1-3} = 0.07$).

Conclusion. Features of clinical manifestations and risk factors action in three different age-gender groups were established.

Keywords: GERD; heartburn; age-gender groups.

ГЭРБ является нозологической единицей, которая в последние 15 лет переживает вторую молодость. Связано это с тем, что в странах Западной Европы и Северной Америки наблюдается снижение распространенности язвенной болезни, сопровождающееся повышением распространенности ГЭРБ [9]. В итоге в США ГЭРБ вышла на первое место среди других заболеваний пищеварительного тракта по финансовым затратам на лечение [8]. Выраженная динамика исследования эпидемиологии ГЭРБ обуславливает дискуссию по факторам риска этой патологии. Нет ясной точки зрения о влиянии на ГЭРБ гендерных отличий [7], возраста [16], избыточной массы тела [13; 18], курения и алкоголя [10; 14].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Во время медицинской комиссии призывников сплошным методом обследовано 506 мужчин призывного возраста (возраст от 18 до 30 лет; средний возраст $23,4 \pm 2,2$ года; мужчины-1). Одновременно с этим при помощи случайной выборки из избирательных списков населения мы провели изучение состояния здоровья двух контрольных групп пациентов. Первая контрольная группа (по полу) представляла собой 296 женщин в возрасте идентичном призывникам (18–30 лет, средний возраст $24,5 \pm 2,4$ года). Вторая контрольная группа (по возрасту) состояла из 375 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст $49,6 \pm 4,7$ лет; $p < 0,001$; мужчины-2). Выбор возрастного диапазона второй контрольной группы являлся произвольным и был обусловлен демографической структурой обследованной территории. Обследование всех пациентов осуществлялось по единому плану, который включал клинический осмотр с заполнением стандартных анкет и эзофагофиброгастродуоденоскопию. Результаты клинического осмотра и интервьюирования регистрировались в специальном опроснике клиники Мэйо для изучения ГЭРБ [11]. Опросник позволял получить сведения о социальном статусе, анамнезе, симптомах заболевания, результатах объективного осмотра.

Диагностику ГЭРБ проводили по рекомендациям Монреальского соглашения [19]. Критериями диагностики диспепсии были Римские критерии III [17]. Диагностика эзофагита осуществлялась методом эзофагофиброгастродуоденоскопии на основании Лос-Анджелесской классификации 1994 г. [12]. Диагностика язвенной болезни проводилась эндоскопическим методом. При описании результатов ЭФГДС отмечали состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, различали эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с описанием формы, размеров, локализации (большая или малая кривизна, кардальный или пилорический отдел желудка, луковица или нисходящая часть дуоденума), стадии заболевания (открытая язва, красный рубец, белый рубец). Для дифференциальной диагностики язвы и рака

желудка во всех случаях применяли стационарное обследование и биопсию из язвы. Диагностика пищевода Барретта проводилась при помощи эзофагофиброгастродуоденоскопии и морфологического исследования биоптатов из визуально измененных участков слизистой оболочки пищевода.

Статистическая обработка проведена на персональном компьютере при помощи пакета SPSS, разработанного в Стэнфордском университете (США). Достоверность различий анализировали с помощью t -критерия Стьюдента — Фишера в доверительном интервале более 95%. В случае ненормального распределения вариационного ряда достоверность различий анализировали с помощью критериев Вилкоксона, Манна — Уитни. Для сравнения относительных показателей использовали критерий χ^2 . Для оценки факторов риска вычислялось отношение шансов с его 95%-ным доверительным интервалом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность общей изжоги составила у мужчин призывного возраста 30,4%; у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет — 46,9%, ($p_{1-2} < 0,001$), у женщин в возрасте от 18 до 30 лет — 24,6% ($p_{1-3} = 0,8$). Распространенность еженедельной изжоги была равна соответственно 8,1, 15,7 ($p_{1-2} = 0,0004$) и 5,7% ($p_{1-3} = 0,2$).

Полученные нами данные указывают на актуальность исследования ГЭРБ в связи с высокой распространенностью этой патологии в России, о чем свидетельствует заверщенное в настоящее время мультицентровое исследование МЭГРЕ [3]. Превалирование распространенности изжоги у мужчин в группе 40–60 лет позволяет считать увеличение возраста фактором риска изжоги. Достоверных гендерных отличий при сопоставлении мужчин и женщин одинакового возраста мы не обнаружили.

Из пищеводных симптомов ГЭРБ во всех обследованных группах с изжогой были тесно ассоциированы жалобы на ощущение кислоты или горечи в горле. Вместе с тем у женщин с изжогой расстройство глотания и изменение голоса наблюдались чаще, чем у женщин без изжоги. У мужчин обеих групп эти отличия не регистрировались (табл. 1).

Во всех обследованных группах изжога была тесно ассоциирована с диспепсией, что указывает на рациональность использования этого синдрома в диагностическом алгоритме ГЭРБ (табл. 2).

Нами были получены особенности действия факторов риска в обследованных группах пациентов. Факторами риска общей изжоги у мужчин призывного возраста были интенсивное курение табака (ОШ 1,70; ДИ 1,04–2,79; $p = 0,047$), у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет — курение табака (ОШ 1,83;



Таблица 1

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ГЭРБ У ЛИЦ С ИЗЖОГОЙ					
		Кислота или горечь в горле	Срыгивание пищи	Расстройство глотания	Изменение голоса
1. Мужчины-1 с изжогой, $n = 154$	абс.	56	2	1	4
	%	36,5	1,2	0,6	2,4
2. Мужчины-1 без изжоги, $n = 352$	абс.	15	1	1	2
	%	4,3	0,3	0,3	0,6
3. Мужчины-2 с изжогой, $n = 176$	абс.	92	13	3	6
	%	52,3	7,4	1,7	3,4
4. Мужчины-2 без изжоги, $n = 199$	абс.	7	1	2	5
	%	3,5	0,5	1,0	2,5
5. Женщины с изжогой, $n = 73$	абс.	30	6	6	7
	%	41,4	8,2	8,2	9,6
6. Женщины без изжоги, $n = 223$	абс.	5	2	3	1
	%	2,2	0,9	1,3	0,4
P_{1-2}		< 0,001	= 0,2	= 0,5	= 0,05
P_{3-4}		< 0,001	= 0,0004	= 0,6	= 0,6
P_{5-6}		< 0,001	= 0,0008	= 0,003	< 0,001

Примечание: Достоверность различий показателей вычислена при помощи критерия χ^2 .

Таблица 2

ЧАСТОТА ДИСПЕПСИИ У ЛИЦ С ИЗЖОГОЙ					
		Нет диспепсии	Есть диспепсия	Диспепсия с преобладанием боли	Постприанальная диспепсия
1. Мужчины-1 с изжогой, $n = 154$	абс.	60	94	53	41
	%	40,0	61,0	34,4	26,6
2. Мужчины-1 без изжоги, $n = 352$	абс.	313	39	14	25
	%	88,9	11,1	4,0	7,1
3. Мужчины-2 с изжогой, $n = 176$	абс.	87	89	36	53
	%	49,4	50,6	20,4	30,1
4. Мужчины-2 без изжоги, $n = 199$	абс.	118	81	21	60
	%	59,3	40,7	10,6	30,0
5. Женщины с изжогой, $n = 73$	абс.	37	36	19	17
	%	50,7	49,3	26,0	23,3
6. Женщины без изжоги, $n = 223$	абс.	178	45	14	31
	%	79,8	20,2	6,3	13,9
P_{1-2}		< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
P_{3-4}		< 0,001	= 0,06	= 0,008	= 0,9
P_{5-6}		< 0,001	< 0,001	< 0,001	= 0,06

Примечание: Достоверность различий показателей вычислена при помощи критерия χ^2 .

Таблица 3

ЧАСТОТА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ЛИЦ С ИЗЖОГОЙ				
		Нормальная масса тела	Избыточная масса тела	Ожирение
1. Мужчины-1 с изжогой, $n = 154$	абс.	123	24	7
	%	79,9	15,6	4,5
2. Мужчины-1 без изжоги, $n = 352$	абс.	283	53	16
	%	80,4	15,1	4,5
3. Мужчины-2 с изжогой, $n = 176$	абс.	95	44	37
	%	53,9	25,0	21,0
4. Мужчины-2 без изжоги, $n = 199$	абс.	123	50	26
	%	61,8	25,1	13,1
5. Женщины с изжогой, $n = 73$	абс.	44	18	11
	%	60,3	24,7	15,1
6. Женщины без изжоги, $n = 223$	абс.	128	67	28
	%	57,4	30,0	12,6
ОШ; ДИ; P_{1-2}		0,97; 0,60 – 1,55; = 0,9	1,04; 0,62 – 1,76; = 0,9	1,00; 0,40 – 2,48; = 0,8
ОШ; ДИ; P_{3-4}		0,72; 0,48 – 1,00; = 0,2	0,99; 0,62 – 1,59; = 0,9	1,77; 1,02 – 3,07; = 0,05
ОШ; ДИ; P_{5-6}		1,13; 0,66 – 1,9,3; = 0,8	0,76; 0,42 – 1,39; = 0,5	0,98; 0,46 – 2,09; = 0,9

Примечание: Достоверность различий показателей вычислена при помощи отношения шансов.

Таблица 4

ЧАСТОТА ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЗЖОГИ				
		Эрозии и язвы пищевода	Пищевод Барретта	Язвы гастродуоденальной зоны
1. Мужчины-1 с изжогой, $n = 154$	абс.	11	6	52
	%	7,1	3,9	33,8
2. Мужчины-1 без изжоги, $n = 352$	абс.	1	0	7
	%	0,3	0	1,9
3. Мужчины-2 с изжогой, $n = 176$	абс.	13	10	22
	%	7,4	5,7	12,5
4. Мужчины-2 без изжоги, $n = 199$	абс.	3	1	9
	%	1,5	0,5	4,5
5. Женщины с изжогой, $n = 73$	абс.	2	1	5
	%	2,7	1,4	6,8
6. Женщины без изжоги, $n = 223$	абс.	0	0	2
	%	0	0	0,9
P_{1-2}		< 0,001	= 0,0002	< 0,001
P_{3-4}		= 0,005	= 0,003	= 0,005
P_{5-6}		= 0,01	= 0,08	= 0,004

Примечание: Достоверность различий показателей вычислена при помощи критерия χ^2 .

ДИ 1,02 – 3,27; $p = 0,01$), злоупотребление алкоголем (ОШ 2,47; ДИ 1,32 – 4,61; $p = 0,006$) и ожирение (табл. 3). У женщин в рамках нашего исследования мы не подтвердили значение курения табака, употребления алкоголя и избыточной массы тела как факторов риска изжоги.

Полученные результаты позволяют объяснить определенные противоречия при изучении факторов риска другими авторами [5]. По всей видимости, действие отдельных факторов риска действительно проявляется с увеличением возраста. В качестве объяснения этому феномену можно указать на более высокую распространенность избыточной массы тела и ожирения у пациентов в старшей возрастной группе в сравнении с младшими возрастными группами.

Распространенность эзофагита составила у мужчин призывного возраста 2,4%; у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет — 4,3% ($p_{1-2} = 0,1$) и у женщин — 0,7% ($p_{1-3} = 0,07$). Распространенность пищевода Барретта была равна соответственно 1,2, 2,9 ($p_{1-2} = 0,06$) и 0,3% ($p_{1-3} = 0,2$).

Следует заметить, что данных по распространенности эзофагита сравнительно мало. В Малайзии распространенность эзофагита была равна 6,1% [15]. В Тольятти при эндоскопическом исследовании 6817 пациентов эзофагит был диагностирован у 4,6% лиц [2]. Эндоскопическое обследование 9333 человек в Иванове позволило обнаружить эзофагит у 2,6% пациентов [1]. Данных о распространенности пищевода Барретта еще меньше, чем результатов исследования эзофагита. В Германии частота пищевода Барретта составляет 1% [6], в Санкт-Петербурге — 0,4 – 2,0% [4].

Следует подчеркнуть, что нами продемонстрирована отчетливая тенденция, позволяющая считать увеличение возраста и мужской пол фактором риска эзофагита и пищевода Барретта.

С нашей точки зрения, очень важные и интересные данные получены при анализе зависимости изжоги и патологии, диагностированной при эндоскопическом исследовании. Во всех трех обследованных группах частота эзофагита, пищевода Барретта, язвенной болезни была значительно выше у пациентов с изжогой в сравнении с лицами без изжоги (табл. 4).

У мужчин в возрасте от 18 до 30 лет злоупотребление курением табака являлось фактором риска эзофагита (ОШ 0,09; ДИ 0,01 – 0,79; $p = 0,02$). У мужчин в возрасте от 40 до 60 лет факторами риска эзофагита были курение табака (ОШ 0,11; ДИ 0,01 – 0,89; $p = 0,03$) и ожирение (ОШ 0,19; ДИ 0,05 – 0,70; $p = 0,02$). У женщин в рамках проведенного исследования нам не удалось верифицировать значимость факторов риска эзофагита. Во всех обследованных группах мы также не установили факторы риска пищевода Барретта.

Таким образом, в результате выполненной работы мы обследовали три различные половозрастные группы пациентов. Нами установлена отчетливая дифференциация распространенности и действия факторов риска ГЭРБ в зависимости от пола и возраста. Распространенность изжоги, эзофагита и пищевода Барретта находилась в прямой зависимости от увеличения возраста. Мужской пол был фактором риска эзофагита и пищевода Барретта, но не изжоги. Злоупотребление курением табака, злоупотребление алкоголем и избыточная масса тела являлись факторами риска ГЭРБ у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. У молодых мужчин с ГЭРБ ассоциировалось только курение табака. У женщин в возрасте 18 – 30 лет нами не доказано действие традиционных факторов риска на патологию пищевода. С нашей точки зрения, полученные результаты будут полезны для совершенствования мероприятий по лечению и профилактике ГЭРБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубкова И. В., Ватагина Л. Р., Лебедева А. В. и др. Распространенность, факторы риска, клинические и эндоскопические проявления ГЭРБ у лиц подвергшихся эндоскопии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктол. — 2004. — Т. 14, № 5. — С. 7.
2. Ильина Е. А., Лапина Е. Д., Мартынова М. Н. и др. Частота эндоскопически позитивной ГЭРБ при язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктол. — 2004. — Т. 14, № 5. — С. 137.
3. Лазебник Л. Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения // Тер. арх. — 2008. — Т. 80, № 2. — С. 5 – 11.
4. Саблин О. А., Гриневич В. Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Барретта // Рос. мед. журн. — 2001. — Т. 1. — С. 8 – 13.
5. Dent J., El-Serag H. B. et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review // Gut. — 2005. — Vol. 54, № 5. — P. 710 – 717.
6. Freys S. M., Fuchs K. H., Heimbucher J. et al. Epidemiology and pathophysiology of Barrett's esophagus // Zentralbl. Chir. — 2000. — Vol. 125, № 5. — P. 406 – 413.
7. Fujiwara Y., Higuchi C. et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease and gastroesophageal reflux disease symptoms in Japan // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2005. — Vol. 20, № 1. — P. 26 – 29.
8. Jennifer H., Michael N. et al. Gastroesophageal reflux disease (GERD) treatment patterns and economic outcomes in a managed care population // Am. J. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 95, № 12. — P. 2630 – 2638.
9. Kahrilas P. J. Gastroesophageal reflux disease // N. Engl. J. Med. — 2008. — Vol. 359, № 16. — P. 1700 – 1707.
10. Kaltenbach T., Crockett S. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease?: an evidence-based approach // Arch. Intern. Med. — 2006. — Vol. 166, № 9. — P. 965 – 971.
11. Locke G. R., Talley N. J., Weaver A. L. et al. A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease // Mayo Clin. Proc. — 1994. — Vol. 69, № 3. — P. 539 – 547.
12. Lundell L. R., Dent J., Bennett J. R. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification // Gut. — 1999. — Vol. 45, № 2. — P. 172 – 180.
13. Murray L., Johnston B., Lane A. et al. Relationship between body mass and gastro-oesophageal reflux symptoms: The Bristol Helicobacter Project // Int. J. Epidemiol. — 2003. — Vol. 32, № 4. — P. 645 – 650.
14. Nilsson M., Johnsen R., Ye W. et al. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux // Gut. — 2004. — Vol. 53, № 12. — P. 1730 – 1735.
15. Rajendra S., Kutty K., Harunarashid H. et al. Reflux oesophagitis in an ethnically mixed non-migrant population: Prevalence and clinical data // Gut. — 2001. — Vol. 49, № 3. — P. 1019 – 1024.
16. Ruigomez A., Wallander M. A. Natural history of gastroesophageal reflux disease diagnosed in UK general practice // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004. — Vol. 20, № 7. — P. 751 – 760.
17. Tack J., Talley N. J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130, № 5. — P. 1466 – 1479.
18. Talley N. J., Howell S., Poulton R. Obesity and chronic gastrointestinal tract symptoms in young adults: a birth cohort study // Am. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 99, № 9. — P. 1807 – 1814.
19. Vakil N., van Zanten S. V., Kahrilas P. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101, № 8. — P. 1900 – 1920.