

СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Е.В. Онучина

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев, Госпиталь Ветеранов Войн, гл. врач — А.В. Корякина)

Резюме. Обследовано 147 больных с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни старше 60 лет. Выявлены некоторые эпидемиологические и клинические особенности заболевания у лиц пожилого и старческого возраста. **Ключевые слова.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пожилой и старческий возраст.

Актуальность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обусловлена значительной распространенностью и возможностью развития ряда тяжелых осложнений [4,5,8]. Общепринята точка зрения, что с 18 лет частота патологии нарастает, достигая максимальной к 25-34 годам у женщин и к 35-44 — у мужчин, а в дальнейшем снижается [1,15]. В последние годы отмечена тенденция роста заболеваемости ГЭРБ среди старших возрастных групп. Об этом свидетельствуют как немногочисленные литературные [3,11,12,18,20], так и наши собственные данные [13,14]. В Госпитале Ветеранов Войн (ГВВ) г. Иркутска количество таких больных (в том числе впервые выявленных) по всем отделениям из года в год увеличивается. Так, если в 2002 году заболевание в целом по лечебному учреждению диагностировано в 6,2% случаев всех фиброэзофагогастродуоденоскопий за год, то в 2003 г. — в 10,4%, а в 2004 г. — в 14,1%. Прослеживается ежегодное возрастание доли больных ГЭРБ от общего количества госпитализированных в первое терапевтическое отделение: 4,8%, 5,6%, 6,1% соответственно.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологических и клинических особенностей данной нозологической формы у лиц пожилого (60-74 года) и старческого (старше 75 лет) возраста.

Материалы и методы.

Обследовано 147 больных с ГЭРБ в возрасте от 66 до 91 года (средний показатель 76,3±4,9 лет), находившихся на стационарном лечении в первом терапевтическом отделении ГВВ в период с 2002 по 2004 гг. В исследование включены только больные с эрозивной формой заболевания. Критериями исключения были: оперативные вмешательства на верхних отделах желудочно-кишечного тракта в анамнезе, кандидозные, алкогольные, медикаментозные эзофагиты. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью методов описательной статистики и построения таблиц сопряженности критерия χ^2 -квadrat. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез составил $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Наиболее часто эрозивная форма заболевания была диагностирована у больных в возрасте от 70 до 79 лет, при этом число женщин в более чем в два раза превышало число мужчин (табл. 1).

Преобладала длительность патологии до 5 лет (рис. 1). Средний показатель 2,0±1,4 года. Впервые выставлен диагноз ГЭРБ у 77,6% госпитализированных.

Типичное (с «пищеводными жалобами»), атипичное (с «внепищеводными» проявлениями) и бессимптомное течения заболевания определены практически в равном процентном соотношении (35,4%; 32,6%; 32,0% соответственно). Отсутствие традиционного симптомокомплекса или минимальная выраженность клинических

признаков, выявленные нами у двух третей больных, являются особенностями многих нозологических форм у пожилых. При ГЭРБ, это возможно, обусловлено разнонаправленными инволютивными изменениями

Таблица 1

Поло-возрастная характеристика больных ГЭРБ, абс.ч. (%)

Показатели	70-74 года	75-79 лет	χ^2 -квadrat
Мужчины	16 (10,9)	17 (11,6)	0,049
Женщины	32 (21,8)	48 (27,2)	$P < 0,05$
Оба пола	48 (32,7)	57 (38,8)	

ми функций пищевода и желудка: с одной стороны, уменьшением перистальтической активности и снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), с другой — повышением содержания гастрина, увеличивающего сократительную активность последнего, и падением секреторной способности слизистой желудка [7].

Длительность ГЭРБ

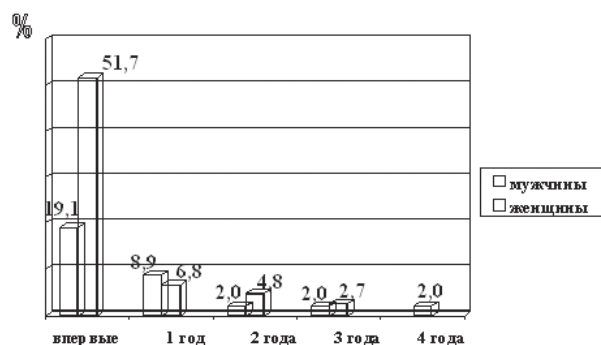


Рис. 1

Изжога беспокоила 31,9% госпитализированных, отрыжка кислым — 29,3%, дисфагия — 1,44%, одиофагия — 0,7%. Частота встречаемости кардинального признака заболевания [10,17] — изжоги была сопоставима с данными М.С. Молдобаевой с соавт. в аналогичной по возрасту группе больных [12]. В Европейской части России у лиц старше 60 лет, страдающих ГЭРБ, распространенность изжоги выше [8,9,11]. Что, вероятно, отражает общую тенденцию более редкой (по материалам более «младших» возрастных групп) встречаемости симптома в популяции в целом в «восточных» регионах страны [6,16].

Внепищеводные проявления ГЭРБ определены в 32,6% случаев. У ряда больных наблюдалось сочетание

двух и более форм. Среди больных с атипичной клиникой заболевания преобладали женщины 75–79 лет. Отоларингологический синдром наиболее часто был представлен хроническими суб- или атрофическими фарингитом и ларингитом, пульмонологический — хронической обструктивной болезнью легких, стоматологический — распространенным кариесом и периодонтитом. Кардиологические проявления ГЭРБ традиционно включают в себя сочетание кардиалгий и вегетативно опосредованных дисфункций автоматизма, возбудимости и проводимости [4,5]. Дифференциальная диагностика их «коронарного» и «пищеводного» происхождения у лиц данной возрастной группы из-за частого сочетания ИБС и ГЭРБ крайне затруднена. Две трети обследованных нами больных страдали ИБС и (или) гипертонической болезнью с длительностью сердечно-сосудистой патологии, в 76,2% случаев намного превышающей время появления клинических и эндоскопических признаков ГЭРБ. У большинства из них имел место значительный стаж приема препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера. Жалобы на боли в области сердца и за грудиной предъявляли 32,6% больных, одышку — 24,5%, перебои в работе сердца — 14,9%. Нарушение процессов реполяризации миокарда левого желудочка на ЭКГ имело место в 69,4% случаев, синдром ранней реполяризации желудочков — в 67,3%. Нарушения функции автоматизма синусового узла выявлены у 39 (26,5%) больных (синусовая тахикардия — у 23, синусовая брадикардия — у 16). Нарушения функции возбудимости (34 (23,1%) больных) были представлены предсердной экстрасистолью в 18 случаях, желудочковой — в 9, фибрилляцией предсердий — в 7. Среди нарушений функции проводимости преобладали внутрижелудочковые блокады (54 (36,7%) больных).

В соответствии с Лос-Анджелесской классификацией [4] А степень рефлюкс-эзофагита визуализирована у 76,2%, В — у 12,2%, С — у 6,8%, D — у 4,8% обследованных.

Таблица 2

Структура А степени эзофагита, абс.ч. (%)

Показатели	70–74 года	75–79 лет	χ^2 -квадрат
Мужчины	12 (8,2)	8 (5,4)	0,003 P < 0,05
Женщины	25 (17,0)	32 (21,8)	
Оба пола	37 (25,2)	40 (27,2)	

Среди больных с минимальной степенью поражения пищевода доминировали женщины (72,3%), преимущественно в возрасте 75–79 лет (табл. 2). Тяжелые эзофагиты встречались у каждого десятого, одинаково часто в возрастных группах от 70 до 84 лет и не зависели от пола. Следует отметить, что у всех обследованных с «С» и «D» степенями рефлюкс-эзофагита давность патологии не превышала года. Полученные данные согласуются с результатами немногочисленных отечественных и зарубежных исследований, выявивших значительную распространенность в указанном возрастном диапазоне тяжелых поражений слизистой пищевода [2,19,21] и обратную связь тяжести эзофагитов с длительностью анамнеза [9].

Осложненные формы заболевания обнаружены у трети госпитализированных (32,0%). Большей части из них (72,9%) диагноз ГЭРБ установлен впервые. Наибольшее количество больных с осложнениями находилось в возрасте 75–79 лет с четырехкратным превышением женщин. Вторичный «короткий» пищевод диагностирован у 20,4% обследованных, пептическая стриктура пищевода — у 8,2%, пептическая язва пищевода — у 2,0%, пищевод Барретта — 1,4%. Пептические стриктуры и язвы определены только у представительниц женского пола.

Обращало на себя внимание увеличение из года в год частоты выявления тяжелых эзофагитов и осложненных форм заболевания. Если в 2002 г. «С» степень эзофагита установлена у 2, «D» — ни у одного больного, то в 2003 г. — у 3 и 2, а в 2004 г. — у 5 и 5. Число осложненных форм патологии также возрастает: 8, 16, 23 соответственно.

Таким образом, среди госпитального контингента больных эрозивной формы ГЭРБ преобладали женщины в возрасте 75–79 лет. Для них были характерны минимальная степень выраженности эзофагита, но значительное число осложненных форм и высокий уровень внепищеводных проявлений. Тяжелые эзофагиты были равномерно представлены в возрастных группах от 70 до 84 лет и не зависели от половой принадлежности. Осложнения ГЭРБ определены у каждого третьего. Наиболее часто из них встречались вторичный «короткий» пищевод и пептические стриктуры пищевода. Тяжелые эзофагиты и осложненные формы патологии диагностированы преимущественно при длительности патологии, не превышающей года.

EROSIVE FORM OF GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PERSONS OF OLD AGE

E.V. Onuchina

(Irkutsk State Medical University)

The 147 patients over 60 year with erosive form of gastro-esophageal reflux disease were examined. Some epidemiology and clinical features of disease in persons of old age were revealed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю.В. Болезни органов пищеварения. Блокаторы H₂ — рецепторов гистамина. — М., 2002. — 93 с.
2. Гончаренко А.Ю., Кучерявый Ю.А. Анализ эндоскопических и морфологических изменений слизистой пищевода у лиц пожилого возраста с симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Материалы 5 Восточно-Сибирской конференции / Под ред. В.В. Цуканова. — Красноярск, 2005. — С.11–12.
3. Зюбина Л.Ю., Шетько М.Г., Радкевич Р.А. и др. Струк-

- турная характеристика и частота гастроэзофагеальной патологии у лиц пожилого и старческого возраста // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2004. — Т. XIV, № 5. Приложение № 23. — С.120.
4. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. — М.: Трида-Х, 2000. — 180 с.
5. Избранные лекции по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина. — М.: Мед-пресс, 2001. — 83 с.
6. Калягин А.Н., Лебедев А.Н. Частота изжоги среди молодых людей Иркутска // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов

- пищеварения. Материалы 5 Восточно-Сибирской конференции / Под ред. В.В. Цуканова. — Красноярск, 2005. — С.28-33.
7. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. — М.: Анахарис, 2003. — 208 с.
 8. Лазебник Л.Б., Манаников И.В. Частота возникновения кардинального симптома гастроэзофагеальной рефлюксной болезни — изжоги у взрослого населения г. Москвы // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Материалы 4 Восточно-Сибирской конференции / Под ред. В.В. Цуканова. — Абакан, 2004. — С.10-15.
 9. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Машиарова А.А. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, диагностика, особенности течения // Материалы V съезда общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии ЦНИИГ. — М.: «Анахарис», 2005. — С.631-632.
 10. Лапина Т.Л. Изжога: распространенность, клиническое значение, ведение пациентов // Фарматека. — 2003. — № 10. — С.10-15.
 11. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. и др. Симптоматика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Есть ли особенности у пожилых // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Материалы 5 Восточно-Сибирской конференции / Под ред. В.В. Цуканова. — Красноярск, 2005. — С.5-11.
 12. Молдобаева М.С., Толмбаева Н.Т., Антокурова Р.М. и др. Особенности течения рефлюкс-эзофагита у больных пожилого и старческого возраста // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2002. — Т. XII, № 5. Приложение № 17. — С.121.
 13. Онучина Е.В., Романенко Н.Д., Брикова С.И., Кузьмин В.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2004. — Т. XIV, № 5. Приложение № 23. — С.11.
 14. Онучина Е.В., Брикова С.И., Мурзабекова Е.Н., Усольцев И.И. Возрастные особенности ГЭРБ // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2005. — Т. XV, № 5. Приложение № 26. — С.12.
 15. Солододова М.Е., Лузина Е.В. Особенности клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Материалы 3 Восточно-Сибирской конференции / Под ред. В.В. Цуканова. — Красноярск, 2003. — С.150-153.
 16. Цуканов В.В., Ржавичева О.С. Распространенность эзофагита у различных этнических групп монголоидов Сибири // Материалы V съезда общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии ЦНИИГ. — М.: «Анахарис», 2005. — С.190-191.
 17. Dent J., Brun J., Fendric A.M., et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management — the Genval Workshop Report // Gut. — 1999. — Vol. 44 (suppl. 2). — P.1-16.
 18. Fujimoto K., Iwakiri R., Okamoto K., et al. Characteristics of gastroesophageal reflux disease in Japan: increased prevalence in elderly women // J. Gastroenterol. — 2003. — Vol.38 (suppl. 15). — P.3-6.
 19. Jatal A., Payne H.R.J., Jeyasingham K. The influence of age on gastroesophageal reflux: a reappraisal of the DeMeester scoring system // Eur. J. Cardio-thor. Surg. — 2000. — Vol. 18. — P.411-416.
 20. Pilotto A., DiMario F., Malfertheiner P., et al. Upper gastrointestinal diseases in the elderly: report of a meeting held at Vicenza, Italy, on 20 March 1998 // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1999. — Vol. 11. — P.801-808.
 21. Zimmerman J., Shohat V., Tsvang E., et al. Esophagitis is a major cause of upper gastrointestinal haemorrhage in the elderly // Scand. J. Gastroenterol. — 1997. — Vol. 32. — P.906-909.

© СУХАНОВ А.В., ПИКЕРСКИЙ И.Э., ИГНАТОВ А.В., МЕНЬШИКОВА Л.В. — 2006

СРАВНЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ *H. PYLORI* (СООБЩЕНИЕ 1)

А.В. Суханов, И.Э. Пикерский, А.В. Игнатов, Л.В. Меньшикова

(Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, гл. врач — к.м.н. И.В. Ушаков; Иркутский государственный университет, ректор — д.х.н., проф. А.И. Смирнов; Институт географии СО РАН, директор — д.г.н. А.Н. Антипов; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский)

Резюме. Сравнивались морфологические методы определения *H. pylori*: гистологический и цитологический. В исследование были включены результаты обследования 1118 пациентов с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Сравнение проводилось с помощью корреляционного и регрессионного анализов. Показано, что между данными цитологического и гистологического методов определения *H. pylori* имеется высокая степень соответствия.

Ключевые слова. *Helicobacter pylori*, гистологический метод, цитологический метод.

Среди болезней внутренних органов патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по-прежнему имеет значительную распространенность, наиболее часто встречаются гастриты и язвенная болезнь, которыми страдают до 60% населения.

Известно, что в большинстве случаев причиной возникновения этих заболеваний является микроорганизм *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) — спиралевидная, неподвижная, с несколькими (от 4 до 6) жгутиками на одном конце, грамотрицательная бактерия, для жизнедеятельности которой необходимы микроаэрофильные условия с повышенным содержанием CO_2 , определенная концентрация водородных ионов в просвете желудка и наличие мочевины. Природные резервуары возбудителя не выявлены, а вне организма бактерия приобретает устойчивую кокковидную форму и реверсирует в вибрион только в желудке [4,5,7,9].

Для уточнения этиологии заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо установить наличие этого возбудителя на слизистой оболочке желуд-

ка. Самым распространенным и информативным способом выявления *H. pylori* является эндоскопическое исследование с забором биоптатов слизистой оболочки для цитологического и гистологического изучения.

Гистологический метод выявления *H. pylori* в биоптатах слизистой оболочки желудка считают «золотым стандартом» диагностики инфекции [1,8]. Его специфичность доходит до 97%; чувствительность одиночных биоптатов составляет 90%, а при использовании 2-х и более — приближается к 100%. Данный метод, выявляя *H. pylori* «напрямую», определяет особенности возбудителя и позволяет морфологически, а значит наиболее достоверно и точно, оценить состояние слизистой оболочки желудка. Эти изменения, недоступные обычному эндоскопическому исследованию, дают врачу-гастроэнтерологу сведения, позволяющие назначить адекватное лечение и определить стратегию наблюдения за пациентом.

В доступной нам литературе имеется небольшое количество работ, в которых сравниваются между собой