

# Анализ эффективности скрининга для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в поликлиническом звене

М.В. Лисина, Л.А. Личман, И.Н. Гребенкина, О.Е. Лисин, к.м.н. С.Е. Каторкин,  
к.м.н. И.В. Киселева

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

## РЕЗЮМЕ

**Цель:** определить роль скринингового обследования в ранней диагностике и эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в условиях поликлиники у пациентов младшей и старшей возрастных групп.

**Материал и методы:** нами был проведен анализ 189 пациентов, обратившихся в поликлинику Клиник СамГМУ за 2016 г. с жалобами на изжогу, периодическую отрыжку с кислым привкусом после наклонов туловища, появление боли в области мечевидного отростка после приема пищи. Большая часть пациентов изначально были направлены в экстренный хирургический стационар Клиник СамГМУ для исключения экстренной хирургической патологии. При обращении в поликлинику СамГМУ пациенты были направлены на консультацию к терапевту и гастроэнтерологу для определения тактики амбулаторного лечения. Все пациенты были разделены на 2 возрастные группы: от 18 до 45 лет и от 46 до 65 лет. Скрининговое исследование включало опрос пациента, анкетирование (опросник по скринингу ГЭРБ), а также эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС). Проведен анализ эффективности базисной терапии у пациентов сравниваемых групп через 1, 2, 3, 6 и 12 мес. Статистически доказано, что ранний скрининг ГЭРБ позволяет сократить продолжительность консервативной терапии и добиться стойкой ремиссии за более короткие сроки.

**Результаты:** у лиц молодого возраста при скрининговом исследовании чаще выявляется ГЭРБ I и II степени, что позволяет назначить адекватную терапию на ранних стадиях заболевания, остановить прогрессирование патологического процесса и избежать тяжелых осложнений. У пациентов старше 45 лет выявлена ГЭРБ более тяжелой степени, сопровождающаяся в 50% случаев эзофагитом, что значительно усложняет и снижает эффективность базисной терапии. Основным скрининговым методом диагностирования ГЭРБ – анкетирование и выявление факторов риска при опросе.

**Заключение:** скрининг методом анкетирования по опроснику ГЭРБ позволяет заподозрить данное заболевание еще на ранних стадиях, без выраженной эндоскопической картины, своевременно назначить базисную консервативную терапию и добиться стойкой ремиссии за короткие сроки.

**Ключевые слова:** ГЭРБ, эрозивный эзофагит, изжога, скрининг, ЭФГДС, анкетирование.

**Для цитирования:** Лисина М.В., Личман Л.А., Гребенкина И.Н. и др. Анализ эффективности скрининга для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в поликлиническом звене // РМЖ. 2017. № 17. С. 1211–1214.

## ABSTRACT

Analysis of the effectiveness of screening for the treatment of gastroesophageal reflux disease in the city clinic

Lisina M.V., Lichman L.A., Grebenkina I.N., Lisin O.E., Katorkin S.E., Kiseleva I.V.

Samara State Medical University

**Aim:** to determine the role of screening examination in the early diagnosis and effectiveness of treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) in a city clinic in patients of younger and older age groups.

**Patients and methods:** we analyzed 189 patients who applied to the Samara State Medical University Clinic during 2016 with complaints for heartburn, periodic acid reflux after bendover of body, pain in the xiphosternum area after eating. Most of the patients were initially sent to the emergency surgical hospital of the Samara State Medical University Clinic to exclude emergency surgical pathology. When contacting the clinic of Samara State Medical University, patients were referred to a therapist and a gastroenterologist for an outpatient treatment strategy. All patients were divided into 2 age groups: from 18 to 45 years and from 46 to 65 years. The screening study included a patient questionnaire, GERD screening questionnaire, and an esophagogastroduodenoscopy (EGD). The effectiveness of basic therapy in patients of the compared groups was analyzed at 1, 2, 3, 6, and 12 months. It has been statistically proven that early screening of GERD can shorten the duration of conservative therapy and achieve a stable remission in a shorter period of time.

**Results:** screening of young people more often show GERD of I and II degrees, which makes it possible to prescribe adequate therapy in the early stages of the disease, stop the progression of the pathological process and avoid serious complications. Patients over 45 years of age had GERD of a more severe degree, in 50% of cases accompanied with esophagitis, which significantly complicates and reduces the effectiveness of basic therapy. The main screening method for diagnosing GERD is questioning and identifying risk factors in a survey.

**Conclusion:** screening by the GERD questionnaire allows to suspect the disease at an early stage, without a pronounced endoscopic picture, to prescribe base conservative and to achieve a stable remission in a short time.

**Key words:** GERD, erosive esophagitis, heartburn, screening, EGD, questionnaire.

**For citation:** Lisina M.V., Lichman L.A., Grebenkina I.N. et al. Analysis of the effectiveness of screening for the treatment of gastroesophageal reflux disease in the city clinic//RMJ. 2017. № 17. P. 1211–1214.

**Введение**

Согласно национальным рекомендациям гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого [1].

В последние десятилетия имеет место тенденция роста числа пациентов с данной патологией, кроме того, отмечается расширение возрастного диапазона. Все чаще с симптомами, характерными для ГЭРБ, к врачам обращаются пациенты молодого возраста. Факторами риска, провоцирующими развитие данного заболевания, являются: стресс, ожирение, беременность, работа, связанная с постоянным наклоном туловища вниз, острая и жирная пища, алкоголь, курение, а также прием некоторых лекарственных препаратов. В мировой практике распространенность ГЭРБ составляет 20–40% [2], в Российской Федерации – 40–60%. Следует отметить, что ведущий симптом данного заболевания – изжога – встречается у 75–85% больных [3]. Отрыжка воздухом или пищей с кислым привкусом, появляющаяся при наклоне туловища у пациентов с ГЭРБ, встречается более чем в 50% случаев. Нарушение глотания (дисфагия), боль при глотании (одинофагия) выявляются в 20% случаев. Довольно часто пациентов беспокоит боль под мечевидным отростком, появляющаяся после приема пищи.

В настоящее время ГЭРБ признана одним из самых распространенных заболеваний среди всех заболеваний верхних отделов ЖКТ. Трудность ранней диагностики данной патологии связана с существованием атипичных форм заболевания и вариабельностью симптомов [4]. Это приводит к выявлению болезни на запущенной стадии, когда появляется множество осложнений, что, в свою очередь, увеличивает затраты на лечение. Длительно существующий гастроэзофагеальный рефлюкс может усугублять течение ишемической болезни сердца, провоцировать приступы бронхиальной астмы, быть причиной тяжелых пневмоний [5]. Грозным осложнением ГЭРБ являются язвы пищевода, сопровождающиеся кровотечением, а также стриктуры пищевода (у 2–7% пациентов с ГЭРБ). У 15% больных язвы осложняются перфорацией. По данным исследований некоторых авторов, рост заболеваемости аденокарциномой нижних отделов пищевода связан с широким распространением ГЭРБ [6].

Большая распространенность заболевания, в частности среди лиц молодого возраста, разнообразие факторов риска [7], грозные осложнения, связанные с несвоевременным выявлением данной патологии, – все это определяет необходимость проведения скрининговых исследований у всех пациентов с жалобами, характерными для ГЭРБ.

**Цель исследования:** определить роль скринингового обследования в ранней диагностике и эффективности лечения ГЭРБ в условиях поликлиники у пациентов младшей и старшей возрастных групп.

**Материал и методы**

Нами проведен анализ 189 пациентов, обратившихся в поликлинику Клиник СамГМУ за 2016 г. с жалобами на изжогу, периодическую отрыжку с кислым привкусом после наклонов туловища, появление боли в области мечевидного отростка после приема пищи. Большая часть пациентов

изначально направлялись в экстренный хирургический стационар Клиник СамГМУ для исключения экстренной хирургической патологии. При обращении в поликлинику СамГМУ пациенты направлялись на консультацию к терапевту и гастроэнтерологу для определения тактики амбулаторного лечения. Наблюдение за пациентами велось в течение года начиная от первичного обращения к хирургу или гастроэнтерологу.

Нами продолжено наблюдение за данными пациентами. От каждого пациента было получено информированное согласие на участие в исследовании, которое проводилось в соответствии с утвержденным протоколом, этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Сеул, 2008), трехсторонним Соглашением по надлежащей клинической практике (ICH GCP) и действующим законодательством РФ.

Критериями исключения из исследования были: установленная ГЭРБ в анамнезе, осложненные формы заболевания (пептическая язва, пептическая стриктура, пищеводные кровотечения, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода), сопутствующая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ВИЧ-инфекция IV стадии, беременность.

Возраст пациентов колебался от 18 до 65 лет. Все пациенты были разделены на 2 возрастные группы: от 18 до 45 лет – 129 пациентов (68,25%); от 46 до 65 лет – 60 пациентов (31,75%).

В общем числе пациентов было 72 мужчины (36%) и 117 женщин (64%) (табл. 1).

Статистически значимых различий между группами пациентов по полу не выявлено:  $\chi^2 = 0,001$ ;  $p = 0,05$ .

Скрининговое исследование включало опрос пациента (жалобы и анамнез заболевания), анкетирование (опросник по скринингу ГЭРБ [8]). Далее всем пациентам выполнялась ЭФГДС с помощью эндоскопа Olympus EVIS CV-150, позволяющая оценить состояние слизистой оболочки пищевода.

**Таблица 1. Распределение пациентов (n=189) по полу**

Группа пациентов	Количество мужчин, абс. (%)	Количество женщин, абс. (%)	Всего, абс. (%)
1-я группа	49 (38%)	80 (62%)	129 (100%)
2-я группа	23 (38,3%)	37 (61,7%)	60 (100%)

**Таблица 2. Факторы риска развития ГЭРБ**

Фактор риска	Число пациентов 1-й группы, абс. (%)	Число пациентов 2-й группы, абс. (%)	Всего, абс. (%)
Постоянный стресс	57 (30%)	30 (16%)	87 (46%)
Курение	43 (23%)	24 (12,5%)	67 (35,5)
Употребление алкоголя чаще 1 раза в неделю	63 (33%)	18 (10%)	81 (43%)
Употребление острой и жирной пищи	103 (54%)	39 (21%)	142 (75%)
Работа с постоянными наклонами туловища	27 (14%)	13 (7%)	40 (21%)

При установлении диагноза ГЭРБ всем пациентам назначалась базисная консервативная терапия: антациды для снижения кислотности желудочного содержимого, препараты, подавляющие секреторную функцию желудка (ингибиторы протонной помпы), прокинетики, нормализующие моторную функцию ЖКТ. Также были даны необходимые рекомендации по коррекции рациона питания.

**Результаты**

У всех пациентов присутствовали рефлюкс-синдром (изжога, отрыжка горьким и кислым, тошнота) и диспепсический синдром (вздутие живота, отрыжка воздухом).

У 149 пациентов в обеих группах были выявлены различные факторы риска: постоянный стресс – 87 пациентов (46%), курение – 67 пациентов (35,5%), употребление алкоголя чаще 1 раза в неделю – 81 пациент (43%), употребление острой и жирной пищи – 142 пациента (75%), работа с постоянными наклонами туловища – 40 пациентов (21,2%). Данные представлены в таблице 2.

По результатам анкетирования мы смогли заподозрить ГЭРБ у 172 пациентов (91%), которые были направлены на дальнейшее эндоскопическое исследование. У 15 пациентов (9%) результаты анкетирования были сомнительными, и им было предложено выполнить ЭФГДС для верификации диагноза.

Эндоскопическая картина оценивалась по Лос-Анджелесской классификации, принятой в 1994 г. и имеющей следующую градацию степеней тяжести [7]:

А (I степень) – дефекты слизистой (один или более), ограниченные одной складкой слизистой оболочки пищевода (СОП), размером до 5 мм;

В (II степень) – дефекты слизистой (один или более), ограниченные одной складкой СОП, размером более 5 мм;

С (III степень) – дефекты слизистой (один или более), выходящие за пределы двух складок СОП, но занимающие менее 75% окружности пищевода;

Д (IV степень) – дефекты слизистой, занимающие более 75% окружности СОП.

При эндоскопическом исследовании выявлены следующие патологии:

– недостаточность кардии: в 1-й группе – 26 пациентов (20,15%), во 2-й группе – 29 пациентов (48,3%);

– грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: в 1-й группе – 7 пациентов (5,4%), во 2-й группе – 6 пациентов (10%);

– ГЭРБ I степени: в 1-й группе – 3 пациента (50%), во 2-й группе – 3 пациента (10%);

– ГЭРБ II степени: в 1-й группе – 2 пациента (33%), во 2-й группе – 10 пациентов (33%);

– ГЭРБ III степени: в 1-й группе – 1 пациент (17%), во 2-й группе – 14 пациентов (47%);

– ГЭРБ IV степени: в 1-й группе не наблюдалось, во 2-й группе – 3 пациента (10%).

**Таблица 3. Сочетание ГЭРБ и эзофагита**

Группа пациентов	Число пациентов с эзофагитом, абс. (%)	Число пациентов без эзофагита, абс. (%)	Всего, абс. (%)
1-я группа	6 (5%)	123 (95%)	129 (100%)
2-я группа	30 (50%)	30 (50%)	60 (100%)
Всего	36 (19%)	153 (81%)	189 (100%)

У 36 пациентов (19%) ГЭРБ сопровождалась эзофагитом, у 153 пациентов (81%) при эндоскопии эзофагит не выявлен. Данные представлены в таблице 3.

Отмечаются статистически значимые различия между группами пациентов по наличию эзофагита:  $\chi^2=50,8$ ;  $p=0,05$ .

У лиц молодого возраста при скрининговом исследовании чаще выявляется ГЭРБ I и II степени, что позволяет назначить адекватную терапию на ранних стадиях заболевания, остановить прогрессирование патологического процесса и избежать тяжелых осложнений. В свою очередь, у пациентов старше 45 лет выявляется ГЭРБ более тяжелой степени, сопровождающаяся в 50% случаев эзофагитом, что значительно усложняет и снижает эффективность базисной терапии.

При проведении базисной консервативной терапии мы оценили результаты лечения пациентов 1-й группы через 1, 2, 3, 6 и 12 мес. Все пациенты обследовались по опроснику ГЭРБ и методом ЭФГДС в указанные сроки. Результаты наблюдения в 1-й группе:

– 122 пациента (95%) отметили улучшение через месяц после начала консервативной терапии и полное исчезновение жалоб по опроснику ГЭРБ;

– 7 пациентов (5%) отметили улучшение через 2 мес. и полное исчезновение жалоб по опроснику ГЭРБ, что вполне соответствовало тяжести ГЭРБ;

– при повторном эндоскопическом исследовании отмечалось исчезновение макроскопической картины эзофагита через месяц у 5 человек (83%), у 1 пациента (7%) – через 2 мес.;

– рецидивов заболевания при контрольном осмотре через 6 и 12 мес. не зарегистрировано. Поддерживающая терапия не проводилась.

Результаты наблюдения во 2-й группе:

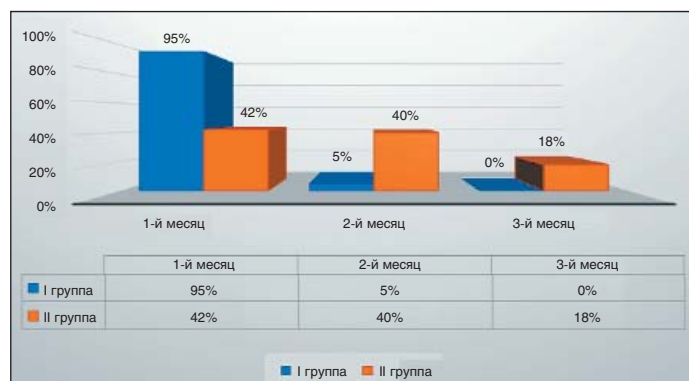
– 25 пациентов (42%) отметили улучшение через месяц после начала консервативной терапии и полное исчезновение жалоб по опроснику ГЭРБ;

– 24 пациента (40%) отметили улучшение через 2 мес. и полное исчезновение жалоб по опроснику ГЭРБ;

– 11 пациентов (18%) отметили улучшение и исчезновение симптомов заболевания через 3 мес. по опроснику ГЭРБ;

– у 21 пациента (70%) отмечалась эндоскопическая регрессия эзофагита через 2 мес.;

– у 9 пациентов (30%) исчезновение макроскопической картины эзофагита наблюдалось лишь через 3 мес.;



**Рис. 1. Длительность базисной терапии у пациентов 1-й и 2-й групп**

– рецидивов заболевания во 2-й группе не наблюдалось, но потребовалась поддерживающая терапия в течение 6 мес. Длительность базисной терапии представлена на рисунке 1.

### Обсуждение

У лиц молодого возраста при скрининговом исследовании чаще выявляется ГЭРБ I и II степени, что позволяет назначить адекватную терапию на ранних стадиях заболевания, остановить прогрессирование патологического процесса и избежать тяжелых осложнений. У пациентов старше 45 лет выявлена ГЭРБ более тяжелой степени, сопровождающаяся в 50% случаев эзофагитом, что значительно усложняет и снижает эффективность базисной терапии. Основным скрининговый метод диагностики ГЭРБ – анкетирование и выявление факторов риска при опросе. Мы считаем, что у пациентов старшей возрастной группы тяжесть заболевания обусловлена поздней обращаемостью в медучреждение и соответственно поздней диагностикой.

### Заключение

Использование скринингового метода с помощью опросника ГЭРБ позволяет заподозрить ГЭРБ на ранних стадиях, без выраженной эндоскопической картины заболевания, что дает возможность своевременно назначить базисную консервативную терапию и добиться стойкой ремиссии за короткие сроки.

### Литература

1. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence based consensus // Am. J. Gastroenterol. 2006. Vol. 101(8). P.1900–1920.
2. Ивашкин В.Т., Рапопорт С.И., Шептулин А.А. Достижения и перспективы клинической гастроэнтерологии // Клиническая медицина. 2010. Т. 88. Вып. 4. С.17–22 [Ivashkin V.T., Rapoport S.I., Sheptulin A.A. Dostizhenija i perspektivy klinicheskoj gastrojenterologii. // Klinicheskaja Medicina. 2010. T. 88. Vyp. 4. S.17–22 (in Russian)].
3. Титгат Г.Н.Дж. Патогенез ГЭРБ // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2004. Вып. 5. С.6–11 [Titgat G.N.Dzh. Patogenez GjeRB // Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. 2004. Vyp. 5. S.6–11 (in Russian)].
4. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Васнев О.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, клиника, лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. №12. С.10–16 [Lazebnik L.B., Masharova A.A., Vasnev O.S. i dr. Gastroezofageal'naja refljuksnaja bolezn' u pozihlyh: jepidemiologija, klinika, lechenie // Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. 2010. №12. S.10–16 (in Russian)].
5. Бродская О.Н. Бронхиальная астма и ГЭРБ: актуальные вопросы диагностики и лечения // Астма и аллергия. 2016. №2. С.11–14 [Brodskaja O.N. Bronhial'naja astma i GjeRB: Aktual'nye voprosy diagnostiki i lechenija // Astma i allergija. 2016. №2. S.11–14 (in Russian)].
6. Кашин С.В., Иваников И.О. Пищевод Барретта: современные возможности диагностики, лекарственной терапии и снижения риска развития рака // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. №2. С.90–98 [Kashin S.V., Ivanikov I.O. Pishhevod Barretta: sovremennye vozmozhnosti diagnostiki, lekarstvennoj terapii i snizhenija riska razvitija raka // Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija. 2009. №2. S.90–98 (in Russian)].
7. Sonnenberg A. Effects of environment and lifestyle on gastroesophageal reflux disease // Dig Dis. 2011. Vol. 29(2). P.229–234.
8. Фадеенко Г.Д., Кушнир И.Э., Бабак М.О. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроэнтерология. 2008. Т. 5. Вып. 43. С.12–16 [Fadenko G.D., Kushnir I.E., Babak M.O. Jepidemiologicheskie aspekty gastroezofageal'noj refljuksnoj boleznij // Suchasna gastroenterologija. 2008. T. 5. Vyp. 43. S.12–16 (in Ukrainian)].

Реклама

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА (РОСПОТРЕБНАДЗОР)

## XII Всероссийский съезд гигиенистов и санитарных врачей

«Российская гигиена – развивая традиции устремляемся в будущее»

17-18 ноября 2017

Съезд включен в план основных организационных мероприятий Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на 2017 год.

Здание Мэрии г. Москвы,  
ул. Новый Арбат, 36

Дополнительная информация и регистрация на сайте: [www.expodata.info](http://www.expodata.info)

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР:

ООО «Экспо пресс», моб.: +7(962) 935-70-50 - Львов Михаил Геннадьевич  
т/ф.: +7(495) 617-36-43/44, E-mail: [lvov.m.g@inbox.ru](mailto:lvov.m.g@inbox.ru); [vk.com/expodata](https://vk.com/expodata)

ПО ВОПРОСАМ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ:

+7 (495) 954-70-77 - Кузькина Татьяна Дмитриевна, E-mail: [gusen@fcgie.ru](mailto:gusen@fcgie.ru)

ПО ВОПРОСАМ ПУБЛИКАЦИИ МАТЕРИАЛОВ:

+7 (903) 785-79-15 - Федина Ирина Николаевна, E-mail: [pesticidi@yandex.ru](mailto:pesticidi@yandex.ru)

