

*Трифонов*

На правах рукописи

**Трифорова Элла Викторовна**

**Особенности клинических проявлений и распространенность  
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни среди рабочих и  
служащих нефтяной промышленности**

**14.00.05 - внутренние болезни**

**А в т о р е ф е р а т**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Казань**

**2005**

Работа выполнена в Казанской государственной медицинской академии  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
Рафик Галимзянович Сайфутдинов

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Владимир Феоктистович Богоявленский,  
доктор медицинских наук, профессор  
Александр Иванович Пальцев

**Ведущее учреждение:**  
Сибирский государственный медицинский университет  
(г. Томск)

Защита состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2005 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д.208.033.02. при Казанской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации (420012 г. Казань, ул. Муштари, 11)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Казанской медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации (420012 г. Казань, ул. Муштари, 11)

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2005 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент. Е.К.Ларюкова

2005-4  
46238

2055968

2

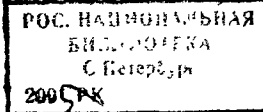
## Общая характеристика работы

**Актуальность:** Заболевание, характеризующееся забросом желудочного содержимого в пищевод известно давно. Такие симптомы как изжога и отрыжка кислым имеются в трудах Авиценны. Считается, что гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) впервые был описан Н. Quinke в 1879 году (цит. по Гриневич В.Б., Богданов И.В., Саблин О.А., 2001).

Серьезных, больших эпидемиологических исследований по распространенности ГЭРБ во многих странах не проводилось. Поэтому истинная распространенность данного заболевания мало изучена. В основном обследовались пациенты по обращаемости. Например, в Судане таким способом исследовали 59 мужчин и 41 женщину с подозрением на ГЭРБ. У 47 (45%) пациентов эндоскопически выявили ГЭРБ (Fedail S.S., Mohamed Ahmed H.H., 2001).

В США изжогу – основной симптом ГЭРБ испытывают от 10 до 20% взрослых еженедельно (Ruth M., Mansson I., Sanberg N., 1991; Isolauri J., Laippala P., 1995; Locke G.R., Fett S.L., Talley N., 1997; Galmiche J-P., Galmiche H.R., 2000).

В Германии и Швеции обследовали 1011 человек на наличие ГЭРБ по основным симптомам, (опрос шел по телефону). Оказалось, что 50% из них в течение последних 5 лет страдали изжогой той или иной степени, 88% получали антисекреторную терапию, 64% изжогу испытывали 1 раз в неделю (Jones R., Horbach S., Sander P., 2001).



Во Франции среди 5042 человек ГЭРБ выявляли гастроэнтерологи, врачи общей практики и других специальностей. Оказалось, что выявляемость ими ГЭРБ распределилась следующим образом: 50, 35 и 14% соответственно (Caekaert A., Bretagne J.F., Rey J.F., 2001).

В Финляндии из 3378 обследованных, пациенты с симптомами ГЭРБ составили 24,5% (760 чел.). Эндоскопически позитивная ГЭРБ была обнаружена у 33% (254 чел.), пищевод Барретта у 2% (14 чел.), опухоль пищевода у 0,4% (3 чел.). Ежегодно эндоскопически позитивных пациентов с ГЭРБ выявляется от 1,6 до 3,8 на 1000 населения, пищевода Барретта – 1,3-3,0 на 10000 населения, а опухоли пищевода – 0,9-2,4 на 10000 населения (Voutilainen M., Kumpulainen I., Mintynen T., 2002).

В Западной Европе от 30 до 50% населения страдает изжогой и регургитацией (Carling L., Brun J., 2002).

Считается, что распространенность ГЭРБ в Турции аналогична высокоразвитым странам (Bog S. Kitapcioglu G., Mandiracoglu A., 2001).

В Таиланде ГЭРБ распространена не так часто как в европейских странах. Среди 197 пациентов с подозрением на ГЭРБ 94 (47,7%) (48 жен. и 46 муж.) жаловались на изжогу и боли за грудиной, 17 из них имели хиатальную грыжу, 31 пациент страдали бронхиальной астмой (15,7%) (20 жен. и 11 муж.) (Chakkaphak S., Petsrikun K., 2002).

В Иране распространенность ГЭРБ составляет от 17,4% до

22,7% (Khabbaznia N., Malekzaden R., Nasser-Moghaddam S., 2002). Считается, что такой высокий уровень ГЭРБ обусловлен проникновением западного образа жизни на Восток.

В Сербии (Сараево) распространенность ГЭРБ выросла после войны 1991-1995 гг. и достигла 35-40% (Maric V., Begenis H., Starovik B., 2002).

Данные по распространенности ГЭРБ в различных регионах России очень скудные. Так в Санкт-Петербурге изжога встречается ежедневно у 4,8; еженедельно у 17,8 и ежемесячно у 23,6% опрошенных лиц. Из них 78,3% ни разу не лечились у врача по данному поводу. В возрасте от 16 до 25 лет изжога была у 62,3; от 26 до 35 лет у 54,5; от 36 до 45 лет у 72,7; от 46 до 55 лет у 64,4; от 56 до 65 лет у 62,7 и старше 65 лет у 62,4% опрошенных (Starostin B.D., 2001).

Мало работ, показывающих частоту эндоскопически неагивной и позитивной ГЭРБ. П.Н.Любченко, Л.Е. Гаганов, Е.Б. Широкова, (2002) в г. Москве, определяли распространенность ГЭРБ в случайной выборке больных, госпитализированных в отделение профпатологии не в связи с жалобами со стороны органов пищеварения, а по основному профессиональному заболеванию. Обследовано 422 больных. Бессимптомное течение наблюдалось у 36 человек из 121 (29,75%). Эндоскопических признаков эзофагита не было у 80 больных с недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера (66,12%), неэрозивный эзофагит выявлен у 29 (23,96%),

эрозивный эзофагит - у 12 (9,92%). Таким образом, среди больных отделения профпатологии, госпитализированных без учета жалоб со стороны органов пищеварения, частота ГЭРБ составила 28,7%, протекающая у 1/3 бессимптомно.

О.Б. Дронова, В.А. Кириллов, (2001) обследовали 52 пациента с характерными клиническими проявлениями ГЭРБ - изжогой, отрыжкой, симптомами дисфагии и одинофагии. Эндоскопически позитивная форма ГЭРБ выявлена у 42 пациентов (80,8%), эндоскопически негативная - у 10 пациентов (19,2%).

Из этих двух работ мы видим чрезвычайно высокий разброс эндоскопически негативной и позитивной ГЭРБ. Что также требует изучения.

Не исследована распространенность раздельно проявлений пищеводных и внепищеводных симптомов ГЭРБ.

В связи с этим, целью работы явилось изучить особенности клинических проявлений и распространенность ГЭРБ среди рабочих и служащих нефтяной промышленности.

Для достижения этой цели были намечены следующие задачи:

1. Разработать анкету для обследования пациентов с целью выявления ГЭРБ, собрать скрининговую информацию и провести детальное обследование пациентов подозрительных на ГЭРБ.

2. Оценить наличие эндоскопически негативной и позитивной ГЭРБ.
3. Проанализировать частоту встречаемости пищеводных и внепищеводных проявлений ГЭРБ.
4. Дать рекомендации для уменьшения появления новых больных с ГЭРБ.

**Научная новизна.** Впервые на большом клиническом материале, с использованием современных методов, изучена особенность клинических проявлений и распространенность ГЭРБ среди рабочих и служащих нефтяной промышленности. Изучена частота встречаемости эндоскопически негативной и позитивной ГЭРБ. Показана распространенность пищеводных и внепищеводных проявлений данной патологии. Выявлена зависимость ГЭРБ от условий труда.

**Практическая значимость.** Полученные данные по распространенности ГЭРБ среди работников нефтяной промышленности позволяют внести некоторые рекомендации для снижения появления новых случаев данного серьезного заболевания.

**Положения, выносимые на защиту.**

1. Анкетирование завышает оценку распространенности ГЭРБ.
2. Чистая ГЭРБ, без внепищеводных проявлений, встречается чаще у служащих, чем у рабочих.

3. У мужчин кардиальные проявления встречаются чаще, чем легочные. У них ни в одном случае, при тщательном обследовании, не выявлено ЛОР проявлений.
4. У женщин наиболее часто встречается ГЭРБ под «маской» легочных проявлений. ГЭРБ под «маской» ЛОР проявлений встречается только у рабочих женщин.
5. ГЭРБ под «маской» кардиальных проявлений у рабочих мужчин появляется достоверно в более старшем возрасте, чем у женщин. ГЭРБ под «маской» легочных проявлений встречается в более старшем возрасте у женщин.
6. У лиц с подтвержденной ГЭРБ часто обнаруживаются стоматологические проявления.

### **Апробация работы.**

Основные положения работы доложены и обсуждены на: научно-практической конференции молодых ученых Казанской государственной медицинской академии, Казань, 2003; 5-ом Славяно-Балтийском научном форуме «Санкт-Петербург-Гастро-2003», Санкт-Петербург, 2003; IX российская гастроэнтерологическая неделя, Москва, 2003; XI-ая научно-практическая конференция по гастроэнтерологии, Томск, 2003; XI-ом Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство», Москва, 2004; Всероссийской конференции по гастроэнтерологии, Новосибирск, 2004; Республиканской научно-практической конференции «Профилактическая служба в



Республике Татарстан: история, реалии и перспективы», Казань, 2004.

### **Публикации.**

По теме диссертации опубликовано 7 научных работ (4 тезиса, 3 журнальные статьи), в том числе одно методическое пособие для врачей. Получено свидетельство на рационализаторское предложение № 802/56 от 21.01.03 г.

**Внедрение в практику.** Результаты исследования внедрены в практическую деятельность МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска. Данные, полученные в диссертации, используются в учебном процессе на кафедре терапии Казанской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации, на кафедре факультетской терапии Казанского государственного медицинского университета, на кафедре семейной медицины и терапии Казанской государственной медицинской академии.

### **Структура диссертации.**

Диссертация изложена на 121 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Работа иллюстрирована 70 таблицами и 12 рисунками. Указатель использованной литературы включает 211 источника, из них 112 отечественных и 100 иностранных.

## Содержание работы

### Общая характеристика обследованных больных.

Работа проведена на базе МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска на организованной популяции численностью 1940 человек в возрасте от 20 до 65 лет в одном из структурных подразделений ОАО «Татнефть» в НГДУ «Ямашнефть».

Мужчины составили 70,4% от общего числа больных (средний возраст -  $32,8 \pm 0,3$  лет), женщины - 29,6% (средний возраст -  $38,7 \pm 0,4$  лет) ( $P < 0,01$ ). Рабочих было 1312 чел. (мужчин - 1116 чел.,  $85,8 \pm 1,0\%$ ; женщин - 196 чел.,  $35,8 \pm 3,4\%$ ;  $P < 0,01$ ), служащих - 535 чел. (мужчин - 184 чел.,  $14,2 \pm 2,3\%$ ; женщин - 351 чел.,  $64,2 \pm 2,6\%$ ;  $P < 0,05$ ).

**Ход исследования.** На старте был проведен 1-й этап работы - сплошным скринингом было охвачено 1847 человек (отклик 95,2% от представленного отделом кадров завода списка, подлежащих обследованию 1940 человек). Оно включало общее анкетирование для выявления лиц, подозрительных на ГЭРБ.

2-й этап - тщательное обследование лиц, выявленных на 1-м скрининге, для оценки наличия или отсутствия ГЭРБ. При этом, помимо физикального метода, применялись лабораторные и инструментальные исследования.

## Методы исследования

### 1-й этап

Использована анкета, предложенная J.J. Ofman с соавт. (2001) и несколько модифицированная нами. В анкету вошли вопросы, изложенные в доступной форме, позволяющим людям далеким от медицины корректно ответить на поставленные вопросы. Последние были сгруппированы таким образом, чтобы выявить блоками основные изменения в организме. Анализировались пищеводные проявления ГЭРБ: изжога, отрыжка (кислым, горьким или пищей), боль или ощущение кома за грудиной, повышенное количество жидкости во рту, дисфагия и одинофагия. Также учитывали внепищеводные проявления ГЭРБ:

- кардиальный синдром – ретростеральная боль, иррадиирующая в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть и левую половину грудной клетки. Связь боли с приемом и физическими свойствами пищи, положением тела,
- легочный синдром – кашель, одышка, чаще возникающая при наклонах, в положении лежа,
- отоларингологический синдром – охриплость голоса, слюнотечение, першение в горле,
- стоматологический синдром – наличие кариеса, коронок, отсутствие двух и более зубов.

Опрос включал в себя также паспортные данные, сведения о перенесенных заболеваниях, состояния здоровья родителей, факторах риска и т.д.

В анамнезе обращали внимание на факторы, способствующие ослаблению НПС: а) потребление продуктов, содержащих кофеин (кофе, чай, кока-кола, шоколад), жиры, цитрусовые, томаты, газированные напитки; б) прием лекарств, ослабляющих давление в НПС и тем самым способствующих появлению и поддержанию ГЭРБ (антагонисты кальция, папаверин, но-шпа, нитраты, баралгин, аналгетики, теофиллин, доксициклин, холишэргические вещества, седативные и снотворные средства, а также лекарственные препараты, в состав которых входит кофсин (цитрамон, кофетамин и др.); в) на поражение блуждающего нерва (вагусная нейропатия при сахарном диабете, ваготомия); наличие сахарного диабета; курение; употребление алкоголя, наличие беременности.

После скрининга, подозреваемые на ГЭРБ лица прошли детальное обследование в МСЧ ОАО «Татнефть» г. Альметьевска.

Диагноз верифицировался на основании клинических, биохимических и инструментальных данных. При клиническом обследовании принимали во внимание пищеводные и внепищеводные проявления болезни.

Объективно проводили пальпацию, перкуссию, аускультацию. Оценивали результаты крови, мочи, желудочного сока.

В биохимических анализах учитывали уровни общего белка, белковые фракции, фибрина, сиаловых кислот, серомукоида, СРБ, гаптоглобина. Исследования осуществляли на аппарате «Пронто» итальянской фирмы «Пронто».

Больным проведены ЭКГ на аппарате «Сикард 440» фирмы «Сименс» Германия, УЗИ (ALOCA SOLTD SSD 5000 MO 9661), тредмил-тест на аппарате «Стресс-Тест система» фирма «Quintan» США, рентгенологические обследования «Сиремобиль 4Н», оценка функции внешнего дыхания «Пневмоскоп» фирма «Егор» Германия. При сложностях дифференциальной диагностики использовали, компьютерную томографию «Somatom CR» фирма «Сименс», Германия, исследование носоглотки, консультации кардиолога, пульмонолога, аллерголога, ЛОР специалиста (врач I категории Хусаинова Х.Ф.) и стоматолога (врач I категории Абдуллин А.Ш.). Согласно установленному диагнозу все пациенты получали соответствующую терапию.

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией осуществлялась аппаратом «GIFQ 40» «Olimpus» (Япония). Для морфологического исследования забор биоптатов осуществляли в зоне линии Z и/или в области между Z-линией

и пищеводно-желудочным переходом. (врач высшей категории, зав. эндоскопическим отделением Дерендяев А.П.).

Выделяли эндоскопически негативную и позитивную ГЭРБ (Dent J., 2001). Эндоскопически позитивную ГЭРБ классифицировали по (Savary M., Miller G., 1977)

Суточную рН-метрию проводили при дифференциальной диагностике некардиальной боли за грудиной, при легочной и ЛОР симптоматике.

Внутрипищеводная 24-х часовая рН-метрия осуществлялась на аппарате Гастроскан-24 (Фрязино, Россия).

Традиционно электрод вводится через нос до НПС. Однако, к большому сожалению, при таком способе он погибает и его с большим трудом удается ввести в пищевод. К тому же через небольшое количество времени электрод ломается и выходит из строя. В связи с этим нами предложен оригинальный способ введения электрода. Конец последнего захватывается направляющей эндоскопа и при помощи него электрод проводится в пищевод до нужного места и там оставляется. Способ, предложенный нами лишен многих недостатков, а именно: 1) электрод не сворачивается и всегда с первого раза устанавливается на необходимом месте, 2) нет необходимости в рентгенологическом контроле положения электрода, 3) проводится сразу же две манипуляции не создавая неудобств для пациента (ЭФГДС и установка электрода для 24 часовой

внутрипищеводной рН метрии) (рационализаторское предложение № 802/56 от 21.01.03г. «Способ введения зонда при мониторинге рН в верхних отделах желудочно-кишечного тракта»).

### **Статистическая обработка материала**

Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «Microsoft Excel» 5,0. Для оценки достоверности различий между связанными и несвязанными выборками непрерывных величин при нормальном распределении применяли t-критерий Стьюдента, парный и непарный соответственно. Нулевую гипотезу об отсутствии существенного различия между сравниваемыми группами отвергали при уровне значимости 0,05 или 0,01. При вычислении значимости качественных различий сравниваемых показателей использовали непараметрический метод Фишера. Коэффициент корреляции находили, применяя прямой способ вычисления  $r$ , на основе использования вариант  $X_i$  и  $Y_i$  и отклонений от них. Оценка альтернативных показателей (показатели относительной доли) осуществляли альтернативным анализом (Сепетлиев Д., 1968).

### **Результаты собственных исследований и их обсуждение.**

## Результаты скрининга.

### 1-ый этап.

Из всех анкетированных рабочих мужчин было 1116 чел. (85,8%), служащих 184 чел. (14,2%), женщин - 196 (35,8%) и 351(64,2%), соответственно. Как видно среди мужчин преобладали рабочие, а среди женщин – наоборот, служащие.

### Пищеводные проявления ГЭРБ

Изжога выявлена у 438 чел (23,7%): 296 муж (22,7%) и 142 жен (25,9%). На отрыжку жаловалось 258 чел. (14,0%): 153 муж (11,7%), 105 жен (19,1%).

Таблица № 1.

Встречаемость пищеводных проявлений ГЭРБ у рабочих и служащих мужчин

Симптомы	Рабочие 1116 чел./ (85,8%)	Служащие 184 чел./ (14,2%)	P
Изжога	255/22,8	41/22,3	> 0,05
Отрыжка	120/10,8	33/17,9	< 0,02

Как видно из данной таблицы отрыжка у служащих мужчин встречается в 1,7 раза чаще, чем у рабочих.



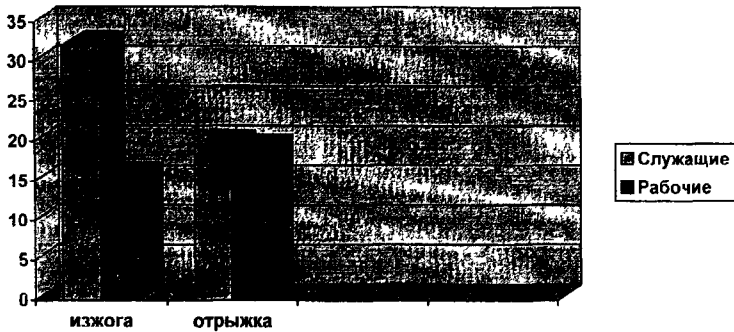


Рис. 1. Сводные данные по пищеводным проявлениям у рабочих и служащих мужчин.

Как видно из рисунка № 1 отрыжка встречается чаще у мужчин служащих.

Таблица № 2.

Встречаемость пищеводных проявлений ГЭРБ у рабочих и служащих женщин

Симптомы	Рабочие	Служащие	P
	196 чел./ (35,8%)	351 чел./ (64,2%)	
Изжога	30/15,3	112/31,9	< 0,01
Отрыжка	37/18,9	68/19,4	> 0,05

Согласно таблице № 2. встречаемость изжоги у служащих женщин в 2 раза выше, чем у рабочих.

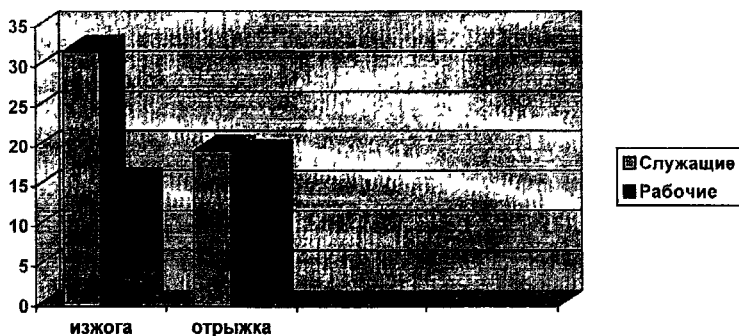


Рис. 2. Сводные данные по пищеводным проявлениям у рабочих и служащих женщин.

Как видно из рисунка изжога встречается чаще у служащих женщин.

## 2-й этап.

После скрининга, подозреваемые на ГЭРБ лица - 696 человек (37,6%), из них служащих мужчин 74 человека (16,5%), рабочих мужчин 375 человек (85,3%); женщин 180 человек (72,9%) и 67 человек (27,1%) соответственно, прошли детальное обследование в МСЧ ОАО «Татнефть» г.Альметьевска.

Эзофагогастродуоденоскопия проведена 696 пациентам, ЭКГ – 696, спирография – 696, рентгенография легких – 35, ЭхоКГ – 51. Суточную рН-метрию пищевода проводили при

дифференциальной диагностике некардиальной боли за грудиной, при легочной и лор-симптоматике – 118 лицам.

ГЭРБ при детальном обследовании выявлена у 153 человек (22%), из них мужчин- 63 человека (14%), женщин – 90 человек (36,4%). Среди мужчин рабочих было 36 человек (9,6%), служащих 27 человек (36,5%), а среди женщин – 23 человека (34,3%) и 67 человек (37,2%) соответственно.

Таблица № 3.

Встречаемость чистой ГЭРБ, без внепищеводных проявлений,  
у рабочих и служащих мужчин и женщин

	Мужчины		Женщины	
	Рабочие	Служащие	Рабочие	Служащие
	375чел./ (85,3%)	74чел./ (16,5%)	67чел./ (27,1%)	74чел./ (16,5%)
ГЭРБ	13/3,5	12/16,2	4/5,9	25/13,9
P	< 0,01		> 0,05	

Согласно таблице № 3, встречаемость чистой ГЭРБ у служащих как мужчин, так и женщин значительно выше, чем у рабочих. У рабочих женщин встречаемость ГЭРБ в 1,7 раз выше, чем у рабочих мужчин.

Осложнения ГЭРБ обнаружены у 16 человек (2,3%). Стриктура пищевода – 1 человек (0,14%), язва пищевода – 6 человек (0,86%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – 9 человек (0,2%).

У наших пациентов эндоскопически негативная ГЭРБ выявлена у 19 человек (12,3%), эндоскопически позитивная у 134 человек (87,7%).

При анкетировании 258 человек (14%) предъявляли жалобы на кардиалгии при детальном обследовании, оказалось: ГЭРБ под «маской» кардиальных проявлений выявлена у 51 человек (23 мужчин и 28 женщин). Из них рабочих мужчин 14 человек (3,7%), служащих мужчин 9 человек (12,2%). Среди женщин 5 человек (7,5%) и 23 человека (12,7%) соответственно. ИБС выявлена у 28 человек (4,02%). Артериальная гипертензия – у 47 человек (6,7%).

Легочные проявления при анкетировании выявлены у 199 человек (10,7%) - 134 мужчин, 66 женщин. При детальном обследовании: ГЭРБ под «маской» легочных проявлений обнаружена у 35 человек (15 мужчин, 20 женщин). Из них рабочих мужчин 9 человек (2,4%), служащих мужчин 6 человек (8,1%). Среди женщин 8 человек (11,9%) и 12 человек (6,7%) соответственно. Хронический бронхит выявлен у 30 человек (4,3%), БА – у 5 человек (0,7%).

Лор проявления при анкетировании выявлены у 236 человек (12,8%) – 145 мужчин, 91 женщина. При детальном обследовании ГЭРБ под «маской» лор проявлений выявлена только у женщин – 13 человек (5,2%). Из них рабочих женщин 6 человек (8,9%), служащих женщин 7 человек (3,9%). Хронический ларингит выявлен у 9 человек (1,3%), хронический фарингит – 12 человек (1,7%)

Стоматологические проявления при анкетировании выявлены у 342 человек (18,5%), при детальном обследовании у 215 человек (30,8%). Из них рабочих мужчин – 65 человек (14,4%), служащих мужчин – 35 человек (7,8%). Женщин – 38 человека (15,4%) и 77 человек (31,2%) соответственно.

Ожирение считается одним из предрасполагающих факторов для развития ГЭРБ. Как видно из данной таблицы нами оно выявлено у 26 человек (3,7%).

Потребляли продукты, содержащие кофеин (кофе, чай, кока-кола, шоколад), жиры, цитрусовые, томаты, газированные напитки - 254 чел. Наибольший их процент оказался среди служащих женщин – 87%.

Среди обследованных пациентов не было лиц, принимающих препараты, ослабляющих НПС и тем самым способствующих появлению и поддержанию ГЭРБ (антагонисты кальция, папаверин, но-шпа, нитраты, баралгин, анальгетики, теофиллин, доксициклин, холинэргические

вещества, седативные и снотворные средства, а также лекарственные препараты, в состав которых входит кофеин (цитрамон, кофетамин и др).

Не было лиц с поражением блуждающего нерва (вагусная нейропатия при сахарном диабете, ваготомия).

С сахарным диабетом было 3 человека.

Лиц, злоупотребляющих алкоголем, не было.

В обследуемых нами группах отсутствовали беременные женщины.

Курило - 289 чел. (мужчины: 260 рабочих, 22 служащих; женщины: рабочие 2, служащие 5).

### **Обсуждение полученных результатов**

При детальном обследовании ГЭРБ обнаружена у 22% лиц. Из них у мужчин в 14,0% случаев, у женщин – в 36,4%. Таким образом, анкетирование завышает оценку распространенности ГЭРБ. Чистая ГЭРБ, без внепищеводных проявлений, встречается чаще у служащих, чем у рабочих: у мужчин – в 4,6, у женщин – в 2,3 раза. Возраст их практически одинаков. У рабочих женщин встречаемость чистой ГЭРБ в 1,7 раз выше, чем у рабочих мужчин.

Подавляющее большинство: 78,3% имели длительность заболевания от 1 до 5 лет.

Нами ожирение выявлено у 26 человек (3,7%). Эти цифры примерно соответствуют литературным. Хотя мы тоже не

выявили достоверной корреляции между этими заболеваниями ( $r = 0,23$ ;  $P > 0,05$ ).

Употребление продуктов, содержащих кофеин (кофе, чай, кока-кола, шоколад), жиры, цитрусовые, томаты, газированные напитки способствуют расслаблению НПС. Нами этот факт обнаружен у 254 чел. Наибольший их процент оказался среди служащих женщин – 87%.

Многие медикаменты (антагонисты кальция, папаверин, но-шпа, нитраты, баралгин, анальгетики, теofilлин, доксициклин, холинэргические вещества, седативные и спазмолитические средства, мята перечная, а также лекарственные препараты, в состав которых входит кофеин (цитрамон, кофетамин и др.) ослабляют НПС, тем самым, способствуя появлению и поддержанию ГЭРБ (Bulat R., Fachnie E., Chauhan U., 1999). Так, нифедипин в дозе 40 мг снижает давление в НПС приблизительно на 40% с одновременным значительным уменьшением амплитуды сокращений пищевода. Нет единого мнения в отношении аденоблокаторов и аденостимуляторов. Так Ребров А.П. и Кашкина Е.И. (2001) утверждают, что  $\beta$ -аденоблокаторы снижают тонус НПС, в то время как Маев И.В. (2000) пишет, что  $\alpha$ -аденомиметики и  $\beta$ -аденоблокаторы его повышают, а  $\alpha$ -аденоблокаторы и  $\beta$ -аденомиметики наоборот понижают. Наши пациенты не принимали указанные препараты.

Нами грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 9 человек (0,2%) лиц. Эти цифры ниже представленных в литературе данных.

Причины спонтанного расслабления НПС ещё не совсем ясны.

Торопливая, быстрая и обильная еда, во время которой проглатывается большое количество воздуха, приводит к повышению внутрижелудочного давления, расслаблению нижнего пищеводного сфинктера (преодолению его сопротивления) и забросу содержимого желудка в пищевод. Данные причины встречаются у наших пациентов, особенно у рабочих – операторов по добыче нефти и газа (обслуживающих скважины, станки качалки и т.д.).

Избыточное употребление в пищу жирного мяса, тугоплавких жиров (сало), мучных изделий (макаронны, вермишель, сдобное печенье, хлеб), острых приправ, жареных блюд (эти виды пищи способствуют длительной задержке пищевых масс в желудке и повышению внутрибрюшного давления). Наблюдалось у наших пациентов, в основном у женщин служащих.

Таким образом, у наших пациентов встречаются ряд факторов, способствующих спонтанному расслаблению НПС и появлению ГЭР. Это требует изменения образа питания и жизни пациентов, что реализовано в соответствующих практических рекомендациях (см. приложение).



Длительный заброс желудочного или дуоденального содержимого в пищевод приводит к изменениям его слизистой оболочки. Прогрессирование заболевания связано с развитием пищевода Барретта. При этом происходит замещение многослойного плоского эпителия дистальной части пищевода призматическим эпителием, в состав которого входят бокаловидные клетки. Данные изменения относят к предраковым. У наших пациентов пищевод Барретта не выявлен ни в одном случае.

Эндоскопически негативная ГЭРБ выявлена нами у 19 человек (12,3%) лиц. Почему такая низкая цифра? По-видимому, это связано с тем, что в России ГЭРБ стали выставлять совсем недавно (примерно, 2-3 года). Поэтому эти лица не попадали в поле зрения врачей и у них развилась ГЭРБ более выраженной стадии. К тому же надо учитывать тот факт, что люди зачастую не жалуются и не идут в больницу из-за угрозы потери работы, что приводит к утяжелению заболевания и переходу ее в эндоскопически позитивную форму.

Клинические проявления ГЭРБ подразделяют на пищеводные и внепищеводные (Dent J., 2001).

Изжога - кардинальный симптом ГЭРБ - встречается у 20-40% взрослого населения. Нами она выявлена у 23,7%: муж 22,7% и 25,9%.

Эти данные соответствуют литературным. Встречаемость изжоги у служащих женщин в 2 раза выше, чем у рабочих. У служащих

женщин изжога встречается в 1,4 раза чаще, чем у служащих мужчин. Служащие женщины (87%) больше употребляют продукты, снижающие давление НПС.

Среди других симптомов ГЭРБ имеют значение отрыжка кислым. На отрыжку жаловалось 14,0% лиц: мужчин - 11,7%, женщин - 19,1%. Отрыжка у служащих мужчин встречается в 1,7 раза чаще, чем у рабочих.

Более частое обнаружение ГЭРБ среди служащих женщин можно объяснить нарушением режима питания. Ими практикуются короткие, но частые чаепития во время работы. Во время этого употребляются шоколадные конфеты, ослабляющие давление в НПС. Другой причиной увеличения ГЭРБ у служащих может быть работа на компьютерах. Оснащенность НГДУ данным оборудованием составляет 100 %. В среднем рабочее время нахождения за компьютером составляет 100 % времени. Вынужденное положение, сидячий образ работы все это вызывает предпосылки для развития ГЭРБ.

ГЭРБ сопровождается внепищеводными проявлениями: сердечные (кардиалгии); легочные; отоларингологические; стоматологические.

В нашем исследовании кардиальные симптомы ГЭРБ встретились у 36,1% пациентов: у мужчин – 15,9%, у женщин – 20,2% случаев. Эти данные совпадают с литературными. При тщательном изучении оказалось, что их в 4,6 раза больше у мужчин рабочих, чем у служащих. Они же у рабочих женщин

встречаются в 1,3 раза чаще, чем у служащих. Кардиальные симптомы у рабочих мужчин имеются в 3,2 раза чаще, чем у женщин.

Нами хронический бронхит обнаружен у 4,3% лиц, а БА лишь у 0,7%. Эти цифры значительно ниже представленных в литературе.

Легочные проявления выявлены у 29,1% лиц. Из них у мужчин – 10,5%, у женщин – 18,6%. У служащих мужчин легочные симптомы встречаются в 3,4 раза чаще, чем у рабочих. ГЭРБ под «маской» легочных проявлений в 5 раз чаще встречается у рабочих женщин, чем у мужчин. Женщин служащих, страдающих легочными проявлениями ГЭРБ больше, чем служащих мужчин. Таким образом, у служащих легочные симптомы при ГЭРБ встречаются чаще, чем у рабочих.

Интересно отметить, что в нашем исследовании у рабочих и служащих мужчин ни в одном случае не выявлены ЛОР симптомы при ГЭРБ. ЛОР проявлений у рабочих женщин в 2,3 раза больше, чем у служащих.

Осложнения ГЭРБ нами выявлены: стриктуры пищевода – у одного (0,14%); язвы пищевода – у 6 (0,86%); кровотечения из эрозий и язв пищевода, пищевод Барретта не были зарегистрированы ни в одном случае. По данным литературы данные осложнения встречаются в 7-23%; 5%; 2%, 8-20%, соответственно. Таким образом, у наших пациентов данные осложнения встречаются реже, чем описано в литературе.

## Выводы

1. Анкетирование завышает оценку распространенности ГЭРБ. Так, при опросе по основным пищеводным симптомам (изжога и отрыжка) она выявлена 37,7%: муж (34,4%) и жен (45,0%). В то время как при детальном обследовании - у 22% лиц, из них у мужчин в 14,0% случаев, у женщин - в 36,4%.
2. Эндоскопически негативная ГЭРБ выявлена у 19 человек (12,3%) лиц.
3. Чистая ГЭРБ, без внепищеводных проявлений, встречается чаще у служащих, чем у рабочих: у мужчин - в 4,6, у женщин - в 2,3 раза. Возраст их практически одинаков. У рабочих женщин встречаемость чистой ГЭРБ в 1,7 раз выше, чем у рабочих мужчин. ГЭРБ под «маской» ЛОР проявлений встречается только у рабочих женщин.
4. Из 696 чел с подтвержденной ГЭРБ у 31,0% отмечаются стоматологические проявления. Из них у мужчин у 22,3%, у женщин - у 47,0%. У мужчин служащих стоматологические проявления выявлены у 47,3%, у рабочих - у 17,3%, у женщин 42,8% и 58,2%, соответственно. Рабочие женщины старше по возрасту, чем рабочие мужчины, имеющие сочетание ГЭРБ с кариесом, коронками и пломбами.
5. У обследованных нами пациентов осложнения встречаются реже, чем описано в литературе: стриктуры пищевода - у одного (0,14%); язвы пищевода - у 6 (0,86%); кровотечения из эрозий и

язв пищевода, пищевод Барретта не были зарегистрированы ни в одном случае. По данным литературы данные осложнения встречаются в 7-23%; 5%; 2%, 8-20%, соответственно.

### **Практические рекомендации**

1. При приеме на работу в НГДУ «Ямашнефть» выдавать рабочим и служащим памятку «Пациентам с ГЭРБ» о правильном образе жизни и диете.
2. Обследовать на ГЭРБ работников НГДУ «Ямашнефть» 2 раза в год, (осмотр узкими специалистами, проведение соответствующих лабораторных и инструментальных исследований).
3. Проводить диспансерное наблюдение выявленных больных.
4. Контролировать двигательную активность служащих, длительно работающих за компьютерами (гимнастика через каждые 1,5 часа работы, режим питания).
5. В целях первичной профилактики ГЭРБ по управлению НГДУ «Ямашнефть» ОАО «Татнефть» издан приказ, включающий в себя вышеперечисленные практические рекомендации.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Трифонова Э.В. Внепищеводные проявления ГЭРБ: (тезисы) / Э.В. Трифонова, Л.К. Ризатдинов // Научно - практическая конференция молодых ученых. - Казань, 2003. - С.65-67.

2. Трифонова Э.В. Распространенность ГЭРБ среди рабочих и служащих одного из структурных подразделений ОАО «ТАТНЕФТЬ» / Э.В. Трифонова, Р.Г. Сайфутдинов // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2003.- №16,17 - С.120-121.
3. Трифонова Э.В. Встречаемость пищеводных проявлений ГЭРБ / Э.В. Трифонова, Р.Г. Сайфутдинов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003.- Т.8, № 5.- С.14.
4. Сайфутдинов Р.Г. Встречаемость пищеводных проявлений ГЭРБ / Р.Г. Сайфутдинов, Э.В. Трифонова // Научно – практический журнал «Гастроэнтерология Санкт-Петербурга». – 2003.- № 2-3. - С. 147.
5. Трифонова Э.В. Распространенность ГЭРБ у нефтяников: (тезисы) / Э.В. Трифонова, Р.Г. Сайфутдинов // XI российский национальный конгресс «Человек и лекарство». - Москва, 2004. - С. 584.
6. Трифонова Э.В. Распространенность ГЭРБ среди рабочих и служащих одного из структурных подразделений ОАО «ТАТНЕФТЬ» / Э.В. Трифонова, Р.Г. Сайфутдинов // Материалы Всероссийской конференции по гастроэнтерологии. – Новосибирск, 2004. – С.297 – 298
7. Сайфутдинов Р.Г. ГЭРБ среди рабочих и служащих нефтедобывающей промышленности / Р.Г. Сайфутдинов, Э.В. Трифонова // Материалы Республиканской научно-практической

конференции «Профпатологическая служба в Республике Татарстан: история, реалии и перспективы». Казань, 2004. С.138 - 140

8. Сайфутдинов Р.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: [Учеб.-метод.пособие] / Р.Г. Сайфутдинов, Э.В. Трифонова.- Казань, 2003. 51 с.

9. Получено свидетельство на рационализаторское предложение № 802/56 от 21.01.03.

### Список сокращений

ГПОД	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ГЭР	гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
НПС	нижний пищеводный сфинктер
Н.р.	<i>Helicobacter pylori</i>
pH	десятичный логарифм концентрации водородных ионов

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:  
[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)