

УДК 616.3

Академик АН Республики Таджикистан Г.К.Мироджов,

Д.М.Ишанкулова, В.Ш.Шарипов, С.А.Авезов

ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА*ГУ «Институт гастроэнтерологии» АМН МЗ и СЗН Республики Таджикистан*

Изучены клинико-эндоскопические особенности течения гастроэзофагиальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц пожилого возраста. ГЭРБ у пациентов пожилого возраста по сравнению с лицами молодого возраста протекает без выраженной изжоги, но с преобладанием регургитации и внепищеводными проявлениями. Исследованы факторы риска развития эрозивного эзофагита у больных пожилого возраста.

Ключевые слова: *гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – лица пожилого возраста – ожирение.*

В Таджикистане за последние годы отмечено повышение продолжительности жизни населения в среднем до 73.4 лет. В настоящее время в стране проживает более 1 млн. человек старше 60 лет. Увеличение продолжительности жизни населения является одним из факторов, повышающих распространённость ряда заболеваний старческого возраста, в том числе и гастроэзофагиальной рефлюксной болезни. Естественно диагностика и лечение ГЭРБ у больных пожилого возраста, из-за сопутствующих заболеваний (полиморбидность), создает определённые трудности.

Необходимо отметить, что у пожилых лиц в пищеводе развиваются возрастные изменения, которые могут усугублять течения ГЭРБ. К возрастным изменениям пищевода относят ослабление активности холинергической и относительное повышение симпатико-адреналовой систем регуляции, атеросклеротические поражения сосудов, что приводит к снижению трофики слизистой оболочки и ослаблению её защитных свойств [1]. Среди лиц пожилого возраста в 21% случаев развиваются эрозии и язвы пищевода, которые становятся причиной острых кровотечений [2]. Более того, пожилые пациенты больше подвержены риску канцерогенеза. Например, довольно часто при ГЭРБ развивается пищевод Барретта с последующим развитием аденокарциномы.

К факторам развития ГЭРБ относятся грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), избыточная масса тела (ИМТ) и ожирение, курение, приём некоторых лекарственных препаратов и этанол [3-5]. При этом вопрос, насколько эти или другие факторы могут повлиять на тяжесть рефлюкс-эзофагита у больных ГЭРБ пожилого возраста, требует уточнения, так как эрозивный рефлюкс-эзофагит лежит в основе таких осложнений ГЭРБ, как кровотечение, стриктура пищевода и др.

Противоречивость суждения о клинических особенностях ГЭРБ у лиц пожилого возраста определила актуальность настоящего исследования.

Адрес для корреспонденции: Ишанкулова Дилором Мухаммаджановна. 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2, Институт гастроэнтерологии АМН МЗ РТ. E-mail: i.dilorom@mail.ru

Целью исследования явилось уточнение клинико-эндоскопических особенностей ГЭРБ у лиц пожилого возраста.

Методы исследования

Обследовано 67 больных ГЭРБ (мужчин – 38, женщин - 29) в возрасте от 60 до 74 лет (группа пожилых), длительностью заболевания от 6 мес. до 5 лет. Группу сравнения составили 73 больных ГЭРБ в возрасте от 20 до 59 лет (контрольная группа). У всех больных исследовали антропометрические данные: индекс массы тела (ИМТ, кг/м²) и окружность талии (ОТ, см).

Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, а так же результатов эндоскопических исследований. Критериями исключения были операции на желудке, язвенная болезнь, недавний приём нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) или ингибиторов протонной помпы.

Всем больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Тяжесть эрозивных повреждений пищевода определяли в соответствии с эндоскопической классификацией M.Savary и G.Miller (1977). Диагноз неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ) ставился при отсутствии эрозивно-язвенных поражений пищевода и наличии поверхностных изменений (эритема, отек, повышенная ранимость).

Проводилось рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, при котором оценивалась топография пищевода и желудка, угол Гиса, рельеф слизистой оболочки, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, заброс контрастного вещества из проксимального отдела желудка в дистальный отдел пищевода, а также моторно-эвакуаторная функция органов.

Результаты исследования

Клиническая симптоматика ГЭРБ у пожилых лиц более многообразна, чем у пациентов молодого возраста. Ведущей жалобой большинства больных ГЭРБ была изжога (85.0%), которая у 63% из них наблюдалась ежедневно. Установлена явная тенденция к снижению количества больных с изжогой с увеличением возраста. Так, количество больных с изжогой в старших возрастных группах меньше, чем в возрасте до 60 лет (46.2 и 90.4%, соответственно). Напротив, пожилые больные чаще жаловались на отрыжку по сравнению с больными моложе 60 лет (55.2 и 28.8%, соответственно). Выявлена прямая корреляционная связь между частотой регургитации и возрастом больных – чем старше больные, тем чаще симптом регургитации.

Изучая внепищеводные проявления ГЭРБ, нами выявлена следующая картина: если в группе больных моложе 60 лет боль за грудиной и кашель наблюдались у 12.3 и 8.2% больных соответственно, то в группе пожилых вышеуказанные симптомы наблюдались почти в два раза чаще (20.9 и 12.3% соответственно) ($P < 0.05$). Синдром раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием запоров чаще наблюдался у больных пожилого возраста – 52.2%, по сравнению с молодыми – 21.9%.

Таблица 1

Основные клиничко-эндоскопические показатели ГЭРБ

Клинические и эндоскопические проявления заболевания	Группа пожилых n=67		Контрольная группа n=73	
	абс.	%	абс.	%
Изжога	31	46.2*	66	90.4
Регургитация	37	55.2*	21	28.8
Внепищеводные проявления:				
кашель	11	16.4*	6	8.2
загрудинные боли	14	20.9*	9	12.3
СРК с запорами	35	52.2*	16	21.9
Эндоскопически негативная ГЭРБ	22	32.8*	65	89.0
Эрозивная ГЭРБ	45	67.2*	8	11.0

*P<0.05 - достоверность различий между сравниваемыми группами.

При эндоскопическом исследовании в группе больных пожилого возраста чаще наблюдались более тяжёлые повреждения пищевода, чем в контрольной. Так, у больных пожилого возраста катаральные изменения в пищеводе (эзофагит 1 степени) обнаружены у 15 (33.3%), эзофагит с единичными эрозиями (2 степени) – у 23 (51.1%) и эзофагит с множественными, местами сливающимися эрозиями (3 степени) – у 7 (15.6%) больных. Эндоскопически негативная ГЭРБ в этой группе больных обнаружена у 22 (32.8%) больных, тогда как в контрольной группе, напротив, чаще наблюдалась ГЭРБ без эндоскопических признаков поражения – 65 (89.0%) больных. И лишь у 8 (11.0%) больных обнаружен эрозивный эзофагит 1 и 2 степени.

Таблица 2

Факторы риска развития ГЭРБ

Факторы риска	Группа пожилых n=67		Группа молодых n=73	
	абс.	%	абс.	%
Мужчины	39	58.2	47	64.4
Женщины	28	41.8	26	35.6
Длительность заболевания: < 1 года	15	22.4	32	43.8
1 -5 лет	29	43.3	27	37.0
> 5 лет	23	34.3	14	19.2
Избыток массы тела или ожирение	56	83.6	45	61.6
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	51	76.1	37	50.7
Курение	42	62.7	45	61.6
Употребление алкоголя	29	43.3	43	58.9

При изучении факторов риска развития эзофагитов нами выявлена следующая картина: как в основной, так и в контрольной группе у мужчин чаще, чем у женщин выявлен эрозивный эзофагит. Следует отметить, что степень поражения пищевода зависела от давности ГЭРБ: у больных пожилого возраста с коротким анамнезом (менее 5 лет) чаще выявлялся эрозивный рефлюкс-эзофагит по сравнению с больными, страдающими более 5 лет (65.7% и 34.3% соответственно). Тогда как в группе больных моложе 60 лет частота эрозивного эзофагита не зависела от длительности ГЭРБ. Таким образом, у больных пожилого возраста установлена обратная корреляционная взаимосвязь между давностью симптомов ГЭРБ и частотой эрозивно-язвенных эзофагитов (т.е. чем короче анамнез изжоги, тем чаще встречается эрозивный эзофагит).

Немаловажными факторами риска развития ГЭРБ у больных пожилого возраста являются грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и избыток массы тела, которые наблюдались у 51 и 56 больных (76.1 и 83.6%, соответственно). Тогда как в контрольной группе вышеуказанные факторы наблюдались у 37 и 45 больных (50.7 и 61.6% соответственно).

Злоупотребление алкоголем и курением одинаково часто наблюдались в обеих возрастных групп – 43.3 и 62.7% больных в основной группе и 61.6 и 58.9%, соответственно, в контрольной.

При изучении морфологической картины слизистой оболочки дистального отдела пищевода у больных ГЭРБ пожилого возраста нами обнаружена высокая частота гиперплазии базального слоя – 13.2%, гиперкератозом – 9.6% и выраженной клеточной инфильтрации – 9.4%. Дисплазия различной степени выявлена только в слизистой оболочке пищевода пожилых людей. Результаты гистологического исследования свидетельствуют о большей интенсивности воспалительных и пролиферативных процессов в слизистой оболочке дистального отдела пищевода у пожилых пациентов в сравнении с лицами молодого возраста.

Анализ биопсийного материала слизистой оболочки антрального и фундального отделов желудка свидетельствует о том, что у пожилых больных часто наблюдается атрофический гастрит как в антральном (74.1%), так и в фундальном отделе (24.5%) при относительно низкой персистенции *H.pylori* (51.0%). Тогда как у пациентов молодого возраста структура слизистой оболочки желудка отличается и характеризуется неатрофическим гастритом как в антральном (7.8%; $P < 0.001$), так и в фундальном отделах слизистой желудка ($P < 0.001$) с высокой инвазией *H.pylori* (88.9%; $P < 0.001$).

Во многих эпидемиологических исследованиях факторами риска осложнений ГЭРБ признаны пожилой возраст, мужской пол, длительная продолжительность болезни и ожирение [6, 7], что подтверждается нашими данными. Ранее нами изучались особенности ГЭРБ у больных с метаболическим синдромом и выявлено, что ожирение, особенно абдоминальное, вызывает повышение внутрибрюшного давления и тем самым становится причиной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, которая является важным фактором риска ГЭРБ [8]. Известно, что одним из основных патогенетических моментов ГЭРБ является спонтанная релаксация нижнего пищеводного сфинктера. Согласно последним исследованиям, при ожирении частота постпрандиальных спонтанных релаксаций нижнего пищеводного сфинктера увеличивается даже при отсутствии диафрагмальных грыж [9].

В нашем исследовании так же была установлена существенная зависимость ЭРБ у лиц пожилого возраста с мужским полом и ожирением, которые являются важным фактором риска развития этого заболевания. Анализ наших данных показал, что частота развития грыж пищеводного отверстия диафрагмы и нарушений моторики пищевода увеличивается с возрастом. По мнению Cameron A.J., после 50 лет ГПОД наблюдается у каждого второго [10]. Ее формирование обусловлено нарушениями анатомических структур, принимающих участие в фиксации пищевода и желудка в брюшной полости, а также состояниями, связанными с повышением внутрибрюшного давления. ГПОД сопровождается нарушением замыкательной функции кардии и, как следствие, увеличением времени воздействия содержимого желудка на слизистую пищевода. Этим объясняется положительная корреляция между выраженностью эрозивного эзофагита и наличием ГПОД как в группе пожилых, так и в группе молодых больных ГЭРБ.

Анализ литературы показывает противоречие в определении клинической картины ГЭРБ у больных пожилого возраста. Ряд исследователей в качестве весьма частого симптома заболевания расценивают изжогу [11,12], а по данным других авторов [13,14] в клинической картине доминируют внепищеводные проявления или преобладает стертая симптоматика [15,16]. Авторы придерживаются точки зрения, что изжога является одним из основных симптомов ГЭРБ для диагностики у пожилых, в то время как прочие симптомы возникают только при прогрессировании заболевания или при развитии осложнений [17]. По нашим данным, среди пожилых лиц изжога была выявлена лишь у 46.2%. Более часто у наших пациентов наблюдались регургитация и внепищеводные проявления ГЭРБ.

При анализе частоты эрозивной ГЭРБ в зависимости от длительности анамнеза заболевания была установлена следующая картина. У молодых эрозивный ГЭРБ коррелирует с давностью заболевания, а у больных пожилого возраста наблюдается обратная зависимость. Аналогичные данные приводят и другие исследователи [18]. У больных пожилого возраста коротким анамнезом появление гастроэзофагиального рефлюкса чаще приводит к развитию эрозивного эзофагита, поскольку слизистая пищевода достаточно ранима из-за дистрофических изменений, обусловленных возрастом и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Одним из важных факторов риска развития ГЭРБ является алкоголь, который оказывает прямое повреждающее действие на слизистую пищевода, снижая тонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и стимулируя кислотную продукцию, пролонгирует время освобождения желудка. При приеме алкоголя часто наблюдается повышение аппетита и переедание, которые становятся причиной повышения внутрижелудочного давления. Алкогольная интоксикация уменьшает тканевую резистентность эпителия пищевода, вызывает развитие полинейропатии в результате чего нарушается перистальтическая активность пищевода – снижается в нижней и увеличивается в средней трети [19].

Табакокурение также повышает частоту и выраженность кислого рефлюкса, снижая продукцию слизи в пищеводе и слюны, уменьшает их нейтрализующий эффект и замедляет клиренс; нарушает тонус верхнего пищеводного сфинктера, а через индукцию кашля и увеличение глубины дыхания повышает внутрибрюшное давление [19].

Следует отметить на следующий немаловажный факт, а именно отсутствие пищевода Барретта среди наших больных. Видимо, это является региональной особенностью Таджикистана, которая требует дальнейших исследований.

Таким образом, у больных старше 60 лет факторами, увеличивающими риск эрозивной ГЭРБ, являются мужской пол, ожирение, ГПОД, алкоголь, табакокурение и короткий анамнез заболевания.

В ы в о д ы

ГЭРБ у пациентов пожилого возраста по сравнению с лицами молодого возраста протекает без выраженной изжоги, но с преобладанием регургитации и внепищеводными проявлениями.

Факторами риска развития эрозивного эзофагита у больных пожилого возраста является избыток массы тела и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, а так же короткий анамнез ГЭРБ.

При ГЭРБ у больных пожилого возраста чаще, чем у молодого наблюдается выраженные морфологические изменения слизистой оболочки пищевода, включая дисплазию эпителия.

Поступило 01.04.2015 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pasina L., Nobili A., Tettamanti M. et al. Prevalence and appropriateness of drug prescriptions for peptic ulcer and gastro-esophageal reflux disease in a cohort of hospitalized elderly. - *Eur. J. Intern. Med.*, 2011, Apr, 22(2), pp.205-10.
2. Kimura Y., Sugiura M., Kato T. et al. Value of barium swallow studies in predicting the response to rabeprazole in elderly patients with laryngopharyngeal reflux disease and nonerosive reflux disease in particular. – *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 2010, Sep. 119(9), pp. 631-635.
3. Мироджов Г.К., Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н., Негматова Ф., Дусматов А.В., Холматова Ш. Распространенность и клинико-эндоскопические особенности эрозивной и неэрозивной гастроэзофагиальной рефлюксной болезни. - *Пробл. ГАЭЛ*, 2013, №1, с. 42-46.
4. Онучина Е.В., Цуканов В.В. Проспективное пятилетнее наблюдение гастроэзофагиальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. - *Клиническая геронтология*, 2010, т.16, №1-2, с. 34-38.
5. Бушнева И.Г., Шатихин А.И. Об особенностях лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста. - *Клиническая геронтология*, 2010, т.16, №9-10, с.14-15.
6. El-Serag H.B., Graham D.Y., Satia J.A. et al. Obesity is an independent risk factor for GERD symptoms and erosive esophagitis.- *Am.J.Gastroenterol.*, 2005,100, pp. 1243-1250.
7. Kulig M., Nocon M., Vieth M. et al. Risk factors of gastroesophageal reflux disease: methodology and first epidemiological results of the ProGERD study. – *J.Clin.Epidemiol.*, 2004, 57, pp. 580-589.
8. Мироджов Г.К., Ишанкулова Д.М., Каримова Ф.Н., Негматова Ф.А., Саидова Ф.Б. Клинико-эндоскопические особенности гастроэзофагиальной рефлюксной болезни у больных с ожирением. - *Пробл. ГАЭЛ*, 2013, №3, с. 23-28.
9. Wrighton S.A., Thummel K. CYP3A - Metabolic drug interactions, chapter 10. - Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins, 2000.
10. Cameron A.J. Barrett's esophagus: Prevalence and size of hiatal hernia. - *Am.J.Gastroenterol*, 1999, v.94, pp. 2054-2059.
11. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Алгоритм диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. - *Русский медицинский журнал*, 2003, т.11, №14, с. 839-842.
12. Cho Y.S., Choi M.G., Jeong J.J. et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Asan-si, Korea. - *Am.J.Gastroenterol.*, 2005, v.100, №4, pp. 747-753.
13. Онучина Е.В., Брикова С.И, Музарбекова Е.Н. и др. Клинико-эпидемиологические особенности гастроэзофагиальной рефлюксной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. - *Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения. - Материалы 5-й Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции с международным участием. Красноярск, 2005, с. 19-23*
14. Franceschi M., Leandro G., Novello R. Elderly subjects with esophagitis have different symptomatology and more severe disease than adult and young patients. - *Gut*, 2001, v. 49, suppl. 3., A2335.
15. Fass R., Pulliam G., Johnson C. et al. Symptom severity and oesophageal chemosensitivity to add in older and young patients with gastroesophageal reflux. - *Age Aging*, 2000, №29, pp. 125-130.
16. Srinivasan R., Tutuian R., Schoenfeld P. et al. Profile of GERD in the adult population of a northeast urban community/ - *J.Clin.Gastroenterol.*, 2004, vol.38, №8, pp. 651-657.

17. Васильев Ю.В. Машарова А.А., Мананников И.В. и др. Реабилитация больных гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью. - Эксп.клин. гастроэнтерол., 2005, №2, с. 36-43.
18. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Машарова А.А. и соавт. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, диагностика, особенности течения. – Материалы V съезда общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии ЦНИИГ, Москва, 3-6 февраля 2005 г., М.:Анахарсис, 2005, с. 631-632.
19. Онучина Е.В., Козлова Н.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у лиц пожилого возраста. Учебное пособие. – Иркутск: ИГМУ, 2013, 103 с.

Г.К.Мирочов, Д.М.Ишанкулова, В.Ш.Шарипов, С.А.Авезов

БЕМОРИИ РЕФЛЮКСИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛӢ ДАР КАЛОНСОЛОН

МД «Наҷуҳишгоҳи гастронтерология»-и АИТ ВТ ва ХИА Ҷумҳурии Тоҷикистон

Хусусиятҳои клиникӣ ва эндоскопии рафти бемори рефлюкси гастрозофагиалиро (БРГЭ) дар калонсолон омӯхта шудааст. БРГЭ дар беморони синну солашон калон нисбат ба ҷавонон беифоданокии сӯзиш, вале бо бартариати регургитатсия ва нишонаҳои ғайрисурхрӯдавӣ ҷараён мегирад. Омилҳои хавфи инкишофи эзофагити эрозиявӣ дар беморони калонсол омӯхта шуд.

Калимаҳои калидӣ: бемории рефлюкси гастрозофагеалӣ – ҷурраи суроҳии сурхрӯдаи диафрагма – шахсони синну солашон калон – фарбеҳӣ.

G.K.Mirodzhov, D.M.Ishankulova, V.Sh.Sharipov, S.A.Avezov

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN ENTITIES ELDERLY

Institute Gastroenterology Ministry of Health and Social Protection of population of Tajikistan

The authors studied the clinical and endoscopic features of the flow of gastroesophageal reflux disease (GERD) in elderly patients. GERD in elderly patients compared to younger individuals occurs without severe heartburn, but the prevalence of regurgitation and upper gastrointestinal manifestations. Studied risk factors for erosive esophagitis in elderly patients.

Key words: gastroesophageal reflux disease – hiatal hernia – the elderly – obese.