

3. С целью профилактики стеноза в области соустья оправдано выполнение калибровочного бужирования на 21-е–24-е п/о сутки более безопасным методом бужирования по струне.

4. Методом выбора в случаях разобщения эзофагоанастомоза является колоэзофагопластика с загрудинным проведением трансплантата и созданием антирефлюксного механизма в области коло-гастроанастомоза.

Литература

1. Атрезия пищевода: 48-летний опыт лечения в Санкт-Петербурге / Т.К. Немилова [и др.] // Детская хирургия. – 2003. – №6. – с. 14-16.
2. Esophageal atresia: 48 –year treating experience in St. Petersburg / T.K. Nemilova [et al.] // Pediatric Surgery. -2003.-No.6.-p.14-16.
3. Баиров В.Г. Повторные операции у детей с атрезией пищевода: дисс. ...д-ра мед. наук / В.Г. Баиров – СПб, 1998. – 188 с.
4. Bairov V.G. Repeated operations of children with esophageal atresia: diss. doctor in medicine / V.G. Bairov., Spb.-1998. – 188 p.
5. Валеев В.В. Прогнозирование исходов лечения атрезии пищевода у новорожденных: дисс. ...канд. мед. наук / В.В. Валеев/ – Иркутск, 2007. – 126 с.
6. Valeev V.V. Prognosis of esophageal atresia treatment in new-born children", PhD. diss./ V.V. Valeev //Irkutsk, -2007. – 126 p.
7. 10-летний опыт лечения новорожденных эзофаго-эзофагоанастомозом / Т.В. Красовская [и др.] // Детская хирургия. – 2003. – №6. – с. 5-8.
8. 10-year experience of treating of the newborns by means of esophageal anastomosis / T.V. Krasovskaya [et al.] // Pediatric Surgery.-2003.-No.6.-P.5-8.
9. О сроках выполнения пластики пищевода у детей с его атрезией /С.-Х.М. Батаев [и др.] //Хирургия. – 2002. – №11. – с.19-23.
10. S-X.M. Bataev, A.Yu. Razumovskiy, A.I. Zakharova and et.al. // Surgery. - 2002. - No11.-p.19-23.
11. Terms in esophageal plasty in children with atresia /S-X.M. Bataev [et.al.]//Surgery.-2002.-No11.-p.19-23.
12. Торакоскопическая коррекция атрезии пищевода: первый опыт / А.Ю. Разумовский [и др.] // Детская хирургия. – 2010. – №3. – с.4-8.
13. Thoracoscopic correction of esophageal atresia: the 1st experience /A.Yu. Razumovskii [et al.] //Pediatric Surgery.-2010.-No.3.-p.4-8.
14. Lilja H.E. Outcome in neonates with esophageal atresia treated over the last 20 years / H.E. Lilja, T. Wester // Pediatr. Surg. Int. – 2008 – 24(5) – p.531-6.
15. MacKinlay G.A. Esophageal atresia surgery in the 21st century / G.A. MacKinlay // Semin. Pediatr. Surg. – 2009. – 18(1) – p.20-2.
16. Mortell A.E. Esophageal atresia repair with thoracotomy: the Cincinnati contemporary experience / A.E. Mortell, R.G. Azizkhan // Semin. Pediatr. Surg. – 2009. – 18(1) – p.12-9.
17. Outcome of children with repaired esophageal atresia / F. Gottrand [et al.] // Arch. Pediatr. – 2008 – 15(12) – p.1837-42.
18. Successful treatment of severe refractory anastomotic stricture in an infant after esophageal atresia repair by endoscopic balloon dilation combined with systemic administration of dexamethasone / T. Hishiki [et al.] // Pediatr. Surg. Int. – 2009. – 25(6). – p.531-3.
19. Use of transanastomotic feeding tubes during esophageal atresia repair / S.I. Alabbad [et al.] // J. Pediatric Surgery. – 2009. – 44(5) – p.902-5.

П.П. Бессонов, Н.Г. Бессонова, С.А. Курилович,
О.В. Решетников

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И СИМПТОМЫ ДИСПЕПСИИ У КОРЕННОГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ

УДК 613.33-002(571.56-22)

С целью изучения распространенности гастроэзофагеального рефлюкса, симптомов диспепсии у коренного сельского населения Якутии и выявления факторов риска их развития обследованы жители двух сельских поселков, расположенных примерно в 200 км от Якутска в возрасте 45-70 лет. Был заполнен гастроэнтерологический вопросник с последующим выделением синдромов диспепсии, ГЭР, проведено эндоскопическое исследование. Выявлены симптомы гастроэнтерологического рефлюкса и диспепсии. При этом факторы риска развития ГЭР существенно отличаются от таковых при синдроме диспепсии. Некоторые из этих факторов являются модифицируемыми, что позволяет планировать в их отношении профилактические мероприятия.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, диспепсия, популяция, распространенность, факторы риска.

In order to study the prevalence of gastroesophageal reflux (GER), dyspepsia symptoms in the indigenous rural population of Yakutia and identify risk factors for their development residents of the two rural villages, located about 200 km from Yakutsk at the age of 45-70 years were examined. Gastroenterological questionnaire was filled with subsequent isolation of dyspepsia and GER syndromes. Symptoms of gastroesophageal reflux and dyspepsia were revealed. In this case, the risk factors for GER differ significantly from those of the syndrome of dyspepsia. Some of these factors are modifiable, which allows planning for their preventive measures.

Keywords: gastroesophageal reflux, dyspepsia, population, prevalence, risk factors.

В настоящее время в соответствии с рекомендациями согласительных совещаний Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (Римские критерии I, 1991; II, 1999; III, 2006) синдром диспепсии определяется как ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, перепол-

нение, раннее насыщение и др.), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии. Последнее согласительное совещание дало подробное определение каждого из симптомов, входящих в данный синдром. Рекомендовано деление диспепсии на 2 подгруппы: синдром эпигастриальной боли и синдром постпрандиальной (после приема пищи) диспепсии [3]. В эпидемиологических исследованиях, проведенных в мире, при использовании термина «боли в верхней части живота» распространенность диспепсии составила от 7% в Сингапуре до 34 в Новой Зеландии. Более широкое определение «желудочно-кишечные симптомы в верхней части живота» позволило выявить эти симптомы у зна-

чительно большей части населения – от 24% в Испании до 41 в Великобритании и 45% в Нигерии. В соответствии с Римскими критериями I распространенность диспепсии колебалась от 8% в Сингапуре до 38 в Австралии. Наконец, в двух исследованиях распространенность диспепсии, по Римским критериям II (1999), оказалась сходной (24%) в Китае и Австралии [6]. Существовавший ранее в рамках определения диспепсии ее рефлюксоподобный вариант в последнее время отделен от диспепсии в самостоятельное нарушение – ГЭР [4, 8]. Термином «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) обозначают хроническое рецидивирующее заболевание, причиной развития которого является

БЕССОНОВ Прокопий Прокопьевич – к.м.н., доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, bessonovprosc@mail.ru; **БЕССОНОВА Наталья Георгиевна** – к.м.н., доцент МИ СВФУ; **КУРИЛОВИЧ Светлана Арсентьевна** – д.м.н., проф., зав. лаб. НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск; **РЕШЕТНИКОВ Олег Вадимович** – д.м.н., с. н. с. НИИ терапии СО РАМН.

патологический заброс (рефлюкс) содержимого желудка в пищевод. Это нарушение (наряду с эзофагоспазмом, функциональной диспепсией, дискинезиями двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, СРК) входит в группу заболеваний, основным механизмом развития которых является нарушение моторики ЖКТ. Имеются существенные различия в распространенности симптомов ГЭР в различных популяциях с разным социально-экономическим уровнем, этнической принадлежностью, особенностями питания и т. д. По данным эпидемиологических исследований, типичные симптомы ГЭР (изжога и/или отрыжка кислым) по крайней мере 1 раз в неделю отмечаются приблизительно у 10-20% взрослого населения стран Запада и гораздо реже – около 5% – в азиатских странах. Среди западно-европейских популяций наблюдается увеличение распространенности симптомов ГЭР с юга (Италия) на север (Великобритания, Швеция) [2].

Целью настоящего исследования было изучение распространенности ГЭР, диспепсии и их сочетаний среди сельских жителей Якутии в возрасте 45-69 лет, а также выявление ассоциированных с ними факторов.

Материалы и методы. Для обследования были приглашены жители двух сельских поселков, расположенных примерно в 200 км от Якутска в возрасте 45-70 лет. Отклик составил 50%. У 107 участников был заполнен гастроэнтерологический вопросник, у 40 случайно выбранных лиц было проведено эндоскопическое исследование. Диспепсию определяли как боль или дискомфорт в верхней части живота более 6 раз на протяжении прошедшего года, а ГЭР учитывали, если изжога и/или кислая отрыжка отмечались по крайней мере 1 раз в месяц. Для выявления факторов риска изучали социально-демографические и антропометрические показатели, курение, прием алкоголя и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Результаты и обсуждение. Симптомы диспепсии в нашем исследовании отмечены у 33 из 107 лиц, которые полностью заполнили опросник (30,8%). У мужчин симптомы наблюдались с такой же частотой, как и у женщин (28,8 и 33,3% соответственно, $p = 0,62$). ГЭР изжога и/или кислая отрыжка, по крайней мере 1 раз в месяц, выявлены у 30,8% (27,1% мужчин и 35,4 – женщин, $p = 0,36$). Таким образом, распространенность гастроэнтероло-

гических синдромов существенно не отличалась у мужчин и женщин. Однако у лиц с диспепсией ГЭР выявлялся гораздо чаще, чем у лиц без диспепсии (54,5 и 20,3% соответственно, $p < 0,001$). В Западной Европе распространенность изжоги колебалась от 9,8% в Испании до 18% в Великобритании. В Китае и Гонконге симптомы ГЭР отмечались у 2,5-4,8% обследованных. Таким образом, несмотря на социально-экономические, культурные и другие особенности, распространенность ГЭР, в частности изжоги, не различается в России и странах Западной Европы и США.

Частота отдельных симптомов ГЭР в нашем исследовании представлена в таблице. В целом за последний год изжога отмечалась у 50,5% обследованных (46,3% мужчин и 53,7 – женщин, $p = 0,06$). При этом еженедельная изжога за последний год отмечалась у 9,3% обследованных (5,1 и 14,6% соответственно, $p = 0,09$). На кислую отрыжку жаловались 36,4% обследованных (35,6 и 37,5% соответственно, $p = 0,83$). Еженедельно кислая отрыжка за последний год отмечалась у 10,3% обследованных, значительно чаще у женщин (18,8) по сравнению с мужчинами (3,4%, $p = 0,01$).

При сравнении по возрастным группам (45-60 и 61-70 лет) оказалось, что частота ГЭР не различалась в этих группах. Не было возрастной разницы и в частоте отдельных симптомов (изжога, кислая отрыжка, отрыжка воздухом или пищей, дисфагия). Распространенность ГЭР в обследованной популяции занимает промежуточное положение между монголоидами Юго-Восточной Азии и европеоидным населением Европы и Северной Америки и ниже, чем у г. Новосибирска. Таким образом, более низкая распространенность симптомов ГЭР среди сельского населения Якутии может косвенно свидетельствовать о значительной распространенности атрофического гастрита в теле желудка, что рассценивается как предраковое состояние, тем более что имеются данные о высокой частоте в Якутии хеликобактерной инфекции [7]. В нашем исследовании в пищеводе у 9 чел. из 40 (22,5%) отмечался катаральный (6 случаев) или эрозивный (3 случая) эзофагит.

У мужчины 68 лет выявлена большая опухоль пищевода на протяжении 2/3 пищевода. Недостаточность кардии отмечена у 9 чел., всегда в сочетании с эрозивно-воспалительными изменениями слизистой оболочки пищевода. При осмотре желудка не было выявлено случаев нормальной слизистой. У большинства обследованных обнаружены разной степени выраженности катаральные изменения, у 27% – язвы и/или эрозии. Гастрит чаще был поверхностным, преимущественно антральным. У 11 чел. (27,5%) отмечались очаги атрофии слизистой, преимущественно в антральном отделе. У 4 чел. выявлены язвы в разной стадии рубцевания, у 7 чел. – эрозии, в основном в антральном отделе. В двенадцатиперстной кишке нормальная слизистая оболочка отмечена лишь в 10% случаев. У одного человека выявлена язва и у 4 – эрозии, у остальных – хронический дуоденит. Эрозии в двух случаях из 4 сочетались с эрозиями в желудке.

Имеются существенные различия в распространенности симптомов ГЭР в различных популяциях с разным социально-экономическим уровнем, этнической принадлежностью, особенностями питания и т. д. В странах Юго-Восточной Азии в последние годы отмечают увеличение заболеваемости ГЭРБ (например, удвоение частоты выявления эзофагита в Сингапуре с 1992 по 2001 г.), что объясняют «вестернизацией» образа жизни, в том числе переходом к западному характеру питания, включающему продукты быстрого питания [5]. Факторы, связанные с желудочно-кишечными симптомами, имеют многообразную природу: половозрастные, поведенческие, соматические, инфекционные и др. К наиболее важным из них относят генетическую предрасположенность, курение, употребление алкоголя, прием НПВП, избыточную массу тела, нерациональное питание, инфицирование *H. pylori* и др. В настоящем исследовании употребление алкоголя не было связано с диспепсией, ГЭР, вероятно, из-за небольшого числа лиц, часто употребляющих спиртное (на прием алкоголя по крайней мере 1 раз в месяц указали 7% мужчин и 1% женщин). Курение в настоящее время не влия-

Распространенность симптомов ГЭР в зависимости от их частоты, %

Симптом	Реже 1 раза в месяц	Раз в месяц	Раз в неделю	Несколько раз в неделю
Изжога	27	14	4	5
Кислая отрыжка	10	16	4	5

ло на частоту выявления симптомов, однако у мужчин было достоверно ассоциировано с проявлениями ГЭР. И у мужчин, и у женщин с ГЭР значительно чаще отмечалась избыточная масса тела. Ожирение является известным фактором риска развития ГЭР, что было подтверждено в мета-анализе, включавшем 20 исследований, выполненных в США, с общим числом участников более 18 тыс. [1].

Заключение. Симптомы диспепсии отмечаются у 30,8% взрослого населения, являются частой причиной визита к врачу, временной нетрудоспособности и проведения эндоскопического исследования. Эти симптомы, традиционно объединяемые в отдельные синдромы (или нарушения), тем не менее часто сочетаются между собой. Факторы риска развития ГЭР существенно отли-

чаются от таковых при синдроме диспепсии, в пользу чего свидетельствуют ассоциация ГЭР с курением, ожирением. Таким образом, симптомы ГЭР отражают преимущественно органическую (нефункциональную) причину патологии. Некоторые из этих факторов являются модифицируемыми, что позволяет планировать в их отношении профилактические мероприятия.

Литература

1. Corley D. A. Body mass index and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis / D. A. Corley, A. Kubo // *Am. J. Gastroenterol.* - 2006. - 101- pp. 2619-2628.
2. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review / J. Dent, H.B. El-Serag, M.A. Wallander, S. Johansson // *Gut.* - 2005. - 54. - P. 710-717.
3. Functional gastroduodenal disorders

/ J. Tack, N.J. Talley, M. Camilleri [et al.] // *Gastroenterology.* - 2006. - 130. - P. 1466-1479.

4. Prevalence, severity and associated features of gastroesophageal reflux and dyspepsia: a population-based study/ M. Haque, J. W. Wyeth, N. H. Stace [et al.] // *N. Z. Med. J.* - 2000. - 113. -P. 178-181.

5. Ho K. Y. Increasing trend of reflux esophagitis and decreasing trend of *Helicobacter pylori* infection in patients from a multiethnic Asian country / K. Y. Ho, Y. H. Chan, J. Y. Kang // *Am. J. Gastroenterol.* - 2005. - 100. - P. 1923-1928.

6. Mahadeva S. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective / S. Mahadeva, K. L. Goh // *Wld J. Gastroenterol.* - 2006. - 12. - P. 2661-2666.

7. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in the Asian part of Russia / O.V. Reshetnikov, S.S. Kurilovich, C. Granberg, V.-M. Haiva // *Int. J. Circumpolar Health.* - 2001. - 60. - P. 249-252.

8. Smout A. J. Advantages and disadvantages of lumping together gastroesophageal reflux disease and dyspepsia / A. J. Smout // *Curr. Opin. Gastroenterol.* - 2006. - 22. P. 412-416.

З.Н. Кривошапкина, Г.Е. Миронова ДИСЛИПИДЕМИИ У МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

УДК 612.015.348-577.115 (571.56)

С целью выявления особенностей липидного обмена у жителей Якутии разной этнической принадлежности обследованы мужчины коренной и некоренной национальности. Исследования выявили сдвиги показателей липидного обмена: у коренных жителей дислипидемия в основном вызвана гиперхолестеринемией, у некоренных – обусловлена гипертриглицеридемией.

Ключевые слова: показатели липидного обмена, липидный спектр, коренные и некоренные жители Якутии.

In order to identify the features of lipid metabolism in residents of Yakutia of various ethnicities indigenous and non-indigenous men were surveyed. Studies have shown changes in lipid metabolism: dyslipidemia in the indigenous inhabitants is mainly caused by hypercholesterolemia, in the non-indigenous - due to hypertriglyceridemia.

Keywords: lipid metabolism index, lipid profile, indigenous and non-indigenous residents of Yakutia.

Приоритетным направлением современной медицины является профилактика заболеваний и раннее выявление предпатологических изменений в ходе долговременной адаптации. И. Б. Ушаков, О. Г. Сорокин [10] предполагают, что адаптационные уровни косвенно отражают энергетический потенциал организма, затраченный на мобилизацию резервов при воздействии неблагоприятных факторов.

Климатические условия Якутии являются неблагоприятными для проживания человека и требуют формирования иного уровня функционирования основных систем организма для поддержания гомеостаза. В ходе адаптации к условиям Севера у коренных жителей сформировался так называемый «полярный метаболический тип», в основе которого лежит усиле-

ние липидного обмена [5, 7]. В то же время дизадаптационные изменения, отражающиеся на показателях липидного обмена, наблюдаются как у представителей адаптированного (коренного), так и неадаптированного (некоренного) населения, что является свидетельством истощения резервных возможностей организма.

В настоящее время в Якутии отмечается продолжение тенденции неблагоприятного профиля факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертония, избыточная масса тела, курение, употребление алкоголя), как у коренного, так и некоренного населения Республики Саха (Якутия) [4].

Рост заболеваемости и увеличение смертности среди населения Якутии, особенно от ишемической болезни сердца и инсульта с тенденцией к омоложению [1, 4], указывает на то, что у жителей Якутии наблюдаются признаки истощения функциональных резервов организма. Учитывая роль липидного обмена в адаптации организма к

меняющимся условиям среды обитания, изучение механизмов адаптации остается актуальным.

Цель настоящей работы состояла в выявлении особенностей показателей липидного обмена у жителей Якутии в зависимости от этнической принадлежности.

Материалы и методы. Материал для исследования набирался во время комплексных медико-биологических экспедиций в зимнее время. Обследовано 205 коренных и 235 пришлых жителей Якутии мужского пола в возрасте от 21 до 65 лет. Сформированы две группы: первая – лица, адаптированные к условиям Севера, к которым отнесли коренных жителей – якутов, эвенков, эвенков, вторая – неадаптированные к условиям Севера, пришлые жители (русские). Критериями исключения из исследования были обострения хронических болезней, наличие онкологических, инфекционных и вирусных заболеваний. Также были исключены лица с ИБС, перенесенным инфарктом и инсультом в анамнезе. Из