



М. Б. Щербиніна, В. М. Гладун, Ю. В. Борисова
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

Пілотне дослідження поінформованості студентсько-викладацького контингенту щодо гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

Мета — проаналізувати поінформованість студентсько-викладацького контингенту щодо гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та визначити за допомогою анкетування поширеність серед них цього захворювання.

Матеріали та методи. Пілотне дослідження проведено шляхом анкетування 120 осіб віком від 18 до 75 років (чоловіків — 45,0%, жінок — 55,0%). Анкета містила 10 запитань, об'єднаних у три блоки. Для діагностування ГЕРХ використовували міжнародний стандартизований опитувальник GERD Q.

Результати. Встановлено зв'язок між віком і ступенем поінформованості щодо ГЕРХ ($\phi^* = 1,9$ для $p = 0,029$) та між віком і схильністю розглядати ГЕРХ як чинник зниження якості життя (для респондентів похилого віку $p < 0,01$ — $Z_{\text{критерій часток}} = 3,84$ при $Z_{\text{крит.}} = 2,32$, для респондентів середнього віку — $p < 0,05$ ($Z_{\text{критерій часток}} = -1,75$ при $Z_{\text{крит.}} = -1,64$). При використанні GERD Q у 8 (6,7%) респондентів загальний бал становив 8 та більше.

Висновки. Більшість респондентів (83,3%) не знають про ГЕРХ, з них 73% — це особи, молодші 40 років. За даними GERD Q, близько 7% респондентів мали гастроєзофагеальний рефлюкс, з них лише 2/3 знали про наявність у них захворювання та розуміли наслідки.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, аналіз інформованості, опитувальник GERD Q.

Соціальні та економічні зміни, а також суттєві зміни якості життя та, як наслідок, порушення характеру харчування суттєво впливають на структуру захворюваності органів травлення. Нині найпоширенішою з таких захворювань є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — 8–33%. На неї страждають особи обох статей усіх вікових категорій. Захворюваність має стійку тенденцію до омолодження [5, 6]. Випадки ГЕРХ реєструють навіть серед дітей [13].

Сучасна парадигма актуальності ГЕРХ ґрунтується на можливості прогресування неерозивної рефлюксної хвороби в ерозивну форму протягом року з частотою 30%. Вважають, що в 13% випадків ерозивний езофагіт пов'язаний з розвитком стравоходу Барретта, який розглядають як попередник аденокарциноми стравоходу на підставі суттєвого зростання темпів поширенос-

ті раку стравоходу серед пацієнтів з ГЕРХ та стравоходом Барретта [16, 19]. Крім того, ГЕРХ характеризується широким спектром скарг поза-езофагеального характеру (кардіальних, пульмональних, орофарингіальних тощо) [9, 10]. Це призводить до значущого зниження фізіологічних показників життя хворих, необхідності тривалої консервативної терапії або хірургічного лікування.

Статистичну реєстрацію випадків ГЕРХ в Україні розпочато у 2009 р. Поширеність ГЕРХ становить 10 випадків на 1 тис. населення [7]. На думку вчених, це не відображує реальної картини: частина лікарів не надають даних для реєстрації, у близько 20% випадків захворювання має безсимптомний перебіг. Частина осіб з ГЕРХ не звертаються до лікарів, займаючись самолікуванням [12]. Це підтверджують результати окремих епідеміологічних досліджень. Так, у малих регіональних вибірках поширеність ГЕРХ ста-

новить від 7,6 до 30,0 % [1, 2]. З огляду на це необхідні певні зміни стратегії охорони здоров'я населення. Одним із важливих компонентів профілактики ГЕРХ може бути інформаційно-освітня робота з населенням міст та сіл з медичним роз'ясненням виявів хвороби та досягненням комплаєнсу пацієнтів. Першим кроком у цьому напрямі є з'ясування обізнаності населення щодо ГЕРХ, її симптомів, ризику ускладнень та прогнозу.

Мета дослідження — проаналізувати поінформованість студентсько-викладацького контингенту щодо гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та визначити за допомогою анкетування поширеність серед них цього захворювання.

Матеріали та методи

Пілотне дослідження проведено шляхом роздаткового анкетування. Згідно з принципами доказової медицини пілотне дослідження призначене для отримання попередніх даних, важливих для планування подальших етапів дослідження. Незважаючи на те, що зазвичай до такого дослідження залучають незначну частину вибірки (найчастіше не більше 50–100 осіб, іноді достатньо 10 осіб), воно дає змогу визначити можливість проведення аналізу даних більшої кількості осіб [17, 18]. Контингент респондентів було сформовано зі студентів та викладачів Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара. Вибірка відповідала характеру дослідження та мала характер стихійної, сформованої методом «снігової грудки» (відбір подібних собі).

Було опитано 120 осіб віком від 18 до 75 років, з них 83 (69,2%) віком до 40 років, решта — 40 років та більше. Чоловіків — 54 (45,0%), жінок — 66 (55,0%).

Залежно від відповіді на запитання анкети «Чи знаєте ви про ГЕРХ?» респондентів розділили на дві групи: 20 (16,7%) осіб, котрі дали ствердну відповідь (1-ша група) і 100 (83,3%) осіб, які не знали про ГЕРХ (2-га група).

Для з'ясування рівня обізнаності щодо ГЕРХ нами було розроблено анкету, яка містила 10 запитань (8 закритих, 2 напівзакритих), об'єднаних у три блоки: перший — соціально-демографічна характеристика респондентів, другий — обізнаність щодо симптомів ГЕРХ та її наслідків, впливу на якість життя людини, третій — визначення контакту опитуваних з лікарем щодо захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), рівня і джерел їх обізнаності щодо ГЕРХ (табл. 1).

Також використовували міжнародний стандартизований опитувальник — Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GERD Q) [4, 11],

який дає змогу виявити симптоми ГЕРХ. Опитувальник містить 6 запитань, на які відповідає пацієнт, і зручний для інтерпретації. Ми зіставили суб'єктивні оцінки респондентів, їх знання щодо ГЕРХ та наявність чи відсутність ГЕРХ (табл. 2).

Отримані результати обробили статистичними методами з використанням пакетів програмного забезпечення Excel та SPSS (версія 19.0). Для виявлення співвідношень між номінативними змінними застосовували таблиці спряженості (кростабуляції), коефіцієнт асоціації Юла Q, критерій ϕ^* (кутове перетворення Фішера). Для порівняння двох величин, виміряних у метричній шкалі, використовували критерій Стьюдента, для порівняння двох відносних величин — критерій Z з перевіркою нульової гіпотези про рівність часток. Статистично значущою вважали різницю при $p < 0,05$.

Результати

Аналіз соціально-демографічних характеристик двох груп респондентів виявив специфіку їх вікової структури. Серед обізнаних половина осіб — молодші 40 років, решта — віком понад 40 років, серед необізнаних респондентів переважали особи, молодші 40 років (рисунок).

Значення ϕ^* -критерію (1,9) свідчило про значний зв'язок між віком і ступенем поінформованості щодо ГЕРХ ($p = 0,029$).

При з'ясуванні обізнаності респондентів щодо скарг при ураженні стравоходу виявлено, що особи, які знають про ГЕРХ, частіше вказували на притаманні цьому захворюванню симптоми (у 1-й групі таких 45,0%, а у 2-й — лише 15,0%, $\phi^* = 2,76$; $p = 0,002$). Крім того, у 2-й групі було значно більше респондентів (72,0%), які згадали непритаманні ГЕРХ скарги, тоді як у 1-й групі таких було 40,0% ($\phi^* = 2,64$; $p = 0,003$). З поінформованих респондентів з двох симптомів хвороби зазначив як мінімум один (середня кількість правильно названих симптомів — 1,5), з неінформованих — 78,0% (середня кількість правильно названих симптомів — 1,4; $p < 0,05$). У 2-й групі частка тих, хто вказав один правильний симптом, становила 26,0%, така ж кількість осіб зазначила обидва правильних симптоми. У загальній вибірці таких осіб було 31,7 та 25,0% відповідно. Різниця між групою обізнаних осіб та загальною вибіркою: $Z_{\text{критерій часток}} = -4,60$ при $Z_{\text{крит.}} = -2,32$; $p < 0,01$.

Вік респондентів виявився чинником, який визначає розбіжності у здатності виявляти правильні симптоми ГЕРХ. Частка тих, хто вірно вказав один симптом, у загальній вибірці становила 31,7% і суттєво не відрізнялася у вікових

Таблиця 1. Результати опитування

Блок питань		1-ша група (n = 20)	2-га група (n = 100)	Разом (n = 120)	
1	Стать	Чоловіки	7 (35,0%)	47 (47,0%)	54 (45,0%)
		Жінки	13 (65,0%)	53 (53,0%)	66 (55,0%)
	Вік	До 40 років	10 (50,0%)	73 (73,0%)	83 (69,2%)
		40 років та більше	10 (50,0%)	27 (27,0%)	37 (30,8%)
Думка респондентів щодо скарг, які турбують за наявності уражень стравоходу	Характерні для ГЕРХ	9 (45,0%)	15 (15,0%)	24 (20,0%)	
	Не характерні для ГЕРХ	3 (15,0%)	13 (13,0%)	16 (13,3%)	
	Змішана відповідь	8 (40,0%)	72 (72,0%)	80 (66,7%)	
2	Вплив ГЕРХ на якість життя людини	Впливає	20 (100,0%)	91 (91,0%)	111 (92,5%)
		Не впливає	0	9 (9,0%)	9 (7,5%)
Наслідки уражень стравоходу	Позастравохідні захворювання	7 (35,0%)	33 (33,0%)	38 (31,6%)	
	Рак стравоходу,	13 (65,0%)	63 (63,0%)	76 (63,3%)	
	Рак шлунка	5 (25,0%)	36 (36,0%)	21 (17,5%)	
	Тяжко відповісти	4 (20,0%)	25 (25,0%)	29 (24,2%)	
3	Наявність у респондентів захворювань травного каналу	Стравоходу	0	3 (3,0%)	3 (2,5%)
		Шлунка	7 (35,0%)	15 (15,0%)	22 (18,3%)
		Дванадцятипалої кишки	0	1 (1,0%)	1 (0,8%)
		Кишечника	1 (5,0%)	1 (1,0%)	2 (1,7%)
		Печінки	0	9 (9,0%)	9 (7,5%)
		Підшлункової залози	7 (35,0%)	9 (9,0%)	16 (13,3%)
		Жовчного міхура	2 (10,0%)	3 (3,0%)	5 (4,2%)
		Немає захворювань	8 (40,0%)	59 (59,0%)	67 (55,8%)
		Тяжко відповісти	0	9 (9,0%)	9 (7,5%)
		Наявність у родичів онкологічних захворювань органів травлення	Стравоходу	0	2 (2,0%)
Шлунка	2 (10,0%)		6 (6,0%)	8 (6,7%)	
Дванадцятипалої кишки	3 (15,0%)		4 (4,0%)	4 (3,3%)	
Кишечника	1 (5,0%)		7 (7,0%)	11 (9,2%)	
Печінки	1 (5,0%)		2 (2,0%)	3 (2,5%)	
Підшлункової залози	0		4 (4,0%)	4 (3,3%)	
Жовчного міхура	0		2 (2,0%)	2 (1,7%)	
Немає захворювань	14 (70,0%)		65 (65,0%)	79 (65,8%)	
Тяжко відповісти	2 (10,0%)		13 (13,0%)	15 (12,5%)	

Таблиця 2. Результати за опитувальником GERD Q

Показник	1-ша група (n = 20)	2-га група (n = 100)	Разом (n = 120)
Кількість респондентів з балами 8 та більше	2 (1,7%)	6 (5,0%)	8 (6,7%)
Кількість респондентів у групі питань В	15	46	61
Середня кількість балів			
Загальна	4,7	3,7	3,9
За групою запитань В	6,1	5,3	5,5

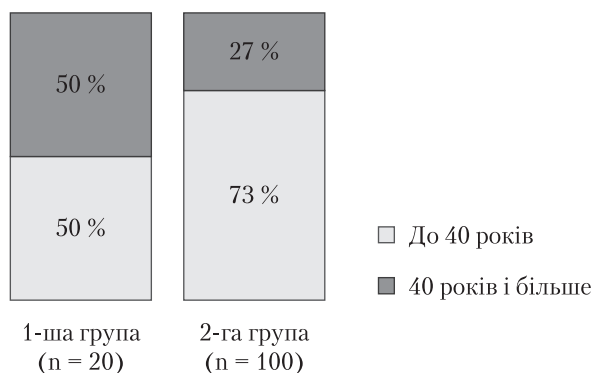


Рисунок. Порівняльна характеристика груп респондентів за віком

підгрупах (31,8, 31,4 та 35,3% відповідно). Кількість тих, хто правильно визначив обидва симптоми GERX, суттєво відрізнялася від середнього значення у загальній вибірці (25,0%) у старшій віковій підгрупі – 11,8% ($Z_{\text{критерій часток}} = 3,30$ при $Z_{\text{крит.}} = 2,32$; $p < 0,01$).

Суттєвими можна вважати відмінності між двома групами респондентів щодо відповіді на запитання: «Чи може GERX погіршити якість життя людини?» Кількість ствердних відповідей у 1-й групі становила 100,0%, у 2-й – 91,0% (значення коефіцієнта асоціації Юла для бінарних ознак $Q = 1$). Також статистично значущим виявився зв'язок між віком і схильністю розглядати GERX як чинник зниження якості життя. Якщо в середньому в загальній вибірці такої думки дотримувалися 92,5% осіб, то серед осіб віком 31–50 років – 97,1%, серед осіб віком понад 50 років – 82,4%. В обох випадках відхилення від середнього у вибірці було статистично значущим (для респондентів похилого віку – $p < 0,01$ ($Z_{\text{критерій часток}} = 3,84$ при $Z_{\text{крит.}} = 2,32$), для респондентів середнього віку – $p < 0,05$ ($Z_{\text{критерій часток}} = -1,75$ при $Z_{\text{крит.}} = -1,64$).

Нами не встановлено статистично значущої різниці між групами за відповіддю на запитання: «З якими наслідками може бути пов'язане ураження стравоходу?» Більшість респондентів

в обох групах відповіли, що саме рак стравоходу є наслідком захворювань цього відділу органів травлення (1-ша група – 65,0%, 2-га група – 63,0%). На позастравохідні захворювання вказали відповідно 35,0 та 33,0%.

Відповіді на запитання третього блоку анкети дали змогу одержати інформацію щодо наявності в опитаних захворювань ШКТ: 44 (36,7%) особи вказали на наявність у них таких хвороб (різниця між групами не виявлено), з них 33 (73,3%) зазначили одне захворювання, решта – два та більше. Не змогли відповісти 9 (7,5%) осіб. Це може свідчити, по-перше, про відсутність у цих респондентів інформації щодо можливих виявів хвороб ШКТ різної етіології, що унеможливило їх ідентифікацію; по-друге, вказує на низьку готовність визначити стан свого здоров'я шляхом звернення до лікаря. Наявність захворювання стравоходу відзначили лише 2,5% респондентів. Усі вони були непоінформовані щодо GERX.

Установлено, що вік є чинником, який визначає ймовірність відсутності в опитуваних захворювань ШКТ. Якщо в середньому у вибірці частка тих, хто не має хвороб органів травлення, становила 55,8%, то серед літніх осіб – 41,2% (різниця є статистично значущою ($p < 0,01$, $Z_{\text{критерій часток}} = 2,92$ при $Z_{\text{крит.}} = 2,32$)).

Про факт діагностування у родичів онкологічних захворювань органів травлення повідомили 21,7% опитаних, про рак стравоходу в сім'ї – 1,7%. Усі вони були необізнані щодо GERX та її наслідків.

Одним із завдань дослідження було з'ясувати джерела поінформованості респондентів щодо GERX. При детальному аналізі не встановлено зв'язку між обізнаністю щодо GERX та анамnestичними даними (наявність у респондентів хвороб ШКТ, діагностування у родичів онкологічних захворювань органів травлення). Всі респонденти, які дізналися про GERX від лікаря випадково або цілеспрямовано (8 осіб, тобто майже половина поінформованих), вказали на принаймні один правильний симптом GERX. Із 4 осіб, які дізнали-

ся про GERX із засобів масової інформації (ЗМІ), троє вказали один правильний симптом GERX. Усі 4 особи не зазначили симптомів, притаманних іншим захворюванням ШКТ.

Респонденти, які отримали відомості щодо GERX зі спеціальної медичної літератури ($n = 5$), також правильно зазначили принаймні один симптом. Один респондент вказав дві правильні ознаки, але також не притаманні GERX. Схожу ситуацію виявили в групі осіб, які дізналися про ознаки і особливості захворювання від знайомих, які страждають на GERX. Усі три респонденти вказали принаймні один правильний симптом, а один — обидві ознаки.

Поширеною нині практикою є використання для скринінгової діагностики GERX стандартизованого опитувальника GERD Q. Ми виявили 8 (6,7% від усіх опитаних) респондентів із загальною сумою 8 балів та більше, що є індикатором наявності GERX, з них 6 не були поінформовані щодо цього захворювання.

У загальній вибірці середній загальний бал за GERD Q становив 3,9, у 1-й групі — 4,7, у 2-й — 3,7 бала. Значення критерію Стьюдента ($t = 0,71$ при $t_{\text{крит.}} = 0,97$; $p = 0,05$) свідчило про відсутність статистично значущої різниці за середнім загальним балом між групами.

Особливий інтерес становив середній показник за групою запитань В (симптоми, які ставлять під сумнів діагноз GERX, але можуть характеризувати інші захворювання органів травлення) — 5,5 балів. У загальній вибірці 50,8% респондентів вказали на наявність у них скарг, притаманних для порушень травлення.

Отже, дані, отримані за допомогою GERD Q, суттєво відрізнялися від наданих респондентами щодо наявності в них хвороб ШКТ. Кількість респондентів із симптомами за результатами GERD Q-тесту була майже вдвічі більшою, ніж за відповіддю на відповідне запитання анкети ($Z_{\text{критерій часток}} = 7,5$ при $Z_{\text{крит.}} = 3,99$; $p < 0,001$). Між групами поінформованих і непоінформованих осіб не встановлено значущої різниці за цим критерієм.

Обговорення

Проведене нами дослідження виявило низьку поінформованість студентсько-викладацького контингенту щодо виявів GERX та її особливостей. Використання при аналізі гендерного чинника не показало статистично значущого впливу цього чинника, зокрема на обізнаність щодо симптомів хвороби. Встановлено залежність обізнаності респондентів від віку: найнижчою вона була в групі осіб, молодших 40 років.

Опитування показало, що поінформованість респондентів щодо GERX є недостатньою. Встановлено статистично значущу різницю між групами щодо знання симптомів цієї хвороби. В групі поінформованих середня кількість правильно вказаних симптомів дорівнювала 1,5, тобто кожен обрав з двох правильних симптомів хвороби хоча б один. Однак 40,0% осіб, окрім правильних ознак, зазначили скарги, не характерні для GERX.

Факт відсутності статистично значущої різниці між групами щодо знання наслідків ураження стравоходу можна вважати індикатором недооцінки поінформованими особами наслідків GERX. Велика частка респондентів 1-ї групи (35,0%) не вказали на рак стравоходу як основний несприятливий наслідок GERX. Стільки ж осіб цієї групи не знали позастравохідні вияви захворювання. Вік не був чинником, пов'язаним з поінформованістю щодо наслідків ураження стравоходу.

Більшість респондентів ознайомили з GERX лікарі, найчастіше — випадково. З огляду на те, що особи, поінформовані щодо ознак цього захворювання ЗМІ, а не фахівцями, не називали «зайвих» симптомів, можна зробити припущення, що інформація щодо GERX, отримана від лікаря, не була вичерпною та зрозумілою респондентам.

Привертає увагу той факт, що істотні відмінності в поінформованості щодо чинників ризику GERX виявлено в групах респондентів, котрі мали різні джерела інформації про захворювання. Респонденти, які назвали основним джерелом лікарів, вказали статистично значущо більше ускладнень GERX. Ці респонденти частіше вказували на рак стравоходу як наслідок GERX та рідше — на позастравохідні вияви та рак шлунка. Такі результати можуть свідчити про підвищену увагу лікарів до проблеми раку стравоходу, тоді як у ЗМІ ці питання обговорюються значно рідше. На користь цього твердження свідчила наявність у групі непоінформованих осіб респондентів, родичі яких мали рак стравоходу (2,0%), тобто опитані не знають, що онкологічне захворювання стравоходу має спадковий характер і інформація про те, що саме GERX може бути чинником ризику, не отримана ними від лікарів. ЗМІ також не повідомляють про це населенню. Потрібно провести додаткові дослідження на більших вибірках для підтвердження наших суджень.

Отримані дані дають підставу припустити, що чим частіше респонденти відвідували медичні установи, тим статистично значущо краще вони

були поінформовані про ризики та можливі наслідки ураження стравоходу. Серед обізнаних щодо ГЕРХ були ті, хто звернувся до лікарів з приводу інших захворювань органів травлення. Всі респонденти 1-ї групи вказали на наявність у них гастроентерологічної патології, що свідчить про недостатність уваги лікарів до проблеми поінформованості пацієнтів про симптоми ГЕРХ.

На другому етапі проведено оцінку виявів ГЕРХ у респондентів з використанням опитувальника GERD Q. Близько 7% опитаних мали загальний бал 8 та більше. Цей показник дещо нижчий порівняно з даними літератури (8–33%). Це можна пояснити обмеженнями, які мають опитувальники GERD Q та RDQ (Reflux Disease Questionnaire), порівняно з використанням анкети і фізіологічного тестування на прийомі у лікаря, про що свідчать результати досліджень [8].

Дані, одержані за допомогою GERD Q, суттєво відрізнялися від інформації респондентів щодо наявності в них хвороб ШКТ. Так, у загальній вибірці 61 (50,3%) респондент вказав на наявність скарг, притаманних порушенням травлення. Кількість респондентів із симптомами виявилася за результатами GERD Q-тесту вдвічі більшою, ніж при відповіді на запитання анкети. Середній показник за групою запитань В становив 5,5 бала, що є високим значенням. Це важливо, бо розділ В відображає вияви запальних захворювань верхніх відділів ШКТ, наслідками яких є розвиток гастро- та дуоденостазу. Ці стани патогенетично пов'язані з ГЕРХ, особливо у разі домінування не кислих, а змішаних (за участю жовчі) рефлюксів [15]. Так, симптом гіркоти у роті донедавна вважали притаманним лише захворюванням біліарної системи. Однак це вияв «високого» патологічного дуоденогастрального рефлюксу, який доходить до ротової порожнини [14]. Підтвердженням ролі жовчного рефлюксату в розвитку ГЕРХ є отримання кращого результату лікування при застосуванні препарату урсодезоксихолевої кислоти в комплексній терапії ГЕРХ [3]. За нашими даними, на гіркоту в роті вказали 29,2% респондентів у загальній вибірці. Той факт, що майже всі респонденти були необізнані щодо ГЕРХ, свідчить про

прогалини в профілактичній роботі лікарів, а також ЗМІ при доведенні важливої та доступної інформації про хворобу та її наслідки до населення. Всі респонденти з ознаками ГЕРХ мали вік понад 40 років, що узгоджується із загальною тенденцією щодо поширення ГЕРХ.

Щодо розподілу за гендерною ознакою, то серед осіб із симптомами ГЕРХ переважали жінки (з 6 осіб лише один був чоловіком). Результати останніх досліджень свідчать, що серед жінок частіше трапляється неерозивна рефлюксна хвороба [20].

Отримані дані щодо рівня та поінформованості щодо ГЕРХ та джерел інформації вказують на недостатню участь у цьому процесі ЗМІ як потенційно найпотужнішого інструмента охоплення населення відповідними просвітницькими заходами. Відсутність спеціальних освітніх програм перешкоджає зменшенню неоднорідності в поінформованості різних груп населення щодо симптомів та особливостей перебігу ГЕРХ.

Лікарям сімейної практики бажано надавати пацієнтам стислу, але водночас зрозумілу інформацію щодо ГЕРХ. Доцільно внести до національного протоколу пам'ятки для пацієнта з поясненням скарг та наслідків ГЕРХ.

Дані щодо більшого ризику виникнення ГЕРХ в осіб старшого віку потребують застосування дієвих профілактичних засобів, орієнтованих насамперед на осіб молодого віку, що дасть змогу діагностувати захворювання на ранніх стадіях.

Висновки

Опитування в межах пілотного дослідження дало змогу проаналізувати поінформованість студентсько-викладацького контингенту щодо ГЕРХ.

Більшість респондентів (83,3%) не знають про ГЕРХ, з них 73% — це особи, молодші 40 років. За опитувальником GERD Q, серед респондентів близько 7% мали ГЕРХ, з них лише 2/3 знали про наявність у них захворювання та розуміли наслідки.

Результати пілотного дослідження підтверджують необхідність розробки ефективних освітніх заходів, орієнтованих як на осіб з ГЕРХ, так і на населення в цілому.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — М. Щ., В. Г.;

збір та опрацювання матеріалу — В. Г., Ю. Б.;

написання тексту — М. Щ., В. Г., Ю. Б.;

редагування — М. Щ.

Список літератури

1. Бабак М.О. Клініко-ендоскопічні особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби із надлишковою масою тіла та ожирінням // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 1 (51). — С. 16—20.
2. Фадеєнко Г.Д., Измайлова О.В. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба та ішемічна хвороба серця: сучасні погляди та невирішені питання коморбідності // Сучасна гастроентерологія. — 2015. — № 4 (84). — С. 109—117.
3. Щербинина М.Б., Гладун В.Н. Эффективность урсодезоксихолевой кислоты в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Общественное здоровье, экономика и менеджмент в медицине. — 2017. — № 4 (74). — С. 70—73.
4. Contreras-Omaña R., Sánchez-Reyes O., Ángeles-Granados E. Comparison of the Carlsson-Dent and GERD-Q questionnaires for gastroesophageal reflux disease symptom detection in a general population // Revista de Gastroenterología de México. — 2017. — Vol. 82 (1). — P. 19—25. doi: 10.1016/j.rgmx.2016.05.005. Epub 2016 Nov 16.
5. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C. et al. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review // Gut. — 2014. — Vol. 63. — P. 871—880.
6. Fitzgerald R.C., Vaezi M.F. Esophageal diseases // Gastroenterology. — 2018. — Vol. 154 (2). — P. 263—266. doi: 10.1053/j.gastro.2017.12.017. Epub 2017 Dec 21.
7. Gastroesophageal reflux disease: Adapted Clinical evidence-based guidance // News of medicine and pharmacy. Gastroenterology. — 2014. — Vol. 489. — P. 34—47.
8. Gyawali C.P. et al. Modern diagnosis of GERD: The Lyon Consensus // Gut. — 2018. — Vol. 10. — P. 1—13. doi: 10.1136/gutjnl-2017-314722.
9. Hasegawa K., Sato S., Tanimura K. et al. Gastroesophageal reflux symptoms and nasal pulmonary disease // Respiratory Investigation. — 2018. — Vol. 56 (3). — P. 230—237. doi: 10.1016/j.resinv.2018.01.001. Epub 2018 Feb 14.
10. Hsu W.-T., Lai C.-C., Wang Y.-H. et al. Risk of pneumonia in patients with gastroesophageal reflux disease: A population-based cohort study // PLoS ONE. — N 12 (8). — e0183808. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183808>. Published: August 24, 2017.
11. Jones R., Junghard O., Dent J. et al. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in primary care // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2009. — Vol. 30. — P. 1030—1038. doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.04142.x
12. Lee S.P., Sung I.K., Kim J.H. et al. The Clinical features and predisposing factors of asymptomatic erosive esophagitis // Dig. Dis. Sci. — 2016. — Vol. 61 (12). — P. 3522—3529. Epub: Oct 28, 2016.
13. Rosen R., Vandenplas Y., Singendonk M. et al. Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. — 2018. — Vol. 66 (3). — P. 516—554. doi: 10.1097/MPG.0000000000001889.
14. Shellman Z., Aldhahrani A., Verdon B. et al. Bile acids: a potential role in the pathogenesis of pharyngeal malignancy // Clinical Otolaryngology. — 2017. — Vol. 42 (5). — P. 969—973. doi: 10.1111/coa.12822.
15. Tan S.N., Sim S.P. Bile acids at neutral and acidic pH induce apoptosis and gene cleavages in nasopharyngeal epithelial cells: implications in chromosome rearrangement // BMC Cancer. — 2018. — Vol. 18 (1). — P. 409. doi: 10.1186/s12885-018-4327-4.
16. Thrift A.P. Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma: How common are they really? // Digestive Diseases and Sciences. — 2018. — Vol. 18. doi: 10.1007/s10620-018-5068-6. [Epub ahead of print].
17. Van Teijlingen E.R., Hundley V. The importance of pilot studies // Social Research Update. — 2001. — Vol. 35. — P. 1—4. <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU35.html>.
18. Vogel S., Draper-Rodi J. The importance of pilot studies, how to write them and what they mean // International Journal of Osteopathic Medicine. — 2017. — Vol. 23. — P. 2—3.
19. Wang Z., Shaheen N.J., Whiteman D.C. et al. Helicobacter pylori infection is associated with reduced risk of Barrett's esophagus: An analysis of the Barrett's and esophageal adenocarcinoma consortium // Am. J. Gastroenterol. — 2018. — Vol. 8. doi: 10.1038/s41395-018-0070-3. [Epub ahead of print].
20. Young Sun Kim, Nayoung Kim, Gwang Ha Kim J. Sex and gender differences in gastroesophageal reflux disease // Neurogastroenterol. Motil. — 2016. — Vol. 22 (4). — P. 575—588.

М. Б. Щербинина, В. Н. Гладун, Ю. В. Борисова

Днепропетровский национальный университет имени Олеся Гончара

Пилотное исследование информированности студенческо-преподавательского контингента о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Цель — проанализировать информированность студенческо-преподавательского контингента о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и определить с помощью анкетирования распространенность среди них этого заболевания.

Материалы и методы. Пилотное исследование проведено путем раздаточного анкетирования 120 лиц в возрасте от 18 до 75 лет (мужчин — 45,0%, женщин — 55,0%). Анкета содержала 10 вопросов, объединенных в три блока. Для диагностики ГЭРБ использовали международный стандартизированный опросник GERD Q.

Результаты. Установлена связь между возрастом и степенью осведомленности о ГЭРБ ($\phi^* = 1,9$ для $r = 0,029$) и между возрастом и склонностью рассматривать ГЭРБ как фактор снижения качества жизни (для респондентов пожилого возраста $r < 0,01$ — $Z_{критерий\ долей} = 3,84$ при $Z_{крит.} = 2,32$, для респондентов среднего возраста — $r < 0,05$ ($Z_{критерий\ долей} = -1,75$ при $Z_{крит.} = -1,64$). При использовании GERD Q у 8 (6,7%) респондентов общий балл составлял 8 и более.

Выводы. Большинство респондентов (83,3%) не знают о ГЭРБ, из них 73% — это лица, моложе 40 лет. По данным GERD Q, около 7% респондентов имели гастроэзофагеальный рефлюкс, из них только 2/3 знали о наличии у них заболевания и понимали последствия.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, анализ информированности, опросник GERD Q.

M. B. Shcherbynina, V. M. Hladun, J. V. Borisova
Oles Honchar Dniprovsky National University

The pilot study of the awareness of students and tutors about gastroesophageal reflux disease

Objective — to conduct an analysis of the awareness of the students and tutors regarding gastroesophageal reflux disease (GERD) and to determine the disease prevalence among them with the use of questionnaires.

Materials and methods. The pilot study was conducted through the questionnaire of 120 persons aged 18 to 75 years, from the 45.0% men and 55.0% women. The questionnaire consisted of 10 questions, united into three blocks. The international standardized questionnaire GERD Q was used for GERD diagnosis.

Results. The correlation has been established between age and degree of GERD awareness ($\phi^* = 1.9$ for $p = 0.029$) and age and inclination to consider GERD as a factor reducing the quality of life (for the elderly respondents at the level $p < 0.01$ — $Z_{\text{criterion particles}} = 3.84$ for $Z_{\text{cr}} = 2.32$, for middle age respondents at the level of $p < 0.05$ ($Z_{\text{criterion particles}} = 1.75$ for $Z_{\text{cr}} = 1.64$). The use of GERD Q resulted in exposure of 8 respondents (6.7%) with the score of 8 points or higher.

Conclusions. The majority of respondents (83.3%) were not aware of the gastroesophageal reflux disease, from them 73% were persons under 40 years old. However, according to the GERD Q questionnaire, almost 7% of the respondents had gastroesophageal reflux. Only 2/3 of them knew about the presence of the disease and understood the consequences.

Key words: GERD, awareness analysis, GERD Q questionnaire.

Контактна інформація

Щербиніна Марина Борисівна, д. мед. н., проф., проф. кафедри клінічної лабораторної діагностики
E-mail: scherbinina@ua.fm

Стаття надійшла до редакції 19 липня 2018 р.