

Peremeditsiin

Uusi andmeid suitsetamise ja kehalise aktiivsuse mõju kohta gastroösofageaalsele refluksile

Gastroösofageaalse refluksi (GER) sümptomid on levinuimad seeditraktivaevused tänapäeval ja selle raviks kasutatavad prootonpumba inhibiitorid kuuluvad maailmas enim kasutatavate ravimite hulka. Euroopa ja USA andmetel esineb kõrvetisi arvestatava kaebusena vähemalt 15–20%-l rahvastikust ning iga aastaga selle vaevuse sagedus kasvab, mistõttu on hakatud selliste sümptomite puhust seisundit nimetama ka gastroösofageaalseks reflukshaiguseks (GERD) (1). Täpsemalt võiks haiguseks küll nimetada refluksi tagajärjel tüsistusena tekkinud ösofagiiti, limaskesta düsplaasiat, Barrett'i söögitoru või söögitoru kartsinoomi. Nende tüsistuste vältimiseks oleks aga vaja GERi tulemuslikult ravida, lähtudes refluksi tekkemehhanismidest.

GERi patogenees on kompleksne, kuid mitmeid sümptomeid tekitavaid tegureid leiab nn elustiilitegurite hulgast nagu suitsetamine, ülekaal ja vähene kehaline aktiivsus. Nende tegurite mõju tundub olevat hästi teada ning patsientide raviskeemi kuulub lisaks prootonpumba inhibiitoritele ka nõustamine suitsetamisest loobumise, kehakaalu vähendamise ja kehalise aktiivsuse suurendamise suhtes, kuigi kahjuks on nõustamise tulemus sageli tagasihoidlik.

Seni napib teadusuuringuid, mis tõestaksid, et elustiili muutmine vähendab GERi sümptomeid. Tänavusel Euroopa gastroenteroloogiakonverentsil (UEGW 2012) tõsteti esile Norra teadlaste uuringu tulemusi suitsetamise mõju kohta GERi sümptomitele (2). Tegemist oli ulatusliku prospektiivse populatsiooniuuringuga Põhja-Norras, mis

algas 1980. aastal. Uuringurühma kuulus 75 000 üle 20aastast inimest, kellest kordusuuringule tuli 1996.–1997. ja 2006.–2009. aastal 29 610 isikut. Neilt koguti andmed suitsetamise ja suitsetamise katkestamise kohta, GERi esinemise ja ravi kohta ning registreeriti ka kehamassi indeksid (KMI). Selgus, et raskekujulise refluksiga ja regulaarselt ravimeid kasutatavatel isikutel, kes vähendasid suitsetamist või loobusid sellest, esines refluksi sümptomeid kaks korda vähem (šansisuhe 1,78) kui suitsetamist sama ravi foonil jätkanud. Normaalse KMIga isikutel vähendas suitsetamisest loobumine refluksi sümptomeid isegi 5 korda (šansisuhe 5,67). Samal ajal ülekaalulistel isikutel suitsetamisest loobumine sümptomeid ei mõjutanud. Uuringu autorid järeldavad, et suitsetamisest loobumise soovitus peaks olema nõustamisel prioriteet just raske refluksi korral normaalse KMIga ja regulaarselt ravimeid kasutatavatel patsientidel.

Kuidas toimida ülekaaluliste patsientidega, annab vastuse tänava Rootsi teadlaste avaldatud kehalist aktiivsust ja refluksi käsitlev uuring (3). Juhuslikustatud valikuga populatsiooni kuulus 4910 isikut, kellest 10%-l esinesid GERi sümptomid, 50% hindas end kehaliselt aktiivseks ja 14% uuritutest olid ülekaalulised. Isegi mõõdukas kehaline aktiivsus (jooksmine, rattasõit, ujumine vms 30 min kord nädalas) vähendas GERi tekkeriski ülekaaluliste isikute rühmas, kusjuures normaalse kehakaaluga isikutel ei leitud seost kehalise aktiivsuse ja refluksi vahel. Seega võiks ülekaalulisuse korral patsientide nõustamisel soovitada mõõdukat kehalist aktiivsust ja rohkem tähelepanu peaks pöörama hoopis kehakaalu langetamisele GERi sümptomite vähendamiseks. Uurijate arvates saavutatakse individuaalsete konk-

reetsete soovitustega parem koostöö patsiendiga elustiili muutmiseks kui üldiste kõiki riskitegureid haaravate soovitustega. Need kaks uuringut tõestavad, et igapäevases praktikas on otstarbekas sihipäraselt pöörata patsientide nõustamises tähelepanu muudetavatele elustiiliteguritele, s.t arvestada kindla elustiiliteguri tähtsust patsiendi sümptomite tekkes.

Raske GERi ravi on aastatepikkune. Antisekretoorsete ravimite pikaaegne kasutamine on seotud ka mitmete tüsistustega (malabsorptsioon, osteoporoos, maovähk) ning seetõttu peaks suitsetamisest loobumist arutama iga raske GERi patsiendiga, kelle kehakaal on normaalne. Kehalise aktiivsuse suurendamise aga vähendaks GERi sümptomeid ülekaalulistel patsientidel.

ALLIKAD

1. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005;54:710–7.
2. Ness-Jensen E, Lindam A, Lagergren J, et al. Decreased gastroesophageal reflux symptoms after tobacco smoking cessation in a prospective population-based cohort study: the HUNT study. Presentation at UEG Week 2012. Abstract UEGW 12-3114.
3. Djärv T, Wikman A, Nordenstedt H, et al. Physical activity, obesity and gastroesophageal reflux disease in the general population. *World J Gastroenterol* 2012;18:3710–4.



Prof Heidi-Ingrid Maaros – Tartu Ülikool
heidi-ingrid.maaroos@ut.ee